

KALLELSE TILL VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDENS SAMMANTRÄDE

**Torsdag 2 juni 2022 klockan 13:30
i Stadshuset Sal B**

Sammanträdet är öppet för allmänheten

Gruppmöten: 12.30-13.30

S-, C- och MP-grupp: Sal B

M-, KD- och L-grupp: Översikten

SD-grupp: Insikten

V-grupp: Avsikten

Informationsärenden

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | Översyn av hemtjänst på division Social omsorg | Mattias
Carlsson (15
min) |
| 2 | Ekonomisk lägesrapport från division Social omsorg | Maria
Egermalm/Ja
n Holmlund
(10 min) |
| 3 | Nära vård | Cajsa
Åkerholm,
Karolina
Ehnsjö, Linda
Svensk (40
min) |

Beslutsärenden

- | | | |
|---|--|-----------|
| 1 | Uppföljning enligt överenskommelse 2022 -Mål om individuella beslut på särskilda boenden för äldre <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport | VON21/105 |
| 2 | Uppföljning enligt överenskommelse 2022 - Externa placeringar inom funktionsstödsomsorgen <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport | VON21/105 |
| 3 | Uppföljning enligt överenskommelse 2022 - Säkerställande av en kvalitativ och kostnadseffektiv Hälso- och sjukvårdsorganisation <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport | VON21/105 |
| 4 | Lägesrapport-Resursteamet-demens <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport | VON21/48 |
| 5 | Uppföljning av åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning på särskilda boenden för äldre våren 2021 <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport division Social omsorg- Bilaga till rapport division Social omsorg- Rapport Ansvar och omsorg- Rapport Betelhemmet | VON21/69 |

6	Återrapportering om arbete med handlingsplan för anhörigstöd - Tjänsteskrivelse - Rapport	VON19/50
7	Uppföljning av åtgärder efter Lex Sarah-rapporter 2021 - Tjänsteskrivelse - Rapport	VON21/79
8	Rapport från Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsuppföljning 2022-hemtjänst - Tjänsteskrivelse - Rapport	VON22/45
9	Ekonomisk uppföljning efter april - Tjänsteskrivelse - Bilaga	VON22/2
10	Yttrande över revisionsrapport: Grundläggande granskning av styrelse och nämnder 2021 - Tjänsteskrivelse - Förslag till yttrande - Revisionsrapport	VON22/56
11	Disponering av 2022 års statsbidrag för välfärdsteknik inom äldreomsorgen - Tjänsteskrivelse - Förslag till disponering	VON21/145
12	Disponering av 2022 års statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg för äldre personer - Tjänsteskrivelse - Förslag till disponering	VON22/20

- 13 Ej verkställda beslut enligt Socialtjänstlagen, kvartal 1, 2022 VON22/47
- Tjänsteskrivelse
- 14 Ej verkställda beslut enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, kvartal 1, 2022 VON22/48
- Tjänsteskrivelse
- 15 Delegationsärenden VON22/4
- Förteckning över anmälda delegationsbeslut
- 16 Anmälningsärenden VON22/1
- Förteckning över inkomna anmälningsärenden

Carina Wallin
Ordförande

Caroline Svensson
Sekreterare

Innehåll

VON § Informationsärenden.....	3
VON § Uppföljning enligt överenskommelse 2022-mål om individuella beslut på särskilda boenden för äldre	4
VON § Uppföljning enligt överenskommelse 2022 – externa placeringar inom funktionsstödsomsorgen.....	6
VON § Uppföljning enligt överenskommelse 2022-säkerställande av en kvalitativ och kostnadseffektiv Hälso- och sjukvårdsorganisation.....	7
VON § Lägesrapport, Resursteamet demens.....	8
VON § Uppföljning av åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning på särskilda boenden för äldre, våren 2021	9
VON § Återrapportering om arbete med handlingsplan för anhörigstöd	11
VON § Uppföljning av åtgärder efter Lex Sarah-rapporter 2021.....	12
VON § Rapport från Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsuppföljning 2022, hemtjänst	13
VON § Ekonomisk uppföljning efter april.....	15
VON § Yttrande över revisionsrapport efter den årliga grundläggande granskningen av kommunstyrelse och nämnder	16
VON § Disponering av 2022 års statsbidrag för välfärdsteknik inom äldreomsorgen.....	17
VON § Disponering av 2022 års statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer.....	18
VON § Ej verkställda beslut enligt Socialtjänstlagen, kvartal 1, 2022.....	19
VON § Ej verkställda beslut enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, första kvartalet 2022	20
VON § Delegationsärenden.....	21
VON § Anmälningsärenden.....	22

VON § Uppföljning enligt överenskommelse 2022-mål om individuella beslut på särskilda boenden för äldre

Diarienummer: VON21/105

I nämndens överenskommelse med Division Social omsorg (DSO) för 2022 finns målet att varje hyresgäst på särskilda boenden ska få sina individuella behov tillgodosedda med fokus på det funktionsbevarande. Varje hyresgäst ska ha ett individuellt beslut utifrån sina behov på samma sätt som inom hemtjänsten. En första rapportering om arbetet med detta ska enligt överenskommelsen göras till nämndens sammanträde i juni och en sådan rapport har nu inkommit.

Rapporten redogör för att man inledningsvis sett över målet ur ett myndighetsperspektiv. Beslut ska vara tydliga för alla parter, men samtidigt flexibla, då behov lätt kan förändras. Kvaliteten på samverkansforumet hälsokonferens håller på att utvecklas i syfte att även stärka det hälsofrämjande. Rapportör framhåller att myndighetsfunktionen använder arbetsmetoden IBIC (Individens Behov I Centrum), medan verkställigheten inte gör så, då den inte stöds av verksamhetssystemet. Nämnden har dock sedan länge krävt att IBIC ska användas och följas och ett verksamhetssystem får inte hindra detta, även om det gör det svårare på grund av sina brister.

Det fortsatta arbetet handlar bland annat om hur insatsbesluten kan utformas, vilka effekter den efterfrågade förändringen skulle få och att skapa en struktur för samverkan mellan myndighet och samtliga professioner.

Målet kommer även att rapporteras till nämndens sammanträde i december.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapport om målet om individuella beslut på särskilda boenden för äldre, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-16,
- 2) att** uppdra åt DSO att börja använda IBIC även inom verkställigheten, samt
- 3) att** uppdra åt DSO att avrapportera hur det arbetet går i samband med att målet om individuella beslut på särskilda boenden för äldre ska avrapporteras för andra gången detta år, i december.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Rapport om målet om individuella beslut på särskilda boenden för äldre

Bakgrund

I nämndens överenskommelse med Division Social omsorg (DSO) för 2022 finns målet att varje hyresgäst på särskilda boenden ska få sina individuella behov tillgodosedda med fokus på det funktionsbevarande. Varje hyresgäst ska ha ett individuellt beslut utifrån sina behov på samma sätt som inom hemtjänsten. En första rapportering om arbetet med detta ska enligt överenskommelsen göras till nämndens sammanträde i juni och en sådan rapport har nu inkommit.

Rapporten redogör för att man inledningsvis sett över målet ur ett myndighetsperspektiv. Beslut ska vara tydliga för alla parter, men samtidigt flexibla, då behov lätt kan förändras. Kvaliteten på samverkansforumet hälsokonferens håller på att utvecklas i syfte att även stärka det hälsofrämjande. Rapportör framhåller att myndighetsfunktionen använder arbetsmetoden IBIC (Individens Behov I Centrum), medan verkställigheten inte gör så, då den inte stöds av verksamhetssystemet. Nämnden har dock sedan länge kravet att IBIC ska användas och följas och ett verksamhetssystem får inte hindra detta, även om det gör det svårare på grund av sina brister.

Det fortsatta arbetet handlar bland annat om hur insatsbesluten kan utformas, vilka effekter den efterfrågade förändringen skulle få och att skapa en struktur för samverkan mellan myndighet och samtliga professioner.

Målet kommer även att rapporteras till nämndens sammanträde i december.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport om målet om individuella beslut på särskilda boenden för äldre, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-16.
- 2) **att** uppdra åt DSO att börja använda IBIC även inom verkställigheten
- 3) **att** uppdra åt DSO att avrapportera hur det arbetet går i samband med att målet om individuella beslut på särskilda boenden för äldre ska avrapporteras för andra gången detta år, i december.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2022-05-20

Beslut till:

Division Social omsorg

Rapport avseende individuella beslut på särskilda boenden för äldre

Uppdrag

I överenskommelsen mellan Vård- och omsorgsnämnden och Division social omsorg, DSO, 2022, har divisionen fått i uppdrag att under året påbörja ett förändringsarbete mot att varje hyresgäst i särskilda boenden för äldre ska ha ett individuellt beslut utifrån sina behov. Uppdraget ska vara slutfört 2024.

Av målen framgår att varje hyresgäst på särskilda boenden ska få sina individuella behov tillgodosessa med fokus på det funktionsbevarande och ska själv fortsätta göra det han/hon klarar av. Syftet är att få bästa möjliga livskvalitet där förmågor bevaras utifrån varje hyresgästs egna förutsättningar inom ramen för skälig levnadsnivå.

Av uppdraget framgår att Divisionen ska återkomma med en skriftlig rapport vid nämndens sammanträde i juni 2022.

Genomfört

Inledningsvis har uppdraget setts över utifrån myndighetsperspektivet. Det för att utifrån målet se över vilka förutsättningar som krävs för att planera det fortsatta arbetet.

När det gäller beslut om insatser finns inga regler i Socialtjänstlagen, SoL, som fastställer hur detaljerat ett beslut ska vara. I tidigare JO-ärenden och yttranden från Inspektionen för vård- och omsorg, IVO, har vikten av att det tydligt framgår vad som har beslutats, betonats. Av beslutet bör det alltid framgå vad insatserna innebär för den enskilde på ett sätt så att han/hon förstår vilken hjälp som har beviljats. Vidare att beslutet behöver utformas så att viss flexibilitet lämnas till utföraren, då behoven kan variera med korta intervaller.

Utifrån det resonemanget är det viktigt att besluten utformas med en viss flexibilitet som ger utrymme för utförare att anpassa vården och omsorgen efter individens behov. Det utifrån att förutsättningarna fort kan förändras, utan att de för den delen behöver vara bestående. För att arbeta med individuella beslut, behöver uppföljningar av individens förmågor i samverkan mellan de professioner som omger hyresgästen, såsom handläggare kontaktperson, arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska, göras. I utförare-verksamheten finns forum för samverkan i form av hälsokonferenser där ett utvecklingsarbete pågår för att öka kvalitén. Ett av syftena förutom att stärka samverkan är

hälsofrämjande arbete genom riskbedömningar, åtgärder och uppföljning för att fördröja mer omfattande insatser och minska vårdbehovet. Det ska utgöra underlag för uppföljningarna av besluten och resultera i tydliga uppdrag från handläggare utifrån individens behov. Utifrån erfarenheter av tidigare arbete med uppföljningar av nya beslut, skapar det oro hos hyresgästerna som ofta har kognitiva förändringar, vilket därför bör undvikas.

När det gäller arbetsmetoder, används inte individens behov i centrum, IBIC, på ett enhetligt sätt i organisationen. Myndighet använder sig av IBIC som metodstöd i arbetet, medan utföraren inte använder IBIC i genomförandet. IBIC ger dels stöd för en gemensam syn på hur individen fungerar i det dagliga livet, dels stöd för handläggare och utförare att beskriva och dokumentera uppgifter om individens resurser behov, mål och resultat med ett gemensamt språk. Det underlättar arbetet kring individen utifrån att uppgifterna blir enhetliga vilket i sin tur bidrar till att individen får rätt stöd i högre utsträckning.

Handläggarna utgår från IBIC vid behovsbedömningar inför beslut, och dokumentationen följer livsområdena där begränsningar i hyresgästens förmågor beskrivs och på vilket sätt behoven kan tillgodoses. I arbetet saknas idag en ADL-bedömning inför beslut. För att handläggare och personal i verksamheten ska kunna dokumentera uppgifter ändamålsenligt och strukturerat utifrån IBIC, behöver det stödjas av verksamhetssystemet, vilket inte är möjligt med det verksamhetssystem som verksamheterna använder idag.

När det gäller ADL-bedömningar har hälso- och sjukvårdsverksamheten fått ett uppdrag från nämnden under 2022 som innebär att det förebyggande och rehabiliterande arbetet ska vara i fokus inom såväl hemtjänst som särskilda boenden. Alla hyresgäster får sin förmåga bedömd under sin första månad på särskilt boende för äldre. För att förbättra kvalitén ska en tydlig definition av vad en bedömning ska innehålla, utarbetas. Det är en viktig del som ska lyftas på hälsokonferensen och tillsammans med andra faktorer utgöra grunden för bedömning av nya stödinsatser vart efter individens förmåga försämras.

Återstår

Utifrån nulägesbilden krävs förändrade arbetssätt på såväl myndighetssidan som i utförare-verksamheten för att nå målet med uppdraget.

Bsluten behöver tydliggöras både för den enskilde och utförare samtidigt som de behöver vara tillräckligt flexibla. För att utforma stödet utifrån individen och få till systematisk uppföljning, krävs ett helhetsperspektiv och systematiska arbetsmetoder. IBIC ger stöd för att tillsammans med individen formulera nuläge och mål med fokus på de individuella behoven och det som är viktigt för individen. Det ger underlag för att kunna följa upp individens behov och resultat över tid, vilket är nödvändigt för att individen och verksamheten som

utför stödet ska få kännedom om beslutade insatser ger önskat resultat och måloppfyllelse för individen. Utifrån det bör ett nytt verksamhetssystem i framtiden stödja IBIC.

Samverkan mellan de olika professioner som omger hyresgästen, såsom handläggare, kontaktperson, arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska, behöver formaliseras och stärkas. Ett viktigt forum för samverkan i utförare verksamheten är hälsokonferensen där helhetsperspektivet av individens förmågor och behov följs upp.

Fortsatt arbete:

- Göra en närmare översyn av hur insatsbesluten kan utformas på ett tydligare vis utifrån den kunskap och erfarenheter som finns, utan att nya beslut behöver meddelas. (Nya beslut bör meddelas vid större förändringar).
- Göra en analys av hur nya arbetsmetoder påverkar resurstillgången i myndighetsverksamheten.
- Göra en analys av vilka förändringar som individuella beslut får för utförare-verksamheten och vilka åtgärder som behöver vidtas.
- Skapa struktur för samverkan mellan myndighet och samtliga professioner i verkställigheten. I det se över hur arbetet med hälsokonferenserna är en del av den strukturen, så att kopplingen mellan analysen kring individen utifrån samtliga professioner, utgör underlag för uppföljning av förändringar i individens förmågor.

Tidplan

Arbetet med uppdraget följer den tidsplan som anges uppdraget.

Effekter

Uppdraget har precis påbörjats varför det i nuläget inte är möjligt att förutse vilka effekter som ett genomförande skulle få.

Ekonomi

Inga ekonomiska konsekvenser kan beskrivas i nuläget. Inför ett införande behöver behovet av resurser på myndighet ses över.

Mattias Carlsson, Verksamhetschef
Upprättat av: Anna Andmarken, Kvalitetsutvecklare

VON § Uppföljning enligt överenskommelse 2022 - externa placeringar inom funktionsstödsomsorgen

Diarienummer: VON21/105

I nämndens överenskommelse med Division Social omsorg (DSO) för 2022 finns målet "Externa placeringar ska bara göras då förutsättningar för att tillgodose behoven inte kan skapas inom kommunens egen verksamhet". En första rapportering om arbetet med detta ska enligt överenskommelsen göras till nämndens sammanträde i juni och en sådan rapport har nu inkommit.

Där konstateras inledningsvis att antalet externa placeringar i dagsläget är 35 - en minskning med tre hittills under året. I höst kommer dock ytterligare externa platser behöva köpas utifrån den platsbrist som råder idag inom kommunens egen verksamhet. Ett antal åtgärder pågår/planeras:

- Under hösten kommer ett projekt att starta gällande "egen bostad med stöd", vilket innebär att brukaren får ett andrahandskontrakt på egen lägenhet i kombination med boendestöd. Om allt fungerar bra för brukaren, finns sen möjlighet att omvandla till ett förstahandskontrakt.
- Planering av hur ytterligare platser ska kunna tillskapas sker tillsammans med Tekniska divisionen, Kommunfastigheter och nämndens sakkunniga tjänsteman.
- Kompetensen hos FSO:s medarbetare ska kartläggas och stärkas.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapporten rörande externa placeringar inom funktionsstödsomsorgen, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-13.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Rapportering om målet rörande externa placeringar inom funktionsstödsomsorgen (FSO)

Bakgrund

I nämndens överenskommelse med Division Social omsorg (DSO) för 2022 finns målet "Externa placeringar ska bara göras då förutsättningar för att tillgodose behoven inte kan skapas inom kommunens egen verksamhet". En första rapportering om arbetet med detta ska enligt överenskommelsen göras till nämndens sammanträde i juni och en sådan rapport har nu inkommit.

Där konstateras inledningsvis att antalet externa placeringar i dagsläget är 35 – en minskning med tre hittills under året. I höst kommer dock ytterligare externa platser behöva köpas utifrån den platsbrist som råder idag inom kommunens egen verksamhet. Ett antal åtgärder pågår/planeras:

- Under hösten kommer ett projekt att starta gällande "egen bostad med stöd", vilket innebär att brukaren får ett andrahandskontrakt på egen lägenhet i kombination med boendestöd. Om allt fungerar bra för brukaren, finns en möjlighet att omvandla till ett förstahandskontrakt.
- Planering av hur ytterligare platser ska kunna tillskapas sker tillsammans med Tekniska divisionen, Kommunfastigheter och nämndens sakkunniga tjänsteman.
- Kompetensen hos FSO:s medarbetare ska kartläggas och stärkas.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporten rörande externa placeringar inom funktionsstödsomsorgen, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-13.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2022-05-20

Beslut till:

Division Social omsorg

Rapport avseende externa placeringar

Uppdrag

Divisionen Social omsorg (DSO) har fått i uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden (VON) att endast genomföra externa placeringar då förutsättningar för att tillgodoses behoven inte kan skapas inom kommunens egen verksamhet. VON:s målsättning för 2022 är att externa placeringar ska minska i jämförelse med antalet 2021.

Genomfört

Antalet externa placeringar i början av 2022 var 38 individer. Inga nya köp av externa placeringar har genomförts sedan november 2021. Antalet externa placeringar har minskat med tre platser under 2022. Detta till följd av andra faktorer än hemtagning. Det råder fortsatt platsbrist inom funktionsstöds-omsorgsens (FSO) service-, grupp- och socialpsykiatriboenden med en aktuell intern kö på tre individer. Nuvarande prognos är att köp av ytterligare externa platser kommer genomföras under hösten 2022 om nya platser inte tillförs.

Återstår

Under hösten 2022 planeras en ny boendeform att verkställas i projektform gällande egen bostad med stöd. Målsättningen är att fem individer med SoL-alternativt LSS-beslut kommer ingå i projektet, vilket kommer leda till en rörlighet inom våra service- och socialpsykiatriboenden samt den interna kön, vilket kan skapa förutsättningar för hemflyttningar av externa placeringar. I dagsläget är det fyra individer som enbart är externt placerade på grund av platsbrist och skulle kunna återgå till Nyköpings kommun omgående om platser tillförs.

Vidare behöver DSO fortsätta den redan påbörjade samverkan med nämndens sakkunniga tjänsteman, Tekniska divisionen samt Kommunfastigheter för att planera hur ytterligare platser ska tillskapas och hur individerna ska säkras omsorg på rätt nivå på rätt plats utifrån vars och ens unika behov.

En kartläggning av nuvarande kompetens hos FSO:s medarbetare behöver genomföras för att identifiera behov av kompetensutveckling. Detta för att skapa rätt förutsättningar för ytterligare hemflyttningar om platser tillförs.

Tidplan

Målsättningen med projektet bostad med stöd är att 5-6 individer ska erbjudas bostad årligen, vilket kommer frigöra platser både för den interna och externa köbildningen.

Planering avseende två nya gruppboendestäder om sex platser vardera kommer vara färdigställd 2024.

Boendet Hultersta planeras att byggas ut och fem platser kommer tillföras.

Effekter

Rätt antal boendeformer för målgruppen med rätt kompetens kommer leda till att flera av våra externt placerade individer kan erbjudas vård och omsorg i sin hemkommun. Målsättningen är att alla individer beviljade boende inom FSO ska erbjudas boendeform i Nyköpings kommun. På sikt kommer även positiva ekonomiska effekter ses av att färre individer placeras externt.

Ekonomi

Årligen betalas 51 179 570 kronor för externa LSS-placeringar och 13 403 403 kronor för externa SoL-placeringar.

Under hösten kommer befintliga ramavtal ses över och målsättningen är att upphandla med fler av våra externa placeringsenheter för att få förmånligare dygnspriser än i dagsläget.

Felicia Brännlund
Kvalitetsutvecklare FSO

VON § Uppföljning enligt överenskommelse 2022-säkerställande av en kvalitativ och kostnadseffektiv Hälso- och sjukvårdsorganisation

Diarienummer: VON21/105

I nämndens överenskommelse med Division Social omsorg (DSO) för 2022 finns uppdraget att säkerställa en kvalitativ och kostnadseffektiv hälso- och sjukvårdsorganisation. En välfungerande hälso- och sjukvård är central idag och än mer i den framtida äldreomsorgen, då fokus ska ligga på ett funktionsbevarande och förebyggande arbete, vilket gagnar såväl varje individ som kommun. En första rapportering om arbetet med detta ska enligt överenskommelsen göras till nämndens sammanträde i juni och en sådan rapport har nu inkommit.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen har genomlysts och detta har identifierat en rad åtgärder som nu vidtas successivt. Det har också blivit tydligt att det blivit många negativa effekter av att ha så stor andel inhyrd personal som det varit en tid. Nu har dock ett framgångsrikt rekryteringsarbete gjorts och endast en inhyrd sjuksköterska finns kvar. Exempel på åtgärder är:

- Införa APPVA inom hela divisionen
- Uppdatera rutinen för hälsokonferenser
- Se över överenskommelserna med Regionen gällande Nära vård
- Implementera ny rutin för inskolning av nyanställda sjuksköterskor

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapporten om att säkerställa en kvalitativ och kostnadseffektiv hälso- och sjukvårdsorganisation, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-13.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Rapportering om uppdraget att säkerställa en kvalitativ och kostnadseffektiv hälso- och sjukvårdsorganisation

Bakgrund

I nämndens överenskommelse med Division Social omsorg (DSO) för 2022 finns uppdraget att säkerställa en kvalitativ och kostnadseffektiv hälso- och sjukvårdsorganisation. En välfungerande hälso- och sjukvård är central idag och än mer i den framtida äldreomsorgen, då fokus ska ligga på ett funktionsbevarande och förebyggande arbete, vilket gagnar såväl varje individ som kommun. En första rapportering om arbetet med detta ska enligt överenskommelsen göras till nämndens sammanträde i juni och en sådan rapport har nu inkommit.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen har genomlysts och detta har identifierat en rad åtgärder som nu vidtas successivt. Det har också blivit tydligt att det blivit många negativa effekter av att ha så stor andel inhyrd personal som det varit en tid. Nu har dock ett framgångsrikt rekryteringsarbete gjorts och endast en inhyrd sjuksköterska finns kvar. Exempel på åtgärder är:

- Införa APPVA inom hela divisionen
- Uppdatera rutinen för hälsokonferenser
- Se över överenskommelserna med Regionen gällande Nära vård
- Implementera ny rutin för inskolning av nyanställda sjuksköterskor

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporten om att säkerställa en kvalitativ och kostnads-effektiv hälso- och sjukvårdsorganisation, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-13.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2022-05-20

Beslut till:

Division Social omsorg

Målrapportering enligt årets överenskommelse - kvalitativ HSO

Uppdrag

Division Social Omsorg, DSO, har i uppdrag från vård och omsorgsnämnden att säkerställa en kvalitativ och kostnadseffektiv Hälso- och sjukvårdsorganisation.

Genomfört

Hälso- och sjukvårdsorganisationen och framför allt hemsjukvården har genomlysts av kvalitetsutvecklare med fokus på arbetssätt, samverkan samt förbättringsområden. Syftet har varit att uppnå effektivitet, en god samverkan samt att säkra god kvalitet samt patientsäkerhet hos våra patienter/omsorgstagare. Denna genomlysning har pekat på en rad åtgärder som det nu också arbetas med. Det har också med stor tydlighet framkommit vilken negativ effekt det har inneburit att ha så stor mängd bemanningspersonal inne som man haft. Det arbete som skett inom enheten för att minska denna bemanning har också varit framgångsrikt, förra våren hade vi 11 schemarader som var besatta av bemanningssjuksköterska, idag är det 1 rad.

För sjuksköterskor inom särskilt boende och rehab har det framför allt gjorts en hel del omvärldsspaning för att dels komma fram vilken nivå vi behöver, dels på vilket sätt arbetet kan och bör bedrivas för att vi ska få till en hållbar organisation, inte minst utifrån ekonomiskt perspektiv. Antalet sjuksköterskor bedöms av verksamheten ligga på en rimlig nivå. Det underskott som enheten haft handlar till största delen om rekryteringsproblem och man behövt ta in bemanningsföretag. Här är det framför allt arbetssätt och samverkan som behöver utvecklas, man också förmågan att kunna locka till sig och behålla personal.

Rehabenheten har under flera år varit kraftigt eftersatt vad det gäller bemanning, inte minst i relation till våra grannkommuner. Detta har vi nu i två omgångar förbättrat då vi fått mer medel tilldelade via nämnden.

Återstår

APPVA, digitala signeringslistor infört inom hela DSO under hösten 2022. Även privata utförare inom hemtjänst föreslås få APPVA.

En uppdaterad rutin för hälsokonferenser är under framtagande vilken ska implementeras i särskilt boende samt i hemtjänsten under 2022.

Hälsokonferensen syftar till att individen ska få en god, trygg och säker omvårdnad och rehabilitering utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt.

Uppstart av hemgångsteam 22-05-02 där det finns avdelade rehab-resurser i form av en arbetsterapeut och en fysioterapeut.

Översyn av de överenskommelser som finns mellan region och kommun kopplat till Nära vård. Överenskommelserna handlar om hemsjukvårdsuppdraget, riskbedömningar, delegering mellan huvudmän osv. Arbetet är initierat i arbetsgrupper och kommer att löpa på under 2022 men troligen också 2023.

En ny rutin för inskolning av nyanställda sjuksköterskor inom hälso-och sjukvårdsorganisationen har tagits fram och implementerats.

Rehabenheten har precis fått uppdraget att bilda fallpreventionsteam, delta vid beslut om hemtjänst men också anordna utbildning i förflyttningsteknik för omvårdnadspersonal.

Det är i nuläget svårt att rekrytera legitimerad personal och i synnerhet sjuksköterskor. Att då arbeta för att behålla de som finns oss blir ett självklart fokusområde där många delar måste fungera. Det gäller rekryteringen samt lönesättningen där vi i flera fall har svårt att svara upp mot närliggande kommuner idag, men också inskolning, uppdrag och arbetsmiljön i stort.

Idag arbetar cheferna konstant med rekryteringar, daglig resursöversyn och akuta lösningar i verksamheten. De kvalitativa delarna finns det i nuläget inte utrymme för att utveckla. Detta framkommer med all tydlighet i patientsäkerhetsberättelsen 2021 som diskuterades på senaste nämndssammanträdet. Med denna utgångspunkt kommer det inom hälso-och sjukvårdsorganisationen under 2022 att tillsättas en kvalitetsutvecklare med uppdrag att arbeta med utvecklings- och förbättringsområden.

Tidplan

De åtgärder som beskrivits ovan ska slutföras under 2022.

Effekter

Ovanstående beskrivna åtgärder förväntas resultera i kvalitativa förbättringar vilket tryggar patientsäkerheten inom DSO samt ökar den upplevda känslan av god arbetsmiljö för den anställda personalen inom hälso-och sjukvårdsorganisationen.

Den medarbetarundersökning som avslutats under våren 2022 visar stora framsteg för hälso-och sjukvårdsorganisationen vad gäller upplevd god arbetsmiljö. Man är betydligt mer positiv till att rekommendera Nyköpings kommun som arbetsplats, denna siffra har stigit från 10% till 44%. De som är kritiska har samtidigt sjunkit från förra årets 45% till 3,7% i år. Dessa förändringar tolkas av verksamheten framför allt bero på stabiliteten i egen anställd personal istället för inhyrd personal.

Ekonomi

Kostnaden för en ny tjänst som kvalitetsutvecklare finns idag inte i budget. Dock beräknas en utebliven satsning ge andra konsekvenser i form av högre personalomsättning på både legitimerad personal och chefer. En ökad stabilitet och kontinuitet ger en förbättrad arbetsmiljö för medarbetarna men också en bättre patientsäkerhet för patienterna

Mattias Carlsson
Verksamhetschef äldreomsorg

VON § Lägesrapport, Resursteamet demens

Diarienummer: VON21/48

Regeringen har en pågående treårig (2020-2022) satsning på stimulansmedel till landets kommuner för att ge dem möjlighet att rikta insatser för att motverka ensamhet bland äldre och en ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom. Vård- och omsorgsnämnden har för varje år beslutat att rekvirera medlen och att de ska nyttjas till att skapa ett resursteam demens. Det nya teamet formerades under 2020 och är nu i drift. Se § 28 och 40 (2020) samt § 43 (2021). I oktober 2021 inkom Division Social omsorg (DSO) på uppdrag av nämnden med en rapport över hur arbetet i teamet utvecklats. (§ 91) Rapporten påvisade ett gott uppstartsarbete, som dock krävde vissa justeringar för att teamet ska fungera som det var tänkt. Justeringarna handlade om att

- Teamet behöver fungera som ett sammanhållande forum för de undersköterskor som har vidareutbildning inom demensområdet, så att deras kompetenser används rätt och även utvecklas löpande.
- Planen för att utbilda alla i BPSD måste löpa på.
- Gränsdragning och samarbete mellan teamet och anhörigstöd behöver utvecklas och förtydligas.
- Demenssjuksköterskan måste göras mer tillgänglig.

DSO har nu lämnat en rapport över hur man arbetat med dessa justeringar, vilken finns bifogad denna tjänsteskrivelse daterad 2022-05-12. Av rapporten framgår att man har arbetat med alla punkter och att det finns planer för det fortsatta arbetet.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna lägesrapporten om resursteam demens, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-12.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Lägesrapport, Resursteamet demens

Bakgrund

Regeringen har en pågående treårig (2020-2022) satsning på stimulansmedel till landets kommuner för att ge dem möjlighet att rikta insatser för att motverka ensamhet bland äldre och en ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom. Vård- och omsorgsnämnden har för varje år beslutat att rekvirera medlen och att de ska nyttjas till att skapa ett resursteam demens. Det nya teamet formerades under 2020 och är nu i drift. Se § 28 och 40 (2020) samt § 43 (2021). I oktober 2021 inkom Division Social omsorg (DSO) på uppdrag av nämnden med en rapport över hur arbetet i teamet utvecklas. (§ 91) Rapporten påvisade ett gott uppstartsarbete, som dock krävde vissa justeringar för att teamet ska fungera som det var tänkt. Justeringarna handlade om att

- Teamet behöver fungera som ett sammanhållande forum för de undersköterskor som har vidareutbildning inom demensområdet, så att deras kompetenser används rätt och även utvecklas löpande.
- Planen för att utbilda alla i BPSD måste löpa på.
- Gränsdragning och samarbete mellan teamet och anhörigstöd behöver utvecklas och förtydligas.
- Demenssjuksköterskan måste göras mer tillgänglig.

DSO har nu lämnat en rapport över hur man arbetat med dessa justeringar, vilken finns bifogad denna tjänsteskrivelse daterad 2022-05-12. Av rapporten framgår att man har arbetat med alla punkter och att det finns planer för det fortsatta arbetet.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna lägesrapporten om resursteam demens, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-12.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2022-05-20

Beslut till:

Division Social omsorg

Rapport/uppföljning Resursteamet demens/ anhörigstöd DSO 2022

Uppdrag

Att utifrån protokollförslaget från Vård- och omsorgsnämnden 2021-10-14 avrapportera kring genomförandet av det förändringsarbete som konstaterats behov av i uppföljningen och avrapportera det skriftligen till nämndens sammanträde i juni 2022.

Att beskriva för vård och omsorgsnämnden hur Resursteamet demens arbetar med de i protokollet begärda justeringarna.

De begärda justeringarna är:

- Teamet behöver fungera som ett sammanhållande forum för de undersköterskor som har vidareutbildning inom demensområdet, så att deras kompetenser används rätt och även utvecklas löpande.
- Planen för att utbilda alla i BPSD måste löpa på.
- Gränsdragning och samarbete mellan teamet och anhörigstöd behöver utvecklas och förtydligas.
- Demenssjuksköterskan måste göras mer tillgänglig.

Genomfört

Specialistundersköterskor demens, sammanhållning av dessa professioner och deras kompetenser.

Ett gemensamt forum för redan utbildade specialistundersköterskor inom demens finns planerat och startar i maj 2022 - ett forum där dessa kompetenser ska mötas för samordning samt utveckling av arbetssätt inom demensområdet på helhet. Resursteamet demens planerar och håller i dessa möten som ska genomföras fyra gånger per år.

De undersköterskor som nu är under utbildning till specialistundersköterska demens, kommer också att ingå i detta forum efter avslutad utbildning.

En funktionsbeskrivning för specialistundersköterska demens har arbetats fram, dvs hur detta uppdrag ska se ut och hur resurserna ska användas inom demensområdet i äldreomsorgen.

BPSD utbildningsplan

Implementeringen av BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom), ett personcentrerat arbetssätt med stöd av BPSD-registret fortlöper enligt lagd plan.

Registreringarna i BPSD-registret har ökat under året på de enheter som fått utbildning samt påbörjat detta arbetssätt. Kvaliteten på registreringarna har också blivit bättre, vilket tyder på att utbildningarna har utvecklat kompetensen på dessa enheter.

Gränsdragning och samarbete mellan Resursteamet demens och Anhörigstöd

Ett behov av översyn av samverkan och avgränsningar inom anhörigstödet riktat mot demensområdet och ett arbete kring åtgärder har startats upp. Till grund ligger den länsgemensamma strategin för anhörigstöd.

Kartläggningar har gjorts kring de olika enheternas anhörigstöd. Dessa ligger till grund för fortsatt arbete kring hur de olika enheterna samverkar samt hur avgränsningar mellan det övergripande anhörigstödet och äldreomsorgens demensenheter ska se ut, för att skapa tydlighet i hur vi lotsar medborgaren till rätt kontakter.

Dialogmöten med samtliga berörda demensenheter inom äldreomsorgen samt kommunens övergripande anhörigstöd har på kvalitetsutvecklares initiativ genomförts under våren 2022.

Det finns en detaljerad intern överenskommelse som satts i verket under våren 2022 utifrån ovanstående dialogmöten som tydliggör kontaktvägar, vilka enheter och funktioner som mottager vilka frågor osv.

Även ett klagande kring vilka frågor/ärenden som tillhör vårdcentralerna har diskuterats, för att kunna hjälpa medborgaren att komma till rätt instans i ärenden som Regionen har ansvar för.

Inom äldreomsorgens enheter ska man 2022 också arbeta med att utveckla mottagandet av anhöriga som kommer till respektive verksamhet. Enhetschefer, anhörigombud samt kontaktpersoner äger detta ansvar. Detta arbetssätt ska grundas på den länsgemensamma strategin för anhörigstöd. Anhörigombudens roll kommer också att ses över samt förtydligas.

Demenssjuksköterska/ tillgänglighet

Resursteamet demens har utvecklat sitt eget arbete inom teamet och skapat mer tydlighet kring de funktioner som ingår där. Både för att samtliga resurser inom teamet ska användas rätt samt skapa tydlighet för dem de är till för.

Denna tydlighet gör det lättare för interna samverkanspartners att söka rätt funktion för rätt fråga. Men framförallt skapar det tydlighet och trygghet för medborgaren som blir lotsad till rätt funktion alternativt söker rätt funktion själv. Alla funktioner i teamet har kompetens att möta medborgaren i ett första steg och det är viktigt att detta arbetas ut på ett tydligt sätt så att medborgaren får klarhet i att det inte endast är demenssjuksköterskan som kan möta deras frågor.

Demenssjuksköterskan som resurs involveras i komplexa ärenden/behov, medicinska frågeställningar samt har dialog med läkare i demensfrågor. Demenssjuksköterskan har även en viktig roll i samverkansfrågor med Regionens vårdcentraler.

Resursteamet demens har sammantaget hittat ett sätt att möta medborgaren genom professionerna som gruppen har som helhet, vilket gör att medborgaren framöver kommer att söka teamet som funktion i stället för att söka demenssjuksköterska endast. Detta är ett viktigt steg framåt, dvs att rätt frågor kan mötas av rätt kompetens och att resurser i teamet används där de behövs.

Tillgängligheten ökar för medborgaren när det blir tydliggjort för denne att samtliga funktioner i Resursteamet demens kan möta upp behovet som medborgaren har i form av frågor, stöd, hjälp att komma vidare till andra instanser osv. Demenssjuksköterskan finns i teamet och samverkar i alla frågor där den kompetensen behövs.

Återstår

Resursteamet Demens kommer under 2022 att samverka med Regionens vårdcentraler för dialog gällande samverkan vid utredning, diagnos och fortsatt stöd och behandling. Ett gemensamt arbetssätt med samtliga vårdcentraler som är likvärdigt eftersträvas.

Levnadsberättelsen är färdigställd under våren 2022 och ska implementeras i äldreomsorgen.

Samverkansformer med Regionens vårdcentraler ska tas fram, vilket äldreomsorgschef Mattias Carlsson är involverad i.

Samarbete med Campus pågår gällande innehållet i utbildningen specialistundersköterska demens, vilket äldreomsorgschef Mattias Carlsson är involverad i.

En kundenkät går ut i maj 2022 för att se över nöjdheten hos dem som resursteamet demens levererar stöd till.

Anhörigstöd är ett prioriterat område inom äldreomsorgen och aktivitetsplaner har tagits fram och lagts in i äldreomsorgens verksamhetsplan 2022 enligt nedan.

- En anhörigstödsrutin ska tas fram
- Alla enheter ska ta del av den länsgemensamma strategin för anhörigstöd
- Monica Berg, kvalitetsutvecklare anhörigstöd ska bjudas in på verksamhetsträffar inom äldreomsorgen

Tidplan

Ovan beskrivna återstående arbeten beräknas starta, följas upp och slutföras 2022 - 2023.

Effekter

- Specialistundersköterskor inom demens kommer att bli en kompetens som används ändamålsenligt för demensfrågor inom äldreomsorgens verksamheter.
- Specialistundersköterska demens som yrke lyfts i och med att kompetensen tas tillvara. Detta gynnar en god arbetsmiljö samt ökar karriärmöjligheter inom undersköterske-yrket.
- BPSD som arbetssätt är ett framgångskoncept som verksamheter inom hela äldreomsorgen kommer att se nyttan av. Arbetssättet tryggar kundens/patientens behov samt ökar patientsäkerheten.
- Tydlighet i kontaktvägar för medborgaren skapas vilket tryggar denne samt säkerställer att frågor får svar av rätt kompetens.
- Samverkan inom organisationen utvecklas och en gemensam bild skapas vilket tydliggör den egna verksamhetens olika inriktningar inom demensområdet samt tryggar medborgaren då denne söker stöd i sina frågor.
- Samtliga berörda kompetenser inom Resursteamet demens används på rätt sätt utifrån behov, situation och efterfrågan.
- Ökad tillgänglighet skapas genom att hela Resursteamet demens samverkar kring och möter medborgaren i dennes frågor så att medborgaren kan känna trygghet i att dennes frågor kan bemötas av fler professioner än enbart demenssjuksköterskan.

Mia Kihlstrand, kvalitetsutvecklare
Mia.kihlstrand@nykoping.se

VON § Uppföljning av åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning på särskilda boenden för äldre, våren 2021

Diarienummer: VON21/69

Vård- och omsorgsnämnden genomför verksamhetsuppföljningar (tidigare kallade interna tillsyner) i såväl kommunala som privat drivna verksamheter inom nämndens ansvarsområde. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och politiska beslut och att brukaren står i centrum och får insatser av rätt kvalitet. Under våren 2021 avsåg uppföljningen samtliga särskilda boenden för äldre och en rad brister påvisades:

- Risk- och konsekvensanalyser behöver dokumenteras
- Egenkontroller avseende hygien behöver genomföras
- Den basala hygienens nattetid behöver säkras
- Delegeringsriktlinjen måste efterlevas
- Sjuksköterskeintroduktionen behöver förbättras (Division Social omsorg/DSO)
- I alla genomförandeplaner behöver det tydliggöras vad brukaren klarar själv
- Att all personal på demensboenden har BPSD-utbildning måste säkerställas (det multiprofessionella teamet inom DSO)

Nämnden uppdrog enligt § 50 åt DSO, Ansvar & omsorg och Betelhemmet att vidta åtgärder för att minimera de brister som konstaterats. Utförarna skulle redogöra för åtgärdsarbetet i en skriftlig rapport till Vård- och omsorgsnämndens sammanträde i december 2021. Av rapporterna framgick att åtgärdsarbete pågick, men att det återstod en hel del att göra. Därför begärde nämnden enligt § 106 in ytterligare avrapportering till sammanträdet 2022-06-02. Dessa rapporter finns som bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-19.

Rapporterna visar att samtliga tre utförare kommit långt i sitt åtgärdsarbete och det finns även planer för det fortsatta arbetet.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna de rapporter som inkommit från samtliga berörda utförare, enligt bilagor till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-19, samt

- 2) att** uppdra åt utförarna att fortsätta arbetet enligt respektive handlings-plan, men att det arbetet inte behöver rapporteras till nämnd. Det kommer dock att följas upp vid nästa uppföljningstillfälle av medicinskt ansvarig sjuksköterska och sakkunnig.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Betelhemmet

Ansvar & omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning på särskilda boenden för äldre, våren 2021

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden genomför verksamhetsuppföljningar (tidigare kallade interna tillsyner) i såväl kommunala som privat drivna verksamheter inom nämndens ansvarsområde. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och politiska beslut och att brukaren står i centrum och får insatser av rätt kvalitet. Under våren 2021 avsåg uppföljningen samtliga särskilda boenden för äldre och en rad brister påvisades:

- Risk- och konsekvensanalyser behöver dokumenteras
- Egenkontroller avseende hygien behöver genomföras
- Den basala hygienens nattetid behöver säkras
- Delegeringsriktlinjen måste efterlevas
- Sjuksköterskeintroduktionen behöver förbättras (Division Social omsorg/DSO)
- I alla genomförandeplaner behöver det tydliggöras vad brukaren klarar själv
- Att all personal på demensboenden har BPSD-utbildning måste säkerställas (det multiprofessionella teamet inom DSO)

Nämnden uppdrog enligt § 50 åt DSO, Ansvar & omsorg och Betelhemmet att vidta åtgärder för att minimera de brister som konstaterats. Utförarna skulle redogöra för åtgärdsarbetet i en skriftlig rapport till Vård- och omsorgsnämndens sammanträde i december 2021. Av rapporterna framgick att åtgärdsarbete pågick, men att det återstod en hel del att göra. Därför begärde nämnden enligt § 106 in ytterligare avrapportering till sammanträdet 2022-06-02. Dessa rapporter finns som bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-19.

Rapporterna visar att samtliga tre utförare kommit långt i sitt åtgärdsarbete och det finns även planer för det fortsatta arbetet.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna de rapporter som inkommit från samtliga berörda utförare, enligt bilagor till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-19.
- 2) **att** uppdra åt utförarna att fortsätta arbetet enligt respektive handlingsplan, men att det arbetet inte behöver rapporteras till nämnd. Det kommer dock att följas upp vid nästa uppföljningstillfälle av medicinskt ansvarig sjuksköterska och sakkunnig.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2022-05-20

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Återrapportering av arbetet med åtgärder utifrån 2021 interna tillsyner på särskilda boenden för äldre

Uppdrag

Den interna tillsynen som genomfördes av Vård- och omsorgsnämnden 2021 påvisade brister i verksamheten, särskilda boenden för äldre. Som följd av de brister som konstaterade fick divisionen i uppdrag att redogöra för det åtgärdsarbetet som planerades för att komma till rätta med bristerna till nämndsammanträdet den 2 december 2021. Nämnden antog divisionens åtgärdsplan och uppdrog till Divisionen att inför nämndsammanträde den 2 juni 2022, återkoppla hur arbetet med åtgärderna fortgår inom följande områden:

- Dokumentation av riskanalyser
- Genomförande av egenkontroller avseende hygien
- Säkra efterlevnad av basala hygienrutiner, gäller även nattetid
- Efterlevnad av delegeringsriktlinje
- Förbättra introduktionen av sjuksköterskor
- Brukarens egna förmågor ska framgå av genomförandeplanen
- Samtlig personal på demensboenden ska ha BPSD utbildning

Genomfört

- Risk- och konsekvensanalyser behöver dokumenteras

Riskbedömningar sker i olika sammanhang och på olika nivåer i verksamheten. Ex utifrån nationella register, vid utredning av en avvikelse och när det gäller förändringar i verksamheten. Riskbedömningar genomförs utifrån det individuella perspektivet men även utifrån hur en grupp hyresgäster kan påverkas av en händelse. Verksamheten har med den utgångspunkten, tittat närmare på hur dessa ska dokumenteras.

När det gäller riskbedömningar på individnivå dokumenteras de i verksamhetssystemet. Vid bedömning utifrån ex nationella register, dokumenteras det vid samtycke, även i det nationella registret. Sammanställningar med informationen på enhets- och verksamhetsområdesnivå kommer att utvecklas inom ramen för hälsokonferenser under 2022- 2023, för ett mer systematiskt arbete. Syftet är

bland annat att ta tillvara och lyfta framgångsfaktorer, och på så sätt skapa en lärande organisation. Dessa sammanställningar kommer att finnas i ett samlat ärende i Platina.

Riskbedömningar som ex genomförs utifrån en förändring eller en avvikelse i verksamheten som kan påverka en grupp hyresgäster, samlas i ett gemensamt ärende i Platina.

- Egenkontroller avseende hygien behöver genomföras och den basala hygienens nattetid behöver säkras

E-utbildningen i efterlevnad av basala hygienrutiner ingår som en del i introduktionsutbildningen för nyanställda, och därefter ska årlig repetition genomföras (gäller alla anställda). Genomförandet säkerställs genom att medarbetare uppvisar intyg för enhetschef efter att utbildningen genomförts.

Frekvensen av egenkontroller enligt "Riktlinjerna för hygien i kommunal vård och omsorg inom Nyköpings kommun" utökats till 4 gånger per år. För att arbeta systematiskt med de brister som konstaterats, har en gemensam struktur för när egenkontrollerna ska genomföras, utarbetats. Kontrollerna sker inom samma tidsram på enheterna enligt planering i ett års hjul, där resultatet följs upp på enhets- och verksamhetsområdesnivå. Analys av resultatet sker på APT, där förbättringsområden ska identifieras, åtgärder planeras och följs upp vid näst kommande egenkontroll. Sammanställning av egenkontrollerna görs även på verksamhetsnivå för att följa upp arbetet med analyser och åtgärder på verksamhetsmöten med enhetscheferna.

Självskattning enligt samma riktlinje som nämnts ovan, ska användas av personalen för att själva kontrollera sin efterlevnad. Enhetschef ska regelbundet informera och följas upp så att självskattning genomförs på APT.

Den första egenkontrollen enligt den nya strukturen, genomfördes i april och ska sammanställas under maj månad. En viktig del i förbättringsarbetet är hygienombudets roll. Regelbundna vårdhygieniska möten anordnas av Regionen för enhetschefer och Hygienombud, där medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS är sammankallande.

- Delegeringsriktlinjen måste efterlevas

I återrapporteringen till nämnd i december 2021, presenterade divisionen åtgärder för vård- och omsorgens samtliga verksamheter utifrån den handlingsplan som tagits fram. Utifrån det följs alla åtgärder upp i aktuell rapport.

Vissa åtgärder har planerats framåt utifrån den ansträngda situation som varit och fortsatt råder när det gäller rekrytering/bemannning av sjuksköterskor. När det gäller funktionsstödsomsorgen ser verksamhetschefen under våren över vilka delar av handlingsplanen som kan implementeras i sin helhet och vilka som behöver anpassas utifrån den specifika verksamheten. De delar som ingår i handlingsplanen ska vara implementerade till hösten 2022.

MAS och verksamhetschef har gemensamt gått igenom riktlinjen för delegering på samtliga ledningslag inom verksamhetsområde äldre. Rutin som tydliggör enhetschefens roll i delegeringsförfarandet har tagits fram och implementerats i verksamheten. Enhetschefer för legitimerad personal har på respektive verksamhetsmöte gått igenom den nya riktlinjer, rutiner och checklistor. Egenkontroll av delegeringar enligt framtagna mall, har ännu inte genomförts. Planeras att startas upp under hösten 2022.

När det gäller införandet av systemet för digital signering, APPVA pågår planering av utbildning inför implementering i resterande verksamheter under hösten 2022.

- Sjuksköterskeintroduktionen behöver förbättras (Division Social omsorg/DSO)

I återrapporteringen till nämnd i december 2021, presenterade divisionen åtgärder för introduktionen för sjuksköterskor inom hemsjukvården, varför även de åtgärderna följts upp.

Hemsjukvården

Introduktion av nyanställda har under hösten 2021 och våren 2022 genomförts utifrån den introduktionsplan som presenterades i nämnden i december 2021. Samordningssjuksköterskan har introducerat samtliga som nyanställts under den perioden. De som nyanställts har en erfaren sjuksköterska som mentor, för att få stöd i arbetet under sitt första anställningsår.

Introduktionen har genomförts enligt beslutat dokument för introduktion, där grunden är att den ska pågå under 4 veckor, där den nyanställda fasas in i självständigt arbete. Introduktionstiden har varierat då den nyanställdes kompetens och tidigare erfarenheter till viss del påverkat behoven och omfattningen av introduktionen, och därmed den tid för infasning till självständigt arbete som behövs. Därav har introduktionstiden både varit kortare och längre än 4 veckor. Samma gäller för Introduktion för jourpass som inte alltid sker efter 2 månaders anställning. Innan den nyanställda har jour utan stöd, har en gemensam bedömning om det finns behov av ytterligare introduktion gjorts för att medarbetaren ska känna sig trygg med uppdraget.

Samordningssjuksköterska har under vintern 2021 och våren 2022 hållit i utbildningstillfällen i verksamhetssystemet Procapita och Platina utifrån de

behov som funnits. Enhetschef har så långt som möjligt haft uppföljningssamtal med nyanställda var fjortonde dag.

Utvärdering av introduktionen för sjuksköterskor har ännu inte genomförts, det utifrån att arbetsbelastningen till följd av provtagning för covid, screening, smittspårning samt vaccination har varit fortsatt hög under våren. Utvärdering planeras istället till hösten 2022. Arbetet enligt Introduktionsplanen visar emellertid redan att introduktionerna har varit mer konsekventa och likvärdiga samt att arbetet i högre utsträckning följer rutiner och riktlinjer. I medarbetarundersökningen har en markant ökning skett när det bland annat gäller området "arbetsuppgifter" och frågeställningarna "jag vet vilka mina arbetsuppgifter är" och "jag vet hur jag ska utföra mina arbetsuppgifter", vilket kan kopplas till en förbättrad introduktionen. Även andelen som rekommenderar sin arbetsplats har ökat markant.

Särskilda boenden för äldre

När det gäller Introduktionen av nyanställda sjuksköterskor inom särskilda boenden, håller enhetschefen ett introduktionssamtal om verksamheten i stort, första dagen och har därefter regelbundna avstämningar. Den nyanställda tilldelas en handledare som ansvarar för introduktionen där introduktionstiden beror på den nyanställdes kompetens och tidigare erfarenheter. Som stöd använder handledaren en checklista för att säkerställa innehållet under introduktionen så att den nyanställda fasas in mot självständigt arbete.

Den största bristen i introduktionen har varit utbildning i Procapita då det saknas utbildare inom divisionen. För att kunna säkerställa dokumentationskraven har en dokumentationsgrupp tillsatts inom sjuksköterskegruppen. Dokumentationsgruppen har utarbetat ett utbildningsmaterial som ska presenteras på APT i juni och därefter börja användas i verksamheten. En representant ur dokumentationsgruppen kommer att utbilda nyanställda i Procapita för att säkerställa dokumentationsskyldigheten och få ett mer likvärdigt arbetssätt.

Effekten av utbildningen i Procapita för nyanställda när det gäller dokumentation, kommer följas upp i den årliga egenkontrollen av dokumentationen som MAS årligen initierar.

- I alla genomförandeplaner behöver det tydliggöras vad brukaren klarar själv

Syftet med genomförandeplanen är att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. I överenskommelse mellan nämnden och divisionen för 2022, har äldre verksamheten fått ett riktat uppdrag att arbeta

för att varje hyresgäst på särskilda boenden, ska få sina individuella behov tillgodosedda med fokus på det funktionsbevarande. Av uppdraget som sträcker sig från 2022-2024, framgår att ett förändringsarbete ska ha startat under 2022, utifrån målet att varje hyresgäst har ett individuellt beslut utifrån sina behov. I det arbete som pågår kommer arbetsmetoder ses över utifrån att besluten påverkar genomförandeplanens utformning. Det sammantagna förändringsarbetet som pågår kommer att leda till att det som hyresgästen själv klarar, förtydligas. Utifrån det resonemanget kommer ingen avgränsad förändring av rubrikerna i genomförandeplanen genomföras.

I divisionens internkontrollplan för 2022 är en kontrollpunkt att granska ett antal genomförandeplaner månadsvis, där det är möjligt att granska hur tydligt den individuella förmågan inom olika områden är. Under 2022 har även levnadsberättelsen reviderats. Den är ett viktigt komplement till genomförandeplanen för att personalen ska kunna arbeta personcentrerat utifrån olika individers förutsättningar och behov.

- Att all personal på demensboenden har BPSD-utbildning måste säkerställas (det multiprofessionella teamet inom DSO)

I nuläget finns 2 certifierade utbildare inom resursteamet demens som utbildar personal inom divisionen i BPSD registrering. Under våren 2022 har administratörer utbildats i del 1, grundutbildning på Koggens demensavdelningar samt Lundagården där även flera nattpersonal utbildades. Del 2, uppföljningsutbildningen är planerad och genomförs i maj och juni 2022.

Det digitala arbetssättet som utvecklades för informationsutbyte och uppföljning av arbetet i BPSD registret under 2021 kommer fortsätta som ett komplement till fysiska möten under 2022. På samtliga demensenheter inom särskilda boenden fortsätter de certifierade BPSD utbildarna att utbilda utifrån den utbildningsplan som tagits fram för 2022 - 2023.

Se bilaga 1 Handlingsplan BPSD-registret i Nyköpings kommun. *Uppdaterad 2022-01-19*

Återstår

Introduktion av nyanställda sjuksköterskor

- Utvärdering och revidering av introduktionsdokumentet i Hemsjukvården.
- Uppföljning av dokumentationen enligt hälso- och sjukvårdslagen i Procapita, inom särskilda boenden.
- Utvärdera effekten av åtgärder för att förbättra introduktionen av nyanställda i procapita, i samband med den årliga egenkontrollen.

Administratörsutbildning i BPSD

- Del 2, uppföljning i administratörsutbildningen för BPSD på Lundagården och Koggens enheter. Planeras att genomföras Maj och juni 2022

Handlingsplan för delegering

- Egenkontroll av delegeringar enligt framtagna mall, har ännu inte genomförts. Planeras att startas upp under hösten 2022.
- Införandet av systemet för digital signering, APPVA planeras att införas i resterande verksamheter under hösten 2022.
- Införa handlingsplanen inom funktionsstödsomsorgen under hösten 2022

Mattias Carlsson, Verksamhetschef

Upprättad av Anna Andmarken, kvalitetsutvecklare

HANDLINGSPLAN BPSD-registret i Nyköpings kommun

	UTVECKLINGSOMRÅDE (Siffran till vänster är ej relaterad till någon rangordning)	HUR GÖR VI?	MÅL	ANSVARIGA	UPPFÖLJN.
1	Revidera rutin för BPSD-registret, som fastställdes 2020.	Certifierade Utbildare (CU) reviderar rutinen. Inkluderar även översyn av arbetssätt och flödesschema. Styrgruppen för Resursteamet Demens ska först granska materialet och därefter godkänna efter ev. revideringar. Materialet ska även skickas till representant för HSL (ssk + rehab)	Reviderad rutin godkänd senast december 2022.	Mattias Carlsson Ansvarig för revidering: CU	December 2022
1	Erbjuda administratörsutbildningar	- Utbildningsplan finns och utgår från det behov av utbildningsplatser som EC rapporterat. Högsta prioritet att anordna utbildning när coronarestriktioner tillåter. - Göra en planering med reservation, dvs. boka in enhet med reservationen att det kanske blir inställt.	Genomföra 4 administratörsutbildningar 2022.	Mattias Carlsson Ansvariga för att utbilda: Åsa, Hanna och Therese	December 2022

		Undersöka var utbildningar kan hållas, datasal/tillgång till bärbara datorer.			
1	Att biståndshandläggarna ska vara insatta och informerade om vad BPSD-registret är och på vilket sätt de kan använda sig av informationen som BPSD-skattningar ger.	Genomföra 3-timmarsutbildning under våren 2022. Genomförs digitalt. Kontakt tas med Emina Celjo för att boka utbildning.	Att alla biståndshandläggare får muntlig och skriftlig information.	Hanna, Åsa eller Therese kontaktar EC biståndshandläggare vår 2022.	April 2022
1	BPSD-arbetet ska följas upp och rapporteras kontinuerligt.	Årshjul och egenkontroll ett arbete som pågår mellan MAS, Mattias kvalitetsutvecklare. CU ska hålla koll på att vi får frågan angående BPSD och hur det ska rapporteras i årshjulet under 2022.	Enheternas arbete med BPSD-registret ska finnas med som en del av årshjulet och egenkontrollen.	Mattias Carlsson (V-Chef).	December 2023
1	Utbilda de multiprofessionella teamen på varje kommunal och privat demensenhet till BPSD-administratörer	CU uppdaterar inventeringslista över utbildade administratörer och utbildningsbehov tillsammans med EC. CU planerar för och håller utbildning.	Det ska finnas minst två undersköterskor som är BPSD-administratörer vid varje demensenhet 100% sjuksköterskor på demensboenden ska vara utbildade BPSD-administratörer 100% rehabpersonal på demensboende ska vara	CU ansvarar för utbildning EC SOL ansvarar för att skicka medarbetare på administratörsutbildning	December 2023

			utbildade BPSD-administratörer		
			100% av EC vid demensenheter där BPSD-registret används ska vara utbildade administratörer.		
	Utveckla samarbetet med regionens läkare kring BPSD-arbetet.	• Resursteam Demens uppmuntrar verksamheten att lämna ut folder om BPSD-registret till läkare. • Resursteam Demens bjuder in med riktad information till patientansvarig läkare. • Informera/Utbilda läkare som arbetar mot särskilda boenden i BPSD-registret. • Följ upp om arbetet kring BPSD-registret nämns i samverkansavtalet mellan kommun och region.	100% av alla patientansvariga läkare som arbetar mot debo/säbo ska veta vad arbetet med BPSD-registret innebär.	CU ansvarar för att informera om informationsfolderna som ssk/verksamheten kan lämna till läkarna, se länk. CU följer upp frågan kring samverkansavtalet.	December 2024
1	Öka antalet registrerade personer och antalet registreringar.	Statistik över föregående år sammanställs av CU en gång per år. Rapporteras till VC samt EC. CU kontaktar BPSD-registret och lägger upp	100% av personerna med demenssjukdom som bor på en demensavdelning eller har beslut om andra insatser från kommunen	EC SOL på debo.	December 2022

		äldreboendeenheterna i BPSD-registret. (dagvård, hemtjänst, växelvård/kortvård) ska få en bedömning av BPSD-symtom minst en gång per år. Öka antalet registreringar i BPSD-registret av personer som har en demenssjukdom och bor på äldreboende.			
1	Utveckla de certifierade utbildarnas stöd till BPSD-administratörerna.	Önskvärt och angeläget att under 2022 anordna administratörsträff- digital eller fysisk om restriktionerna tillåter. Certifierade utbildare boka och erbjuda digital uppföljning (och uppföljning på plats när Corona restriktionerna lättar) till de administratörer på enheter som är igång i BPSD-registret.	Finnas som stöd för redan utbildade BPSD-administratörer Anordna administratörsträff 2ggr/år	Åsa, Hanna och Therese. Samt även Resursteam Demens	December 2022
	Fastställa handlingsplan för BPSD-registret i Nyköpings kommun.	Handlingsplan presenteras för VC Mattias Carlsson januari 2022 och revideras av CU efter mötet.	Att börja arbeta efter handlingsplanen våren 2022	Att skriva/presentera: Hanna, Åsa och Therese	Mars 2022

		Handlingsplanen ska godkännas av styrgruppen för Resursteamet Demens. Ska göras via e-post.		Att godkänna: VC.	
1	Tydliggöra det multiprofessionella teamets betydelse för BPSD-arbetet.	Informera administratörer om att kryssa i alla yrkeskategorier som deltagit i BPSD-registreringen i samband med registreringen görs i registret. Att utbilda hela de multiprofessionella teamen i varje verksamhet vid samma tillfälle i så stor utsträckning som möjligt. Informera/Utbilda EC, ssk och rehabpersonal i deras roller i BPSD-arbetet.	Att öka andelen registreringar som görs av ett multiprofessionellt team. Att alla i det multiprofessionella teamet är aktiva i arbetet med BPSD-registret.	Ansvariga för att utbilda: CU	Kontinuerligt när handlingsplanen följs upp December 2022
1	Utbilda specialistundersköterskor demens till BPSD-administratörer	CU bjuder in spec. uskor till utbildning. Planera in en utbildning under april/maj 2022 i samarbete med EC.	Spec.uskorna ska kunna driva och implementera arbetet med BPSD-registret framåt i sina verksamheter	CU ansvarar för att utbilda.	December 2022
1	Utveckla ett årshjul för de certifierade utbildarnas arbete med BPSD-registret.	CU beskriver sitt arbete i årshjul, ta med: patientsäkerhetsberättelser, Mål			

		och måluppfyllelse/genomgång av året, möten med VC+styrgrupp, planering av årets arbete m.m., uppdatera rutin och arbetssätt en gång per år			
	Utveckla arbetet med BPSD-registret i hemtjänsten och hemsjukvården.				Påbörja 2023

Utvecklingsområden BPSD-registret i Nyköpings kommun 2022-2024

1. Revidera rutin för BPSD-registret, som fastställdes 2020.
2. Erbjuder administratörsutbildningar
3. Att biståndshandläggarna ska vara insatta och informerade om vad BPSD-registret är och på vilket sätt de kan använda sig av informationen som BPSD-skattningar ger.
4. BPSD-arbetet ska följas upp och rapporteras kontinuerligt.
5. Utbilda de multiprofessionella teamen på varje kommunal och privat demensenhet till BPSD-administratörer
6. Utveckla samarbetet med regionens läkare kring BPSD-arbetet.
7. Öka antalet registrerade personer och antalet registreringar.
8. Utveckla de certifierade utbildarnas stöd till BPSD-administratörerna.
9. Fastställa handlingsplan för BPSD-registret i Nyköpings kommun.
10. Tydliggöra det multiprofessionella teamets betydelse för BPSD-arbetet.
11. Utbilda specialistundersköterskor demens till BPSD-administratörer
12. Utveckla ett årshjul för de certifierade utbildarnas arbete med BPSD-registret.
13. Utveckla arbetet med BPSD-registret i hemtjänsten och hemsjukvården.



Handlingsplan tillsynsrapport 2021

Synpunkter	Handlingsplan		
Problemområde	Åtgärder	Ansvarig	Uppföljning
Risk- och konsekvensanalyser gällande bland annat patientsäkerhet behöver dokumenteras på ett bättre och mer synligt sätt	Skriva ut från Stratsys eller föra över till enskilt dokument för att tydliggöra för samtliga att riskanalyser och tillhörande åtgärdsplanering finns.	VC EC	Anser att vår kommunikation gällande arbetsmiljö och riskmoment i verksamheten har kommit fram på ett bättre sätt under denna tid. Har en engagerad representant för Kommunal att arbeta tillsammans med som även gör sitt bästa för att involvera sina kollegor än mer i det systematiska arbetet med riskanalysering och åtgärdsplanering.
	Involvera skydds- och arbetsplatsombud mer i riskanalysarbetet gällande patientsäkerhet	VC EC Skyddsombud	Vi har överlag fått ett bättre pågående arbete gällande analysering av risker, så även inom området patientsäkerhet. Det är inte alltid patientsäkerhet och arbetsmiljö kompar ihop men vi jobbar på för att få en bra balans mellan de två breda och framträdande områden.
	Verka för att använda termen 'patientsäkerhet' i det vardagliga arbetet.	OAS	Jag önskar en uppföljning på den enkät MAS skickade ut till OVP gällande patientsäkerhet, vore spännande att se hur mina medarbetare nu upplever det.



Egenkontroller avseende hygien behöver genomföras och den basala hygien nattetid behöver säkras	Detta görs med hygienobservationer två gånger per termin. OAS väljer ut vilka som ska utföra observationerna och använder sig av förtryckt mall som finns tillgänglig på verksamhetsstödet	VC EC OAS	Vi har god efterlevnad för våra hygienrutiner, detta ses inte minst på att vi lyckats hålla Covid-19 borta från Florahuset under hela pandemin samt endast haft en mindre utbrott på Freja under mars 2020 för att sedan vara helt smittfria. Anser detta vara ett kvitto på framgång.
	Hygienobservationer nattetid blir väldigt mycket svårare att få bukt med då vi endast har jourjuksköterskor till vårt förfogande dessa timmar. Samma information, utbildningar, självskattningar och rutiner för att upprätthålla god basal hygien gäller givetvis även för nattpersonal. Vid misstanke om misskötsel eller vid nattpersonals önskemål gör VC oanmälda besök nattetid.	VC EC	Ovanstående gäller även nattpersonal, dom har på ett effektivt sätt följt rutinerna för basal hygien och även arbetat bra med kohortvård vid misstanke om sjukdom eller vid rutinmässig provtagning. VC har gjort två oanmälda besök nattetid.
	Självskattningsformulär lämnas ut till samtlig personal i omvårdnaden vid minst två tillfällen per år. Sedan 2020 görs självskattningar flera gånger per år.	VC EC OAS	Detta görs på rutin och vi ser att de punkter några glömmer bort är förkläde vid sängbäddning samt sprita händer i direkt anslutning innan påtagning av handskar.
Delegeringsriktlinjen måste efterlevas	Samtliga som innehar delegering har bedömts av legitimerad sjuksköterska ha den reella kompetens som krävs för att klara av uppgiften. Kraven för att få delegering för vissa arbetsuppgifter baseras på den riktlinjer MAS framarbetat och som gäller from 2020-01-01	VC EC OAS	Vi följer dessa riktlinjer och sjuksköterskorna är väl medvetna om hur de ska arbeta med delegeringar.



De genomförandeplaner som idag finns upprättade anses bristfälliga på flera sätt. I alla genomförandeplaner behöver det tydliggöras vad brukaren klarar själv, så är idag inte fallet	Ny rutin för upprättande av genomförandeplan: tydlig rubriksättning finns så att all ovp kan läsa sig till vilka rubriker som måste finnas med. Undvika att göra mer än en uppföljning av genomförandeplanen, risken är stor att man gör uppföljning i stället för en ny gf-plan trots att behov av ny finns. Från och med årsskiftet 2021/2022 får endast en uppföljning göras.	VC EC	Stickkontroller görs tätt av VC. Jag märker en klar förbättring av genomförandeplaner, däremot finns det fortsatta brister. Vi har nu ett kontor avsatt för våra spjutspetsar att stötta kollegor i all dokumentation då vi inte har tillgång till att skicka nya medarbetare på utbildning sedan pandemin. Medarbetare som känner sig osäkra på hur dokumentation kring genomförandeplaner ska utföras bokar en tid med någon av våra spjutspetsar och får på så sätt avskilt sitta och jobba med detta utan att bli störd på avdelningen.
	Stickprov tas kontinuerligt av VC och EC, återrapportering sker både via mejl, kvalitetsråd och vid APT. Kontaktperson är ansvarig för upprättande av genomförandeplaner, i brist på kp ska denne upprättas av annan ovp på avdelningen.	VC EC	Stickkontroller visar att vi är på väg i rätt riktning men att det finns saker kvar att jobba med innan måluppfyllnad är fullgod.

Rapportering gällande intern tillsyn 2021-fortsatt arbete 2022

Dokumentation av risk- och konsekvensanalyser

Arbetet fortsätter enligt lokala rutiner (se nedan från rapportering 2021) Riskanalys görs vanligen dagligen vid rapporteringsmöte med samtlig personal som är i tjänst. Bakomliggande orsaker identifieras och förbättringsförslag och åtgärder för att minimera risken eller bristen tas fram. Efter att risker har påvisats i verksamheten har de analyserats och diskuterats på rapporteringsmöten, kvalitetsmöten och arbetsplatsträffar. Förbättringsförslag och planer har beslutats och dokumenterats i respektive mötesprotokoll. Uppföljning har gjorts under arbetets gång på dagliga rapporteringsmöten samt på nästkommande kvalitetsmöte eller arbetsplatsträff. Vanligtvis har det vid uppföljning visat sig finnas behov av modifieringar och mer tid att försätta arbete enligt planen för att uppnå önskat resultat. Riskanalys utförs också för varje boende i samband med inflytt och sedan återkommande vid hälsokonferenser och vårdplaneringar. Varje boende bedöms avseende risk för fall, undernäring, trycksår och munhälsa och dokumentation sker i patientjournal samt i nationella register.

Rapportering 2021: Betelhemmet har lokala rutiner för sammanställning, analys och dokumentation av risker, avvikelser och åtgärder. Alla avvikelser gällande en boende skrivs in i journalsystemet av den personal som upptäcker avvikelserna. Sjuksköterskan tar emot och analyserar alla avvikelser skyndsamt.

Om en risk eller avvikelse berör ett ärende kopplat till verksamheten men inte till någon speciell boende, eller ett ärende kopplat till förbättringsarbete finns en speciell blankett som kallas "husrutinavvikelse" som fylls i och lämnas till verksamhetschefen.

Verksamhetschefen sammanställer alla avvikelser och husrutinavvikelser varje månad för statistik och analys av innehållet. Alla avvikelser utreds mer eller mindre beroende på allvarlighetsgrad och varje månad hålls ett kvalitetsmöte där risker, allvarligare avvikelser, vanligen förekommande avvikelser, konsekvenser och åtgärder diskuteras. All personal får möjlighet att delta i risk- och konsekvensanalyser och även komma med förslag till tänkbara åtgärder. Resultatet från kvalitetsmötet sammanställs och tas upp på arbetsplatsträff varje månad. Dokumentation sker i protokoll från kvalitetsmöte och/eller i protokoll från APT.

Egenkontroller avseende hygien

Ny rutin avseende hygien togs fram under 2021 och arbetet har fortsatt enligt rutinen. Hygienrond hölls i slutet av 2021 och flera förbättringsåtgärder identifierades och påbörjades. Självskattning gällande basal hygien har genomförts varje dag under en vecka hittills 2022.

Från rapport 2021: I personalgruppen finns två hygienombud utsedda. De ska delta vid hygienronder, se till att självskattning av basal hygien genomförs samt göra oanmälda observationer på arbetsplatsen under arbetspass. Detta för att säkerställa att hygienrutiner följs.

En lokal rutin har tagits fram för att förtydliga vilka egenkontroller som ska genomföras, hur ofta och vem som är ansvarig. Exempel från denna rutin är att fyra gånger per år ska en självskattning i personalgruppen genomföras (under mars, juni, september och december månad). Hygienombuden ska initiera självskattningen, lämna ut formulär från Region Sörmland och lämna resultatet till verksamhetschefen.

En gång per termin ska en oanmäld observation av följsamhet till basala hygienrutiner genomföras. Observationen görs av hygienombud utifrån formulär från region Sörmland.

Basal hygien nattetid

Arbetet har fortsatt enligt nedan. Självskattning av hygienrutiner har även lämnats ut till nattpersonal, något som tidigare ibland har missats.

Nattpersonal deltar på APT tillsammans med dagpersonal och har därför kännedom om hygienrutiner och tar del av nya riktlinjer och rutiner. Närhet till verksamhetschef och sjuksköterska finns också då vi träffas regelbundet vid morgonrapport. En gång i veckan arbetar verksamhetschefen på kvällstid för att kunna träffa nattpersonal i början av deras arbetspass. Detta för att säkerställa tillgänglighet till ledning även för nattpersonal. Då finns möjlighet att lyfta frågor som är aktuella på natten vid ett mer personligt tillfälle. Utöver detta har vi nattmöten där all nattpersonal samlas tillsammans med sjuksköterska och verksamhetschef.

Riktlinje delegering

Fortsatt arbete enligt nedan. Vid nyanställning prioriteras alltid personal med utbildning i första hand. Det har dock den senaste tiden endast funnits ett fåtal personer med undersköterskeutbildning bland sökande av timvikariat.

Från rapport 2021: Omvårdnadspersonalen på Betelhemmet består till största delen av undersköterskor. I personalgruppen finns det några utan utbildning men med lång erfarenhet av arbete inom vården. Ett fåtal personal har kortare erfarenhet. Sjuksköterskan gör alltid en personlig bedömning av lämpligheten inför delegering och följer också noggrant upp om personen har tillgodogjort sig information och utbildning. Utifrån detta gör sjuksköterskan en bedömning om det är lämpligt att delegera personen och vilka uppgifter som kan vara aktuella

att delegera. Personal utan utbildning eller lång erfarenhet inom vården delegeras färre uppgifter. Sjuksköterska finns alltid tillgänglig på dagtid och har ett nära samarbete med omvårdnadspersonalen och därmed en tät uppföljning över hur arbetet fungerar. Avstämningar sker regelbundet vid morgonrapport och eftermiddagsrapport och exempelvis medicingivning följs upp dagligen av sjuksköterskan i APPVA. Även omvårdnadspersonalen har täta avstämningar sinsemellan under arbetspasset. Om det uppmärksammas att en person inte klarar av att utföra uppgifterna på ett patientsäkert sätt dras delegeringen in.

Självständighetsperspektiv i genomförandeplaner

Självständighetsperspektivet i genomförandeplanerna är generellt sett svårt att vända om till. Omvårdnadspersonalen har lång vana att dokumentera genomförandeplanerna utifrån svårigheter och nedsättningar. Trots att detta har uppmärksammats och diskuterats på APT och vid andra tillfällen är det fortfarande svårt för merparten av personalen att skriva på det sättet. Frågan har nu tagits upp individuellt vid medarbetarsamtal under våren.

Från rapport 2021: I genomförandeplanen ska det framgå vad personen klarar att utföra själv. Det är ett nytt sätt att tänka som inte all personal är van vid. Detta har uppmärksammats på APT under året. Under våren gjordes en satsning på genomförandeplaner på Betelhemmet då all kontaktpersonal fick extra tid för att skriva genomförandeplanerna. Då fanns också möjlighet att få extra stöd av sjuksköterskan vid dokumentationen och självständighetsperspektivet poängterades.

Med vänlig hälsning

Johanna Olin

VON § Återrapportering om arbete med handlingsplan för anhörigstöd

Diarienummer: VON19/50

Den länsgemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) fastställde 2017 en Länsgemensam strategi i samverkan för stöd till anhöriga. I denna fanns ett antal aktiviteter som låg på respektive huvudman att genomföra och säkerställa. Bland annat skulle handlingsplaner tas fram och riktlinjer och rutiner revideras för att stärka anhörigperspektivet. Samtliga utförare av särskilt boende för äldre samt hemtjänst tog fram handlingsplaner, vilka godkändes av Vård- och omsorgsnämnden i december 2019 (§ 88). I december 2020 och december 2021 återkom utförarna med rapporter över hur arbetet enligt handlingsplanen gick (§ 104 respektive år). Division Social omsorg (DSO) gavs vid det senare tillfället i uppdrag att till nämndens sammanträde i juni 2022, återkomma med en ytterligare rapport, vilken nu inkommit.

Rapportör, som också är kvalitetsutvecklare för anhörigstöd, konstaterar att handlingsplanen bidragit till att det nu finns bra information på hemsidan, vilken höjt kompetensen hos både medarbetare och chefer. Alla verksamheter har ännu inte utsett anhörigombud. Det finns heller inte rutiner framtagna inom alla verksamheter. Delvis beror detta på att frågan hamnat lite i skymundan under pandemin, men rapportör ser att arbetet gått framåt och bedömer att det kommer att fortsätta, så att målen i handlingsplanen uppnås.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapporteringen om arbetet med handlingsplanen för anhörigstöd, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-10, samt
- 2) att** uppdra åt DSO att säkerställa att även de återstående målen i handlingsplanen uppnås och att skriftligen avrapportera detta till nämndens sammanträde i december 2022.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Rapportering om arbetet med handlingsplanen för anhörigstöd

Bakgrund

Den länsgemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) fastställde 2017 en Länsgemensam strategi i samverkan för stöd till anhöriga. I denna fanns ett antal aktiviteter som låg på respektive huvudman att genomföra och säkerställa. Bland annat skulle handlingsplaner tas fram och riktlinjer och rutiner revideras för att stärka anhörigperspektivet. Samtliga utförare av särskilt boende för äldre samt hemtjänst tog fram handlingsplaner, vilka godkändes av Vård- och omsorgsnämnden i december 2019 (§ 88). I december 2020 och december 2021 återkom utförarna med rapporter över hur arbetet enligt handlingsplanen gick (§ 104 respektive år). Division Social omsorg (DSO) gavs vid det senare tillfället i uppdrag att till nämndens sammanträde i juni 2022, återkomma med en ytterligare rapport, vilken nu inkommit.

Rapportör, som också är kvalitetsutvecklare för anhörigstöd, konstaterar att handlingsplanen bidragit till att det nu finns bra information på hemsidan, vilken höjt kompetensen hos både medarbetare och chefer. Alla verksamheter har ännu inte utsett anhörigombud. Det finns heller inte rutiner framtagna inom alla verksamheter. Delvis beror detta på att frågan hamnat lite i skymundan under pandemin, men rapportör ser att arbetet gått framåt och bedömer att det kommer att fortsätta, så att målen i handlingsplanen uppnås.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen om arbetet med handlingsplanen för anhörigstöd, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-10.

- 2) **att** uppdra åt DSO att säkerställa att även de återstående målen i handlingsplanen uppnås och att skriftligen avrapportera detta till nämndens sammanträde i december 2022.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2022-05-20

Beslut till:

Division Social omsorg

Arbete enligt "Handlingsplan för anhörigstöd i Nyköpings kommun, 2020 - 2021".

Återrapportering till VON
Våren 2022



Kvalitetsutvecklare för Anhörigstöd: Monica Berg

Innehåll

Inledning	4
Syfte	4
Metod	4
Svarsfrekvens	4
Resultatrapportens struktur	5
Förväntat resultat.....	5
Handlingsplanens mål:	5
Resultat	6
Mål: Alla medarbetare har kännedom om handlingsplanen	6
Aktivitet: "Information till medarbetare om handlingsplanen med mål att alla medarbetare har kännedom om handlingsplanen"	6
Mål: Chefer och medarbetare har kännedom om lagstiftningar gällande anhörigas rättigheter och möjligheter till stöd.	7
Aktivitet: litteraturtips.....	7
Mål: Höja kompetensen kring anhörigperspektivet	8
Aktivitet: Kompetensutveckling för medarbetare genom föreläsning, webbutbildningar, litteraturtips.....	8
Mål: Medarbetare hittar information om anhörigstöd. Kompetenshöjande.	8
Aktivitet: Skapa en sida på IN med information om anhörigstöd.....	8
Mål: Alla berörda verksamheter/enheter har anhörigombud.	11
Aktivitet: Berörda verksamheter/enheter utser anhörigombud	11
Mål: Fördjupa anhörigombudens kompetens kring anhörigperspektivet.....	11
Aktivitet: Nätverksträffar med kompetenshöjande innehåll erbjuds	11
Mål: Tydliggöra anhörigombudens funktion	12
Aktivitet: Funktionsbeskrivning för anhörigombuden tas fram	12
Mål: Verksamheter/enheter inom DSO har aktuella rutiner för anhörigstöd i enlighet med checklistan (bilaga). Rutinerna ska vara skriftliga och beslutade av verksamhetschef även om olika enheter kan ha olika rutiner.	13
Aktivitet: Verksamhets/enhets specifika rutiner upprättas av enhetschef	13
Mål: Alla har kännedom om de verksamhets/enhets specifika rutinerna.....	13

Aktivitet: "Genomgång av rutinerna i samband med APT och i introduktion av nya medarbetare med mål att alla har kännedom om de verksamhets/enhets specifika rutinerna"	13
Mål: Skriftliga rutiner ska vara aktuella	14
Aktivitet: Varje rutin ses över.....	14
Mål: Få en samlad bild kring utveckling av rutiner, kompetens och anhörigombud.	14
Aktivitet: Enkät som användes för nulägesanalys 2019 besvaras igen	14
Övrigt som enhetscheferna önskat tillägga:	15
Sammanfattning	16

Inledning

Den länsgransamma Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) fastställde år 2017 en Länsgranssam strategi i samverkan för stöd till anhöriga. I strategin finns ett antal aktiviteter som ligger på respektive huvudman att genomföra och säkerställa.

Våren 2019 uppdrog Socialnämnden (SN) samt Vård- och omsorgsnämnden (VON) till division Social omsorg (DSO) att ta fram en handlingsplan för anhörigstöd som inkluderar översyn av rutiner och kompetensutvecklingsåtgärder.

Som ett led i framtagandet av en handlingsplan genomfördes en nulägesanalys av rutiner och kompetens kring anhörigstöd. En enkät med frågor kring detta skickades till divisionens alla chefer för besvarande. Resultatrapporten visade att det saknas skriftliga rutiner för hur personal samarbetar med anhöriga till brukare som får insatser i verksamheten, att kompetensen är ojämn och att det finns behov av kompetensutveckling kring stöd till anhöriga.

DSO tog fram en handlingsplan med tillhörande bilaga som godkändes av SN och VON i december 2019. Samtidigt uppdrogs åt DSO att till nämndsammanträdet i december 2020 samt december 2021 skriftligen rapportera hur arbetet enligt handlingsplanen gått. I december 2021 uppdrog VON åt DSO att slutföra handlingsplanen och inkomma med en rapport som beskriver det arbetet.

Syfte

Syftet med denna rapport är att återrapportera till VON hur DSO:s arbete enligt handlingsplanen har gått, utifrån att VON uppdragit åt DSO att slutföra handlingsplanen.

Metod

För att få underlag till återrapporteringen tog kvalitetsutvecklare för anhörigstöd fram frågor utifrån handlingsplanens aktiviteter och mål. Frågorna mejlades till DSO:s verksamhetschefer för hjälp att vidarebefordra till berörda enhetschefer.

Kvalitetsutvecklare för anhörigstöd beskriver hur arbetet gått enligt de aktiviteter funktionen stått som ansvarig för.

Svarsfrekvens

Från VON:s ansvarsområde besvarade totalt 26 enhetschefer frågorna, vilket är en svarsfrekvens på 72 %.

- Inom hemtjänst besvarade åtta av åtta chefer frågorna.
- Inom SÄBO besvarade tio av fjorton chefer frågorna.

- Inom funktionsstödsomsorgen besvarade sju av tretton enhetschefer frågorna.
- En enhetschef från individ och familjeomsorgen (LSS korttids och fritidsverksamhet) besvarade frågorna.

Inom äldreomsorgen sammanställde verksamhetsstrateg för respektive område (hemtjänst och SÄBO) enhetschefernas svar. Strategerna mejlade varsin sammanställning till kvalitetsutvecklare för anhörigstöd. Svar ifrån funktionsstödsomsorgen och individ och familjeomsorgens enhetschef sammanställde kvalitetsutvecklare för anhörigstöd. Resultatredovisningen skiljer sig något åt mellan de olika verksamhetsområdena eftersom sammanställning av svaren har gjorts på olika sätt.

Resultatrapportens struktur

Resultatet har i denna återrapporering delats upp i kapitel med rubrik utifrån varje mål samt med en underrubrik utifrån aktuell aktivitet. Frågan som enhetscheferna besvarat står under respektive mål och aktivitet.

Förväntat resultat

Handlingsplanens mål:

- Alla medarbetare har kännedom om handlingsplanen.
- Tillsvidareanställda och chefer inom varje verksamhet/enhet har kännedom om anhörigas rättigheter och möjligheter till stöd.
- Höja kompetensen kring anhörigperspektivet
- Alla berörda verksamheter/enheter har anhörigombud.
- Fördjupa anhörigombudens kompetens kring anhörigperspektivet.
- Tydliggöra anhörigombudens funktion
- Medarbetare hittar information om anhörigstöd. Kompetenshöjande.
- Verksamheter/enheter inom DSO har aktuella rutiner för anhörigstöd i enlighet med checklistan (bilaga). Rutinerna ska vara skriftliga och beslutade av verksamhetschef även om olika enheter kan ha olika rutiner.
- Alla har kännedom om de verksamhets/enhets specifika rutinerna.
- Få en samlad bild kring utveckling av rutiner, kompetens och anhörigombud
- Skriftliga rutiner ska vara aktuella

Resultat

Mål: Alla medarbetare har kännedom om handlingsplanen

Aktivitet: "Information till medarbetare om handlingsplanen med mål att alla medarbetare har kännedom om handlingsplanen".

Fråga till enhetschef: *"Har du och dina medarbetare kännedom om handlingsplanen?"*

Hemtjänst:

- 45% av enheterna har kännedom om handlingsplanen.
- 37% av enheterna har delvis kännedom om handlingsplanen.
- 9% av enheterna har ingen kännedom alls.
- 9% av enheterna anses inte omfattas av handlingsplanen.

SÄBO:

- 21% Ja, har kännedom om handlingsplanen.
- 21% Nej, har ej kännedom.
- 29% delvis kännedom.
- 29% Ej svar (anledning: chef nyanställda, sjukfrånvaro.)

Kommentarer:

- "Handlingsplanen har tagits upp och kommunicerats på APT när den var klar 19/20"
- "Monica Berg, från anhörigcentrum presenterade handlingsplan till ombudet på huset under 2021."
- "Jag har nu, men inte personalen."
- "Delvis, Jag har nu men inte personalen"
- "Kännedom om handlingsplanen är troligtvis låg"

Funktionsstödsomsorgen:

76 % av respondenterna uppger att verksamheterna (chef och/eller medarbetare) har kännedom eller delvis kännedom om handlingsplanen.

Mål: Chefer och medarbetare har kännedom om lagstiftningar gällande anhörigas rättigheter och möjligheter till stöd.

Aktivitet: litteraturtips.

Fråga till enhetschef: "Beskriv på vilket sätt du och dina medarbetare har tagit del av litteraturtipsen i handlingsplanen?"

Hemtjänst:

Kommentarer:

- Tagits upp på APT, hänvisning till informationen på IN.
- EC och anhörigombud har läst Socialstyrelsens material.
- Anhörigombuden har tagit upp tipsen på APT och har visat film.
- Länken mailad till alla medarbetare.
- Webbutbildningen utförd i några grupper.
- I vissa fall har det tagits upp när det funnits behov.
- Finns en upplevelse om att det kan ha bidragit till ökad kompetens.

SÄBO:

- 50% inte alls
- 25% har tagit del av litteraturtipsen
- 25% har ej svarat på frågan

Kommentarer:

- *Diskuterat på APT*
- *APT diskuterar i smågrupper för att sedan dela med sig i helgrupp.*
- *Verksamheten har köpt in bok 2at utveckla anhörigstöd" men för att kunna börja med boken ska all personal börja med att utbildning steg 1 och 2 som finns på IN.*
- *Tid på APT.*

Funktionsstödsomsorgen:

44 % av verksamheterna har tagit del av relevanta litteraturtips.

Kommentarer:

- Några har gått webbutbildning som finns som tips.
- Verksamheten har i ett årshjul anhörigperspektiv i fokus 2ggr/år där bla Socialstyrelsens författningar tas upp. Den webbaserade utbildningen får personal en påminnelse om att göra två gånger per år
- Vissa har tagit del av litteraturen", andra inte. Jag som ec har deltagit i flera utbildningar med tex Gunilla M. Lång erfarenhet av anhörigstöd.
- Vi har gått igenom webbutbildningen om anhörigstöd.

Mål: Höja kompetensen kring anhörigperspektivet

Aktivitet: Kompetensutveckling för medarbetare genom föreläsning, webbutbildningar, litteraturtips.

På grund av pandemin har inga fysiska föreläsningar erbjudits medarbetare. I stället har kvalitetsutvecklare för anhörigstöd köpt in fyra inspelade föreläsningar. Föreläsningarna har funnits/finns på IN (sidan anhörigstöd på arbetsplatser). Information om föreläsningarna har mejlats till DSO:s chefer för vidarebefordran till medarbetare.

Inspelade föreläsningar:

- Föreläsning med Ingrid Lindholm: Att bemöta anhöriga till personer med psykisk ohälsa (är nu borttagen).
- Föreläsning kring NPF: Bemötande av anhöriga (tillgänglig till och med september 2022).
- Föreläsning om anhörigstöd med Gunilla Matheny - Anhörigsamverkan - en nyckel till framgång (tillgänglig tills vidare).
- Föreläsning av anhörigterapeut Carina Bång, som föreläser om hur du i ditt arbete kan stödja anhöriga till någon med beroendeproblem (tillgänglig till och med maj 2022).

Mål: Medarbetare hittar information om anhörigstöd. Kompetenshöjande.

Aktivitet: Skapa en sida på IN med information om anhörigstöd.

Kvalitetsutvecklare för anhörigstöd har tillsammans med kommunikatör tagit fram en sida på IN med information om anhörigstöd (anhörigstöd på arbetsplatser). Sidan innehåller information om handlingsplan, läns gemensam strategi och lagstiftning. På sidan finns även funktionsbeskrivning för anhörigombud och kompetenshöjande material i form av inspelade föreläsningar, kortfilmer, länkar till Socialstyrelsens vägledning och till webbutbildningar och föreläsningar på Nationellt kompetenscentrum anhörigas webbsida.

Fråga till enhetschef: *"Har du och dina medarbetare kännedom om sidan och dess innehåll?"*

Hemtjänst:

- 73% Ja
- 18% Nej
- 9% Kanske

Kommentarer:

Några grupper har inte kommit framåt i arbetet med anhörigstöd och därför är det okänt för medarbetaren. I någon hemtjänstgrupp har enhetschef kännedom men inte medarbetare.

SÄBO:

- 21% Ja
- 21% Delvis
- 29 % Nej
- 29% Ej svar

Funktionsstödsomsorgen:

52 % av verksamheterna har kännedom om sidan och dess innehåll.

Fråga till enhetschef: *"Beskriv hur du och dina medarbetare har tagit del av information och inspelade föreläsningar på IN?"*

Hemtjänst:

Informationen har getts på APT, genom information från anhörigombud samt i teamsträffar.

SÄBO:

Kommentarer:

- På APT
- Brev vidarebefordrats ut till enheterna från Monica Berg kvalitetsutvecklare Anhörigstöd
- Satt upp aktuell information på Anslagstavla
- Inte alls sedan jag började
- Alla ska lyssna på del 2 av utbildning NKa (Nationellt kompetenscentrum för anhöriga) jag själv har lyssnat på första delen utbildning.

Funktionsstödsomsorgen:

Kommentarer:

- Det är ett bra material att gå igenom när anhörigombuden ska uppdatera sig i sin rutin kring stödet. Anhörigombuden håller sig uppdaterade och sprider information till kollegor.
- Tas upp på APT
- Har tipsat mina medarbetare om bl.a. webutbildningarna.

Fråga till enhetschef: *"Upplever du att materialet på sidan på IN har bidragit till ökad kompetens kring anhörigperspektivet hos dig och dina medarbetare?"*

Hemtjänst:

Kompetensen kring anhörigperspektivet anses ha ökat hos 73%. 27 % anser att kompetensen inte har ökat, alternativt ökat till viss del.

SÄBO:

Kommentarer:

- Måste fördjupa mig mer i materialet för att kunna svara på frågan
- Kan ej utvärderas
- Oklart
- Har inte hunnit gå igenom
- Ja

Funktionsstödsomsorgen:

Kommentarer:

- Delvis ökat kompetensen
- *Det är upp till var och en om man önskar ta del av info på sidan. Personal har kunnat söka upp info vid behov tex något man undrat över = ökad kompetens. Bra med en info sida.*
- Jag har skickat ut länkar via mail. Bra med utbildningar vilket varit uppskattat hos medarbetare.
- Samtliga har tagit del av de inspelade föreläsningarna och informationen hösten 2021. Delvis bidragit till ökad kompetens, sett olika ut gällande medarbetares kunskap.

Mål: Alla berörda verksamheter/enheter har anhörigombud.**Aktivitet: Berörda verksamheter/enheter utser anhörigombud**

Fråga till enhetschef: *"Har du utsett anhörigombud i alla dina berörda verksamheter/enheter? Om inte, hur många verksamheter har/har inte anhörigombud."*

Hemtjänst:

64% av hemtjänstgrupperna har utsett anhörigombud. På några enheter pågår arbete att utse nya då det är personalbyte och några enheter saknar ombud helt och hållet.

SÄBO:

- 50 % Ja - har ombud på samtliga enheter
- 21 % Delvis - saknas anhörigombud på en eller flera enheter
- 0% Nej
- 29% Ej svar

Kommentarer:

- Ett anhörigombud som har varit med från början. Två anhörigombud är nya. Tanken är att ha ett anhörigombud i varje arbetsgrupp.
- I dagsläget har jag två anhörigombud på en och samma avdelning. Två nya ombud är nu utsedda från övriga avdelningar.
- Alla utom en avdelning har anhörigombud.

Funktionsstödsomsorgen:

56 % av respondenternas verksamheter/enheter har utsett anhörigombud. Några verksamheter/enheter har två anhörigombud i verksamheten.

Mål: Fördjupa anhörigombudens kompetens kring anhörigperspektivet.**Aktivitet: Nätverksträffar med kompetenshöjande innehåll erbjuds**

På grund av pandemin erbjöd Kvalitetsutvecklare för anhörigstöd inga nätverksträffar för anhörigombud under 2020 – 2021. Under april 2022 genomfördes nätverksträffar för tre grupper anhörigombud. Anhörigombuden delades upp i grupperna:

- SÄBO
- Boende/korttids funktionsstödsomsorg
- Hemtjänst, boendestöd, dagverksamhet, personlig assistans

Totalt deltog 59 anhörigombud, varav fem ombud från privata utförare.

Under nätverksträffarna diskuterades anhörigperspektiv, anhörigombudens funktion, information gavs om kompetenshöjande material på sidan på IN samt verksamheternas skriftliga rutiner för anhörigstöd. Avslutningsvis diskuterades vad anhörigombuden anser behöver utvecklas gällande anhörigstöd i deras verksamhet samt vilket stöd de kan behöva i det arbetet.

Mål: Tydliggöra anhörigombudens funktion

Aktivitet: Funktionsbeskrivning för anhörigombuden tas fram

En funktionsbeskrivning för anhörigombuden har tagits fram. Funktionsbeskrivningen finns tillgänglig på IN – sidan anhörigstöd på arbetsplatser.

Mål: Verksamheter/enheter inom DSO har aktuella rutiner för anhängigstöd i enlighet med checklistan (bilaga). Rutinerna ska vara skriftliga och beslutade av verksamhetschef även om olika enheter kan ha olika rutiner.

Aktivitet: Verksamhets/enhets specifika rutiner upprättas av enhetschef

Fråga till enhetschef: *"Beskriv hur arbetet har gått med att ta fram verksamhets/enhets specifika rutiner för anhängigstöd i enlighet med checklistan i bilagan på s 4. (Rutinerna ska vara skriftliga och beslutade av verksamhetschef även om olika enheter kan ha olika rutiner."*

Hemtjänst och SÄBO har besvarat frågan på samma sätt:

Inom DSO äldre kommer vi att arbeta vidare med att skapa en gemensam rutin för hela DSO Äldre gällande anhängigstöd. I dagsläget förekommer det lokala rutiner på någon enhet men de flesta saknar skriftlig rutin dock pågår det arbete med anhängigstöd i varierad omfattning.

Funktionsstödsomsorgen:

32 % av verksamheterna/enheterna har skriftliga verksamhets/enhets specifika rutiner.

Kommentarer:

- Vi har en rutin som är skriven av enhetschef och anhängigombuden. En bra mall att gå efter.
- Vi har på enheten en enhetsspecifik rutin gjord utifrån tidigare mall, dock inte med checklistan men ska göras omgående.

Mål: Alla har kännedom om de verksamhets/enhets specifika rutinerna

Aktivitet: "Genomgång av rutinerna i samband med APT och i introduktion av nya medarbetare med mål att alla har kännedom om de verksamhets/enhets specifika rutinerna".

Fråga till enhetschef: *"Beskriv hur du har säkerställt att alla har kännedom om de verksamhets/enhets specifika rutinerna".*

Hemtjänst och SÄBO har besvarat frågan på samma sätt:

Som det beskrivs ovan har äldreomsorgen beslutat att de ska skapa en gemensam rutin för hela DSO Äldre gällande anhängigstöd. De flesta verksamheter saknar skriftliga rutiner.

Funktionsstödsomsorgen:

Kommentarer:

- Här kan vi bli bättre när vi introducerar vikarier, frågan har tagits upp på APT, och en del frågor går från mig direkt till anhörigombuden.
- Det gör vi genom ett uppföljande årshjul och genom checklista för nyanställda. Stödpedagogerna i mina verksamheter har även ett särskilt uppdrag att belysa vissa områden bla anhörigperspektivet som de båda har lång erfarenhet av

Mål: Skriftliga rutiner ska vara aktuella**Aktivitet: Varje rutin ses över**

Fråga till enhetschef: *"Beskriv hur du har sett över de verksamhetsspecifika rutinerna".*

Hemtjänst och SÄBO:

Som det nämns ovan har de flesta verksamheter ingen skriftlig rutin för stöd till anhöriga. Beslut har tagits att ta fram gemensam rutin.

Funktionsstödsomsorgen:

Kommentar:

- Vid apt. Rutin Ses över tillsammans med anhörigombud/ stödpedagog.

Mål: Få en samlad bild kring utveckling av rutiner, kompetens och anhörigombud.**Aktivitet: Enkät som användes för nulägesanalys 2019 besvaras igen**

Vid två tillfällen har kvalitetsutvecklare för anhörigstöd reviderat 2019:års enkät för ny nulägesanalys. 2020 och 2021 har enkäten mejlats till divisionens chefer för besvarande. Resultat av dessa har återrapporterats till VON och SN.

Övrigt som enhetscheferna önskat tillägga:

Hemtjänst:

- Sammanfattningsvis så har hemtjänsten kommit olika långt i arbetet med anhörigstöd. Arbetet kommer att fortsätta under 2022. Rutiner kommer att upprättas inom kort och arbetet med att utse anhörigombud pågår.

Funktionsstödsomsorgen:

- Det sista året har överskuggats av Covidiskussioner, och i och med det har vi fått ompröva och skickat ut till föräldrar olika förhållningsregler utifrån smittspridningsrisken. Vi har dock klarat av att ha all verksamhet öppen hela tiden för att föräldrarna ska ha fått möjlighet till avlastning enligt LSS, även då skolklasser har stängt ner har vi kunnat ha korttids och fritids öppet på normala tider.
- Det har varit svårt att genomföra detta med tanke på hur hösten har sett ut, svårt att motivera medarbetarna, svårt när det varit sjukfrånvaro bland EC och högre belastning. Även inte funnits något initiativ till detta från verksamhetschef. Jag själv hittade materialet på IN, efter skriftlig info från Mats/Jan i något månadsbrev eller liknande när de lyfte detta. Hittade där handlingsplanen och lyfte det sedan på APT samt diskuterade hur det ser ut samt att alla medarbetare skulle titta på föreläsningar etc.
- Vi har de senaste åren levt i en pandemi och fokuset har varit riktat åt annat håll. Trots det har vi genomfört en anhörigträff och bl.a. spridit information om anhörigstödet. Mycket ny personal i år och ännu inte hunnit förmedla allt. Jag kommer lägga in det i årsplanen, annars lätt att glömma bort.

Sammanfattning

DSO har inte lyckats uppnå målet att alla medarbetare har kännedom om handlingsplanen.

Arbetet enligt handlingsplanen har bidragit till att det nu finns information, länkar till webbutbildningar, inspelade föreläsningar med mera tillgängligt på IN. Sidan "Anhörigstöd på arbetsplatser" gör det möjligt för chefer och medarbetare att på egen hand ta del av kompetenshöjande material när tid finns, enskilt eller i grupp. Resultatet av denna uppföljning tyder på att materialet har bidragit till viss kompetensutveckling hos chefer och medarbetare, samtidigt som det framkommer att det är svårt att mäta.

DSO har inte uppnått målet att alla berörda verksamheter/enheter har utsett anhängigombud. Förhoppningsvis utses fler anhängigombud vartefter ombudens funktion blir känd hos chefer och medarbetare. Att tydliggöra anhängigombudens funktion var en viktig del i arbetet med att få fler anhängigombud utsedda. Det har tidigare framkommit till kvalitetsutvecklare för anhängstöd att medarbetare tolkat att anhängigombudet ska ansvara för allt anhängstöd på enheten. Medarbetare har utifrån det upplevt anhängigombudsrollen som belastande. Syftet med anhängigombud är att de har kunskap om anhängigperspektivet och att de lyfter anhängigperspektivet i arbetsgruppen. De ska även veta var information om anhängstöd finns. Det är även önskvärt att ombuden deltar på nätverksträffar. Nätverksträffarnas syfte är att fördjupa kompetensen kring anhängigperspektivet samt ge möjlighet till kollegial handledning. Nätverksträffarna är viktiga för att inspirera och upprätthålla engagemanget hos ombuden. Ett exempel på detta är att vårens nätverksträffar direkt bidrog till att hemtjänstens enhetschefer hörde av sig till kvalitetsutvecklare för anhängstöd och efterfrågade foldrar om anhängstödets verksamhet. Detta på grund av att anhängigombud fört vidare information till enhetschefen.

DSO har inte uppnått målet att alla berörda verksamheter/enheter har aktuella skriftliga rutiner för anhängstöd i enlighet med checklistan till handlingsplanen. Dock visar resultatet i denna uppföljning att det nu finns en plan kring framtagande av rutiner inom äldreomsorgens ledningslag. Kvalitetsutvecklare för anhängstöd har även bjudits in till några APT inom funktionsstödsomsorgens för att diskutera anhängigperspektiv och rutiner. Detta är viktiga steg för utveckling kring anhängigperspektivet samt för framtagandet av skriftliga rutiner.

Sammanfattningsvis har DSO inte uppnått målen i handlingsplanen, men arbetet har gått framåt och kvalitetsutvecklare för anhängstöd bedömer att det skett utveckling enligt handlingsplanens utvecklingsområden och aktiviteter. Kvalitetsutvecklare för anhängstöd kommer fortsätta arbeta för kompetensutveckling, att berörda verksamheter utser anhängigombud, att nätverksträffar erbjuder ombuden, att verksamheter tar fram skriftliga verksamhetsspecifika rutiner även efter att handlingsplanen är slutförd.

VON § Uppföljning av åtgärder efter Lex Sarah-rapporter 2021

Diarienummer: VON21/79

Enligt Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer ska Division Social omsorg (DSO) årligen följa upp föregående års beslutade åtgärder efter Lex Sarah-rapporteringar, för att se vilka åtgärder som genomförts och vilka effekter dessa fått. Syftet är att förebygga uppkomsten av nya missförhållanden.

Totalt skrevs 36 Lex Sarah-rapporter inom DSO under 2021. Av dessa bedömdes fem som allvarliga missförhållanden, som därför anmäldes till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). I ytterligare 16 ärenden bedömdes att åtgärder behövde vidtas, vilka skulle omfattas av denna uppföljningsrapport.

Rapporten visar att åtgärds målen är helt uppnådda i sju ärenden. I flertalet övriga ärenden upplevs målen som delvis uppfyllda. I de flesta fall ser enhetschef att åtgärdena har lett till en positiv förändring i verksamheten.

Anledningarna till att målen vanligtvis endast är delvis uppfyllda, sägs vara att de handlar om samverkan på verksamhetsnivå, att nytillträdda chefer inte fått kännedom om planerade åtgärder och att effekter inte kunnat bedömas ännu.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna uppföljningsrapporten enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-09, samt
- 2) att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i december återkomma med en skriftlig rapport om det fortsatta åtgärdsarbetet, som då bör vara fullt genomfört.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av åtgärder efter Lex Sarah-rapporter 2021

Bakgrund

Enligt Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer ska Division Social omsorg (DSO) årligen följa upp föregående års beslutade åtgärder efter Lex Sarah-rapporteringar, för att se vilka åtgärder som genomförts och vilka effekter dessa fått. Syftet är att förebygga uppkomsten av nya missförhållanden.

Totalt skrevs 36 Lex Sarah-rapporter inom DSO under 2021. Av dessa bedömdes fem som allvarliga missförhållanden, som därför anmäldes till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). I ytterligare 16 ärenden bedömdes att åtgärder behövde vidtas, vilka skulle omfattas av denna uppföljningsrapport.

Rapporten visar att åtgärdsmålen är helt uppnådda i sju ärenden. I flertalet övriga ärenden upplevs målen som delvis uppfyllda. I de flesta fall ser enhetschef att åtgärderna har lett till en positiv förändring i verksamheten.

Anledningarna till att målen vanligtvis endast är delvis uppfyllda, sägs vara att de handlar om samverkan på verksamhetsnivå, att nytillträdde chefer inte fått kännedom om planerade åtgärder och att effekter inte kunnat bedömas ännu.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna uppföljningsrapporten enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-09.
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i december återkomma med en skriftlig rapport om det fortsatta åtgärdsarbetet, som då bör vara fullt genomfört.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2022-05-20

Beslut till:

Division Social omsorg

Sammanställning av uppföljning av åtgärder avseende inkomna Lex Sarah-rapporter 2021

Inledning

På uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden har en sammanställning av verksamheternas uppföljning genomförts av vidtagna åtgärder efter utredning av inkomna Lex Sarah-rapporter för år 2021 och en bedömning av effekterna av åtgärderna.

Genom en enkät till berörda verksamhetschefer och enhetschefer har Lex Sarah-rapporter som lett till åtgärder följts upp för år 2021. Totalt rapporterades 36 misstänkta missförhållanden inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde och fem av dem anmälades till IVO och i ytterligare 16 ärenden bedömdes att åtgärder behövde vidtas av verksamheten med anledning av risk för framtida missförhållanden. Totalt ingår därför 21 ärenden i denna uppföljning.

Bakgrund

Enligt riktlinje från Vård- och omsorgsnämnden skall DSO årsvis följa upp föregående års Lex Sarah-rapporter för att se vilka åtgärder som har vidtagits och vilken effekt de har fått.

Syfte

Genom att följa upp vidtagna åtgärder och bedöma om dessa ger önskad effekt kan verksamheten bli bättre på att analysera resultat och förutse risker för att vidta relevanta åtgärder och på så sätt förebygga uppkomsten av nya missförhållanden och höja kvaliteten inom verksamheterna.

Metod

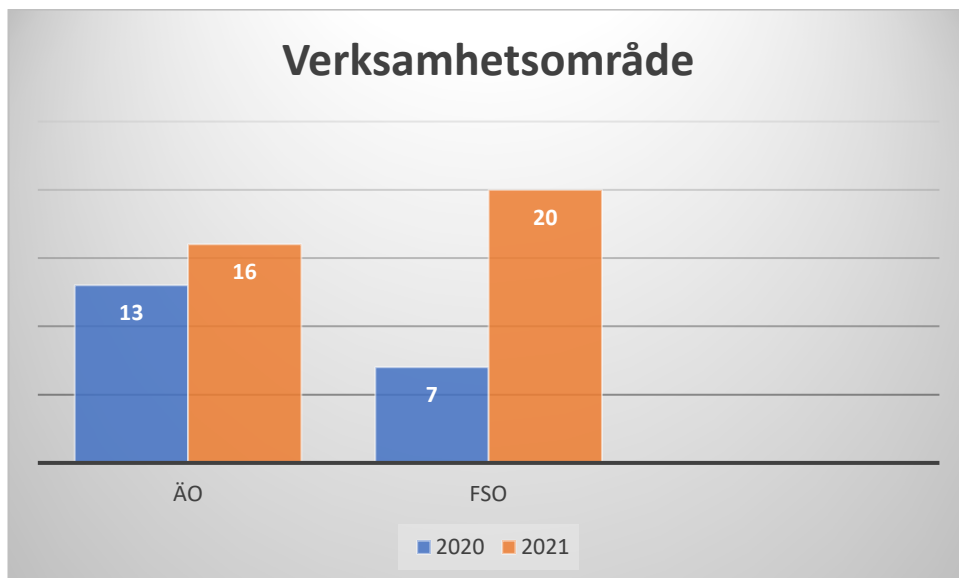
Som metod för uppföljningen har en enkät använts och svaren sammanställts. Enkäten har berörda chefer besvarat under april månad år 2022.

Uppföljningar av åtgärder av Lex Sarah-rapporter skall ske enligt rutin av ansvarig enhetschef och informeras medarbetare på arbetsplatsträffar och följas upp enligt åtgärdsplan. Lex Sarah-rapporter informeras enligt rutin till verksamhetscheferna och åtgärder som är av övergripande karaktär följs upp på divisionens ledningslag.

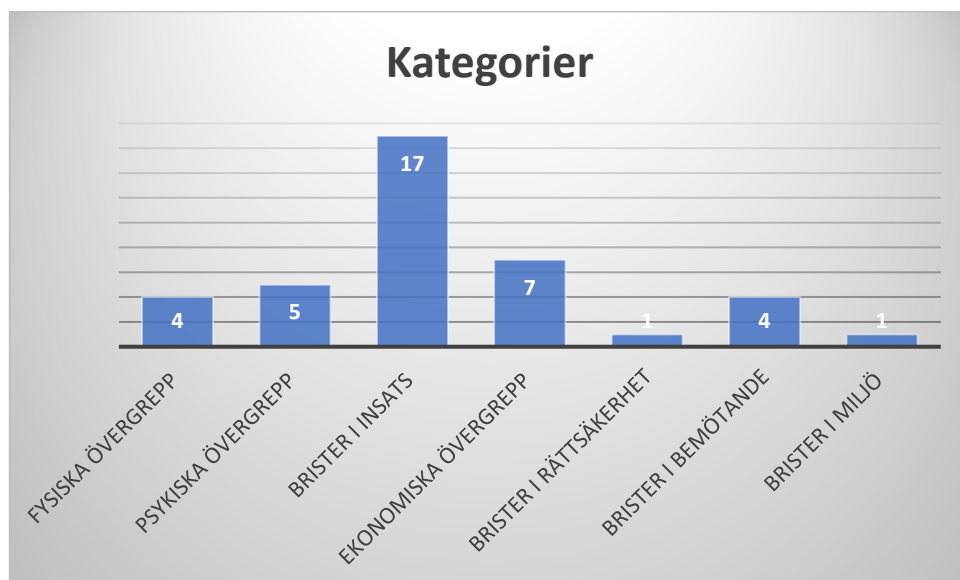
Underlag

I underlaget ingår en sammanställning av de enkätsvar som ansvariga enhetschefer eller verksamhetschef gett. Det är i årets uppföljning 11 svarande enhetschefer samt en verksamhetschef.

Fördelningen av de 36 inkomna rapporterna mellan verksamhetsområdena i förhållande till föregående år framgår nedan.



Nedan framgår hur de misstänkta missförhållandena har kategoriserats:



För de inrapporterade ärendena till IVO handlar fem om utförande av insats, ett om ekonomiska övergrepp och ett om rättssäkerhet. Varje ärende kan finnas inom flera kategorier.

Resultat

Ärende	Område	IVO	Uppfyllda mål	Delvis uppfyllda mål
VON13	FSO	X	X	
VON16	ÄO			X
VON33	ÄO	X		X
VON34	ÄO	X		X
VON36	ÄO			X
VON53	ÄO		X	
VON64	FSO		X	
VON75	ÄO		X	
VON89	ÄO			X
VON90	FSO		X	
VON93	FSO		X	
VON101	ÄO	X		X
VON103	ÄO			X
VON106	FSO		X	
VON110	ÄO			X
VON113	ÄO			X
VON114	FSO			X
VON137	ÄO			X
VON138	FSO			
VON139	FSO			X
VON143	FSO	X		X

Det kan konstateras att sju enheter bedömer att målen från åtgärdsplanen är uppfyllda och att effekterna av åtgärderna har lett till en positiv förbättring på enheten. 13 enheter gör bedömningen att målen är delvis uppfyllda men ännu inte helt till följd av orsaker både på enhetsnivå samt verksamhetsnivå. En enhet har inte inkommit med svar och kan av den anledningen inte delta i resultatet.

Sammanfattning av ärenden, åtgärder och bedömda effekter VON21/13

Rapport avseende misstanke att brukare inte fått sina beviljade insatser tillgodosedda på grund av personalbrist parallellt med konstaterad covid-19 smitta i verksamheten. Utredningen visar att det funnits brister i bemanningen den aktuella dagen samt att personal på plats inte hade tillräcklig kompetens kring smittskyddshantering. Händelsen bedömdes av nämnd som ett allvarligt missförhållande och åtgärdsplanen handlar om att samtlig personal ska erhålla kontinuerlig handledning av stödpedagog som arbetar i verksamheten - handledning som berör områden som begränsningsåtgärder, alternativ kompletterande kommunikation, bemötande samt tydliggörande pedagogik. Samtlig personal inom grupp-och servicebostad ska under våren 2021 erhålla digital

utbildning kring LSS-lagen, begränsningsåtgärder, alternativ kompletterande kommunikation samt positivt beteendestöd (PBS). Alla boende på enheten ska ha en riskbedömning och handlingsplan utarbetad av stödpedagog och enhetschef. Samtlig personal ska också erhålla utbildning avseende basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning.

Enhetschef beskriver att alla åtgärder vidtagits och att målen uppfyllts. Enhetschef beskriver att åtgärderna följts upp återkommande under APT samt i enskilda samtal med berörd personal. Enhetschef bedömer att effekterna av åtgärderna har lett till en positiv utveckling på enheten.

VON21/16, VON 21/33

Av rapporterna framgår att brukare får sina insatser av två utförare – boendestödsverksamheten och hemtjänsten. Kunderna är i behov av kontinuitet, vilket inte kan tillgodoses då det handlar om två olika verksamheter som utförare och att hemtjänsten saknar relevant kunskap för att kunna ge rätt stöd. Vidare framgår att kundernas psykiska hälsa succesivt försämrats till följd av situationen. Flera brister uppmärksammades i utredningarna som bedömts som bakomliggande faktorer till det inträffade. Åtgärder som behövs vidtas avser: kompetenshöjande åtgärder för hemtjänstpersonalen, samverkansformer kring förhållnings- och arbetssätt inom hemtjänsten, att hemtjänsten inkluderas i samverkansmöten mellan myndighet och boendestöd i ett inledande skede, rutin för informationsutbyte mellan utförarna samt gemensamt systematiskt arbete kring de åtgärder som nämnden beslutat om, på divisionslednings- och verksamhetsnivå.

Enhetschef för boendestöd, enhetschef för hemtjänst, verksamhetschef för ÄO samt divisionschef ansvar för åtgärderna. Verksamhetschef beskriver att inga av de åtgärder som beskrivits i åtgärdsplanen som han har ansvar för vidtagits. Detta då att annan utförare än boendestöd möter kund inte är ett optimalt arbetssätt. Har man som kund ett behov av boendestöd, gäller det även under kvällar och helger och det kan då inte utföras av annan personal. Verksamhetschef beskriver att dialog med verksamhetschef för FSO samt med nämnd kring boendestöd har påbörjats och att riktlinjerna kan komma att revideras. Verksamhetschef beskriver att ansvariga enhetschefer arbetar med hemtjänstgruppen kopplat till de specifika kunder som man går till för att kunna genomföra besöken så bra som möjligt utifrån de förutsättningar som finns.

Enhetschef från boendestöd beskriver att de vidtagit åtgärder i form av intern och extern handledning under hösten 2021, samt att personal från hemtjänsten och boendestöd samt enhetschef haft träffar där de säkerställt att de arbetar på ett likvärdigt sätt. Enhetschef beskriver att hon och hennes arbetsgrupp ser en god förbättring av samverkan.

VON21/34, VON21/89, VON21/113

Rapporter avseende stölder inom samma hemtjänstområde. Identifierade brister var icke uppdaterad rutin avseende hantering av kontanta medel samt bristande information avseende säkerhet vid hantering av kontanta medel.

Åtgärdsplan för att förhindra upprepning avser tydliga rutiner gällande hemtjänstens hantering av kontanta medel samt att alla hemtjänstkunder ska ha god kännedom om rutiner avseende hantering av privata medel. Enhetschef beskriver att de nu upprättat ett informationsblad till hemtjänstens kunder där det bland annat finns säkerhetsinformation varav hantering av privata medel är en punkt. Enhetschef beskriver att åtgärder har lyfts på APT och skickats ut via E-post till medarbetare. Enhetschef beskriver att det är svårt att se effekterna av åtgärderna då de misstänkt en specifik medarbetare som ansvarig för de stölder som förekommit och att arbetsrättsliga åtgärder vidtagits. Enhetschef beskriver att inga nya stölder förekommit på enheten. Enhetschef beskriver att målen i åtgärdsplanen endast är uppfyllda till viss del då rutinen för hantering av privata medel inte är reviderad sedan 2018. Enhetschefs bedömning är att revidering av rutinen inte prioriterats då användning av kontanta medel minskat avsevärt sedan införandet av inköp via E-handel. Verksamhetschef bekräftar att åtgärder avseende rutinen inte uppfyllts.

VON21/36

Rapport avseende bristande kommunikation mellan biståndshandläggare och enhetschef för kortvård gällande covid-19-hantering. Myndighet beviljar brukare kortvårdsplats utan att ha inkommit med negativt covid-19 svar, vilket hade kunnat leda till överbeläggning på kortvårdsboendet samt risk för smittspridning av covid-19. Utredningen har visat att det saknas samsyn och samverkan i ärendet på övergripande nivå. Det kan även konstateras att det finns brister i den process som bland annat beskriver hur placeringar till korttidsboendet ska hanteras samt kopplingar mellan processen och länsgemensamma och lokala rutiner för Covid-19 när det gäller brådskande individärenden.

Enhetschef för myndighet, enhetschef för korttidsboendet samt verksamhetschef har ansvarat för upprättande av åtgärder. Verksamhetschef beskriver att åtgärder har vidtagits i form av att kvalitetsutvecklare granskar journaler/utredningar. Han beskriver att en ny mall är framtagen vad gäller kortvårdsbeslut med fokus på informationsöverföring och mål. Vidare beskriver verksamhetschef att processen kring kortvård har setts över, men att den ännu inte är färdigställd. Handläggare följer nu upp beslut en gång per vecka i möten med utföraren. Det finns idag inget bra systemstöd för att använda ICF-struktur ända ut i verksamheten. Däremot jobbar man med målformuleringen på insatsen.

Enhetschef för korttidsboende beskriver att en process har börjat kartläggas som en del av kvalitetsledningssystemet, men att den inte är färdigställd. Enhetschef beskriver att det funnits en rutin för screening, men att det var

tidskrävande och svårt att följa och att det i nuläget inte finns en skriftlig rutin för hantering av provtagning för covid-19. Det finns en muntlig rutin som efterföljs, men det är många moment som ska hållas redas på och det finns behov av en skriftlig. Enhetschef beskriver att färdigställande av processen behöver genomföras så den kan implementeras och skapa bättre förutsättningar för samverkan med myndighetskontoret. Enhetschef beskriver att hon under APT visat sina medarbetare processen i dess befintliga skick.

Enhetschef för myndighet beskriver att myndighetskontoret infört avsatt tid en gång i veckan för kvalitetsarbetet som leds av kvalitetsutvecklare, där frågor utifrån SOSFS 2014:5, vikten av rättssäkerhet i dokumentation, journalföring, samsyn och samverkan tas upp. Vid "svårare" ärenden arbetar alltid handläggare med en kollega samt håller enhetschef informerad. Nyanställda får en mentor och handledning och då gås avvikelshantering igenom. Enhetschef för myndighet beskriver att de inte följt upp åtgärderna då de först blev kända 2022-03-18 för enhetschef. I åtgärdsplan som är inlämnad av tidigare chef 2021-06-21, står att den ska tas upp på APT i september 2021, vilket inte gjordes då dåvarande chef hade lämnat sin tjänst och inte rapporterat över till ny chef eller till kvalitetsutvecklare.

Enhetscheferna beskriver att målen i åtgärdsplanen delvis är uppfyllda, men inte helt och att de av den anledningen inte har sett effekterna av åtgärderna ännu. Processen behöver färdigställas och skriftlig rutin för screening behöver upprättas och implementeras till berörda enheter.

VON21/53

Rapport gällande försvunna narkotikaklassade läkemedel från en brukare bosatt på ett särskilt boende. Uppmärksammade brister som orsak till det inträffade var rutiner avseende nyckelhantering samt rutin avseende läkemedelshantering.

Enhetschef beskriver att nya rutiner avseende nyckelhantering har upprättats, vilket har lett till att man kan se vilka som haft tillgång till läkemedelsskåp i större utsträckning än tidigare. Nytt signeringssystem i Appva har införts, vilket gett snabbare signal om det saknas vid behovsmedicin. Enhetschef beskriver att hon följt upp åtgärderna på APT samt genomfört stickprovskontroller. Enhetschef beskriver att enheten har sett en positiv förändring av de åtgärder som vidtagits och att målet är uppfyllt.

VON21/64

I rapporten framkommer det en risk för psykisk och fysisk ohälsa i brukares nuvarande hemmiljö till följd av en annan boende på ett gruppboende. I rapporten identifierades brister gällande informationsöverföring samt brister avseende matchningsarbete.

Åtgärder har vidtagits på enheten avseende reviderad rutin rörande informationsöverföring, medarbetarna har fått utbildning i AKK samt handledning av

stödpedagoger. Förflyttning av brukarna har skett för att skapa bättre hemmamiljö för båda parter och uppföljning av åtgärderna har skett kontinuerligt på APT.

Effekterna av åtgärderna bedöms av enhetschef ha inneburit en positiv förändring där medarbetarna har mer kunskap kring hur de ska bemöta brukarna i olika situationer samt att informationsöverföring mellan fastanställd personal och timvikarier har förbättrats.

VON21/75

Rapport gällande att en brukare på ett särskilt boende utsatts för psykiska övergrepp av en annan boende i verksamheten som uppträder hotfullt och aggressivt mot andra boende samt personal. Brist som identifierats som bakomliggande faktor till det inträffade var bristande kompetens hos medarbetaren gällande hot- och våldssituationer.

Åtgärder som vidtagits för att förhindra upprepning är kompetensutbildning till personalen i att hantera uppkomna hot- och våldssituationer. Utbildningen har resulterat i att personalen har blivit tryggare och säkrare i sitt arbete. Enhetschef tillsammans med HR har haft enskilda samtal med personalen. Två halvdagars utbildning av demensteamet i demenskunskap. Sjuksköterska och läkare har varit ett stort stöd till personalen. Enhetschef har följt upp åtgärderna genom kontinuerliga och täta samtal med personalen under medarbetarsamtal, APT samt hälsokonferenser.

Effekterna av åtgärderna bedöms av enhetschef lett till en positiv förändring och att målet med åtgärdsplanen är uppfyllt.

VON21/90

I rapporten kan man utläsa att en brukare boende på ett serviceboende lever i sanitär olägenhet till följd av att hen kontinuerligt tackar nej till insatser och medarbetare har inte lyckats motivera brukare att ta emot stöd. Situationen har lett till både hälso- och brandrisk samt att brukaren försämrats i sitt psykiska mående. I utredningen framkommer det att personalen har fått otydliga direktiv av ledningen om hur de ska agera i situationer där brukare tackar nej till stöd. Utredningen påvisar även att de finns brist på kompetens i arbetsgruppen utifrån arbetet med målgruppen.

Åtgärder som vidtagits för att förhindra upprepning är att personal har fått ökad kompetens i arbetet med målgruppen, personal får regelbundet och tydligt stöd av enhetschef vid svårare ärenden och får handledning gällande arbetssätt och bemötande. Personal har inventerat rutiner på enheten och arbetar nu efter tydliga och väl implementerade rutiner gällande brukare som avsäger sig stödinsatser. Personal arbetar efter handlingsplaner för brukare, anpassade arbetssätt och metoder utifrån brukares individuella behov. Personal har fått kännedom om deras ansvar för insatser samt ansvar för rapportering av avvikelser. Tydliga riktlinjer gällande informationsöverföring/

kommunikation mellan enhetschef och medarbetare har tagits fram. Åtgärderna har följts upp på mötesforum, såsom APT och brukargenomgång. Enhetschef har haft kontinuerliga samtal med medarbetare avseende uppföljning samt följt upp med hela personalgruppen under planeringsdag.

Enhetschef beskriver att uppföljning av effekterna av åtgärderna har skett löpande under året och bedömer att målet är uppfyllt och en positiv förändring har skett.

VON21/93

I rapporten framkommer det att brukare inom personlig assistans försämrats i sitt allmäntillstånd under natten. Arbetande personal har inte tagit kontakt med hemsjukvården enligt rutin, utan inväntat morgonpersonal som vidtagit adekvata åtgärder. Utredare kan inte utesluta att situationen sett annorlunda ut om brukaren fått adekvat vård tidigare. Brister avseende kompetens hos vissa av de anställda samt ofullständiga rutiner har bedömts som bakomliggande orsaker till det inträffade.

Åtgärder har vidtagits på enheten avseende information om tillvägagångssätt vid avvikande allmäntillstånd hos brukare till all personal samt förtydligande av rutin avseende temp och urin vid avvikande mående. Uppföljning av vidtagna åtgärder har gjorts var tredje vecka vid APT och effekterna av åtgärderna har följts upp veckovis av enhetschef.

Effekterna av åtgärderna bedöms av enhetschef ha inneburit en positiv förändring där medarbetarna är mer uppmärksamma vid avvikande mående hos brukarna och en större trygghet i agerande i dessa situationer.

VON21/101

Rapport gällande en brukare som larmat på sitt trygghetslarm utan att arbetande personal hanterat larmet. Hemtjänstgrupp hade information om att brukaren befann sig på sjukhus och utförde inte insatser förrän flera dagar senare och brukaren påträffades då avliden i sin bostad. Ärendet bedömdes som ett allvarligt missförhållande till följd av handhavandefel. Bifynd i form av bristande samverkan mellan region och kommun påträffades samt ofullständiga rutiner på enheten avseende inskolning.

Åtgärder i form av att initiera bättre samverkan mellan region och kommun gällande rutinen "en säker hemgång" för brukare behöver revideras och implementeras hos båda parter för att säkerställa att brukare får adekvat vård och stöd i samband med att de återgår till det egna boendet efter vistelse på sjukhuset. Verksamhetschef beskriver att de inte äger rutinen utan att regionen gör det. Nya boendesamordnaren kommer att arbeta med bättre samverkan avseende rutinen. Kvalitetsutvecklare för hemtjänsten kommer tillsammans med hemtjänstcheferna att implementera rutinen avseende ansvar när en brukare inte läggs in på avdelning utan endast uppsöker akutvårdsmottagning. Dessa åtgärder har inte vidtagits än utan planeras att hanteras under året.

Åtgärder på enheten har vidtagits i form av reviderad inskolningsrutin som har gått igenom med medarbetarna på APT samt följts upp löpande under året.

Åtgärderna enligt åtgärdsplan har hanterats på enheten och enhetschef bedömer målet som uppfyllt. Gällande de åtgärder som ägs av verksamhetschef finns en planering för de som ännu inte är vidtagna och man kan av den anledningen ännu inte se effekterna.

VON21/103

Rapport gällande att en medarbetare på ett särskilt boende lagt ut en video på Facebook från det journalsystem som används i verksamheten där tre boendes personnummer syns. Det inträffade har lett till att personuppgifter från boende i verksamheten kan ha spridits. Utredningen har identifierat brister i verksamheten som kan vara en bidragande orsak till medarbetarens agerande i form av bristande kontinuerlig utbildning gällande tystnadsplikt och sekretess.

Åtgärder som enheten ska vidta avser: Information om sekretess och tystnadsplikt bör ges kontinuerligt till medarbetare i verksamheten under deras anställning - förslagsvis under APT. Enhetschef behöver säkerställa att alla nya medarbetare förstår innebörden i avtal om sekretess och tystnadsplikt i samband med anställning. Alla medarbetare i verksamheten bör ta del av den webbaserade introduktionskursen på kommunens intranät, vilken inkluderar information om tystnadsplikt och sekretess. I dialog med ny enhetschef på enheten beskrivs att hon inte fått överlämnat åtgärdsplan i samband med att hon tog över enheten. Enhetschef tillsammans med kvalitetsutvecklare för ÅO kommer att implementera reviderade rutiner avseende tystnadsplikt och sekretess under året.

Då åtgärder enligt åtgärdsplan inte vidtagits kan man ännu inte se effekt av åtgärderna och målet är ännu inte uppnått.

VON21/106

I rapporten framgår att en brukare på ett serviceboende blivit av med kontanter från sin plånbok. Det går inte att utesluta att det är personal på enheten som stulit pengarna. Brister som uppmärksammas i utredningen avser bristande kommunikation mellan enhetschef och medarbetare, bristande rutiner avseende hantering av kontanta medel och bristande inskolning för nyanställd personal.

Åtgärder har vidtagits i form av förtydligande av riktlinjer gällande informationsöverföring/kommunikation mellan enhetschef och medarbetare, tydliga ekonomirutiner för varje brukare har upprättats, beslut om att inte hantera kontanter för brukare har tagits, samtliga medarbetare har fått information och följer rutin för redovisning av kvitton för betalning av brukares bankomatkort och går igenom ekonomiredovisningen månadsvis. Samtliga medarbetare har fått kännedom om att enhetschef ska kontaktas vid felaktigheter i brukares ekonomiredovisning. Enhetschef har följt upp med varje medarbetare gällande

dennes ansvar som kontaktperson och att denne har upprättat individuell ekonomirutin för dennes brukare. Enhetschef har följt upp gällande rutin för informationsöverföring, ordinarie medarbetare och vikarier har läst rutinen samt signerat att de har tagit del av informationen. Under implementering har enhetschef löpande följt upp via individuella samtal samt med hela arbetsgruppen på APT. Enhetschef har stämt av hur det har gått för varje medarbetare att upprätta individuell rutin för brukaren. Efter implementering har uppföljning skett i samband med APT och när enhetschef varit på enheten.

Enhetschef bedömer att målen från åtgärdsplanen är uppfyllda och att effekterna av åtgärderna har gett en positiv förändring på enheten.

VON21/110

Rapport avseende en brukare på ett särskilt boende som var utagerande, vilket lett till att medarbetarna inte kunnat säkerställa andra boendes säkerhet. Ärendet bedömdes som en avvikelse, men bristande rutiner gällande risk- och konsekvensanalyser identifierades och bedömningen blev att en åtgärdsplan avseende detta behövde tas fram.

Enhetschef berättar att en handlingsplan har tagits fram, men att en rutin gällande risk- och konsekvensanalyser inte implementerats på enheten. Enhetschef beskriver att personal har fått handledning av demensteamet, men att ingen uppföljande handledningen genomförts då behov av det inte ansågs nödvändig. Enhetschef beskriver att bemanningen höjdes på enheten och bedömningen var att det möjliggjorde att kunna avleda hyresgästen och att andra hyresgäster inte blev drabbade. Enhetschef beskriver att vidtagna åtgärder har gett en positiv effekt på enheten.

VON21/114

Rapport gällande att en brukare boende på ett serviceboende lever i sanitär olägenhet till följd av att hen kontinuerligt tackar nej till insatser. Situationen har lett till ett försämrat fysiskt och psykiskt mående för brukaren. Bakomliggande faktorer till det inträffade har identifierats vara bristande kommunikation mellan personalen, ingen konsekvent kontaktpersonal till brukaren samt att man inte signalerat förändringar hos brukaren tillräckligt snabbt.

Åtgärder som vidtagits avser att all personal uppdaterat sig i den handlingsplan som finns för agerande när en brukare kontinuerligt tackat nej till insatser och isolerar sig. Det har lett till att enheten systematiskt arbetat med informationsflödet inom personalgruppen och skapat bättre förutsättningar för kommunikation. En rutin har upprättats där enhetschef säkerställer att samtlig personal har läst handlingsplanen. Enhetschef kan på så sätt utvärdera tillsammans med gruppen hur de kan utveckla verksamheten och minska risken för att brukare isolerar sig och tackar nej till insatser kontinuerligt. Effekten är

att enhetschef kan säkerställa att verksamheten systematiskt uppdaterar sig i rutiner och handlingsplaner. Ett arbete har genomförts under ett års tid för att få riskbedömningarna med åtgärder att bli kända av all personal samt tas upp vid rapporter. Effekten är att enheten har levande riskbedömningar utefter nuläget för varje brukare. Enhetschef har följt upp åtgärderna under en planeringsdag samt vid APT. Åtgärdsplanen har också gått igenom på en stödpedagogsträff. Enhetschef har avstämningsmöten med stödpedagog en gång per månad. Åtgärdsplanen har även tagits upp i två enskilda samtal med medarbetare. Enligt årshjul har personal uppdaterat sig i handlingsplanen vid ett tillfälle. Vid sex tillfällen har åtgärdsplanen följts upp i sin helhet. Olika delar i den har följts upp mer kontinuerligt på verksamhetsmöten där enheten har en stående punkt som beskriver att de ska diskutera framgångsfaktorer och hur de kan lära av varandra. Här tas även bemötandefrågor upp och hur de kan skapa goda relationer med brukarna för att få ett samtycke till att stötta dem i sin vardag. Verksamhetsmöte sker två gånger per sex veckor. Uppföljningen har omfattat både personal i ledande roller såsom stödpedagog och socialpedagog men också hela personalgruppen - både individuellt och i grupp.

Enhetschef beskriver att verksamheten har uppnått en positiv förändring men att målet inte helt är uppfyllt. Denna åtgärdsplan innebär ett systematiskt arbete som ska pågå hela tiden i verksamheten och följas upp. Enheten ska ständigt arbeta med avvikelser och reflektera över sitt arbetssätt, vilket resulterar i att de kan minska riskerna för att missförhållanden uppstår. Enhetschef anser att de i många ärenden har uppnått en större delaktighet och självbestämmande hos brukarna, vilket kan vara en framgångsfaktor för att brukaren ska samtycka till insatser och stöd utefter dennes behov.

VON21/137

Rapport inkommer gällande att en hyresgäst på ett särskilt boende med inriktning demens inte kan få sina behov tillgodosedda, då det finns stor risk att utsättas för hot och våld av en annan utagerande hyresgäst. Identifierad brist i utredningen var behov av handlingsplan för hantering av komplexa ärenden där kommunikation/samverkan med biståndshandläggare bör vara en del av planen.

Enhetschef beskriver att åtgärden är större än att hanteras på enhetsnivå och måste lyftas på organisationsnivå. Enhetschef beskriver att samtal förts med biståndshandläggare samt verksamhetschef gällande problematiken som uppstår med svårt utagerande personer, då det inte finns alternativa boenden för dem att flytta till när problematiken förvärras över tid. Det specifika ärendet har kunnat hanteras till följd av samverkan med regionen.

Enhetschef bedömer att målen är delvis uppfyllda och att effekterna att vidtagna åtgärder har lett till en positiv förändring på enhetsnivå, men att ytterligare åtgärder behöver hanteras av verksamhetschef.

VON21/138

Rapport avseende en individ som flyttat till ett serviceboende. Medarbetarna fick ingen skriftlig information om individen i samband med inflytt och efter inflytt framkom väsentlig information kring brukaren som enheten inte haft kännedom om som lett till att brukaren inte fått sina behov tillgodosedda. Brister identifierade i utredningen avser; bristande information i samband med överlämning av ny brukare, bristande kommunikation mellan medarbetare och enhetschef, bristande kompetens avseende arbete med individer med missbruksproblematik, bristande inskolning för enhetschef i samband med påbörjad anställning samt brister i rutiner vid inskrivningar.

Åtgärdsplan avser för enheten att implementera rutin avseende "inflytt grupp och serviceboende LSS", inventera behov av utbildning avseende arbete med individer med funktionsvariation samt missbruksproblematik, skapa förutsättningar för god kommunikation och ett bra informationsflöde mellan enhetschef och medarbetare, revidera rutinerna för inskolning av enhetschefer samt upprätta rutin avseende hantering vid allmänfarlig smitta för att kunna erbjuda brukaren de insatser som är beviljade.

Enhetschef har inte inkommit med underlag gällande vidtagna åtgärder och effekterna av dem och kan därför inte presenteras i rapporten.

VON21/139

Rapport avseende bristande bemötande från medarbetare på ett serviceboende då de kontaktat anhöriga till brukaren och uttryckt att de inte kan erbjuda adekvat vård till följd av för medicinskt avancerade arbetsuppgifter. Anhöriga tog beslut att ta hem brukaren då de inte längre känt förtroende för enheten. I utredningen framkom brister i bemötande, brister i rutiner, brister i ledarskap, brister i samverkan som bakomliggande orsaker till det inträffade. Målen i åtgärdsplanen var att brukarna boende på enheten får det stöd de är beviljade och har rätt till samt att enheten har adekvata rutiner och riktlinjer som skapar förutsägbarhet för såväl medarbetare som individer boende på enheten.

Enhetschef har vidtagit en mängd åtgärder kopplat till målen i åtgärdsplanen. Åtgärder kopplade till den specifika brukaren är att enhetschef haft möte med brukare och ställföreträdare, planerat flytt för berörd brukare på anhörigas begäran, regelbunden kontakt och avstämning med anhöriga och ställföreträdare till berörd brukare, reviderat genomförandeplan samt upprättat struktur och rutiner för brukaren. Åtgärder har även vidtagits på enhetsnivå gällande arbetsmiljö, förhållningssätt, rutiner mm. Enhetschef har anställt ny personal och kommer successivt implementera nya arbetsrutiner samt ge utbildning i kvalitetsledningsarbete gällande avvikelser, riskbedömningar mm.

Enhetschef beskriver att målen delvis är uppfyllda, men att arbete kvarstår till följd av omfattande brister i verksamheten. Ett stort antal händelser i boendet har krävt prioritering samt hantering. Arbete som kvarstår är att revidera samtliga genomförandeplaner för brukarna och samtliga rutiner, riktlinjer och

handlingsplaner. Arbetet är påbörjat men inte slutfört. Enhetschef har följt upp åtgärderna löpande i olika omfattning med medarbetare, vikarier samt stödpedagoger.

VON21/143

Rapport avseende att ny enhetschef uppmärksammar att behoven hos individ boende på enheten samt insatsplanen i beslutet inte överensstämmer med stödinsatserna från personalen. Brukaren har inte fått sina behov tillgodosedda sedan brukaren flyttade in på enheten. Händelsen har bedömts som ett allvarligt missförhållande och beslut att skicka utredningen till IVO fattades. Bakomliggande orsaker till händelsen identifierades som brister avseende enhetens rutiner och arbetssätt.

Enheten uppfattas haft flera brister inom såväl ledarskap och kommunikation som samarbete. Målen i åtgärdsplanen var att individerna boende på enheten ska få det stöd de är beviljade och har rätt till. Enheten ska ha adekvata rutiner och riktlinjer som skapar förutsägbarhet för såväl medarbetare som individer boende på enheten. Målen i utredningen är desamma som i VON21/139 då det handlar om samma enhet. Åtgärderna är desamma i båda utredningarna och enhetschef beskriver målen som delvis uppfyllda och att hon successivt arbetet med att implementera arbetssätt och rutiner i den nya arbetsgruppen.

Avslutande analys och sammanfattning

Syftet med en uppföljning av vidtagna åtgärder och dess effekter är att efter att en åtgärd är genomförd och har använts under ett antal månader ta reda på om åtgärden har fått den effekt som eftersträövades. Om det ursprungliga problemet fortfarande kvarstår efter uppföljningen behöver nya åtgärder vidtas.

Alla enheter har vidtagit någon form av åtgärd till följd av bedömt missförhållande, men majoriteten av enhetschefer samt verksamhet bedömer att målen endast delvis är uppfyllda. De främsta bakomliggande orsakerna till det avser samverkan kring åtgärderna på verksamhetsnivå som inte kunnat genomföras i flera fall, nytilträdde enhetschefer har inte fått kännedom om åtgärdsplanerna av föregående enhetschef samt att effekten av åtgärderna inte kunnat bedömas på den avsatta tiden.

Sammanfattningsvis kan konstateras att förbättringsarbete har lett till positiva förändringar på flera enheter, men att fortsatt åtgärdsarbete krävs.

Felicia Brännlund
Kvalitetsutvecklare

VON § Rapport från Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsuppföljning 2022, hemtjänst

Diarienummer: VON22/45

Vård- och omsorgsnämnden genomför verksamhetsuppföljningar (tidigare kallade interna tillsyner) i såväl kommunala som privat drivna verksamheter inom nämndens ansvarsområde. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och politiska beslut och att brukaren står i centrum och får insatser av rätt kvalitet. Under våren 2022 har dessa uppföljningar avsett samtliga hemtjänstutförare.

Uppföljningen har tagit upp följande ämnen:

- Introduktion
- Delegering
- Basal hygien
- Dokumentation
- Samverkan
- Senior Alert
- Läkemedelshantering
- Avvikelser

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och nämndens sakkunniga tjänsteman, som genomfört uppföljningen, konstaterar att det finns sådant som fungerar bra inom området, som exempelvis introduktion och delegering. Uppföljningen har också påvisat vissa brister som kräver följande åtgärder:

1. Börja med egenkontroller avseende basal hygien
2. Förbättra kvaliteten på genomförandeplanerna och säkerställ att där framgår vad kunden klarar själv
3. Säkerställ att genomförandeplanerna används av personalen
4. Arbeta aktivt med Senior Alert
5. Säkerställ en säker läkemedelshantering och ta fram en enhetlig rutin

Av rapporten framgår vilka verksamheter som är berörda av de olika åtgärderna.

Barnrättsprövning

Ärendet berör ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapporteringen efter nämndens verksamhetsuppföljning inom hemtjänsten, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-02, samt



- 2) att** uppdra åt samtliga utförare att åtgärda de brister som konstaterats i verksamhetsuppföljningen och redogöra för det arbetet i en skriftlig rapport till nämndens sammanträde i oktober 2022.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Invita omvårdnad

Olivia hemomsorg

Lycka omsorg

Kommunstyrelsen för kännedom

Vård- och omsorgsnämnden

Rapport från Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsuppföljning 2022, hemtjänst

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden genomför verksamhetsuppföljningar (tidigare kallade interna tillsyner) i såväl kommunala som privat drivna verksamheter inom nämndens ansvarsområde. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och politiska beslut och att brukaren står i centrum och får insatser av rätt kvalitet. Under våren 2022 har dessa uppföljningar avsett samtliga hemtjänstutförare.

Uppföljningen har tagit upp följande ämnen:

- Introduktion
- Delegering
- Basal hygien
- Dokumentation
- Samverkan
- Senior Alert
- Läkemedelshantering
- Avvikelser

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och nämndens sakkunniga tjänsteman, som genomfört uppföljningen, konstaterar att det finns sådant som fungerar bra inom området, som exempelvis introduktion och delegering. Uppföljningen har också påvisat vissa brister som kräver följande åtgärder:

1. Börja med egenkontroller avseende basal hygien
2. Förbättra kvaliteten på genomförandeplanerna och säkerställ att där framgår vad kunden klarar själv
3. Säkerställ att genomförandeplanerna används av personalen
4. Arbeta aktivt med Senior Alert
5. Säkerställ en säker läkemedelshantering och ta fram en enhetlig rutin

Av rapporten framgår vilka verksamheter som är berörda av de olika åtgärderna.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen efter nämndens verksamhetsuppföljning inom hemtjänsten, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-02.
- 2) **att** uppdra åt samtliga utförare att åtgärda de brister som konstaterats i verksamhetsuppföljningen och redogöra för det arbetet i en skriftlig rapport till nämndens sammanträde i oktober 2022.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2022-05-20

Beslut till:

Division Social omsorg

Invita omvårdnad

Olivia hemomsorg

Lycka omsorg

Kommunstyrelsen för kännedom

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDENS VERKSAMHETSUPPFÖLJNING 2022, HEMTJÄNST



Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Vårens uppföljning	3
Introduktion	3
Delegering	3
Basal hygien	4
Dokumentation	4
Samverkan	4
Senior Alert.....	5
Läkemedelshantering	5
Avvikelser.....	6
Sammanfattning.....	6

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden genomför verksamhetsuppföljningar (tidigare kallade interna tillsyner) i såväl kommunala som privat drivna verksamheter inom nämndens ansvarsområde. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och politiska beslut och att brukaren står i centrum och får insatser av rätt kvalitet. Nämnden har fastslagit en plan för dessa uppföljningar, vilken innebär en uppföljningscykel på två år. År 1 avser den särskilda boenden för äldre och funktionshinderområdet och år 2 är det hemtjänst och ledning som är i fokus.

Vårens uppföljning

Våren 2022 har uppföljning gjorts av hemtjänsten – samtliga utförare och grupper. Uppföljningarna har genomförts av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden. Från verksamheten har enhetschef, planerare och personalrepresentanter deltagit. Även sjuksköterska har deltagit då arbetet tillåtit.

Uppföljningarna tar upp aktuella ämnen och kan variera över tid. Denna omgång har följande ämnen varit i fokus:

- Introduktion
- Delegering
- Basal hygien
- Dokumentation
- Samverkan
- Senior Alert
- Läkemedelshantering
- Avvikelser

Introduktion

Introduktionen fungerar i stort sett väl. Det finns checklistor för vad som ska ingå i introduktionen. Den nyanställda får också genomgå ett antal utbildningar. Man går parallellt med erfaren personal under vanligen 3 arbetspass. Känner man sig inte redo för självständigt arbete då, får man mer tid på sig. Enhetschef följer upp hur det går genom att prata med kollegor och att man träffas informellt i vardagen.

Delegering

Även delegeringsförfarandet fungerar bra och i stort sett i enlighet med MAS's riktlinje. På vissa håll anställs bara sådana som man på förhand vet är delegerbara. Enbart undersköterskor delegeras och sjuksköterska och enhetschef följer sen upp hur det går. Det händer att en delegering dras tillbaka och ibland fullföljs inte en tänkt delegering. Ofta är bristande språkkunskaper en orsak till det. Det kan vara svårt att få tid för delegering med hemsjukvården

och de fall då avsteg görs från delegeringsriktlinjen handlar om att då en sjuksköterska slutar, ska egentligen dennes delegeringar upphöra och göras om med ny sjuksköterska. Så görs ofta inte.

Basal hygien

Samtliga anställda går med jämna mellanrum en webb-utbildning. Vid inskolning visar handledaren praktiskt hemma hos kund hur man gör. Den kommunala hemtjänsten har hygienlådor hemma hos alla kunder, vilka fylls på löpande. Nu har man även väskor med munskydd och visir.

Ett fåtal enheter gör de egenkontroller som ska göras vid ett par tillfällen varje år. En verksamhet där det dock sker är Demensteamet. Där gör även hygienombudet stickprov som sen tas upp på APT. På Olivia har chefen ibland åkt ut på kvällarna för att kontrollera efterlevnaden av de basala hygienrutinerna. Flertalet enhetschefer menar att det inte finns möjlighet att följa upp, utan att man får lita på att kunderna hör av sig om det brister.

Dokumentation

Genomförandeplanerna är ett tydligt förbättringsområde. Flertalet planer är skapligt aktuella, men många är av dålig kvalitet. Ibland är de bara en upprepning av beslutet och då står där inget om hur kunden vill ha hjälpen utförd. Ibland brister planerna på grund av dålig kunskap i det svenska språket hos personalen. På många enheter används planerna inte särskilt mycket. Man litar till sin kunskap och tar saker muntligt med varandra. Det innebär stora risker att saker och ting missas och att kunden får besök av personal som inte vet hur det ska gå till.

Flertalet enheter har ett förbättringsarbete att göra när det gäller att det ska framgå av genomförandeplanen vad kunden klarar själv.

Ett lysande undantag från bristerna när det gäller genomförandeplanerna är Demensteamet. Där uppdateras planerna ofta - ungefär en gång i månaden. Man har en ständigt levande diskussion. Detta är en del i Nyköpings-modellen, som till fullo införts på Demensteamet.

Samverkan

Anhöriga

Både planerare och personal har mycket kontakt med anhöriga. Det finns dock ingen strukturerad plan för hur samverkan ska se ut på ett generellt plan. Den handlingsplan för anhörigstöd som DSO tagit fram på uppdrag av nämnden, lever inte i vardagen, men nu finns en arbetsgrupp som ska ta tag i det.

Även när det gäller samverkan med anhöriga har Demensteamet kommit längre. Anhörigombudet informerar löpande om nyheter på området. Anhörig har direktnummer till kontaktpersonalen, som har huvudansvaret för samverkan. På välkomstsamtalet gör man upp vilken typ av kontakt som önskas.

Inom Olivia hemomsorg är deras handlingsplan känd och man arbetar enligt de rutiner som finns från centralt håll i koncernen. Man har ringt 10-20 % av de anhöriga för att följa upp hur de tycker att samverkan fungerar.

Myndighetsfunktion

Hemtjänsten upplever i allmänhet att samverkan med myndighet har blivit bättre, men man tycker fortfarande att man får vänta väl länge på respons då man signalerar om minskade eller ökade behov hos kunderna.

Hemsjukvården

Samverkan med hemsjukvården har inte alls varit bra under en period, men nästan samtliga uttrycker att man tror det blir bättre nu när andelen inhyrda sjuksköterskor minskat betydligt och man får sin fasta kontakt. Detta möjliggör också att sjuksköterskorna kan bjudas in till APT mm.

Samordningscentral/nattpatrull

Hemtjänstutförarna upplever inte att man har någon direkt samverkan och man saknar exempelvis överlämning/rapportering efter natten.

Nattpatrullen lyfter problemet att utförarna ofta inte vill åka ut på larm som kommer lite före klockan 22.00, då ansvaret övergår till nattpatrullen. De tycker att nattpatrullen kan ta de larmen trots att det inte skulle stämma med nämndens förfrågningsunderlag. Mot bakgrund av detta har nämnden i april 2022 genom en revidering av förfrågningsunderlaget förtydligat ansvarsfördelningen än mer.

Senior Alert

Senior Alert är ett kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre > 65 år, som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Verksamheten ska enligt beslut av nämnden använda detta, men så sker inte inom hemtjänsten. I första hand är det sjuksköterska från hemsjukvården som ska arbeta med verktyget, men det ska ske i samarbete med hemtjänstpersonalen. Inom Dementsteamet är man dock aktiv i användningen av registret och resultat diskuteras på APT. Exempelvis tar man regelbundet kundernas vikt och vidtar åtgärder utifrån resultat, för att undvika undernäring.

Läkemedelshantering

Läkemedel kommer till hemtjänstlokalen varannan vecka - en låda för kunder med egenvård och en för kunder med HSL-insats. Den förstnämnda öppnas och kontrolleras av hemtjänstpersonalen och den andra av sjuksköterskan. Personalen tar sen med Apodos-rullarna ut till kunderna så fort som möjligt - flera åt gången. På flertalet håll finns ingen säker förvaring av läkemedlen.

För några år sen ledde en Lex Maria-händelse till krav på åtgärd som innebar att hemsjukvården skulle ta emot läkemedel till kunder inskrivna i hemsjukvården och sedan köra ut läkemedlen till kunderna. Läkemedel till kunder som inte var inskrivna i hemsjukvården skulle hämtas ut på Apotek eller annat utlämningsställe. En arbetsgrupp som skulle ta fram rutiner enligt detta upplägg, men arbetet stannade av av olika anledningar. Det är nu mycket angeläget att det åter kommer igång.

Avvikelser

Såväl enhetschefer som personal upplever att alla vet att och när man ska skriva avvikelser och att man är relativt aktiva i det. Samtidigt säger man att det skulle kunna skrivas fler - framför allt när det gäller SOL. Det är främst avvikelser som rör fall och läkemedel som skrivs. Avvikelserna diskuteras på APT, men inom flertalet grupper är man mindre bra på att arbeta aktivt med uppföljningar. Det innebär också att man skulle kunna arbeta mycket mer förebyggande än man gör idag.

Sammanfattning

Det finns sådant som fungerar väl inom hemtjänsten, såsom introduktion och delegering. Samtidigt kan ett antal brister konstateras enligt ovan, vilka behöver åtgärdas. Därför föreslås följande uppdrag:

1. Börja med egenkontroller avseende basal hygien
2. Förbättra kvaliteten på genomförandeplanerna och säkerställ att där framgår vad kunden klarar själv
3. Säkerställ att genomförandeplanerna används av personalen
4. Arbeta aktivt med Senior Alert
5. Säkerställ en säker läkemedelshantering och ta fram en enhetlig rutin

Följande utförare/grupper är berörda av de olika uppdragen:

	1	2	3	4	5
Brandkärr, DSO	X	X	X	X	X
Oppeby-Harg, DSO	X	X	X	X	X
Väster, DSO	X	X	X	X	X
Öster, DSO		X	X	X	X
Landsbygd, DSO	X	X	X	X	X
Tystberga-Stigtomta, DSO	X	X	X	X	X
Demensteamet, DSO					X
Nattpatrull, DSO		X	X	X	X

Invita	X	X	X	X	X
Olivia		X	X	X	X
Lycka	X	X	X	X	X
Hemsjukvården				X	X

Utöver detta pågår redan olika åtgärder i verksamheterna, varför ytterligare uppdrag inte behöver ges. Det gäller:

- Implementering av handlingsplanen för anhörigstöd
- Snabbare omprövning av beslut från myndighetsfunktionens sida
- Bättre samverkan med hemsjukvården
- Ett aktivare och mer framåtsyftande arbete kring avvikelser

Sammanfattningsvis behöver Demensteamet kommenteras som en mycket välfungerande verksamhet. Där har den så kallade Nyköpings hemtjänstmodell införts fullt ut, vilket nu planeras att göras även inom DSOs övriga hemtjänst-grupper.

Marie Johnsson, Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Malin Bard, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Tarja Viitanen, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

VON § Ekonomisk uppföljning efter april

Diarienummer: VON22/2

Vård- och omsorgsnämnden beräknar efter april ett helårsresultat på +23,7 mnkr.

I stora drag beror den positiva budgetavvikelsen på att de volymökningar som noterades året innan har avstannat. Det verksamhetsområde som kallas Gemensamt beräknas redovisa ett underskott på -1,2 mnkr, fullt ut beroende på ej full budgettäckning för kostnader till Måltidsservice. Äldreomsorgen prognostiserar ett överskott på +16,9 mnkr, varav 2 mnkr kommer sig av försenad utbyggnation av Rönnlidens äldre- och demensboende. Resterande avvikelse står hemtjänsten för. Här finns tre huvudsakliga bakomliggande orsaker - pandemin, myndighetsfunktionens arbete med att se över besluten samt övergången till MatHem. Funktionsstödsomsorgen beräknas ge ett överskott på 8,0 mnkr, vilket till fullo härrör från personlig assistans.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna den ekonomiska uppföljningen efter april med prognos för året enligt tjänsteskrivelse daterad 2022-05-09 med tillhörande bilaga.

Vård- och omsorgsnämnden

Ekonomisk uppföljning efter april 2022, Vård- och omsorgsnämnden

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden beräknar efter april ett helårsresultat på +23,7 mnkr.

I stora drag beror den positiva budgetavvikelsen på att de volymökningar som noterades året innan har avstannat. Det verksamhetsområde som kallas Gemensamt beräknas redovisa ett underskott på -1,2 mnkr, fullt ut beroende på ej full budgettäckning för kostnader till Måltidsservice. Äldreomsorgen prognostiserar ett överskott på +16,9 mnkr, varav 2 mnkr kommer sig av försenad utbyggnation av Rönnlidens äldre- och demensboende. Resterande avvikelse står hemtjänsten för. Här finns tre huvudsakliga bakomliggande orsaker - pandemin, myndighetsfunktionens arbete med att se över besluten samt övergången till MatHem. Funktionsstödsomsorgen beräknas ge ett överskott på 8,0 mnkr, vilket till fullo härrör från personlig assistans.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna den ekonomiska uppföljningen efter april med prognos för året enligt tjänsteskrivelse daterad 2022-05-09 med tillhörande bilaga.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes 2022-05-20

Bilaga till tjänsteskrivelse – Ekonomisk uppföljning efter april 2022

Resultaträkning, mnkr

	Budget helår 2022	Prognos helår 2022	Diff
Intäkter			
Nämnden	0,0	0,0	+/-0
Gemensamt	31,0	31,0	+/-0
Hälso- och sjukvård	0,3	0,3	+/-0
Äldreomsorg	101,2	105,8	+4,6
Funktionsnedsatta	3,7	3,4	-0,3
S:a intäkter	136,2	140,5	+4,3
Kostnader			
Nämnden	-2,3	-2,3	+/-0
Gemensamt	-130,7	-131,9	-1,2
Hälso- och sjukvård	-62,6	-62,6	+/-0
Äldreomsorg	-683,1	-670,8	+12,3
Funktionsnedsatta	-424,0	-415,7	+8,3
S:a kostnader	-1 302,7	-1 283,3	+19,4
Nettoresultat			
Nämnden	-2,3	-2,3	+/-0
Gemensamt	-99,7	-100,9	-1,2
Hälso- och sjukvård	-62,3	-62,3	+/-0
Äldreomsorg	-581,9	-565,0	+16,9
Funktionsnedsatta	-420,3	-412,3	+8,0
Nettoresultat 1)	-1 166,5	-1 142,8	+23,7

VON § Yttrande över revisionsrapport efter den årliga grundläggande granskningen av kommunstyrelse och nämnder

Diarienummer: VON22/56

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Nyköpings kommun har PwC genomfört en granskning avseende om kommunstyrelsen och nämnderna haft tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamhet och ekonomi med fokus på intern kontroll.

Enligt granskningen var PwC nöjda med Vård- och omsorgsnämnden inom granskningsområdena "Ekonomiskt tillfredsställande" och "Intern kontroll". Man hade dock synpunkter inom granskningsområde "Ändamålsenlighet" utifrån att inte samtliga mål och uppdrag i 2021 års budget var uppnådda och avklarade. Nämnden har lämnat ett svar, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-10, i vilket bland annat poängteras att samtliga uppdrag var fleråriga och inte förväntades genomförda redan under 2021.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** anta yttrande över revisionsrapport efter den årliga grundläggande granskningen av kommunstyrelse och nämnder, enligt bilaga till tjänste-skrivelse daterad 2022-05-10.

Beslutet skickas till:

Revisorerna

Vård- och omsorgsnämnden

Yttrande över revisionsrapport efter den årliga grundläggande granskningen av kommunstyrelse och nämnder

Bakgrund

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Nyköpings kommun har PwC genomfört en granskning avseende om kommunstyrelsen och nämnderna haft tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamhet och ekonomi med fokus på intern kontroll.

Enligt granskningen var PwC nöjda med Vård- och omsorgsnämnden inom granskningsområdena "Ekonomiskt tillfredsställande" och "Intern kontroll". Man hade dock synpunkter inom granskningsområde "Ändamålsenlighet" utifrån att inte samtliga mål och uppdrag i 2021 års budget var uppnådda och avklarade. Nämnden har lämnat ett svar, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-10, i vilket bland annat poängteras att samtliga uppdrag var fleråriga och inte förväntades genomförda redan under 2021.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna yttrande över revisionsrapport efter den årliga grundläggande granskningen av kommunstyrelse och nämnder, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-10.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2022-05-20

Beslut till:
Revisorerna

Revisorerna

Yttrande över revisionsrapport efter den årliga grundläggande granskningen av kommunstyrelse och nämnder

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna har PwC genomfört en granskning avseende om kommunstyrelsen och nämnderna haft tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamhet och ekonomi med fokus på intern kontroll.

Två granskningsområden markeras av PwC som gröna, vilket innebär att man är nöjd med Vård- och omsorgsnämndens arbete. Det gäller områdena "Ekonomiskt tillfredsställande" och "Intern kontroll". Man anser att förvaltningen ur ett ekonomiskt perspektiv skett på ett tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen varit tillräcklig.

Granskningsområde "Ändamålsenlighet" är gulmarkerat, då man anser att nämnden endast delvis kan verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt. Grunden för bedömningen är att nämnden inte fullt ut klarar alla mål och uppdrag i kommunens övergripande budget och 2021 års beställning till Division Social omsorg. Man anser inte att nämnden vidtar åtgärder för att målen ska nås. Svar utifrån detta begärs från nämnden.

De uppdrag som Vård- och omsorgsnämnden i verksamhetsberättelsen för 2021 angett som delvis uppfyllda handlar om samsjuklighet, IOP, Vårdnära service, Omsorgslyftet, Välfärdsteknik, färre externa placeringar och en ekonomi i balans för DSOs del. Samtliga dessa uppdrag är fleråriga och förväntades inte vara helt uppfyllda redan under 2021. De uppdrag som bedömts inte ingående i andra pågående arbeten, finns kvar som uppdrag även i 2022 års budget.

Det uppdrag som handlar om IOP för aktiviteter på särskilda boenden för äldre, har påverkats mycket av pandemin, varför tidplanen förlängts även av den anledningen.

Arbetet med att minska antalet externa placeringar gällande boenden inom funktionsstödsomsorgen har, utöver att finnas som uppdrag i KF-budgeten, även pågått enligt separat uppdrag beslutat i nämnden. Detta har resulterat i två rapporter från DSOs sida, som nu ligger till grund för prognostisering av

kommande platsbehov och omDispositionering av befintliga platser utifrån brukarnas behov. Som en konsekvens kommer även ett antal externt placerade kunna flytta hem.

Avslutningsvis bör sägas att målen inom de prioriterade målområdena, som också är markerade som delvis uppfyllda, är uttryckta som visioner. Det är ett ständigt pågående arbete i riktning mot målen.

Carina Wallin
Ordförande

Grundläggande granskning av styrelse och nämnder 2021

Nyköpings kommun

April 2022



Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	6
Kommunstyrelsen	8
Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden	13
Socialnämnden	17
Vård- och omsorgsnämnden	21
Barn- och ungdomsnämnden	25
Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden	29
Kultur- och fritidsnämnden	33
Bilaga: Sammanställning av revisionsfrågor för samtliga revisionsobjekt	37

Sammanfattning

Sammanfattande revisionell bedömning

Granskningsområde	Kommun- styrelsen	Miljö- och samhällsbyggnads- nämnden	Socialnämnden	Vård- och omsorgsnämnden	Barn- och ungdomsnämnden	Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden	Kultur- och fritidsnämnden
Ändamålsenlighet	Gul	Gul	Gul	Gul	Grön	Gul	Gul
Ekonomiskt tillfredsställande	Röd	Grön	Grön	Grön	Röd	Röd	Gul
Intern kontroll	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön

Samlade rekommendationer

- Styrelsen och flertal nämnder rekommenderas att utveckla sitt arbete med åtgärder för att nå målen så att dessa har direkt inverkan på måluppfyllelsen.
- Styrelsen bör upprätta en egen verksamhetsplan som antas vid sammanträde.
- Styrelsen bör vidta åtgärder för att nå ekonomi i balans i divisionerna.
- Barn- och ungdomsnämnden samt kompetens- och arbetsmarknadsnämnden bör vidta åtgärder för att nå ekonomi i balans.
- Flertal nämnder bör säkerställa att uppföljning av måluppfyllelse sker i enlighet med direktiv.
- Flertal nämnder bör säkerställa att förklaringar till resultat anges med analys av utfallet samt att eventuella åtgärder vid bristande måluppfyllelse framgår.

Rekommendationer för respektive nämnd återges löpande i rapportens olika kapitel.

Inledning

Inledning

Bakgrund

Av kommunallagen och god revisionssed följer att revisorerna årligen ska granska alla styrelser och nämnder. Kommunstyrelsen och nämnderna ska förvalta och genomföra verksamheten i enlighet med fullmäktiges uppdrag, lagar och föreskrifter. För att fullgöra uppdraget måste respektive organ bygga upp system och rutiner för styrning, uppföljning, kontroll och rapportering samt säkerställa att dessa rutiner tillämpas på avsett sätt. En bristfällig styrning och kontroll kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt.

Revisionsobjekt i granskningen är kommunstyrelsen, socialnämnden, vård- och omsorgsnämnden, barn- och ungdomsnämnden, kompetens- och arbetsmarknadsnämnden, kultur- och fritidsnämnden, miljö- och samhällsbyggnadsnämnden.

Syfte och revisionsfrågor

Revisorernas uppdrag regleras i kommunallagen kapitel 12. Syftet med den översiktliga granskningen är att ge kommunens revisorer ett underlag till uttalande i revisionsberättelse. Följande övergripande revisionsfråga ska besvaras:

Har styrelsens/nämndens förvaltning skett på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt med tillräcklig intern kontroll?

Granskningen omfattar för följande områden:

1. Styrning, kontroll och åtgärder: översiktlig nivå
2. Måluppfyllelse för verksamheten
3. Måluppfyllelse för ekonomin

Metod och avgränsning

Den översiktliga granskningen har skett genom dokumentanalys. I tid avgränsas granskningen i huvudsak till år 2021.

Respektive granskningsområde bedöms med hjälp av signalsystem: grön (tillräckligt), gult (delvis), röd (otillräckligt) och grått (ej tillämpligt). Utkast till rapport har sakgranskats av berörda nämnder.

Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Styrelsen kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Röd	Kommunstyrelsen kan inte verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Kommunstyrelsens resultat mot driftbudget uppgår förvisso +23 mnkr men divisionerna gör ett stort underskott, utfallet är -67mnkr (-110mnkr i avvikelse jämfört med budget).
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till styrelsens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till kommunstyrelsen:

- Styrelsen rekommenderas att utveckla sitt arbete med åtgärder för att nå målen så att dessa har direkt inverkan på målluppfyllelsen.
- Styrelsen bör upprätta en egen verksamhetsplan som antas vid sammanträde.
- Vidta åtgärder för att nå ekonomi i balans i divisionerna.

Kommunstyrelsen

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har styrelsen antagit en plan för sin verksamhet?	Röd	Kommunstyrelsen har inte antagit verksamhetsplan eller några beställningar för sin verksamhet.
2. Budget	a) Har styrelsen antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	2020-11-09 §305 föreslår kommunstyrelsen att kommunfullmäktige antar upprättat förslag till Budget 2021, flerårsplan 2022-2023.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för styrelsens verksamhet?	Gul	I delårsrapporten och verksamhetsberättelse kan vi utläsa att kommunstyrelsen har tilldelats totalt 34 uppdrag av dessa är 2 stycken förbättringsuppdrag och 3 stycken särskilda uppdrag.
	b) Finns mål formulerade för styrelsens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas även som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	E/T	Eftersom vi inte har tagit del av beställning för verksamheten kan vi inte bedöma frågan.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har styrelsen upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	Enligt budget 2021 ska kommunstyrelsen följa upp kommunfullmäktiges budget samt nämndernas beställningar löpande under året vad gäller ekonomi och verksamhet. Lagstadgad uppföljning ska ställas till kommunstyrelsen genom delårsrapport och årsredovisning.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet och ekonomi?	Grön	Delårsrapport innehåller utfall och prognos för ekonomi samt bedömning av uppfyllelse av verksamhetsmål. I årsredovisning redovisas ekonomiskt utfall samt uppföljning och bedömning av förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag.

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. Noteringar
4. Rapportering och åtgärder	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	I delårsrapport finns åtgärder kopplade till uppdragen för att nå mål för verksamheten
	d) Vidtar styrelsen tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Gul	Styrelsen prognostiserar förvisso en positiv budgetavvikelse under året och redovisar ett överskott medan divisionerna uppvisar ett stort underskott. Delårsrapportens prognos för helåret 2021 är -63mnkr för divisionerna. Utfallet för året är något sämre, -67mnkr, vilket tyder på att åtgärder för ekonomi i balans inte har vidtagits som givit effekt på underskottet.
5. Måluppfyllelse	a) När styrelsen uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Av de två förbättringsuppdragen styrelsen har blivit tilldelade bedöms ett som grönt och ett som gult. Av de tre särskilda uppdragen bedöms ett som grönt och två som gula.
	b) När styrelsen uppsatta mål för ekonomin?	Röd	Kommunstyrelsens resultat mot driftbudget uppgår +23 mnkr men divisionerna gör ett stort underskott, utfallet är -67mnkr (-110mnkr i avvikelse jämfört med budget).

Ekonomiskt utfall för divisionerna 2021

Division	Utfall 2021	Avvikelse jmf med budget
Division Barn Utbildning Kultur	1	1
Division Social omsorg	-81	-81
Tekn divisionen Skattekollektivet	-7	-7
Samhällsbyggnad	16	-27
Räddning och säkerhet	4	4
Summa divisioner	-67	-110

Divisionerna redovisar ett utfall på -67 mnkr, vilket motsvarar en avvikelse mot budget på 110mnkr. Utfallet är en försämring gentemot 2020 (-15 mnkr).

Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden

Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Grön	Nämnden kan verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget för den skattefinansierade verksamheten: + 9 mnkr
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till miljö- och samhällsbyggnadsnämnden:

- Nämnden rekommenderas att utveckla sitt arbete med åtgärder för att nå målen så att dessa har direkt inverkan på måluppfyllelsen.

Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	2020-12-01 §148 Nämndens beställning av verksamhet 2021 av Samhällsbyggnad och Tekniska divisionen antas.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	2020-12-01 §147 Detaljbudget 2021 med flerårsplan 2022-2023 för nämnden antas.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	I verksamhetsbeställningen finns det sex stycken målområden, utifrån dessa finns 14 KF-mål formulerade.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen detaljbudget betraktas som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Gul	Till respektive mål finns en text, dessa redogör inte för ev målvärden, vilket bidrar till att det är svårt att tyda varför ett mål anses uppfyllt eller inte.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I verksamhetsbeställning anges vad, när och hur verksamheten ska följas upp. Uppföljningen av beställningen ska genomföras i maj, vid delårsbokslut samt årsbokslut.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet och ekonomi?	Gul	Månadsuppföljningar för ekonomi genomförs per april, delår och oktober och omfattar rapportering av ekonomisk situation för perioden, prognos för helår samt föreslagna åtgärder. Vi noterar att nämnden inte redovisar samtliga uppdrag i verksamhetsberättelse 2021.

Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
4. Rapportering och åtgärder	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	I verksamhetsuppföljning för delåret redovisas målen, 4 av målen bedöms som gula. Ett mål som bedömts gul uttrycks tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten. Vi ser inte att tydliga åtgärder redovisas för samtliga mål som bedömts som gula.
	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	Vid ekonomisk uppföljning av delår 2021 prognostiserar nämnden för helåret ett underskott om 2,5 mnkr inom skattekollektivet. Detta beror främst på minskade intäkter inom gata. Åtgärder som genomförts är återhållsamhet med nämndens ofördelade medel.
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	I verksamhetsberättelsen har nämnden endast återredovisat 9 av 14 uppdrag. Av dessa 9 är 3 stycken gröna, 5 stycken gula och 1 vit. 5 av Kf målen rapporteras inte i verksamhetsberättelse.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Nämndens resultat för den skattefinansierade delen är en positiv budgetavvikelse om ca 9 mnkr.

Socialnämnden

Socialnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021. Inget förbättringsuppdrag eller särskilt uppdrag bedöms som uppfyllt/genomfört för år 2021.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Grön	Nämnden kan verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget: + 1,1.
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till socialnämnden:

- Nämnden rekommenderas att utveckla sitt arbete med åtgärder för att nå målen så att dessa har direkt inverkan på målfyllelsen.

Socialnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	Nämndens beställning av verksamhet från division social omsorg 2021 antas vid sammanträdet 2020-12-10 §88.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	2020-12-10 §87 Detaljbudget för Socialnämnden 2021 antas.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Nämnden har tilldelats 1 förbättringsuppdrag och 2 särskilda uppdrag av KF.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	KFs förbättringsuppdrag och de särskilda uppdragen mäts genom indikatorer med målvärden och bedöms som mätbart.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I verksamhetsbeställning anges när och hur de 3 uppdragen ska rapporteras till nämnden. Rapportering ska ske antingen vid delårsbokslut eller årsbokslut.
	b) Fokuserar rapportering på måloppfyllelse och resultat?	Grön	Månadsuppföljningar genomförs delår och vid verksamhetsberättelse/helår och omfattar rapportering av ekonomisk situation för perioden, prognos för helår samt föreslagna åtgärder. Ekonomisk uppföljning och verksamhetsuppföljning görs regelbundet på nämndens sammanträden.
	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	Förbättringsuppdraget bedöms som rätt vid delår och de två särskilda uppdragen bedöms som gult. Vi ser inte att tydliga åtgärder redovisas för att nå målen. Det förklaras att pandemin är en stor orsak till att verksamhetsmålen inte uppnås och det har varit svårare att genomföra uppdragen under pandemin.
	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	E/T	Eftersom nämnden prognostiserar ett överskott vid delår och redovisar ett överskott vid helår har åtgärder inte varit nödvändiga.

Socialnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor (fortsättning)		Bedömning	Ev. noteringar
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Nämnden uppnår inte förbättringsuppdraget. De två särskilda uppdragen uppnås till viss del. I verksamhetsberättelsen redovisas ytterligare mål som inte är formulerade i verksamhetsplanen.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Årets resultat är en positiv budgetavvikelse om 1,1 mnkr

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Grön	Nämnden kan i rimlig grad verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget: + 19,7 mnkr.
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till styrelsens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- Nämnden rekommenderas att utveckla sitt arbete med åtgärder för att nå målen så att dessa har direkt inverkan på målfyllnaden.

Vård- och omsorgsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	2020-12-03 §112 Beställning från Vård- och omsorgsnämnden till Division Social omsorg 2020 antas.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	2020-12-03 §111 Detaljbudget 2021 för Vård- och omsorgsnämnden antas.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Nämnden har tilldelats 2 förbättringsuppdrag och 7 särskilda uppdrag av KF.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	KFs förbättringsuppdrag mäts genom indikatorer med målvärden och bedöms som mätbara. De särskilda uppdragen bedöms genom aktiviteter som ska genomföras.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I verksamhetsbeställning anges de tillfällen då förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag ska avrapporteras muntligen. Samtliga uppdrag ska skriftligen avrapporteras inför delårsrapport och verksamhetsberättelse.

Vård- och omsorgsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
4. Rapportering och åtgärder	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse och resultat?	Grön	Delårsrapport innehåller ekonomiskt resultat och helårsprognos samt uppföljning och bedömning av uppdrag. Bokslut med verksamhetsberättelse innehåller ekonomiskt utfall samt utfall och bedömning av förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag.
	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Gul	Vid delårsrapporten återspeglar verksamhetsmålen men inte åtgärder för att nå mål för verksamheten. I protokollsgenomgången kan vi inte heller se att nämnden har genomfört åtgärder för att nå mål för verksamheten.
	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	Divisionen har tagit fram en handlingsplan för att åstadkomma en ekonomi i balans, nämnden godkände den i april. Ett arbete har pågått i enlighet med planen.
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Båda förbättringsuppdragen bedöms som gröna. Alla 7 särskilda uppdrag bedöms som gula.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	Årets resultat är en positiv avvikelse mot budget om 19,7 mnkr.

Barn- och ungdomsnämnden

Barn- och ungdomsnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Grön	Nämnden kan verifiera att förvaltningen utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021. Majoriteten av uppdragen bedömdes som gröna.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Röd	Nämnden kan inte verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget:- 27 mnkr.
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till barn- och ungdomsnämnden:

- Vidta åtgärder för att nå ekonomi i balans.

Barn- och ungdomsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	Nämnden antog beställning av verksamhet 2021, 2020-12-09 §88.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	Barn- och ungdomsnämndens budget 2021 antogs 2020-12-09 §87.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Kommunfullmäktige har tilldelat nämnden flertalet särskilda uppdrag och förbättringsuppdrag. Varje verksamhet har särskilda uppdrag som är specificerat till den verksamheten.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas som mål för ekonomin. Nämnden har även förbättringsuppdrag av att genomföra åtgärder för en ekonomi i balans.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Förbättringsuppdraget anges med tillhörande indikatorer som är mätbara. För de särskilda uppdragen anges uppdrag som i hög grad är uppföljningsbara.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I nämndens beställning anges uppföljning för verksamhet och ekonomi. För förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag anges när de ska återrapporteras.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet och ekonomi?	Grön	Månadsuppföljningar genomförs per april, delår och oktober och omfattar rapportering av ekonomisk situation för perioden, prognos för helår samt föreslagna åtgärder. Ekonomisk uppföljning och verksamhetsuppföljning görs regelbundet på nämndens sammanträden.
	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	E/T	Ej tillämplig. Av nämndens uppföljning under året framgår inga tydliga avvikelser som motiverar åtgärder. De brister i måluppfyllelse som återrapporteras framgår av årsredovisningen.

Barn- och ungdomsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
4. Rapportering och åtgärder	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	Under uppdraget "genomför åtgärder för en ekonomi i balans" har nämnden redovisat de åtgärder som är möjliga för att nå en ekonomi i balans vid KS sammanträde 2021-03-09 samt 2021-11-08. Andra åtgärder som har gjorts är bland annat översyn av bidrag.
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Grön	I verksamhetsberättelsen bedöms 18 uppdrag som gröna, 3 som gula och 1 som vit.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	Nämnden redovisar en negativ avvikelse även detta år, vilket uppgår till -27 mnkr (resultatet mot driftbudget 2020 var - 31,7mnkr).

Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden

Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021. Ett av två särskilda uppdrag bedöms som uppfyllt.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Röd	Nämnden kan inte verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget: - 4 mnkr.
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till kompetens- och arbetsmarknadsnämnden:

- Säkerställ att uppföljning av måluppfyllelse sker i enlighet med direktiv.
- Säkerställ att förklaringar till resultat anges med analys av utfallet samt att eventuella åtgärder vid bristande måluppfyllelse framgår.
- Vidta åtgärder för att nå ekonomi i balans.

Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	Nämnden har antagit tre beställningar av verksamhet 2021, beslutad 2020-12-16 från kommunikationsavdelningen §54, division barn, utbildnings och kultur §59 och division social omsorg §60
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	Detaljbudget 2021 antogs 2020-12-16 §54.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Det finns totalt tre särskilda uppdrag formulerade i beställningarna.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	För de särskilda uppdragen anges aktiviteter som är uppföljningsbara.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I nämndens beställning anges plan för uppföljning av verksamhet och ekonomi. För förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag anges när de ska återrapporteras.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse och resultat?	Gul	Månadsuppföljningar för ekonomi genomförs mars, maj, sep och okt samt delår och verksamhetsberättelse/helår. Rapporteringen omfattar ekonomisk situation för perioden. Det saknas rapportering för verksamhetsmålen.

Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Grön	Uppdraget VON och KAN ska tillsammans implementera vårdnära service på särskilda boenden för äldre samt utreda förutsättningarna för en motsvarighet inom funktionshinderområdet (som bedöms som gult i verksamhetsberättelsen) har satts på paus och divisionen har gjort en analys av lämpligheten i att införa en motsvarighet inom funktionsområdet men kommit fram till att detta inte är lämpligt.
	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Röd	I månadsrapport oktober förklaras underskottet med att vuxenutbildningen visar på ett stort underskott vilket beror på att medel från KS ej utbetalats. Det redogörs inte för åtgärder i månadsrapporterna för att nå mål för ekonomin.
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Nämnden bedömer ett av de särskilda uppdragen som grönt och ett som gult.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	Nämndens resultat visar en sammanlagd budgetavvikelse med -4 mnkr.

Kultur- och fritidsnämnden

Kultur- och fritidsnämnden: Sammanfattning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 5a</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2021.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Gul	Nämnden kan delvis verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2021. Resultat mot driftbudget:-21 tkr.
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 2a, 3a-c, 4a-f</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till nämndens förvaltning har varit tillräcklig under år 2021.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till kultur- och fritidsnämnden:

- Säkerställ att uppföljning att återsrapportering sker i enlighet med direktiv.

Kultur- och fritidsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
1. Verksamhetsplan	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön	Nämnden har antagit beställning av verksamhet 2021, beslutad 2020-12-02 §§47,48 och. Beställningarna omfattar division Näringsliv och Tekniska Divisionen.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	Detaljbudget 2021 antogs 2020-12-02 §46.
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Grön	Beställningarna omfattar för Näringsliv två förbättringsuppdrag och fyra särskilda uppdrag upprättade. För tekniska divisionen två förbättringsuppdrag och två särskilda uppdrag.
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Antagen budget betraktas som mål för ekonomin.
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	Grön	Förbättringsuppdrag och särskilda uppdrag anges med tillhörande indikatorer och målvärden som är mätbara.
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	I nämndens beställning anges uppföljning för verksamhet och ekonomi. För förbättringsuppdrag och särskilda uppdragen anges när de ska återrapporteras.
	b) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse och resultat?	Gul	Månadsuppföljningar för ekonomi genomförs mars, maj, sep och okt samt delår och verksamhetsberättelse/helår. Rapporteringen omfattar ekonomisk situation för perioden. Det saknas rapportering för verksamhetsmålen.

Kultur- och fritidsnämnden

Bastjänst: Revisionsfrågor		Bedömning	Ev. noteringar
4. Rapportering och åtgärder	c) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	E/T	Eftersom nämnden inte följer upp verksamhetsmålen som är formulerade i beställningarna under året eller i verksamhetsberättelsen kan vi inte bedöma frågan.
	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	Vid de ekonomiska uppföljningarna under året redovisas endast prognos för perioden och inte åtgärder om prognosen är negativ. Vid delår redovisar nämnden en negativ prognos för helår. I delåruppföljningen beskrivs åtgärder för att nå mål för ekonomin.
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	I nämndens verksamhetsberättelse redovisas inte samtliga mål som är formulerade i beställningarna. Av de uppdrag som återrapporteras uppnås sex av målen och fem mål uppnås delvis.
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Gul	Nämnden redovisar en negativ avvikelse mot budget om -21 tkr. Anledning till den negativa avvikelse sin grund i minskade intäkter från drift entreprenör Hjortensbergsbadet jämfört med budget.

Bilaga: Sammanställning av revisionsfrågor för samtliga revisionsobjekt

Sammanställning revisionsfrågor för samtliga revisionsobjekt

Revisionsfråga	KS	MSN	SN	VON	BUN	KAN	KFN
1a. Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Röd	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
2a. Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
3a. Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
3b. Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
3c. Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	E/T	Gul	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
4a. Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering till nämnden?	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön	Grön
4b. Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet och ekonomi?	Grön	Gul	Grön	Grön	Grön	Gul	Gul
4c. Vidtar nämnden åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Grön	Gul	Gul	Gul	E/T	Grön	E/T
4d. Vidtar nämnden åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Gul	Grön	E/T	Grön	Grön	Röd	Grön
5a. När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	Gul	Gul	Gul	Grön	Gul	Gul
5b. När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Röd	Grön	Grön	Grön	Röd	Röd	Gul

pwc.se

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Nyköpings kommuns revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av beslutad projektplan. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

VON § Disponering av 2022 års statsbidrag för välfärdsteknik inom äldreomsorgen

Diarienummer: VON21/145

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och regeringen har träffat en överenskommelse med syfte att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla äldreomsorgen med digitalisering. Den bär namnet "Överenskommelse äldre - teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus". Bakgrunden är det faktum att antalet äldre ökar kraftigt, medan utbudet på arbetskraft är mer begränsat, vilket gör det nödvändigt att öka inslaget av digitalisering.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 8 att rekvirera medlen, som för Nyköpings del uppgår till 1 083 108 kronor. Nämndens sakkunniga tjänsteman fick samtidigt i uppdrag att återkomma med förslag till hur medlen ska användas under året. Ett sådant finns nu framtaget utifrån en rapport från Division Social omsorg (DSO). Förslaget är att breddinföra Appva inom hela hemtjänsten oavsett kommunal eller privat utförare. Appva finns redan inom särskilda boenden för äldre inom DSO och är ett IT-stöd för påminnelser och signering gällande exempelvis läkemedel och rehabinsatser. Användande av Appva leder bland annat till ökad kvalitet och säkerhet i läkemedelshanteringen. Den sammantagna kostnadskalkylen för året uppgår till 824 000 kronor så långt DSO kunnat bedöma. Därtill kommer utbildning av de privata utförarnas personal. Statsbidraget bedöms dock rymma den samlade kostnaden.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** nyttja 2022 års statsbidrag för välfärdsteknik inom äldreomsorgen enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-16, vilket innebär ett breddinförande av signeringsverktyget Appva inom all hemtjänst.

Beslutet skickas till:

Ansvarig för e-rådet
Division Social omsorg
Invita omvårdnad AB
Olivia hemomsorg AB
Lycka omsorg AB

Vård- och omsorgsnämnden

Disponering av 2022 års statsbidrag för välfärds- teknik inom äldreomsorgen

Bakgrund

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och regeringen har träffat en överenskommelse med syfte att ge kommunerna bättre förutsättningar att verksamhetsutveckla äldreomsorgen med digitalisering. Den bär namnet "Överenskommelse äldre - teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus". Bakgrunden är det faktum att antalet äldre ökar kraftigt, medan utbudet på arbetskraft är mer begränsat, vilket gör det nödvändigt att öka inslaget av digitalisering.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 8 att rekvirera medlen, som för Nyköpings del uppgår till 1 083 108 kronor. Nämndens sakkunniga tjänsteman fick samtidigt i uppdrag att återkomma med förslag till hur medlen ska användas under året. Ett sådant finns nu framtaget utifrån en rapport från Division Social omsorg (DSO). Förslaget är att breddinföra Appva inom hela hemtjänsten oavsett kommunal eller privat utförare. Appva finns redan inom särskilda boenden för äldre inom DSO och är ett IT-stöd för påminnelser och signering gällande exempelvis läkemedel och rehabinsatser. Användande av Appva leder bland annat till ökad kvalitet och säkerhet i läkemedelshanteringen. Den sammantagna kostnadsalkylen för året uppgår till 824 000 kronor så långt DSO kunnat bedöma. Därtill kommer utbildning av de privata utförarnas personal. Statsbidraget bedöms dock rymma den samlade kostnaden.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn direkt eller indirekt, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** nyttja 2022 års statsbidrag för välfärdsteknik inom äldreomsorgen enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-16, vilket innebär ett breddinförande av signeringsverktyget Appva inom all hemtjänst.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2022-05-20

Beslut till:

Ansvarig för e-rådet
Division Social omsorg
Invita omvårdnad AB
Olivia hemomsorg AB
Lycka omsorg AB

Rapport Appva, MCSS Medication Care Support System 2022

Uppdrag

Att utifrån välfärdmedel 2022 beskriva för Vård och Omsorgsnämnden hur arbetet fortlöper gällande nyttan samt införandet av Appva.

Bakgrund

MCSS systemet är en webbprogramvara, ett administrationsverktyg och en mobilapplikation, vilken i dagligt tal kallas Appva.

Appva är framtaget för verksamheter med ambition och vilja att producera god och säker omsorg, följa lagrum och direktiv samt ge sina medarbetare ett kraftfullt verktyg för att klara detta.

Medication and Care Support System (MCSS) är ett IT-stöd som utvecklats av leverantören Appva. Ett IT-stöd för påminnelser och signering. Ide´n kring detta system uppkom i en verksamhet då omvårdnadspersonal upplevde stress för att komma ihåg alla läkemedel och olika tidpunkter de skulle ges till olika patienter, samt att de handskrivna läkemedelslistorna var svåra att tolka. Man efterfrågade ett proaktivt IT-stöd för signering och påminnelser om läkemedelsutdelning. Många gånger upptäcktes avvikelser sent eftersom signeringslistorna normalt samlades in vid månadsskiftet. Det var därmed svårt att följa upp avvikelsen i direkt anslutning till händelsen. Det var också svårt att kontrollera om signeringarna var gjorda av behörig personal. Delegeringarna hade ibland löpt ut ändå kunde undersköterskan ge medicin och signera detta. Det fanns ingen påminnelsekontroll att delegeringen fortfarande gällde, utan påminnelsefunktionen i de privata mobilerna användes för att påminna om medicinering.

Appva hanterar främst elektronisk signering och påminnelsefunktion för läkemedelsadministration, men det finns även annan funktionalitet som exempelvis kontrollräkning av narkotika, kalenderfunktion där man kan stänga av påminnelser för brukare som är frånvarande samt påminnelser om att förnya delegeringar.

I dagsläget hanterar Appva elektronisk signering av läkemedel, injektioner, insulin, vid behovs medicin, sondmatning, nutrition och blåssköljning samt ordinerade rehab-insatser. Man kan också se om brukaren har Apodos och/eller dosett.

I Appva ingår även funktionalitet för att kontrollera om en medarbetare gjort relevanta kunskapstest inför delegering.

De mobila enheterna är i Appva kopplade till specifika utrymmen eller lägenhetsnummer. Alla medarbetare, utrymmen och patienter är knutna till en organisatorisk enhet. På detta sätt avgränsas medarbetarnas tillgång till patienter i systemet vilket är viktigt utifrån patientsäkerhet.

Genomfört

Under första kvartalet av 2021 startades Appva som pilot på Fruängskällans särskilda boende. Under hösten 2021 startade implementeringen på kommunens övriga särskilda boenden för äldre och signeringsstart var den 1 december 2021.

En rutin för arbete med digital signering Appva togs fram och implementerades inför införandet.

Omvårdnadspersonalen har numera en lättläst och tydlig lista för läkemedelshantering, de slipper handskrivna signeringslistor, otydlig information i brukarpärmar och post-it lappar. Även påminnelsefunktionen upplevs mycket positiv och gör att omvårdnadspersonalen känner sig mycket tryggare med att komma ihåg all läkemedelshantering samt att den görs på rätt sätt enligt anvisning samt inom angiven tid. Påminnelsefunktionen ses även som ett stort steg i rätt riktning utifrån patientsäkerhet. Sjuksköterskorna kan enkelt hantera läkemedelsinventering och delegeringar. De kan dessutom agera direkt på utebliven delegering eftersom påminnelsearmen i sista hand går till ansvarig sjuksköterska. Även uppföljning kan hanteras snabbare och enklare då signeringslistorna är lättlästa och tydliga samt att man har tillgång till dem direkt. Både omvårdnadspersonal och sjuksköterskor upplever att kommunikationen förbättrats genom tydlig och lättillgänglig information. Även rehab-personalen använder Appva för signering av ordinerade rehab-insatser.

Appva, MCSS support är lättillgänglig och upplevs leverera mycket bra stöd i alla förekommande frågor.

Återstår

Appva ska genomföra en utbildningsinsats digitalt för samtliga enhetschefer inom DSO samt för enhetschefer hos de privata hemtjänstutförarna. Utsedda administratörer och superanvändare från samtliga nämnda områden ingår i samma utbildningstillfälle som kommer att genomföras hösten 2022.

Administratörer får samma utbildning som enhetschefer för att kunna täcka upp enhetscheferna vid behov. Superanvändarna får samma utbildning men ska också vara de som håller i all intern utbildning för samtlig omvårdnadspersonal i nästa steg på respektive enhet.

Efter utbildningsinsatserna ska Appva implementeras på samtliga utbildade enheter, klart 22-12-31.

Tidplan

Utbildningsinsatser samt implementering av Appva inom DSO:s samtliga enheter samt hos de privata hemtjänstutförarna kommer att ske under hösten 2022, klart 22-12-31.

Effekter

Under januari månad hade Nyköpings kommun nästan 83 500 insatser kopplade till Appva. 97% av dessa insatser är signerade. Detta är siffror som verksamheten ej haft möjlighet att få överblick över tidigare. Dvs det är en kvalitetssäkring av insatser.

Patientsäkerheten i omvårdnadsarbetet tryggas i och med att omvårdnadspersonalen blir uppmärksammade på insatser som inte utförs eller utförs utanför tidsramar. Det kan också säkerställas att enbart omvårdnadspersonal med delegering utför insatserna. Inom hemsjukvården kan sjuksköterskan direkt uppdatera signeringslistor vid ändrade ordinationer oavsett tid på dygn och ev. restid till patient.

Det är ännu dock tidigt att utvärdera och se faktiska effekter av införandet.

De effekter man förväntas se med Appva i drift framåt utifrån patientsäkerhet är:

- Ökad kvalitet i läkemedelshanteringen, rätt insats på rätt tid
- Ökad signeringsfrekvens
- Minskat antal avvikelser
- Ökad kontroll av läkemedelshantering
- Alla insatser kan följas upp i Appvas statistikdel
- All data lagras i säkra databaser som driftas i Sverige.

Övriga effekter

Appva bidrar till en god arbetsmiljö hos personalen då de känner trygghet i att insatserna kan hanteras på ett säkert sätt och att administrationen minskar. En god arbetsmiljö främjar kvalitativ vård och tryggar patientsäkerheten.

Tidskrävande administration minskar vilket skapar effektivitet i resursplaneringen.

Ekonomi

Enhetschefer, administratörer samt superanvändare utbildas digitalt av Appva. Denna utbildning kommer att vända sig både till DSO samt de privata hemtjänstutförarna.

Kostnad 15 tkr

Intern utbildning av omvårdnadspersonal inom DSO dvs vikarietid.

Kostnad 75 tkr

De privata hemtjänstutförarnas kostnader för internutbildning av omvårdnadspersonal kan inte uppskattas av DSO.

Licensavgiften för Appva är 744 tkr per år (exkl. moms).

Siffrorna är framtagna av ekonomi-enheten på DSO.

Förslag till beslut

Att införa Appva som digitalt verktyg för att trygga patientsäkerheten, förbättra arbetsmiljön samt effektivisera resurser i DSO:s verksamheter samt hos de privata hemtjänstutförarna.

Mia Kihlstrand, kvalitetsutvecklare
mia.kihlstrand@nykoping.se

VON § Disponering av 2022 års statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer

Diarienummer: VON22/20

Regeringen har sedan 2021 gett Socialstyrelsen i årligt uppdrag att fördela medel till landets kommuner för en äldreomsorgssatsning med syfte att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer. Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 43 att rekvirera 2022 års medel. Dessa uppgår till 26 885 586 kronor och måste disponeras senast 2022-12-31 enligt vissa kriterier. I annat fall måste kommunen betala tillbaka återstående belopp eller belopp som nyttjats felaktigt till Socialstyrelsen. Enligt § 43 uppdrog även Vård- och omsorgsnämnden åt de utförare, såväl kommunal som privata, som önskade ta del av medlen att till nämndens sammanträde i juni återkomma med en redogörelse för hur man avsåg att nyttja dem. Detta underlag har nu inkommit. I bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-19 finns förslag till hur medlen ska disponeras under året, liksom villkoren kring det för de olika utförarna.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** 2022 års statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer ska disponeras på det sätt och enligt de villkor som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-19.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg
Ansvar & omsorg
Betelhemmet
Invita omvårdnad
Olivia hemomsorg
Lycka omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Disponering av 2022 års statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer

Bakgrund

Regeringen har sedan 2021 gett Socialstyrelsen i årligt uppdrag att fördela medel till landets kommuner för en äldreomsorgssatsning med syfte att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer. Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 43 att rekvirera 2022 års medel. Dessa uppgår till 26 885 586 kronor och måste disponeras senast 2022-12-31 enligt vissa kriterier. I annat fall måste kommunen betala tillbaka återstående belopp eller belopp som nyttjats felaktigt till Socialstyrelsen. Enligt § 43 uppdrog även Vård- och omsorgsnämnden åt de utförare, såväl kommunal som privata, som önskade ta del av medlen att till nämndens sammanträde i juni återkomma med en redogörelse för hur man avsåg att nyttja dem. Detta underlag har nu inkommit. I bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-19 finns förslag till hur medlen ska disponeras under året, liksom villkoren kring det för de olika utförarna.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** 2022 års statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer ska disponeras på det sätt och enligt de villkor som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2022-05-19.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2022-05-20

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Invita omvårdnad

Olivia hemomsorg

Lycka omsorg



Disponering av 2022 års statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer

Regeringen har sedan 2021 gett Socialstyrelsen i årligt uppdrag att fördela medel till landets kommuner för en äldreomsorgssatsning med syfte att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer. Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 43 att rekvirera 2022 års medel. Dessa uppgår till 26 885 586 kronor och måste disponeras senast 2022-12-31 enligt vissa kriterier. I annat fall måste kommunen betala tillbaka återstående belopp eller belopp som nyttjats felaktigt till Socialstyrelsen.

Exempel på vad statsbidraget får användas till är:

- förbättra arbetsmiljö och arbetsvillkor
- kompetensutveckling
- arbete för personcentrerad vård och omsorg av personer med demenssjukdom
- motverka ensamhet bland äldre
- öka personalkontinuiteten
- förbättra samverkan mellan socialtjänst och den kommunala och regionala hälso- och sjukvården
- förebygga smittspridning
- utveckla stöd till anhörigvårdare
- utveckla informationssäkerheten och välfärdstekniken inom äldreomsorgen

Enligt § 43 uppdrog även Vård- och omsorgsnämnden åt de utförare, såväl kommunal som privata, som önskade ta del av medlen att till nämndens sammanträde i juni återkomma med en redogörelse för hur man avsåg att nyttja dem. Detta underlag har nu inkommit.

Redan i budgeten för året fördelades medlen med knappa 23 mnkr till Division Social omsorg (DSO) och 4 mnkr till de privata utförarna.

Privata utförare

Ansökningar har lämnats av samtliga privata utförare inom såväl särskilt boende som hemtjänst. Ansökningarna uppgår sammantaget till 6,1 mnkr, vilket gjort att en reduktion ned till 4 mnkr behövt göras. Medlen föreslås disponeras så här:

Ansvar & omsorg, totalt 1 212 tkr

- Två 75 % tjänster avsedda för att arbeta med aktiviteter och ge de boende social stimulans, 800 tkr
- Utemöbler och en pergola, 220 tkr

- TV och inventarier till aktivitetsrum, 92 tkr
- Tovertafel, 100 tkr

Betelhemmet, totalt 667 tkr

- En 50 % tjänst som under hösten ska arbeta med aktiviteter, 80 tkr
- Kompetensutveckling personal; sårvård, taktil massage, palliativ vård mm, 75 tkr
- Förbättringar av utemiljön för ökad tillgänglighet, 512 tkr

Invita omvårdnad, totalt 930 tkr

- Förbättrad personalkontinuitet och förbättrad arbetsmiljö genom extra fasta tjänster, 930 tkr

Olivia hemomsorg, 929 tkr

- 200 timmars extra social tid till kunderna att använda till aktiviteter och samvaro, 115 tkr
- Kompetensutveckling personal; arbetsledning, demens, mat och måltider, palliativ vård, psykisk ohälsa mm, 362 tkr
- Förbättrad personalkontinuitet genom två årsarbetare utöver grundbemannning, 392 tkr
- Tre elcyklar, 60 tkr

Lycka omsorg, 262 tkr

- Kompetensutveckling personal; demens, läkemedelshantering, hygien mm, 262 tkr

Då snart halva året gått, föreslås att utförarna hör av sig om de märker att medlen inte hinner nyttjas som planerat. Då möjliggörs att de kan nyttjas till sådant som i det här skedet behövt bortprioriteras. Detta för att undvika att behöva betala tillbaka outnyttjade medel. En sådan eventuell senare omfördelning kan vid behov beslutas av nämndordförande som brådskande beslut.

Om Socialstyrelsen skulle underkänna någon del i den samlade disponeringen, förbehåller sig kommunen rätten att återkräva motsvarande summa från berörd utförare.

Division Social omsorg (DSO)

DSO har 22 885 586 kronor att disponera. Hittills finns planer motsvarande 18 800 tkr:

- Merkostnader för skyddsmaterial på grund av covid-19, 7 000 tkr
- Satsning på ett hållbart arbetsliv genom en kvalitetsutvecklare per särskilt boende (under förutsättning att inte annat statsbidrag nyttjas till detta), 3 000 tkr
- Stjärnmärkning av Rönnliden, vilket är en kompetensutvecklingsåtgärd, 500 tkr

- Värdegrundsarbete, 1 000 tkr
- Kompetensutveckling personal; hot och våld, arbetssätt/planering, psykisk ohälsa mm, 2 500 tkr
- Ytterligare en rehab-personal till hemgångsteamet, 800 tkr
- HR-konsulter, delårseffekt, 300 tkr
- Satsning på myndighetsfunktionen utifrån målet att ha individuella beslut på särskilda boenden, 1 500 tkr
- Utvecklingskostnad för att skapa ett särskilt serviceteam inom hemtjänsten, 1 000 tkr
- Aktiviteter och social stimulans på särskilda boenden, 500 tkr
- Kompetensutveckling personal; svenska språket, 700 tkr

Kompletteringar och förändringar i detta kan också vid behov beslutas av nämndordförande som brådskande beslut.

VON § Ej verkställda beslut enligt Socialtjänstlagen, kvartal 1, 2022

Diarienummer: VON22/47

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt Socialtjänstlagen för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2022 till Inspektionen för Vård- och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar 12 beslut, varav åtta funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har inget beslut verkställts, men tre har avslutats på begäran.

Nedan specificeras de 12 ej verkställda besluten:

- Ett beslut avser växelboende. Det är från juni 2021.
- Nio beslut avser kontaktperson. Det äldsta beslutet fattades i november 2020. Flertalet bor i dagsläget hemma hos sina familjer och har inga andra insatser.
- Ett beslut avser kontaktfamilj. Det är från oktober 2020.
- Ett beslut, från november 2021, avser boende inom socialpsykiatri.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2022-04-26.

Beslutet skickas till:

Kommunfullmäktige

Revisorerna

Vård- och omsorgsnämnden

Ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ f och h Socialtjänstlagen (SOL), första kvartalet 2022

Bakgrund

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt Socialtjänstlagen för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2022 till Inspektionen för Vård- och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar 12 beslut, varav åtta funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har inget beslut verkställts, men tre har avslutats på begäran.

Nedan specificeras de 12 ej verkställda besluten:

- Ett beslut avser växelboende. Det är från juni 2021.
- Nio beslut avser kontaktperson. Det äldsta beslutet fattades i november 2020. Flertalet bor i dagsläget hemma hos sina familjer och har inga andra insatser.
- Ett beslut avser kontaktfamilj. Det är från oktober 2020.
- Ett beslut, från november 2021, avser boende inom socialpsykiatri.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2022-04-26.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2022-05-20

Beslut till:

Kommunfullmäktige
Revisorerna

VON § Ej verkställda beslut enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, första kvartalet 2022

Diarienummer: VON22/48

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt LSS för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2022 till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar 19 beslut, varav 12 funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har fyra beslut verkställts.

Nedan specificeras de 19 ej verkställda besluten:

- Fyra beslut avser bostad med särskild service, varav det äldsta fattades i augusti 2017. I väntan på verkställighet har brukarna andra insatser. I det äldsta ärendet bor brukaren idag på annan ort.
- 13 beslut avser kontaktperson. Äldsta beslutet fattades i september 2020. Det är relativt vanligt att kontaktpersoner säger upp sig eller tackar nej till uppdraget. Det har också varit svårare än vanligt att rekrytera under pandemin.
- Ett beslut avser daglig verksamhet, vilket fattades i augusti 2017 och är ej verkställt då man väntar på att brukaren ska flytta till Nyköping.
- Ett beslut avser ledsagarservice. Det fattades i februari 2020.

Barnrättsprövning

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2022-04-26.

Beslut till

Kommunfullmäktige

Revisorerna

Vård- och omsorgsnämnden

Ej verkställda beslut enligt § 28 h Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade, första kvartalet 2022

Bakgrund

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt LSS för beslut som inte verkställts inom tre månader under första kvartalet 2022 till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar 19 beslut, varav 12 funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är av-identifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har fyra beslut verkställts.

Nedan specificeras de 19 ej verkställda besluten:

- Fyra beslut avser bostad med särskild service, varav det äldsta fattades i augusti 2017. I väntan på verkställighet har brukarna andra insatser. I det äldsta ärendet bor brukaren idag på annan ort.
- 13 beslut avser kontaktperson. Äldsta beslutet fattades i september 2020. Det är relativt vanligt att kontaktpersoner säger upp sig eller tackar nej till uppdraget. Det har också varit svårare än vanligt att rekrytera under pandemin.
- Ett beslut avser daglig verksamhet, vilket fattades i augusti 2017 och är ej verkställt då man väntar på att brukaren ska flytta till Nyköping.
- Ett beslut avser ledsagarservice. Det fattades i februari 2020.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonventionen ej funnits skäl att genomföra en prövning av barnets bästa.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2022-04-26.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2022-05-20

Beslut till:
Kommunfullmäktige
Revisorerna

VON § Delegationsärenden

Diarienummer: VON22/4

För att ta del av anmälda delegationsbeslut på nämndsammanträde, var god kontakta nämndsekreterare senast två arbetsdagar innan mötet för att säkerställa att handlingarna hinner tas fram.

För begäran om allmän handling, kontakta ansvarig registrator.

Bilagat finns en förteckning över delegationsbeslut fattade till och med 2022-05-24.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** lägga förtecknade delegationsärenden till handlingarna.

Vård- och omsorgsnämnden

Delegationsbeslut

Pt	Dnr	Handlingsrubrik	Beslutande	Beslutsdatum
1.6.2	DSO22/46:9	Beslut avseende begäran om utlämnande av allmänna handlingar-avslag	Kommunjurist	2022-04-11
2.14.1	VON22/29:3	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2022-04-14
2.14.1	VON22/30:3	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport om eventuellt missförhållande	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2022-04-14
2.14.1	VON22/34:4	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport avseende missförhållanden - Myntan	Ordförande	2022-04-21
5.14.1	VON22/36:4	Beslut att avsluta Lex Sarah-rapport från Herrhagsvägens servicebostad	Ordförande	2022-04-14
0	VON22/4:10	Anmälan om delegationsbeslut: Lista över beslut från Division Social omsorg enligt SoL, april 2022	Division Social omsorg	2022-05-13
0	VON22/4:9	Anmälan om delegationsbeslut: Lista över beslut från Division Social omsorg enligt LSS, april 2022	Division Social omsorg	2022-05-13

VON § Anmälningssärenden

Diarienummer: VON22/1

För att ta del av anmälningssärenden på nämndsammanträde, var god kontakta nämndsekreterare senast två arbetsdagar innan mötet för att säkerställa att handlingarna hinner tas fram.

För begäran om allmän handling, kontakta ansvarig registrator.

Bilagat finns en förteckning över inkomna anmälningssärenden till och med 2022-05-24.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** lägga förtecknade anmälningssärenden till handlingarna.

Vård- och omsorgsnämnden

Anmälningar

Nr	Från	Handlingsrubrik	Dnr
1	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Hemtjänst City	VON22/49:1
2	Division Social omsorg	Åtgärdsplan efter Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Myntan	VON22/34:3
3	Personal inom Division Social omsorg	Namninsamling inför en manifestation för att påverka Nyköpings kommun att arbetsnätterna vara kvar på 10 timmar	VON22/50:1
4	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Koggen	VON22/51:1
5	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Marsvägens serviceboende	VON22/52:1
6	Kommunledningskansliet	Protokollsutdrag: Beslut från Kommunfullmäktige 2022-04-12 § 62 Svar på motion att införa nollvision mot undernäring inom äldreomsorgen i Nyköping (2/2)	VON21/83:5
7	Beställarkontoret	Budget 2022 med flerårsplan 2023-2024, reviderad - Antagen av Kommunfullmäktige 2022-04-12	VON21/123:4.1
8	Beställarkontoret	Protokollsutdrag: Beslut från Kommunfullmäktiges protokoll 2022-04-12 § 51 Justering av budget 2022 på grund av ändrade redovisningsprinciper (3/3)	VON21/123:4
9	Beställarkontoret	Rapport: Målbild - Nära vård i Sörmland	VON22/1:7.1
10	Beställarkontoret	Protokollsutdrag: Beslut från Kommunstyrelsen 2022-04-11, § 95 Länsgemensam målbild för nära vård i Sörmland	VON22/1:7
11	Politisk beredning och samordning/Division Social omsorg	Dom från Förvaltningsrätten i Linköping i 3374-22, avseende överklagan av beslut i Vård- och omsorgsnämnden 2022-04-19, avseende hemtjänst	VON22/54:3.1
12	Socialstyrelsen	Utlysning av statsbidrag till kommuner i syfte att utöka bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden (Dnr 9.1-14701/2022)	VON22/57:1
13	Socialstyrelsen	Statsbidrag till kommuner för att minska andelen timanställningar inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (Dnr 9.1-15036/2022)	VON22/58:1
14	Beställarkontoret	Inbjudan till ledamöter i Vård- och omsorgsnämnden, till en politikerutfrågning inför valet i september 2022. 2022-08-11 på NK-villan	VON22/1:9

15	Beställarkontoret	Information om Socialstyrelsens statsbidrag till kommuner 2022	VON22/1:10
16	Beställarkontoret	Missiv: Valfärdsteknik kan bli murbräcka mot ofrivillig ensamhet hos äldre	VON22/1:11
17	Beställarkontoret	Information: Valfärdsteknik som murbräcka mot ensamhet	VON22/1:11.1
18	Politisk beredning och samordning	Beslut från Inspektionen för Vård och omsorg (IVO) avseende ansökan om ändring av tillstånd att bedriva särskild boendeform. ändring gäller byte av föreståndare vid verks	VON22/17:8
19	Politisk beredning och samordning	Tillståndsbevis: Bilaga till beslut	VON22/17:8.1
20	Politisk beredning och samordning	Protokoll från Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård 2022-04-29	VON22/31:3
21	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - Funktionsstödomsorg	VON22/35:2
22	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - Hemtjänst Öster 2	VON22/44:2
23	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - Hemtjänst City	VON22/49:2
24	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - Koggen	VON22/51:2
25	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Koggen	VON22/59:1
26	Svenska Institutet för Standarder (SIS)	Remiss: SIS-Remiss 22899 Femårsöversyn - Synpunkter inför revidering av "SS 872500:2015 Kvalitet i särskilt boende och hemtjänst" - Missiv	VON22/60:1
27	Svenska Institutet för Standarder (SIS)	Remiss: SIS-Remiss 22899 Femårsöversyn - Synpunkter inför revidering av "SS 872500:2015 Kvalitet i särskilt boende och hemtjänst"	VON22/60:1.1
28	Socialstyrelsen	Utlysning av statsbidrag till regioner och kommuner till för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård resp. socialtjänst avseende skvndsamma tran	VON22/61:1
29	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Myntan 5 C	VON22/63:1
30	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Missiv: Meddelande - Klagomål Överlämnat från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)	VON22/22:2
31	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Klagomål Överlämnat från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) gällande Dalbvvägens gruppbostäder	VON22/22:2.1