

Vård- och omsorgsnämnden

**TORSDAGEN DEN 10 SEPTEMBER 2020 KL. 13.30 STADSHUSET SAL A**

**Med anledning av rådande situation gällande Covid-19/Coronaviruset uppmanas nämndens ledamöter och ersättare att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer att stanna hemma vid sjukdom, även vid lindriga symptom.**

**SAMMANTRÄDET ÄR STÄNGT FÖR ALLMÄNHETEN**

Gruppmöten kl. 12.30-13.30  
 S-, C- och MP-grupp: B-salen  
 M-, KD- och grupp: Översikten  
 SD-grupp: Avsikten  
 V-grupp: Insikten

**INFORMATIONSÄRENDEN**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1 | Uppföljning GDPR                                   | Henrik Forslund/<br>Jessica Rosendahl<br>Dahlbeck |
| 2 | Personligt ombud                                   | Marie Karlsson/<br>Ann-Sofie<br>Andersson         |
| 3 | Presentation av ny divisionschef för Social Omsorg | Jan Holmlund                                      |

**BESLUTSÄRENDEN**

- |   |   |         |
|---|---|---------|
| 1 | Patientsäkerhetsberättelser 2019<br><br>- Tjänsteskrivelse<br>- Rapport: Patientsäkerhetsberättelser 2019<br>- Bilaga 1: Förbättringsförslag till verksamheterna 2020<br>- Patientsäkerhetsberättelse DSO<br>- Patientsäkerhetsberättelse St Anna<br>- Patientsäkerhetsberättelse Riggargatans äldreboende<br>- Patientsäkerhetsberättelse Björkgårdens äldreboende<br>- Patientsäkerhetsberättelse Betelhemmet | VON20/7 |
| 2 | Journalgranskning – Hälso- och sjukvårdsjournaler<br><br>- Tjänsteskrivelse<br>- Rapport: Journalgranskning – Hälso- och sjukvårdsinsatser  | VON20/7 |

3	Division Social Omsorgs reviderade handlingsplan för en ekonomi i balans	VON20/62
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- DSO handlingsplan för att nå en ekonomi i balans</li><li>- Bilaga 1: Tidigare framtagen åtgärdslista</li><li>- Bilaga 2: Minskat antal platser på särskilt boende för äldre</li><li>- Bilaga 3: Hälsofrämjande team</li><li>- Bilaga 4: Utredning av den kommunala hemtjänsten av E&amp;Y</li></ul>	
4	Process för framtagande av strukturerad plan för införande av välfärdsteknik	VON19/99
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Rapport: Process för framtagande av strukturerad plan för införande av välfärdsteknik enligt nämndens tidigare beställning, VON 2020-06-04</li></ul>	
5	Implementering av samverkansmodellen i Division Social Omsorg	VON20/60
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Rapport</li></ul>	
6	Åtgärder utifrån brister konstaterade i den interna tillsynen	VON20/50
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Division Social Omsorgs plan för att åtgärda identifierade brister</li></ul>	
7	Maxtaxa, avgifter och debitering inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2021	VON20/77
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Förslag till taxa</li></ul>	
8	Kompletterande disponering av 2020 års stimulansmedel för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom	VON20/35
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li></ul>	
9	Rekvirering av statsbidrag till kommuner för kostnader till följd av satsningen Äldreomsorgslyftet	VON20/72
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Socialstyrelsens anvisningar om statsbidraget för Äldreomsorgslyftet</li></ul>	

10	Rekvirering av statsbidrag för att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av Covid-19	VON20/80
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Bilaga</li></ul>	
11	Revidering av Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem	VON20/78
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Förslag till Förfrågningsunderlag</li><li>- Bilaga</li></ul>	
12	Statistik – Vård- och omsorgsnämndens verksamhet första halvåret 2020	VON20/10
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Rapport: Statistik – Vård- och omsorgsnämndens verksamhet första halvåret 2020</li></ul>	
13	Sammanställning av Lex Sarah-rapporter första halvåret 2020	VON20/60
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Rapport</li></ul>	
14	Yttrande över medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger	VON20/79
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li><li>- Förslag: Yttrande</li><li>- Barnrättsprövning</li><li>- Medborgarförslag</li></ul>	
15	Ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ f och h Socialtjänstlagen (SOL), andra kvartalet 2020	VON20/5
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li></ul>	
16	Ej verkställda beslut enligt § 28 h Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade, andra kvartalet 2020	VON20/6
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tjänsteskrivelse</li></ul>	

- |    |                      |         |
|----|----------------------|---------|
| 17 | Delegationsärenden   | VON20/4 |
|    | - Bilagd förteckning |         |
| 18 | Anmälningssärenden   | VON20/1 |
|    | - Bilagd förteckning |         |

Sofia Amloh  
Ordförande

Johanna Sterner  
Sekreterare

VON §

Dnr VON20/7

**Patientsäkerhetsberättelser 2019**

Vård- och omsorgsnämnden är ansvarig vårdgivare för den hälso- och sjukvård som utförs enligt nämndens reglemente.

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva hur verksamheten arbetat med patientsäkerheten under det gångna året, ge den ansvarige vårdgivaren bra kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete och sedan finnas tillgänglig för den som vill ta del av den. Varje utförare upprättar en sådan berättelse och sedan görs en sammanställning av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

MAS konstaterar att det för tredje året i rad är samma brister som präglar patientsäkerhetsberättelserna. De privata utförarna står dock för en utveckling i rätt riktning. DSO s berättelse uppvisar allvarliga brister. Trots beslut av Vård- och omsorgsnämnden används fortfarande inte SKRs mall. Det saknas riktning och planer för ett strukturellt förbättringsarbete. MAS gör bedömningen att det bedrivs en patientsäker verksamhet på Björkgården och S:t Anna, att det är en viss tveksamhet kring patientsäkerheten på Riggargatan och Betelhemmet och slutligen att det med stor sannolikhet inte är helt patientsäkert inom DSO.

Utförarnas uppdrag är att säkerställa patientsäkerheten. Vård- och omsorgsnämnden kan inte acceptera ytterligare ett år med samma brister. Vid kommande årsskifte måste nämnden kunna förvissa sig om att patientsäkerheten är tydligt förbättrad. Samtliga utförare föreslås därför få i uppdrag att arbeta med förbättringar. DSO föreslås få i uppdrag att återkomma med en skriftlig rapport över hur man nu kommer att arbeta för att snarast förbättra patientsäkerheten.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporteringen av 2019 års Patientsäkerhetsberättelser enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-24.

**att** uppdra åt Ansvar & omsorg och Betelhemmet att arbeta med att ytterligare förbättra patientsäkerheten.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

VON §

Dnr VON20/7

**att** uppdra åt DSO att till nämndsammanträdet 2020-10-29 inkomma med en skriftlig rapport över hur man på ett skyndsamt sätt avser att åtgärda bristerna i patientsäkerheten.

**att** om nästa års patientsäkerhetsberättelser visar att de senaste årens brister inte är åtgärdade, göra en anmälan till Inspektionen för Vård- och omsorg (IVO).

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Betelhemmet

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

## Patientsäkerhetsberättelser 2019

### Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden är ansvarig vårdgivare för den hälso- och sjukvård som utförs enligt nämndens reglemente.

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva hur verksamheten arbetat med patientsäkerheten under det gångna året, ge den ansvarige vårdgivaren bra kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete och sedan finnas tillgänglig för den som vill ta del av den. Varje utförare upprättar en sådan berättelse och sedan görs en sammanställning av Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

MAS konstaterar att det för tredje året i rad är samma brister som präglar patientsäkerhetsberättelserna. De privata utförarna står dock för en utveckling i rätt riktning. DSO s berättelse uppvisar allvarliga brister. Trots beslut av Vård- och omsorgsnämnden används fortfarande inte SKRs mall. Det saknas riktning och planer för ett strukturellt förbättringsarbete. MAS gör bedömningen att det bedrivs en patientsäker verksamhet på Björkgården och S:t Anna, att det är en viss tveksamhet kring patientsäkerheten på Riggargatan och Betelhemmet och slutligen att det med stor sannolikhet inte är helt patientsäkert inom DSO.

Utförarnas uppdrag är att säkerställa patientsäkerheten. Vård- och omsorgsnämnden kan inte acceptera ytterligare ett år med samma brister. Vid kommande årsskifte måste nämnden kunna förvissa sig om att patientsäkerheten är tydligt förbättrad. Samtliga utförare föreslås därför få i uppdrag att arbeta med förbättringar. DSO föreslås få i uppdrag att återkomma med en skriftlig rapport över hur man nu kommer att arbeta för att snarast förbättra patientsäkerheten.

### 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

**att** godkänna rapporteringen av 2019 års Patientsäkerhetsberättelser enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-24.

**att** uppdra åt Ansvar & omsorg och Betelhemmet att arbeta med att ytterligare förbättra patientsäkerheten.

**att** uppdra åt DSO att till nämndsammanträdet 2020-10-29 inkomma med en skriftlig rapport över hur man på ett skyndsamt sätt avser att åtgärda bristerna i patientsäkerheten.

**att** om nästa års patientsäkerhetsberättelser visar att de senaste årens brister inte är åtgärdade, göra en anmälan till Inspektionen för Vård- och omsorg (IVO).

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg AB

Betelhemmet



## Rapport – Patientsäkerhetsberättelser 2019

### Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse (PSB) senast 1 mars året efter rapportåret (PSL 2010:659). I PSB ska vårdgivaren beskriva hur arbetet med patientsäkerhet genomförts i verksamheten under föregående år, hur planering, ledning och kontroll säkerställts för att uppnå god vård. Det organisatoriska ansvaret och hur det fördelas ska beskrivas. I PSB ska det även framgå vilka åtgärder som vidtagits under året för att öka patientsäkerheten, vilka resultat som har uppnåtts med jämförelse till tidigare år, övergripande mätbara mål och strategier kopplade till målen för kommande år (HSL 2017:30). Patientsäkerhetsarbetet ska beskrivas så detaljerat och transparent att det går att utvärdera hur verksamheterna utför sitt arbete. PSB ska finnas tillgänglig för den som vill ta del av den (PSL 2010:659).

Patientsäkerhetsberättelsen är en del av det kvalitetsledningssystem som vårdgivaren är skyldig att inrätta enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen:

- Vårdgivare ska få bra kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete och förbättringsarbete
- Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten, intern och externt, som säkerställer kvaliteten och förebygger vårdskador
- Fortlöpande bedriva egenkontroller och riskanalyser med systematik
- Ge andra intressenter, såsom allmänhet, patienter, patientföreningar och andra vårdgivare tillgång till information om verksamhetens patientsäkerhetsarbete, ha transparens

PSB ska beskriva det arbete som verksamheten gjort under året, när det gäller det strukturerade patientsäkerhetsarbetet, på individ- och enhetsnivå. Det som ska beskrivas är;

- Övergripande mål och strategier
- Organisatoriska ansvaret
- Samverkan för att förebygga vårdskador
- Patient och anhörigas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet
- Hälso-och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet
- Informationssäkerhet
- Egenkontroller
- Avvikelser
- Klagomål och synpunkter
- Händelser och vårdskador
- Riskanalyser
- Mål och strategier för kommande år

## **Sammanställning av granskningen på patientsäkerhetsberättelser för 2019**

Berättelser har inkommit från Betelhemmet, Ansvar & Omsorg, Björkgården, S:t Anna och Riggargatan samt Division Social Omsorg (DSO).

Granskningen har utgått från den mall som är framtagen av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I år har granskningen varit mer ordagrann enligt lagarna, vad en patientsäkerhetsberättelse ska innehålla. Så att det ska uppnås en transparens som beskriver vad verksamheterna gör mer ingående för att andra ska kunna bilda sig en reell uppfattning om mål och pågående arbete i patientsäkerhet.

Väl beskrivet = **Grön** = uppfyller lagparagrafernas krav

Beskrivet = **Blå** = uppfyller kraven men ska utvecklas

Delvis = **Orange** = saknas delar som ska beskrivas

Inte beskrivet = **Röd** = uppfyller inte kraven

<b>Innehåll patientsäkerhetsberättelse</b>	<b>Betelhemmet</b>	<b>Björkgården</b>	<b>Riggargatan</b>	<b>S:t Anna</b>	<b>DSO</b>
Sammanfattning	Delvis	Väl beskrivet	Delvis	Beskrivet	Inte beskrivet
<b>Strukturer</b>					
Övergripande mål och strategier	Delvis	Väl beskrivet	Delvis	Delvis	Delvis
Organisation och ansvar	Delvis	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet
Samverkan för att förebygga vårdskador	Delvis	Beskrivet	Delvis	Delvis	Delvis
Patienters och närståendes delaktighet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis	Beskrivet	Delvis
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	Delvis	Beskrivs	Delvis	Beskrivet	Delvis
Klagomål och synpunkter	Delvis	Beskrivs	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Egenkontroll	Beskrivs	Väl beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
<b>Process - Åtgärder</b>	Delvis	Väl beskrivet	Delvis	Beskrivet	Inte beskrivet
Risakanalys	Delvis	Beskrivet	Delvis	Delvis	Inte beskrivet
Utredning av händelser - vårdskador	Beskrivet	Beskrivet	Delvis	Inte beskrivet	Delvis
Informationssäkerhet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
<b>Resultat och analys</b>					
Egenkontroll	Delvis	Väl beskrivet	Inte Beskrivet	Inte beskrivet	Inte beskrivet
Avvikelser	Delvis	Beskrivet	Beskrivet	Beskrivet	Delvis
Klagomål och synpunkter	Beskrivet	Delvis	Inte beskrivet	Beskrivet	Delvis
Händelser och vårdskador	Inte beskrivet	Beskrivet	Inte beskrivet	Inte beskrivet	Inte beskrivet
Risakanalys	Inte beskrivet	Väl beskrivet	Inte beskrivet	Delvis	Inte beskrivet
Mål och strategier för kommande år	Delvis	Väl beskrivet	Delvis	Beskrivs	Delvis

Till tabellen finns konkreta kommentarer om förbättringsförslag till varje enskild verksamhet, se bilagor.

## **Kommentar till sammanställningen**

MAS gör denna sammanställning till Vård-och omsorgsnämnden som vårdgivare, för att ge en helhetsbild av patientsäkerhetsarbetet i de olika verksamheterna.

2019 års PSB ger en oroande bild av de omfattande brister som påvisas i verksamheternas beskrivningar. Detta är tredje året som samman brister förekommer, trots klara direktiv i lagarna och SKR´s mall om vad en PSB ska innehålla samt förtydliganden från MAS. Dessutom saknas påvisad medvetenhet berörande förändrade direktiv och riktlinjer, dessa framstår som fortledes icke implementerade till tillfredställande nivå.

Patientsäkerhetsberättelserna uppnår inte kvalitén på den detaljnivå som egentligen lagarna kräver, förutom Björkgården och delvis St.Anna.

Att skriva en sammanfattning i av PSB bör ge en samlad bild, översikt av innehållet i rapporten. Alla borde skriva en inledning där ansvarsområdena i verksamheten beskrivs mer ingående, hur många enheter med vilken inriktning som innefattas, hur många boende, alla strukturmått, så att läsare får en förståelse för vad för förutsättningar det finns i verksamheten.

DSO har valt att inte använda SKR´s mall, trots beslut i nämnden, vilket försvårar sammanställningen och gör det svårt att få en övergripande bild av patientsäkerheten och patientsäkerhetsarbetet.

DSO beskriver fortfarande inte en uppdelning i olika verksamhetsdelar; Särskilda boende, Funktionsnedsatta, Hemsjukvård och hemtjänst. Det kan omöjligt vara samma sätt att arbeta över alla verksamhetsområden med patientsäkerhet, då arbetssätt och klientel är så skiftande!! Dessutom finns ingen beskrivning av att DSO bedriver vård-och omsorg alla dygnets timmar.

Det beskrivs att det görs en hel del aktiviteter i verksamheterna men de förankras inte i hur detta genomförs, ingen koppling till tidigare resultat eller redovisade målvärden. Det saknas generellt fortfarande struktur-process-och resursmått. Det systematiska arbetet över året saknas, inga analyser eller motiveringar till varför just vissa åtgärder görs, beskrivs. I flera PSB omnämns inte delegerad omvårdnadspersonal överhuvudtaget, vilket är konfunderande, då de har en viktig funktion i patientsäkerhetsarbetet. Det går inte att få en övergripande översikt av utmaningar och problem inom patientsäkerheten. Egenkontroller som ska genomföras borde preciseras i ett årshjul, för att få systematisk översikt. Att verksamheterna inte har bättre kontroll på patientsäkerhetsarbetet än vad som beskrivs i PSB, är förvånande.

Det beskrivs i DSO´s PSB att det utförs arbete på en ytlig generell nivå men i stort utan mätbara mål. Det har heller inte definierats några processer eller gjorts några riskanalyser för att förhindra att patienter utsätts för en vårdskada. Uppföljningar redovisas inte, vilket borde vara en självklarhet vid insatta åtgärder och kontroller. Hur ska någon utanför eller inom verksamheten få ett

grepp om vad som händer och varför, när systematiken saknas. Hur genomförs uppföljningen på vad som utförs på enheterna, hur säkerställs det att arbetet sker enligt lagar och riktlinjer?

DSO är den verksamhet som påvisar minst strategier för det strukturella arbetet i sin patientsäkerhetsrapport. I deras målbeskrivning för förbättringsarbete finns inga "hur" beskrivna, endast att de ska fortsätta att bli bättre. Det saknas riktning och planer för ett strukturellt förbättringsarbete som är förankrat och implementerat på enhetsnivå av dess chefer. Dessutom har inte DSO något beskrivet system för avvikelshantering eller förbättringsarbete av informationssäkerhet, journaldokumentation eller uppföljning av delegeringar till omvårdnadspersonal.

Egenkontroller och de verktyg som används behöver beskrivas och analyseras mer och då ska de även ingå i resultatbeskrivningen, detta görs inte generellt. Avvikelse och läkemedel redovisas men resten av egenkontrollerna försvinner. Det hänvisas till MAS rapporter och då blir det oförståeligt varför dessa resultat inte redovisas. I verksamhetsberättelserna finns siffror och resultat som är användbara i PSB. Även rapporter från verksamheternas arbetsmiljöarbete kan fungera som underlag i analysarbetet, finns det risker för personal påverkas även patienter etc.

I PSB ska tydliga mål detaljeras och motiveras, istället för diffust uttryckta åtgärder såsom "ska bli bättre" och "förbättras", det bör vara mätbara mätvärden för att resultat ska kunna jämföras. I resultat redovisas "en ökning", "positiv" utveckling men jämfört med vad? Så var är detaljnivån och vilka resultat vill verksamheten uppnå. Det redovisas siffror men det är svårt att veta vad är grunden, vilka ingår i dessa siffror, t ex DSO presenterar 333 registrerade i Senior Alert, av hur många? Hur hjälper detta patientsäkerheten, beskrivning och motivering saknas. Arbetsgrupper nämns på flera håll, vad fyller de för funktion och vad är deras resultat, beskrivs inte. Så, processmått, resursmått och jämförelser med föregående år saknas generellt. Det redovisas inte heller antal skyddsåtgärder med kartläggning som bör finnas med i PSB, t ex antal fallpreventiva åtgärder m.m Beskrivning av det preventiva arbetet rörande psykisk hälsa/ohälsa samt suicidrisk bör också ingå.

Fortfarande saknas även vilka riskanalyser som genomförts och vilka anpassningar som har gjorts i verksamheten för att minimera riskerna och vad för lärdomar detta har gett till enheten. Förvånande är att ingen har redovisat hur de har tagit lärdom av riskanalyser, avvikelser, klagomål och synpunkter i sina verksamheter.

Samverkan med patient och anhörig borde vara mer utvecklat, förutom det som redovisas med anhörigträffar, informationen vid inflyttning och möjligheten till synpunkter. Patienten och anhöriga, där det är lämpligt, borde även vara mer delaktiga vid riskanalyser, avvikelser och vid större förändringar.

Ju tydligare det går att identifiera riskfaktorer i en verksamhet desto mer resurs- och kostnadseffektivt kan verksamheten arbeta utifrån sitt uppdrag. Motiveringar till insatser och åtgärder finns inte och hur detta har förbättrat verksamhetens sätt att arbeta. Om insatserna är kostnadseffektiva och hur de gynnar de patientsäkerheten framgår inte.

Hur patientsäkerhetskulturen är i verksamheterna och hur det arbetas med att stärka patientsäkerheten beskrivs inte, eller hur medarbetarnas omsorg och kompetens säkerställs och av vem, framgår inte heller. Framför allt, sjuksköterskorna arbetssätt, borde säkerställas och kontrolleras, så att de arbetar enligt lag, evidens, har fungerande rutiner och förutsättningar till handledning. Detta borde finnas beskrivet i PSB.

Patientsäkerhetskultur handlar om att varje medarbetare ser sin egen roll i vad som händer och att det är allas ansvar att påverka.

## **Bedömning**

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljnivå så att det går att utläsa hur patientsäkerhetsarbetet med systematik och fortlöpande utvecklas, att beskriva verksamheternas olika delar och hur de bedrivs kvalitetssäkert med god vård, detta efterlevs inte! Undantaget Björkgården som uppfyller kraven i PSB fullt ut och delvis St Anna.

Bedömningen av patientsäkerheten är att det bedrivs en patientsäker verksamhet på Björkgården och St Anna, viss tveksamhet i patientsäkerhet gällande Riggargatan och Betelhemmet och stor sannolikhet att det inte är helt patientsäkert i DSO.

Varje enskild enhetschef ska göra en PSB för sin enhet som lämnas till respektive verksamhetschef för sammanställning, för att uppnå en övergripande kontroll över verksamheterna. Detta är en patientsäkerhetsrisk när det inte kommuniceras eller finns processer och rutiner för detta.

Det systematiska arbetet i DSO är fortfarande inte implementerad och detta syns tydligt i verksamhetens PSB. Det är oroande att patientsäkerhet inte tycks värderas högre – att kompetensen att förhålla sig systematiskt lyser med sin frånvaro.

Angelägna förbättringar med hög prioritet till 2020 års PSB är;

- Att även DSO använder SKR's mall för PSB
- Att fördelning av de olika verksamhetsdelar inom DSO redovisas
- Att PSB innehåller överskådliga tabeller, analyser, jämförelser och motiveringar
- Att PSB innehåller återkoppling på detaljnivå
- Att det finns processbeskrivningar

- Att samtliga verksamheter använder PDSA och SMARTA mål i sitt verksamhetsarbete med tydlig redovisning

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska*

*Tarja Viitanen*

**Förbättringsförslag till verksamheterna 2020****Bilaga 1****Betelhemmet**

Sammanfattning; <b>Saknar viktigaste resultaten. Det omnämns flera mål, strategier och lärdomar som inte finns med i resten av rapporten.</b>
<b>Strukturer</b>
Övergripande mål och strategier; <b>hur har målen koppling till föregående årsresultat? Hur ska dessa mål mätas? Strategier kopplade till målen? Vi aktualiserar, reflekterar över och reviderar våra lokala rutiner kontinuerligt + aktivt förbättringsarbete: var beskrivs det? några andra kvalitetsmätningar utöver brukarenkäter?</b>
Organisation och ansvar; <b>. OAS kan inte ge formell kunskap, endast säkerställa att omv.pers har reell kompetens för delegering. Saknar beskrivning på stödfunktioner, t ex Smittskydd, vårdhygien m.m. Delegerad omv.pers har de något ansvar?</b>
Samverkan för att förebygga vårdskador; <b>Beskrivning av processer/områden som identifierats för samverkan för att förebygga att patient inte skadas. T ex utskrivningsförfarande från sjukhus, inflyttning, SKILS m.m</b>
Patienters och närståendes delaktighet; <b>Kan utvecklas/konkretiseras med hur patient/anhörig görs delaktig i patientsäkerhetsarbetet t ex vid avvikelser. handlingsplan för anhängigtöd, vad betyder det? vilka aspekter täcks/delaktighet?</b>
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet; <b>Hur bearbetas avvikelser, sammanställs och analyseras, saknas!</b>
Klagomål och synpunkter; <b>Hur bedöms rapporterna? Delar av det som beskrivs på s19 borde finnas med här. Sammanställs och analyseras, saknas!</b>
Egenkontroll; <b>Positivt med en tydlig tabell. Fler egenkontroller kan utvecklas. Ssk kan inte göra enkla läkemedelsgenomgångar utan läkare!</b>
<b>Process – Åtgärder; Saknar koppling till målen. Utveckla arbetssätt, på vilket sätt görs dessa åtgärder.</b>
Riskanalys; <b>Behöver mer ingående beskrivning av hur risker hanteras, vilka anpassningar som gjorts efter riskanalyser, och vilka lärdomar som detta gett och förmedlats. HAR verksamheten identifierade risker utöver läkemedelssigenering/hantering. Vilket instrument/metod används, systematiskt??</b>
Utredning av händelser – vårdskador; <b>Lärdom av beskrivet exempel? En händelse som utreddes på hela året?</b>
Informationssäkerhet; <b>Inga riskanalyser? Kontroll av journalföring? Har en riskanalys gjorts på den externa supporten av IT? (Med tanke på sekretessinformation, gdpr)</b>
<b>Resultat och analys; enl egna förbättringsförslag till PSB; satsa mer på jämförande resultat samt att göra enklare analyser av resultat över tid</b>
Egenkontroll; <b>Redogör gärna med tabeller. Saknar resultat, jämförelser, analys och koppling till mål. (detta matchar tidigare beskrivna punkter i "mål" samt "egenkontroll").</b>
Avvikelser; <b>Verksamheten har inga andra avvikelser utöver fall och läkemedel? Vilka lärdomar har applicerats från avvikelserna? Saknar analyser, koppling till mål och lärdomar.</b>
Klagomål och synpunkter; <b>Lärdomar?</b>
Händelser och vårdskador; <b>Finns inte beskrivet? Saknas i sin helhet</b>
Riskanalys; <b>Inte beskrivet! Saknas i sin helhet</b>
Mål och strategier för kommande år; <b>Den röda tråden saknas. Mål och strategier utvecklas och beskrivs ej sammanhängande. Flera mål omnämns inte ens utöver punktlistan i början. Det saknas konkretiseringar av VAD målen är och HUR dessa ämnas mätas - vilka är de förväntade resultaten? Det hänvisas till riskanalyser och lärdomar men dessa beskrivs inte, så vilka är de? Jämförande med året innan saknas i stora delar, årets resultat och mål för nästa år.</b>



## Björkgården

Sammanfattning; <b>Väl beskrivet. Trevligt med en inledning och information AoO och boendet.</b>
<b>Strukturer</b>
Övergripande mål och strategier; <b>En fröjd att läsa =&gt; o tabellformen gör det lättläst. Det behövs endast en kort kommentar tillbaka till målen året innan för att vara fullständig men det framkommer tydligt ändå.</b>
Organisation och ansvar; <b>Beskrivet. Första gången som vissa strukturmått lyfts och att omvårdnadspersonal blir en del av verksamheten. Saknar endast vissa stödfunktioner.</b>
Samverkan för att förebygga vårdskador; <b>Fler processer kan identifieras, t ex från sjukhuset, Prator, SKILS m.m</b>
Patienters och närståendes delaktighet; <b>Beskrivs men kan utvecklas/konkretiseras med hur patient/anhörig görs delaktig i patientsäkerhetsarbetet t ex vid avvikelser.</b>
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet; <b>Beskrivs men kan utvecklas t ex beskriv mer hur det sammanställs och analyseras, enskilt eller på enhetsnivå?</b>
Klagomål och synpunkter; <b>Beskrivs men kan utvecklas med hur dessa sammanställs och analyseras.</b>
Egenkontroll; <b>kan dock utvecklas med fler egen kontroller</b>
<b>Process – Åtgärder; Väl beskrivet</b>
Risikanalys; <b>Behöver mer ingående beskrivning av hur fler risker hanteras, vilka anpassningar som gjorts efter riskanalyser, och vilka lärdomar som detta gett och förmedlats.</b>
Utredning av händelser – vårdskador; <b>Lärdom?</b>
Informationssäkerhet; <b>Görs det riskanalyser av informationssäkerhet? Sker loggnings kontroller? Här kan sammanställningar från MAS rapporten om journalgranskning redovisas.</b>
<b>Resultat och analys</b>
Egenkontroll; <b>Väl beskrivet, kan dock knytas och ökas till målen</b>
Avvikelse; <b>saknar lärdomar och förbättringsförslag. Men annars riktig bra med tabeller och jämförelser.</b>
Klagomål och synpunkter; <b>Saknar antal, sammanställning, analys och lärdom.</b>
Händelser och vårdskador; <b>saknar lärdom</b>
Risikanalys; <b>Kan utvecklas</b>
Mål och strategier för kommande år; <b>Väl beskrivna mål och strategier. Bra i tabell form, överskådlig. (Varför har inte patientsäkerhetskultur enkäten lyfts upp? Att den genomfördes?)</b>

## Riggargatan

Sammanfattning; Bra beskrivet, men delar saknas i resterande dokumentet, ingen röd tråd. Saknas rubriker.
<b>Strukturer</b>
Övergripande mål och strategier; hur har målen koppling till föregående års resultat? Hur ska dessa mål mätas? Strategier kopplade till målen?
Organisation och ansvar ; Fel lag hänvisning till HSL. Stödfunktioner, saknas.
Samverkan för att förebygga vårdskador; Här saknas avtalsparsners, tandvård, vårdhygien, läkaravtal m.m och Beskrivning av processer/områden som identifierats för samverkan för att förebygga att patient inte skadas. T ex utskrivningsförfarande från sjukhus, inflyttning, SKILS m.m
Patienters och närståendes delaktighet; bra med information men hur görs den boende och anhöriga delaktiga och medverkande i patientsäkerhetsarbetet. Samtycke till informationsöverföring m.m kan efterfrågas men ett generellt samtycke för användande av skydds- och begränsningsåtgärder får inte ske! Det ska bedömas vid varje enskild åtgärd som är underbyggd med kartläggning, se MAS Riktlinje
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet; hanteras enligt rutin? Bearbetas hur? Vem ansvarig för vad? Dokumenteras förbättringsarbetet i en helhet? hur säkerställs att alla känner till?
Klagomål och synpunkter; hur har dessa analyserat och sammanställts? Beskrivning saknas och redovisas inte under Resultat. Vad är enligt rutin?
Egenkontroll; beskrivet men saknas i Resultat delen, förutom avvikelser. Kan utvecklas.
<b>Process – Åtgärder;</b> Bra med ingående beskrivning men saknar koppling till mål och strategier och det saknas en del beskrivningar utifrån målsättningen. Inter revisionen nämns med jämförande resultat och uppföljningar av patientsäkerhetsarbete, för transparens bör detta också kunna delges i PSB.
Risicanalys; beskrivning på vilket sätt riskanalyser hanteras saknas. Har det hänt några händelser och har det lett till några förändringar i verksamheten och om någon lärdom därav har tagits, beskrivs inte. Det som skrivs under ”Resultat är mer beskrivning av en process.
Utredning av händelser – vårdskador; det har endast varit en utredning, men beskrivning av händelsen och lärdom av den saknas.
Informationssäkerhet; Görs det riskanalyser av informationssäkerhet? Sker loggnings kontroller? Här kan sammanställningar från MAS rapporten om journalgranskning redovisas.
<b>Resultat och analys;</b> Beskriv måluppfyllelse dvs. en samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål. Gärna i tabellform.
Egenkontroll; första stycket passar bättre under ”Processer” en beskrivning. Det beskrivs en del egenkontroller under avsnittet ”Strukturer” men endast avvikelser rapporteras i ”Resultat”. Var är resten av resultaten från egenkontrollerna? Koppling till mål?
Avvikelser; Vilka lärdomar har applicerats från avvikelserna? Analyser, t ex läkemedelshantering, koppling till mål?
Klagomål och synpunkter; kopiering från tidigare stycke, detta är inte ett resultat.
Händelser och vårdskador; Inte ett resultat!
Risicanalys; Det är bra att det görs riskanalyser men detta som beskrivs är inte ett resultat. Var är analyser kopplade till målen? Görs det en handlingsplan med strategier, mätbara mål och uppföljning till målen? Lärdomar?
Mål och strategier för kommande år; Nya mål beskrivs och saknar koppling till målen beskrivna i sammanfattningen. (Varför har inte patientsäkerhetskulturen lyfts upp? Att den genomfördes?)

## St. Anna

Sammanfattning <b>Bra</b> beskriven, överskådlig.
<b>Strukturer</b>
Övergripande mål och strategier; <b>Saknar</b> beskrivning på vad som uppnåts, finns i sammanfattningen, men önskvärt med mer ingående redogörelse för hur målen uppnåts.
Organisation och ansvar; <b>Bra</b> men kan utvecklas. Bra att det lyfts fram vilket verktyg som används.
Samverkan för att förebygga vårdskador; Förutom det som beskrivits, så efterfrågas processer/områden som identifierats för samverkan för att förebygga att patient skadas.. T ex utskrivningsförfarande från sjukhus, inflyttning, SKILS, Prator m.m samt avtalspartners/överenskommelser.
Patienters och närståendes delaktighet; <b>Beskrivs</b> men kan utvecklas/konkretiseras med hur patient/anhörig görs delaktig i patientsäkerhetsarbetet t ex vid avvikelser.
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet; <b>Bra</b> beskrivet men rapporteras direkt till OAS och VC, av vem? Ska registreras, av vem?
Klagomål och synpunkter; Bra
Egenkontroll; <b>Beskrivet</b> i tabell, bra =>
<b>Process – Åtgärder; Bra</b> beskrivet.!
Riskanalys; <b>Behöver</b> mer ingående beskrivning av hur risker hanteras, vilka anpassningar som gjorts efter riskanalyser, och vilka lärdomar som detta gett och förmedlats.
Utredning av händelser – vårdskador; <b>En</b> beskrivning av händelsen och lärdomen därav, saknas.
Informationssäkerhet; <b>Görs</b> det riskanalyser av informationssäkerhet? Sker loggnings kontroller? Här kan sammanställningar från MAS rapporten om journalgranskning redovisas.
<b>Resultat och analys; Saknar</b> jämförelser med tidigare år, måluppfyllelse, analyser.
Egenkontroll; <b>Det</b> beskrivs en del egenkontroller under avsnittet ”Strukturer” men endast avvikelser rapporteras i ”Resultat”. Var är resten av resultaten från egenkontrollerna? Koppling till mål?
Avvikelser; <b>Bra</b> med tabellen, överskådlig! Vilka lärdomar har applicerats från avvikelserna? Saknar analyser, koppling till mål och lärdomar.
Klagomål och synpunkter; <b>Bra</b> med tabell! Saknar dock analys, koppling till mål och lärdomar.
Händelser och vårdskador; <b>Saknar</b> samlad analys från utredningen av händelsen och lärdomar som delgivits medarbetarna.
Riskanalys; <b>Saknar</b> samlad analys, lärdomar.
Mål och strategier för kommande år; <b>men</b> saknar några mål som fanns i sammanställning. (Varför har inte patientsäkerhetskultur enkäten lyfts upp? Att den genomfördes?)

## DSO

I inledningen beskrivs vad som en verksamhet är skyldig att göra enligt lagar och förordningar men den sammanfattning som efterfrågas med mål, viktigaste åtgärderna som uppnåtts, viktigaste resultaten och en blick framåt redovisas inte.

Sammanfattning; <b>DSO använder inte SKR's mall. Sammanfattning finns inte, en inledning som beskriver vad som lagar och föreskrifter ålägger verksamheterna i ett patientsäkerhetsarbete.</b>
<b>Strukturer</b>
Övergripande mål och strategier; <b>Hur är dessa mål förknippade med föregående år resultat? Hur kommer de nuvarande målen att följas upp? Den röda tråden över hela PSB finns inte!! Och vilka är vi?</b>
Organisation och ansvar; <b>Bra beskrivet men saknar hur det fungerar i praktiken.</b>
Samverkan för att förebygga vårdskador; <b>Processer, fler behöver identifieras i de olika delverksamheterna.</b>
Patienters och närståendes delaktighet; <b>hur ska detta säkerställas?</b>
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet; <b>Hur sammanställs och hur bearbetas dessa? Vad leder de till för förbättringsarbete? Vad är målet? Hur tar man lärdom av avvikelserna?</b>
Klagomål och synpunkter; <b>Förbättra, vad innebär det? På vilket sätt ska detta gagna patientsäkerheten? Målsättning?</b>
Egenkontroll; <b>redovisas inte, förutom avvikelser! Så hur ska man veta om det är bra eller inte? Vad ska det jobbas emot? O på vilket sätt? Inga analyser. Var är systematiken?</b>
<b>Process – Åtgärder;</b> Processer måste utvecklas.
Risikanalys; <b>en stor verksamhet som DSO borde ha en systematik att det ska göras riskanalyser enligt PDSA hjulet kontinuerligt, med dokumentation, åtgärder, uppföljningar för att säkerställa och förbättra!!</b>
Utredning av händelser – vårdskador; <b>Lärdomar?</b>
Informationssäkerhet; <b>Uppföljningar? Riskanalyser? Förbättringar? Säkerställa? Beskrivs inte.</b>
<b>Resultat och analys</b>
Egenkontroll; <b>avvikelser och nationella register redovisas men inga andra egenkontroller! Inga analyser.</b>
Avvikelser; <b>beskrivs men inga åtgärder, analyser eller konkretisering av målbild.</b>
Klagomål och synpunkter; <b>tabell. Men ingen analys, eller målvärde, eller annat!</b>
Händelser och vårdskador; <b>Redovisas inte. Förbättrings åtgärder?</b>
Risikanalys; <b>inget beskrivet i resultat.</b>
Mål och strategier för kommande år; <b>inget sammanhang med tidigare upplyfta behov. Inga mätbara mål, "bli bättre", "fortsätta utveckla" på vilket sätt? Ingen beskrivning någonstans i rapport hur åtgärder ska förverkligas, hur ser planerna ut, vilken tidsram, hur dessa ska följas upp, hur uppfylls värdegrunden, ingen representation för sitt huvuduppdrag osv.</b>

### VAD SÄGER VÅRDGIVARNAS PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE OM UTVECKLINGEN PÅ PATIENTSÄKERHETSOMRÅDET?

En kartläggning och sammanställning av patientsäkerhetsberättelser och vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete.

Beskriver de brister som finns i PSB och som måste utvecklas.

SOCIALSTYRELSEN utkom april 2018

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-4-23.pdf>



# Patientsäkerhetsberättelse

## Division social omsorg

Carina Bark

Verksamhetschef hälso-och sjukvård



## Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	5
Stödfunktioner .....	6
Övergripande mål och strategier .....	6
Verktyg för uppföljning .....	9
Uppföljning genom egenkontroll .....	9
Processer för ökad patientsäkerhet och kvalitet.....	10
Samverkan med Läkarorganisation .....	10
Trygg hemgång och effektiv samverkan .....	11
Nationella kvalitetsregister.....	12
Habilitering/rehabilitering .....	15
Samverkan för att förebygga vård skada.....	15
Samverkan mellan patient och närstående.....	16
Riskanalys/riskbedömningar.....	16
Informationssäkerhet och dokumentation .....	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	18
Resultat av rapporterade avvikelser .....	18
Avvikelser från Region Sörmland till Hälso- och sjukvården 2019.....	20
Klagomål och synpunkter .....	21
Sammanställning och analys .....	21

## Inledning

Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag (2010:659). Patientsäkerhet i denna lag handlar ytterst om skydd mot vårdskada.

En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Patientsäkerhetsberättelsen är till för att få en inblick i arbetet att genom ständiga förbättringar erbjuda god och säker vård.

Socialstyrelsens beskriver patientsäkerhetsarbetet på följande sätt: "Det arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser". Verksamheten får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Verksamheten får också en skyldighet att utreda händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskada. Vad som karakteriserar patientsäkerhetsarbetet är att arbeta förebyggande och att fokusera på verksamhetssystem istället för individen. Patientsäkerhetsarbetet ska inriktas på att skapa säkra system som ska fungera som barriärer.

I denna rapport redogörs för patientsäkerhetsarbetet under 2019 och ger exempel på hur verksamheten arbetar med att förbättra kvaliteten i vården samt vilka delar som behöver utvecklas inom Division Social omsorg.

För att åstadkomma god kvalitet finns lagar, föreskrifter och verksamhetsmål att tillgå.

Kvalitet är att patienten får en god och säker vård, känner trygghet, bevarar och utvecklar det friska, bemöts med respekt för privatliv och personlig integritet, får individanpassad vård, är delaktig, får möjligheter till välbefinnande och välmående och känner meningsfullhet i tillvaron.

### Patientsäkerhet är

- att skydda patienter från att skadas i eller av vården
- att det är en del i det dagliga arbetet
- att kommunikationen är god i alla möten inom vården
- att kontinuiteten i kontakter med vården fungerar
- att patienterna är välinformerade om sin sjukdom, om planeringen och om egenvården.

Patientsäkerhetsarbete handlar även om att på bästa sätt ta hand om de patienter och närstående som trots drabbas av en vårdskada.

De förebyggande fokusområden i patientsäkerhetsarbetet ska innefatta de områden/processer där flest antal återkommande avvikelser inträffar.



En framgångsfaktor för att lyckas i patientsäkerhetsarbetet är att involvera patient, närstående och personal till att delta.

### **Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

**Nämnden** är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** har ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetsförordning. MAS ansvarar för att se till att verksamheten upprätthåller säker hälso- och sjukvård inom ram för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS arbetar fortlöpande med att utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet.

**Verksamhetschefen** enligt hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för att vården inom division social- och omsorg bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt bedrivs för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

I ansvaret ingår att se till att bemanningen och resursanvändningen är anpassad för att bedriva en trygg och säker vård samt att god patientsäkerhet uppnås.

**Enhetschefen för särskilda boende och hemtjänst** ansvarar för att vården på enheten bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Säkerställa att personal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. I ansvaret ingår att se till att bemanning och resursanvändningen är optimal för att bedriva en trygg och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

**Enhetschef för legitimerad personal** ansvarar för att legitimerad personal arbetar utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Ansvarar för att legitimerad personal får god introduktion i arbetet och fördela personalresurser på ett optimalt sätt så att en god patientsäkerhet uppnås.

**Legitimerade personal** har ett särskilt yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Arbetet ska följa vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

**Alla medarbetare** har en skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, föreskrifter och rutiner som styr hälso- och sjukvården samt att rapportera om det finns en risk eller att en vårdskada har inträffat i verksamheten.

## Stödfunktioner

**Inspektionen för vård och omsorg (IVO)** främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

**Patientnämnden** ska vara fristående och bidra till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet men kan inte vidta några sanktioner. Varje landsting och kommun ska vara ansluten till en patientnämnd, vi är anslutna till Sörmlands läns patientnämnd. De ska stödja individer och guida vidare till rätt instans för synpunkter och klagomål.

**Socialstyrelsen** är en myndighet som ta fram och utvecklar statistik, regler, kunskap och stöd till vården och omsorgen inom områden som till exempel psykisk ohälsa, äldre, funktionshinder och barn och unga. Tar även fram föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer) om hur man lever upp till föreskrifternas krav.

**Smittskydd/vårdhygien** har till uppgift att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar i Sörmland. Det sker genom övervakning, information och utbildning.

## Övergripande mål och strategier

### Gemensam nämnd för socialtjänst och vård (NSV),

*”Vi erbjuder hjälpmedel och hjälpmedelstjänster för jämlik folkhälsa som håller god kvalitet. Alla brukare och förskrivare ska vara nöjda med tillgänglighet, bemötande, leveranser och service.”*

Under 2019 genomfördes 23 olika typer av förskrivarutbildningar med 313 deltagare. 58 % kom från regionen och 40% från kommun.

### Arbetsgrupp södra äldre (ASÄ) har gemensamma mål beskrivet i handlingsplanen för 2019.

### Målområden Trygg hemgång

Gemensamt utveckla samarbetar kring ”Trygg hemgång” enligt den analys som gjordes under 2018.

### Genomförda åtgärder:

Måndansuppföljningar varje månad mellan kommuner och regionen fram till sommaren, följs genom utskrivningsdagar per månad samt återinskrivningar som finns i prator.

Förslag togs fram till Länsstyrgruppen gällande koordinatörer i samtliga kommuner.

Utbildningar i SIP-stödet har genomförts.

#### **Målområde akuten processen:**

##### **Genomförd åtgärd:**

Uppföljning av rutinen "Direkt hem" genomfördes i alla kommuner.

#### **Målområde proaktiva processen:**

##### **Genomförd åtgärd:**

Hemsjukvården har tillsammans med VC Ekensberg och Åsidan utvecklat arbetet med hembesök av läkare, SIP mm för patienter inskrivna i hemsjukvården.

**Vård- och omsorgsnämndens, VoN**, mål och förväntningar på resultat för 2019, finns beskrivet i de särskilda uppdragen till division social omsorg och i grundkraven.

Särskilt uppdrag 2019 från VoN:

- Säkerställ att det systematiska kvalitetsarbetet genomsyrar verksamheten på alla nivåer.

#### **Åtgärder som rapporterats i BPA:**

Hemtjänsten DSO arbetar efter "Nyköpingsmodellen" för att säkerställa kundernas behov. Fokus är kund/brukare, handläggaren beslutar om insats sen upprättar vi tillsammans med kunden en genomförandeplan. Vi strävar efter att alltid ha ett kundperspektiv, där följer att kunden får de insatser som beviljats. Vi arbetar med etik och bemötande på APT och även i individuella samtal där synpunkter framkommit på hur vi gör. Kunderna har utsedda kontaktpersoner. Vi utgår i från nämndens förfrågningsunderlag för hemtjänsten.

HSO: Arbetar utifrån patientens behov, kartläggning av hälsotillstånd ska göras sen ska detta beskrivas i en hälsoplan för individen vilket stöd och åtgärder som ska genomföras. Vi arbetar med olika kvalitetsregister för att kartlägga patienters behov.

SÄBO: Alla hyresgäster har aktuella genomförandeplaner och som är utifrån deras behov. Utsedda kontaktpersoner och en del utsedda spjutspetsar arbetar aktivt med stöd och att ta fram genomförandeplan där behov och hjälp beskrivs tydligt för att all personal ska arbeta lika.

Nämndens beställning går igenom på ledningslag i alla verksamheter utifrån den sätter verksamheten upp aktiviteter för att uppnå nämndens beställning. Varje enhetschef går även igenom beställningen med medarbetarna på APT/planeringsdag för att fånga upp aktiviteter som kan bidra till förbättring.

Verksamheterna följer kända kunder som är på sjukhus via systemet Prator under deras sjukhusvistelse. Utifrån vilken process kunderna behandlas på sjukhuset (röd, gul, grön) kan vi på ett bättre sätt förbereda verksamheten inför våra kunders hemgång.

Vi har även infört koordinatorroll, som har ansvar att följa att DSO följer riktlinjen för trygg och effektiv utskrivning och är en väg in för regionen.

Verksamhetschef, koordinator har regelbundna avstämningar för att fånga upp utvecklingsområden, även regelbundna avstämningar med myndigheten finns.

Hemsjukvården följer upp antalet SIP som är gjorda och antalet inskrivna i hemsjukvården.

Hemtjänsten har arbetat med att tagit fram gemensamma rutiner och processer för verksamheten, detta finns samlat i platina. Ut i verksamheten för medarbetarna finns dessa rutiner i en "grön" pärm. Rutinerna går igenom på APT med regelbundenhet.

Övriga verksamheter har påbörjat arbete med att identifiera vilka rutiner som finns och vilka som behöver uppdateras, arbete behöver påbörjas med att se över vilka processer som ska kartläggas.

Riskbedömningar görs på individnivå vid varje ny kund. Riskbedömningar görs även vid olika verksamhetsförändringar samt in för sommaren. Detta dokumenteras i handlingsplan i platina.

Avvikelsehantering sker via procapita när det gäller brister i SoL insatser eller hälso- och sjukvård. Enhetschef tar emot samtliga avvikelser som är aktuella för enheten och ansvarar för att avvikelsen skickats till samtliga instanser som bör involveras. Enhetschef utreder och vidtar åtgärder r/t avvikelsen om detta är möjligt/behövligt. Därefter inväntar enhetschef återrapportering från övriga involverade.

Inkomna avvikelser tas upp med berörda och även på APT för att minska risken för att det ska inträffa igen.

Lex Sarah rapportering görs när det finns en risk för allvarlig händelse inträffat i verksamheten. Rutin och process finns för hur detta ska utredas och återkopplas i verksamheten.

Inkomna synpunkter på verksamheten besvaras av enhetschefen för berörd enhet och dokumenteras/diarieförs i platina.

Stödpedagoggruppen inom grb/sb och daglig verksamhet har fått en fem veckors påbyggnadsutbildning för att bättre kunna stödja hela verksamhetsområdet i det pedagogiska arbetet med brukare. Ett års hjul har tagits fram för dettas arbete för att kvalitetssäkra systematiken. Planering för motsvarande utveckling inom socialpsykiatrien pågår.

Vi upplever att vi är på gång med det systematiska kvalitetsarbetet i verksamheten. Vi behöver fortsätta med processkartläggning och rutinarbete samt att utveckla hur vi tar lärdom av de avvikelser och synpunkter som inträffar i verksamheten.

## Verktyg för uppföljning

Risk-och avvikelshanteringssystem

Journalgranskning MAS

Kvalitetsregister

Palliativa registret

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

Riskbedömning- Senior alert (munhälsa, fall, trycksår, nutrition och blåsdysfunktion/inkontinens)

Socialstyrelsens och SKL:s öppna jämförelser

Hygienronder

Extern granskning av läkemedelshantering (avtal med farmaceut)

Läkemedelsgenomgångar i samverkan med läkarorganisationen

Klagomål och synpunkter

## Uppföljning genom egenkontroll

Under året gör MAS uppföljning av verksamheten och olika områden samt åiterrapporterar detta till vårdgivaren och verksamheten. Verksamheten arbetar med de förbättringsområden som framkommer i rapporterna och de övriga egenkontrollerna som görs i verksamheten.

Uppföljningar som är genomförda under 2019 av MAS är:

- Journalgranskning Se rapport
- Uppföljning av läkarsamverkan
- Uppföljning av avvikelshantering
- Uppföljning sommaren

Övriga egenkontroller som verksamheter har gjort under 2019:

- Riskbedömning inför sommarbemanning
- Nattfastemätning
- Självskattningar av basalhygien
- Uppföljningar av delegeringar
- Hygienronder i verksamheten
- Loggkontroller
- Uppföljningar av signeringslistor
- Läkemedelsgenomgångar

- Prioritering av indikatorer för fördjupad analys – ÖJ äldreomsorg, ÖJ kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsens enhets- och brukarundersökning 2019 (Hälso- och sjukvården och hemtjänsten)

### **Processer för ökad patientsäkerhet och kvalitet**

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet under 2019.

### **Samverkan med Läkarorganisation**

Lokala avtal finns för samverkan med de som har läkaransvaret för våra särskilda boendeformer och för de som är inskrivna i hemsjukvården. Avtalen reglerar hur samverkan ska ske mellan läkaren och verksamheten, vem som är patientansvarig läkare och tidpunkter för läkarens besök.

De beskriver även hur informationsflödet för läkarinsatser mellan slutenvården ska vara till de olika kommunala verksamheterna, både planerade och akuta insatser. Medicinskt ansvarig sjuksköterska följer årligen upp läkaravtalen enligt fastställd mall (Bilaga 3 i avtalet, Uppföljning av läkarmedverkan i den kommunal hälso-och sjukvården) som rapporteras till regionen.

Enhetschefer och legitimerad personal har fått information om de uppdaterade avtalet.

Olika samverkansmöten finns mellan verksamhetschef för läkare och division social omsorg på olika nivåer som träffas regelbundet för att följa upp samverkan mellan varandra.

### **Rutin för intern samverkan mellan verksamhetschef, enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, legitimerad personal och omvårdnadspersonal.**

Samverkansmöten har startats upp under hösten 2019 med divisionschef, verksamhetschefer och MAS, för att på övergripande nivå se över samverkan och identifiera förbättringsområden för att uppnå en god patientsäkerhet i verksamheten.

Rutinen intern samverkan är känd hos enhetschefer och legitimerad personal, som har haft en längre anställning i kommunen. Fortfarande är den inte lika känd hos nya chefer och legitimerad personal, introduktionen behöver bli bättre kring detta.

Det är viktigt med en god samverkan/samarbete för att kunna ta tillvara varandras kompetens och på så sätt kunna bedriva en god, säker vård och omsorg.

## Trygg hemgång och effektiv samverkan

Arbetet med att implementera den läns gemensam riktlinje ”Trygg hemgång och effektiv samverkan” har fortsatt under 2019. Målsättningen med den är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. Ingen ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset.

Alla verksamheter arbetar efter tre processer:

- **Grön process**  
Patient som skrivs ut från sjukhuset med samma eller likartade insatser som innan sjukhusvistelsen eller som har mindre nytillkomna insatser som inte behöver startas samma dag som hemgång.
- **Gul process**  
Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser som ska startas upp samma dag som hemgång.
- **Röd process**  
Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser med stor komplexitet eller behov av mycket omfattande insatser.

Kommunen och regionen använder sig av ett IT-stöd, Prator för samordnad planering. Prator fungerar som meddelandehanterare mellan slutenvården, primärvården, psykiatrisk öppenvård och kommunerna.

Efter sommaren införde division social omsorg på prov rollen koordinator. Syfte och mål med rollen är:

Division social omsorg har som målsättning att brukare/patienter kan avsluta sin vistelse inom slutenvården så snart som möjligt efter att läkare meddelat utskrivningsklar.

- Säkerställa att divisionen har rutiner och arbetsprocesser som ger en effektiv, trygg och säker hemgång för brukare/patienter.
- Koordinera insatser och därmed säkra vårdprocessen för brukare/patienter i syfte att undvika onödiga fördröjningar inför utskrivning och risker för återinläggningar.
- Främja att varje medarbetare har kunskaper om riktlinjen trygg hemgång och effektiv samverkan och ta ansvar för sin del i denna.
- Säkerställa att berörda professioner samarbetar över organisationsgränserna för att ta tillvara varandras kompetenser.

Koordinator har divisionens mandat att arbeta övergripande och påtala förbättring till berörda så att processen trygg och effektiv följs. Koordinatören har rapporterat till verksamhetschef för hälso-och sjukvård via regelbundna avstämningar.

## Resultat av dagar utskrivningsklara för 2019



Källa: Prator

## Nationella kvalitetsregister

### BPSD registret

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) arbetet under 2019, har haft en nystart. Två nya certifierade BPSD-utbildare har utbildats, demenssjuksköterskan och en fysioterapeut.

En rutin för att arbeta med BPSD-registret inom division social omsorg har upprättats. Syftet var att beskriva arbetet med BPSD-registret samt att tydliggöra varje yrkeskategoris ansvarsområde, administratörsutbildningens upplägg samt hur arbetat ska fortskrida på enheterna.

Större vikt läggs nu på implementeringsprocessen genom att de enheter som utbildar administratörer även nu erbjuds en tretimmars grundutbildning i demens, bemötande och information om BPSD-registret för all personal på enheten. Detta för att studier visat på att implementeringsprocessen blir hjälpt av att all personal har samma grundläggande kunskapsnivå.

De som under året utbildat administratörer var Myntans demensavdelningar, dagverksamheterna Villan och Kattugglan samt demensteamet (hemtjänsten).

Myntans demensboende har även varit delaktig i processen att tydliggöra implementering och arbetssätt.

En till två enheter utbildas vid varje tillfälle och en viktig förutsättning är att de olika yrkesprofessionerna utbildas samtidigt. Efter genomgången administratörsutbildning erbjuder de certifierade utbildarna stöttning till enheterna i

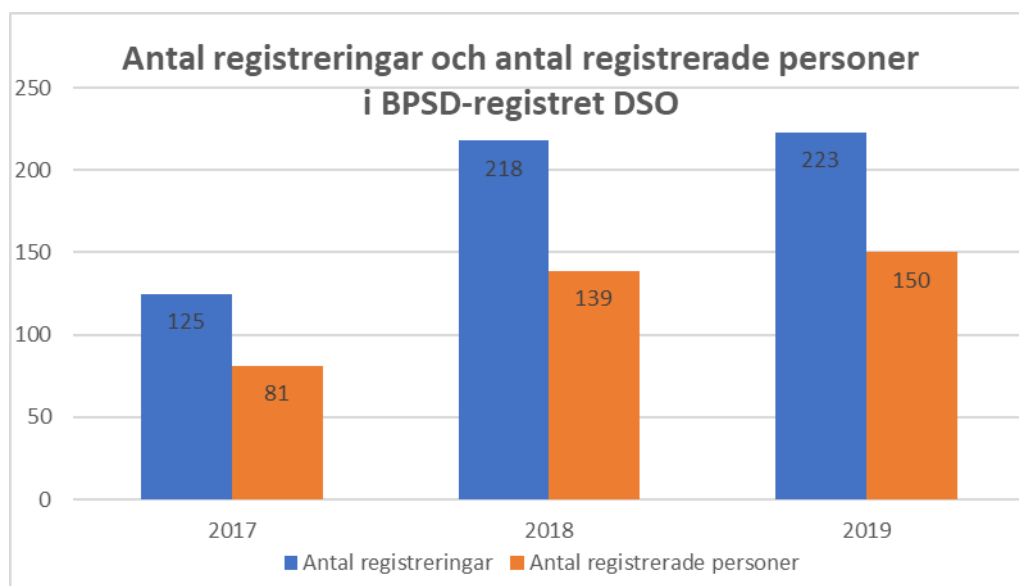


implementeringsprocessen. Detta genom att uppmana personal och enhetschefer att ta kontakt vid behov samt att erbjuda administratörsträffar.

*Se bilaga 1. Processflöde för BPSD enligt den nya rutinen inom division social omsorg*

Uppföljning av arbetssättet och rutinerna ska göras under våren 2020.

Det har skett en ökning av antal registreringar och antal registrerade personer i BPSD, vilket är positiv utveckling som vi kommer att fortsätta följa.



Källa: BPSD-registret

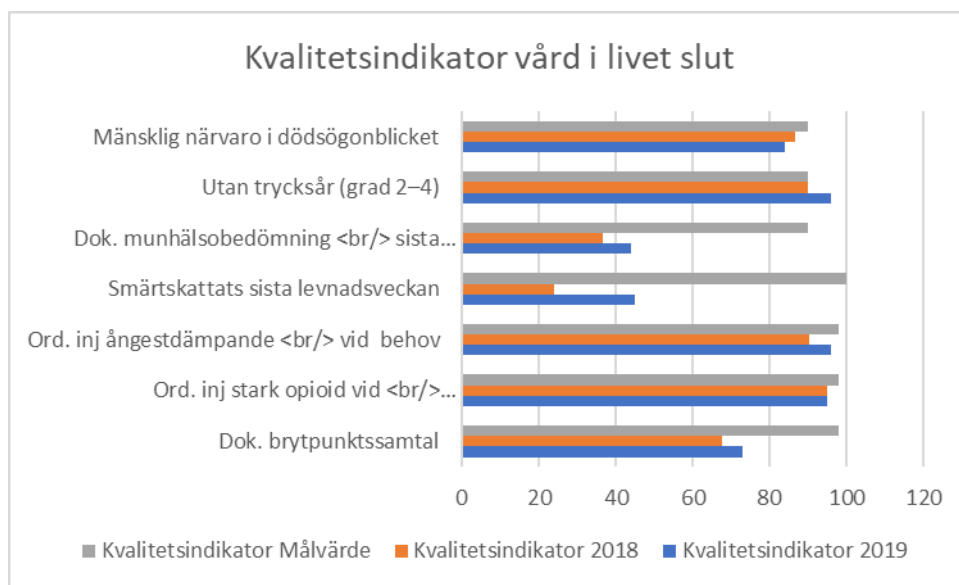
BPSD	Andel 2019	Andel 2018	Andel 2017
Personer som har olämpliga läkemedel	24 %	29 %	27 %
Personer som verkar smärtfria	68 %	60 %	67 %
Personer som har en bemötandeplan	100 %	82 %	67 %
Personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd	100 %	74 %	76 %

Källa: BPSD-registret

Här ser vi en positiv utveckling av att arbeta systematiskt med BPSD-registret.

### Palliativa registret och vård i livet slut

För att patienten ska få bra vård vid livets slutskede är det viktigt med god samverkan mellan personal, patient, anhöriga och läkarorganisationen. Till stöd för ökad kvalitet vid livets slutskede deltar verksamheten i stödverktyget palliativa registret som innefattar tydlig vårdplanering.



Källa: Palliativa registret, Nyköping kommun.

Vi ser flera förbättrade resultat kring flera av kvalitetsindikator för vård i livet slut men en liten minskning av mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

### Senior alert – riksbedömningar

Att systematiskt arbeta med riskbedömningar på individnivå i Senior alert främjar den vårdpreventiva processen.

I Senior alert ingår det att göra riskbedömningar och vidta åtgärder för personer inom följande fem områden: trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdusfunktion.

Alla fem områden hänger samman, om en person har problem med munhälsa äter man mindre, får därmed i sig mindre näring och risken för att ådra sig ökad skörhet ökar risken för att falla.

Senior alert	2016	2017	2018	2019 (1/1–30/6)
Antal unika personer registrerade	202	159	310	333

Källa: Senior alert

Äldreboende 246 antal unika registrerade personer första halvåret 2019.

Demensboende 87 antal unika registrerade personer första halvåret 2019.

Verksamheterna har gjort en klar förbättring med att registrera personer i kvalitetsregistret Senior alert.

Rutin framtagen en arbetsgrupp som kommer att implementeras i hela division social omsorg under 2020.

Rutinen tydliggör tillvägagångssättet vid bedömning, åtgärder, registrering och uppföljning samt klargör ansvarsfördelningen mellan de olika professionerna.

### **Habilitering/rehabilitering**

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter arbetar med förskrivningsprocessen. De bedömer patientens behov av hjälpmedel, provar ut och följer upp. De utbildar och instruerar personal i, förflyttningsteknik och praktisk handledning av personal i hjälpmedelshantering och rehabiliterande/hälsofrämjande förhållningssätt.

Det finns även möjlighet till individuell träning/ behandling av fysioterapeut och arbetsterapeut. Arbetet ska leda till att förbättra livskvaliteten och sträva efter att bevara funktionen hos patienten.

Det finns rutiner i verksamheten kring medicintekniska produkter, alla produkter som hyrs från hjälpmedelscentralen besiktas och serveras av deras tekniker. Produktinformation lämnas alltid ut i samband med utlämnade av medicinskt tekniska produkter.

Rehabiliterade och hälsofrämjande arbetssätt behöver utvecklas mera i verksamheten. Det är viktigt att all personal har kunskap om hälsofrämjande förhållningssätt. Det finns framtaget utbildningsmaterial kring detta på IN som verksamheten kan använda sig av.

### **Samverkan för att förebygga vård skada**

Samverkansmöten har skett regelbundet under 2019 mellan kommunen och de olika vårdgivarna för att följa upp samverkan och avtalen.

Samverkansgrupper som finns mellan olika vårdgivare och verksamheter för att förbättra och förebygga vården är:

- Arbetsgrupper inom områdena äldre, psykiatri och funktionsnedsättning inom ramen för närvårdsarbetet.
- Samarbete med Landstinget angående NPÖ
- Samarbete med landstingets smittskydd/hygien. Utbildning för vårdpersonal och enhetschefer i hygien
- Samarbete med Landstingets läkemedelskommitté i frågor såsom "äldre och läkemedel", läkemedelsgenomgångar m.m.
- Samarbetsmöten primärvård/kommunen
- Arbetsgrupper för trygg och säker vård genom hela patientprocessen

- Hälsoval
- Länsövergripande MAS - nätverk.
- Länsövergripande arbetsgrupper inom olika områden till exempel diabetes, nutrition, suicid.

### **Samverkan mellan patient och närstående**

Hälso-och sjukvårdens huvuduppgift är att sätta patienten i centrum och utifrån det planera och utföra vården i samverkan med individen. Patient lagen trädde i kraft 2015 1 januari, syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patienters integritet, självbestämmande och delaktighet.

Verksamheterna arbetar med att göra patienten delaktig i vården genom att:

- Vara delaktiga vid SIP
- Delaktiga vid mål och planering av rehabilitering/träning/vård och behandling
- Delaktiga vid beslut och val av hjälpmedel
- Anhöriga blir ett stöd och hjälp för patienten vid egen träning
- När ny patient blir aktuell för verksamheten gör legitimerad personal en bedömning av vilket behov av hälso-och sjukvård som finns och planerar åtgärder för detta.
- Om behoven av åtgärder är långvariga ska en hälsoplan upprättas och följas upp av legitimerad personal.

### **Risakanalys/riskbedömningar**

Risakanalys görs på individnivå via de olika kvalitetsregister och bedömningsinstrument som finns i journalsystemet som ska användas i verksamheten.

Verksamheten har gjort olika riskbedömningar som tex, inför sommarbemanningen, inför jul och nyårsbemanningen samt inför olika förändringar i verksamheten. Arbetet med att göra riskbedömningar har kommit igång och vi behöver fortsätta att utveckla och förbättra detta.

Kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har utförts av apotekare i verksamheten under året tillsammans med läkemedelssansvarig sjuksköterska och MAS.

Alla lokala läkemedelsrutiner ska vara aktuella och uppdateras vid förändringar och behov.

### **Informationssäkerhet och dokumentation**

Verksamheten har rutiner för informationssäkerhet, styrning av behörigheter samt rutiner för åtkomstkontroller.

Åtkomstkontroller görs med regelbundenhet i verksamheten, ansvarig enhetschef granskar loggar.

Under sommaren gjorde medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) en granskning av utvalda patientjournaler som var skrivna av sjuksköterskor enligt granskningsmall som även sjuksköterskorna har använt vid egenkontroll.

Svagheter i journalföringen som MAS identifierade var:

- Aktuellt samtycke saknades i 83 journaler som granskades
- Namngiven aktuell omvårdnadsansvarig sjuksköterska saknades i ca 25 % av de granskade journalerna.
- 40 % i de granskade journalerna saknade namngiven ansvarig läkare
- Dokumenterad avstämning med patient/närstående av hälsoplaner saknades.
- Anteckningar i verksamhetssystemet utförda av omvårdnadspersonalen är generellt bristfällig.

De åtgärder som MAS föreslog för att öka patientsäkerheten i dokumentationen var:

- Specifik inskolning i dokumentation enligt ICF.
- Att ansvarig sjuksköterska under inskolningen träffar alla de patienter som hen är omvårdnadsansvarig för samt inhämtar samtycke.
- Fortlöpande utbildning/stöd
- Tydlig efterfrågan/uppföljning från verksamheternas chef att journalföring prioriteras.

Åtgärder som Division social omsorg har genomfört under hösten 2019 för att förbättra journalföringen är:

- Genomfört utbildning/genomgång av ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) föreläsare från Mälardalens högskola, omfattning två halvdagar och deltagare sjuksköterskor i verksamheten.
- Utbildningens innehåll är syftet med att använda ICF, genomgång av modellen, ICF omfattning och struktur.
- Rehab gruppen har dokumentationsgrupp som aktivt arbetar med utvecklade av journalföring.
- På yrkesspecifika yrkesmöten med sjuksköterskor diskuteras journalföringen och enhetschef efterfrågar hur arbetet går med att förbättra journalföringen.
- Aktualiserat de webbstöd som finns för journalföringen i Assistenten, påbörjat genomgång gemensamt av dessa på yrkesspecifika möten med sjuksköterskor.

- Utformat ny rutin för journalföring som kommer att implementeras under 2020.
- Påbörjat riskanalys av hantering av utskrifter av avslutade journaler
- Dokumentations grupp för sjuksköterskor kommer att startas upp under 2020.
- Dialog med Mälardalens högskola om vikten av att de tar in ICF i sin sjuksköterskeutbildning.

## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Alla medarbetare är skyldig att rapportera avvikelser som inträffar i verksamheten. Att rapportera avvikelser är en viktig del i förbättringsarbetet och för att förhindra att större vårdskador inträffar.

Alla hälso- och sjukvårdsavvikelser ska rapporteras via det digitala avvikelshanteringssystemet och uppföljning ska ske regelbundet. Enhetschefen ansvarar för att händelsen analyseras, åtgärdas, följs upp och att återkoppling sker till berörda parter.

Med vårdavvikelse avses en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för patienten.

Rapportering av avvikande händelser är ett sätt att förbättra kvalitén och säkerheten i vården. Avvikelsen ska i första hand fokusera på vad som inträffat och inte vem som varit inblandad.

Allvarligare händelser ska anmälas till MAS för bedömning och eventuellt anmälan om Lex Maria.

## Resultat av rapporterade avvikelser

### Läkemedelsavvikelser inom division social omsorg

Verksamhet	2019	2018	2017	2016	2015
Äldreboenden	805	617	476	403	408
Hemtjänst	364	259	167	225	230
Korttidsboende	31	27	21	14	13
Bostad med särskild service	182	176	130	93	125
Boendestöd	1	8	8	3	11
Personlig assistans	5	2	10	1	5

Hemsjukvård	2	1	1	7	1
<b>Totalt:</b>	<b>1371</b>	<b>1090</b>	<b>813</b>	<b>776</b>	<b>793</b>

Källa: Verksamhetssystem Procapita.

Verksamheterna har blivit bättre på att rapportera vårdavvikelse som inträffar. Inkomna avvikelser tas upp på arbetsplatsträffar, några verksamheter har regelbundet avstämning med legitimerad personal för att gå igenom inkomna vårdavvikelse som in träffar.

Två allvarliga avvikelser har utretts och anmälts som Lex Maria under 2019 till IVO av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### Fall avvikelser (avvikelse där någon oavsiktligt har fallit)

I verksamheten sammanställs samtliga fallavvikelser oavsett vad fallet berott på. Det kan bero på brist i insatsen (Sol.) eller en konsekvens av vård och behandling (HSL).

Verksamhet	2019	2018	2017	2016	2015
Äldreboenden	1218	1228	1322	1055	1129
Hemtjänst	333	296	260	168	71
Korttidsboende	122	132	104	108	105
Bostad med särskild service	70	63	41	19	39
Boendestöd	3	-	0	0	0
Dagvård	3	1	1	2	0
Personlig assistans	6	11	10	1	5
Hemsjukvården	1	-	1	1	0
<b>Totalt:</b>	<b>1756</b>	<b>1731</b>	<b>1738</b>	<b>1354</b>	<b>1349</b>

Källa: Verksamhetssystem Procapita, enheter som inte tas med för 2018 är boendestöd och hemsjukvården.

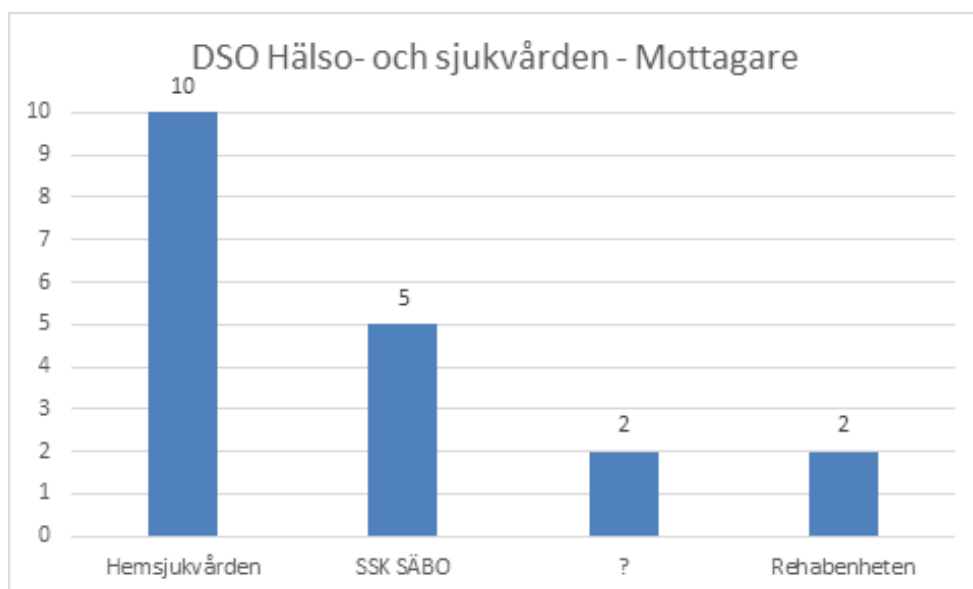
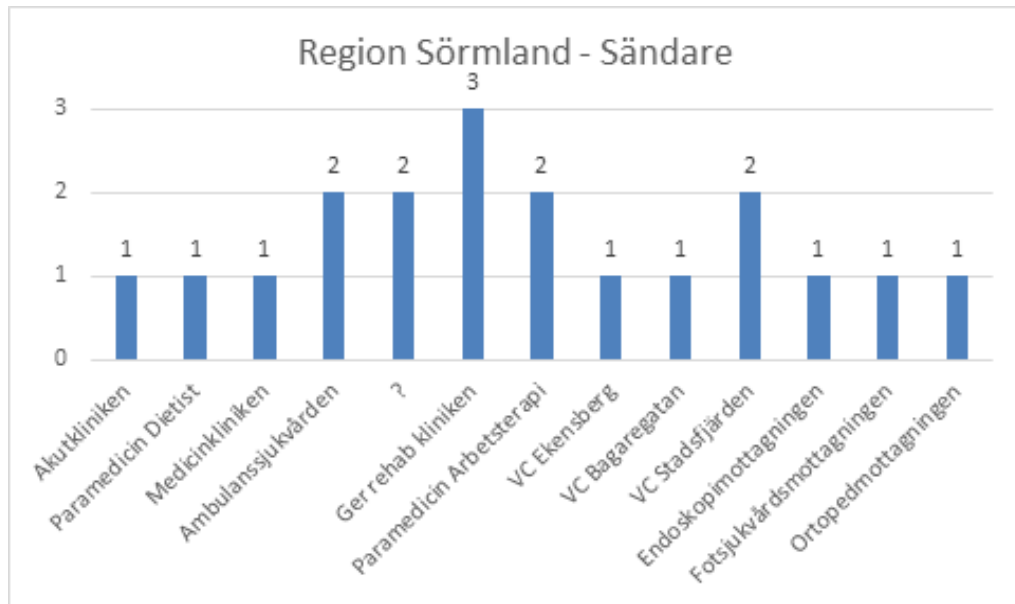
Fall avvikelserna tas upp på forum där åtgärder för patienten planeras, tex hälsokonferenser, vårdplaneringar, SIP.

## Avvikelser från Region Sörmland till Hälso- och sjukvården 2019

23 diarietyp avvikelse (ärendetyp 760 Avvikelse).

19 av dessa var till Hälso- och sjukvården i DSO.

För resterande 5 var: 1 till Ansvar och omsorg, 1 till Hållet, 2 till Myndighetsfunktionen och 1 till Myntan.





Avvikelseernas innehåll har handlat om brister i förebyggande av undernäring, att undvika slutenvård, felaktig/utebliven information, informationsbrister om inträffade dödsfall, synpunkter på såromläggning och benlindning.

### Klagomål och synpunkter

Den enskilde kan framföra synpunkter och klagomål via kommunens synpunktsblankett.

Ansvarig enhetschef ansvarar för att utreda synpunkt och klagomålet samt återkoppla till den som rapporterat.

Klagomålshanteringen är viktig för att fånga upp felaktigheter och åtgärda dessa.

Patienter och anhöriga ska också informeras om att de kan vända sig till Patientnämnden och IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Sammanställning är gjord för hälso-och sjukvården samt hemtjänsten över inkomna klagomål och synpunkter.

Ärendetyp	Beröm	Klagomål	Förslag	Total
080 Synpunkten - Bemötande	1	13	0	14
081 Synpunkten - Handläggning	0	0	0	0
082 Synpunkten - Tillgänglighet	0	1	1	2
083 Synpunkten - Politiska prioriteringar	0	0	0	0
084 Synpunkten - Information	0	4	0	4
085 Synpunkten - Kvalitet och resultat av utförda tjänster	5	22	1	28
086 Synpunkten - Delaktighet och inflytande	0	0	2	2
087 Synpunkten - Jämställdhet och integration	0	0	0	0
088 Synpunkten - Kostnader och avgifter	0	2	2	4
089 Synpunkten - Miljö och klimat	0	4	0	4
090 Synpunkten - Trygghet och säkerhet	2	9	0	11
091 Synpunkten - Valmöjligheter	0	0	2	2
099 Synpunkten - Övrigt	0	1	0	1
Summering	8	56	8	72

Division social omsorg behöver förbättra att sammanställa inkomna synpunkter klagomål inom området för vård-och omsorg för att kunna göra övergripande analys.

### Sammanställning och analys

Resultat av uppföljning/utvärdering och analys av olika data visar att verksamheterna har förbättrats i en del områden och att det pågår ständigt förbättringsarbete för att uppnå en god patientsäkerhet.

Övergripande utvecklingsområde under 2019 har varit att fortsätta och utveckla genom att införa koordinator för arbetet kring Trygg hemgång och effektiv

utskrivning för att säkerställa att patientprocessen blir så säker som möjligt mellan de olika vårdgivarna.

Verksamheterna ska fortsätta förbättra teamarbetet med de olika kvalitetsregistren som ett förbättringsarbete för att uppnå god patientsäkerhet.

Verksamheterna bör utveckla mera preventiva åtgärder framför allt inom hemsjukvården i samverkan med regionen.

Division social omsorg behöver se över arbetet och rutiner kring avvikelshantering så detta blir ett mera enhetligt arbete inom divisionen.

Fortsätta arbeta med att identifiera viktiga processer och rutiner för verksamheterna så att en god patientsäkerhet uppnås.



# Patientsäkerhetsberättelse

St Anna

2019

Datum och ansvarig för innehållet

Hanna Nyberg  
verksamhetschef  
2020-02-18

---

## Innehåll



.....	1
<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar .....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	7
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	8
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>9</b>
Riskanalys .....	11
Utredning av händelser - vårdskador.....	11
Informationssäkerhet.....	11
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>13</b>
Egenkontroll.....	13
Avvikelser .....	13
Klagomål och synpunkter.....	14
Händelser och vårdskador .....	15
Riskanalys .....	15
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>16</b>

---

## Sammanfattning

Vi är enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (PSL) skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Målen för 2018 som presenterades i förra årets patientsäkerhetsberättelse, samt uppföljningen av dessa, följer i tabellform. De mål som inte uppnåtts ska föras över till nästkommande år. Även dessa presenteras nedan.

<i>Målsättning</i>	<i>Resultat</i>	<i>Åtgärd</i>
Förbättra enhetens arbete med Senior Alert	Samtliga boende på St Anna under 2019 är registrerade i Senior Alert och följs upp kontinuerligt	Ingen åtgärd nödvändig. Mål uppnått
Stark och kompetent sjuksköterskegrupp i A&O Nyköping	A&O Nyköping har rekryterat fyra nya sjuksköterskor till våra enheter under året och har nu fem ytterst kompetenta sjuksköterskor	Ingen åtgärd nödvändig. Mål uppnått
Tydliggöra verksamhetens kvalitetsarbete	Varje månad utom juli och augusti hålls kvalitetsråd. Under året har dessa möten fått en ännu bättre struktur och arbetat kommer att fortsätta	Ingen åtgärd, mål uppnått
Viktigt att hålla god kommunikation i verksamhetens ledningsgrupp för att ha en enad linje i förändringsarbeten och kvalitetshöjande insatser	God struktur på ledningsmöten under hösten	Ledningsmöten varje månad
Komma igång med BPSD-arbete. Samtliga medarbetare ska utbildas under året	Ingen BPSD-utbildning har genomförts under året	Utbildning ska förläggas till våren 2020. Silviacertifierad demenssjuksköterska på Björkgården kommer att hålla i utbildningen

---

*Viktigaste åtgärderna vidtagna i år listas nedan i punktform*

- Stort arbete med Senior Alert, riskbedömningar gällande fall, trycksår, undernäring och munhälsa.
- Registreringar i Palliativa registret enligt gällande riktlinjer
- Förbättrade kunskaper om munhälsa genom utbildning av samtlig omvårdnadspersonal
- Påbörjat förbättring med anhörigstödsarbete, nytt material har tagits fram av anhörigstödjare och ansvarig chef
- Välplanerade sjuksköterskemöten varje månad
- Kvalitetsråd med genomgång av avvikelser och åtgärdsplaner för dessa

*De viktigaste resultaten som uppnåtts*

- God struktur på hälsokonferenser
- Fortsatt god struktur gällande ombudsmöten inklusive kvalitetsråd
- Bättre fördelning av kompetens efter omorganisation av St Anna Flora
- Mer stabila arbetsgrupper såväl natt som dag

*Målsättning för patientsäkerhetsarbetet 2020*

- Samtliga boende med behov ska ha en vårdplan för inkontinenshjälpmedel
- God och säker vård i livets slutskede

---

## Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

*SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

För att på ett kvalitetssäkert och systematiskt sätt kunna planera, initiera, genomföra, följa upp och utvärdera patientsäkerhetsarbetet har omvårdnadsansvariga sjuksköterskor (OAS) tillsammans med verksamhetsansvarig chef (VC) månatliga ledningsmöten där HSL-frågor är en stående punkt. Vi diskuterar arbetet med kvalitetsregister, nolltolerans, eventuella behov av åtgärder för specifik boende och/eller avdelning.

När det gäller patientsäkerhetsarbete och ökad vårdkvalitet kan arbetet aldrig bli färdigställt, dock kan vi nå delmål i vår strävan att förbättra. Våra målsättningar från föregående år kommer därför att kvarstå till största del, inte för att vi har misslyckats att nå högre kvalitet utan för att vi anser att vi kan nå ännu högre med de förutsättningar vi har i dagsläget.

### Organisation och ansvar

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

A&O Ansvar och Omsorg AB driver sedan 2009 St Annas äldreboende på uppdrag av Nyköpings kommun.

Verksamheten har en övergripande verksamhetschef som innehar såväl arbetsmiljöansvar som patientsäkerhetsansvar på St Anna. Yttersta HSL-ansvar från IVO innehar verksamhetschef som även är utbildad sjuksköterska. Delar av HSL-ansvaret är dock delegerat till verksamhetens sjuksköterskor.

Förutom verksamhetschef finns på St Anna en samordnare som arbetar heltid samt två heltidsanställda sjuksköterskor. Sjuksköterskorna ansvarar för varsitt hus, Flora och Freja. Verksamhetschef, samordnare och sjuksköterskor utgör ledningsgrupp på St Anna.

Varje månad har verksamheten kvalitetsråd och där går vi igenom patientsäkerhetsarbetet och andra kvalitetsrelaterade punkter. Under kvalitetsråd är en representant från varje avdelning, OAS samt verksamhetschef med. Nytt för 2020 är att även paramedicinsk personal deltar.

Verksamhetschef fastställer tillsammans med OAS strategier och mål för

---

patientsäkerhetsarbetet och att arbetet följs upp kontinuerligt. Detta förs in i Stratsys som är det arbetsverktyg som används inom A&O. Här finns tydlighet, målsättning, uppföljning samt utvärdering. Målsättning för hela verksamheten, inklusive patientsäkerhetsarbetet finns att läsa i verksamhetsplan.

OAS är ytterst ansvariga för arbetet med vårdhygien och kunskaper gällande smittskydd.

Verksamhetens samarbetar med Vårdcentralen Bagaregatan där PAL finns. Ronder sker en gång varje vecka.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Inom företagets övergripande ledningsgrupp finns en kvalitetsansvarig samt tre kvalitetsutvecklare. Verksamheten har tät kontakt med samtliga, beroende på vad som avses. Alla utredningar gällande lex Maria och lex Sarah kommuniceras med kvalitetsansvarig. Allt material ses över och kvalitetsansvarig ansvarar för den yttersta kontakten med IVO vid behov.

I verksamheten tar vi minst en gång per år upp både lex Maria och lex Sarah till diskussion. Bland annat genom att tydligt gå igenom rutinen för dessa men även läsa upp avpersonifierade utredningar av händelser på andra verksamheter. Vi diskuterar sedan om något liknande skulle kunna uppstå hos oss. Detta har visat sig vara en bra strategi för att väcka eftertanke.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

Under 2019 påbörjade vi ett bra arbete gällande anhörigstöd. Utbildade anhörigstödjare finns, en på Flora och en på Freja. De har under hösten arbetat fram ett tydligt och informativt material som vi använder vid inflyttning till boendet. Materialet är 9 sidor och bifogas för kännedom. Vi har ännu inte fått feedback på detta men det är en av diskussionspunkterna till vårens anhörigträff.

Varje vår och höst bjuds anhöriga in till verksamheten, så skedde även 2019. Båda träffarna var mycket trevliga och flera givande diskussioner hölls. Bland annat diskuterade vi det låga deltagandet i Socialstyrelsens brukarundersökning och resultatet av det enda mätbara resultat vi fick, nämligen Freja.

Samtliga anhöriga till boende som vårdats i livets slut och har erbjudits brytpunktssamtal, dock ej i de fall där boende hastigt insjuknat för att senare avlida på sjukhus eller avlidit hastigt på boendet.

Vi uppmuntrar alltid till konstruktiv kritik och uppmanar anhöriga såväl som boende att använda vår blankett 'hjälp oss att bli bättre'. Varje månad är synpunkter och/eller klagomål en stående punkt på kvalitetsråd, allt i enlighet med vår strävan att förbättra.

Samtliga boende på St Anna bjuds fyra gånger årligen in till något vi kallar boenderåd. Här har boende möjlighet att uttrycka önskemål gällande exempelvis kost och aktiviteter, synpunkter om städning och annat som kan komma upp. Vi har förlagt dessa boenderåd innan kostrådsmöte och aktivitetsombudsmöte för att kunna diskutera samtliga punkter som uppkommit inom dessa områden.

A&O har, utöver Socialstyrelsens brukarenkät, en egen boendeenkät som



---

skickas ut under hösten. Dessa går endast ut till säboavdelningar, i St Annas fall 20 boende. 2019 svarade 13 personer på denna enkät, ett deltagartal på 65% vilket är högre än deltagandet i Socialstyrelsens enkät för året.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

Samtliga händelser som lett till, eller hade kunnat lett till, vårdskada rapporteras direkt till OAS och VC. Alla händelser ska registreras i Procapitas avvikelsemodul. En utredning startar, journalföring granskas, skriftlig utsago av händelseförlopp begärs in och materialet samlas i en utredningsmall som sedan sammanställs av VC och skickas oidentifierad till kvalitetsansvarig. Sedan sker en analys av händelsen, en åtgärdsplan görs både för omedelbara åtgärder och långsiktiga sådana. MAS, områdeschef och uppdragsgivare meddelas av VC vid inledande av en utredning.

Utredningen följer en mycket tydlig rutin som finns tillgänglig i vår digitala rutinhandbok.

Under 2019 gjorde en (1) lex Mariautredning. Åtgärder för denna händelse är vidtagna och uppföljning har skett.

## **Klagomål och synpunkter**

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

A&O har en tydlig mall för sammanställningar av avvikelser, klagomål och synpunkter. Denna tabell för 2019 finns att se under resultat och analys. Samtliga inkomna synpunkter och klagomål tas emot av VC som dokumenterar och för in i Stratsys. En stående punkt på varje kvalitetsråd är just detta och vi diskuterar hur vi ska förbättra oss. VC ansvarar för att återkoppla till de som lämnat synpunkter, oavsett om det är en anhörig eller en boende.

## Egenkontroll

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

<i>Egenkontroll</i>	<i>Omfattning</i>	<i>Tillvägagångssätt</i>
Vårdrelaterade infektioner	Varje år kontinuerligt	Vid misstanke om vårdrelaterad infektion såsom Calicivirus konsulteras MAS vid osäkerhet. Verksamheten följer gällande riktlinjer gällande basala hygienrutiner vid misstanke om VRI precis som vid andra infektioner
Basala hygienrutiner och klädregler	5 gånger per år	Personal genomgår årligen en webbaserad utbildning i hygienrutiner Vi genomför 2 hygiensjälvskattningar per år och 2 hygienobservationer
Avvikelser	Genomgång 10 gånger årligen	Följs upp månad för månad i Procapita och diskuteras på hälsokonferens, kvalitetsråd och/eller sjuksköterskemöte.
Trycksår, undernäring och fallrisk	2 gånger per år	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år samt kontinuerligt vid inkomna åsikter	VC ansvarar för att sammanställa synpunkter och klagomål som gäller hela verksamheten.
Journalgranskning	4 gånger per år	MAS begär in journalgranskning enligt riktlinje fyra gånger årligen Internrevisorer granskar journal årligen
Granskning av hela verksamheten	1 gång per år	A&O:s internrevision gör årligen en grundlig granskning av samtliga områden inom verksamheten
Narkotikaklassade preparat	Månatligen	Varje månad kontrollräknas narkotikaklassade preparat, både boendeknutna och de i buffertförråd. Detta kontrolleras årligen vid apoteksgranskning och internrevision

## PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Målsättning	Resultat från tidigare år	Aktivitet för att uppnå samt göra resultat mätbart
Hög kvalitet på vård och omsorg med hög nöjdhet hos boende hos A&O.	Vi har under flera år legat på en bra nivå, dock ej över rikets snitt	Socialstyrelsens brukarenkät, ligga över rikets snitt på samtliga punkter A&O:s årliga brukarenkät Boenderåd fyra gånger under året God samverkan med
God samverkan med anhöriga	Under 2019 har arbetet från anhörigstödjare förbättrats, nytt material för välkomstsamtal har tagits fram och anhörigträffar och informationsbrev har haft god kontinuitet	Engagerade anhörigstödjare Kontinuerliga informationsbrev samt träffar för anhöriga God struktur på välkomstsamtal samt uppföljning av dessa Anhöriga involverade i genomförandeplaner i högre utsträckning
God hantering av avvikelser	Bra struktur på månatliga kvalitetsråd finns idag, nu kommer paramedicinsk personal också att delta vilket adderar till ytterligare två professioner	Samtliga avvikelser över varje månad och åtgärder vidtas där behov finns
Gott samarbete med paramedicinska professioner för att skapa bättre och bredare bedömningar	Hälsokonferenser	Paramedicinsk personal ska delta i månatliga kvalitetsråd Fortsatt utveckling av kvaliteten på hälsokonferenser
Förbättrat palliativt arbete	Det palliativa arbetet på St Anna är bra men behöver förbättras med anledning av stor personalomsättning	Verksamheten har satt två huvudsakliga HSL-mål för 2020 där förbättrat palliativt arbete är ett. Bättre kunskaper om palliativt vårdande och vårdpersonals delaktighet Diverse utbildningsinsatser under 2020. Kompetensutvecklingsplan för HSL bifogas

God och säker vårdhygien	Inget aktivt arbete med att förbättra basala hygienrutiner har gjorts	Självskattning Hygienobservationer Webbutbildning
Ökade kunskaper inom demensvård	Viss personal har fått utbildning under året med fokus på bemötande och förhållningssätt vid demenssjukdom. Många som arbetet en längre period har fått flertalet utbildningar inom området. Behov att ökade kunskaper finns och vårt arbete med BPSD är näst intill obefintligt i dagsläget	Utbilda samtlig personal i BPSD
Ökade kunskaper inom inkontinenshjälpmedel	Inkontinenshjälpmedel förskrivs på person idag men få har en individuell vårdplan	Vårdplaner för samtliga med behov av inkontinenshjälpmedel Uppföljning av vidtagna åtgärder och måluppfyllelse Utbildning från TENA för samtlig omvårdnadspersonal samt ssk
Ökade kunskaper inom demensvård	Viss personal har fått utbildning under året med fokus på bemötande och förhållningssätt vid demenssjukdom. Många som arbetet en längre period har fått flertalet utbildningar inom området. Behov att ökade kunskaper finns och vårt arbete med BPSD är näst intill obefintligt i dagsläget	Utbilda omvårdnadspersonal och sjuksköterskor i BPSD
Minska nattfastan	Korta nattfastan och minska ofrivillig viktnedgång. Implementera ny rutin för att minska nattfastan	Implementera ny rutin för kvällsmål samt arbeta tydligt med genomförandeplaner

---

## Risakanalys

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

Verksamhetschefen ansvarar för att risakanalys upprättas genom att löpande identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerheten kan tillgodoses. Vi har en tydlig rutin för hur verksamhetens ska arbeta med att analysera risker. Analyserna läggs in i Stratsys och riskerna utvärderas kontinuerligt. Till riskerna görs även handlingsplaner, dessa upprättas av verksamhetschef eller, vid behov, av St Annas ledningsgrupp.

Risakanalys sker inom många olika områden, dock främst patientsäkerhet och arbetsmiljöarbete. Exempel på risakanalys som sker årligen är smittspridning och under rubrik Resultat och analys finns exempel på risakanalys som gjorts under året.

## Utredning av händelser - vårdskador

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

En händelse har lett till en lex Mariautredning under året. Händelsen är utredd enligt gällande rutin.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden, t.ex. hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (t ex förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar den boende om hen själv har lämnat sitt medgivande. Det gäller som regel också om någon annan myndighet vill ha uppgifter om enskild person. Därför ska samtycke inhämtas om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

- Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter klipps bort, tejpas över eller stryks över med svart.
- Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om de boende ska ske bakom stängda dörrar.
- Skriftlig information som är sekretessbelagd får inte ligga framme åtkomligt för obehöriga
- Boendes namn och personnummer får aldrig anges i mejl
- All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
- Samtycke från den boende ska finnas angående överföring av journalhandling

- 
- Det är viktigt att all personal är insatt i sekretesslagens bestämmelser och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes personliga integritet
  - Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal.
  - Årligen sker en genomgång av rutin för sekretess på APT

Journalgranskning görs på uppdrag av Division Social Omsorg.

För att få åtkomst till journalsystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till Procapita. Dessa beställs vid nyanställning av verksamhetschef och SITHS-kort återlämnas till densamme när anställning avslutas.

Då en patient behöver vård inom slutenvården skickas rapport i Prator. I de fall en patient skickas till sjukhus då sjuksköterska ej finns på plats används blanketten Informationsöverföring till annan vårdgivare.

# RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

## Egenkontroll

### Avvikelser

Gör en samlad analys av avvikelser samt beskriv några viktiga lärdomar som har spridits. Bra med en tabell över antal och typ av avvikelser och även förbättringsförslag.

Område	Antal inkomna avvikelser 2019	Antal som utretts	Antal allvarliga* avvikelser	Sammanställning/ Slutkommentar av vidtagna åtgärden r/t inkomna avvikelser.
Hjälpmedel	18		0	75% avser ej utförda ordinerade insatser av Sg, resterande 25% felaktigt handhavande av hjälpmedel förskrivna på person.
Omvårdnad /tillsyn	149	1	1	65% gäller larm där ca hälften är felanvändning av rörelselarm (ej påslagna, felvända etc) och andra hälften är felaktigt larmsystem i stor (larm som ej går att kvittera, trasiga enheter, larm som ej kommer fram) Resterande är sänggrindar som ej är ordinerade och ändå uppe, blöt och felbäddade sängar, sängar i upphissat läge)
Läkemedel	173	1	1	70% är utebliven dos. 15% ej signatur på lista 2% förväxling läkemedel 8% fel tidpunkt 2% fel administreringsätt 5% fel dos  70% av läkemedelsavvikelserna har skett på Flora, resterande 30% på Freja. Vi ser en markant nedgång efter omorganisationen på Flora Samtliga avvikelser tas upp till diskussion
Fall	260			I stort sett lika många fallavvikelser på både Flora och Freja. Forum för att diskutera dessa är hälsokonferenser. Samtliga boende är bedömda enligt Senior Alert och alla fallavvikelser är registrerade både i Procapita och i Senior Alert.

Dokumentation information				Inga avvikelser
It				Inga avvikelser
Övrigt: (fyll i nedan)				
Utebliven insats SoL	3			Uteblivna aktiviteter.

<i>Antal avlidna 2019</i>	<i>Flora</i>	<i>Freja</i>	<i>Antal registrerade i Palliativa registret</i>	<i>Avlidna på sjukhus</i>	<i>Ej registrerade enl rutin</i>
	8	7	11	2	2

## Klagomål och synpunkter

<i>Synpunkter Klagomål Gällande:</i>	<i>Antal inkomna 2019</i>	<i>Antal som utretts</i>	<i>Antal allvarliga*</i>	<i>Sammanställning/ Slutkommentar av vidtagna åtgärden r/t inkomna synpunkter/klagomål inom området.</i>
Omvårdnad	1		0	Synpunkt gällde rakning som inte utfördes, detta är taget med hela personalgruppen
Bemötande	7		0	Flera synpunkter har gällt kontaktmannskapet på fram för allt Flora där det varit gungigt i personalgrupperna och hög omsättning på personal. Man har ansett att många inte tar sitt ansvar som kontaktperson. Detta har vi haft uppe till samtal på alla kvalitetsråd samt APT och även infört reflektionsstunder dagligen
HSL	2		0	Anhöriga var missnöjda med bedömning av ssk och valde att själv ringa ambulans. Konsultation med MAS, korrekt bedömning gjord av ssk En boende är missnöjd med att tiderna för medicindelning varierar.
Mat	1		0	En boende önskar mer fisk och tycker att maten som serveras idag är dålig, köttet är torrt och fisken likaså. Hon anser även att det serveras alldeles för lite färska grönsaker och för mycket kokta.
Städning	4		0	Anhöriga anser att städrutiner inte fungerar. Detta har blivit bättre efter omorganisation (Klagomål kommer från anhöriga till boende på Flora). 75% inkom under semestertider



Information	1+3		0	Anhöriga anser att de inte får återkoppling via mail inom rimlig tid. Vi har lyft detta och anser att vi faktiskt visst svarar inom rimlig tid då omv.personal inte alltid är i tjänst.
-------------	-----	--	---	---

## Händelser och vårdskador

Under året har en lex Mariautredning gjorts. Denna är delgiven uppdragsgivare och är arkiverad enligt gällande riktlinjer.

## Risikanalyser

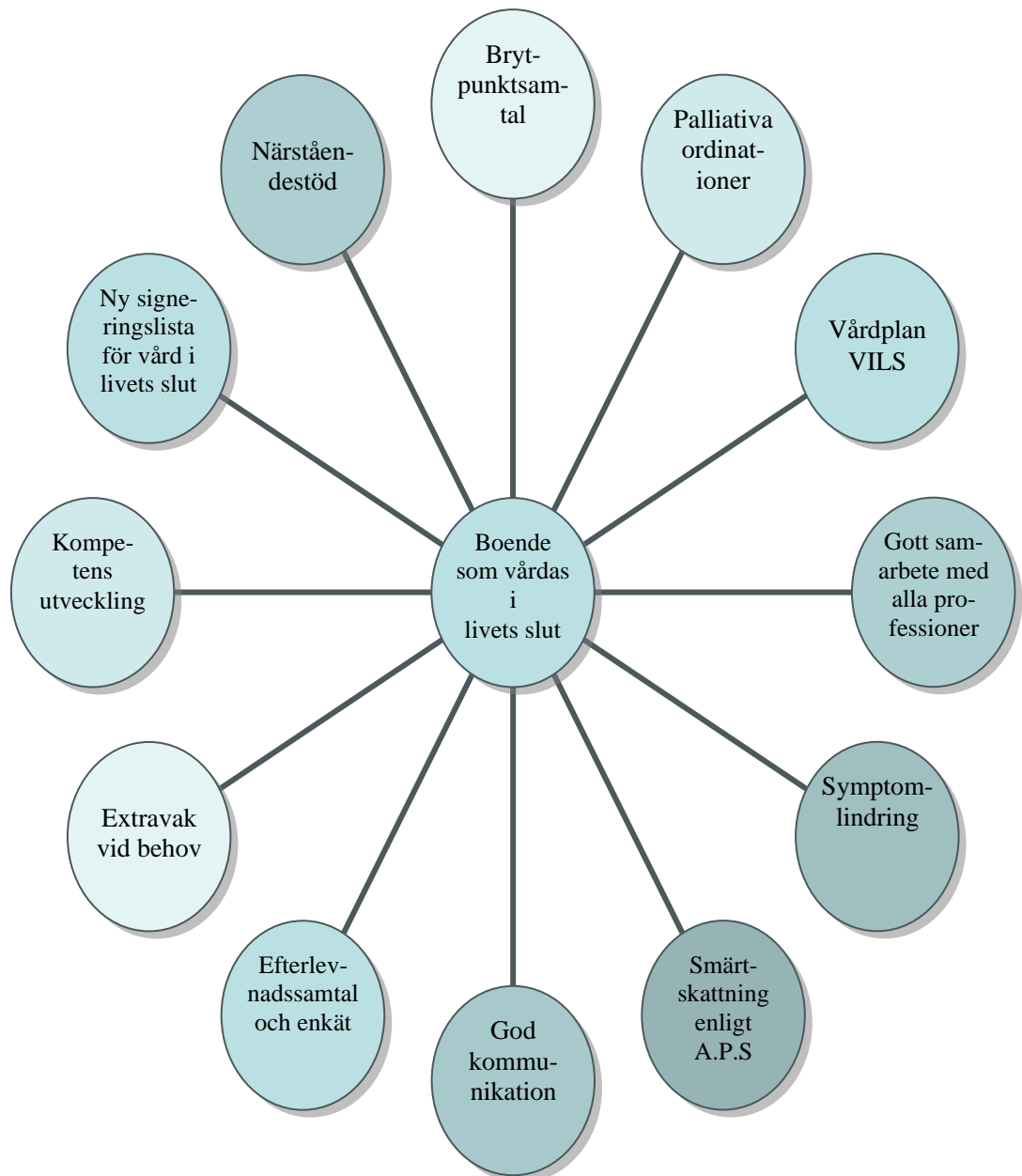
Nedan följer tre exempel ur befintliga riskanalyser som gjorts i verksamheten med fokus på patientsäkerhetsarbete.

Område och aktivitet	Risk	Allvarlighetsgrad 4= Kritiskt 3= Betydande 2= Måttlig 1= Mindre	Sannolikhet 4= Mkt stor 3= Stor 2= Liten 1= Mkt liten	Åtgärd	Resultat
Smitta: Droppsmitta i allmänna utrymmen	Ex kräkning, hostning, harkling i allmänna utrymmen	3	3	Svårt att åtgärda. Följa gällande städru-tiner	Har förekommit, smitta har kunnat stoppas
SSK: Bemannning av ssk under sommar	Risk att boende kan få vänta längre på bedömningar och sjuksköterskeinsatser	3	3	Prioriteringar efter ökad arbetsbelastning. Information till boende, närstående inför semesterperiod	God prioritering under sommar 2019. Gott samarbete överlag hos SSK
Medarbetare: Introduktion	Risk att ny personal inte får ordentlig introduktion vid arbetsstart	2	2	Alla nyanställda ska introduceras av erfaren personal. Checklista ska användas	Bra och tydlig rutin vid inskolning som har fungerat väl

---

## Mål och strategier för kommande år

Vi har alltid som mål att sätta varje individs samtliga behov i fokus. Verksamhetens mål för kommande år är fokusera på att förbättra och utveckla våra kunskaper inom palliativ vård hos äldre. Se illustration nedan. Vidare ämnar vi arbeta med att minska våra läkemedelsavvikelser drastiskt samt säkerställa att alla boende med inkontinens har en vårdplan och ett individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel.



- 
- Minska antalet läkemedelsavvikelser avseende utebliven dos och signering med 50% jämfört med föregående år. Genom att ytterligare tydliggöra den kedja som ska följas vid läkemedelsgivning och genom att använda befintliga egenkontrolldokument ska vi arbeta aktivt för att minska antalet boende som inte får ordinerade läkemedel
  - Under mars, april och maj 2020 kommer ett tätt samarbete med TENA att ske. Målsättningen är att alla boende med behov av inkontinenshjälpmedel ska ha en vårdplan och en åtgärd senast sista april 2020. Läckagemätningar, utprovning och uppföljning kommer att ske inom ovanstående tidsram
  - Samtliga boende som avlider på boendet ska registreras i Palliativa registret. Under 2019 har två registreringar missats från DB Freja. Kontinuerlig kontroll av registreringar kommer att ske i samband med ledningsmöten månatligen

---

Landstingets/regionens eller  
kommunens logotyp

# Patientsäkerhetsberättelse Riggargatans äldreboende

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet

---

**Verksamhetschef Charlotte Haggren 2019-02-29**

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017*

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE RIGGARGATANS ÄLDREBOENDE .....</b>	<b>1</b>
<b>Verksamhetschef Charlotte Haggren 2019-02-29 .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>4</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar .....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	6
Klagomål och synpunkter.....	7
Egenkontroll.....	7
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>9</b>
Riskanalys .....	10
Utredning av händelser - vårdskador.....	10
Informationssäkerhet.....	10
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>11</b>
Avvikelse .....	11
Klagomål och synpunkter.....	12
Händelser och vårdskador .....	12
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>13</b>

---

# Sammanfattning

## Verksamhetens övergripande mål

Som vårdgivare har Ansvar och Omsorg AB som övergripande mål att de boende ska känna *värme, omtanke och trygghet*. För att de boende ska kunna uppleva en trygg och säker omsorg krävs att verksamheten arbetar med ett systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta uppnås bland annat genom att ha tydliga rutiner och policyers, mätbara HSL-mål, genom att arbeta systematiskt med att föra in ny kunskap samt att driva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Då Riggargatan haft omsättning på både chef samt sjuksköterskor under 2019, har ett av målen varit att säkerställa kvaliteten i verksamheten samt en hög nivå av patientsäkerhetstänk. Dock har vi på grund av detta fått flytta några av målen för 2018, till detta år, däribland implementering av Senior Alert samt ökade kunskaper kring BPSD.

- Vidare så är det positivt att omvårdnadspersonalen läser journal och snabbt utför ordinationer från sjuksköterska/doktor.
- Riggargatan fick höga siffror på Socialstyrelsens brukarundersökning 2019, där bland annat möjligheter till aktiviteter samt bemötande från personal låg över 90% (i nöjdhet från boende).

## Mål för kommande år

- Fortsätta att arbeta tillsammans i sjuksköterskegruppen för att få en tydlig likartad struktur på alla tre boenden i Nyköping.
- Fortsätta att arbeta och registrera i Senior alert och skapa tydliga hälsoplaner för att minska risk för undernäring, trycksår och fallskador.
- Fortsätta arbetet med utbildningsinsatser för omvårdnadspersonal avseende dokumentation i SOL och HSL journal. Önskvärt vore också att sjuksköterskegruppen fick utbildning i pro capita.
- Vi har redan ett väl fungerande avvikelssystem och personal rapporterar avvikelser i pro-capita. Dessa behandlas sedan på våra kvalitetsmöten för att utveckla och förbättra vården och omsorgen om våra boende. Arbetet fortlöper under 2020.
- All omvårdnadspersonal ska under året ha genomfört hygienutbildning via nätet och hygienronder samt självskattning är inplanerat under året.
- Arbeta på att ytterligare minska, från redan låga nivåer, antalet vårdrelaterade infektioner.
- Skapa rutiner som faktiskt visar att antalet vårdrelaterade infektioner minskar, detta saknas idag.
- Utarbeta rutiner för kontinuitet vad gäller anställningsförfarande så att alla som påbörjar sin anställning på Riggargatans äldreboende snabbt

---

får tillgång till Sthskort och inloggning till pro-capita och på så sätt kan verkställa sin dokumentationsskyldighet.

## **Kompetensutvecklingsmål utöver ovanstående:**

- God och säker vård i livets slutskede.
- Nya checklistor har skapats inom palliativ vård för att utveckla och underlätta för omvårdnadspersonalen.
- Under året ska all personal genomföra webbutbildning i Palliativ vård och munvård.
- Utbildning i Abbey Painscale ska genomföras av sjuksköterskor på APT.
- Förbättra och utarbeta rutiner inom inkontinensvård

## **STRUKTUR**

### **Övergripande mål och strategier**

*SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

Mål för kvalitet och patientsäkerhet inom alla A&O:s verksamheter, är en god och säker vård där antalet vårdskador förebyggs genom ett systematiskt kvalitetsarbete där riskanalyser och egenkontroller utgör en viktig del. Processer inom området patientsäkerhet på Riggargatan 2019 har innefattat:

- Hygienutbildning samt hygienrund med hygiensköterska från smittskydds-enheten.
- Haft regelbundna läkemedelsgenomgångar.
- Erbjuder välkomstsamtal för alla nyinflyttade till Riggargatan (strukturen och kvaliteten i dessa samtal kommer att utvecklas under 2020).

### **Organisation och ansvar**

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

Verksamhetschef har i enlighet med HSL (1982:763) 29§ det samlade ledningsansvaret för verksamhetens hälso- och sjukvård.

HSL-ansvarig sjuksköterska har med stöd av HSL (1982:763), 30§ tilldelat ansvar att utifrån sin kompetens fullgöra ledningsuppgifter för aktuella lagrum inom HSL (1982:763).

---

MAS ansvarar i enlighet med HSL (1982:763) 24§ för kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvård samt rehabilitering i särskilda boenden som drivs på uppdrag av kommunen. Ansvaret avser vård och behandling gentemot de boende. Ansvaret innefattar vidare de krav som ställs på läkemedelshantering, dokumentation, anmälan av skador etc. MAS ansvarar även för att utarbeta regler och rutiner samt kontrollera att dessa är kända och efterföljs i verksamheten.

Leg. Sjuksköterska ansvarar för att utifrån sin profession känna till och arbeta efter HSL (1982:763), Sol. (2001:453) 5 kap. 4§ samt A&O:s värdegrund. Leg. sjuksköterska ansvarar för att följa rutiner fastställda utifrån Nyköping kommuns och A&O:S styrande dokument samt för att rapportera avvikelser följa upp dessa. Leg. sjuksköterska ansvarar för att nyanställd personal får utbildning i läkemedelshantering. Leg sjuksköterska ansvarar även för att delegera och följa upp delegering enligt fastställd rutin.

Leg. arbetsterapeut (AT) och leg. sjukgymnast (SG) ansvarar utifrån respektive yrkesprofession för att varje boendes behov av rehabilitering och/eller bibehållande av funktioner tillgodoses. Leg. AT/SG ansvarar för att arbeta utifrån externa såväl som interna styrande dokument, samt att rapportera avvikelser och följa upp de avvikelser som faller under respektive profession. Leg. SG/AT ansvarar för att nyanställd personal tillgodoses den kunskap, vilken bedöms relevant utifrån den avsedda personalens profession, avseende hjälpmedel, dess användande och arbetssätt. Leg. SG/AT ansvarar även för att följa upp att användningen av hjälpmedel samt att de utlärdas arbetsteknikerna fullbordas på ett patientsäkert sätt.

Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att den vård och omsorg som ges till var och en av de boende fullbordas utifrån ett patientsäkert förhållningssätt där Socialstyrelsens nationella värdegrund för äldreomsorgen, A&O:s interna värdegrund och vision, samt externa lagar, dokument och fastställda rutiner ligger till grund för förhållningssättet. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att personligt delegerade uppgifter, exempelvis inom HSL, fullbordas enligt instruktion och fastställda krav och rutiner. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för att rapportera eventuella avvikelser utifrån de områden som ligger inom ramarna för professionen.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Rutiner finns i verksamheten gällande informationsöverföring vid:

- Inflyttning
- Vård eller behandling hos annan vårdgivare
- Akuttransport till sjukhus
- Läkemedelsgenomgång



---

Av rutinerna framgår det vilka personer som ska kontaktas och vilken skriftlig och muntlig information som ska ges eller medfölja den boende.

Riggargatans äldreboende har via Ekensbergs vårdcentral en egen tilldelad läkare som besöker boendet en gång per vecka (rond) och är tillgänglig för telefonrådgivning övriga dagar. Verksamheten har skriftliga rutiner för hur kontakt med läkare skall tas.

Avvikelser i vårdkedjan rapporteras och analyseras enligt vår process för avvikelshantering.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

När boende flyttar in till Riggargatans äldreboende, informeras både boende och närstående om hur vi arbetar för att göra vården och omsorgen trygg och patientsäker. Vi informerar om vårt arbetssätt med riskanalyser och prevention av fall, trycksår och nutrition och munhälsa. Vi informerar om användandet av kvalitetsregister, val av läkare och tandläkare. Vi frågar de boende efter samtycke för användande av skydds- och begränsningsåtgärder. Vi informerar även om möjligheten för boende och närstående att lämna synpunkter och klagomål till oss och hur vi arbetar med dessa. Boende och/ eller närstående informeras om den boendes hälsotillstånd och vid läkemedelsförändringar. Boende och närstående erbjuds samtal med läkare om så önskas. Detsamma gäller deltagande vid vårdplaneringar för att möjliggöra en god samverkan och delaktighet i vården och omsorgen. Den boende och/eller närstående informeras också om när en avvikelse skett och erbjuds att ta del av resultatet.

Vi erbjuder två anhörigträffar under året, där den anhörige ges möjlighet att komma med synpunkter. Vi lyssnar även in önskemål och om möjligt anpassa träffen därefter. Anhörigombud på de 2 boendena har förbättrat innehåll i välkomstmappen under 2019 för att öka anhörigas delaktighet.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

### **Avvikelser**

Samtliga avvikelser registrerades och dokumenterades. Avvikelserna hanterades enligt rutin för Avvikelsehantering. Samtliga medarbetare känner till avvikelserutinen och vet hur en avvikelse registreras och varför. Alla avvikelser registreras och bearbetas i journalsystemet Procapita. En gång i månaden, dock ej under sommarmånaderna tas alla avvikelser upp på kvalitetsråd, där omvårdnadspersonal från varje arbetsgrupp, sjuksköterska och verksamhetschef deltar. Kvalitetsrådet är ett ständigt pågående forum för diskussion och förbättringsarbete.

---

Allvarliga fall och läkemedelsavvikelser rapporterar verksamhetschef vidare till MAS för kännedom. Alla fallavvikelser återkopplas till arbetsterapeut och fysioterapeut.

Avvikelseerna avslutas i procapita efter att samtliga inblandade dokumenterat åtgärder och eventuella rutiner.

## **Klagomål och synpunkter**

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

Vi uppmuntrade till att lämna synpunkter på verksamheten från boende, närstående och övriga som kom i kontakt med vår verksamhet. Synpunkterna hanterades enligt Rutin för synpunkter och klagomål. Detta görs på A&O färdiga underlag ”Hjälp oss att bli bättre”, denna finns anslagen på tavlan i entrén och på varje avdelning. Denna blankett skickas också med i välkomstmappen våra boende får vid inflytt. Synpunkter kan även lämnas på vår hemsida ansvarochomsorg.se eller muntligt till verksamhetschef. Görs bedömningen att klagomålet är allvarligt tas ärendet vidare till VD, MAS och uppdragsgivare.

Under 2019 har 3 synpunkter och 5 klagomål inkommit, detta har åtgärdats. Vi har även haft en Lex Sarah gällande bemötande, denna är avslutad och återkopplad.

## **Egenkontroll**

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

### **Avvikelse rapportering**

Alla händelser som lett till vårdskada eller kunnat leda till vårdskada avvikelser rapporteras i Pro Capita.

Alla inträffade avvikelser behandlas inledningsvis av HSL-karaktär på respektive avdelning med ansvarig sjuksköterska eller den legitimerade personal som är mest lämpad utifrån profession och därefter övergripande på APT. Alla avvikelser av omvårdnadskaraktär går igenom tillsammans på Team-möten på respektive avdelning, där SSK, Rehab och omvårdnadspersonal är med och diskuterar och arbetar fram en lösning.

Avvikelsehantering är ett viktigt instrument för att mäta och följa upp beslutade åtgärder för att öka patientsäkerheten. Arbetet sker med stöd av förbättringshjul/ årshjul. Alla medarbetare ska veta vad vi gör- vem gör det-hur gör vi det och hur följer vi upp resultatet. Arbetet med att förebygga fall, trycksår och undernäring utgår från att alla medarbetare ska ha en relevant kunskap om, och vara uppmärksam på dessa risker för alla individuella boende.

---

## **Journalgranskning**

Journalgranskning samt loggningskontroll sker löpande en gång månaden av ca 10 %. Alla vårdtagare som identifierats som riskpatient för trycksår, fall, munhälsa och undernäring ska ha resultatet av riskbedömningarna dokumenterade i status samt att en vårdplan upprättas och följs upp kontinuerligt. Alla vårdtagare ska ha förflyttningsbedömning dokumenterad i verksamhetssystemet Pro Capita.

## **Basala hygienrutiner**

Uppföljning av basala hygienrutiner sker genom att

- Mäta att all personal har genomgått hygienutbildning en gång/år
- Registrera vårdrelaterade infektioner månadsvis
- Genomföra hygienrond årligen
- Att hygienombud är med på de träffar som anordnas av kommunen/landsting.

## **HSL- indikatorer**

Mätning av genomförda riskbedömningar för trycksår, fall, munhälsa och undernäring sker vid inflytt och därefter var tredje månad.

Alla vårdtagare som identifierats som riskpatient för trycksår, fall, munhälsa och undernäring ska ha resultatet av riskbedömningarna dokumenterade i status samt att en vårdplan upprättas och följs upp kontinuerligt.

## **Hälsokonferens**

Genom teamsamverkan följs alla patienters hälsotillstånd upp. (Sjuksköterska, Rehab och omvårdnadspersonal)

Detta sker vid inflyttning, hälsokonferenser samt vid förändringar av hälsotillstånd.

## **Kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering**

Årliga kvalitetsgranskningar av Riggargatans läkemedelshantering utförs av våra legitimerade sjuksköterskor tillsammans med farmaceut. Läkemedelshantering inkluderar ordination, förvaring och kassation samt delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Narkotikakontroll i initialförråd- och akutförråd sker en gång månaden av minst två legitimerad personal tillsammans. Vid avvikelser kontaktas MAS.

Läkemedelsgranskning gjordes under hösten 2019.

---

## **PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Hygienrund har hållits med hygiensköterska från landstingets smittskyddsavdelning.

Anhörigas synpunkter och delaktighet i vården är viktig för oss på Riggargatan. Under året har återkommande anhörigträffar utförts där anhörigas synpunkter och reflektioner på vården beaktats.

### **Risk för malnutrition:**

Regelbunden viktkurva följs, minst fyra gånger per år tas vikten, oftare vid behov. Kosten anpassas och ordineras i samråd med sjuksköterska och läkare. Vid behov ordineras energi och proteinberikad kost samt näringsdrycker. Omvårdnadsplan i procapita upprättas.

### **Fallrisk:**

Varje boende följs regelbundet av arbetsterapeut och fysioterapeut för hjälpmedelsförskrivningar. Vårdplan upprättas av sjuksköterska eller paramedicinsk personal. Möjliga riskmoment för fall avlägsnas och rummen ses över regelbundet.

### **Risk för trycksår:**

Daglig tillsyn av hudstatus görs av omvårdnadspersonal i samråd med sjuksköterska för att på tidigt stadium upptäcka risker och åtgärda. Sjuksköterska dokumenterar förändringar i procapita, denna bedömning ligger sedan till grund för arbetsterapeutens och fysioterapeutens bedömning av insatser/hjälpmedelsförskrivning. Om risk finns eller trycksår uppstått ska en hälsoplan upprättas i procapita med tydliga mål och uppföljningsplan.

### **Medicintekniska produkter (MTP)**

Verksamheten har lokala rutiner för användandet av MTP. En inventarieförteckning är upprättad för samtliga MTP. Service och besiktning utförs i enlighet med tillverkarnas riktlinjer. Avtal för service och besiktning finns. Bruksanvisningar för MTP finns i en pärm på varje avdelning, lättillgängligt för omvårdnadspersonal och brukare.

### **Intern kvalitetsrevision**

A&O Ansvar och Omsorg AB följer upp patientsäkerhetsarbetet på Riggargatans äldreboende via månatlig rapportering och årlig internrevision. Internrevisionen omfattar bland annat jämförelse av verksamhetens resultat med resultat för andra verksamheter inom företaget samt

---

jämförelse med verksamhetens tidigare resultat. Revisionen omfattar också granskning av journaler, rutiner och annan dokumentation samt intervjuer med personal för att bland annat undersöka om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i patientsäkerheten och verksamhetens kvalitet.

## **Riskanalys**

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

Riskanalyser genomförs systematiskt inom ramen för ledningssystemet och används vid processrevideringar samt vid förändringar inom vård och omvårdnad, organisation, arbetsmiljö och miljö.

Aktiviteter kopplade till riskanalys och riskhantering finns inlagda i årsplaneringen och har sitt utrymme i flera tvärprofessionella forum, såsom ledningsgrupp, vårdkonferens, avdelningsmöte, samt APT.

## **Utredning av händelser - vårdskador**

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Att utreda missförhållanden och risker för missförhållanden samt vidta åtgärder för att förhindra att sådana uppkommer igen. Att ansvara för att verksamheten utvecklas och att missförhållanden rättas till. Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Förra året hade vi en Lex Sarah-utredning på Riggargatan. Misstanke om missförhållande utreddes enligt gällande rutiner.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden, t.ex. hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (t ex förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om patienten har lämnat sitt medgivande. Det gäller som regel också om någon annan myndighet vill ha uppgifter om patienten. Därför ska samtycke inhämtas om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

Handlingar som faxas eller skannas ska alltid vara kodade. Personuppgifter klipps bort, tejpas över eller stryks över med svart.

- Muntlig informationsöverföring angående sekretessbelagd information och samtal om de boende ska ske bakom stängda dörrar.
- Skriftlig information som är sekretessbelagd får inte ligga framme åtkomligt för obehöriga
- Boendes namn och personnummer får aldrig anges i mejl

- 
- All dokumentation ska ske i datasystem i enlighet med patientdatalagen
  - Samtycke från den boende ska finnas angående överföring av journalhandling
  - Det är viktigt att all personal är insatt i sekretesslagens bestämmelser och att tystnadsplikten efterlevs för att värna om den enskildes personliga integritet
  - Blankett för tystnadsplikt ska skrivas under av all personal.

Journalgranskning görs på uppdrag av Division Social Omsorg.

För att få åtkomst till journalsystem krävs både SITHS-kort och inloggningsuppgifter till Procapita. Dessa beställs vid nyanställning av verksamhetschef och SITHS-kort återlämnas till densamme när anställning avslutas.

Då en patient behöver vård inom slutenvården skickas rapport i Prator. I de fall en patient skickas till sjukhus då sjuksköterska ej finns på plats används blanketten Informationsöverföring till annan vårdgivare.

## RESULTAT OCH ANALYS

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### Avvikelser

Ansvarig för uppföljning är verksamhetschef. Verksamhetschef ansvarar för återkoppling till rapportören gällande inkommen synpunkt/klagomål. Synpunkter och klagomål hanteras och utreds, analyseras och återkopplas till medarbetarna på enheten, samt till den person som lämnat synpunkten. Återkoppling till rapportör sker via telefonkontakt eller inbokat möte, samt på kvalitetsråd, APT samt verksamhetsträff med berörd avdelning.

Ansvarig för uppföljning av inkommen avvikelse är den profession under vilken avvikelsen infaller.

Vid sammanställning av avvikelser inkomna för verksamhetsåret 2019, framkommer att:

Totalt 131 stycken avvikelser inkom via avvikelsesystemet Pro Capita, fördelade på områden enligt nedan:

- "Fall" hade 51 stycken avvikelser.
- "Allmän omvårdnad" hade 5 stycken avvikelser.
- "Läkemedelshantering" hade 53 stycken avvikelser

- 
- "Rehab/omvårdnad" hade 1 stycken avvikelser.

Fall är den största posten av avvikelserna. De flesta fall berodde på egen aktivitet hos den boende. Ett tvärprofessionellt fallförebyggande arbete har kontinuerligt skett under året med syfte att minimera antalet fall samt skador vid eventuella fall. Skyddsåtgärder har även genomförts efter samtycke från den boende.

Jämfört med 2018 har antalet fallavvikelser minskat från 78 till 51. Detta kan bero på att Senior Alert har börjat att tillämpas och följas upp systematiskt under 2019. Medicinavvikelserna har också minskat från 61 (2018) till 53 stycken 2019 vilket kan bero på att nya sjuksköterskor från våren 2019 har följt upp delegeringar och avvikelser på kvalitetsråd mer systematiskt.

### **Klagomål och synpunkter**

Vi uppmuntrade till att lämna synpunkter på verksamheten från boende, närstående och övriga som kom i kontakt med vår verksamhet. Synpunkterna hanterades enligt Rutin för synpunkter och klagomål. Detta görs på A&O färdiga underlag "Hjälp oss att bli bättre", denna finns anslagen på tavlan i entrén och på varje avdelning. Denna blankett skickas också med i välkomstmappen våra boende får vid inflytt. Synpunkter kan även lämnas på vår hemsida [ansvarochomsorg.se](http://ansvarochomsorg.se) eller muntligt till verksamhetschef. Görs bedömningen att klagomålet är allvarligt tas ärendet vidare till VD, MAS och uppdragsgivare. Under 2019 har 8 klagomål och synpunkter inkommit, detta har åtgärdats. Vi har även haft en Lex Sarah gällande HSL omvårdnad maj 2019 vilken är under utredning – patienten ifråga är avliden under 2019.

### **Händelser och vårdskador**

Varje avvikande händelse och eventuell vårdskada tas varje månad upp på kvalitetsråd. Vidare har vi kontinuerlig genomgång av lex Sarah och lex Mariautredningar på APT där verksamhetschef läser upp genomförda utredningar för att väcka diskussion och analysera hur vi kan undvika liknande händelser i våra verksamheter. Dessa väcker alltid eftertanke hos samtliga i verksamheten och ger även en sporre att kvalitets säkra.

### **Riskanalys**

Vi identifierar kontinuerligt olika risker och brister. Vi jobbar med dessa på ett systematiskt sätt dvs vi tittar på bakomliggande orsaker, tar fram en handlingsplan och följer upp utförda åtgärder. På så vis har vi

---

ett ständigt pågående systematiskt kvalitetsarbete som bidrar till en ökad riskmedvetenhet hos både ledning och personal.

Områden inom HSL som riskanalyseras är bland annat fall, trycksår, undernäring samt munhälsa.. Risker vid förflyttningsmoment, hantering av arbets- och medicintekniska produkter, miljön i boendes egna lägenheter, bedömning av risker för hot och våld hos specifik patient med flera.

Riskbedömningar görs alltid inför större förändringsarbeten i verksamheten, som exempel kan nämnas schemaförändringar, personalomfördelning med mera.

## **Mål och strategier för kommande år**

Vi fortsätter under 2020 med att utveckla och vidareutbilda fler medarbetare i användandet av kvalitetsregister såsom Senior Alert, och BPSD. Fortsatt fokus kommer även ligga på en trygg läkemedelshantering och dokumentation.

Under året fortsätter vi även med utbildningsinsatser inom olika områden för våra medarbetare. Bland annat planeras utbildningar inom:

- Avvikelsehantering (Öka kunskapen och förståelsen)
- Basal hygienkompetens
- Dokumentation, och vikten av en kvalitativ genomförandeplan.

Nyanställd personal kommer utbildas i bland annat kontaktmanskap, A&O's värdegrund, förflyttningsteknik och basal omvårdnad för att kunna arbeta tryggt och med säkerhet i fokus.

Vi fortsätter under året att aktivt efterfråga förbättringsförslag från boende och anhöriga samt från externa aktörer. Syftet är att öka delaktigheten samt fortsätta att utveckla och förbättra våra processer.

Ett övergripande mål för A&O Nyköping, är att vi ska jobba lika kring HSL-frågor. Vi har en helt ny sjuksköterskegrupp som blir komplett under våren 2019, och fokus kommer att ligga på skapandet av ett bra samarbete och tydliga gemensamma rutiner.





# Patientsäkerhetsberättelse

2019 Björkgårdens äldreboende

20200124 Rina Karlsson & Annalisa Andersson

---

---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>INNEHÅLL .....</b>	<b>2</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>Ansvar och Omsorg AB bedriver vård och omsorg i särskilt boende. De personer som bor på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen [SoL] och de flesta insatser är enligt SoL. Ansvar och Omsorg är angelägna om att alla verksamheter ska hålla en hög kvalitet på samtliga plan och i varje sektor. Samtliga medarbetare i verksamheten ska vara medvetna om verksamhetens inriktning och övergripande mål. På samtliga verksamheter inom Ansvar och Omsorg upprättas en patientsäkerhets - och kvalitetsberättelse.....</b>	<b>5</b>
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier .....	5
Uppfyllelse gällande lagstiftning enligt SoL.....	6
Bästa vårdgivaren i Sverige.....	6
Arbeta aktivt med det systematiskt kvalitetsarbetet .....	7
Leva upp till gällande lagstiftning i HSL och PSL.....	8
Organisation och ansvar .....	10
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	11
Patienters och närståendes delaktighet.....	12
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	12
Klagomål och synpunkter.....	13
Egenkontroll.....	13
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>14</b>
Personal/ Introduktion nyanställda .....	16
Riskanalys .....	16
Utredning av händelser – vårdskador.....	17
Informationssäkerhet.....	17
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>17</b>
Egenkontroll.....	17
Avvikelser .....	18
Klagomål och synpunkter.....	19
Händelser och vårdskador .....	19
<b>Mål och strategier för kommande år .....</b>	<b>20</b>



---

## Sammanfattning

Den sammanfattande bedömningen är att verksamheten har gjort ett gott arbete efter de förutsättningar vi haft för att uppnå patientsäkerhet och kvalitet under 2019.

Vårt mål är en trygg och säker vård, med hög kvalitet där boenden känner trygghet och delaktighet samt individanpassad vård med ett rehabiliterande förhållningssätt.

### De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten

- Fortsatt förbättringsarbete med dokumentation i HSL och SoL
- Möten med ombud
- Avvikelsehantering utredning, åtgärd
- Registrering i kvalitetsregister
- Analys av synpunkter och klagomål
- Ökad kompetens hos omvårdnadspersonal [OVP] genom handledning och via utbildning
- Paramedicin har utbildat anhöriga samt OVP i ett rehabiliterande förhållningssätt

### De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka kvalitén i verksamheten

- Protokollförda möten varje månad
- Kvalitetsråd varje månad
- Registrering i kvalitetsregister
- Avvikelsehantering
- Övergripande möten samt ombudsmöten

### De viktigaste resultaten som uppnåtts

- Samtliga boenden har en uppdaterad genomförande plan enligt rutin
- Tidig upptäckt av risk för fall
- Minskade läkemedelsavvikelser
- Ökad delaktighet hos boende

### En blick framåt

Under 2020 kommer fokus att ligga på god och säker palliativ vård.

Omvårdnadspersonalen kommer att fortsätta driva arbetet med rehabiliterande förhållningssätt framåt.

---

## Inledning

Ansvar och Omsorg AB bedriver vård och omsorg i särskilt boende. De personer som bor på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen [SoL] och de flesta insatser är enligt SoL. Ansvar och Omsorg är angelägna om att alla verksamheter ska hålla en hög kvalitet på samtliga plan och i varje sektor. Samtliga medarbetare i verksamheten ska vara medvetna om verksamhetens inriktning och övergripande mål. På samtliga verksamheter inom Ansvar och Omsorg upprättas en patientsäkerhets- och kvalitetsberättelse.

Björkgårdens äldreboende drivs på uppdrag av Nyköpings kommun.

Björkgården har 29 rum varav 4 st på nedre plan är tänkta som parboende. Uppdelningen är 11 stycken säbo platser avdelning Svalan, 11 stycken säbo platser avdelning Sädesärlan samt demensavdelningen på 7 platser, avdelning Duvan. Alla lägenheter varierar i storlek och form.

Vi har ett eget kök där maten lagas från grunden och serveras i ljus och luftig matsal där vi även har en öppen spis att samlas omkring.

## STRUKTUR

### Övergripande mål och strategier

Enligt Ansvar och Omsorg, samt gällande rutiner och riktlinjer ska alla boende registreras i Senior Alert, BPSD och Palliativa registret. Om boende avböjer deltagande i kvalitetsregister så ska arbetsmetoden vara densamma för att säkerställa kvaliteten och upptäcka eventuella risker.

På Björkgården hålls kvalitetsråd varje månad tillsammans med sjuksköterska, enhetschef och omvårdnadspersonal. Där lyfts de delar i enkätundersökningen, socialstyrelsens brukarundersökning som påvisar utvecklingsbehov för verksamheten. Även alla avvikelser från föregående månad lyfts och diskuteras.

Nedan följer övergripande mål och strategier i en schematisk översikt:

## Uppfyllelse gällande lagstiftning enligt SoL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
<p><b>Revidera alla genomförandeplaner 2 gånger per år.</b> Alla genomförandeplaner för boende ska revideras minst 2 gånger per år. För uppnått mål ska 100 % vara reviderade.</p>	<p>Revidering sker 2 gånger /år eller vid behov OVP har goda kunskaper i dokumentation får även stöd av dokumentationsombud.</p>
<p><b>Journalanteckningar minst en gång per vecka</b> Alla boende ska ha journalanteckning i den sociala dokumentationen minst en gång per vecka (vecko-anteckning)</p>	<p>Arbetar aktivt med checklistan som hjälp, personalen har minst en journalanteckning i veckan.</p>
<p><b>100 % av personalen ska ha skrivit anteckningar i den sociala dokumentationen under året.</b> Alla medarbetare ska ha skrivit anteckningar i den sociala dokumentationen. Det ska vara med vid lönesättning inför nästkommande år.</p>	<p>Samtliga medarbetare har anteckningar i den sociala dokumentationen. Här har vi checklista till hjälp för att nå våra mål.</p>

Aktiviteter	Analys/beskrivning
<p><b>Vi reviderar genomförandeplaner två gånger om året</b></p>	<p>Pågående arbete med genomförandeplaner vi har en checklista till hjälp.</p>
<p><b>En anteckning per vecka</b></p>	<p>Vi använder en checklista som lämnas in till enhetschef en gång i månaden, tas även upp på medarbetarsamtal.</p>
<p><b>Dokumentation stående punkt på APT</b></p>	<p>Vi kommer att arbeta vidare med denna punkt 2020</p>
<p><b>Medarbetarsamtal</b></p>	<p>Samtliga medarbetare har haft medarbetarsamtal där SSK även har varit delaktig</p>

## Bästa vårdgivaren i Sverige

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
<p><b>Minst 85 % nöjdhet i Socialstyrelsens öppna jämförelser</b></p>	<p>Enligt socialstyrelsens öppna jämförelser uppnår vi över lag 85% vi fortsätter arbeta punkterna med mindre nöjdhet under 2020</p>
<p><b>Boende ska ha inflytande och känna delaktighet över hur stöd och hjälp utformas</b> Boende ska ges inflytande över sin vardag och det stöd och hjälp som de får. Delaktighet kring genomförandeplaner och den dagliga verksamheten ska ökas.</p>	<p>Upplevelsen är att boenden har inflytande och delaktighet vilket också framgår av genomförandeplan samt boenderåd.</p>

Aktiviteter	Analys/beskrivning
<p><b>2 anhörigrträffar maj och november</b></p>	<p>Hög närvaro från anhöriga. På den i maj var paramedicin inbjudna och pratade rehabiliterandeförhållningsätt. I november fick anhöriga ta del av brukarundersökningen samt en julmarknad.</p>
<p><b>Boenderåd</b></p>	<p>Vi har boenderåd 4ggr/år</p>
<p><b>Genomförandeplaner</b></p>	<p>Alla genomförandeplaner är uppdaterade. Fort-</p>

Aktiviteter	Analys/beskrivning
	löpande mål till framtiden är en mer detaljerad genomförande plan som även kommer att lyftas på APT
<b>Kontaktman etableras vid inflyttning</b>	Kontaktmannaskapet fungera väl och vid behov får kontaktman stöd av EC.

## Arbeta aktivt med det systematiskt kvalitetsarbetet

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
<b>Dagplaneringsmallar på samtliga avdelningar</b> För att förbättra planeringen av omvårdnaden på avdelningsnivå ska alla avdelningar ha infört och arbeta med dagplaneringsmallar.	Dagplanering finns och fungerar som ett stöd i verksamheten uppdateras av dagplaneringsombud
<b>De boende ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete</b>	Våra boende har varit delaktiga i det arbete via boendeenkät och boenderåd.
<b>Medarbetarna ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete</b>	Personal har varit delaktiga i det arbete via arbetsplatsträffar, ombudsfunktionsträffar, kvalitetsråd, medarbetarsamtal mm.
<b>Omsorgsmåltid</b> Startar hösten 2019 fortsatt 2020	Förbättra måltidssituation med ökat socialt samspel med boende och OVP. Förbättring har setts då boenden äter bättre samt sitter kvar i lugn och ro, vi kommer arbeta vidare under 2020.

Aktiviteter	Analys/beskrivning
<b>Upprätta dagplanering</b>	Dagplanerings ombud ansvariga stöd ges av Ec vid behov.
<b>Boenderåd</b>	Boenderåd hade vi under feb, maj, aug och nov. Våra boende fick möjlighet att uttala sig om maten, aktiviteter, utevistelse mm. Vi har fått många idéer och förbättringsförslag som vi tar till oss. Exempelvis: köp flera spel, rita och måla oftare
<b>Dagplanering</b>	En välfungerande dagplanering finns och är ett stort stöd för OVP
<b>Kvalitetsråd</b>	Kvalitetsråd sker kontinuerligt enligt rutin där tas avvikelser samt andra förbättringsåtgärder upp.
<b>APT</b>	Vi har APT en gång i månaden.
<b>Ombudsmöten</b>	Vi följer A&O planering för ombudsmöten
<b>Kvalitetsarbete stående punkt på APT</b>	Pågående arbete. Vi diskuterar, förbättrar och skapar nya rutiner. Vi diskuterar alla avvikelser och klagomål/synpunkter på våra APT.
<b>Kostombudsmöten</b>	Under 2019 hade vi två kostombudsmöten. Under mötena diskuterade vi näringsinnehåll, budget, boendes önskemål och synpunkter, nattfasta mm Vår verksamhet anpassar måltider efter årshögtiderna.
<b>Aktivitetsombudsmöten</b>	Aktivitetsombudsmöten sker enligt A&O pla-

Aktiviteter	Analys/beskrivning
	nering
<b>Palliativt ombudsmöten</b>	Möten enligt planering, vi har skapat en enkel efterlevandeenkät som är uppskattad och fungerar väl. Vi har även som mål att samtlig OVP ska genomgå palliativ utbildningen.
<b>Larmombudsmöten</b>	Sker enligt plan samt inför upphandling från Nyköpingskommun
<b>Brandombudsmöten</b>	Sker enligt planering.
<b>Hygienombudsmöten</b>	Under möten diskuterade vi hygienrutiner och vi utbyter erfarenheter kring hygienhantering. Vi har gjort självskattningar samt hygienobservationer
<b>Inkontinensombudsmöten</b>	Möten hålls enligt planering. Satsning till 2020 ligger är alla ska ha en individanpassad inkontinensplan.
<b>Dokumentationsombudsmöten</b>	Dokumentationsombuden ser skillnad mellan SoL och HSL och stöttning sker vid behov
<b>Miljöombudsmöten</b>	Vi diskuterade under möten hur viktigt det är att sortera avfall på rätt sätt. Vi poängterade vikten av att använda energisparande redskap.
<b>Anhörigombudsmöten</b>	Anhörigmöten hålls enligt planering.
<b>Kvalitetsråd</b>	Kvalitetsråd fungerade väl från maj månad 2019.
<b>Skyddskommitté</b>	I skyddskommittén diskuteras vår arbetsmiljö. Vi har också diskuterat våra rutiner och riktlinjer. Några förbättringsåtgärder har framkommit för att öka trivsel och säkerhet på vår arbetsplats.
<b>Lokal ledningsgrupp</b>	Fungerar bra. Vi har möte varje månad. Under mötena diskuterats olika viktiga frågor som dykt upp under månaden. Det kan vara nya rutiner, sjukfrånvaro, arbetsmiljö, förbättringsarbete, kvalitetssäkring, scheman mm.
<b>Anhörigmöten</b>	Under året har vi haft två anhöriga möten. Vid möten framkom att närstående är nöjd med sin anhöriges vård och boende.
<b>Omsorgsmåltid</b>	Vid en omsorgsmåltid deltar personalen aktivt vid måltiden för att utföra individ anpassat måltidsstöd utifrån livsmedelsverket rekommendationer. Vi ser en förbättring av måltidssituationen.
<b>Kvalitetsråd</b>	Har fungerat väl från maj månad där fler förslag om att minska läkemedelsavvikelser framkom och även genomförts med gott resultat.

## Leva upp till gällande lagstiftning i HSL och PSL

Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
<b>Aktivt arbete i kvalitetsregister</b>	Vi arbetar aktivt i senior Alert, palliativregistret samt BPSD, utveckling har skett under 2019



Verksamhetens mål	Analys/beskrivning
Upprätta vårdplaner	Vid ett problem eller behov upprättas alltid en vårdplan. I vårdplanen beskrivs problemet, åtgärder och uppföljningar.
Hälsokonferens	Syftet med hälsokonferenser är att följa upp boendes behov och mående.

Aktiviteter	Analys/beskrivning
Vårdplan	Alla boende har minst tre vårdplaner.
Hälsokonferens	Vi har det varje fredag tillsammans med paramedicin där vi systematiskt går igenom alla boenden

Det system vi använder oss av vid kvalitetsarbetet egenkontroll och uppföljning kallas A&O- modellen och bygger bland annat på SOSFS 2011:9. Tydliga riktlinjer finns för planering, genomförande, uppföljning och förbättring samt ansvar och tidsramar. Alla verksamheter arbetar lokalt med bland annat rutiner, kvalitetsråd och egenkontroller. En gång om året sker den interna kvalitetsrevisionen med internrevisorer från företaget som granskar alla aspekter av verksamheten.

Björkgården har under 2019 bibehållit hög nöjdhetsgrad, utifrån det kommer vi arbeta vidare med delaktighet, inflytande och välskrivna genomförandeplaner samt enhetens framtagna verksamhetsmål.

Vi har ett välfungerande arbete med BPSD registret och Palliativregistret. Målet är att samtliga boenden ska vara registrerade i Senior Alert och att aktuella åtgärdsplaner ska finnas för att förebygga risker. Alla registreringar i BPSD och palliativa registret är uppfyllda, Senior Alert är på god väg. För att vidare utveckla Senior Alert under 2020 kommer ytterligare ett Senior Alert ombud utbildas på enheten samt ett närmre arbete med paramedicinsk personal.

Kvalitetsarbete gällande avvikelshantering har arbetats med under året på kvalitetsråd. Ett av målen var att minska antalet läkemedelsavvikelser, det har uppnåtts genom tydligare och strukturerade läkemedelslistor samt en översikt av läkemedelstider på whiteboardtavla.

Våra larm är inte alltid tillfredsställande då wifi-nätet tappar täckning, vilket innebär att det ibland blir fördröjningar på larmen. Det förekommer även svårigheter att logga in i journalsystemet ProCapita då vi går via en brandvägg.

Vi arbetar aktivt för att få anhöriga att fylla i förbättringsförslag. Klagomålshantering följs via A&O mall och följs upp varje månad i ett system som delges till Nyköpingskommun via Verksamhetsberättelsen. Information till boende och anhöriga sker vid inflyttning.

Klagomål under 2019:

Under 2019 har vi fått in att solskydd har varit undermåliga

---

Klagomål på maten där man upplever att det är mycket soppa

Aktivitet: Vi arbetar med A&O koncept vad det gäller aktivitet, utevistelse och egentid. Vi har en engagerad och driven personal som bidrar till en väl fungerande verksamhet.

## Organisation och ansvar

**VD** har ett övergripande ansvar för styrning av företaget samt att kommunicera kvalitetspolicy och mål. Ansvar och omsorg AB har som vårdgivare ett ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador.

**Områdeschef (OC)** ansvarar för att följa upp varje enhet månadsvis. Områdeschefen har ansvaret att kommunicera krav och rutiner samt att följa upp kvaliteten i varje enskild verksamhet och säkerställa verksamhetschefens kompetens. Områdeschefen ansvarar för att vid behov vidta kvalitets, miljö och arbetsmiljö relaterade åtgärden.

**Ansvar och Omsorgs kvalitets utvecklare** följer upp samtliga verksamhetens kvalitetsarbete inom Ansvar och Omsorg.

**Verksamhetschef (VC)** ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Verksamhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen ( SOSFS 1997:8) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. VC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till OC. VC ska samverka med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i den kommun verksamheten bedrivs, i verksamhetens patientsäkerhetsarbete.

**Enhetschef (EC)** ska leda verksamheten avseende verksamhetsansvar, ekonomiansvar och personalansvar. Enhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen ( SOSFS 1997:8) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. EC svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till VC.

**Hälso- och sjukvårdspersonal** består av en sjuksköterska, paramedicinska tjänster köps av Nyköpingskommun. Hälsa och sjukvårdspersonal har ett ansvar att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje boende. Den legitimerade personalen fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

---

**Omvårdnadspersonal** ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, för att följa rutiner och givna ordinationer. De ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, genom att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera eventuella risker och avvikelser. Vi har 22 tillsvidare anställda undersköterskor och 1 visstidsanställda undersköterska/vårdbiträde samt 7-12 vikarier.

**Nyköping kommuns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** har ett uppföljnings- och tillsynsansvar för verksamheten och samverkar med verksamhetschef i patientsäkerhetsarbetet.

### **Läkarkontakt**

Ansvarig läkare har gentemot de boende ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaren kommer till enheten och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Vår läkare kommer från Ekenbergs vårdcentral varje onsdag.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten samverkar med andra vårdgivare och instanser.

Samverkan i verksamheten

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso och sjukvårdsinsatser, aktuella instruktioner och ordinationer.

Samverkan mellan läkare och legitimerad personal består av en fastställd rond en dag per vecka samt ständig möjlighet att kontakta patientansvarig läkare eller jourhavande läkare vid behov. Daglig rapportering och uppföljning mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal sker muntligt och skriftligt via dokumentation

Björkgården har patientansvarig läkare från Ekenbergs vårdcentral. Kontakten med läkare sker genom rond varje vecka samt telefonkonsultationer dagtid helgfria vardagar. Under rond sker hembesök, läkemedelsgenomgångar aktuella insatser samt genomgång av boendes mående.

Vid inflyttning beställer OAS ett tandvårdsintyg för att ge rätt till nödvändig tandvård inom ramen för landstinget hälso och sjukvårdstaxa. Vi har Oral Care samt Folktandvården Sörmland som uppsökande verksamheter att anlita efter boendes önskemål.

Varje helgfri vardag mellan 07-17 har Ansvar och omsorg 5 ordinarie sjuksköterska i tjänst inom våra verksamheter i kommunen (Björkgården, St:Anna, Riggargatan) övrig tid har företaget ett avtal med Nyköpings kommuns jourhavande sjuksköterskor.

---

## **Patienters och närståendes delaktighet**

Vid varje inflyttning erbjuds den boende (samt anhöriga om den boende önskar att de deltar) ett välkomstsamtal. Under samtalet diskuteras vad som är viktigt för den boende och vilka önskemål och förväntningar det finns från deras håll. Detta ger dem möjlighet att delta och forma vården utifrån den enskildes behov.

Verksamheten erbjuder även anhörigträffar 2/år där anhöriga får information om enheten samt har möjlighet att framföra allmänna synpunkter. Vi har även Boenderåd 4 gånger per år. Våra boende har möjlighet att lämna synpunkter på aktiviteter, mat, miljö och övrigt. Under hösten av 2019 har även Ansvar och Omsorg lämnat ut en enkät som de boende har fått fylla i gällande bemötande, personlig omvårdnad, aktiviteter, kost, delaktighet i vården, städning och utevistelse. Det man är nöjd med och vi får positivt resultat på är hjälpen man får, den personliga omvårdnaden, delaktighet i vården och aktiviteter. Det vi behöver bli bättre på är mat och måltidssituation, utevistelse och att få snabbare kontakt med personalen när man larmar.

Vi uppmanar även till att lämna in synpunkter för att kunna identifiera brister i enhetens arbete samt omvårdnaden. Detta i sin tur leder till utvecklingsarbete.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen, PSL (2010:659) skyldiga att bidra till hög patientsäkerhet. En del i detta ligger i att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada.

Verksamheten arbetar aktivt med avvikelshantering och avvikelserapportering. Verksamhetens riktlinjer och rutiner kring avvikelshantering är väl förankrat hos all hälso- och sjukvårdspersonal. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har löpande ansvar att kontrollera, utreda de avvikelser som skrivs i verksamheten. Verksamhetschef har övergripande ansvar att de avvikelser som inkommer utreds, åtgärdas och följs upp. Rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas systematiskt på kvalitetsråd och med berörd personal.

I verksamheten registreras alla avvikelser direkt i journalsystem. Allvarligare händelser rapporteras till MAS i kommunen samt företagets kvalitetsansvarige. Vid avvikelser som leder till Lex Sarah eller Lex Maria anmälan håller kvalitetsansvarig i företaget i utredningen och verksamhetschef ska bistå med den information som behövs för att utredning skall kunna utföras. Verksamhetens avvikelser sammanställs av enhetschef varje månad. All personal dokumenterar i journalsystem ProCapita.

## Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter är en viktig del av patientsäkerhets- och kvalitetsarbete i verksamheten. Verksamheten har skriftliga rutiner för hantering av klagomål och synpunkter.

Synpunkter och klagomål kan lämnas skriftligen via en blankett som finns i entrén, skriftligen via företagets webbsida eller muntligen direkt till kontaktperson, sjuksköterska eller enhetschef. Varje medarbetare i verksamheten har skyldighet att ta emot klagomål och synpunkter, alla är ansvariga för att rapportera och direkt åtgärda ett klagomål om det är möjligt.

Enhetschef har yttersta ansvar för att synpunkter och klagomål hanteras, utreds, analyseras och återkopplas till medarbetarna, anhöriga. Alla inkomna synpunkter, förbättringsförslag och klagomål behandlas i kvalitetsrådet.

Återkoppling om åtgärd ska alltid ske snarast, utan fördröjning till berörd part. Om klagomålet bedöms som allvarligt rapporteras detta direkt till överordnad chef, MAS, kvalitetsutvecklare och uppdragsgivaren informeras omedelbart.

All dokumentation av synpunkter och klagomål sparas i en pärm hos enhetschef. Kontaktpersonen ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i SoL-dokumentation. Sjuksköterska alternativt arbetsterapeut/sjukgymnast ansvarar för att nödvändig information dokumenteras i HSL-dokumentation.

Om synpunkter eller klagomål inkommer via patientnämnden eller IVO hanteras de utan dröjsmål efter de instruktioner som vanligen följer med ärendet.

Synpunkter, klagomål och förbättringsförslag är ett led i det ständiga kvalitetsarbetet.

## Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner (Infektionsregistrering och antibiotikabehandling skickas till MAS)	2 gånger per år 1 gång i månaden 2 gånger år 1 gång år	Hygienombudsmöte Infektionsverktyg. Markörbaserad journalgranskning HALT- Senior Alert
Basala hygienrutiner och klädregler	3 gång per år 10 ggr/år	Hygienombudsmöte APT
Hygienronder/ självskattning	2 gånger per år	Protokoll hygienombudsmöte
Patientsäkerhetsdialoger	1 gång per år	Protokoll
Avvikelser/ kvalitetsråd	1 gång per månad	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	2 gånger/ år	PPM-databas, Senior Alert

---

Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
------------------------------------	-----------------	---

## **PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

Kvalitetsregister är ett bra sätt att jämföra verksamheten både nationellt, företagsmässigt och verksamhetsmässigt. Samtliga registreringar i kvalitetsregister föreläggs av ett medgivande från den boende.

### **Senior Alert**

Verksamheten är ansluten till Senior Alert och dokumenterar i kvalitetsregistret på webben. Registrering sker med riskbedömning, vidtagna åtgärden och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Samtliga boende ska få en bedömning inom 14 dagar vid inflyttning och bedömningen ska uppdateras minst var 6:e månad oftare vid behov. Vi har registrerat 22 boende av 29 boende.

### **Palliativa registret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Verksamheten dokumenterar i palliativregistret. Under 2019 har 6 avlidit på enheten och 6 registrerats palliativregistret, vilket motsvara 100% registrering.

### **BPSD**

Registrering i BPSD-registret (Beteende och Psykiatriska Symtom vid Demens). Registrering och struktur i demensvården kan leda till minskade BPSD-symtom hos den boende. Verksamheten registrerar och arbetar utefter BPSD åtgärden för den enskilde boende. Boenden med en konstaterad demenssjukdom är registrerade i BPSD registret under 2019. Vi har registrerat 11 personer vilket motsvarar 100%.

### **Hantering av sekretessbelagda patientuppgifter**

Verksamhetens arbetar alltid med avidentifierat material ute i verksamheten, på avdelningarna med undantag för läkemedelslistor och signeringslista för läkemedel, dessa förvaras i låsta skåp i den boendes egen lägenhet. SOL pärmar förvaras på låst undersköterskeexpedition.

Sjuksköterska hanterar patientuppgifter i enighet med gällande lagar och regler, rutiner för hantering finns skriftliga i verksamheten. Samtliga dokument innehållande patientuppgifter/ personuppgifter förvaras i låst dokumentaskåp.

### **HSL- dokumentation**

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har all legitimerad personal dokumentations-skyldighet. Verksamheten har utarbetade rutiner för HSL- dokumentation.

---

### **Avvikelser**

Genom avvikelshantering följs patientsäkerheten upp i det dagliga arbetet. Alla medarbetare rapporterar avvikelser och har skyldighet att rapportera. Avvikelserna skrivs direkt i journalsystemet och går automatiskt till sjuksköterska och enhetschef. Avvikelserna hanteras enligt rutin för avvikelshantering.

### **Vård i livets slutskede**

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska leder arbetet med vård i livets slutskede för den boende på enheten. Sjuksköterskan ger handledning och stöttning till personal och anhöriga/ närstående på enheten.

Ansvarig sjuksköterska har nära samarbete med ansvarig läkare vad det gäller läkemedelsinsatser vid vård i livets slutskede. Ansvarig sjuksköterska arbetar med skattningsskalor och bedömnings verktyg för smärta, oro/ångest, munhälsa vid vård i livets slut.

Informationsmaterial som broschyren ”En liten skrift om vården under livets sista tid” och ”När tiden stannar till” finns att ge närstående/ anhöriga om de önskar.

Uppstartat under år 2019 arbete med material Palliation ABC som kommer fortgå under 2020.

### **Munhälsovård**

I samband med inflyttning erbjuds den boende att skriva under ett tandvårdsintyg som ger rätt till en kostnadsfri munhälsobedömning 1 gång per år samt subventionerad tandvård. Till enheten kan tandläkare, tandhygienist och röntgen komma och utföra i stort sett all tandvård. 29 av 29 boende har tandvårdsintyg. Munhälsobedömning utförs av folktandvården Sörmland och 17 av våra boende har valt folktandvården 10 st av våra boenden har valt Oral Care och 2 st har privat tandvård. Omvårdnadspersonal får en årlig munvårdsutbildning av region Sörmland.

### **Vårdhygien och Smittskydd/ Hygienranskning**

Vårdrelaterade infektioner och smittspridning innebär en risk för de boende. Arbetet med förebyggande åtgärden och registrering sker därför i det dagliga arbetet i verksamheten. Under hösten har alla anställda utbildats i hygien. Hygienobservationer har gjorts enl. Ansvar och omsorgs rutiner. Hygienrund/ hygienobservationer arbetar verksamheten med varje månad. De diskuteras på kvalitetsrådet och arbetsplatsträffar varje månad.

Rutiner för rengöring/städning av samtliga ytor har under 2019 fungerat väl. Rutiner för rengöring av hjälpmedel har under året förtydligats, detta ligger på respektive kontaktperson att utföra 1 gång per månad.

### **Delegering**

All ny omvårdnadspersonal får en individuell delegeringsutbildning av sjuksköterska, samt genomgår webbutbildning för säker läkemedelshantering via demenscentrum. all personal få göra skriftligt prov innan förnyelse av delegeringarna görs. Lämplighet bedöms utifrån gällande riktlinjer.

---

### **Miljö- och hälso granskning**

Genom externkontroll av Miljö- och hälsoskydd garanterar vi att verksamheten klara de kraven för bland annat säker mathantering, säker kökshygien. Under 2019 utförde Miljö och Hälsa en kontroll i verksamheten. Som påvisade att våra livsmedelsrutiner är bra och att vi följer riktlinjerna.

### **Åtkomst till rutiner**

Samtliga rutiner och riktlinjer inom verksamheten finns tillgängliga via företagets verksamhetsstöd på webben för all personal.

### **Internrevision**

Intern kvalitetsgranskning sker 1 gång/ år, med 185 kontrollpunkter. Revisionen avser samtliga områden inom verksamhet.

Utifrån internrevisionen behöver vi stärka verksamheten med:

- Följa A&O mötes mall fullt ut vid alla ombudsmöten.
- Förtydliga förteckning över MTP tillsammans med paramedicins personal
- Förflytningsutbildning
- Kompetensutvecklingsplan HSL

### **Personal/ Introduktion nyanställda**

Nyanställda genomgår introduktion med en mentor där man följer rutinen för introduktion. Det har varit svårt att ta in allt på introduktionsdagarna vi arbetar vidare med intro under 2020.

## **Riskanalys**

Vid inflyttning görs en riskbedömning enligt Senior Alert av fallrisk, risk för undernäring, risk för trycksår och risk för ohälsa i munnen av sjuksköterska. Rehab gör en rehab samt ser över behovet av hjälpmedel. Riskbedömningar görs sedan löpande av sjuksköterska i samråd med kontaktperson, vid förändring i den boendes allmäntillstånd eller minst var 6:e månad. Verksamheten gör riskbedömning kring arbetsmiljö i den enskildes lägenhet, bland annat granskas risker med möblering.

Vid risk att den boende gör sig själv eller andra illa, eller risk för att den boende ska avvika från verksamheten, görs alltid individuella handlingsplaner. Under 2019 har vi haft 1 personer som hade extremt många fall och efter det fått individuella handlingsplan. Under 2019 har vi fokusera på riskbedömningar för att förebygga hos boende som påvisar BPSD symtom.

Vid negativa händelser och avvikelser i verksamheten åtgärdas och förbättras problemet direkt, för undvikande av vårdskada eller tillbud. Vid behov görs en analys av vårdtyngden (både fysisk och psykisk) och vid behov förstärks personaltätheten.

Verksamheten använder sig bland annat av checklista/riskbedömning i boenderum. Som underlag för att identifiera risker och brister. Riskbedömningen görs utifrån olika områden. Efter en genomförd riskbedömning fattas beslut



---

om eventuella åtgärder och en handlingsplan upprättas med analysen som grund.

Avvikelsehanteringen i verksamheten är en del av riskanalysarbetet. Avvikelser i verksamheten identifierar avvikelser och risk för avvikelse. I avvikelser kan man se mönster och identifiera förbättringsområden.

## Utredning av händelser – vårdskador

Under perioden har en allvarlig avvikelse registrerats. Bristande kommunikation, överrapportering när boende hade stopp i urin kad. Händelsen har utretts. Resultatet av utredningen ledde fram till åtgärder i form av diskussion på arbetsplatsträffar, kvalitetsråd samt undervisning av sjuksköterska. Bedömning gjordes att händelsen var av mild allvarlighetsgrad och sannolikheten för upprepning bedöms som liten samt att den inte var så allvarlig att den behövde anmälas till IVO utan hanterades av verksamheten. Utredningen utfördes av ansvarig kvalitetsutvecklare på A&O.

## Informationssäkerhet

Företaget har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör den boendes personliga förhållanden, t.ex. hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Samtycke inhämtas om huruvida uppgifter får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare. Vi följer gällande lagstiftning och riktlinjer. Journalgranskning görs på uppdrag av Division Social Omsorg. SITHS kort och inloggning krävs för åtkomst till journalsystem. Vid överrapportering till annan vårdgivare sker rapport i Prator där även kallelse till SIP ingår.

# RESULTAT OCH ANALYS

## Egenkontroll

Mål	Strategi/er	Åtgärd	Resultat	Analys
Social dokumentation	Tydlig implementering för OVP	Checklista Stöd av dokumentationsombud Apt	85%	Omflytt av OVP
Stabilare situation HSL personal	Rekrytering	Fast SSK anställd	100%	Ökat patientsäkerheten
Ökad delaktighet hos boende	Boenderåd, kontaktman Socialstyrelsens öppna mätning	Genomförandeplan Aktiviteter levnadsberättelse	80%	Fortsätter arbeta med det 2020 där satta mål är rehabiliterande förhållningssätt.

## Avvikelser

Avvikelse 2019	jan	feb	mar	april	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt
Hjälpmedel	-0	0-	-1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Omvårdnad /tillsyn	-3	1-	-2	3	1	4	0	0	2	1	5	4	26
Läkemedel	1	3	5	3	3	2	4	8	4	6	2	6	47
Fall	4	6	1	14	7	13	16	15	17	19	12	34	158
Dokumentation/ information	-0	0-	0-	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Övrigt	-	-					1	0	0	0	0	0	1
Synpunkter och klagomål	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	7

## Avvikelser jämförelse

Avvikelser	2017	2018	2019
Hjälpmedel	1	1	1
Omvårdnad/tillsyn	32	26	26
Läkemedel	38	59	47
Fall	60	61	158
Dokumentation/ information	0	0	1

Den kategorin med högst antal avvikelser är fall där 90% av fallen består av en boende, där psykisk ohälsa är grunden, åtgärder insatta även en specialistläkare inkopplad.

Läkemedelsavvikelser som till största delen består av överlämnande av läkemedel som uteblivit, åtgärder insatta.

Omvårdnad/tillsyn de flesta avvikelserna består i att OVP glömt ta ur hörapparater samt tänder inför natten, rutin upprättad.

Synpunkter och klagomål, madrasser som är undermåliga med risk för trycksår, alla boenden har erhållit nya madrasser.

Anhöriga har haft synpunkter: om tvätthanteringen samt för lite solskydd på innergården, åtgärder vidtagna.

---

## Klagomål och synpunkter

Vi följer Ansvar och Omsorg samt Nyköpings kommuns riktlinjer för klagomålshandling. Information om denna lämnas till anhöriga och boende i samband med att den boende flyttar in. Under 2019 hade vi sju klagomål. Alla klagomål och synpunkter har utretts enligt Ansvar och Omsorgs riktlinjer. Varje utredning resulterade i en åtgärdsplan som tagits fram tillsammans med personal. De klagande har fått återkoppling.

## Händelser och vårdskador

Under perioden har en allvarlig avvikelse registrerats. Bristande kommunikation, överrapportering när boende hade stopp i urin kad. Händelsen har utretts. Resultatet av utredningen ledde fram till åtgärder i form av diskussion på arbetsplatsträffar, kvalitetsråd samt undervisning av sjuksköterska i. Bedömning gjordes att händelsen var av måttlig allvarlighetsgrad och sannolikheten för upprepning bedöms som liten samt att den inte var så allvarlig att den skulle anmälas till IVO utan hanterades av verksamheten. Utredningen utfördes av ansvarig kvalitets utvecklare på A &O

## Riskanalys

Under 2019 fokuserade vi på följande risker:

- Smittspridning
- Läkemedelsavvikelser
- Fall
- Trycksår
- Munhälsa

Under hösten 2019 var målet att minska antalet läkemedelsavvikelser med hjälp av uppdaterade signeringslistor. Det gav visst resultat på avvikelsestatistiken. Vi övergick till individuell uppföljning, återkoppling och analys. Vintern 2019 tog vi hjälp av egen dubbelkontroll som ledde till fortsatt förbättrat resultat. Vi har nollvision på läkemedelsavvikelser som vi ska sträva efter under 2020.

Vi upplever att vi har arbetat bra med hygienrutiner. Under våren 2019 hade flera av våra boenden RS virus i och med det ökade medvetande graden hos personal och hygienrutiner förbättrades.

Alla boenden har erhållit en ny madrass under 2019 som förebyggande av trycksår. Under 2020 kommer vi fortsätta arbeta med Senior Alert för att tidigt upptäcka risker för trycksår.

I Juni hade vi en misstanke om lex Sarah, den har utretts enligt företagets rutin. Genom att diskutera händelsen på APT och kvalitetsråd samt att sjuksköterska undervisar i hud/omvårdnad bedöms risken för upprepning av händel-

sen minimal. Händelsen bedöms att inte ge en konsekvens för vårdtagaren. Sannolikheten för upprening bedöms som liten.

Under 2019 har vi haft ett bra samarbete med Oral Care samt Folk tandvården Sörmland. Där sjuksköterska och OVP erhållit stöd gällande munhälsobedömning All personal har under hösten 2019 genomgått folk tandvårdens utbildning i munvård.

## Mål och strategier för kommande år

Övergripande mål	Verksamhetens mål	Aktiviteter
Vi ska stärka värdegrunden i verksamheten	Alla medarbetare ska genomgå värdegrundstrappan  Tydliggöra värdegrunden vid introduktion  Alla medarbetare deltar i reflektion  Alla anställda ska delta i introduktion	Följa upp att alla har genomgått värdegrundstrappan  Stående punkt under introduktion  Reflektion på förmiddagen samt fredag  Introduktionschecklista
Central introduktionsutbildning för nyanställda	Att få kunskap om företaget och företagets värdegrund  Att få kunskap om kontaktmannaskap	Värdegrundsutbildning & samtal under APT  Webb utbildning & Samtal under APT
Vi ska uppfylla gällande lagstiftning enligt SOL	Genomföra två revideringar av genomförandepanerna under året  Alla boende ska ha journalanteckning i den sociala dokumentationen minst en gång per vecka  100% av personalen ska ha skrivit anteckningar i sociala dokumentationen under året.	Revidering 2 gånger om året samt vid behov  Checklista lämnas in varje månad  Checklista lämnas in varje månad
Vi ska arbeta aktivt med det systematiska kvalitetsarbetet	Dagplaneringsmallar på samtliga avdelningarna  De boende ska vara delaktiga verksamhetens kvalitetsarbete  Medarbetarna ska vara delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete	Möte med dagplanerare  Boenderåd & enkäter  Ombudsmöten till exempel kost, aktivitet, palliativt.

Vi ska leva upp till gällande lagstiftningar i HSL och PSL	Vi ska vara aktiva och registrera i aktuella kvalitetsregister	Temakonferenser & uppföljning på ledningsmöte
	Upprätta vårdplaner	Vid ett behov eller ett problem upprättar vi vårdplaner
	Kvalitetssäkra HSL arbete	Palliativt möte, Kvalitetsråd, Temakonferens, Inkontinensmöte, Hygienmöte, Lokalt ledningsmöte, Nattfastemätning, Hygienobservations sammansättning, Kontroll av MTP, Viktkontroll, Infektionsregistrering, Kvalitetsregister, Läkemedelsgenomgång, Läkarkontroll, Narkotikakontroll, Kostmöte, Avvikelsehantering.
	Höjd kompetens kring rehabiliterande syn- och arbetssätt	Utbildning på APT, Temakonferens & Kvalitetsråd
	Trygg och säker hjälpmedelshandling	Årlig funktionskontroll av hjälpmedel



# Patientsäkerhetsberättelse

# 2019

Datum och ansvarig för innehållet

2020-02-28

Johanna Olin

Verksamhetschef

---

---

## Innehåll

# Betelhemmet

## JÖNÅKER

.....	1
<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
Övergripande mål och strategier .....	4
Organisation och ansvar.....	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Patienters och närståendes delaktighet .....	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .	7
Klagomål och synpunkter .....	8
Egenkontroll.....	8
<b>PROCESS – Åtgärder för att öka</b>	
<b>patientsäkerheten .....</b>	<b>10</b>
Riskanalys .....	11
Utredning av händelser - vårdskador .....	12
Informationssäkerhet.....	13
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>14</b>
Egenkontroll.....	14
Utöver den egenkontroll som vi själva gör har Vård- och Omsorgsnämnden gjort ett tillsynsbesök där vi fick gott betyg, Räddningstjänsten har utfört brandskyddsinspektion med ett förslag till förbättring som omedelbart åtgärdades, Livsmedelenheten gjort kontroll utan anmärkning samt en kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har gjorts av apotekare och visade på mycket god kvalitet. Socialstyrelsen har också genomfört brukarundersökningen ” Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2019” .....	17
Avvikelser .....	19
Klagomål och synpunkter .....	20
Sammanfattande bedömning.....	21

---

## Mål och strategier för kommande år .....21

### Sammanfattning

Betelhemmet är enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 skyldig att skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa mål, strategier, och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Betelhemmets mål är att boende ska ges möjlighet att vara aktiva och delaktiga efter sin individuella förmåga. En hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav i vår verksamhet. En person som har kontakt med Betelhemmets personal ska känna sig trygg och säker. Vi vill främja en öppen kommunikation med våra boende och deras anhöriga och att de alltid ska känna att vi lyssnar och bryr oss om deras åsikter. En anställd ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges.

För att bibehålla den höga andelen nöjda boende på Betelhemmet fortsätter vi att involvera våra boende och deras anhöriga och göra dem delaktiga i beslut som rör dem. Vi upprättar genomförandeplaner och hälsoplaner som vi följer upp två gånger varje år för att minska riskfaktorer. Vi har återkommande boenderåd där de boende får information och har möjlighet att framföra sina åsikter.

Vi arbetar med registrering i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret och vi signerar läkemedel digitalt. Vi har under året haft en extern kvalitetsgranskning av läkemedel med gott resultat.



---

Vi aktualiserar, reflekterar över och reviderar våra lokala rutiner kontinuerligt och arbetar också aktivt med förbättringsarbete inom patientsäkerhet för att ge en trygg och säker vård. Personalen får intern och extern utbildning inom aktuella områden.

Utifrån riskanalyser och lärdomar som har spridits i verksamheten ligger fokus för det kommande året på att ytterligare öka säkerheten när det gäller läkemedelshantering och dokumentation. All personal kommer under våren att genomgå utbildning i att registrera avvikelser i Pro Capita.

## **STRUKTUR**

### **Övergripande mål och strategier**

*SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.*

#### **Betelhemmets övergripande mål:**

- Nöjda och aktiva boende
- Hög kvalitet på vården
- Kostnadseffektivitet
- Rätt bemanning
- Bra måltidssituationer

#### **Strategier:**

För att bibehålla den höga andelen nöjda boende på Betelhemmet involverar vi våra boende och gör dem delaktiga i beslut som rör dem. Vi har återkommande boenderåd där de boende får information om vad som är på gång och har möjlighet att själva ta upp funderingar eller förslag.

Vi använder oss av registreringar i kvalitetsregister för att identifiera och minska riskfaktorer och upprättar genomförandeplaner och hälsoplaner som vi följer upp två gånger varje år.

För att öka tryggheten och säkerheten i vården har vi kontinuerligt interna diskussioner om säker läkemedelshantering och vi arbetar med digital signering av läkemedel. Vi arbetar

---

aktivt med förbättringsarbete inom patientsäkerhet och aktualiserar och reflekterar kontinuerligt över våra lokala rutiner. Personalen får intern och extern utbildning inom aktuella områden.

## **Organisation och ansvar**

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

Vårdgivare är stiftelsen Betelhemmet och dess styrelse. Styrelsen har 6 medlemmar, till större delen från Betelförsamlingen som är huvudman över stiftelsen Betelhemmet. Styrelsen har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet på Betelhemmet.

Verksamhetschef är underordnad styrelsen och fastställer mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Verksamhetschefen ansvarar för upprättandet av egenkontroll och att formulera mätbara mål. Verksamhetschefen ansvarar för att all personal har rätt kompetens i omvårdnadsarbetet, att personalen informeras om de brister som kan förekomma samt de resultat som kvalitetsmätningarna ger.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) ansvarar för att varje äldre får vård utifrån sina behov. OAS ansvarar även för att bedöma och ge omvårdnadspersonalen formell och reell kunskap för att få delegering att utföra medicinska uppdrag. OAS ansvarar för att dokumentera och möjliggöra för omvårdnadspersonalen att inhämta nödvändig information om de boende för att kunna utföra säker omvårdnad. OAS ansvarar för registrering till MAS i Nyköpings kommun och tillsammans med verksamhetschefen anmäla händelse gällande Lex Sarah och Lex Maria.

---

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Avtal finns om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland. Läkarmedverkan innefattar telefonkontakter, patientadministration, besök, handledning av personal, läkemedelsgenomgångar och akuta insatser. På medicinska grunder görs hembesök på Betelhemmet av läkare. Tillgång till läkarmedverkan finns dygnet runt. Dygnet runt finns även tillgång till tjänstgörande sjuksköterska enligt av

tal med Nyköpings kommun. En hygiensjuksköterska delas med de andra kommunerna i Sörmland.

Tandvårdsenheten i Region Sörmland har avtal med Nyköpings kommun om munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning om munvård för personal. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, Vård- och Omsorgsnämnden. Folktandvården eller Oral Care kommer till Betelhemmet för avancerad tandvård. De äldre får själva bestämma vilken utförare de vill ha.

ApoEx AB har avtal med Nyköpings kommun om kvalitetsgranskning av läkemedelshantering samt fortbildning för sjuksköterskor om nyheter inom läkemedelsområdet. Betelhemmet får tillgång till detta genom entreprenadavtal med Nyköpings kommun, Vård- och Omsorgsnämnden.

Rehabkonferens hålls var tredje vecka med sjuksköterska, paramedicinsk personal, vårdpersonal och vid behov verksamhetschef.

Till vårdplanering kallas olika yrkeskategorier utifrån den boendes behov, exempelvis arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare, eller tandhygienist.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

---

Vid ankomstsamtal och individuell vårdplanering inbjuds boende och närstående att delta i planering av omvårdnaden. Boende och närstående involveras i de genomförandeplaner som personal utarbetar och genomförandeplanen godkänns av den boende.

Boende och närstående informeras om vårt arbete för att förebygga vårdskador, om kvalitetssäkringsarbetet i Senior Alert och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner.

Under 2019 har en handlingsplan för anhörigstöd tagits fram. Handlingsplanen fortsätter att implementeras under 2020.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

*SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5*

En händelserapport ska skrivas av den person som upptäcker avvikelser eller händelsen, denna skyldighet har alla oavsett yrkeskategori. Det kan exempelvis gälla läkemedel, fallskador, omvårdnad och informationsöverföring. Lokala rutiner finns tillgängliga för all personal på gemensam dator.

Personalen på Betelhemmet är medveten om deras skyldighet att anmäla Lex Sarah om missförhållande eller risk för missförhållande skulle uppstå i omvårdnaden.

Sjuksköterskan har ansvar att anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada enligt Lex Maria.

Verksamhetschef ansvarar för att följa upp och avsluta alla händelserapporter. Verksamhetschef ansvarar även för att utreda och sammanställa händelserapporter samt anmäla allvarliga händelser till inspektionen för vård och omsorg (IVO).

---

## **Klagomål och synpunkter**

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

Klagomål eller synpunkter som inkommer från de boende och deras anhöriga utreds och besvaras av verksamhetschef. Betelhemmet har en lokal rutin för denna hantering.

Klagomål som inkommer via Kommunen, sjukhuset, patientnämnd eller Inspektionen för vård och omsorg utreds och besvaras av verksamhetschef som återkopplar till berörd enhet.

Klagomål, synpunkter eller önskemål av enklare karaktär tas emot och åtgärder påbörjas omedelbart av berörd personal, exempelvis kontaktperson eller sjuksköterska och åtgärder dokumenteras i patientjournal eller genom förandeplan.

## **Egenkontroll**

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

Verksamhetschef ansvarar för att leda, planera, kontrollera och utvärdera kvalitets- och säkerhetsarbete utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv samt utifrån resultat och förväntade effekter. Verksamhetschef säkerställer att lokala rutiner finns i enlighet med lagstiftning samt att det finns ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Verksamhetschef kontrollerar dokumentationen som den anställda personalen gör.

Verksamhetschef och sjuksköterska följer regelbundet resultaten i kvalitetsregistret Senior Alert samt Svenska Palliativregistret och återför till verksamheten.

Tillsammans upprättas rutiner gällande medicintekniska produkter och förbrukningsmaterial.

Sjuksköterska kontrollerar och följer upp signeringslistor kontinuerligt vid larm i APPVA, följer upp hälsoplaner och gör enklare läkemedelsgenomgångar. Fördjupade läkemedelsgenomgångar begränsas av tillgång till läkare. Önskvärt är att det skulle göras oftare. Sjuksköterska rapporterar till verksamhetschef och skriver även händelserapporter om något inte följer plan eller om signering uteblivit.

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Läkemedelsgenomgång	Vid varje nyin- flyttad, sedan kontinuerligt vid behov.	
Läkemedelsgenomgång fördjupad	2 boende/år	
Hygienrond	November 2019	Självskattning genomförd på APT
Patientsäkerhetsdialoger	2 gång per år	Vårdplanering
Avvikelser	12 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	Var 3:e vecka 2ggr/år 1ggr/år	Hälsokonferens Vårdplanering Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år 4 ggr/år Vid behov	Vårdplanering Boenderåd Anhörigkontakt, personliga möten, telefonsamtal
Doskontroll	Var 14:e dag	Enligt rutin för sjuksköterska
Läkemedelshantering	3ggr/vecka	Kontroll av signering i APPVA
Hälsoplaner	4ggr/år (oftare vid behov)	Pro Capita

---

## **PROCESS – Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten:

- Fortsatt registrering i kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativa registret.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och läkemedelsgenomgångar har genomförts, men i begränsad omfattning med anledning av begränsad tillgång till läkare.
- Självskattning inom hygien utförd.
- Samverkan med larmföretag och räddningstjänsten om trygghetslarm.
- Räddningstjänsten har utfört brandskyddsinspektion.
- Kvalitetssäkring av delegeringsprocessen har påbörjats och kommer att fortsätta under 2020.
- Fortsatt samarbete med Vesica och TENA gällande inkontinenshjälpmedel.
- Fortsatt implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete på dator.
- Fortsatt förbättringsarbete inom aktivitet.
- Fortsatt förbättringsarbete gällande dokumentation. Planering av utbildning för all personal har påbörjats.
- Fortsatt arbete med APPVA i Ipad som signeringsverktyg.

- 
- Ytterligare en luftvärmepump har installerats för att öka möjligheten till svalka på varma sommardagar.
  - Alla sommarvikarier har fått intern utbildning inom brandsäkerhet, dokumentation och lokala rutiner.
  - Fortsatta kvalitetsmöten en gång per månad där avvikelser följs upp och förbättringsåtgärder diskuteras.
  - Boenderåd hölls en gång på våren och en gång på hösten.
  - Kökspersonal har varit på utbildning ”Bra måltider inom äldreomsorgen”.
  - En genomgång av samtliga lokala rutiner har gjorts och områden där vi behöver arbeta vidare med rutinen har identifierats.

## **Risicanalys**

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

Verksamhetschef ansvarar för riskanalys genom att kontinuerligt identifiera, analysera och bedöma risker i verksamheten så att patientsäkerheten kan tillgodoses. Verksamhetschef arbetar nära med personal, enligt lokala rutiner och i samma fastighet som verksamheten bedrivs, på så sätt förenklas identifiering och bedömning av eventuella risker.

Ett område som varit föremål för riskanalys under det senaste året har varit hanteringen av läkemedel. En sammanställning av de avvikelser som har registrerats visar att missade signeringar av läkemedel är den vanligaste avvikelserna. Det har exempelvis framkommit att läkemedel ibland ges utanför den boendes lägenhet, framförallt i matsalen, och att det kan innebära att personal blir avbruten i förfarandet och missar en signering. I förhållande till det totala antalet signeringar som görs är siffran gällande missade signeringar låg, men ett förbättringsarbete har ändå påbörjats för att ytterligare minska risken för att en skada ska kunna uppstå.

Risicanalys på individnivå gör Sjuksköterska genom planering och uppföljning med den boende, kontaktperson, rehabpersonal och läkare enligt lokal rutin. Utifrån de kvalitetsregister och bedömningsinstrument som används för att identi-



---

fiera risker, exempelvis Senior Alert och smärtskalor, görs en hälsoplan med åtgärder.

## **Utredning av händelser - vårdskador**

*HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket*

Betelhemmet har särskilda lokala rutiner för sammanställning och analys av händelserapporter. Alla rapporter lämnas första skede på papper hos sjuksköterska som i sin tur dokumenterar i journal om det gäller HSL. När sjuksköterska är färdig med sina åtgärder och dokumentation överlämnas dessa rapporter till verksamhetschefen. Skulle händelserapporten innehålla ärende kopplat till SoL eller förbättringsprojekt lämnas den direkt vidare till verksamhetschefen.

Verksamhetschef samlar alla händelserapporter varje månad för statistik och analys av innehållet. Varje månad hålls ett kvalitetsmöte där alla rapporter diskuteras, personal får möjlighet att själva komma med förslag till tänkbara åtgärder. Resultatet från kvalitetsmötet tas upp på arbetsplatsträff varje månad så att alla i hela personalgruppen får samtidig information om åtgärder och planer. Detta leder även till samstämmighet i förbättringsarbete och förändringsåtgärder. Olika förändringsåtgärder behöver mer eller mindre tid att implementera. Händelserapport är ofta det första steget i en förändringsprocess.

Händelserapporteringsystemet är fungerande och det är invand process i personalgruppen. Men då all personal dokumenterar på papper blir det ett omfattande arbete för sjuksköterskan att dokumentera alla händelser i Pro Capita. Det händer också att rapporterna är ofullständiga och att sjuksköterskan därmed måste söka upp den personal som har skrivit för att få kompletterande information. Målet är därför att all

---

personal ska kunna skriva in händelsen direkt i avvikelsemodulen i Pro Capita.

Exempel på en händelse som utreddes under 2019 gällde ett fall som inträffade med personskada och sjukhusvistelse som följd. Risk för ytterligare fall förelåg i samband med större alkoholintag. Efter samtal med den boende, omvårdnadspersonal och sjuksköterska gjordes uppföljning i genomförandeplanen samt kontakt med läkare för eventuell utsättning av blodförtunnande medicin. Den boende återgick till måttligt intag av alkohol och inga ytterligare åtgärder behövde vidtas.

De vanligaste händelserna som har inträffat under 2019 gäller läkemedel, framförallt att det saknas signering. En utredning har gjorts tillsammans med hela personalgruppen där olika orsaker till missade signeringar identifierades. Utifrån de olika orsaker som framkom har ett förändringsarbete påbörjats för att minska risken för missade signeringar.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Verksamheten har lokala rutiner för informationssäkerhet, styrning av behörigheter samt rutiner för åtkomstkontroller. Inloggning till olika system hanteras av verksamhetschefen som gör alla nybeställningar. För att komma in i ProCapita måste inloggning ske till Nyköping kommuns server, detta sker med hjälp av SITHS-kort.

Verksamheten anlitar återkommande en extern utförare som ansvarar för dataunderhåll och it-support.

Under hösten 2019 hade den nyanställda sjuksköterskan betydande och återkommande svårigheter att logga in i Pro Capita. Trots att kontakt togs med IT-enheten i Nyköpings Kommun vid återkommande tillfällen tog det över en månad innan sjuksköterskan kunde dokumentera och få tillgång till dokumentation på ett tillfredsställande sätt. Situationen var mycket allvarlig ur patientsäkerhetshänseende. Efter att en möjlig orsak har identifierats och åtgärdats har situationen

---

förbättrats men arbetet fortsätter för att inloggning till Pro Capita ska fungera utan störningar.

Nyköpings kommun, Division Social Omsorg tar kontinuerligt fram loggar ur Pro Capita och NPÖ för stickprovskontroll. Stickprovskontroller gjordes 2019 utan anmärkning.

## **RESULTAT OCH ANALYS**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

### **Egenkontroll**

#### **Senior Alert**

Alla boende på Betelhemmet har två gånger per år en genomförd riskbedömning. Om risker upptäcks i riskbedömningen görs en teambaserad utredning av bakomliggande orsaker samt vilka åtgärder som kan vara lämpliga utifrån behov. Åtgärdsplanerna följs upp senast tre månader efter genomförd riskbedömning. Två gånger per år redovisas resultatet till personalgruppen på APT.

Under 2019 utfördes riskbedömningar på samtliga boende, vilket var samma resultat som året innan. Bakomliggande orsaker vid risk identifierades och åtgärdsplan och utfärdades i samtliga fall där risk förelåg.

#### **Svenska palliativregistret**

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede har varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut. Registrering sker inom sju områden.

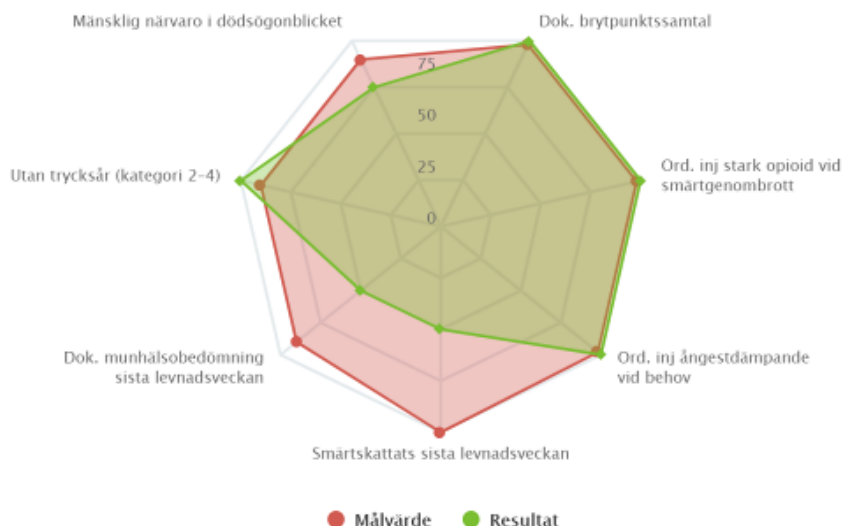
---

År 2018 registrerades verksamhetens samtliga inträffade dödsfall i Palliativa registret. Under 2019 inträffade 8 dödsfall. Av de 8 registrerades 4, vilket innebär en försämring jämfört med föregående år. En trolig förklaring till bristen när det gäller att registrera är att verksamheten vid två tillfällen under året har bytt sjuksköterska. Detta innebär att det var nödvändigt att prioritera det dagliga arbetet i första hand, för att säkerställa att alla boende fick den vård de hade behov av.

Resultatet av de registreringar som gjordes visar att samtliga hade dokumenterade brytpunktssamtal, alla hade fått ordination på vidbehovsläkemedel och ingen hade drabbats av trycksår. Två av fyra hade fått dokumenterad smärtskattning med validerat instrument och bedömning av munhälsa genomförd. Trots en ansträngd situation för sjuksköterskan visar resultatet att den palliativa vården på enheten har varit god, men att målet för kommande år blir att återigen öka antalet registreringar så att alla dödsfall registreras i Palliativa registret samt att öka antalet munhälsobedömningar och dokumenterade smärtskattningar.

## Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

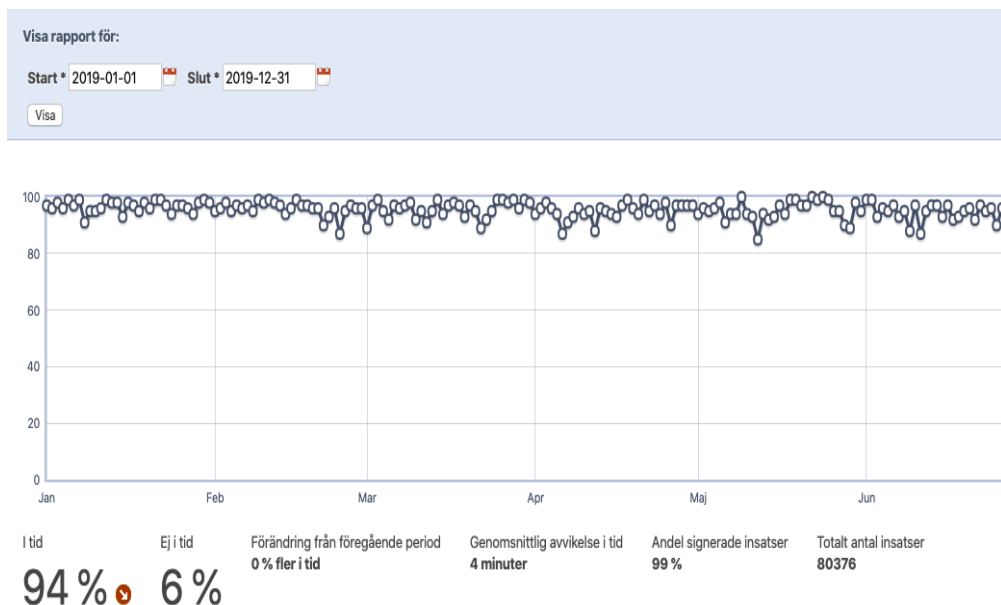
Period 2019-01 – 2019-12



## APPVA

I samband med digital signering underlättas uppföljning genom egenkontroll. I APPVA registrerades totalt **80 376** insatser under 2019. Insatser är allt man kan signera i APPVA som utförda åtgärder, t ex läkemedelsutdelning, såromläggning, tillsynsbesök, extra näring, träning, stödstrumpor, lägesändring, blodsockerkontroll mm. 94 % av alla insatser utfördes i tid enligt ordination, vilket innebär att 75 553 insatser utfördes utan anmärkning, vilket är ett mycket bra resultat. De resterande har fått avvikelser som t.ex. läkemedel ej givet i tid, patient kan ej ta emot läkemedel eller ej signerade läke-

medel. Dessa avvikelser följs upp av sjuksköterskan beroende på allvarlighetsgrad.



Utöver den egenkontroll som vi själva gör har Vård- och Omsorgsnämnden gjort ett tillsynsbesök där vi fick gott betyg, Räddningstjänsten har utfört brandskyddsinspektion med ett förslag till förbättring som omedelbart åtgärdades, Livsmedelsheten gjort kontroll utan anmärkning samt en kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen har gjorts av apotekare och visade på mycket god kvalitet. Socialstyrelsen har också genomfört brukarundersökningen ” Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2019”.

## **Brugarundersökning ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2019”**

Under året har de boende på Betelhemmet besvarat socialstyrelsens undersökning ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen”. Andelen svarande av de boende på Betelhemmet var 60–80%.

Undersökningen visar att andelen som är nöjda med sitt äldreboende är 80%, resterande har svarat neutralt eller nega-

---

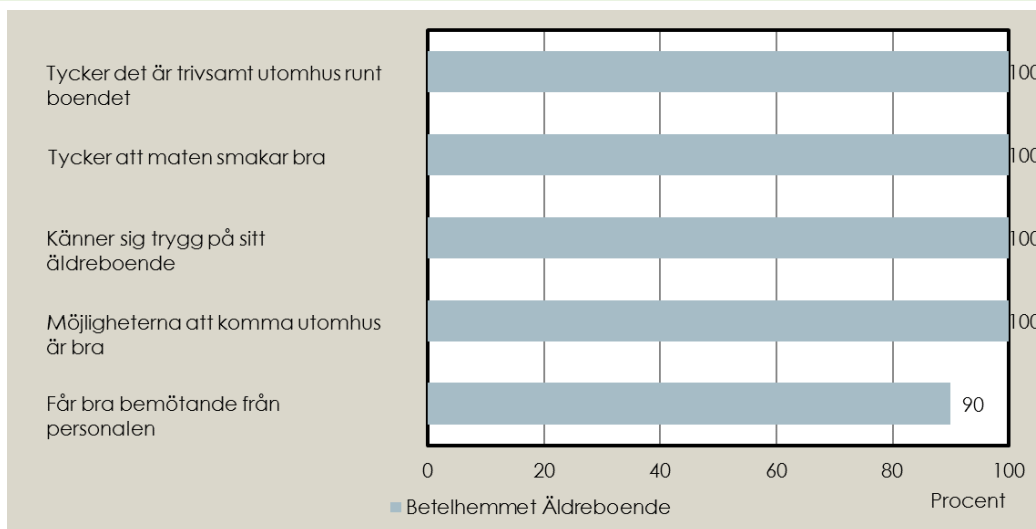
tivt. Högst andel positiva svar gäller trivsel utomhus runt boendet, maten, känsla av trygghet, möjligheterna att komma utomhus och bra bemötande från personalen.

De frågor där andelen positiva svar var lägst gällde besvär av ensamhet, trivsel med sitt rum, tillgång till läkare, aktiviteter som erbjuds och information från personalen vid tillfälliga förändringar.

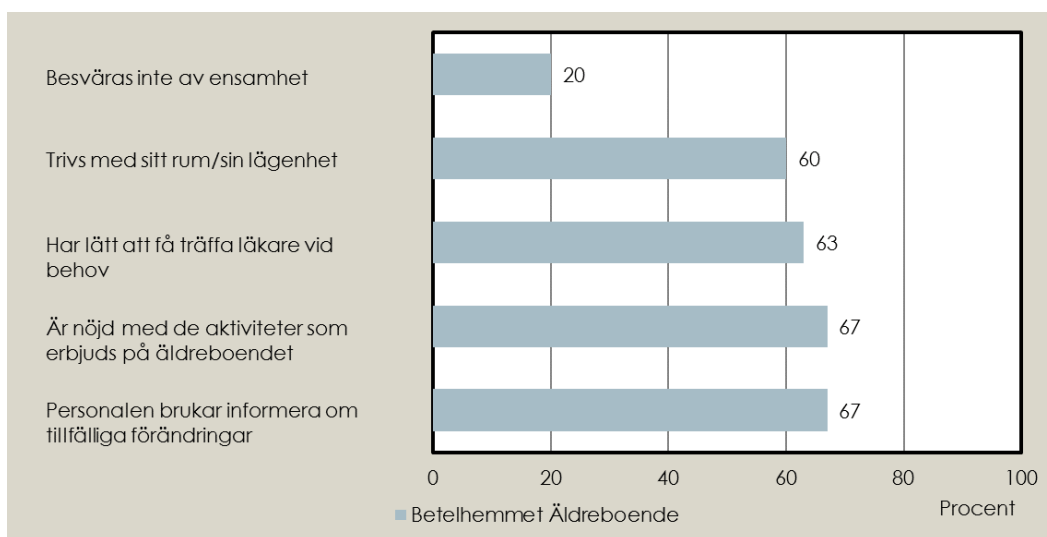
Utifrån resultatet i undersökningen är de boende på Betelhemmet i stort sett mycket nöjda. Dock finns ett behov av att under kommande år uppmärksamma personer som besväras av ensamhet. Detta kan framförallt uppmärksammas och utvärderas vid de individuella vårdplaneringarna.

Ett förbättringsarbete gällande aktiviteter pågår och kommer att fortsätta under det kommande året. Utvärdering av det arbetet kommer att ske på boenderåd och även i brukarundersökningen under våren 2020.

**De fem frågor där andelen positiva svar är högst**



### De fem frågor där andelen positiva svar är lägst



## Avvikelser

Avvikelser rapporterade i Pro Capita.

**Avvikelse**

**2018**

**2019**



---

Fall	44	21
Läkemedel	99	101

Under det senaste året mer än halverades antalet fall jämfört med föregående år. På grund av att en stor del av de boende inte var desamma under två åren är det svårt att dra några slutsatser av resultatet. Det som dock kan konstateras är att antalet fall sett över hela året är mycket lågt, vilket kan ses som ett resultat av väl fungerande rutiner som efterföljs.

Antalet avvikelser gällande läkemedel har i det närmaste varit oförändrat under 2019 jämfört med föregående år. Avvikelser som registrerats gällande läkemedel avser ordinationer som inte har utförts på ett riktigt sätt eller inte signerats. Ingen av dessa avvikelser har varit av allvarigare karaktär. Även om antalet avvikelser är förhållandevis lågt finns det fortfarande möjlighet att göra läkemedelshanteringen ännu säkrare genom att ytterligare förbättra rutinerna kring hanteringen.

## **Klagomål och synpunkter**

Under 2019 har väldigt få klagomål framkommit, vilket tyder på att vi i stort har väldigt nöjda boende och anhöriga. De klagomål eller synpunkter som har framkommit har tagits upp i samband med vårdplanering, vid personliga möten och telefonsamtal eller vid boenderåd och har vid behov åtgärdats omgående och återkopplats till berörda personer enligt den lokala rutinen. Dokumentation sker vanligen i patientjournalen, genomförandeplanen eller i protokoll från boenderåd.

Då det har tillkommit många nya i personalgruppen saknas kännedom om blanketten ”synpunkter och klagomål”. Vårt mål är en öppen kommunikation med våra boende och deras anhöriga och att de alltid ska känna att vi lyssnar och bryr oss om deras åsikter. Det är därför viktigt att vi fortsätter att ta emot de klagomål och synpunkter som framkommer och alla i personalgruppen också känner till att blanketten ”synpunkter och klagomål” finns för att kunna tillhandahålla den

---

vid behov. Detta kommer att uppmärksammas på arbetsplats-träff under våren. En förbättring som kan väntas om blanketten används är att sammanställning av klagomål och synpunkter förenklas och blir lättare att följa upp.

Det händer att de boende har önskemål om maten som serveras. Därför kommer vi under våren 2020 att återinföra matråd. Där får de boende möjlighet att framföra sina åsikter och önskemål kring maten som serveras och kring måltidssituationerna.

## **Sammanfattande bedömning**

Den sammanfattande bedömningen är att hälso- och sjukvården på Betelhemmet är av god kvalitet utifrån de uppsatta mål, statistik, uppföljningar och granskningar som genomförts under året.

Det har under året funnits allvarliga brister när det gäller inloggning i verksamhetssystemet Pro Capita som skulle ha kunnat innebära patientsäkerhetsrisker. Efter åtgärd har situationen förbättrats, men det finns fortfarande behov av ytterligare förbättring för att inloggning i Pro Capita ska fungera utan störningar.

Betelhemmet har fungerande rutiner när det gäller händelserapportering, men hanteringen kan förenklas genom att all personal registrerar händelser direkt i Pro Capita. Om berörd personal eller den personal som upptäcker händelsen själv registrerar ökar säkerheten genom att rätt information finns tillgänglig från början.

## **Mål och strategier för kommande år**

Betelhemmets generella övergripande mål och strategier ska även fortsättningsvis vara ledande. Mål och strategier för verksamheten påverkas också av faktorer som ny lagstiftning, utredningar och föreskrifter.

---

Utifrån de riskanalyser och de lärdomar som har spridits i verksamheten ligger fokus för det kommande året på att ytterligare öka säkerheten gällande avvikelser när det gäller läkemedel samt dokumentation. Vi kommer att arbeta vidare med våra lokala rutiner kring läkemedelshantering. All personal kommer under våren att genomgå utbildning i att registrera avvikelser i Pro Capita. Vi kommer också att fortsätta implementeringen av vår handlingsplan för anhörigstöd.

Utöver detta kommer Betelhemmet även att fokusera på:

- Fortsatt förebyggande arbete för att minska risk för undernäring, fall, trycksår och ohälsa i munnen enligt Senior Alert
- Fortsatt förbättring med dokumentation enligt HSL och SoL
- Fortsatt god läkemedelsbehandling av äldre, alla ska få förenklad läkemedelsgenomgång vid behov samt en fördjupad läkemedelsgenomgång tillsammans med apotekare.
- Fortsatt förbättringsarbeten inom aktiviteter
- Kostnadseffektivitet på beställningsvaror
- Ökad användning av samt fördjupning av de digitala hjälpmedel vi använder idag.

För att nå dessa mål behöver vi:

- Arbeta med befintliga rutiner för kontinuerlig uppföljning av patientsäkerhetsarbetet
- Delta i de mätningar som vi blir ålagda
- Extern och Intern utbildning inom dokumentation
- Fortsätta arbetet med implementering av ledningssystem för kvalitet
- Jämföra kostnader från olika leverantörer och samordna beställningar. En person ansvarar för beställningar för att ha en helhetsbild.
- Använda de hjälpmedel som finns i verksamheten

VON §

Dnr VON20/7

**Journalgranskning – Hälso- och sjukvårds-journaler**

I medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvarsområde ingår att regelbundet granska slumpmässigt utvalda patientjournaler inom kommunens hälso- och sjukvård. Årets granskning har genomförts under sommaren och avrapporteras här. Som komplement har även sjuksköterskorna själva genomfört egenkontroller.

MAS konstaterar en rad brister i journalföringen och att dessa i stort sett är desamma som har påvisats under de senaste åren. Under fjolåret begärde nämnden in åtgärdsplaner för hur utförarna planerade att förbättra journalföringen. För Division Social omsorgs (DSOs) del har åtgärderna inte fått avsedd effekt. Förbättringar finns fortfarande att göra även för de privata utförarna.

DSOs uppdrag är att skapa förutsättningar att följa lagen och säkerställa patientsäkerheten. Vård- och omsorgsnämnden kan inte acceptera ytterligare ett år med samma brister i journalföringen. Vid kommande årsskifte måste nämnden kunna förvissa sig om att patientsäkerheten är tydligt förbättrad. DSO föreslås därför få i uppdrag att återkomma med en skriftlig rapport över hur man nu kommer att arbeta för att snarast förbättra journalföringen.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporten "Journalgranskning – Hälso- och sjukvårdsjournaler", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-24.

**att** uppdra åt DSO att till nämndsammanträdet 2020-10-29 inkomma med en skriftlig rapport över hur man på ett skyndsamt sätt avser att åtgärda bristerna i journalföringen.

**att** om nästa års granskning av journalföringen visar att de senaste årens brister inte är åtgärdade, göra en anmälan till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO).

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

VON §

Dnr VON20/7

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## Journalgranskning – Hälso- och sjukvårds- journaler

### Bakgrund

I medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvarsområde ingår att regelbundet granska slumpmässigt utvalda patientjournaler inom kommunens hälso- och sjukvård. Årets granskning har genomförts under sommaren och avrapporteras här. Som komplement har även sjuksköterskorna själva genomfört egenkontroller.

MAS konstaterar en rad brister i journalföringen och att dessa i stort sett är desamma som har påvisats under de senaste åren. Under fjolåret begärde nämnden in åtgärdsplaner för hur utförarna planerade att förbättra journalföringen. För Division Social omsorgs (DSOs) del har åtgärderna inte fått avsedd effekt. Förbättringar finns fortfarande att göra även för de privata utförarna.

DSOs uppdrag är att skapa förutsättningar att följa lagen och säkerställa patientsäkerheten. Vård- och omsorgsnämnden kan inte acceptera ytterligare ett år med samma brister i journalföringen. Vid kommande årsskifte måste nämnden kunna förvissa sig om att patientsäkerheten är tydligt förbättrad. DSO föreslås därför få i uppdrag att återkomma med en skriftlig rapport över hur man nu kommer att arbeta för att snarast förbättra journalföringen.

### 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

**att godkänna rapporten ”Journalgranskning – Hälso- och sjukvårdsjournaler”, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-24.**

**att** uppdra åt DSO att till nämndsammanträdet 2020-10-29 inkomma med en skriftlig rapport över hur man på ett skyndsamt sätt avser att åtgärda bristerna i journalföringen.

**att** om nästa års granskning av journalföringen visar att de senaste årens brister inte är åtgärdade, göra en anmälan till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO).

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

## Journalgranskning – Hälso- och sjukvårdsjournaler

I medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvarsområde ingår att regelbundet granska, slumpmässigt utvalda patientjournaler i kommunens hälso- och sjukvård. Detta för att säkerställa så att de är upprättade i den omfattning som föreskrivs i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Patientdatalagen (2008:355), Patientlagen (2014:821) och föreskriften HSLF-FS 2016:40, journalföring i hälso- och sjukvården. I den sistnämnda regleras vilka uppgifter en journal ska innehålla. Mallen som används vid granskning är till stor del framtagen utifrån denna föreskrift.

### Journalens syfte

Syftet med patientjournalen är bland annat att

- bidra till en god och säker vård för patienten
- vara en informationskälla för
  - patienten
  - vårdaren
  - uppföljning och utveckling av aktuell verksamhet
  - tillsyn och rättsliga krav
  - uppgiftsskyldigheten enligt lag
  - forskning

Journalen ska därför bland annat innehålla

- uppgift om patientens identitet
- uppgift om vem som är närstående
- uppgifter om samtycke för bland annat kontakt med andra vårdgivare
- väsentliga uppgifter om bakgrund till vården, det vill säga uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- uppgift om undersökningsresultat, ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder
- väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder och ordinationer av till exempel olika behandlingar
- uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ
- uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling
- uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen
- uppgifter om vårdhygienisk smitta
- epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård
- uppgift om vem som gjort en viss anteckning och när den gjordes



## Bakgrund

MAS patientjournalgranskningar 2017, 2018 och 2019 visade alla ett stort behov av att förbättra journalföringen i kommunens hälso- och sjukvårds patientjournaler. Det konstaterades varje år att målet för förbättringarna av journalföringen måste sättas högt för att garantera patientsäkerheten samt att åtgärder behövde snarast komma till stånd.

Ett åtgärdsprogram arbetades fram av verksamhetschef enligt HSL i Division social omsorg både efter granskningen 2017 och 2019. I åtgärdsprogrammet efter granskning 2017 ingick bland annat att samtliga sjuksköterskor erbjöds dokumentationsutbildning och därefter påbörjades egenkontroll utifrån en mall för journalgranskning framtagen av MAS våren 2018. Syftet med egenkontrollerna var förutom granskning även att den skulle vara ett lärande utifrån att mallen också kunde ses som en anvisning om vilka uppgifter som minimum ska finnas i en patientjournal.

Resultatet av egenkontrollerna och MAS granskning under sommaren 2018 visade en viss förbättring, men inte tillräcklig. I MAS rapport 2018 till Vård- och omsorgsnämnden kvarhöll MAS därför kravet på förbättring i journalföring med fortsatt högt satt mål för att säkerställa patientsäkerheten.

Under hösten 2018 återkopplade MAS resultaten av egenkontrollerna till sjuksköterskorna. Vid dessa tillfällen framkom det tydligt att sjuksköterskorna upplevde att de inte fick tillräcklig introduktionsutbildning vid sina nyanställningar i utbildningssystemet ICF - endast enstaka timmar. I Region Sörmland dokumenteras det enligt VIPS-systemet och många av sjuksköterskorna kommer i sina tidigare anställningar därifrån. Även i sjuksköterskeutbildningarna har de flesta sjuksköterskorna fått lära sig VIPS-systemet. De upplevde även att det saknades ett fortlöpande utbildningsstöd i dokumentation, för att fördjupa och utveckla den. Sjuksköterskorna framförde även hög arbetsbelastning och tidsbrist som ytterligare skäl till ofullständiga journaler. Specifik IT-sjuksköterska efterfrågas för utbildning och återkommande stöd i journalföring.

Hösten 2018 planerades en specifik ICF-dokumentationsutbildning som då inte genomfördes.

Under våren 2019 genomförde sjuksköterskorna ånyo egenkontroller efter samma egenkontrollsmall som 2018. Ifyllda mallar lämnades till MAS som sammanställde resultatet.

MAS årliga journalgranskning sommaren 2019 påvisade fortsatt stora brister i dokumentationen. Behovet av dokumentationsutbildning var påtagligt och MAS föreslog vårdgivaren/Vård och Omsorgsnämnden att återgå till att specifikt beställa en IT sjuksköterska för att säkra patientsäkerheten i sjuksköterskornas dokumentation. Från övergången till digital dokumentation 2004 t.om. 2015 - 2016 fanns det i budget öronmärkta pengar för en IT sjuksköterska.

Åtgärdsprogram efter granskningen 2019 redovisas i rapport från verksamhetschef enligt HSL i Division social omsorg, inkommen i februari 2020 till nämnden.

Ett åtgärdsprogram enligt följande som Division social omsorg har genomfört under hösten 2019 och planerar genomföra under 2020:

- Genomfört utbildning/genomgång av ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) föreläsare från Mälardalens högskola, omfattning två halvdagar och deltagare sjuksköterskor i verksamheten och några från rehab.
- Utbildningens innehåll är syftet med att använda ICF, genomgång av modellen, ICF omfattning och struktur.
- På yrkesspecifika yrkesmöten med sjuksköterskor diskuteras journalföringen och enhetschef efterfrågar hur arbetet går med att förbättra journalföringen.
- Beslut i HSO ledningslag att: Förslag tas upp på verksamhetsmöten kring journalföringen får beslutas om man bedömer att de inte påverkar annan enhet/yrkesgrupp. I annat fall lyfts förslagen till HSO LL för beslut.
- Aktualiserat de webbstöd som finns för journalföringen i Assistenten, påbörjat genomgång gemensamt av dessa på yrkesspecifika möten med sjuksköterskor.
- Utformat ny rutin för journalföring som kommer att implementeras under 2020.
- Påbörjat riskanalys av hantering av utskrifter av avslutade journaler
- Dokumentations grupp för sjuksköterskor kommer att startas upp under 2020.
- Dialog med Mälardalens högskola om vikten av att de tar in ICF i sin sjuksköterskeutbildning.

## Resultat

Under våren 2020 har sjuksköterskorna genomfört egenkontroll, På grund av det ökade vårdbehovet relaterat till pandemin Covid-19 var sjuksköterskornas uppdrag att granska åtta journaler var utifrån samma mall de använt sedan första egenkontrollen 2018, mall se bilaga 1.

MAS fick in totalt 188 journaler. Detta nästan fullt ut från SÄBO verksamheterna både de kommunala och privata samt omsorgen om personer med funktionsnedsättning och socialpsykiatri. Däremot var det endast en sjuksköterska i Hemsjukvården som genomförde egenkontrollen.

MAS sammanställde poängen av samtliga egenkontroller och resultatet blev likvärdigt med föregående år med en svag ökning av medelpoängen från 19,5 2019 till årets 21 poäng.

MAS har under denna sommar 2020 granskat 95 slumpmässigt utvalda hälso- och sjukvårdsjournaler i både kommunal och privat verksamhet utöver sjuksköterskornas granskningar. Granskningen har gjorts efter samma granskningsmall som sjuksköterskorna använt i sina egenkontroller.

MAS sammanställning visar en medelpoäng på 15 poäng. Även denna granskning visade på likvärdigt resultat med en svag ökning från föregående års 13,8 poäng till årets medelpoäng 15. Det är dock viktigt att veta att granskningsmallen visar vad som ska finnas i en patientjournal för att vara patientsäker. 15 poäng är långt ifrån de 29 möjliga poängen för att dokumentationen ska vara lagenlig.

Styrkor i de av MAS granskade patientjournalerna:

- Alla journaler har närstående angivna
- Journalerna är skrivna med respekt för patienterna
- Journalerna är skrivna på ett tydligt och förståeligt sätt

Åtgärdsbehov:

Av 95 kontrollerade patientjournaler

- saknas samtliga aktuella samtycken i 40 journaler. (42%)
- saknas namn på aktuell omvårdnadsansvarig sjuksköterska i 18 journaler (19 %).
- saknas uppgift om verifierad medicinsk diagnos i 26 journaler. (27%)
- saknas hälsoplaner i 16 journaler (17%). I de som finns är det allt för vanligt att de inte är fullständiga. Till exempel saknas dokumentation om avstämning med patient och/eller närstående samt uppföljningar.
- saknas uppgift om avstämning/information till patienten i 70 journaler (74 %).

**Övrigt som framkommit** i journalgranskning genomförd av MAS som inte bedömts i granskningsmallen:

- Enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård krävs en Samordnad individuell plan (SIP) om patienten har stora vårdbehov som kräver samordning av flera vårdaktörer. MAS hittar endast ett fåtal patientjournaler där det finns dokumenterat att en SIP är genomförd i Prator. I hemsjukvården hittas 9 journaler av 346 patientjournaler (2,6 %). I socialpsykiatrien hittas det 3 journaler utav 43 patientjournaler (7%) med dokumentation om att en SIP finns. I övriga verksamheter finns inga.
- Anteckningar i Procapita utförda av omvårdnadspersonalen är generellt bristfälliga. Få anteckningar hittas. Det är något bättre i patientjournalerna inom SÄBO-verksamheterna än i hemsjukvård/hemtjänst verksamheterna, där de är obefintliga.
- Mycket av informationen från omvårdnadspersonalens anteckningar fanns inte processade i sjuksköterskans dokumentation t ex oro.

## MAS Bedömning

Bristerna i patientjournalföringen som påvisats i årets journalgranskning är i stort desamma som påvisades i föregående årsrapporter både 2017, 2018 och 2019. Det är fortsatt skillnad mellan sjuksköterskornas egenkontrollbedömning av journalerna kontra MAS bedömning, trots att samma mall använts.

Uppföljning av detta i verksamheterna är viktig.

Verksamheterna har omsättning på sina sjuksköterskor. Under våren har utbrottet av Covid-19 även ökat arbetsbelastningen ytterligare.

Därför är det än viktigare att patientjournalerna håller en god standard för att säkerställa patientsäkerheten. **Det är journalerna som ska bära vårdprocesserna med stöd av funktion och inte person.**

Samtycke är ett obligatorium, måste finnas dokumenterat i journalen, är en förutsättning för att sjuksköterskan kan arbeta i patientens journal. Även aktuell omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska vara dokumenterad. Dessa uppgifter saknas i allt för många journaler. 2014 kom den nya Patientlagen (2014:821). Den stärker patientens rätt till delaktighet i den vård som ges till patienten. I hela 74% av de journaler som granskades var detta inte tydligt dokumenterat.

MAS upplever att sjuksköterskorna inte förstått, inte har kunskap om systematiken i dokumentationen. Det är okunskap om vikten av en gemensam struktur. Till exempel hittar MAS anteckningar i vissa journaler under rubriken ”Varning” att patienten testat för Covid-19. Det finns senare ingen anteckning om vad resultatet blev. I andra journaler hittas denna information i löpande text. Patientjournalerna är till för att underlätta arbetet, både i det som sker här och nu men även i det långsiktiga, det preventiva arbetet. Det saknas tydliga mål och uppföljningar.

Som MAS vill jag fortsatt också understryka och påminna om att varje sjuksköterska har ett ansvar enligt lag att föra korrekt dokumentation - ett egenansvar.

Krafttag måste göras för att öka patientsäkerheten i dokumentationen, så den följer lagen. De åtgärder som genomförts av DSO har ännu inte lett till någon förbättring.

Undertecknad MAS har genomfört journalgranskningen för fjärde året i rad och oroas över att inte tydligare förbättringar syns. Därför kvarstår föregående års förslag på förbättringar:

1. Specifik inskolning för nyanställd sjuksköterska i dokumentation enligt ICF.
2. Under inskolning ska ansvarig sjuksköterska träffa alla de patienter som hon/han tar över omvårdnadsansvaret för. Samtidigt försäkra sig om

samtycken och erforderliga data för att därefter uppdatera dessa patienters journaler. Uppföljning av ansvarig enhetschef krävs.

3. Fortlöpande utbildning och stöd. Sjuksköterskorna själva bedömer att de behöver en specifik IT-sjuksköterska. Tidigare fanns specifik beställning på detta från VON till Division social omsorg - en IT-sjuksköterska som också kan stödja de privata sjuksköterskorna både vid inskolning och vid fortbildning.
4. Tydlig efterfrågan och uppföljning från verksamheternas chefer och verksamhetschefer för att understryka att journalföring måste prioriteras.

Samtliga åtgärder behöver genomföras för både kommunalt och privat anställda sjuksköterskor.

Åtgärderna utesluter inte de som Division social omsorg redan har genomfört under 2019 och de som planeras för 2020.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Ann Gustafsson Nordblom*

## Bilaga 1

### Journalgranskningsmall Nyköpings Kommun

Datum: ..... Hälso-och sjukvårdsjournal

SÄBO  Omsorg funk  Socialpsykiatri  Hemsjukvård

Granskad journal nr/år: .....

Egenkontroll utförd av planerings ansvarig ssk, namn:

.....

1 Finns närstående angivna Ja  1p Nej  0p

2. Samtycke (aktivt)

	Ja	Nej
NPÖ/sammanhållen journalföring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsöverföring till närstående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsöverföring annan vårdgivare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(varje ja kryss = 1p)

Ja .....p (max 3p)

3. Inskrivnings datum Ja  1p Nej  0p

4. Planeringsansvarig namngiven

- Sjuksköterska/Distriktsjuksköterska (aktiv) Ja  1p Nej  0p
- PAL/läkare (aktiv) Ja  1p Nej  0p

5. Aktuell vårdcentral Ja  1p Nej  0p

6. Medicinsk diagnos, verifierad Ja  1p Nej  0p

7. Framkommer hälsohinder i grundbedömningar Ja  1p Nej  0p

Grundbedömningar görs i samband med inflyttning/inskrivning eller förändrat hälsotillstånd av patient. Det som avviker från det normala/hälsohindren (ICF term) skall vara dokumenterat.

8. Bedömning med instrument, senaste året

	Ja	Nej
Modifierade Norton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MNA Initial bedömning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MNA Slutlig bedömning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Downton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(varje ja kryss = 1p)

Ja .....p

(max 4p)

9. Finns aktiva hälsoplaner? Ja  1p Nej  0p

10. Antal aktiva hälsoplaner?  
\_\_\_\_\_

11. Finns alla delar i hälsoplanen?

a) Funktionshinder/problem Ja  1p Nej  0p

b) Individens resurser Ja  1p Nej  0p

c) Individens hinder Ja  1p Nej  0p

d) Delmål/Mål Ja  1p Nej  0p

e) Har målen tagits fram i samråd med patienten? Ja  1p Ne  0p

f) Åtgärder Ja  1p Nej  0p

g) Uppföljning (planerad/utförd) Ja  1p Nej  0p

12. Notering om att information om vård/ behandling/ åtgärd

lämnats till patienten Ja  1p Nej  0p

13. Notering om att information om vård/ behandling/ åtgärd

lämnats till närstående Ja  1p Nej  0p

14. Journalanteckningarna skrivna med respekt för

patientens integritet Ja  1p Nej  0p

15. Journalanteckningar skrivna på ett tydligt och förståeligt sätt

(God svenska, inget ”sjukhuspråk”, förkortningar) Ja  1p Nej  0p

16. Finns bedömd behandlingsnivå dokumenterad, tex: inga aktivt livräddande insatser

(Ej-HLR) Ja  Nej

17. Om vårdsmitta, finns det dokumenterat? Ja  Nej

18. Om överkänslighet, finns det dokumenterat? Ja  Nej

Något du vill tillägga?

---



---



---



---



---

VON §

Dnr VON20/62

**Division Social omsorgs reviderade handlingsplan för en ekonomi i balans**

Utifrån Division Social omsorgs (DSOs) ekonomiska situation, gavs uppdraget att under våren ta fram en handlingsplan för en ekonomi i balans. Denna var framtagen till Vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2020-06-25, men underkändes då av nämnden. Anledningen var att handlingsplanen inte innehöll några direkta åtgärder att ta ställning till. Dessutom innehöll planen faktafel. DSO har nu inkommit med en reviderad version. Vissa förtydliganden har gjorts, men på det stora hela är rapporten mycket snarlik den tidigare. Den fokuserar på mål och effekter, snarare än åtgärder för att komma till målen.

Vård- och omsorgsnämnden menar att lösningen inte står att finna i att låta andra parter svara för utförandet av omsorgen eller att höja ersättningen eller att exempelvis reducera antalet platser på särskilt boende för äldre utan att veta hur vi ska påverka behovet.

Handlingsplanen behöver utgå från de tre grundpelarna:

- Styrning
- Kultur och ledarskap
- Arbetsorganisation

När det gäller dessa grundpelare är det nödvändigt att verksamheten har en insikt i att det finns behov av förändring och att möjligheterna till det finns inom den egna organisationen. Likaså måste det finnas en insikt i att organisationen behöver ta ett ansvar för att skapa denna förändring.

Dessutom ska hela verksamheten genomsyras av ett systematiskt kvalitetsarbete, det behovsriktade och systematiska arbetssättet IBIC (individens behov i centrum) och patientsäkerhet.

Utifrån ett medvetet planerat agerande i dessa frågor ska sen konkreta åtgärder tas fram, vilka också ska bidra till en ekonomi i balans. Detta kommer samtidigt att ge en ökad kvalitet.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande



VON §

Dnr VON20/62

Under hösten 2020 pågår arbetet med 2021 års budget för samtliga verksamheter och nämnder med flera i kommunen. Det är angeläget att DSO, i löpande samverkan med Vård- och omsorgsnämnden, nu tar fram en handlingsplan utifrån medskicken i denna tjänsteskrivelse och att handlingsplanen arbetas in i ordinarie budgetprocess.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** underkänna "DSO handlingsplan för att nå en ekonomi i balans", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-26.

**att** uppdra åt DSO att, utifrån medskicken i tjänsteskrivelse daterad 2020-08-26, i löpande samverkan med Vård- och omsorgsnämnden, ta fram en ny handlingsplan för en ekonomi i balans

**att** kommande handlingsplan ska arbetas in i ordinarie budgetprocess.

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Kommunstyrelsen för kännedom

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

## **Division Social omsorgs reviderade handlingsplan för en ekonomi i balans**

### **Bakgrund**

Utifrån Division Social omsorgs (DSOs) ekonomiska situation, gavs uppdraget att under våren ta fram en handlingsplan för en ekonomi i balans. Denna var framtagen till Vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2020-06-25, men underkändes då av nämnden. Anledningen var att handlingsplanen inte innehöll några direkta åtgärder att ta ställning till. Dessutom innehöll planen faktafel. DSO har nu inkommit med en reviderad version. Vissa förtydliganden har gjorts, men på det stora hela är rapporten mycket snarlik den tidigare. Den fokuserar på mål och effekter, snarare än åtgärder för att komma till målen.

Vård- och omsorgsnämnden menar att lösningen inte står att finna i att låta andra parter svara för utförandet av omsorgen eller att höja ersättningen eller att exempelvis reducera antalet platser på särskilt boende för äldre utan att veta hur vi ska påverka behovet.

Handlingsplanen behöver utgå från de tre grundpelarna:

- Styrning
- Kultur och ledarskap
- Arbetsorganisation

När det gäller dessa grundpelare är det nödvändigt att verksamheten har en insikt i att det finns behov av förändring och att möjligheterna till det finns inom den egna organisationen. Likaså måste det finnas en insikt i att organisationen behöver ta ett ansvar för att skapa denna förändring.

Dessutom ska hela verksamheten genomsyras av ett systematiskt kvalitetsarbete, det behovsinriktade och systematiska arbetssättet IBIC (individens behov i centrum) och patientsäkerhet.

Utifrån ett medvetet planerat agerande i dessa frågor ska sen konkreta åtgärder tas fram, vilka också ska bidra till en ekonomi i balans. Detta kommer samtidigt att ge en ökad kvalitet.

Under hösten 2020 pågår arbetet med 2021 års budget för samtliga verksamheter och nämnder med flera i kommunen. Det är angeläget att DSO, i löpande samverkan med Vård- och omsorgsnämnden, nu tar fram en handlingsplan utifrån medskicken i denna tjänsteskrivelse och att handlingsplanen arbetas in i ordinarie budgetprocess.

### **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

**att** underkänna "DSO handlingsplan för att nå en ekonomi i balans", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-26.

**att** uppdra åt DSO att, utifrån medskicken i tjänsteskrivelse daterad 2020-08-26, i löpande samverkan med Vård- och omsorgsnämnden, ta fram en ny handlingsplan för en ekonomi i balans

**att** kommande handlingsplan ska arbetas in i ordinarie budgetprocess.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Kommunstyrelsen för kännedom

## **DSO handlingsplan för att nå en ekonomi i balans (VON20/62)**

### **Bakgrund**

Under åren 2017 - 2019 har vård- och omsorgsområdet i Nyköpings kommun årligen överskridit budgeten som tilldelats av kommunfullmäktige med ca 65 mnkr. Detta underskott har haft olika fördelningar mellan division social omsorg (DSO) och vård och omsorgsnämnden (VON) beroende på hur beställningen ifrån VON till DSO har varit utformad. Underskottet har därmed uppstått i olika delar av organisationen, men varit relativt konstant totalt sett. DSO har under många år dragits med underskott inom hemtjänsten. Den övergripande förklaringen till obalans är att hemtjänsten kostnader för att utföra en hemtjänsttimme överstiger den ersättningen som utgår per utförd timma. DSO hemtjänst har arbetat med flera åtgärder för att få en balans i ekonomi, men det finns fortfarande svagheter i ersättningsmodellen som försvårar detta. Det är dels hur kringtid är framräknad i ersättningsmodellen, det framgår inte hur den är framtagen och beaktar inte att Nyköpings kommun är den största geografiska kommunen i Sörmland. I dagsläget är det få kunder som har privat hemtjänst på landsbygden, här är DSO hemtjänst den största utföraren.

Underskottet har dessutom varit för stort för att kunna hanteras med gängse effektiviseringsarbete vilket medfört behovet av att revidera beställningen. Underskottet i denna storleksordning motsvarar ungefär 6% av vård- och omsorgsnämndens totala budgetram. Inför 2019 påtalade divisionen om att beställningen och budget från VON inte harmoniserade.

DSO ledningslag har under 2019 tillsammans med sakkunnig för vård- och omsorgsnämnden (VON) tagit fram en "bruttolista" med åtgärder för ekonomi i balans som ger effekt för DSO och VON, vissa åtgärder är genomförda, några är fortfarande pågående åtgärder. Se bilaga 1.

DSO fick ett uppdrag slutet av 2019 att fram ett åtgärdepaket/ utvecklingsarbete för hur vård- och omsorgsnämnden och division social omsorg ska nå en ekonomi i balans. Syftet med utvecklingsarbetet var då att se över och ta fram ett förslag på hur Nyköpings kommun ska möta framtiden och kommuninvånarnas behov inom områdena äldre och funktionsnedsättning. Förslaget skulle även inkludera pågående åtgärder.

Utvecklingsarbetet har genomförts i form av workshopsarbete med DSO ledningslag och andra representanter i organisationen samt beställarkontoret. Arbetets framskridande redovisade löpande för vård- och omsorgsnämndens ordförande samt kommundirektör och ekonomichef under första kvartalet 2020.

Utvecklingsarbetet resulterade i förslag till åtgärder till ekonomi i balans, rapport "Division Social omsorgs förslag till åtgärder för en ekonomi i balans" (VON20/62).

Vård- och omsorgsnämnden beslutade den 2020-06-25 att underkänna förslaget till åtgärder för en ekonomi i balans samt gav DSO i uppdrag att senast 2020-08-24 inkomma med en ny handlingsplan för att nå en ekonomi i balans, som uppfyller kraven beskrivna i tjänsteskrivelsen (VON20/62).

DSO ska fokusera på en rad konkreta åtgärder som syftar till att nå en ekonomi i balans. För varje åtgärd ska det framgå vad den innebär, vad den kan förväntas leda till, vilken ekonomisk effekt den ger samt när i tid effekten kan förväntas. Åtgärderna ska avse förändringar i den egna organisationen, såsom organisatoriska strukturer, processer och arbetssätt.

DSO startade upp arbetet med ny handlingsplan under pågående semesterperiod med reducerade resurser. Pandemin har även fortsättningsvis krävt resurser från verksamheten som har prioriterats för att minska smittspridningen i våra verksamheter.

## **Förslag för ekonomi i balans**

### **Åtgärder**

#### **1. Att DSO fortsätter men de pågående åtgärderna som är framtagna under 2019 enligt bilaga 1.**

DSO har gjort en genomgång av de pågående åtgärderna och föreslår att ha kvar vissa av åtgärderna då dessa tar tid att genomföra för att få genomslag i organisationen när det gäller processer, förändrade arbetssätt och ekonomi.

#### **2. Minska kostnader för SÄBO genom att tillfälligt minska volymerna inom SÄBO**

En av de mest kostnadsdrivande insatserna är särskilt boende för äldre (SÄBO) och där ett effektivt sätt att på relativt kort tid minska kostnaderna är att minska volymerna inom SÄBO. Utgångspunkten och inriktningen föreslås vara att äldre tryggt ska kunna bo kvar i ordinärt boende så länge som möjligt. För det krävs särskilda åtgärder och aktiviteter som beskrivs under åtgärd nummer 3 och 4 nedan.

Vidare behöver verksamheten också effektivisera, förtydliga och stärka rättssäkerheten i processen från ansökan till utredning, beslut, verkställighet och uppföljning.

### **Konkret åtgärd**

En möjlig väg att minska volymerna inom SÄBO är att tillfälligt minska volymen på så sätt att hyreskontraktet vad gäller lokalerna Hället/Arken inte förlängs, där bor idag 70 personer. Regionen är fastighetsägare och har besiktigt dessa lokaler och där har det framkommit en hel del brister som medför att det föreligger ett stort behov av att renovera dessa lokaler, varför Regionen letar ersättningslokaler. Regionen har även ställt frågan huruvida kommunen har egna ersättningslokaler. Hyreskontraktet löper ut 2021-12-31.

I nuläget finns många lediga lägenheter inom SÄBO så att en succesiv utflyttning från Hället/Arken bedöms vara möjlig.

Det finns för tillfället få ansökningar om SÄBO och även få personer som väntar på ledig SÄBO lägenhet. Den 19 augusti 2020 inga personer med beslut om insats i form av SÄBO, som väntar på inflyttning till SÄBO på grund av lägenhetsbrist. Vid samma tidpunkt fanns 16

lediga lägenheter förutom 5 tomställda lägenheter i väntan på renovering på Myntan samt ca 42 lägenheter på Koggen.

### **Ekonomisk kalkyl**

Alternativ 1 om utflytt sker från november 2020 ger detta en besparing om 29,7 mkr 2020/2021.

Alternativ 2 om utflytt sker från december 2020 ger detta en besparing om 27,1 mkr 2021. Se bilaga 2 uträkning.

Inför ett genomförande av föreslaget och medföljande omflyttning av hyresgäster och omfördelning/medflytt av medarbetare, kommer sedvanlig risk och konsekvensanalys att göras.

### **3. Öka möjligheterna för personer att tryggt bo kvar i ordinärt boende.**

Det är viktigt att verka för att fler äldre känner sig trygga i sitt ordinära boende för att fördröja inträdet i SÄBO och minskat behov av hemtjänstinsatser. För att åtgärden och aktiviteter ska vara möjliga krävs en resursomfördelning i beställningen mot tidiga och proaktiva insatser i enlighet med vision 2030. Det behövs också kompetens kring bland annat välfärdsteknik.

#### **Konkret åtgärd.**

#### **Införa hemgångsteam/rehabteam**

Varje månad skrivs ca. 200 personer ut från Nyköpings lasarett med behov av kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen och/eller Hälso- och sjukvårdslagen. Många av dessa känner oro och otrygghet över hur den nya hemsituationen kommer bli. Syftet med "trygg hemgång" är att skapa trygghet och minska oro för den enskilde och anhöriga vid hemgång till ordinärt boende.

Förslag på "trygg hemgång" från slutenvården eller efter avslutat korttidsvistelse ska "trygg hemgång" kunna erbjudas under en period av maximalt två veckor. Under denna period finns möjlighet för kund/brukare att få hembesök för trygghet och för att prova och träna i vardagliga aktiviteter med stöd. Målet blir att stötta till maximal förmåga och självständighet. Att under en period intensivt sätta in rätt insatser ger ökad självständighet och minskat behov av beviljade hemtjänststimmar. (Se bilaga 3 rapport Projekt hälsofrämjande teamet s.15)

#### **Ekonomisk kalkyl**

Personalresurser 6 åa = ca 4,0 mkr

#### **Positiva effekter för den enskilde är:**

- Trygg hemgång för den enskilde
- Färre beviljade hemtjänststimmar på lång och kort sikt
- Direkt hem från sjukhuset inte via en kortvårdsvistelse
- Inget betalningsansvar uppstår
- Ökat självständighet för den enskilde att klara av sin vardag.

#### **Konsekvenser att inte införa ett trygghemgångsteam:**

- Otrygg hemgång för den enskilde
- Ökad/ingen minskning av beviljade hemtjänsttimmar
- Ökat behov av kortvårdsplatser
- Ökat risk för återinläggningar
- Risk för betalningsansvar

Inför ett genomförande av föreslaget kommer sedvanlig risk och konsekvensanalys att göras.

#### **4. Utöka dagverksamheten för personer med demenssjukdom**

Med en utvecklad dagverksamhet för personer med demenssjukdom både i kvantitet samt möjlighet till att kunna vara på dagverksamheten varje vardag, i vissa fall skulle även dagverksamhet på helger också vara önskvärdt. Många personer med demenssjukdom kan då bo kvar i sin ordinära bostad längre, med en bättre livskvalitet för den sjuke samt även för anhöriga som också får en bättre livssituation. På detta vis kan behov av inflyttning till SÄBO för personer med demenssjukdom senareläggas.

Dagverksamheten erbjuder aktiviteter, samvaro samt regelbundna måltider vilket gör att den fysiska och psykiska hälsan blir bättre och sjukdomsförloppet bromsas. Den enskilde får oftast en bättre dygnsrytm när denne har fasta tider att förhålla sig till. Samtidigt blir den anhöriga avlastade dagtid och således bör även behov av växelvård och andra avlösningssatser minska.

#### **Ekonomisk kalkyl**

Drift/personal av dagverksamheten för personer med demenssjukdom 4,5 mkr.

Inför ett genomförande av föreslaget kommer sedvanlig risk och konsekvensanalys att göras.

#### **5. Se över ersättningen för hemtjänst landsbygd**

Nyköpings kommun har infört valfrihet för äldre att välja utförare av hemtjänst. För att upprätthålla reell valfrihet för kommunens äldre är det viktigt att sträva efter en god balans mellan kommunal regi och privata aktörer. Nyköpings kommun är geografiskt utbredd och privata leverantörer har valt att inte etablera sig i landsbygden. Orsaken är sannolikt att ersättningsystemet inte fullt ut täcker resor och den låga befolkningsdensiteten. Genom att säkra förutsättningar för och öka antalet privata aktörer på landsbygden upprätthålls den valfrihet som kommunen beslutats om.

Slutsatsen bekräftas av Ernst & Youngs genomlysning av hemtjänsten i Nyköpings kommun från år 2014. Se bilaga 4.

## **6. Effektivisera, förtydliga och stärk rättssäkerheten i processen från ansökan till utredning, beslut, verkställighet och uppföljning.**

### **Konkret åtgärd**

- Implementera individens behov i centrum (IBIC) ett behovs inriktat och systematiskt utrednings och dokumentationsstöd, i såväl utrednings som utförandet av beviljade insatser, från beslut till verkställighet. Detta skall vara en viktig del av det nya verksamhetssystem som är under upphandling.
- Fortsätta och fortlöpande gå igenom och hitta lösningar för enskilda och kostsamma insatser där vi bedömer att det finns andra sätt att möta individens behov.
- Fortsätta söka vägledning genom praxis och genom beslut.

För att fullt ut göra de kostnadsminskningar som förväntas räcker det inte med minskade volymer utan det krävs också ett förändrat arbetssätt, genom att fullt ut implementera IBIC i verksamheten. IBIC underlättar för samverkan mellan brukare, myndighetsfunktionen och utförare eftersom metoden ger bättre förutsättningar för samsyn kring behov och mål. Att implementera IBIC och ett systematiskt kvalitetsarbete är resurskrävande eftersom det kräver en fördjupad genomlysning av processer och förändrade arbetssätt. Det kommer att kräva initiala investeringar. Arbetet förutsätter ett samlat och fokuserat förändringsledarskap som samverkar och arbetar nära verksamheterna. Arbetet bör genomföras i projektform och under ledning av en projektledare.

Inför ett genomförande av föreslaget kommer sedvanlig risk och konsekvensanalys att göras.

## **7. Upphandla personlig assistans som bedrivs i egen regi**

Det är dyrare för en kommunal utförare att bedriva personlig assistans än för privata leverantörer eftersom villkoren för kommunala utförare ser annorlunda ut jämfört med villkoren för de privata aktörerna vilket bekräftas i SOU 2014:9. Enligt SKR är den kommunalt drivna personliga assistansen ca.10 - 15% dyrare jämfört med den privat drivna. Detta till stor del pga. de kollektivavtalen som gäller för kommunal respektive privat verksamhet. Det handlar bla. om grundlönen, ersättning för jour-och beredskap, ersättning för obekväma arbetstid samt assistenternas heltidsmått men även personalomkostnader dvs. arbetsgivaravgifter. I dagsläget har privata leverantörer en stor andel i Nyköping. Förslagsvis bör kommunen, i likhet med andra kommuner, överväga att lägga över all personlig assistans på privata aktörer. Upphandlingen rör det som idag utförs av den kommunala utförarorganisationen på uppdrag av den enskilde assistansersättningsmottagaren, det kommunala ickevalsansvaret och kommunens yttersta ansvar för vikarieförsörjning inom personlig assistans, oavsett utsedd anordnare om denna inte kan säkra akut vikarieförsörjning. Det finns goda erfarenheter från andra kommuner att ta del och lära av. Initiativ och beslut behöver föregås av en politisk viljeyttring.

Inför ett genomförande av föreslaget kommer sedvanlig risk och konsekvensanalys att göras.



Åtgärd	Bedömd effekt, mnr				Konstaterad effekt, mnr				Aktuellt läge Augusti 2020
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	
<p>Minskning av beviljad tid inom HT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bättre följsamhet till riktlinjerna</li> <li>- färre beslut om tillsynsbesök</li> <li>- skarp tidsgräns för kamera inom HT</li> <li>- kortare beslut, tätare uppföljningar.</li> </ul> <p>(VON effekt)</p>									<p>Åtgärder pågår.</p> <p>Genomsnittligt antal beviljade hemtjänsttimmar per brukare och månad för timregistrerade hemtjänsttagare 65+ i ordinärt boende har för 2019 har gått ner från 42 timmar till 41 timmar.</p> <p>Vad det gäller tillsyn dagtid har myndighetsfunktionen fokuserat på att minska antalet beställda fysiska tillsynsbesök under våren och redan i utredning och beställning tydliggöra i vilken form behovet av trygghetsskapande kontakt skall utföras. Huvudregeln är att det skall ske per telefon, nattetid per kamera, tidigare har utföraren avgjort lämpligt sätt. Detta innebär också att begreppet tillsyn ej heller skall användas om det under ett besökstillfälle skall utföras annat stöd eller omvårdnadsinsats ex. ta fram frukost, toalettbesök, stödstrumpa etc. Även skall vid uppföljning av insats tas i beaktande om den enskilde har trygghetslarm och om det räcker som trygghetsskapande kontaktväg för den enskilde.</p>
<p>Nätbaserade matinköp inom HT</p> <p>(VON effekt)</p>		1,7	2,2	2,2	0,0	0,0			<p>Bedömd start var 1/4 – 20 men anledning av covid pandemin så blev upphandlingen pausad.</p>
<p>Översyn av boendestödsverksamheten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- arbetsmetoder</li> <li>- tillgänglighet</li> <li>- digitalisering</li> </ul> <p>(VON effekt)</p>	0,0	0,7	1,4	1,4	0,0	0,0			<p>Nya riktlinjer beslutade av VON i december. Rutin för "svåra" ärenden behöver göras.</p> <p>Prognosen för helår har utifrån vidtagna effektiviseringsåtgärder och ändrade riktlinjer varit -5,5 milj. istället för -8 milj. Dvs. en förbättring med 2,5 milj. jämfört med 2019.</p> <p>Då VON 25/ 6 2020 beslutade att reducera ersättningen till boendestöd med motsvarande summa, ökar prognosen åter till -8 milj. Dvs att åtgärderna förblir utan effekt för divisionen.</p>
<p>Hemtagning av externa placeringar inom funktionshinderområdet.</p> <p>(DSO effekt)</p>		0,0	0,0	?					<p>Hänsyn tagen till kostnad för lösning på hemmaplan.</p> <p>Dels pga. förseningar i nybyggnation dels pga. nya myndighetsbeslut på både LSS 9:9 och Sol 5:7 boende, kommer inte hemtagningar med största sannolikhet kunna genomföras 2020 - 2021.</p>
<p>Reducering 1,5 åa administrativa tjänster, koststrateg och förändringsledare</p> <p>(DSO effekt)</p>	1,0	1,3	1,3	1,3	1,0	1,3			<p>Genomfört</p>

Minskning övertid (DSO effekt)	6,0	6,5	7,0	7,5	6,0	6,0			Fortsatt minskning
Minskning av den korta sjukfrånvaron:  (DSO effekt)									<p>Målformulering fastslagen av DSOs ledningslag i januari 2020:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Den totala sjukfrånvaron inom DSO ska minska under 2020 jämfört med 2019.</li> <li>2. Inom DSO ska alla medarbetare med fler än fem frånvarotillfällen få uppföljning utifrån rutinen Aktiv återgång. (Andelen "röda" ska vara 0.)</li> <li>3. Andelen medarbetare med färre än fem frånvarotillfällen (gröna) under de senaste tolv månaderna, ska vara <i>högre</i> i december 2020 jämfört med december 2019.</li> <li>4. Andelen medarbetare med fler än fem frånvarotillfällen under de senaste tolv månaderna, ska fortsätta <i>minska</i> inom DSO</li> </ol> <p>Under våren har det systematiska arbetet med uppföljningar på enhets- verksamhets- och divisionsnivå, fortsatt. Vissa anpassningar har dock gjorts med anledning av Coronapandemin som också inneburit en ökad sjukfrånvaro under våren. Plan finns fortsatt systematisk uppföljning på enhets- verksamhets- och divisionsnivå.</p> <p>Ekonomisk effekt: <b>Uppskattad besparing motsvarar 2 mnkr för varje procentenhet som sjukfrånvaron minskar inom divisionen.</b></p>
Heltid som norm / Översyn av schemalaggningen.  (DSO effekt)									Pågående arbete. På sikt bör en heltidsorganisation med därtill anpassad schemalaggnning inom vård- och omsorg, bidra till minskade kostnader för övertid och timvikarie.
Nyttjande av endast halva ramen för kompetensutveckling.  (DSO effekt)	3,0	3,0	?	?	3,0	3,0	?	?	Förutsättningar för kompetensutveckling har varit begränsad under våren/sommaren 2020 på grund av pandemin corona. Totalt har 1, 6 mnkr används. Kompetensutvecklingsbehov finns under hösten 2020 och framåt, inte hållbart i längden att i flera år i rad reducera kostnaderna för kompetensutveckling.
MAS från 1,5 till 1,0 2019 MAS från 2,0 till 1,0 2020 (VoN effekt)	0,1	0,7			0,1	0,7			9 månaders neddragning fr o m 1/12 - 19 och framåt, rekryteringen är pausad.

Avveckling lokal/hyra Anhörigcentrum från 1/1 2021 (DSO effekt)			0,1	0,1					Patrik tar med till lokalgruppen, anhörigcentrum planeras in i Vägporten.
Avgift vid ej i förväg avbokade besök. (VON effekt)									Beslut antagen i kommunfullmäktige 20-02-11 för om att införa en ny avgift inom hemtjänsten. Avgiften handlar om hembesök som inte blir utförda på grund av att kund inte är hemma eller inte vill ta emot.
Avgift från timme 1 för avlösning i hemmet. (VON effekt)									Påbörjat
Inga hyrsjuksköterskor fr o m 1 november 2019 utöver nattsjuksköterskor. (DSO effekt)	1,0	2,0	2,0	2,0					Inga inhyrda sjuksköterskor fr o m nov. Dock 0,63 natt. På grund av covid har behovet uppstått igen att ta in hyr ssk för att bedriva verksamhet. Arbete pågår med att minska kostnader för hyr ssk.
Habiliteringsersättning till för stor krets. (VON effekt)		0,2	0,2	0,2					Ersättning utgår även till personer med insats enligt SOL, i juli hade vi 276 brukare varav 44 med SoL = 16%.
Ändrad schemaläggning och tidsutbud på korttidsvistelse LSS. (DSO effekt)	0,0	0,0	0,0	0,0					Pågående arbete.

Ansvar	Budget 2020	Kostnad avd/mån
48921000 ARKEN 1	10 012	417
48823000 HÅLLET ÅB	21 015	438
48923000 SÖRGÅRDEN	7 485	624
	38 512	

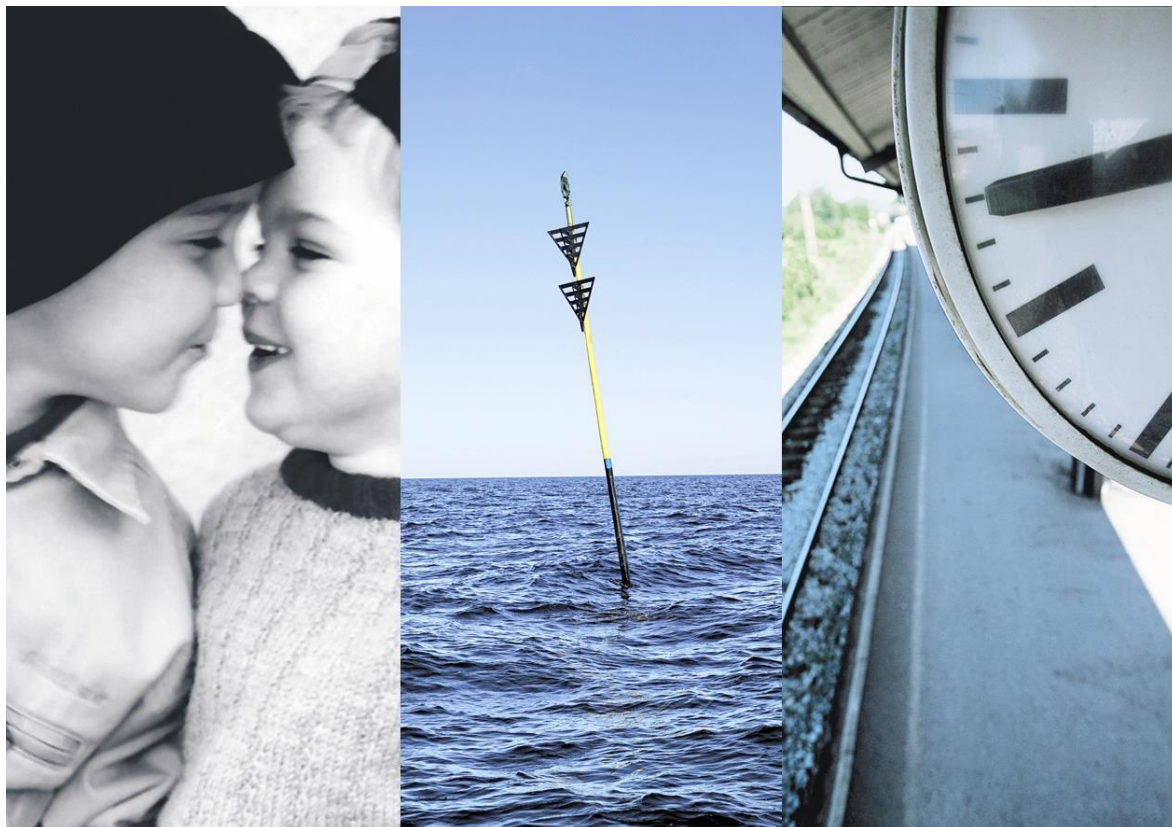
TYP	Avd	Platser	Dag	Snitt avd	Snitt plats	Nattlag	Nattp		Summa	Ass/adm/ vaktm	Tot budget
D	2	20	12,60	6,30	0,63	2	3,90		16,50		16,50
Å	4	40	23,20	5,80	0,58	3	5,85		29,05	0,50	29,55
D	1	10	8,20	8,20	0,82	2	3,90		12,10		46,05
	7	70	44,00	20,30	2,03	7	13,65		57,65	0,50	222,13

Utflytt	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Arken en avdelning		10	10											
Arken en avdelning				10										
Hållet en avdelning					10									
Hållet en avdelning						10								
Hållet en avdelning							10							
Sörgården								10						
<b>Besparing (räknar att besparingen kommer månaden efter flytt)</b>														
Arken en avdelning	417			417	417	417	417	417	417	417	417	417	417	417
Arken en avdelning		417		417	417	417	417	417	417	417	417	417	417	417
Hållet en avdelning			417	417	417	417	417	417	417	417	417	417	417	417
Hållet en avdelning				438	438	438	438	438	438	438	438	438	438	438
Hållet en avdelning					438	438	438	438	438	438	438	438	438	438
Hållet en avdelning						438	438	438	438	438	438	438	438	438
Hållet en avdelning							438	438	438	438	438	438	438	438
Sörgården								438	438	438	438	438	438	438
Besparing		417	834	1272	1710	2148	2586	3024	3024	3024	3024	3024	3024	3024
Besparing		417	834	1272	1710	2148	2586	3024	3024	3024	3024	3024	3024	3024
														29718
<b>Besparing (räknar att besparingen kommer månaden efter flytt)</b>														
Arken en avdelning			417	417	417	417	417	417	417	417	417	417	417	417
Arken en avdelning				417	417	417	417	417	417	417	417	417	417	417
Hållet en avdelning					438	438	438	438	438	438	438	438	438	438
Hållet en avdelning						438	438	438	438	438	438	438	438	438
Hållet en avdelning							438	438	438	438	438	438	438	438
Hållet en avdelning								438	438	438	438	438	438	438
Hållet en avdelning									438	438	438	438	438	438
Sörgården										438	438	438	438	438
Besparing		0	417	834	1272	1710	2148	2586	3024	3024	3024	3024	3024	3024
Besparing		0	417	834	1272	1710	2148	2586	3024	3024	3024	3024	3024	3024
														27111

Jag räknar inte med full besparing på Sörgården då det är en specialavdelning som kostar mer än vanliga demensavd

Jag räknar inte med full besparing på Sörgården då det är en specialavdelning som kostar mer än vanliga demensavd

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006



# Projektrapport för projektet: Hälsofrämjande Team

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektnamn Hälsöfrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

**Versionshantering<sup>1</sup>:**

Version	Kommentar	Datum
1.0	Slutgiltig projektrapport	2017-12-31

**Innehåll**

<b>1</b>	<b>Sammanfattning av projektbeställningen.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Uppföljning.....</b>	<b>5</b>
2.1	Resultat.....	5
2.2	Tidplan .....	18
2.3	Resurser och kostnader .....	18
<b>3</b>	<b>Erfarenheter .....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>Rekommendationer .....</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>Sammanfattning.....</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>Bilagor .....</b>	<b>24</b>

---

<sup>1</sup> Versionerna numreras enligt följande: Versionsnummer 0.1-0.9 är utkast eller remiss, dvs de är inte godkända. Version 1.0 är en godkänd version. Versionsnummer 1.1 och vidare betyder att mindre justeringar har gjorts i tidigare version. Versionsnummer 2.0 innebär att väsentliga tillägg gjorts till version 1.x.

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

## 1 Sammanfattning av projektbeställningen

### Bakgrund till projektet

Lagen om betalningsansvar ska ersättas av en ny lag – **Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård**. Denna lag innebär att patienter, som inte har behov av den slutna vårdens resurser, så snart som möjligt ska kunna lämna sjukhuset på ett tryggt sätt. Patienter ska därmed kunna skrivas ut från såväl somatisk som psykiatrisk vård inom tre dagar, istället för fem respektive 30 dagar.

### Syfte med projektet

- Att effektivisera samarbetet inför utskrivning från slutenvård genom förbättrat förarbete, samarbete och kommunikation mellan lasarettet och kommunen
- Att trygga för patienten efter hemgång från lasarettet genom förbättrad kunskap om förflyttningsteknik och säker hantering av hjälpmedel samt implementering av hälsofrämjande förhållningssätt och vardagsrehabilitering hos omsorgspersonal i hemtjänst
- Sjukvård och rehabilitering i hemmet från hemsjukvården (Hälsofrämjande Team) utifrån patientens egensatta mål om förbättrade funktioner och egenvård
- Förebygga återinskrivning genom prevention i samarbete med aktuella vårdenheter och uppdaterad SIP – Samordnad Individuell Plan.

### Mål med projektet

- Trygg och effektiv hemgång till Nyköpings kommun inom tre dagar
- Adekvat information inför utskrivning från slutenvård
- Framtaget underlag för ett målfokuserat planeringsmöte inför utskrivning
- Upprättad genomförandeplan i samverkan med patient och hemtjänst med vardagsrehabilitering och hälsofrämjande åtgärder dokumenterat
- Mätbar förbättrad funktionell förmåga hos patienterna
- Upprättad SIP i samverkan med patient och berörda aktörer.

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektnamn Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

**Omfattning av projektet:**

Somatiska, nyinsjuknade patienter inskrivna i slutenvård på Nyköpings lasarett med ett behov av hemsjukvård, rehabilitering och hemtjänst.

**Avgränsningar i projektet:**

Projektet omfattar inte patienter inskrivna i psykiatrisk slutenvård vid Nyköpings lasarett.

Projektet begränsar antal nyinsjuknade patienter inskrivna i Hälsofrämjande Team för att möjliggöra måluppfyllelse för projektet med god kvalitet. Med ett begränsat antal patienter inskrivna kan samtliga kompetenser inom hemsjukvården utnyttjas till fullo för patienten i nära samverkan med anhöriga och omvårdnadspersonal i hemtjänst. Projektets mål är att ge vårdkvalitet.

Begränsandet av antalet patienter möjliggör även samverkan, kvalitetssäkring och verksamhetsutveckling inom kommunen, landstinget och länet.

**Leveranser:**

Skapa ett underlag för ett målfokuserat planeringsmöte inför utskrivning.

Mottagare/Intressent:

- biståndshandläggare kommun (BHL)
- vårdplaneringsteam Nyköpings lasarett (VPT NLN)
- sjuksköterska hemsjukvården kommun (ssk HSV)
- rehabenheten hemsjukvården kommun (rehab HSV)
- rehab Nyköpings lasarett (rehab NLN)
- korttidsboendet kommun (KTB)
- hemtjänst kommunal och privat (HT kommunal, HT privat)

Genomförandeplaner med hälsofrämjande åtgärder dokumenterat hos patienter inskrivna i Hälsofrämjande Team.



Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

## 2 Uppföljning

### 2.1 Resultat

#### Resultat utifrån projektmål i beställning:

Mätning gjord under perioden 2016-11-14 till 2017-12-15

- **Trygg och effektiv hemgång till Nyköpings kommun inom tre dagar**

Hälsofrämjande Team har haft resurser att närvara i hemmet inom tre dagar från det att patienten har varit hemgångsklar. Den faktiska hemgången har varit beroende av resurser inom hemtjänsten, plats på korttidsboendet och därför beroende av beslut från biståndshandläggare. Detta har varit utanför projektets befogenhet att påverka.

Följande kartläggning har gjorts av Hälsofrämjande Team inför hemgång:

- Hälsofrämjande Team har deltagit på 111 planeringsmöten inför utskrivning med nyinsjuknade patienter. 38 patienter blev inskrivna i teamet under perioden
- Hälsofrämjande Team har närvarat i hemmet med hemsjukvård inom en till tre dagar efter hemgång från slutenvård och mätt informationsflödet inför hemgång från slutenvård
- 36 av 38 patienter (95 %) har kommit hem med korrekt medicinsk omvårdnad
- Vårdplan i Prator gällande förflyttningar har överensstämmt med verkligheten med 0 av 38 patienter (0 %)
- 11 av 38 patienter (29 %) har rapporterats korrekt gällande förflyttningar från rehab NLN via extra meddelanden i Prator
- 24 av 38 patienter (63 %) har kommit hem med korrekta hjälpmedel utifrån hemmiljö. Fyra av dessa kom hem via KTB, vilket innebär 20 av 38 patienter (53 %) kom hem med korrekta hjälpmedel från lasarettet

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

- Samverkan med rehab NLN inför utskrivning gav 5 patienter korrekta hjälpmedel före hemgång. Utan denna samverkan hade 15 av 38 patienter (39 %) kommit hem med korrekta hjälpmedel från lasarettet
- 12 avvikelser har skrivits till NLN varav två avvikelser har skrivits gällande medicinsk omvårdnad.

Sammanfattning av resultaten gällande en trygg och effektiv hemgång från slutenvård, genererade till en löpande samverkan från Hälsofrämjande Team med berörda instanser i kommun och landsting med informationsöverföring och korrekta hjälpmedel inför hemgång utifrån hemmiljö och funktionsförmåga. Mätningar utförda av Hälsofrämjande Team, är att patienter kommer hem från slutenvård innan de är tillräckligt starka och återhämtade efter sin sjukdom. Detta är också en orsak till att förflyttningar inte fungerar efter hemkomst.

Sammanfattning av samverkan:

- Sjuksköterska och sjukgymnast har hospiterat vid vardera två tillfällen för att ge HSV en uppfattning om verksamheten inom NLN
- Samverkansmöten och presentation av Hälsofrämjande Teams arbetssätt har gjorts på NLN för vårdplaneringsteamet, sjukgymnaster/fysioterapeuter, arbetsterapeuter, läkare på Neuro-geriatriken och utskrivningssköterskor.
- Samverkan har skett löpande med rehab NLN för att kommunen ska få adekvat information och patienten ska få rätt hjälpmedel inför utskrivning.
- Samverkansmöten har skett löpande inom HSV för att delge och implementera positiva resultat utifrån samverkan med NLN.
- Samverkansmöten inom kommunen med enhetschefer för hemtjänst har skett löpande för att delge och implementera positiva resultat utifrån samverkan med NLN.
- Hälsofrämjande Team har gjort två hembesök tillsammans med rehab NLN med gott och tryggt resultat vid hemgång. Gemensamma positiva erfarenheter av att göra hembesök tillsammans inför hemgång har lett till att detta implementerades i ordinarie verksamhet 2017-11-30 i både rehab HSV och rehab NLN. Gemensamma hembesök sker om rehab HSV har möjlighet att närvara utan inverkan på övrig verksamhet.

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektnamn Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

- Hälsofrämjande Team har gjort tre hembesök tillsammans med rehab från korttidsboendet (KTB) med gott och tryggt resultat vid hemgång.
- Hälsofrämjande Team har gjort gemensamma bedömningar av förflyttningar med rehab NLN inför hemgång vid sex tillfällen. Detta har i vissa fall lett till förändrade hjälpmedel inför hemgång.
- Hälsofrämjande Team har deltagit på ett halvårs kompetenshöjande strokeutbildning genom landstinget. Detta ledde till en aktiv samverkan med strokeavdelningen där kommunperspektivet inför hemgång kunde belysas genom diskussioner utifrån samtliga yrkeskategorier på NLN.
- Hälsofrämjande Team har aktivt samverkat med administratör för Procapita, Prator och enhetschefer i kommunens hemtjänstgrupper med målet att hemtjänsten ska få tillgång till inloggning i Prator. Detta mål är verkställt inom samtliga hemtjänstgrupper inom kommunen och vissa inom de privata hemtjänstgrupperna.

Samverkan har lett fram till en ökad förståelse från både slutenvård och inom kommunen. Samverkan fortgår med målet att ge patienten en trygg och effektiv hemgång från slutenvård.

### **Uppfyllnad av krav på resultat och omfattning:**

Uppfyllt från Hälsofrämjande Team, då teamet har varit närvarande inom tre dagar från samtliga professioner i hemsjukvården i samband med hemgång. Den faktiska hemgången inom tre dagar från slutenvård för en hemgångsklar patient har varit utanför projektets befogenhet att påverka.

Gällande omfattning inom kommunen har Hälsofrämjande Team samverkat med samtliga berörda verksamheter. Avseende omfattning inom landstinget har Hälsofrämjande Team nått fram till samtliga berörda verksamheter på Nyköpings lasarett utom läkare på ortoped-, medicin- och kirurgmottagningen. Teamet har gjort upprepade försök till att boka möte utan resultat. Anledningen till detta resultat har varit utanför projektets befogenhet att påverka.

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

- **Adekvat information inför utskrivning från slutenvård**

Samverkan har skett med berörda professioner inom både kommun och landsting om behovet av informationsutbyte samt dess innehåll. Samverkan har även rört frågan om att förbättra och effektivisera användandet av Prator.

Hälsofrämjande Team har samverkat med VPT NLN och detta har resulterat i att de från och med 2017-11-21 adresserar till sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut HSV direkt när ett planeringsmöte bokas. Detta innebär att rehab HSV kan efterfråga aktuellt funktionsstatus och patientens mål före mötet och adressera till sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut NLN. 2017-11-30 skapades en rutin gällande informationsöverföring via Prator mellan rehab NLN och rehab HSV inför planeringsmöte inför utskrivning.

**Rutin för flöde inför en trygg och effektiv hemgång från slutenvård:**

1. VPT NLN sänder meddelande i Prator med kvittens till både sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut HSV när planeringsmöte inför utskrivning är bestämt. Tidigare sändes endast meddelande till sjuksköterska HSV.
2. Rehab HSV skickar meddelande i Prator med kvittens till både sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut NLN med fråga om aktuellt status via SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt Rekommendation) och patientens mål inför planeringsmötet. Detta om informationen ej återfinns i Prator.
3. Rehab NLN svarar med adekvat information inför planeringsmötet i Prator med kvittens till både sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut HSV.
4. Rehab HSV bedömer därefter informationen och beslutar om rehab HSV behöver närvara på planeringsmötet.
5. Vid behov av rehab HSV på planeringsmötet prioriteras detta i verksamheten.
6. Rehab HSV gör en bedömning vid planeringsmötet inför utskrivning om ytterligare åtgärder behövs från rehab NLN före utskrivning och vid behov tar rehab HSV kontakt med rehab NLN via Prator eller verbalt.
7. Beslut tas i samråd med VPT NLN om patienten är hemgångsklar utifrån kommunens perspektiv – att patienten ska vara självständig med stöd i tre dagar efter hemgång.
8. Hemsjukvården med samtlig kompetens finns närvarande inom tre dagar efter hemkomst.

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektnamn Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

### Uppfyllnad av krav på resultat och omfattning:

Resultat och omfattning utifrån projektbeställning är uppfyllt och en rutin för informationsöverföring inför hemgång från NLN är under implementering i både hemsjukvården och på Nyköpings lasarett.

- **Framtaget underlag för ett målfokuserat planeringsmöte inför utskrivning**

Sammanställning av vad kommunen behöver svar på vid ett planeringsmöte inför hemgång har skett i samverkan med följande verksamheter:

- Sjuksköterska HSV
- Rehab HSV och rehab KTB
- Biståndshandläggare
- Enhetschefer HT – kommunala och privata

Ett underlag för ett målfokuserat planeringsmöte där korrekt information inför hemgång är framtaget och implementerat i hemsjukvården. Under planeringsmötet får patienten sätta upp mål utifrån en motiverande intervju (MI-frågor), vilket innebär öppna frågor utan möjlighet att svara "ja" eller "nej". (**Bilaga 1**)

Hälsofrämjande Team (HFT) har deltagit aktivt på 111 planeringsmöten inför utskrivning av nyinsjuknade patienter. Närvarande på dessa möten:

Sjuksköterska HFT:	77 möten
Sjukgymnast HFT:	24 möten
Arbetsterapeut HFT:	34 möten
Sjukgymnast NLN:	7 möten
Arbetsterapeut HSV:	8 möten
Kurator NLN:	1 möte
Omvårdnadspersonal HT:	3 möten (detta efter att HT fick tillgång till Prator)
Sjuksköterska NLN:	111 möten
Biståndshandläggare:	110 möten

Initialt var det fokus på att sjuksköterska i teamet skulle närvara på planeringsmöten inför utskrivning, men resultat efter mätning av en trygg och effektiv hemgång och brister gällande förflyttningar avseende både hjälpmedel och hemmiljö gjorde att teamet under hösten 2017 prioriterade att även sjukgymnast eller arbetsterapeut skulle närvara på planeringsmöten. Denna prioritering gjordes även baserat på att teamets resultat visade på att det var lättare för rehab att få korrekt information inför hemgång avseende medicinsk omvårdnad utifrån underlaget för ett målfokuserat planeringsmöte,

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

men svårare för sjuksköterska avseende förflyttningar, hjälpmedel och hemmiljö. Rehab hade lättare att ställa korrekta frågor på mötet.

Genom att rehab har närvarat på planeringsmöten har en nära samverkan skett med NLN att implementera skillnaden på medicinskt färdig och hemgångsklar. Detta har under hösten 2017 resulterat i tillbakadraget "utskrivnings klar" på fem patienter då patienten inte var hemgångsklar.

Dessa goda resultat, att rehab HSV närvarar på planeringsmöten inför utskrivning, har lett till att detta nu är implementerat och prioriterat i ordinarie verksamhet om patienten, via överrapportering, har tydliga behov av insatser från rehabenheten.

#### **Uppfylld av krav på resultat och omfattning:**

Resultat och omfattning är uppfyllt.

- **Upprättad genomförandeplan i samverkan med patient och hemtjänst med vardagsrehabilitering och hälsofrämjande åtgärder dokumenterat**

Hälsofrämjande Team har gjort uppföljning vid hemgång gällande förflyttningar, hjälpmedel, aktiver i det dagliga livet (ADL) och medicinsk omvårdnad.

Sjuksköterska har gjort en bedömning av behov gällande medicinsk omvårdnad och upprättat ordination gällande medicinsk omvårdnad genom HSL-uppdrag eller egenvård. Sjuksköterska har haft läkemedelsgenomgång vid behov och hembesök med läkare har gjorts vid fem tillfällen.

Sjukgymnast och arbetsterapeut har gjort bedömning av förflyttningar och ADL-förmåga för patienten. Sjukgymnast och arbetsterapeut har gjort ordinationer utifrån patientens vardagliga liv där hen har fått möjlighet och förutsättningar att vara maximalt självständiga med minimal assistans. Detta har dokumenterats i både text och bilder i reell hemmiljö. Exempel: **(Bilaga 2)**

Patienten har fått sätta upp ett mätbart mål utifrån sina egna intressen, till exempel att kunna diska självständigt. Detta har resulterat i en hälsoplan med ett tidsatt mål. Ordinationer har upprättats med maximal vardagsrehabilitering

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

utifrån patientens mål och vid behov har HSL-uppdrag kompletterat SoL-beslutet då mer tid har krävts för att patienten ska vara maximalt självständig.

Utifrån patientens mål och funktion har träningsprogram skapats av både sjukgymnast och arbetsterapeut, till exempel styrketräning för att förbättra balans och handträning för att kunna diska.

Patientens funktionsförmåga har mätts regelbundet och träningen har förändrats utifrån förbättrade funktioner – träning med progression.

HSL-uppdrag för träning har upprättats vid behov.

Samverkan har skett med hemtjänst i reell hemmiljö gällande hälsofrämjande förhållningssätt. Ett nära samarbete med omvårdnadspersonal har skett med samtliga patienter inskrivna i teamet gällande maximal självständighet för patienten. Personalen har fått handledning i att "ha händerna på ryggen", ge minimal assistans och "att göra med" istället för "att göra åt" patienten i vardagliga situationer – till exempel att passa balansen när patienten diskar självständigt.

Upprättad genomförandeplan i samverkan med patient och hemtjänst i mötesform har endast gjorts på tre patienter. Detta för att hemtjänsten har haft svårt att avsätta tid för möte med Hälsofrämjande Team.

Under våren 2017 framkom att de HSL-uppdrag och ordinationer rehab HSV gav inte fullföljdes tillfredsställande (endast 3 %), medan HSL-uppdrag och ordinationer från sjuksköterska HSV fullföljdes fullt tillfredsställande (100 %).

Hälsofrämjande Team har gjort en kartläggning av problem och brister med informationsöverföring från rehab HSV till omvårdnadspersonal. Denna kartläggning har gjorts tillsammans med enhetschefer för hemtjänst och omvårdnadspersonal i hemtjänst. Det gemensamma målet har varit att tydliggöra ordinationer för maximal vardagsrehabilitering och HSL-uppdrag för att hemtjänsten enkelt ska kunna implementera detta i genomförandeplanen. Kartläggningen visade att omvårdnadspersonalen hade svårt att hitta ordinationer och HSL-uppdrag från rehab HSV både i Procapita och i hemsjukvårdspärmen. Dessutom var signeringslistan för HSL-uppdrag från rehab HSV bristfällig jämfört med signeringslistan för HSL-uppdrag från sjuksköterska HSV. Omvårdnadspersonalen hade inte möjlighet att skriva varför HSL-uppdrag från rehab HSV för träning uteblev, t.ex. att patienten avböjde, patienten var sjuk eller om verksamheten hade personalbrist.

Hälsofrämjande Team har haft ett nära samarbete med IT-ansvarig för Procapita och en ny signeringslista för HSL-uppdrag från rehab HSV är skapad. **(Bilaga 3)**

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektnamn Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

En ny hemsjukvårdspärm har upprättats med tydligare register för pärmens innehåll. Där finns nu en flik från rehab HSV för HSL-uppdrag, en flik för ordinationer på förflyttningar med maximal vardagsrehabilitering och en flik för hantering av hjälpmedel. **(Bilaga 4)**

Hälsofrämjande Team har skapat en så kallad exempelpärm för att hemtjänstgrupperna ska ha lätt att implementera ett hälsofrämjande förhållningssätt även för ny personal. I exempelpärmen finns bland annat den nya signeringslistan för HSL-uppdrag från rehab HSV samt exempel på ordination av förflyttning i reell hemmiljö. Hälsofrämjande Team har presenterat den nya hemsjukvårds-pärmen samt lämnat ut exempelpärmar till samtliga hemtjänstgrupper i kommunen utom fyra. Samtliga hemtjänstgrupper i kommunen ska under våren 2018 ha fått en presentation av hemsjukvårdspärmen och de ska ha en exempelpärm. Därmed ska följande hemtjänstgrupper få en presentation under våren:

- Vård och omsorg Jönåker
- Invita – 4 grupper av 5
- Attendo
- Svea Quality

#### **Uppfyllnad av krav på resultat och omfattning:**

Samtliga patienter har fått en ordination för maximal vardagsrehabilitering, men endast tre patienter har fått detta dokumenterat i genomförandeplanen genom möte med patienten, hemtjänsten och Hälsofrämjande Team.

Dock har den nya hemsjukvårdspärmen implementerats i hemtjänsten där ordinationer för maximal vardagsrehabilitering har placerats i utskrift som komplement till dokumentation i Procapita. Hemtjänsten har därmed delgjorts adekvat information inför upprättande av en genomförandeplan med ett hälsofrämjande förhållningssätt med maximal vardagsrehabilitering. Den nya hemsjukvårdspärmen har implementerats inom rehab HSV och sjuksköterska HSV med god respons. Exempelpärm finns även inom HSV. Arbete kommer framöver att ske inom HSV med att byta ut register och innehåll i redan utlämnade hemsjukvårdspärmar.

Resultat och omfattning har inte uppfyllts enligt beställning, men fortsätter under 2018. Den nya hemsjukvårdspärmen har medfört att Hälsofrämjande Team har skapat ett varaktigt resultat för genomförandeplaner med hälsofrämjande förhållningssätt framöver.



Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektnamn Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

- **Mätbar förbättrad funktionell förmåga hos patienterna**

Hälsofrämjande Team har haft 38 inskrivna patienter. Funktionstester har gjorts initialt och efter avslutad period på mätbara patienter utifrån funktionsförmåga och utifrån patientens uppsatta mål om förbättrad funktion.  
**(Bilaga 5)**

### Otago fyra test balansskala

Följande resultat räknas i genomsnitt på 16 antal mätbara patienter.

Godkänt resultat: 10 sek

Över godkänt resultat: 15 sek

Höftbrett stående initialt:

14,38 sek

Förbättring med: 0,3 sek

Höftbrett stående efter:

14,68 sek

Tätt intill stående initialt:

11,81 sek

Förbättring med: 1,94 sek

Tätt intill stående efter:

13,75 sek

Semi-tandem stående initialt:

9,75 sek

Förbättring med: 4 sek

Semi-tandem stående efter:

13,75 sek

Tandem stående initialt:

5,03 sek

Förbättring med: 3,01 sek

Tandem stående efter:

8,04 sek

### Otago resa sig från stol test

Följande resultat räknas i genomsnitt på 16 antal mätbara patienter.

Initialt:

27,88 sek

Förbättring med: 8,7 sek

Efter:

19,18 sek

Skattning av ansträngning initialt:

5,2 av 10

Förbättring med: 3,4

Skattning av ansträngning efter:

1,8 av 10





Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

### **Uppfyllnad av krav på resultat och omfattning:**

Patienterna har fått förbättrad balans – speciellt i svårare balansövningar. Förbättrad balans ger fallprevention och därmed skadeprevention.

Patienterna har fått förbättrad styrka vid uppresning och förbättrad gångförmåga. Detta innebär förbättrad kondition. En fördelaktig medicinsk aspekt kan tas i beaktande genom detta resultat.

Patienterna har fått förbättrad aktiv funktion i armarna och händer, vilket ger förbättrad förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet – ADL-funktion.

Minskat behov av hjälp från hemtjänst indikerar på att patienter har blivit mer självständiga i sin vardag genom maximal vardagsrehabilitering och hälsofrämjande förhållningssätt. Att patienterna har haft möjlighet att vara maximalt självständiga i vardagliga situationer genom ett nära samarbete mellan rehab HSV och omvårdnadspersonal HT med handledning av hälsofrämjande förhållningssätt har lett till mycket positiva resultat avseende både patientens livskvalitet och kommunens ekonomi.

Viktigt är att belysa det faktum att dessa ekonomiska resultat har uppnåtts samtidigt som Hälsofrämjande Team har arbetat aktivt med kvalitetsutveckling, verksamhetsutveckling och samverkan i både kommun, landsting och län. Sjukgymnasten har även arbetat som projektledare 50 % med redovisning, presentationer, rapporter och föreläsningar. Detta har begränsat antalet inskrivna patienter enligt projektbeställningen och Hälsofrämjande Team har ändå visat på positiva ekonomiska resultat för kommunen. Med detta arbetssätt får vi friskare äldre med förbättrade funktioner och därmed är detta kostnadseffektivt för Nyköpings kommun.

Hälsofrämjande Team har uppfyllt krav på resultat och omfattning utifrån projektbeställning.

- **Upprättad SIP i samverkan med patient och berörda aktörer**

Hälsofrämjande Team har haft samverkansmöten med Ekensbergs vårdcentral (VC), Stadsfjärdens VC, Åsidans VC och Bagaregatans VC gällande skapande av en rutin för SIP under hösten 2016. Samverkan gällande framtagande av rutin har ej fortsatt under 2017 och därmed är ingen rutin för SIP skapad.

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

Hälsofrämjande Team har initierat tre SIP på inskrivna patienter, men vårdcentralerna har ej ännu fått en rutin att svara. Därmed blev noll SIP färdigställda.

Erfarenheter och analys av Hälsofrämjande Teams mätningar inför en trygg och effektiv utskrivning från slutenvård gjorde att fokus från teamet lades på samverkan med lasarettet inför planeringsmöten och utskrivning. Att upprätta SIP på samtliga patienter blev därmed inte ett prioriterat mål utifrån mätningarna och de nya riktlinjerna gällande trygg och effektiv utskrivning från slutenvård.

### **Uppfyllnad av krav på resultat och omfattning:**

Omfattning gällande samverkan har uppnåtts med alla vårdcentralen utom Din VC då de under hösten 2016 inte hade avtal med kommunen. Resultat har dock inte uppfyllts enligt beställning. Anledningen till detta resultat har varit utanför projektets befogenhet att påverka.

- **Ytterligare resultat utanför projektbeställning**

Sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska i teamet har fått examen inom strokekompetens.

Sjukgymnast och arbetsterapeut har skapat en strokeutbildning med hälsofrämjande förhållningssätt till omvårdnadspersonal inom kommunen och det är den första i landet. Utbildningen har getts vid två tillfällen.

Sjukgymnast har skapat en strokeföreläsning med hälsofrämjande förhållningssätt och denna hölls på en anhörigdag inom strokeförbundet.

Hälsofrämjande Team har även skapat en presentation av HSV och haft föreläsning för nyanställda sjuksköterskor på NLN vid tre tillfällen. Där har betydelsen av korrekt information och hjälpmedel inför hemgång belysts.

### **Uppfyllnad av krav på resultat och omfattning:**

Utanför krav på resultat och omfattning utifrån projektbeställning,

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

## 2.2 Tidplan

Delredovisning nämnden 2017-03-28  
Delredovisning ekonomer 2017-09-25  
Hemsjukvårdspärmen 2017-09-12  
Helredovisning Vård- och Omsorgs Nämnden 2018-02-15

Inga avvikelser i förhållande till ursprunglig tidsplan.

## 2.3 Resurser och kostnader

Inte aktuellt för projektledaren. Projektet har inte haft en egen budget.

Personalkostnader för 3,0 personer har bekostats med statligt stimulansbidrag för ökad bemanning i äldreomsorgen.

Kostnader för kontorslokal, datautrustning, leasing av en bil samt inköp av två cyklar har belastat respektive enheter Hemsjukvården och Rehabiliteringen.

## 3 Erfarenheter

Beställningsuppdraget var att följa nyinsjuknade patienter inför hemgång efter slutenvård – patienter i behov av hemsjukvård, rehabilitering och hemtjänst. Uppdraget var att projektet skulle begränsa antalet inskrivna patienter för att resurserna i teamet skulle kunna möjliggöra att nå de uppsatta målen utifrån projektbeställningen.

Teamet har aktivt arbetat i team med hälsofrämjande åtgärder i form av:

- Regelbunden bedömning av funktionell fysisk förmåga.
- Träning med progression utifrån patientens förbättrade funktionsnivå.
- HSL-uppdrag till hemtjänst gällande träning med progression.  
Infört i både Procapita och i nya hemsjukvårdspärmen.
- Ordinationer gällande maximalt självständig förflyttning utifrån initial funktionsnivå och utifrån patientens förbättrade funktionsnivå.  
Infört i både Procapita och i nya hemsjukvårdspärmen med målet att ordinationen ska implementeras i patientens genomförandeplan.

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

- Regelbunden bedömning av funktionell ADL-förmåga;  
Personliga aktiviteter i det dagliga livet (P-ADL) – till exempel personlig vård, kläder, toalett, dusch, med mera.  
Instrumentella aktiviteter i det dagliga livet (I-ADL) – till exempel inköp, matlagning, koka kaffe, städning, med mera. Dock har resurserna i Hälsofrämjande Team inte räckt till för att bedöma och utföra åtgärder för till exempel inköp och städning.
- Ordinationer med maximal självständighet gällande träning av ADL-förmåga initialt och utifrån patientens förbättrade aktivitetsutförande.  
Infört i både Procapita och i nya hemsjukvårdspärmen med målet att ordinationen ska implementeras i patientens genomförandeplan.
- Kost. Sjuksköterska i Hälsofrämjande Team har erbjudit samtliga patienter inskrivna i teamet kostrådgivning.
- Teamarbete HSV – cirkulationsfrämjande åtgärder gällande sårvård; träning, cirkulationsfrämjande råd, tryckavlastande hjälpmedel och samarbete mellan sjuksköterska HSV och rehab HSV.
- Teamarbete sjuksköterska och rehab HSV – åtgärder och förebyggande träning gällande inkontinens.

Anledningen till att Hälsofrämjande Team har nått positiva resultat inom flera områden är att Hälsofrämjande Team har haft resurserna att välja vårdkvalitet kontra kvantitet med antalet inskrivna patienter i teamet. Därmed har samtliga professioner inom hemsjukvården kunnat vara aktivt närvarande mycket frekvent hos patienten under perioden efter hemgång från slutenvård.

Rehab har tagit funktionsstatus initialt och utifrån patientens eget mål har adekvat träning upprättats samt uppdaterats utifrån patientens framsteg. Rehab har även haft resurserna att göra bedömningar av förflyttningar i reella situationer med en ordination, träna förflyttningar och uppdatera ordinationer. Rehab har aktivt kunnat handla och samverka med anhöriga och omvårdnadspersonal inom hemtjänst utifrån patientens egenuppsatta mål om maximal självständighet med minimal assistans i vardagliga situationer. Att resurser från rehab Hälsofrämjande Team har kunnat användas på ett optimalt sätt har visat sig mätbart gagnande för både kommunens invånare och kommunens ekonomi. Aktiv närvaro från rehab har resulterat i att patienterna har förbättrat både fysisk funktion, ADL-förmåga och därmed minskat behov av insatser från hemtjänst.

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

En nära samverkan inom teamet har gett positiva resultat gällande både sårvård och inkontinens med träning, cirkulationsfrämjande åtgärder och hjälpmedel.

13 av 35 patienter blev helt självständiga utan hemtjänst vid utskrivning avseende både medicinsk omvårdnad, förflyttningar och ADL-förmåga.

Dessa 13 patienter återfick sin totala självständighet.

En av 35 patienter drog tillbaka sin ansökan om särskilt boende (SÄBO) och har spenderat sin sommar 2017 på sitt landställe med mycket god livskvalitet enligt egen utsago. Hen har promenerat självständigt med rollator på ojämnt underlag utomhus och hen har njutit av sin sommar.

Samtliga patienter fick bättre balans, styrka och kondition genom aktiv närvaro, rehabilitering och progressiv träning utifrån förbättrade funktioner.

En stor fördel med att Hälsofrämjande Team har följt nyinsjuknade patienter är att teamet har nått ut till flera olika hemtjänstgrupper inom kommunen.

## 4 Rekommendationer

Att Nyköpings äldre får en bättre funktionell förmåga med ökad självständighet och förbättrad livskvalitet är en vinst för både individen och kommunen.

Beställningsuppdraget för Hälsofrämjande Team var att följa nyinsjuknade patienter inför och efter hemgång från slutenvård. Detta för att begränsa antalet patienter så att HF teamets resurser skulle räcka till. Men vi har idag också ett stort antal patienter som redan har hemtjänst men skrivs ut från slutenvården med förändrade hemtjänstinsatser. Dessa patienter behöver få samma möjlighet till snabb bedömning och åtgärd – en chans till träning och ett tätt samarbete med hemtjänst för att uppnå maximal självständighet. Projektet behöver alltså utvidgas och gälla för hela hemsjukvården.

Sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska i Hälsofrämjande Team kommer från 2018-01-01 att arbeta med att implementera projektets arbetssätt i ordinarie hemsjukvårdsverksamhet.

Det närmaste året krävs att stort fokus läggs på samverkan med lasarettet kring utskrivning från slutenvården och på samverkan med vårdcentralerna i samband med SIP. Samverkan med hemtjänst behöver fortsätta för att få vardagsrehabiliteringen att ingå som en naturlig del i genomförandeplanen.

Resurserna inom rehabenheten och hos sjuksköterskorna i hemsjukvården är begränsade och att genomföra och utöka detta arbetssätt blir en utmaning.



Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

Det **sjukgymnast/fysioterapeut (sjg/ftp)** har kunnat göra annorlunda i Hälsofrämjande Team jämfört med resurserna för sjg/ftp i ordinarie HSV är:

- Funktionsbedömning initialt och efter avslutad period. Något sjg/ftp i ordinarie HSV har svårt att kunna prioritera med nuvarande resurser.
- Träningsprogram med progression utifrån förbättrad förmåga. Med nuvarande resurser i HSV blir det ofta endast att ett träningsprogram lämnas ut initialt med målet om funktionsbevarande träning istället för funktionsförbättrande träning, det vill säga träning med progression.
- Aktiv, maxad träning med patienten flera gånger per vecka vid behov. Med befintliga resurser finns inte möjlighet för sjukgymnast/fysioterapeut att träna med mer än några få patienter maximalt en gång per vecka.
- Handledning av omvårdnadspersonal HT med förflyttningar i vardagliga situationer med minimal assistans. Sjukgymnast/fysioterapeut i ordinarie HSV har inte möjlighet att gå igenom förflyttningar mer än en gång med den omvårdnadspersonal som har möjlighet att närvara.

Det **arbetsterapeut (at)** har kunnat göra annorlunda i Hälsofrämjande Team jämfört med resurserna för arbetsterapeut i ordinarie HSV är:

- Handtester initialt och efter avslutad period. Arbetsterapeut i ordinarie HSV har med nuvarande resurser inga möjligheter att göra handtester.
- Handträningsprogram med progression utifrån förbättrad förmåga. Arbetsterapeut i ordinarie HSV har med nuvarande resurser inga möjligheter att göra handträningsprogram samt att följa upp träningen.
- Träna P-ADL – personlig vård i vardagliga situationer. Arbetsterapeut i ordinarie HSV har med nuvarande resurser inga möjligheter att träna P-ADL. De ser till att korrekta hjälpmedel lämnas ut och används på ett tillfredsställande sätt.
- Träna I-ADL i reell hemmiljö, t.ex. matlagning, bakning, koka kaffe, mm. Arbetsterapeut i ordinarie HSV har med nuvarande resurser inga möjligheter att träna I-ADL. De kan anpassa med hjälpmedel för fallprevention, till exempel att förskriva en arbetsstol.
- Göra kognitiv bedömning (screening) – MoCA, i lugn hemmiljö. I nuläget görs

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

ingen kognitiv bedömning av arbetsterapeut i ordinarie HSV då bristande resurser gör att detta inte kan prioriteras. Patienten får i nuläget vända sig till vårdcentralen.

Det **sjuksköterska (ssk)** har kunnat göra annorlunda i Hälsofrämjande Team jämfört med resurserna för sjuksköterska i ordinarie HSV är:

- Vara frekvent närvarande hemma hos patienten och kunna ge patienten tid och trygghet. Sjuksköterska i ordinarie HSV har inte möjlighet att kunna prioritera samma tid hos patienten med nuvarande resurser.

- Gemensamma hembesök och samverkan med rehab. I ordinarie HSV finns inte resurser från rehab att ha detta nära samarbete.

- Samtala om matvanor för att möjliggöra optimal läkning. I nuläget görs inte detta i ordinarie HSV.

Resultaten Hälsofrämjande Team har fått fram under projektperioden visar på att en frekvent närvaro från HSV hos patienten efter hemkomst från slutenvård har gett god utdelning. Detta genom gott team-arbete från sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska. Samarbetet har rört både sårvård, omvårdnad, inkontinens och cirkulationsfrämjande åtgärder. Med nuvarande ordinarie resurser i hemsjukvården blir teamarbete på denna nivå svårt att upprätthålla.

Resultaten från Hälsofrämjande Team visar på att ett nära samarbete med omvårdnadspersonal inom hemtjänst gällande maximal vardagsrehabilitering med minimal assistans, korrekta ordinationer i Procapita och i hemsjukvårdspärmen, minskar den fysiska arbetsbelastningen för personal inom hemtjänstpersonal och möjliggör en förbättrad arbetsmiljö.

Projektbeställaren och resultatmottagaren bör ta i hänseende att det framöver kommer att bli en ökad belastning för hemsjukvården med den nya lagen. Patienter ska hem om de önskar och då ska hemsjukvården kunna möta upp med de resurser som behövs. En fördel med ökade resurser inom rehab HSV är att hemsjukvården då kan trygga upp vid hemkomst och minska belastningen på korttidsboendet. Ytterligare en aspekt är att patienter i dagsläget oftast skrivs ut direkt när de är medicinskt färdiga. Detta innebär att de är mycket nedsatta i allmäntillståndet när de kommer hem och resurser från rehab HSV behövs frekvent för att patienten ska få en fungerande vardag.

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

## 6 Sammanfattning

Teamet har arbetat aktivt med samverkan inom både kommun och landsting – både på lasarettet och inom länet. Detta för att trygga och effektivisera för patienten i samband med utskrivning från slutenvård. Fortsatt kvalitetssäkring av informationsöverföring inför hemgång från slutenvård sker under 2018.

Utifrån samverkan inom kommunen har teamet tagit fram ett underlag för ett målfokuserat planeringsmöte inför utskrivning där samtliga intressenter i kommunen får adekvat information inför hemgång. Teamet har deltagit aktivt på planeringsmöten för att implementera arbetssättet på lasarettet. Närvaro från rehab hemsjukvården på planeringsmöten har visat sig ge förutsättningar för en mer optimal hemgång från slutenvård för patienten.

Teamet har varit närvarande med samtliga professioner inom tre dagar efter hemgång och ett nära samarbete har skett mellan rehab och sjuksköterska. Sjukgymnast och arbetsterapeut har gjort bedömning av förflyttningar och ADL-förmåga för patienten. Ordinationer har skapats utifrån patientens vardagliga liv där hen har fått möjlighet och förutsättningar att vara maximalt självständig med minimal assistans. Detta har dokumenterats i både text och bilder i reell hemmiljö. Ett nära samarbete har skett med hemtjänst med handledning av ett hälsofrämjande förhållningssätt i vardagliga situationer.

Patienterna har fått sätta upp egna mål och utifrån detta mål har träningsprogram skapats av både sjukgymnast och arbetsterapeut. Patientens funktionsförmåga har mätts regelbundet och träningen har förändrats utifrån förbättrade funktioner – träning med progression.

Att resurser från rehab Hälsofrämjande Team har kunnat användas på ett näst intill optimalt sätt har visat sig mätbart gagnande för både kommunens ekonomi och dess invånares livskvalitet – ett kostnadseffektivt arbetssätt. Aktiv närvaro från rehab har resulterat i att patienterna har förbättrat både fysisk funktion (balans, gångförmåga, styrka, kondition) och ADL-förmåga. Att patienterna dessutom har fått möjlighet att vara maximalt självständiga i vardagliga situationer har lett till minskade insatser från hemtjänst. Detta arbetssätt ska därmed implementeras i ordinarie hemsjukvård under 2018.

Hemsjukvårdspärmen har fått en ny innehållsförteckning med tydlig indelning av ordinationer och HSL-uppdrag från både rehab och sjuksköterska. En så kallad exempelpärm har skapats och presenterats i de flesta hemtjänstgrupper – både kommunala och privata. Arbetet med presentation och implementering av hemsjukvårdspärmen kommer att fortsätta under 2018 i både hemtjänst och hemsjukvård. Målet är att ordinationer med maximal självständighet för patienten ska implementeras i patientens genomförandeplan.

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsöfrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

**Hälsöfrämjande Team:**

Ann-Charlotte Berencreutz                      Leg. Sjukgymnast/Projektledare

Li-Martina Nilsson                              Leg. Arbetsterapeut

Susanne Hermansson                         Leg. Sjuksköterska

**6 Bilagor**

Bilaga 1	Målfokuserat planeringsmöte	sid 25
Bilaga 2	Ordination för maximal vardagsrehabilitering	sid 27
Bilaga 3	Signeringslista för HSL-uppdrag från rehab	sid 28
Bilaga 4	Register till nya hemsjukvårdspärmen	sid 30
Bilaga 5	Manual funktionstester för sjukgymnast/fysioterapeut	sid 31
Bilaga 6	Sammanställning av ekonomi för bistånd	sid 32

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

## Bilaga 1 (1/2)

**Planeringsmöte inför utskrivning**

Personnr	Avd	Datum
Namn		
Medverkande:		
Anhörig	Telefon	
Hälsohistoria <b>Situation:</b>  <b>Bakgrund:</b>  <b>Aktuellt:</b>  <b>Rekommendation:</b>		
UK medicinskt	UK paramedicin	Planerad hemgång

**FUNKTIONELL FÖRMÅGA**
**HUR?**

Uppresning		
Förflyttning inne		
Till/Från liggande		
Förflyttning i säng		
Av/påklädning		
Toalettbesök		
Daglig hygien		
Bad/Dusch		
Äta		
Kommunikation		

3 = kan själv  
 2 = kan själv med stöd  
 1 = behöver hjälp  
 0 = kan inte

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

## Bilaga 1 (2/2)

**MEDICINSKT STATUS**

Vill du ha hjälp att sköta läkemedel/dela dosett?
Behöver du hjälp med provtagning?
Behöver du hjälp med såromläggning?
Använder du inkontinenshjälpmedel?
Egenvård (fragmin, stödstrumpor)
Övrigt

**PATIENTENS MÅL**

Hur vill du att din vardag ska se ut?
Vad vill du klara själv?
Vilka intressen har du?

**HEMBESÖK**

Hinder i hemmiljö?
Hjälpmedelsbehov före hemgång?
Övrigt Rehab

**BESLUT**

VALD/NUVARANDE HEMTJÄNST: \_\_\_\_\_

--

VC/PAL
Klinik/PAL
Övriga vårdkontakter

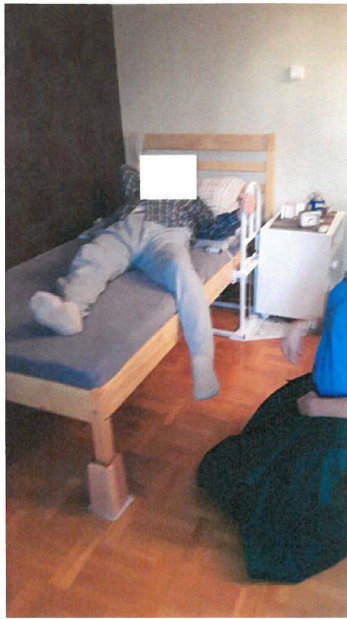
Samtycke NPÖ Samtycke SIP Information till närstående Samtycke Senior Alert Information till annan vårdgivare

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projekt namn Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

**Bilaga 2**

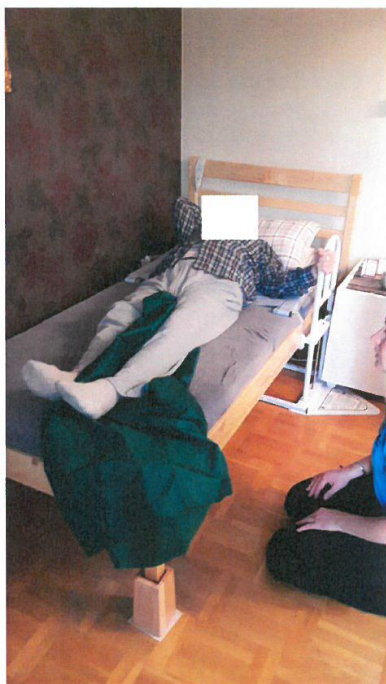
2016-11-28

## Maximalt självständig förflyttning till liggande



Applicera glidtyget under vänster ben.

NN kan behöva minimal assistans under vänster häl för att komma över sängkanten.



Till denna position kan NN ta sig självständigt.

Instruera NN att **sträcka i knät!**



NN kan sedan föra benet in självständigt.

Ta bort glidtyget när förflyttningen är klar.

Lycka till!  
Lotta, sjukgymnast







Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektname Hälsöfrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

## Bilaga 4

1	SSK	Ordinationshandling/ Medicinlista & Signering
2	SSK HSL-uppdrag	Medicinsk omvårdnad (ex. sårvård, spola KAD)
3	SSK	Pk-prov/Waran
4	Rehab HSL-uppdrag	Träning & Signering
5	Rehab	Ordinationer & Förflyttning
6	Hjälpmedel	Skötsel & Instruktioner
7	SIP	
8	NPÖ, Senior Alert	
9	Övrigt	



Projektbeställare Ewa Karlzon	Projektnamn Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencreutz	Datum 2017-12-31	Projektnummer 169006

## Bilaga 5



### Funktionellt test gångare

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Otago  
Fyra test balansskala

Höftbrett



Fötterna tätt intill



Semi-tandemstående



Tandemstående

Antal sekunder: \_\_\_\_\_ sek

\_\_\_\_\_ sek

\_\_\_\_\_ sek

\_\_\_\_\_ sek

Otago  
Resa sig från stol test

Tid:

Med armstöd upp:

Med armstöd ner:

Stöd framför:

Fem uppresningar \_\_\_\_\_ sek

Ja  Nej

Ja  Nej

Ja  Nej

Skattning av ansträngning: \_\_\_\_\_ av 10

Gångförmåga

Tid:

Gånghjälpmedel:

Skattning av ansträngning: \_\_\_\_\_ av 10

Fem meter:

Specifik sträcka:

Från:

Till:

Aktiv funktion axlar

- Höger

- Vänster

Fullgod rörlighet

Ja  Nej

Ja  Nej

Hand när mun

Ja  Nej

Ja  Nej

Hand när panna

Ja  Nej

Ja  Nej

Hand när hjässa

Ja  Nej

Ja  Nej

Projektbeställare Ewa Karlzon	Projekt namn Hälsofrämjande Team	Ärendenummer Platina 102196
Projektstart 2016-09-01	Projektavslut 2017-12-31	Version 1.0
Projektledare Ann-Charlotte Berencruz	Datum 2017-12-31	Projekt nummer 169006

## Bilaga 6

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1		initialt h/v	efter h/v	minskat h/v					
2	P1	11,08	-5,83	5,25					
3	P2	13,33	0	13,33					
4	P4	18,83	-0,83	18					
5	P39	15,58	0	15,58					
6	P40	3,5	0	3,5					
7	SF 2	2	-2	0					
8	P6	6,5	0	6,5		tillbakadragen ansökan om Säbo			
9	P8	1,75	0	1,75					
10	P12	3,5	-3,5	0					
11	P14	3,83	0	3,83					
12	P25	3,52	-0,38	3,14					
13	P26	16,33	0	16,33					
14	P27	8,75	-5,5	3,25					
15	P29	9,33	0	9,33					
16	P31	13,42	-2,33	11,09					
17	P32	15,75	-12,08	3,67					
18	P52	19,75	-7	12,75					
19	P61	8,75	-1,5	7,25					
20	P66	7,25	-6,08	1,17					
21	P67	1	0	1					
22	P68	18,75	-0,75	18					
23	P69	15,43	-15,43	0					
24	P73	12,42	-3,5	8,92		hem trots beslut om KTB			
25	P91	12,83	-13,83	-1		promenad tillagt			
26	P92	17,33	-14,91	2,42					
27	P93	18,67	-19,67	-1		promenad tillagt			
28	P80	4,67	0	4,67		hem trots beslut om KTB			
29	P81	16,08	-9,75	6,33					
30	P95	2,83	0	2,83					
31	P84	9,33	-7,67	1,66		hem trots beslut om KTB			
32	P86	15,42	-15,42	0					
33	P87	0	0	0					
34	P89	19,33	-16,83	2,5					
35	P90	4,25	-3,75	0,5					
36	P94	4,33	0	4,33					
37									
38									
39	Totalt:								
40	h/v:	355,42	-168,54	186,88					

# Utredning om kommunalt producerad hemtjänst

Nyköpings kommun



**EY**

Building a better  
working world

## Innehåll

1	Sammanfattning.....	3
2	Inledning.....	6
2.1	Bakgrund.....	6
2.2	Uppdrag och frågeställningar.....	6
2.3	Avgränsning.....	7
2.4	Metod.....	7
3	Utgångspunkt.....	8
4	Hemtjänst i Nyköpings kommun.....	8
4.1	Hemtjänstval.....	8
4.2	Omfattningen på hemtjänstuppdraget enligt LOV.....	8
4.3	Hemtjänstvallets ersättningsmodell.....	8
4.4	Registrering av utförd tid.....	10
4.5	Utförare av hemtjänst inom LOV.....	11
5	Hemtjänst i egen regi.....	12
5.1	Organisation.....	12
5.2	Hemtjänstens ekonomiska resultat.....	13
5.3	Analys av hemtjänstens kostnad för en utförd timme 2016.....	13
6	Analysavsnitt.....	16
6.1	Nyckeltalsanalys.....	16
7	Hemtjänstens planering.....	23
7.1	Planerad tidsanvändning.....	23
7.2	Möjlig förbättring i förhållande till utfall.....	24
7.3	Förändringar av beviljad tid mellan månader.....	25
7.4	Slutsatser hemtjänstens planering.....	28
8	Sveriges Kommuner och Landstings – Hemtjänstenkät 2016.....	29
8.1	Modeller för hemtjänstval och ersättningsnivåer.....	29
8.2	Kommunernas hemtjänst i egen regi.....	30
9	Nyköpings kommuns riktlinjer.....	31
9.1	Utgångspunkt.....	31
9.2	Nämndens riktlinjer.....	32
10	Krav på den egna verksamheten.....	33
11	Slutsatser.....	35

## 1 Sammanfattning

EY har på uppdrag av Nyköpings kommun genomfört en utredning av de strukturella förutsättningarna för att få den kommunalt producerade hemtjänsten att nå budgeterat resultat.

Hemtjänsten i kommunens regi har sedan 2009 redovisat en ekonomi i obalans. Det samlade negativa resultatet för perioden fram t.o.m. 2016 uppgår till ett betydande belopp. Sedan 2013 har den egna regin arbetat med olika åtgärder för att komma till rätta med orsakerna till den ekonomiska obalansen. Viss förbättring av produktiviteten kunde noteras inledningsvis men därefter har den legat kvar på en nivå kring 60 procent<sup>1</sup> (av arbetad tid). Trots åtgärder som att optimera planering, införa styrkort, utveckla uppföljning har inga ytterligare förbättringar av produktiveten kunnat uppnås.

I utredningen har det inte framgått att det finns avgörande systemmässiga orsaker till den ekonomiska obalansen; utifrån den totala ersättningsnivån, systemmässiga förklaringar, eller hinder i ersättningsmodellen. Nyköpings kommuns prismodell och ersättningsnivå skiljer sig inte heller på någon avgörande punkt från kommuner som har infört hemtjänstval med elektronisk tidsregistrering. Vi har inte heller noterat att det finns systemmässiga orsaker eller hinder i beslutsprocessen som bidrar till att förklara den ekonomiska obalansen inom hemtjänsten i egen regi. Någon signifikant skillnad i Nyköpings kommuns ambitionsnivå i relation till andra kommuner har inte framkommit i utredningen.

När det gäller kommunala krav på hemtjänsten i egen regi är bedömningen att det i nuläget, utifrån förutsättningen att erbjuda heltider och att samtidigt undvika delade turer, finns merkostnader men att de inte är väsentliga. Det skall samtidigt sägas att det är svårt att på ett rättvisande sätt beräkna merkostnaderna. En annan faktor som har betydelse är att den kommunala utföraren till skillnad från de privata utförarna inte kan välja ett kapacitetstak. Bedömningen är att det i förhållande till utförare som har valt kapacitetstak både är en ekonomisk och kvalitetsmässig nackdel för den kommunala utföraren.

I utredningen har statistik tagits fram för att bl.a. jämföra den kommunala utföraren med de privata utförarna. I förhållande till de privata utförarna, har vi för den kommunala utföraren konstaterat följande skillnader:

- „ En lägre andel utförd tid av den beslutade tiden, 79 procent jämfört med 82 procent för de privata utförarna.
- „ En lägre genomsnittlig tid per besök, 25,7 minuter jämfört med de privata utförarnas 29,7 minuter. För 2016 innebär skillnaden att om den egna regin hade haft samma genomsnittliga besökstid som de privata utförarna så hade intäkten blivit minst 10,2 mnkr högre.
- „ En högre andel dubbelbemanningstid.
- „ En lägre andel förändrade besök men en högre positiv nettoeffekt av förändringarna i tillkommande tid jämfört med privata utförare.
- „ En högre andel besök med kvittenser vid start och slut, 74 procent jämfört med 62 procent för de privata utförarna.

---

<sup>1</sup> En referens är att ersättningsmodellen utgår från ca 72 procents produktivitet (hemtjänst i tätort).

- „ En högre andel avböjda besök registrerade i Mobipen. Av de totalt registrerade avböjda så avsåg 75 procent den kommunala hemtjänsten.

Utredningens huvudförklaring till hemtjänstens ekonomiska obalans står att finna i den tillämpade modellen för planering. Sättet att planera leder till att verksamheten, trots ett omfattande arbete med åtgärder, inte har lyckats uppnå någon avgörande förbättring av produktiviteten. Under 2016 planerade hemtjänsten att använda 65 procent av den ersatta personaltiden för att hos kund utföra 83 procent av den beviljade tiden. Utfallet blev att knappt 77 procent av den beviljade tiden utfördes med 60,6 procent av den tillgängliga personaltiden. Den ekonomiska konsekvensen av detta blev att hemtjänstens kostnad för en utförd timme uppgick till 423 kr, vilket motsvarar en negativ avvikelser i förhållande till timersättningen i tätort (386 kr/timme 2016) med -93 kr per timme. Med allt annat oförändrat hade hemtjänsten för att nå ett ekonomiskt balanserat resultat 2016 behövt ha en produktivitet på ca 75 procent.

För verksamheten och dess personal får det oönskade konsekvenser när åtgärder vidtas som inte leder till att förväntade effekter uppnås på produktiviteten uppnås och ekonomi. Istället har personalen upplevt arbetssituationen mer stressande samtidigt som risken ökar att verksamhetens kvalitet påverkas negativt. Relativt stora resurser avsätts i organisationen för planering med stöd av Laps Care. Vår bedömning är att planeringen av kundernas insatser och personalens scheman görs i två parallella spår. När dessa sedan möts uppstår ett matchningsproblem som inte har kunnat hanteras i den operativa miljön på ett optimalt sätt. Totalt sett har en för låg andel av den beslutade tiden och av personalens arbetade tid planerats in samtidigt som den planerade kundtiden inte har kunnat utföras i tillräcklig grad på grund av att inlagd förflyttningstid mellan besöken inte har varit realistisk. När en summering görs av kundtid, uppskattad restid, rapporterings- och dokumentationstid samt en uppskattning av tid som går att lägga ut som kundtid, visar det sig att variationen är stor mellan hemtjänstgrupperna. Om summeringen görs på utfallstimmar under 2016 finns en spännvidd mellan 7 till 32 procent av arbetstiden som icke kundtid.

För att kunna uppnå en förbättrad ekonomi (och kvalitet) är det därför nödvändigt att planeringen utvecklas. Planeringen behöver i större utsträckning leda till att beslutad tid motsvaras av planerad insatstid i kundernas genomförandeplaner samtidigt som en större andel jämfört med i dag av den planerade tiden blir utförd tid. För att nå dit behöver ledningen involveras mer i den operativa styrningen av verksamheten och skapa förutsättningar för personalens förståelse, engagemang och deltagande i planeringen. Vår bedömning är att det arbete som genomförs med stöd av konsult för att utveckla planeringen är ett avgörande steg för att kunna uppnå förbättringar.

Samtidigt finns det svagheter i ersättningsmodellen som försvårar möjligheten att uppnå en ekonomi i balans. Det gäller bl.a.

- „ Ersättningsnivån per utförd timme 2016 som låg på en något för låg nivå för att fullt ut ersätta den kringtid som modellen förutsätter.
- „ Schablonisering av dubbelbemanningstid upp till 20 timmar per månad som ingår i timersättningen. Ersättningsmodellen kompenserar inte i tillräcklig grad behovet av dubbelbemanning. Det framgår inte hur dubbelbemanningen har beaktats i den kalkyl som ligger till grund för beräkningen av timersättningen.
- „ Hanteringen av s.k. bomtid i ersättningsmodellen är ofördelaktig för utföraren beroende på omfattningen och vilka besök som utgör de två första.



- ” Ersättningen vid korta tillsynsbesök. Det finns en risk att korta besök driver mer kringtid än vad som finansieras av själva besöket, d.v.s. är olönsamma för utföraren.

Även om åtgärder vidtas för att skapa förutsättningar att genomföra en större andel av den beslutade tiden med en högre produktivitet är vi tveksamma till om det är möjligt att varaktigt uppnå en produktivitet på ca 72 - 75 procent. Vår bedömning är därför att åtgärder även behöver vidtas för att se över ersättningsmodellen men också att överväga hur dubbelbemanning som föranleds av brukarens behov ska hanteras.

Följande åtgärder föreslås med stöd av genomförd utredning:

- ” Utvecklingsarbetet för en budget i balans måste ytterligare fokusera på planeringen
  - ” Chefer behöver godkänna planerad produktivitet, dvs koncentrera sig på den påverkbara planeringen och inte uppföljningen.
  - ” Ökad samordning mellan grupperna för gruppsspecifika mål för produktivitet.
  - ” Särskild belysa förutsättningarna i de grupper som har stor andel icke kundtid, även då restider beaktats.
  - ” Bättre matchning mellan kundernas behov och personalens scheman.
- ” Gör en översyn av ersättningsmodellen med avseende på hanteringen av;
  - ” Tillsynsbesök.
  - ” Dubbelbemanning.
  - ” Avböjda besök.
- ” Basera uppräknings av timersättningen på OPI.

## 2 Inledning

### 2.1 Bakgrund

Kommunstyrelsen beslutade den 22 augusti 2016 att ge kommundirektören i uppdrag att med externt konsultstöd utreda de strukturella förutsättningarna för att få den kommunalt producerade hemtjänsten att nå budgeterat resultat

Division Social omsorg har under flera år dragits med underskott inom hemtjänsten. Den övergripande förklaringen till obalansen är att hemtjänstens kostnader för att utföra en hemtjänststimme överstiger den ersättning som utgår per utförd timme. Ersättning betalas ut för utförd tid och inte för beviljad tid. I dagsläget beviljas insatser utifrån en modell med schablontider per insats, vilket sällan stämmer med verkligheten. Att hemtjänsten är dyr är också något som de externa vårdgivarna flaggar för, då de har svårigheter med att få affären att gå ihop.

Divisionen har med egna resurser försökt att vända underskottet inom hemtjänsten, med utgångspunkten att klara av verksamheten på ett effektivare sätt. Detta arbete har till en viss del varit framgångsrikt, och divisionen har fått i uppdrag av kommunstyrelsen att fortsätta arbetet med effektiviseringen av verksamheten.

Beslutet ovan är en följd av en grundläggande fråga, nämligen om den egna verksamheten är ineffektivt enbart på de inre processerna eller om det är omöjligt att komma i budgetbalans med enbart förändringar i arbetsprocesserna. För att få svar på detta ska en utredning svara på om det finns systemmässiga förklaringar/hinder som gör det svårt att klara av uppdraget inom budgeterat ram.

### 2.2 Uppdrag och frågeställningar

Syftet med uppdraget har varit att utreda de strukturella förutsättningarna för att få den kommunalt producerade hemtjänsten att nå budgeterat resultat.

Utredningen har haft i uppdrag att besvara följande frågeställningar:

1. Finns det några systemmässiga förklaringar eller hinder utifrån den totala ersättningsnivån för utfört uppdrag?
2. Finns det några systemmässiga förklaringar eller hinder i den tillämpande ersättningsmodellen för hur olika insatser ersätts (prismodell)?
3. Hur skiljer sig Nyköpings kommuns prismodell och kostnader i jämförelse med andra kommuner med likartad struktur? Hur väl presterar Nyköpings kommunala hemtjänst i relation till andra kommunala hemtjänstutförare?
4. Hur skiljer sig genomsnittsbesöket för den kommunala hemtjänsten i relation till den privata sektorn och dess direkta påverkan på andel icke brukartid (restid) som uppstår?
5. Finns det några systemmässiga förklaringar eller hinder i beslutsprocessen för den kommunala myndighetsutövningen gällande exempelvis nivå, detaljeringsgrad och frekvens i omprovning av behov?
6. Hur skiljer sig Nyköpings kommuns riktlinjer och anvisningar, och därtill den kommunala ambitionen avseende kvalitet/kvantitet i insatser i relation till andra kommuner?

7. Finns det idag kommunala krav på den egna verksamheten som leder till ökade kostnader och hur stora är dessa i så fall? Kommunala krav kan exempelvis vara av kommunstyrelsen ställda krav beträffande egen organisation, personalpolitik med mera.

### **2.3 Avgränsning**

Utredningen har avsett hemtjänsten som bedrivs i kommunens regi.

### **2.4 Metod**

Utredningen har genomförts med stöd av intervjuer, dokumentstudier och jämförelser.

Intervjuer har genomförts med:

- „ Administrativ chef, DSO.
- „ Ekonomichef, DSO.
- „ Ekonomer, DSO.
- „ Verksamhetschef, äldreomsorg, DSO.
- „ Representanter för enhetschefer, hemtjänst, DSO.
- „ Systemansvarig för Mobipen, DSO-IT.
- „ Systemansvarig, DSO-IT.
- „ Enhetschef, myndighetsfunktionen äldre/funktionsnedsatta, DSO.
- „ Nämndansvariga tjänstemän, Beställarkontoret.

Exempel på dokument som har ingått i granskningen utgörs av:

- „ Beskrivning av ersättningsmodell.
- „ Sammanställningar av utförd tid, planerad tid och arbetad tid från Laps Care.
- „ Dokumentation om system för tidrapportering.
- „ Ekonomisk uppföljning.
- „ Kostnadsdata.
- „ Verksamhetsstatistik.

### **3 Utgångspunkt**

## **4 Hemtjänst i Nyköpings kommun**

### **4.1 Hemtjänstval**

I Nyköpings kommun infördes fritt val inom hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem (LOV), SFS 2008:962, fr.o.m. den 1 november 2009.

### **4.2 Omfattningen på hemtjänstuppsdraget enligt LOV**

Uppdraget omfattar att bedriva hemtjänst i form av omvårdnads- och/eller serviceinsatser. Ansökan, enligt förfrågningsunderlaget, om att bedriva hemtjänst kan avse omvårdnadsinsatser inklusive serviceinsatser eller enbart serviceinsatser. I uppdraget kan ingå att anställda ska utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Omvårdnadsinsatser omfattar personlig omvårdnad och hjälp vid larm och utförs under tiden kl. 07:00 - 22:00 årets alla dagar. Serviceinsatser utförs vardagar kl. 07:00 - 22:00 vid tidpunkt som kund och utförare kommer överens om. Alla insatser mellan kl. 22:00 – 07:00 utförs av kommunens hemtjänst i egen regi.

Från och med den 1 februari 2017 gäller att uppdraget omfattar hela kommunen. Av det aktuella förfrågningsunderlaget framgår att anbudsgivaren kan begränsa sitt åtagande genom att ange ett s.k. kapacitetstak uttryckt i antal beviljade timmar per månad. Ett angivet kapacitetstak kan höjas eller sänkas under pågående kontraktperiod efter att utföraren anmält detta till kommunen. Den kommunala utföraren har inte möjlighet att ange ett kapacitetstak.

I hemtjänsten används ett nyckelfritt system, Phoniro life care mobil, med vilket kundernas dörrlås kan öppnas med personalens mobiltelefoner.

### **4.3 Hemtjänstvalets ersättningsmodell**

Ersättningsmodellen består av:

- Timersättning uppdelad på omvårdnadsinsatser och serviceinsatser. Om utföraren tillhandahåller både omvårdnads- och serviceinsatser utgår beloppet för omvårdnad för samtliga timmar.
- En högre ersättning per timme utgår om insatsen utförs i landsbygd. Landsbygd respektive tätort definieras utifrån Statistiska Centralbyråns nyckelkodsområden.
- Momskompensation för privata utförare med 1,24 procent. För utförare av enbart servicetjänster gäller att de lägger på moms på timpriset eftersom den tjänsten är momspliktig.

Ersättningsens storlek bestäms varje år av vård- och omsorgsnämnden.

Tabell 1 - Timersättning för utförd hemtjänst, 2016 och 2017

		(Kronor)		Kommunen		Privat	
		Typ av insats		Tätort	Landsbygd	Tätort	Landsbygd
2017	Omvårdnad/service	401,82	457,82	406,82	462,82		
	Enbart service			331,82	378,82		
2016	Omvårdnad/service	386	442	391	447		
	Enbart service			316	363		

Timersättning inkluderar samtliga kostnader för utförandet av beviljade insatser. De villkor som gäller för ersättningen är bl.a.

- „ Att en upprättad genomförandeplan finns tillgänglig senast 14 dagar efter att uppdraget påbörjats.
- „ Grundregeln är att planerade insatser som av skilda anledningar inte kan utföras ersätts normalt inte. Följande undantag finns:
  - „ Omställningstid – Ersättning utgår under högst tre dagar för beviljad inplanerad tid som inte kan utföras på grund av dödsfall, akut sjukhusvistelse/korttidsvård eller tillfälligt uppehåll i hemtjänstinsatserna. En förutsättning för ersättning är att utföraren fått kännedom om händelsen kortare tid än fem dagar innan.
  - „ Avböjd insats/annan orsak – Vid kunds frånvaro av annan orsak än ovan eller då kund avböjer insats, så kallad ”bomtid”, utgår ersättning för högst två gånger per månad för en och samma kund. Kontakt med handläggare ska ske omedelbart om kund avböjer insats mer än två ggr under samma månad.
  - „ Dubbelbemanning ingår i timersättningen och ersätts normalt inte. Undantag gäller för utförda timmar vid dubbelbemanning som överstiger 20 timmar per person och månad. I dessa fall utgår timersättning för de överstigande timmarna.
  - „ Dokumentationstid (i grupplokal eller motsvarande) ingår i timersättningen och ersätts inte.

Ett tillägg gällande ”bomtid” är att den egna regin har uppfattat att reglerna även kan omfatta beslut av hälso- och sjukvårdspersonal. Uppfattningen är att det har skett en ökning av s.k. HSL-beslut om funktionsbevarande träning, och när dessa besök blir avböjda utgår inte ersättning enligt ovan.

#### 4.3.1 Beräkning av ersättningsnivå per utförd timme

I samband med att LOV infördes 1 november 2009 inom hemtjänsten gjordes en beräkning av timpriset som sedan har varit styrande för ersättningsnivåer framöver.

Kalkylmodellen består av följande komponenter:

- „ Genomsnittsmånadslönen för personal i omvårdnad och service. Påslag görs på månadslönen med semesterdagstillägg, sjuklönekostnad, OB-tillägg och PO-pålägg. I timersättningen för servicetjänster är utgångspunkten en lägre genomsnittlig månadslön utan påslag för OB-tillägg. Även övriga personalkostnader i form av kompetensutveckling och rehabilitering adderas sedan till lönekostnaderna.
- „ Övriga driftkostnader (lokalkostnad, bilar, mobiltelefon m.m.), administration och arbetsledning.

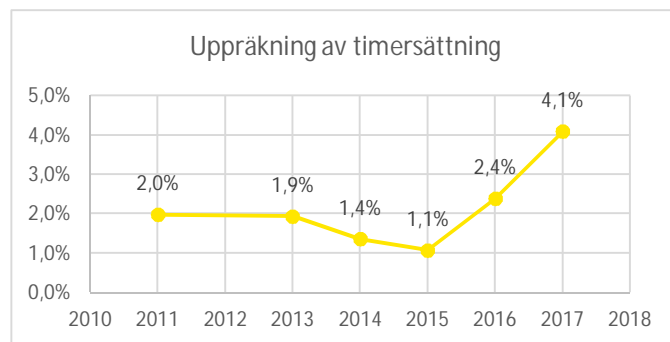
- „ Beräkning av debiterbara timmar. En nettoårsarbetstid för en heltid räknas fram och omräknas till timmar per månad. Därefter justeras tiden med en kringtidsfaktor för tätort (28 procent) respektive landsbygd (37 procent).

Nivåerna på ersättningarna per timme har till stora delar beräknats med utgångspunkt från redovisade kostnader inom kommunens egen hemtjänst. Kompetensutveckling, områdesadministration, ledning och specialistfunktion schabloniseras med procentpåslag.

I modellen ingår schabloner på 28 procent respektive 37 procent för kringtid. Det har inte framgått av modellen, eller av något annat underlag, vilka komponenter som ingår i kringtiden eller hur den har beräknats. Vi har från andra kommuner iakttagit att det inte är ovanligt att kringtidsschabloner i intervallet 22 – 30 procent används i tätort och tätortsnära delar i kommunerna.

2009 var ersättningen för per timme i tätort 354 kr och på landsbygd 406. Ersättningsmodellen har därefter räknats upp 2011 och samtliga år från och med 2013 enligt figuren nedan.

Figur 1 - Procentuell uppräknings av timersättning för tätort sedan 2009



Det kan noteras att fram t.o.m. 2016 gjordes relativt låga uppräknings av timersättningen. Ett antal kommuner med hemtjänstval har dock börjat använda omsorgsprisindex (OPI) för uppräknings av timersättningen. OPI har tagits fram av SKL, Vårdföretagarna och Pacta. OPI består av 80 procent lönekostnadsförändring och 20 procent KPI.

#### 4.4 Registrering av utförd tid

Mobipen Care används för att registrera faktiskt utförd tid med elektronisk penna i kundens hem. Enligt förfrågningsunderlaget framgår att beställaren följer användningen av pennan och kan kräva rättelse om pennan används felaktigt eller inte i tillräcklig omfattning utan att detta är motiverat.

Med den elektroniska pennan kvitteras ankomst till vårdtagaren och avfärd från vårdtagaren. Det finns dessutom ett särskilt tidkort som kan användas för att registrera tid för besök som startar och slutar utanför kundens bostad.

När ett arbetspass avslutas för dagen ska personalen granska och vid behov göra korrigerings av den registrerade tiden i Mobipen. Exempel på ändringar som kan göras är lägga till besök som inte kvitterats med start och slut, lägga till start eller slut, ändra tiden för besöket, m.m. Efter eventuella förändringar så ska arbetspasset godkännas av personalen. Både arbetspass och besök kan registreras manuellt i Mobipen. Efterregistrering (utan att pennan används) i systemet får endast ske i undantagsfall och ska då motiveras genom anteckning.

Exempel på efterregistreringar som framgår av förfrågningsunderlaget är när insatser utförs utanför bostaden och/eller till flera kunder samtidigt. Tiden dokumenteras som en uppskattad tidsåtgång hos kunden om inte exakt tid kan anges. Detta gäller vid samordning av inköp, tvätt, post-, bank- eller apoteksärenden. Den skattade tiden får inte avse schablontid för insatsen.

Av förfrågningsunderlaget framgår att om utföraren inte använder Mobipen för registrering av utförd tid kan betalning komma att innehållas och om rättelse inte sker kan avtalet komma att sägas upp.

#### **4.5 Utförare av hemtjänst inom LOV**

Totalt sett finns det f.n. 13 utförare (inklusive egen regi) av hemtjänst i Nyköpings kommun.

- Hemtjänstinsatser, omvårdnad – 9 utförare.
- Servicetjänster, enbart – 4 utförare

Nyköpings kommuns hemtjänst i egen regi svarade under 2016 för ca 45 procent det totala antalet utförda timmar inom hemtjänsten. När det gäller beställd tid/beslutad tid så riktades 47 procent av den totala tiden till den egna regin.

##### **4.5.1 Bedömning**

Efter det att samtliga utförare i hemtjänstvalet fr.o.m. 1 februari ska erbjuda sina tjänster i hela kommunen, kvarstår skillnaden att privata utförare kan begränsa sitt åtagande genom att ange ett kapacitetstak, till skillnad från kommunal hemtjänst. Rent generellt innebär det en fördel med kapacitetstak, eftersom det kan underlätta att styra verksamhetens omfattning. En utförare utan kapacitetstak måste ta emot alla potentiella brukare, vilket kan leda till problem med nyanställningar på kort varsel samtidigt som ett effektivt resursutnyttjande försvåras. Ett kapacitetstak kan underlätta för utförare att erbjuda en hög personalkontinuitet. Bedömningen är att kommunens hemtjänst har både en ekonomisk och kvalitetsmässig nackdel i detta avseende.

Kalkyl- och ersättningsmodellen har utgått från årsarbetstid samt de kostnader som den kommunala hemtjänsten har haft, exklusive kommuncentrala OH-kostnader. En kritisk del i ersättningsmodellen är hur kringtiden har beaktats. Det har inte framgått hur de schabloner på 28 procent respektive 37 procent för kringtid har beräknats och vad som totalt sett ingår i kringtiden. Vår bedömning är att det utgör en brist i ersättningsmodellen. Samtidigt framgår det av hemtjänstvalets ersättningsmodell att dubbelbemanning upp till 20 timmar, avböjda insatser/annan orsak utöver månadens första två samt dokumentationstid ingår i timersättningen vilket innebär att de utgör en del av utförarens kringtid.

Behov av dubbelbemanning i hemtjänsten kan dels motiveras utifrån brukarens behov, dels utifrån utföraren av arbetsmiljöskäl. Om och hur den schabloniserade dubbelbemanningstiden har beaktats i modellen har inte framgått. Hur kommunerna hanterar ersättning för dubbelbemanning skiljer sig åt. Antingen ingår dubbelbemanning i ersättningen eller så utgår ersättning för faktiskt utförda timmar. Vår bedömning är att när brukarens behov motiverar dubbelbemanning ska det ingå i biståndsbeslutet och att dubbelbemanning av arbetsmiljöskäl åtminstone bör ersättas så länge de ryms i den totala beställningsvolymen. Även om biståndshandläggarna formellt sett inte beslutar om dubbelbemanning så förekommer det, enligt den kommunala utföraren, att behovet av dubbelbemanning framgår av beslutet. Detsamma kan även gälla vid HSL-uppdrag.

Nuvarande ordning innebär att utföraren har en oproportionerlig ekonomisk risk vid behov av dubbelbemanning upp till 20 timmar per månad.

En principiell synpunkt när dubbelbemanningen schabloniseras är att det inte finns stöd för att behovet av dubbelbemanning är jämnt fördelat mellan utförare och över tid hos en och samma utförare. Risken finns därför för både under- och överkompensation.

När det gäller avböjda besök mer än två tillfällen per månad gäller på samma sätt som för dubbelbemanning att det inte framgår i ersättningsmodellen om eller hur det har beaktats. Självfallet är det viktigt att på olika sätt reducera förekomsten av avböjda besök i ett sent skede. Nuvarande lösning bedöms dock som ogynnsam för utföraren samtidigt som biståndshandläggarna inte har samma tydliga incitament som utföraren att reducera förekomsten. Ett alternativ till nuvarande modell är att beställaren och utföraren delar på den ekonomiska risken vid avböjda besök d.v.s. att en ersättning motsvarande 50 procent av timersättningen för planerad insats ges vid sent avböjda besök.

Det är viktigt att utföraren vid upprepade, i ett sent skede avböjda besök, kontaktar biståndshandläggaren för eventuell åtgärd eller omprövning av beslutet. En revidering av genomförandeplanen kan också bli aktuell. I praktiken är erfarenheten från den kommunala utföraren att biståndshandläggare sällan väljer att ändra beslutet. Förutsättningen för att ändra ett gynnande beslut är att det försetts med förbehåll om återkallelse eller att biståndsbehovet väsentligt har förändrats.

Enligt reglerna för ersättning ingår dokumentationstid. I vilken utsträckning det har beaktats i kringtiden har inte framgått. Även i det avseendet efterlyser vi transparens i beräkningsmodellen. I ett utförarperspektiv kan det vara intressant att reducera kringtid genom att införa möjligheten att via mobilapp dokumentera men också för att överföra information och scheman.

## **5 Hemtjänst i egen regi**

### **5.1 Organisation**

Den kommunala hemtjänsten är organiserad inom område Äldre i division social omsorg (DSO). En omorganisation genomfördes inom hemtjänsten fr.o.m. 1 februari 2017. Efter förändringen finns det för närvarande 12 hemtjänstgrupper organiserade under enhetschefer<sup>2</sup>. Stora enheter som t.ex. Oppeby/Brandkärr är uppdelade i mindre grupper. Det förekommer även att grupper under dagtid delas in i team. Ett syfte med mindre grupper är att de ska bidra till en förbättrad kontinuitet.

All hemtjänst på landsbygden finns nu samlad under en enhet med två grupper, norr och söder. Senare under våren i år kommer merparten av larmen att hanteras av "larmpatrullen som är organiserad under enhetschefen för nattpatrullen.

Efter att egen regi först hade infört "nyckelfri låshantering" infördes det i hemtjänsten i sin helhet under 2015.

Varje hemtjänstenhet har en till två planerare som när de inte planerar ska utföra hemtjänstinsatser. Vi har förstått att hur stor del av tjänsterna som används för planering varierar mellan enheterna/grupperna.

---

<sup>2</sup> Sammanlagt finns det 5,7 årsarbetare som enhetschef.



Sammanlagt finns det ca 160 årsarbetare i hemtjänsten och det totala antalet kunder är ca 873.

### 5.1.1 Hemtjänstens utvecklings-/förbättringsarbete

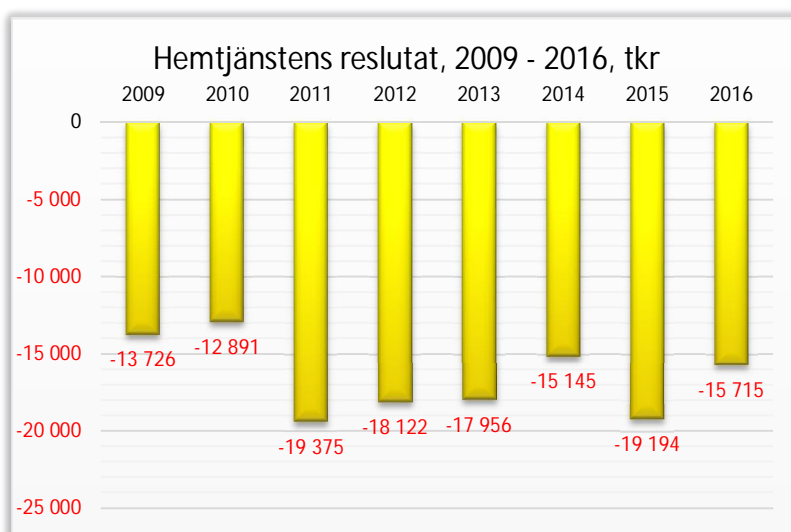
Sedan 2013 har hemtjänsten i egen regi arbetat med utvecklingsarbeten som syftar till att förbättra effektiviteten. Under 2014 inleddes ett arbete med att genomföra Lean. Inriktningen på arbetet har bl.a. varit att; optimera planeringen, göra regelbundna schemaöversyner, se över områden m.m. för att minska förflyttningstider, uppföljning och införande av styrkort, analys och åtgärdsplaner m.m.

Under hösten 2016 inleddes ett arbete tillsammans med en extern konsult för att utveckla förutsättningarna för effektivitet och kvalitet i hemtjänsten. Ett viktigt område i det förändringsarbetet är att optimera gruppernas planering.

## 5.2 Hemtjänstens ekonomiska resultat

Det redovisade resultatet för hemtjänsten 2016 blev -15,7 mnkr. Den kommunala hemtjänsten har sedan 2009 redovisat negativa resultat. Det samlade resultatet för perioden 2009 t.o.m. 2016 är -132 mnkr.

Figur 2 - Hemtjänstens resultat perioden 2009–2016, tkr



## 5.3 Analys av hemtjänstens kostnad för en utförd timme 2016

### 5.3.1 Arbetade och utförda timmar

Uppgifterna om arbetade timmar (timmar som lön har betalats för) har hämtats från hemtjänstens styrkort 2016. Uppgifterna i styrkortet vad gäller ersatta timmar stämmer dock inte överens med den statistik över utförda timmar som hämtats från Mobipen. Det handlar om ca 2 400 fler utförda timmar enligt statistik från Mobipen jämfört med ersatta timmar enligt styrkortet 2016. Vi har inte närmare analyserat orsaken till skillnaden.

Tabell 2 - Arbetad tid och utförd tid 2016

	Arbetade timmar	Ersatta timmar	Kundtid-/arbetad tid
Timmar	280 137	169 758	60,6%

Under 2016 motsvarade de ersatta timmarna för hemtjänsten i egen regi 61 procent av den arbetade tiden. Den totala kringtiden blev då ca 39 procent. Enligt den tillämpade ersättningsmodellen för hemtjänst så ersätter den i tätort 28 procent av kringtiden.

### 5.3.2 Intäkter och kostnader

De under året redovisade intäkterna och kostnaderna framgår på övergripande nivå i nedanstående tabell.

Tabell 3 - Intäkt och kostnader 2016, tkr

Totala intäkter	65 293
Personalkostnader	-71 795
Övriga kostnader	-9 220
Resultat	-15 722

I övriga kostnader ingår bl.a. material, fordon, lokalhyra och städ samt kostnader för hemtjänstens chefer och divisionsgemensamma OH-kostnader.

### 5.3.3 Kostnad per timme

En central faktor är hemtjänstens kostnad för att utföra en insattimme jämfört med ersättningen per utförd timme. Grundförutsättningen för en balanserad ekonomi är att kostnaden för en utförd timme är lägre än ersättningen per timme.

Tabell 4 - Kostnad per timme 2016I

	Kr/ersatt timme	Kr/arbetad timme
Totala intäkter	385 kr	233 kr
Personalkostnader	423 kr	256 kr
Övriga kostnader	54 kr	33 kr
Total kostnad	477 kr	289 kr
Resultat	-93 kr	

Den totala intäkten per ersatt timme hamnade på samma nivå som ersättningen 2016 per utförd timme i tätort. I princip borde den ha legat högre med tanke på den högre landsbygdsersättningen (442 kr/timme) har utgått för ca 5,1 procent av den utförda tiden. Förklaringen till denna avvikelse kan vara att ersatta timmar 2016 enligt styrkortet inte överensstämmer fullt ut med faktiska antalet ersatta timmar. Vi har för övrigt noterat att statistikuppgifter som framgår av olika rapporter inte alltid stämmer överens med varandra. Vi anser dock att denna osäkerhet kan tolereras i en övergripande analys.

Allt annat oförändrat så skulle hemtjänsten ha behövt en intäkt på 477 kr per utförd timme för att kunna uppnå ett balanserat resultat, d.v.s. 93 kr mer än den faktiska intäkten. Ett annat sätt att uttrycka det på är att hemtjänsten under 2016 förlorade 93 kr per utförd timme. Den grundläggande orsaken till den högre kostnaden per utförd timme är att hemtjänsten har en för låg produktivitet i form av producerad kundtid i förhållande till arbetad tid. Den låga produktiviteten förklaras i sin tur av att planeringen inom hemtjänsten inte fungerar på ett tillfredsställande sätt<sup>3</sup>. Följande analys med stöd av nyckeltal åskådliggör problematiken. Uppgifterna som används är hämtade från 2016 års verksamhet.

<sup>3</sup> Vi kommer i ett senare avsnitt att särskilt belysa planeringen.

Tabell 5 - Planerad och utförd tid 2016

Andel planerad kundtid av beviljad tid	82,7%
Andel utförd kundtid av beviljad tid	76,7%
Andel planerad kundtid av tillgänglig personaltid	65,2%
Andel utförd kundtid av arbetad tid	60,6%
Genomförandegrad, andel utförd tid av planerad tid	92,8%

Hemtjänsten planerade under 2016 att använda 65 procent av den ersatta personaltiden för att utföra 83 procent av den beviljade tiden. Utfallet i praktiken blev att knappt 77 procent av den beviljade tiden utfördes med 60,6 procent av den tillgängliga personaltiden.

Med allt annat lika hade hemtjänsten 2016 behövt uppnå en produktivitet på 75 procent för att nå en ekonomi i balans.

Tabell 6 - Vad hade krävts för ekonomisk balans 2016

	Utfall 2016	Balans 2016
Arbetade timmar	280 137	280 137
Ersatta timmar	169 758	209 883
Produktivitet	60,6%	74,9%
Kringtid	39,4%	25,1%
Ersättning/timme	386 kr	386 kr
Intäkt	65 526 449 kr	81 015 000 kr
<b>Resultat</b>	<b>-15 488 551 kr</b>	<b>0</b>

I praktiken innebär att hemtjänsten hade behövt utföra 95 procent av den beställda tiden, vilket i så fall hade förutsatt att ca 81 procent av den tillgängliga personaltiden hade planerats som vårdtagartid (kundtid). Det senare under förutsättning av 93 procent av den planerade tiden blir utförd kundtid.

### 5.3.4 Bedömning

Hemtjänsten har förändrat organisationen inför/under 2017 bl.a. för att effektivisera resursanvändningen när det gäller hemtjänst i landsbygd och för hantering av larm. Samtidigt pågår ett arbete med konsult i syfte att optimera hemtjänstens förutsättningar för kvalitet och kostnadseffektivitet. Vår bedömning är att det utvecklingsarbete som nu pågår har förutsättningar att bidra till att förbättringar uppnås.

Trots det utvecklingsarbetet som under en längre tid har bedrivits inom hemtjänsten har inga avgörande förbättringar kunnat noteras vad gäller hemtjänstens ekonomiska resultat. Hemtjänsten har sedan 2009 haft betydande underskott. Grundproblemet enligt vår bedömning är att verksamheten med stöd av den tillämpade planeringen inte kan uppnå ett balanserat resultat. Den planerade kundtiden av arbetad tid 2016 var 65 procent men borde snarare ha varit i närheten av 80 procent för att kunna uppnå ca 75 percents produktivitet som hade krävts för att uppnå ett balanserat resultat. Hemtjänsten har under de senaste åren arbetat aktivt för att förbättra planering men trots detta har inte den samlade produktiviteten nått en högre nivå än ca 60 procent. Vår slutsats är därför att det finns en intern systemproblematik i den tillämpade modellen för planering, som leder till att det inte har varit möjligt att uppnå en avgörande förbättring av produktiviteten för helheten. Det finns t.o.m. en risk i att nuvarande sätt att planera har varit kontraproduktiv. För att kunderna ska få sina insatser, enligt vad som utlovats, har det blivit nödvändigt att korta ner besök samtidigt som realistiska förflyttningstider inte lagts in. Sammantaget har det

bidragit till en ökad stress för personalen för att hinna genomföra utlovade besök och insatser. En alltmer stressad arbetssituation kan i sin tur vara en förklaring till de relativt höga sjuktalen inom hemtjänsten. Dessutom blir konsekvensen en ökad användning av vikarier som erfarenhetsmässigt bidrar med en lägre andel producerad tid jämfört med fast anställd personal.

Även om åtgärder måste vidtas för att skapa förutsättningar att genomföra en större andel av den beslutade tiden och samtidigt en högre produktivitet är vi tveksamma till om det är möjligt att varaktigt uppnå en produktivitet på ca 75 procent. Vår bedömning är att också andra åtgärder behöver övervägas. Faktorer som då har betydelse är t.ex.

- „ Ersättningsnivån per utförd timme 2016. Det finns en risk att den är något för låg i förhållande till den kringtid som den ska ersätta.
- „ Schablonisering av dubbelbemanningstid upp till 20 timmar per månad som ingår i timersättningen. Ersättningsmodellen kompenserar inte i tillräcklig grad behovet av dubbelbemanning. Ett exempel är att om en kund i samband med ett besök som tar 40 minuter har behov av dubbelbemanning som tar 10 minuter så motsvarar dubbelbemanningstiden 63 procent<sup>4</sup> av den kringtid som besöket finansierar. Det framgår inte hur dubbelbemanningen har beaktats i den kalkyl som ligger till grund för beräkningen av timersättningen.
- „ Hanteringen av s.k. bomtid i ersättningsmodellen är ofördelaktig för utföraren beroende på omfattningen och vilka besök som utgör de två första.
- „ Omfattningen av korta tillsynsbesök. Det finns en risk att de driver mer kringtid än vad som finansieras av själva besöket.
- „ Handhavande fel vid registrering av utförd tid som är till nackdel för utföraren, d.v.s. all kundtid har inte kommit med i rapporteringen. Enligt vår erfarenhet är det ett omvitnat problem som framkommit i uppdrag som vi genomfört.
- „ Övriga kostnader är högre än vad ersättningsmodellen finansierar.

Vi lyfter fram ovanstående områden eftersom vi gör bedömningen att de måste hanteras för att ge realistiska förutsättningar att genom en bättre planering uppnå en balanserad ekonomi för hemtjänsten.

## 6 Analysavsnitt

### 6.1 Nyckeltalsanalys

I detta avsnitt redovisar fördjupade analyser utifrån de frågeställningar som ingår i utredningen, baserat på statistik från Mobipen. Avsnittet inleds med en jämförande analys med nyckeltal mellan privata utförare och den kommunala utföraren. Följande nyckeltal ingår i jämförelsen.

- „ Beställd tid/utförd tid
- „ Genomsnittlig tid per besök.
- „ Tillsynsbesök.
- „ Dubbelbemanning.
- „ Avböjda besök.

---

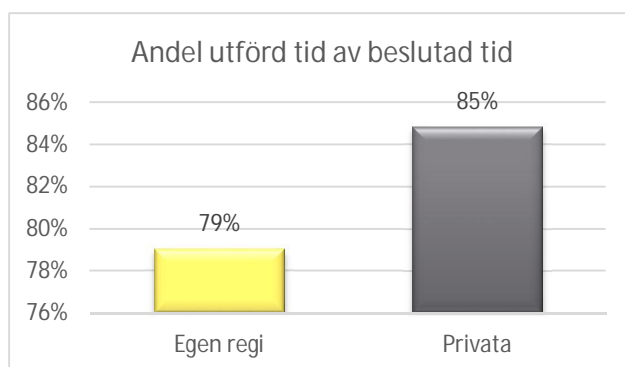
<sup>4</sup> 40 minuters insatstid ersätter 16 minuters kringtid.

- Manuellt justerade besök och kvittenser.

### 6.1.1 Andel utförd tid av beslutad tid

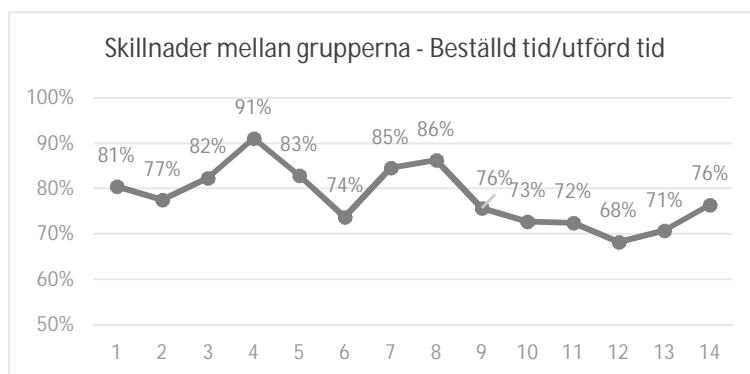
En utgångspunkt är att det ska finnas en överensstämmelse mellan beslutad tid och planerad tid enligt de genomförandeplaner som upprättas för kunderna. Den överenskomna insatsen i tid enligt genomförandeplanerna ska sedan planeras in och genomföras i praktiken. I nedanstående diagram framgår för 2016 sambandet mellan beslutad tid och utförd tid uppdelat på hemtjänst i egen regi och på privata utförare.

Figur 3 - Andel utförd tid av beställd tid



Totalt sett utfördes 2016 ca 82 procent av den beställda tiden. De privata utförarna utförde 85 procent och den kommunala hemtjänsten 79 procent av den beviljade tiden. Skillnaden mellan den egna regins hemtjänstgrupper<sup>5</sup> var relativt stor, vilket framgår av nedanstående diagram för de 14 hemtjänstgrupper som fanns 2016.

Figur 4 - Variationen mellan den egna regins hemtjänstgrupper - Beställd tid/utförd tid



Om hemtjänsten i egen regi 2016 hade utfört lika stor andel av beslutad tid i genomsnitt som de privata utförarna så skulle det ha inneburit 12 676 fler timmar, vilket motsvarar en intäkt på 4,9 mnkr baserat på ersättningen för hemtjänst i tätort (386 kr/timme). Slutsatsen är att en väsentlig förklaring till den egna hemtjänstens negativa resultat är en för låg utförandegrad av beslutad tid.

Hur fördelningen rimligen bör vara mellan beslutad och utförd tid finns det inget givet svar på. Rätten till bistånd gäller aktuella behov som inte kan tillgodoses på annat sätt. En konsekvens därav är att omfattningen på beslutet i tid bör spegla den insatstid som

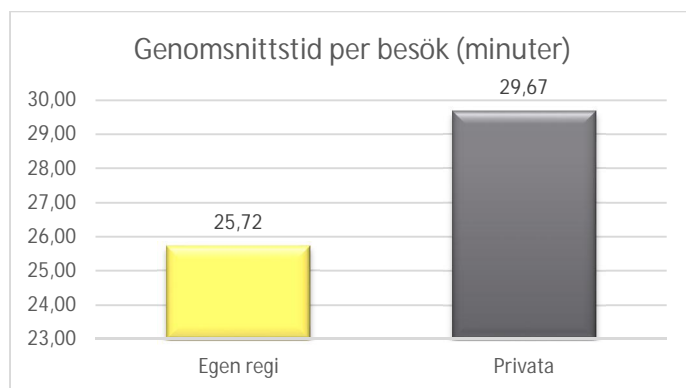
<sup>5</sup> 2016 fanns det 14 hemtjänstgrupper i egen regi.

faktiskt krävs för att tillgodose behovet, m.a.o. ska det på individnivå finnas en god överensstämmelse mellan beslutad tid och utförd tid, dvs planerad tid enligt genomförandeplanen ska överensstämma med beslutad tid. Sammantaget finns det dock vid varje tillfälle ett antal kunder som av skilda skäl har avböjt besök. Exakt vilken omfattning, i genomsnitt, som det normalt handlar om saknas det uppgifter kring. För att kunna bedöma om besluten ligger på rätt nivå skulle det behöva göras en jämförelse mellan beslutad tid och den av utförarna enligt genomförandeplanerna normalt inplanerade tiden för kunderna. I vilket fall som helst är det dock väsentligt att biståndshandläggarna aktivt och regelmässigt följer upp förhållandet mellan beslutad tid och utförd tid per kund.

### 6.1.2 Genomsnittlig tid per besök

Den genomsnittliga tiden har tagits fram genom att 2016 års utförda tid har dividerats med antal registrerade besök. Förenklat kan det beskrivas som att det ur ett utförarperspektiv är en fördel med längre sammanhängande besök, bl.a. beroende på att förflyttningstidens andel av den utförda tiden då begränsas.

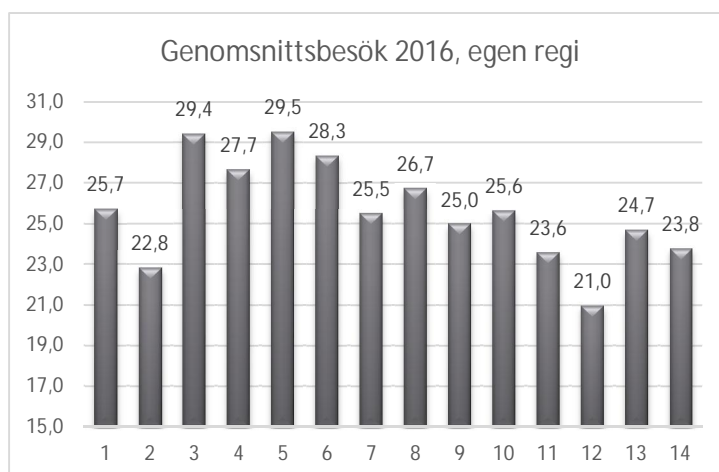
Figur 5 - Genomsnittstid per besök 2016



De privata utförarnas genomsnittsbesök var 2016 29,7 minuter jämfört med den kommunal utförarens 25,7 minuter, d.v.s. en differens på ca 4 minuter eller 15 procent.

Relativt stora skillnader i genomsnittstid per besök, 21 – 29,5 minuter, finns mellan den egna regins hemtjänstgrupper.

Figur 6 - Genomsnittstid 2016 per besök per hemtjänstgrupp, egen regi



Om hemtjänsten i egen regi 2016 hade haft samma genomsnittliga besökstid som de privata utförarna så skulle det ha inneburit 26 442 fler timmar, vilket motsvarar en intäkt på 10,2 mnkr baserat på ersättningen för hemtjänst i tätort (386 kr/timme). Samtidigt skulle det ha inneburit att den kommunala hemtjänsten hade uppnått 71 procents kundtid av arbetad tid.

När det gäller den genomsnittliga besökstiden så kan det konstateras att den inte är helt problemfri att analysera. Genomsnittlig besökstid påverkas bl.a. av:

- ” Omfattningen av i tid korta tillsynsbesök. Det finns ett sannolikt samband mellan ”vårdtyngd” och behovet av tillsynsbesök. Det saknas dock relevanta data som beskriver hur vårdtyngden fördelar sig mellan olika utförare.
- ” Fördelningen mellan omvårdnads- och serviceinsatser. Det har t.ex. visat sig, utifrån erfarenheter från andra kommuner, att utförare som enbart erbjuder serviceinsatser har genomgående en längre genomsnittlig besökstid än utförare som erbjuder både och. Serviceinsatser görs normalt i längre pass samtidigt som tillsynsbesök inte förekommer vid enbart serviceinsatser.

### **6.1.3 Tillsynsbesök**

Kännetecknande för tillsynsbesök är att de i tid är korta, vilket får som konsekvens att förflyttningstiden (kringtiden) blir oproportionerlig i förhållande till den debiterade kundtiden. Förflyttningstiden påverkas av respektive områdes geografiska spridning av kunderna och av i vilken grad planeringen leder till effektiva rutter. Motsvarande resonemang gäller även för korta besök över lag t.ex. vid delegerade HSL-insatser som läkemedelsadministration, stödstrumpor m.m.

För att få en bild av hur tillsynsbesöken fördelar sig mellan utförare och den genomsnittliga tiden för tillsynsbesök har vi tagit del av en rapport från Mobipen som redovisar antalet tillsynsbesök, medellängd, kortaste och längsta besök.

Av rapporten framgår:

- ” Av totala antalet besök så var 5,4 procent registrerade som tillsynsbesök.
- ” 5,2 procent av de privata utförarnas besök var tillsynsbesök.
- ” 5,4 procent av den kommunala hemtjänstens besök var tillsynsbesök.
- ” Det vägda genomsnittet för ett tillsynsbesök var ca 14,1 minuter.
- ” Privata 14,2 minuter.
- ” Kommunal regi 14,1 minuter.

Inga signifikanta skillnader framkom i denna jämförelse mellan privata utförare och den kommunala utföraren. Den osäkerhet som finns i underlaget gäller i första hand om tillsynsbesöken har registrerats på rätt sätt.

Det kan konstateras att 2016 motsvarade 14 minuters kundtid ett bidrag på ca 79 kr<sup>6</sup> till finansieringen av lönekostnaden. Sammanlagt finansierar 79 kr 19,4 minuters lönekostnad, vilket gör att det återstår medel för att finansiera en kringtid på 5,4 minuter. I dessa 5,4 minuter ska innefattas tid för förflyttning, dokumentation och övrig kringtid. Det

---

<sup>6</sup> Då har den del som ska finansiera övriga kostnader dragits ifrån.

framstår ganska uppenbart att det är en utmaning i sig att balansera intäkter och kostnader vid en genomsnittlig tid på 14 minuter för ett tillsynsbesök. Fysiska tillsynsbesök är en relativt kostsam insats i praktiken som dock måste ersättas därefter.

Biståndshandläggarnas schablontid för tillsynsbesök är 10 minuter. Utförarna ersätts dock för den faktiska tillsynstiden om den ligger inom ramen för den beställda tiden.

#### **6.1.4 Dubbelbemanning**

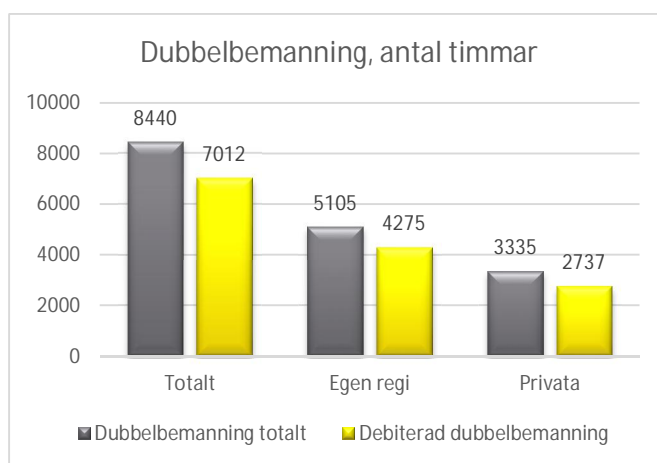
Dubbelbemanning upp till 20 timmar per månad och kund ingår i timersättningen och betraktas uteslutande av myndighetsfunktionen som en fråga för utföraren, d.v.s. att det är en arbetsmiljöfråga. Ett undantag finns som innebär att timersättning utgår för den dubbelbemanningstid som överstiger 20 timmar per månad och kund.

Det finns en risk att en schabloniserad ersättning inte är ändamålsenlig, d.v.s. inte stödjer verksamhetens syfte. Ekonomiska motiv kan få en större tyngd än kundens behov och personalens rätt till en god arbetsmiljö vid bedömning av om dubbelbemanning (upp till 20 timmar per månad) ska sättas in. Dubbelbemanningstiden ingår i timersättningen så därför blir utförd dubbelbemanningstid upp till 20 timmar per månad och kund kategoriserad som kringtid.

För att få en uppfattning av dubbelbemanningstiden har vi tagit del av en rapport från Mobipen som redovisar debiterad och total tid för dubbelbemanning. Det finns en osäkerhet beträffande registrering av dubbelbemannings tid upp till 20 timmar per kund och månad, d.v.s. om det alltid görs med hänvisning till att ersättning i särskild ordning inte ges för den tiden. Vi har inte kunskap om att så är fallet men menar att det finns en tydlig risk för att det kan vara på det sättet. Vi har noterat i samband med uppdrag i en annan kommun att dubbelbemanningstiden har motsvarat ca 9 – 9,5 procent.

I nedanstående figur redovisas total tid för dubbelbemanning och debiterad tid för dubbelbemanning.

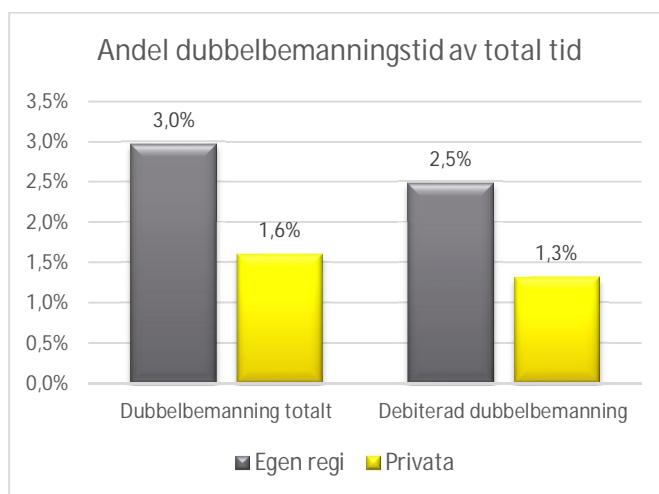
**Figur 7 - Antal timmar dubbelbemanning**



Av diagrammet framgår att den egna regin både har en större volym vad gäller total dubbelbemanningstid och debiterad dubbelbemanningstid jämfört med privata utförare.



Figur 8 - Andel dubbelbemanning 2016 av utförd tid



För hemtjänsten i egen regi var andelen dubbelbemanningstid av total tid nästan dubbelt så stor jämfört med de privata utförarna. Av den registrerade dubbelbemanningstiden så förefaller egen regi ha debiterat 83,7 procent och privata utförare 82,1 procent.

Det finns en viss bristande överensstämmelse beträffande dubbelbemanningen för egen regi mellan ovanstående uppgifter och det aggregerade styrkortet 2016 för hemtjänsten. Enligt styrkortet så utfördes 4 986 timmar dubbelbemanning varav 1 666 timmar ersattes, och 3 320 timmar inte ersattes.

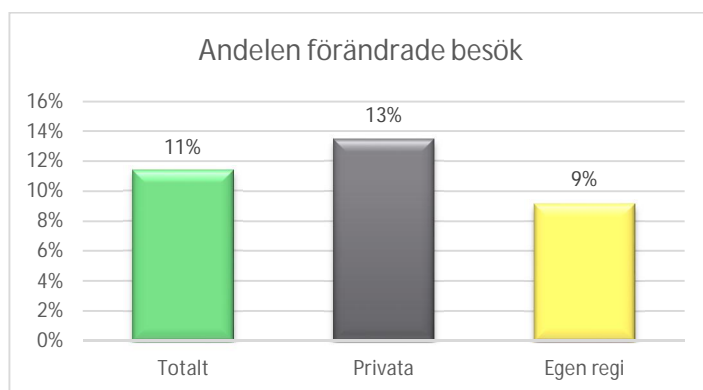
Vår hypotes är att det utförs mer dubbelbemanningstid än vad som framgår av rapporteringen i Mobipen och att den tiden utgör en del av kringtiden. Vår bedömning är att ersättningsmodellen men även biståndsbedömningen bör ses över med avseende på hur dubbelbemanning ska hanteras och ersättas.

### 6.1.5 Manuellt justerade besök och kvittenser

Uppgifterna nedan har hämtats från en rapport som redovisar antal förändrade besök där besökstidens längd har justerats så att den skiljer från den ursprungliga besökslängden. Av samma rapport framgår också kvittenser; kvittenser både vid start- och sluttid, kvittens på starttid eller sluttid och besök som saknar kvittenser. När t.ex. personalkort används för att starta eller avsluta ett besök räknas det som att kvittens saknas.

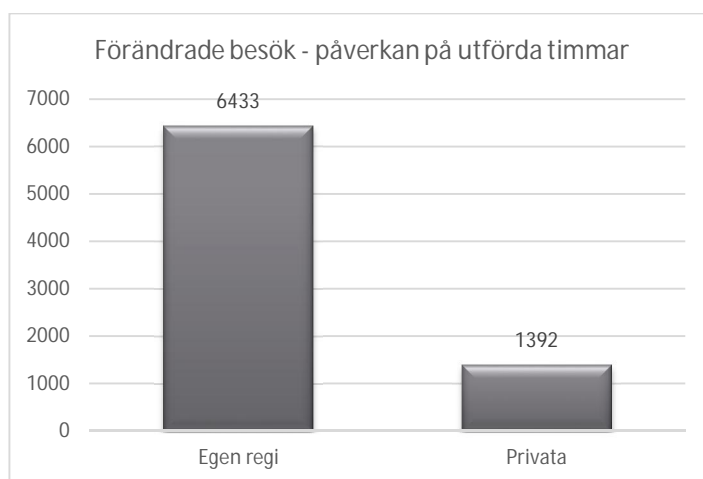
Under 2016 så förändrades 11 procent av besöken, varav privata stod för 13 procent och egen regi för 9 procent av de besök där besökstiden hade förändrats.

Figur 9 - Andel förändrade besök 2016



Resultatet av de manuellt justerade besöken när det gäller antalet utförda timmar är att nettoeffekten blev sammanlagt 7 825 fler timmar varav de privata utförarna svarade för 18 procent och egen regi för 82 procent.

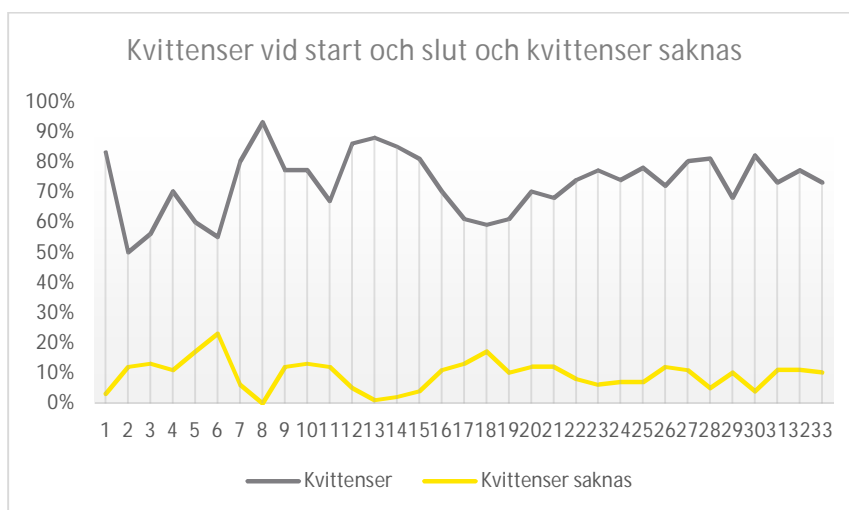
Figur 10 - De förändrade besökens påverkan på utförda timmar



En iakttagelse är att för 8 av de privata utförarna innebar förändringen att den ursprungliga tiden minskade medan ingen av grupperna i inom egen regi fick en minskad tid.

När det gäller besök som har startat och slutat med registrering med pennan hos kund framkom att inom egen regi så låg variationen mellan grupperna inom intervallet 68 – 82 procent. För de privata utförarna var spridningen större och låg i intervallet 50 – 93 procent. Andelen besök som saknade kvittenser varierade inom egen regi inom intervallet 4 – 12 procent. Motsvarande för de privata utförarna var en spridning inom intervallet 0 – 23 procent.

Figur 11 - Kvittenser start & slut och kvittenser saknas, procent av besök



I ovanstående figur avser 1 - 19 privata utförare och egen regi avser 20 – 33. På totalen så motsvarade antalet besök som hade kvittenser både vid start och slut 62 procent hos privata utförare och 74 procent i egen regi. En skillnad på 12 procent. Vad som förklarar denna skillnad har vi inget direkt svar på.

Vår bedömning är att det både är en stor skillnad mellan de privata utförarna och kommunens egen regi när det gäller andelen besök som inte är fullständigt registrerade hos kund och att nivån i sig är hög framförallt för de privata utförarna.

### 6.1.6 Avböjda besök.

Angående antal avböjda besök så har det framkommit att registrering i huvudsak sker av de två besök som det utgår ersättning för. Det går därför inte att få fram någon tillförlitlig statistik över totala antalet avböjda besök.

Av den statistik vi tagit del av för 2016, visar på att hemtjänst i egen regi har registrerat 9 104 avböjda besök, medan de privata utförarna har registrerat 3 062 avböjda besök. Egen regi har haft 75 procent av de registrerade avböjda besöken, d.v.s. i första hand de två första besöken.

Att skillnaden i den statistik som finns är så stor mellan egen regi och privata utförare är förvånande och bör undersökas ytterligare.

## 7 Hemtjänstens planering

### 7.1 Planerad tidsanvändning

Hemtjänstgrupperna använder ett datoriserat planeringsverktyg, Laps Care, som nedanstående uppgifter är hämtade ifrån. Uppgifterna avser hela 2016. Det framgår att hemtjänstgrupperna planerat att för 2016 lägga 68,5 procent<sup>7</sup> av sin arbetstid hos vårdtagare. Det innebär att hemtjänsten som helhet redan i planeringsstadiet inte kommer uppnå en ekonomi i balans. Det finns förvisso fyra grupper som når upp till 72 procent, som är målet, givet att kostnadsbudgeten i övrigt hålls. Samtidigt visar vår

<sup>7</sup> Observera att uppgiften från planeringsverktyget skiljer sig från vad som framgår av Hemtjänstens styrkort för 2016. En orsak till skillnaden är i planeringssystemet beräknas vårdtagartiden i procent som förhållanden mellan vårdtagartid och arbetad tid minus planerade raster.

sammanställning att det verkliga talet är 75 procent, eftersom verksamheten inte har kunnat hålla sin kostnadsbudget. Under de förutsättningarna är det enbart två grupper som når önskat resultat planeringsmässigt.

För att skapa sig en bild av potentiell förbättringspotential i de olika grupperna redovisas i tabell 7 hur mycket arbetstid som är möjlig att ytterligare lägga in kundtid på i en planeringsfas. Uppgifterna avser helårssiffror och ger en schematisk bild. I varje grupp ser det olika ut under året beroende på vilka vårdtagare som är aktuella vid varje givet tillfälle, med tanke på besökslängden och vilka restider som är aktuella.

I tabellen har vårdtagartid och restid slagits ihop som "Arbetstid och restid" och visas som procentuell andel av den totala arbetstiden. Rubriken "Kvar av arbetstid enl. schablon" har hämtats från divisionens beräkning där 8 procent av arbetstiden minskas pga. APT-möten, överrapportering mellan arbetslagen, ombyte och dokumentation. (I modellen har angivits 12 procent men i vår modell är rasterna redan borträknade). Med "Differens" avses den kvarvarande tid som grupperna kan använda. Vi kan då se att det finns kvar mellan 7 procent till 16 procent att förlägga som kundtid. Som buffert lyfts ytterligare 4 procent av arbetstiden bort, för tid som inte går att planera av olika anledningar.

Tabell 7 - Ökad möjlig kundtid i planeringsfasen

Utförare	Arbetstid och restid	Kvar av arbetstid enl schablon	Differens	4% oplanerad tid	Ökad möjlig kundtid
Brandkärr grupp 2	84,66%	92%	7,34%	3,34%	650
Brandkärr grupp 1	82,51%	92%	9,49%	5,49%	655
Öster grupp 3	81,43%	92%	10,57%	6,57%	785
Öster grupp 4	79,26%	92%	12,74%	8,74%	1 429
Demenssteam	84,80%	92%	7,20%	3,20%	464
Väster 3	81,82%	92%	10,18%	6,18%	581
Öster grupp 1	78,73%	92%	13,27%	9,27%	1 009
Väster 1	75,50%	92%	16,50%	12,50%	2 231
Oppeby grupp 1	78,24%	92%	13,76%	9,76%	3 450
Stigtomta	80,18%	92%	11,82%	7,82%	1 326
Tystberga	83,37%	92%	8,63%	4,63%	756
Öster grupp 2	77,96%	92%	14,04%	10,04%	1 901
Jönåker	81,56%	92%	10,44%	6,44%	1 164
Möjliga timmar					15 750
Ersättning					386,00
Ökad ersättning					6 079 540

Under rubrikerna "Ökad möjlig kundtid" beräknas hur många ytterligare timmar som är möjliga att lägga ut som vårdtagartid. Efter detta görs en beräkning av värdet på timmarna vid ett timpris på 386 kr/tim. Hemtjänstverksamheten skulle kunna öka sina intäkter med 6 mnkr med en bättre planering. Om produktivitet beräknas som vårdtagartid och restid, såvida den är optimerad, är inte den grupp som har lägst traditionell produktivitet den grupp som får lägst produktivitet enligt detta sätt att se på begreppet. Detta skulle ge en planerad produktivitetsökning till cirka 74 procent. Med denna modell går det att se vilka grupper som har tydligast förbättringspotential när det gäller planering.

## 7.2 Möjlig förbättring i förhållande till utfall

Om motsvarande jämförelse görs på utfallsiffror visas det i figur 8 nedan. I tabellen har en schablon använts på 12 procent av arbetstiden som läggs på planering och liknande, då raster inte är fråndragna i den tillgängliga arbetstiden. I denna beräkning framgår att

spannet i grupperna på tid som återstår att lägga ut som vårdtagartid är mellan 7 till 32 procent. I beräkningen har därför "Best practice" på 7 procent använts som schablon att räkna ifrån arbetstiden. Om alla grupper hade 7 procent i oplanerad tid efter fråndrag av administration, faktisk vårdtagartid och restid skulle hemtjänstgrupperna få 12,5 mnkr i ytterligare ersättning från beställarsidan. Slutsatsen av sammanställning understryker ytterligare behovet av att nogsamt följa upp planeringen.

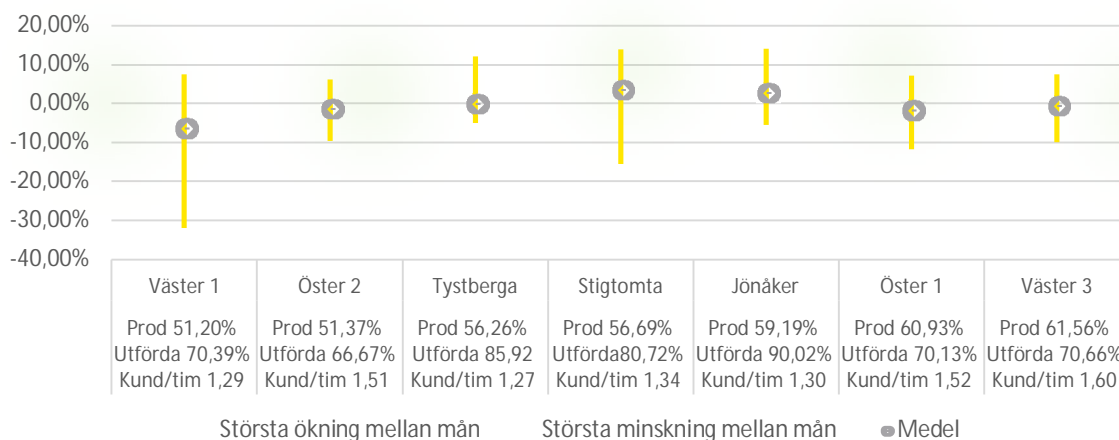
Tabell 8 - Ökad möjlig kundtid i förhållande till utfall 2016

Utförare	Arbetstid och restid	Kvar av arbetstid enl schablon	Differens	7% oplanerad tid	Ökad möjlig kundtid
Brandkärr grupp 2	80,97%	88%	7,03%	0,03%	7
Brandkärr grupp 1	75,57%	88%	12,43%	5,43%	759
Oster grupp 3	70,68%	88%	17,32%	10,32%	1 402
Oster grupp 4/väster2	62,32%	88%	25,68%	18,68%	3 808
Demensteam	71,37%	88%	16,63%	9,63%	2 030
Väster 3	73,21%	88%	14,79%	7,79%	742
Oster grupp 1	68,12%	88%	19,88%	12,88%	1 709
Väster 1	56,25%	88%	31,75%	24,75%	6 509
Oppeby grupp 1	71,62%	88%	16,38%	9,38%	4 095
Stigtomta	66,13%	88%	21,87%	14,87%	3 693
Tystberga	71,83%	88%	16,17%	9,17%	1 943
Oster grupp 2	63,07%	88%	24,93%	17,93%	4 617
Jönåker	75,68%	88%	12,32%	5,32%	1 158
Effektivisering					32 465
Ersättning/timme					386
Ökad ersättning					12 531 390

### 7.3 Förändringar av beviljad tid mellan månader

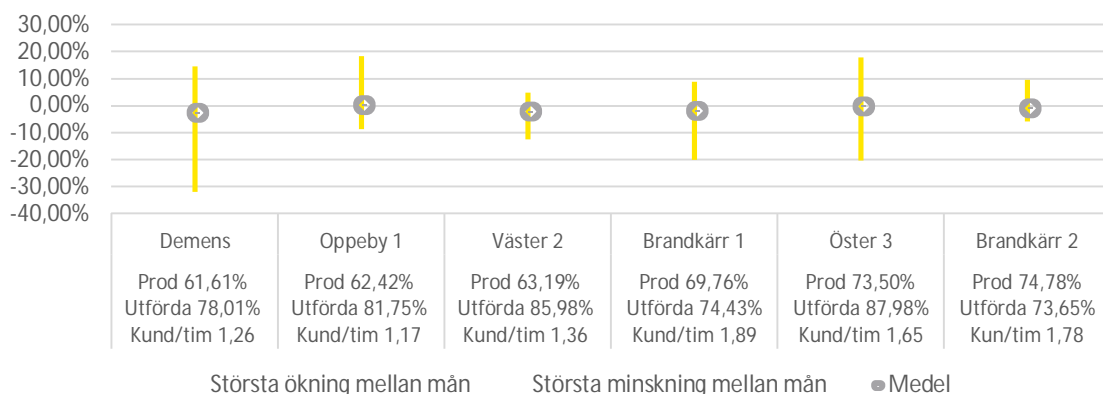
En möjlig hypotes för låg beläggningsgrad skulle kunna vara större förändringar i beviljad tid och därmed svårigheter att anpassa personalstyrkan i förhållande till uppdragets omfattning. Nedan följer diagram som belyser den procentuella skillnaden månaderna emellan. Det lodräta strecket visar den största ökningen respektive den största minskningen mellan två månader. Exempelvis har grupp Väster 1 haft en månad med en ökning på knappt 10 procent och en minskning med drygt 30 procent. Om grupper har slagits ihop under t ex december månad, vilket är fallet för några grupper, har den månaden inte tagits med jämförelsen. Hemtjänstgrupperna är redovisade så att den grupp som har haft lägst produktivitet står längst till vänster, d.v.s. lägst andel utförda timmar relativt arbetstiden. Medelvärdet skall spegla om gruppen haft en uppåtgående trend i antalet beviljade timmar eller en nedåtgående trend. För grupp Väster 1 har trenden varit nedåtgående med knappt 10 procent.

### Största ökning resp minskning (%) mellan månader i beviljade timmar



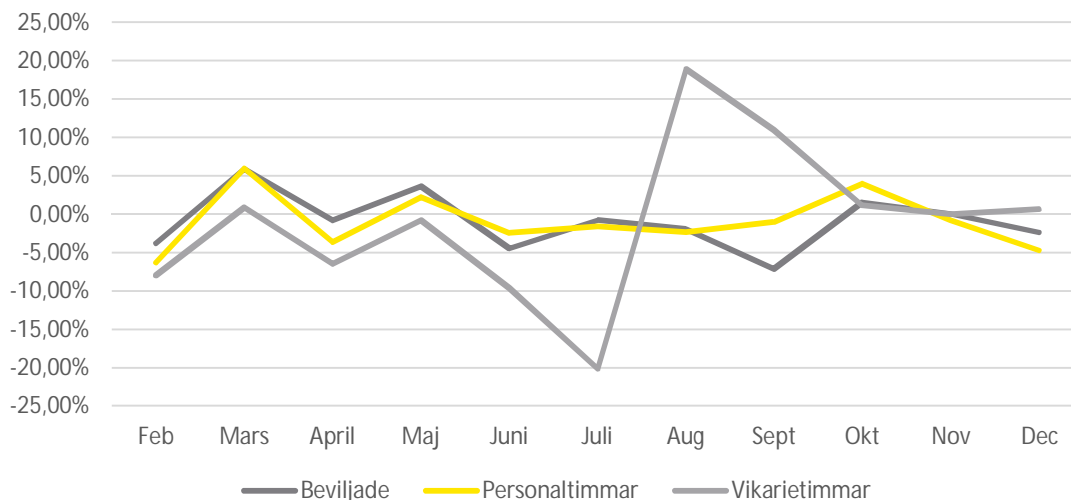
Till varje grupp redovisas produktiviteten samt andelen utförda timmar i förhållande till antalet beviljade timmar. För jämförelsen mellan grupperna redovisas ett nyckeltal för antalet besök per producerad timme.

### Största ökning resp minskning (%) mellan månader i beviljade timmar



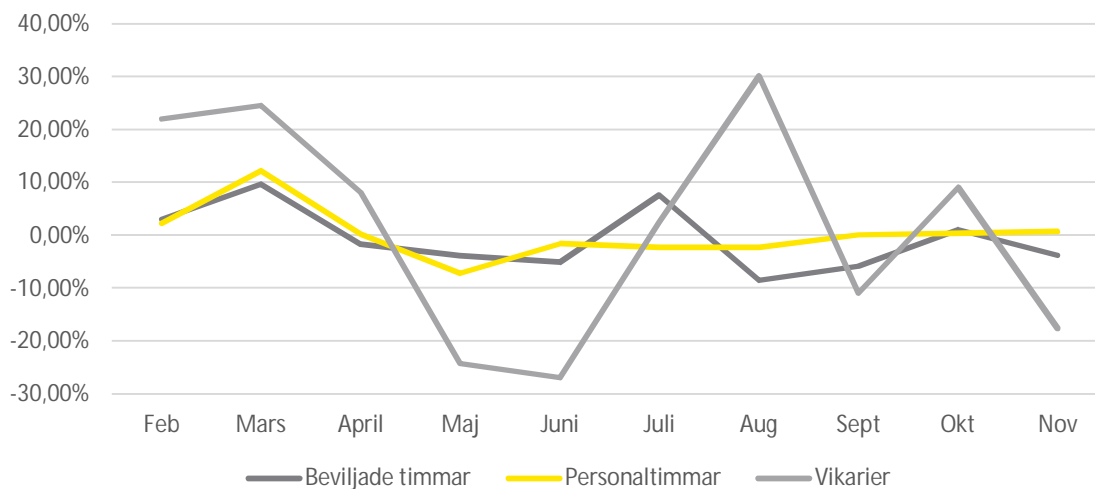
Ett annat sätt att bedöma gruppernas förmåga till anpassningar utifrån ändrad volym är följa förändringar i beviljade timmar och anpassningar av personaltimmar utifrån beviljade timmar. Nedan redovisas den procentuella förändringen av beviljade timmar, totala antalet timmar hos personalen (fast personal plus vikarietimmar) och antalet vikarietimmar. Först redovisas förändringar för samtliga grupper och därefter den grupp med högst respektive lägst produktivitet.

### Totalt - samtliga grupper



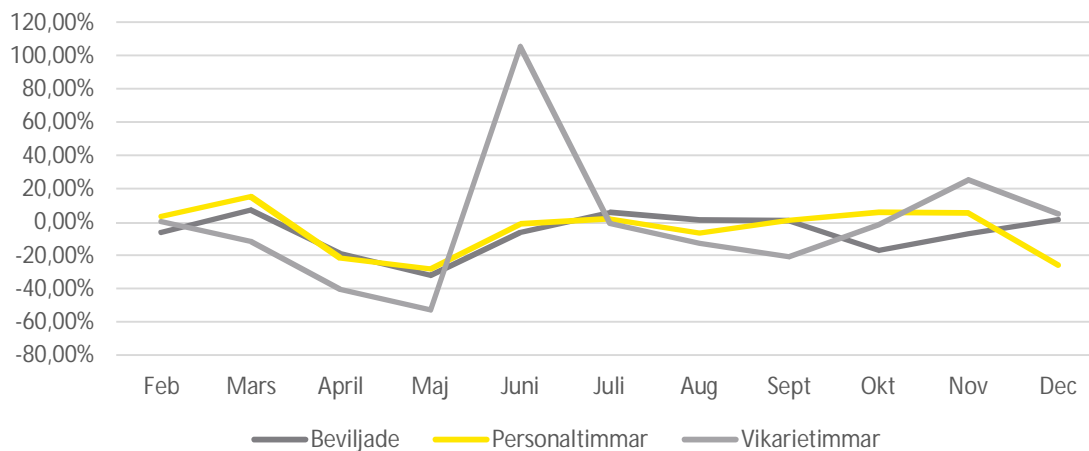
Noterbart för det totala timantalet är att följsamheten är god under första halvåret. Här tycks förändringar i antalet beviljade timmar pareras med förändringar i antalet producerade timmar hos vårdragarna. Tappet i beviljade timmar i september påverkar dock inte antalet producerade timmar.

### Högst produktivitet



På gruppnivå finns motsvarande struktur, en god följsamhet under våren. Hösten är mer svårtolkad, då vikarietimmarna tycks vara redovisade månaden efter, vilket innebär att ökningen av beviljade timmar i juli inte matchas av fler producerade timmar. Antalet timmar under hösten ligger kar på samma nivå, trots en mindre ökning.

## Lägst produktivitet



Motsvarande mönster finns även för denna grupp, med god följsamhet under våren men att personaltimmarna ligger linjärt under hösten, trots uppgång i antalet producerade timmar.

### 7.4 Slutsatser hemtjänstens planering

Vi har betraktat en del planeringsförutsättningar, såsom stora variationer av antal beviljade timmar i grupperna. Det skulle kunna vara en anledning till att det är svårt att anpassa personalen i förhållande till behoven. Sammanställningen ger inga tydliga samband. Grupper med små variationer under ett år kan ha från 51 procent till 75 procent i produktivitet. Vi redovisar tre exempel på hur den procentuella förändringen av antalet personaltimmar för vikarier och totalt sett (fast personal och vikarier) följer den procentuella förändringen av antalet beviljade timmar. Förutom en hög användning av vikarier under sommaren, anpassas antalet vikarier förhållandevis väl till variationer i beviljade timantal. Den grupp som har högst beläggning tycks ha större variationer i antalet vikarietimmar, dvs förändringar i antalet beviljade timmar får större genomslag i vikarietimantalet.

Divisionen använder ett externt stöd för att verksamheten skall utveckla sin schemaläggning. Vi har tagit del av diagram hämtade från planeringsapplikationen Laps Care men dessa visar enbart behov och personaltillgång inför detaljplaneringen. Det hade varit intressant att också ta del av hur planerarna löser de intensiva perioderna över dygnet såsom morgonen och vid lunch. Enligt diagrammen finns det ofta en stor skillnad i behov och tillgång på personal vid dessa tillfällen. En central fråga är i vilken omfattning som servicetjänster kan förläggas på tider som inte är de behovsintensiva delarna av dygnet.

Planeringen av hemtjänstens insatser är den springande punkten. Med tanke på att produktivitetsnivån är det viktigaste, ur ett ekonomiskt perspektiv, måste morgondagens planering godkännas av närmsta chef med budgetansvar innan den släpps. I praktiken är det bara produktivitetsnyckeltalet som budgetansvarig chef behöver följa. Det är viktigt att flytta fokus från uppföljning till prognos/planering.

När det gäller att få ut mer oplanerad tid bedömer vi det som huvudsakligen en ledarskapsfråga. Vår erfarenhet är att stödet från enhetschef behöver vara omfattande i förhållande till planeraren. Av utredningen framgår inte om rätten att ropa in timvikarier åligger planeraren eller enhetschefen, men det är inte orimligt att det i praktiken blir



planeraren som gör det för att få schemat att gå ihop. I enhetschefens uppgifter blir, som tidigare angivits, att godkänna morgondagens eller veckans kommande schema. Personalen kan också få stöd av chefen i att förlägga vårdtagartiden på tider som bättre möjliggör en högre produktivitet. Eftersom arbete i hemtjänsten i övrigt är "chefslost" är det inte möjligt att korrigera under dagen av enhetschef, utan beslut fattas av första linjens personal. Det implicerar också betydelsen av att all personal är införstådd med hur ersättningssystemet fungerar.

Analysen visar att samtliga grupper inte kan ha ett måltal på 72 procent av tid hos vårdtagare. Detta kräver gruppindividuella måltal och en samordning av detta från ansvarig för hemtjänsten. Landsortsgrupperna kommer antagligen inte kunna ligga på den nivån över tid, varför andra grupper får ha ett högre måltal för att kompensera.

## 8 Sveriges Kommuner och Landstings – Hemtjänstenkät 2016

### 8.1 Modeller för hemtjänstval och ersättningsnivåer

Sveriges kommuner och landstings (SKL) genomförde under sommaren 2016 en enkät till kommuner som infört eller planerar att införa LOV om de fastställda ersättningsbeloppen och ersättningssystem som kommunerna har för hemtjänsten.

Kommunerna som har infört hemtjänstval har valt olika modeller för sina valfrihetssystem. Först och främst finns det skillnader vad modellerna omfattar; serviceinsatser, omvårdnadsinsatser, hemsjukvård, delegerad hemsjukvård var för sig eller i kombination.

Kommunernas ersättningsmodeller är oftast baserade på en analys av vad den egna verksamheten kostar. Även andra faktorer kan ha haft betydelse t.ex. för ersättningens storlek som prisnivån i andra kommuner i regionen, marknadssituationen, effektiviseringskrav och politiska prioriteringar.

I den enkät som gjordes 2016 har 145 av 158 tillfrågade kommuner svarat. Områden som ingick i dessa kommuners hemtjänstmodeller var:

Tabell 9- Områden i kommunernas valfrihetsmodeller

Områden inom LOV	Antal kommuner
Service	25
Service och omsorg	39
Service, omsorg och delegerad HSL	70
Service, omsorg, delegerad HSL och HSL av legitimerad	10

Kommunernas val av ersättningsmodell påverkas av lokala förutsättningar men även av prioriteringar. De faktorer som ersättningarna differentieras efter är i första hand:

- „ Typ av tjänst som service, omvårdnad, hemsjukvård.
- „ Tidsdifferentiering: dag, kväll, natt, helg
- „ Tätort eller glesbygd.
- „ Egen eller privat regi

Nivåerna på och principerna för hur kommunerna ersätter omvårdnadsinsatser och hur utförarna rapporterar utförd tid skiljer sig också åt mellan kommunerna.

Tabell 10 - Hur kommunerna ersätter och nivån på timersättningen

Ersätter enligt	Timersättning			
	Antal	Lägsta	Högsta	Medel
Beviljad tid	59	278	421	361
Rapporterad tid	20	344	380	361
Elektroniskt uppmätt	47	332	475	398
Övriga	3	288	426	393

Det kan konstateras att skillnaden mellan lägsta och högsta ersättning är förhållandevis stor. Den varierar mellan 278 kr/timme och 475 kr/timme. Högst genomsnittlig ersättning finns inom gruppen "elektroniskt uppmätt tid" med 398 kr/timme. Som jämförelse kan nämnas att i Nyköpings kommun var ersättningen i tätort 386 kr 2016.

## 8.2 Kommunernas hemtjänst i egen regi

### 8.2.1 Kundtid av arbetstid

En fråga som ställdes i enkäten var hur stor del av arbetstiden som är direkt brukartid dels i egen regi, dels privat regi. För den egna regin utgjorde genomsnittet 65 procent (variation ligger i intervallet 48–100 procent) baserat på uppgifter från 53 kommuner och 71 procent för privat regi utifrån uppgifter från 10 kommuner. Vår uppfattning är dock att uppgifterna inte är helt tillförlitliga.

Som jämförelse så hade den kommunala hemtjänsten i Nyköpings kommun 2016 i genomsnitt en direkt kundtid på 60,5 procent av den arbetade tiden.

### 8.2.2 Hemtjänst i egen regi, resultat

Ytterligare en fråga i enkäten avsåg Hur har kommunens egenregi inom hemtjänst klarat sin ekonomi 2015. Sammanlagt 82 kommuner besvarade frågan vars svar fördelade sig på följande sätt:

- ▶ 58 kommuner uppgav att hemtjänst i egen regi hade ett negativt resultat.
- ▶ 24 kommuner uppgav ett positivt resultat (13 kommuner) eller ett nollresultat (11 kommuner) för den egna regin.

Utav de 24 kommunerna som hade uppgett ett nollresultat eller ett positivt resultat så ersattes hemtjänsten enligt:

- ▶ Beviljad tid i 14 kommuner.
- ▶ Annan modell i 2 kommuner.
- ▶ Utförd tid i 8 kommuner, varav:
  - ▶ För rapporterad tid i 5 kommuner.
  - ▶ På annat sätt (framgår inte hur) i 1 kommun.
  - ▶ För elektroniskt uppmätt tid i 2 kommuner.

De två kommuner som ersattes för elektroniskt uppmätt tid och där egen regi hade ett positivt resultat var Mölndal och Upplands-Bro. Ersättningsnivån var enligt enkäten i Mölndal 407 kr/timme och i Upplands-Bro 395 kr/timme. Mölndal hade även uppgivit 64 procent direkt brukartid av arbetstiden. Vidare framgick att Upplands-Bro utförde 91 procent av den beviljade tiden och Mölndal 88 procent.

### **8.2.3 Bedömning**

Av SKL:s enkät framgår att av de 129 kommuner som svarade på frågan om hur ersättningen för hemtjänst ges så var det 47 som angav att det gjordes utifrån elektroniskt uppmätt tid. En majoritet av kommunerna ersätter antingen för beviljad tid eller rapporterad tid. Skillnaden mellan den lägsta och högsta ersättningen per timme är förvånansvärt stor, 278 – 475 kr/timme.

Det är rimligt att anta att en ersättning för beviljad tid och rapporterad tid ska ligga lägre än ersättningen för elektroniskt uppmätt tid. I dessa ersättningsmodeller tas normalt inte höjd för kringtid t.ex. i form av förflyttningstid samtidigt. Eftersom den rapportering som förekommer oftast är av avvikelsekaraktär, d.v.s. när en insats inte har kunnat utföras.

Det är kanske mer förvånande att finns en stor skillnad i timersättningen, 332 – 475 kronor, bland de kommuner som ersätter för elektronisk uppmätt tid. Förutsättningarna skiljer sig givetvis åt mellan kommunerna vad gäller t.ex. grad av glesbygd m.m. Har kommunen en stor yta med många hemtjänsthus håll i glesbygd leder det till sannolikt mer kringtid i form av förflyttning och tvärtom i en till ytan liten kommun med hög tätortsgrad.

Om ett antagande görs att en genomsnittlig heltidstjänst i hemtjänsten motsvarar en lön på 23 tkr per månad och att övriga kostnader utgör 45 kr per utförd timme så finansierar 332 kr per utförd timme ca 14 procents kringtid. En ersättning på 475 kr per utförd timme finansierar ca 42 procents kringtid. Observera dock att detta är en översiktlig och förenklad beräkning för att illustrera vad skillnaden i ersättningsnivå betyder för kringtiden.

Med reservation för den osäkerhet som kan råda beträffande kvaliteten på uppgifterna i enkäten så kan konstateras att en majoritet av hemtjänsten i egen regi brottas med en obalanserad ekonomi. Särskilt påtagligt förefaller det vara för egen regi i kommuner som ersätter för elektroniskt uppmätt tid. I SKL:s enkät var det endast två kommuners egna regi som i den kategorin inte hade ett negativt resultat.

## **9 Nyköpings kommuns riktlinjer**

### **9.1 Utgångspunkt**

Socialtjänstlagen är en ramlag som inte i sig tydligt definierar vad som ingår i skälig levnadsnivå. Innehåll och ambitionsnivå i förhållande till SoL måste då tolkas och ges ett lokalt innehåll. Förekomsten av riktlinjer kan delvis upplevas som motsägelsefullt utifrån att lagen inte definierar några specifika insatser samtidigt som det är den enskildes behov som ska vara styrande för hur hjälpen utformas.

Risken med riktlinjer som beskriver vad den enskilde i normalfallet erbjuds för insatser och i vissa fall i vilken omfattning är att de direkt eller indirekt blir helt avgörande för det bistånd som ges. Ansökningarna prövas i förhållande till vad kommunen erbjuder istället för vad den enskilde har behov av. Samtidigt finns också ett intresse av att eftersträva en enhetlig tillämpning av lagstiftningen i kommunen. Likartade behov ska bedömas på ett likvärdigt sätt oavsett vem i kommunen som gör bedömningen. I sig ger dock Socialtjänstlagen kommunen möjlighet till "särbehandling". Till synes likartade behov får tillgodoses med olika insatser med hänvisning till en individuell behovsprövning.

Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer för handläggning inom ansvarsområdet uppdaterades 2017-02-14. Riktlinjerna omfattar handläggning, avgifter, handläggning enligt SoL och LSS samt riktlinjer för färdtjänst och bostadsanpassningsbidrag.

## 9.2 Nämndens riktlinjer

Riktlinjerna för biståndsbedömning inom äldreomsorg finns under rubriken handläggning enligt SoL. Dessa är i sin tur uppdelade när det gäller stöd i ordinärt boende på bl.a. hemtjänst, ledsagning, matdistribution, trygghetslarm och trygghetskamera. Dessutom finns ett avsnitt med särskilda riktlinjer för handläggning av ärenden enligt SoL.

Det framgår att beslutade insatser inom hemtjänst ska följas upp en första gång med hjälp av genomförandeplanen efter 2–3 veckor. Alla beslut ska omprövas vid förändring av den enskildes behov eller vid beslutets utgång. Hemtjänstbesluten är normalt tidsbegränsade till ett år. I samband med nyprövning görs en uppföljning av det föregående beslutet. En uppfattning som framkommer från myndighetsfunktionen är att det finns behov av att utveckla och förbättra kvaliteten i uppföljning och att uppnå en bättre överensstämmelse mellan bedömd tidsinsats (beställd tid) och faktiskt behov.

När det gäller omfattningen av hemtjänst säger riktlinjerna att hemtjänst beviljas i normalfallet med maximalt 90 timmar/månad. Beslut över 90 timmar kan dock fattas av myndighetschef. I riktlinjerna beskrivs ett antal insatser uppdelat på omvårdnad och serviceinsatser. De omvårdnadsinsatser som definieras är; dusch, måltidshjälp, telefonservice, tillsyn omvårdnads/omsorgsinsatser och nattpatrull. Serviceinsatser delas upp i; inköp, städning, tvätt, promenad, social samvaro, post- och bankärenden, apoteksärenden och övriga hjälpinsatser. I huvudsak beskrivs på ett övergripande sätt vad som ingår i respektive insats. Framförallt beträffande serviceinsatserna så redovisas med vilken frekvens som de normalt beviljas, t.ex. en gång per vecka eller varannan vecka. För omvårdnadsinsatser anges med vilken frekvens dusch kan beviljas för övriga omvårdnadsinsatser definieras inte frekvenser. Tidsinsatsen per insats framgår inte av riktlinjerna annat än för ledsagning som kan omfatta maximalt 8 timmar per månad.

Inom myndighetsfunktionen finns schabloner för vilken normalt tid som insatserna enligt riktlinjerna förväntas omfatta, t.ex. dusch 30 minuter och tillsyn 10 minuter. Schablontiderna per insats finns inlagda i myndighetens verksamhetssystem. Ursprungligen togs schablonerna fram med underlag av tidsstudier. Över tid har de reviderats och senast gjordes det för tre år sedan.

### 9.2.1 Bedömning

Det är inte ovanligt i kommunerna att det som kallas riktlinjer för biståndsbedömning innehåller både riktlinjer som definierar skälig levnadsnivå och riktlinjer för handläggningen. I varierande grad skiljer det sig åt hur detaljerade dessa riktlinjer är. Från att övergripande definiera en övergripande inriktning till att innehålla både riktlinjer och tillämpningsanvisningar.

För att riktlinjerna ska ge ett ändamålsenligt stöd till biståndsbedömningen bör de både vara ett tydligt uttryck för ansvarig nämnds ambitionsnivå och för vad som i normalfallet kännetecknar skälig levnadsnivå. Vad som kännetecknar skälig levnadsnivå brukar uttryckas i form av insatser som definieras med tid och frekvens, s.k. schabloner.

Riktlinjerna för hemtjänsten i Nyköpings kommun anger inte för omvårdnadsinsatser någon frekvens förutom för dusch. För servicetjänsterna framgår frekvensen. När det gäller omvårdnadstjänster blir frekvensen i praktiken given. Har man behov av hjälp på morgonen, kvällen och i samband med måltider som inte kan tillgodoses på annat sätt så blir det varje dag. Det finns kommuner, även om det inte är vanligt, vars riktlinjer definierar en skälig nivå i form av både frekvens och tid per omvårdnadsinsats.

Vår samlade bedömning av riktlinjerna vad avser omvårdnadsinsatser är att de ger en relativt begränsad information om vad nämnden anser vara en skälig levnadsnivå. Användningen av schabloner för beräkning av tidsinsatsen överlämnas till tillämpningen.

Det finns kommuner som har riktlinjer som tydligare definierar skälig levnadsnivå. Samtidigt bedömer vi att riktlinjerna i sig inte på något avgörande sätt försvårar eller förklarar de svårigheter som hemtjänsten i egen regi har att uppnå en ekonomi i balans.

Vi har inte noterat att det finns systemmässiga förklaringar eller hinder i beslutsprocessen som bidrar till förklaringen av den ekonomiska obalansen inom hemtjänsten. En faktor som kan ha viss betydelse är dock att nämnden inte beslutar om dubbelbemanning.

Ambitionsnivån för socialtjänsten och därmed hemtjänsten framgår i första hand av socialtjänstlagen. Enligt vår bedömning har det inte framkommit något som stödjer uppfattningen att ambitionsnivån i Nyköpings kommun på något utmärkande sätt skiljer från andra kommuner.

## **10 Krav på den egna verksamheten**

### ***10.1.1 Rätt till heltid och undvika delade turer***

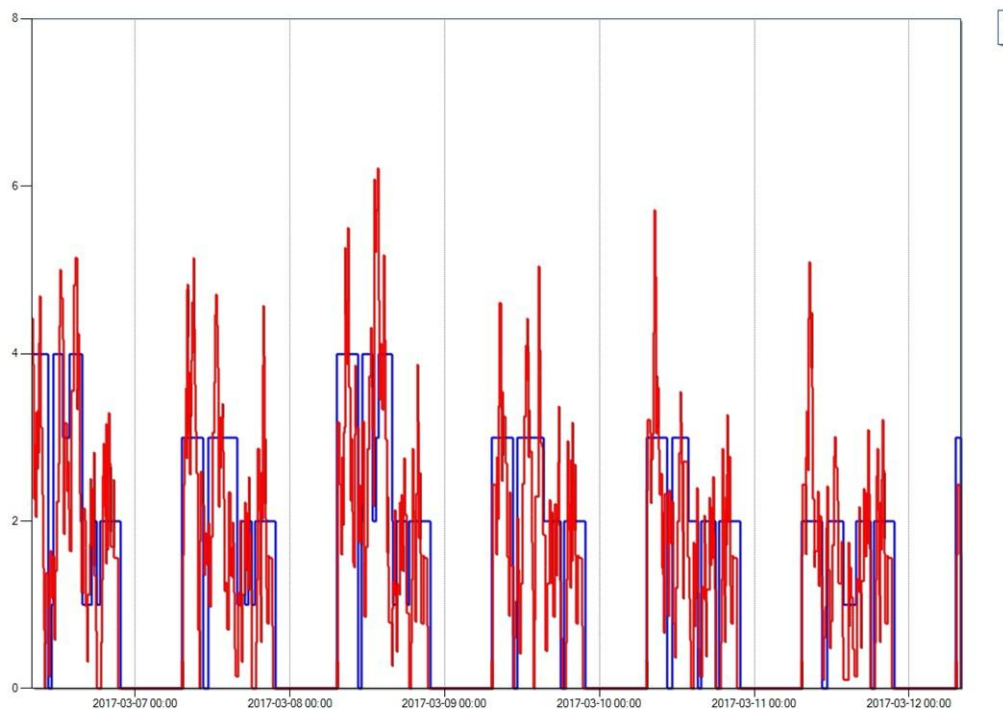
I Nyköpings kommun har personalen sedan några år tillbaka rätt till heltid samtidigt som delade turer ska undvikas. Rätten till heltid uppfattar vi som ett villkor medan att delade turer ska undvikas som uttryck för en ambition.

Frågan är om dessa två förutsättningar leder till merkostnader (i förhållande till den som inte har motsvarande krav) för den kommunala utföraren. För att det ska vara möjligt att göra en beräkning är det enligt vår uppfattning nödvändigt att jämföra olika scenarier. Att göra sådana analyser när det gäller hemtjänsten är enligt vår bedömning förenat med svårigheter i och med att situationen inte är statisk. Behoven förändras kontinuerligt samtidigt som tillämpningen av de krav som ställs leder till olika konsekvenser. Antalet som vill arbeta heltid varierar med stor säkerhet mellan olika hemtjänstgrupper vilket sannolikt även gäller beträffande i vilken grad grupperna lever upp till ambitionen att undvika deltider. På motsvarande sätt varierar sannolikt också i vilken utsträckning personalen själv önskar delade turer.

För närvarande förekommer både deltider och delade turer i hemtjänsten samtidig som en stor del av verksamheten 2016 genomfördes med timanställda och vikarier. Totalt handlade det om ca 27 procent av de arbetade timmarna.

För att exemplifiera hur planeringssituationen ser ut redovisar vi ett exempel för en arbetsgrupp hur det kan se ut i planeringssituationen under en vecka i mars 2017. Bilden visar på hur det ser ut i planeringssystemet utifrån brukarnas behov och personalens scheman, innan planerarna gjort de anpassningar som krävs för att genomföra överenskomna besök. Röd linje speglar kundernas behov och blå linje personaltillgången.

Figur 12 - Planerade besök och tillgång till personal under vecka



Utifrån ovanstående bild framgår att de planerade besöken vid nästan varje tillfälle överstiger tillgången på personal. Det har dock inte varit möjligt på motsvarande sätt ta fram rapporter över hur det faktiska utfallet blev.

Det är vår bedömning att det i nuläget utifrån förutsättningen att erbjuda heltider och att samtidigt undvika delade turer finns merkostnader men att de inte f.n. är väsentliga samtidigt som det är svårt att på ett rättvisande sätt beskriva merkostnaderna.

Framförallt har frågan om merkostnader aktualiserats i samband med att kommuner övervägt att avskaffa eller beslutat att avskaffa delade turer. Inom vård och omsorg är de mest personalintensiva tiderna på dygnet morgon och kväll. Det följer helt naturligt av att det är då människor behöver hjälp med att gå upp på morgonen och att gå och lägga sig på kvällen och vad som följer av detta. För att komma bort från delade turer krävs fler personer, tjänstgöringsgraden är av underordnad betydelse i det sammanhanget. Samtidigt har det visat sig att när delade turer avskaffas så måste planering, organisering och schemaläggning förändras, vilket kan leda till en anpassning som gradvis reducerar de merkostnader som initialt uppstår.

### **10.1.2 Andra krav på egen regi**

Fram till den 1 februari 2017 har den egna regin varit ensam om att erbjuda hemtjänst i hela kommunen. Det har tidigare varit ett specifikt krav på den egna regin att vara verksam i hela kommunen. En kvarstående skillnad i förhållande till de privata utförarna i hemtjänstvalet är att den kommunala utföraren inte har möjlighet att ange ett kapacitetstak. Ett kapacitetstak kan vara en fördel i den meningen att det underlättar styrningen av verksamhetens omfattning både vad gäller antalet anställda och arbetsbelastningen. Utförare som kommunens hemtjänst utan kapacitetstak måste ta emot alla potentiella brukare, vilket kan leda till problem med att anställa ny personal med kort varsel samtidigt som ett effektivt resursutnyttjande försvåras. Bedömningen är i och

med att kommunens hemtjänst inte kan välja kapacitetstak, så innebär det en ekonomisk och kvalitetsmässig nackdel i förhållande till utförare som har valt det.

Personalen i kommunens hemtjänst har rätt till friskvårdsbidrag, ersättning för läkarvård samt rätt till läkarvård på betald arbetstid.

Hemtjänsten har tidigare belastats med kapitaltjänstkostnaden för nyckelfria lås med ca 800 tkr/år. De privata utförarna använder ca 40 till 50 procent av låsen.

## 11 Slutsatser

Hemtjänsten i egen regi har sedan 2009 visat negativa resultat som sammantaget uppgår till ett betydande belopp. Under 2016 planerade hemtjänsten att använda 65 procent<sup>8</sup> av den ersatta personaltiden för att hos kund utföra 83 procent av den beviljade tiden. Utfallet blev att knappt 77 procent av den beviljade tiden utfördes med 60,6 procent av den tillgängliga personaltiden. Den ekonomiska konsekvensen av detta blev att hemtjänstens kostnad för en utförd timme uppgick till 423 kr, vilket motsvarar en negativ avvikelse i förhållande till timersättningen i tätort (386 kr/timme 2016) med -93 kr per timme. Med allt annat oförändrat hade hemtjänsten för att nå ett ekonomiskt balanserat resultat 2016 behövt ha en produktivitet på ca 75 procent.

Utifrån det statistiskt material som vi har haft tillgång till går det att göra en mängd jämförelser. Vi har exemplifierat detta med att redovisa hur mycket det beviljade timantalet varierar mellan månaderna. Hypotesen har varit att stora förändringar mellan månaderna skulle ge upphov till bemanningsproblem med lägre produktivitet som följd. Det finns dock inga tydliga slutsatser att dra av jämförelsen. När en summering görs av kundtid, uppskattad restid, rapporterings- och dokumentationstid samt en uppskattning av tid som går att lägga ut som kundtid, visar det sig att variationen är stor mellan hemtjänstgrupperna. Om summeringen görs på utfallstimmar under 2016 finns en spännvidd mellan 7 till 32 procent av arbetstiden som icke kundtid.

Vår slutsats är att huvudförklaringen till hemtjänstens ekonomiska obalans står att finna i modellen för planering, som faktiskt leder till att verksamheten trots ett omfattande arbete med åtgärder inte har lyckats uppnå någon avgörande förbättring av produktiviteten. Vi anser dessutom att det finns en risk att nuvarande planerings sätt har varit kontraproduktivt i den meningen att även om planeringen följs till "punkt och pricka" så blir konsekvensen ett negativt resultat och en försämring av personalens arbetsmiljö i form av ökad stress.

För att kunna uppnå en förbättrad ekonomi (och kvalitet) är det därför nödvändigt att planeringen utvecklas. I nuvarande sätt att planera fungerar inte matchningen mellan kundernas behov och personalens scheman på ett tillfredsställande sätt. Planeringen behöver i större utsträckning leda till att beslutad insatstid motsvaras av planerad insatstid i kundernas genomförandeplaner. För att nå dit behöver ledningen engageras mer i den operativa styrningen av verksamheten och förutsättningar för personalens förståelse, engagemang och deltagande i planeringen utvecklas. Inför varje arbetsdag behöver respektive chef med budgetansvar godkänna den planerade produktivitetsnivån för hemtjänstgrupperna. Det betyder också att chefen beslutar om antalet timvikarier, får kunskap om produktivitetens utveckling, och kan snabbt fatta beslut om nödvändiga förändringar. Det kommer också krävas samordning mellan grupperna, då en del grupper inte uthålligt kommer kunna ligga på förväntade 72 procents produktivitet, utan andra

---

<sup>8</sup> Enligt styrkort 2016.

grupper behöver kompensera. Vår bedömning är att det arbete som hemtjänsten genomför med stöd av konsult bl.a. för att utveckla planeringen och förutsättningarna för den är ett avgörande steg för att kunna uppnå förbättringar.

Vi har inte i utredningen kunnat konstatera att det finns avgörande systemmässiga orsaker utifrån den totala ersättningsnivån eller systemmässiga förklaringar eller hinder i ersättningsmodellen som förklarar den ekonomiska obalansen. Nyköpings kommuns prismodell och ersättningsnivå skiljer sig inte heller på någon avgörande punkt från kommuner som har infört hemtjänstval med elektronisk tidsregistrering. Det finns dock samtidigt som vi ser det svagheter i ersättningsmodellen som försvårar möjligheten att uppnå en ekonomi i balans för hemtjänsten i egen regi. Det gäller bl.a.

- Ersättningsnivån per utförd timme 2016 som låg på en något för låg nivå för att fullt ut ersätta den kringtid som modellen förutsätter.
- Schablonisering av dubbelbemanningstid upp till 20 timmar per månad som ingår i timersättningen. Ersättningsmodellen kompenserar inte i tillräcklig grad behovet av dubbelbemanning. Det framgår inte hur dubbelbemanningen har beaktats i den kalkyl som ligger till grund för beräkningen av timersättningen.
- Hanteringen av s.k. bomtid i ersättningsmodellen är ofördelaktig för utföraren beroende på omfattningen och vilka besök som utgör de två första.
- Ersättningen vid korta tillsynsbesök. Det finns en risk att korta besök driver mer kringtid än vad som finansieras av själva besöket, d.v.s. är olönsamma för utföraren.

De främsta skillnaderna som vi har noterat i förhållande till de privata utförarna är att den kommunala hemtjänsten 2016 hade ca 4 minuters kortare genomsnittstid för ett kundbesök. Vidare har den kommunala hemtjänsten större omfattning på avböjda besök och dubbelbemanning. En annan skillnad är att de privata utförarna hade en större andel av besöken som saknade kvitenser både vid start och slut.

Vi har inte identifierat att det finns systemmässiga förklaringar eller hinder i beslutsprocessen som bidrar till förklaring av den ekonomiska obalansen inom hemtjänsten. En faktor som kan ha viss betydelse är att nämnden inte beslutar om dubbelbemanning. Ambitionsnivån för socialtjänsten och därmed hemtjänsten framgår i första hand av socialtjänstlagen. Enligt vår bedömning har det inte framkommit något som stödjer uppfattningen att ambitionsnivån i Nyköpings kommun på något utmärkande sätt skiljer från andra kommuner.

Vår slutsats är att det i nuläget utifrån kravet på den kommunala verksamheten att erbjuda heltider och att samtidigt undvika delade turer finns merkostnader men att de inte f.n. är väsentliga samtidigt som det är svårt att på ett rättvisande sätt beskriva de faktiska merkostnaderna. En faktor som har betydelse är att den kommunala utföraren till skillnad från de privata utförarna kan inte välja ett kapacitetstak. Bedömningen är det i förhållande till utförare som har valt kapacitetstak både är en ekonomisk och kvalitetsmässig nackdel för den kommunala utföraren.

Även om åtgärder vidtas för att skapa förutsättningar att genomföra en större andel av den beslutade tiden med en högre produktivitet är vi tveksamma till om det är möjligt att varaktigt uppnå en produktivitet på ca 72 - 75 procent. Vår bedömning är därför att åtgärder även behöver vidtas för att se över ersättningsmodellen men också att överväga hur dubbelbemanning som föranleds av brukarens behov ska hanteras.

Följande åtgärder föreslås med stöd av genomförd utredning:



- „ Utvecklingsarbetet för en budget i balans måste ytterligare fokusera på planeringen
  - „ Chefer behöver godkänna planerad produktivitet, dvs koncentrera sig på den påverkbara planeringen och inte uppföljningen.
  - „ Ökad samordning mellan grupperna för gruppsspecifika mål för produktivitet.
  - „ Särskild belysa förutsättningarna i de grupper som har stor andel icke kundtid, även då restider beaktats.
  - „ Bättre matchning mellan kundernas behov och personalens scheman.
- „ Gör en översyn av ersättningsmodellen med avseende på hanteringen av;
  - „ Tillsynsbesök.
  - „ Dubbelbemanning.
  - „ Avböjda besök.
- „ Basera uppräknings av timersättningen på OPI.

Stockholm 18 april 2017

Gunnar Uhlin  
EY

Lars Eriksson  
EY

VON §

Dnr VON19/99

**Process för framtagande av strukturerad plan för införande av välfärdsteknik**

I Beställning 2020 har Division Social omsorg (DSO) ett uppdrag att ta fram en strukturerad plan för hur välfärdsteknik kan implementeras inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionsnedsatta i syfte att skapa en effektiv verksamhet med högre brukardelaktighet som ett komplement till personal. På nämndsammanträdet 2020-06-04 skulle en avrapportering göras över hur arbetet framskrider. Rapporteringen var bristfällig och nämnden fick ingen klar bild av hur arbetet går och är tänkt. Därför uppdrogs åt DSO att inkomma med en skriftlig rapport över hur arbetet med planen kommer att gå till. Denna rapport finns som bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-25. I grova drag beskriver den att augusti ägnas åt kartläggning, september åt skrivande av slutrapport och att planen beräknas kunna presenteras i oktober.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporten "Process för framtagande av strukturerad plan för införande av välfärdsteknik enligt nämndens tidigare beställning, VON 2020-06-04", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-25.

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## Process för framtagande av strukturerad plan för införande av välfärdsteknik

### Bakgrund

I Beställning 2020 har Division Social omsorg (DSO) ett uppdrag att ta fram en strukturerad plan för hur välfärdsteknik kan implementeras inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionsnedsatta i syfte att skapa en effektiv verksamhet med högre brukardelaktighet som ett komplement till personal. På nämndsammanträdet 2020-06-04 skulle en avrapportering göras över hur arbetet framskrider. Rapporteringen var bristfällig och nämnden fick ingen klar bild av hur arbetet går och är tänkt. Därför uppdrogs åt DSO att inkomma med en skriftlig rapport över hur arbetet med planen kommer att gå till. Denna rapport finns som bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-25. I grova drag beskriver den att augusti ägnas åt kartläggning, september åt skrivande av slutrapport och att planen beräknas kunna presenteras i oktober.

### 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

**att godkänna rapporten "Process för framtagande av strukturerad plan för införande av välfärdsteknik enligt nämndens tidigare beställning, VON 2020-06-04", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-25.**

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Division Social omsorg

## **Process för framtagande av strukturerad plan för införande av välfärdsteknik enligt nämndens tidigare beställning, VON 2020-06-04**

Vid nämndsammanträdet den 4 juni 2020 ålades divisionen att återkomma med en beskrivning över hur framtagandet av en strukturerad plan för att införa välfärdsteknik skulle gå till, senast 24 augusti 2020.

I det särskilda uppdraget i beställningen framgår att Divisionen ska ta fram en strukturerad plan för hur välfärdsteknik kan implementeras inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionsnedsatta i syfte att skapa en effektiv verksamhet med högre brukardelaktighet som ett komplement till personal.

I E-rådets *Handlingsplan för digitalisering i Nyköpings kommun* framgår det att kommunen behöver göra insatser för att stärka sin strukturella förmåga inom området "Ledning, arbetssätt och metoder för digital utveckling". I mars 2020 presenterades även den nationella utredningen *Framtidens teknik i omsorgens tjänst* (SOU 2020:14) som också belyser vikten av den strukturella förmågan hos en organisation för att nå framgång i implementeringsarbetet.

När det gäller divisionens verksamhet har välfärdsteknik sedan 2016 i viss mån introducerats i verksamheterna. 2018 togs ett förslag för utveckling av E-hälsa och välfärdsteknik fram, *Plan för utveckling av e-hälsa och välfärdsteknik inom division social omsorg* och som fortlöpande revideras utifrån behov och omvärldsbevakning.

Utifrån den komplexitet införandet av välfärdsteknik innebär genomför divisionen en omfattande kartläggning inom området. I kartläggningen har ett flertal områden och förutsättningar identifierats som kommer att konkretiseras vidare i planen.

- Målgruppsorienterad behovsanalys över vilken välfärdsteknik som är aktuell utifrån tillgänglig kompetens och kunskap.
- Organisationsbehov kring införande av välfärdsteknik och utvecklingen av användningen.
- Olika effekter för verksamheten
- Uppföljningsmodell för utvärdering.
- Resurssättning.
- Infrastruktur
- Ekonomiska konsekvenser

- Juridik och Etik
- Förvaltningen av välfärdsteknik.
- Kommunikation

Divisionen har bedömt att fortsatt kartläggning är en förutsättning för framtagandet av den plan som divisionen fått i särskilt uppdrag att redogöra för. Närmare redogörelse för planen lämnas i slutrapporten som ska vara tillhanda den 1 oktober 2020.



Slutligen kommer rapporten som ska presenteras den 1 oktober visa vilka förutsättningar som krävs för en implementering av välfärdsteknik utifrån ett helhetsperspektiv.

---

Carina Bark

T F Divisionschef Social omsorg

Päivi Kabran

Verksamhetschef för omsorg om personer med funktionsnedsättning

Karin Lindgren

Verksamhetschef för särskilda boenden

VON §

Dnr VON20/60

**Implementering av samverkansmodellen i Division Social omsorg**

Samverkansmodellen ska användas då flera verksamheter är inblandade kring en brukare. Syftet är att undvika att brukaren hamnar mellan stolarna. Den har tagits fram utifrån Lex Sarah-rapporteringar som grundat sig i avsaknaden av en sådan modell. Modellen har dock inte implementerats och är inte känd i verksamheten, varför Vård- och omsorgsnämnden, enligt § 37 2020 uppdrog åt Division Social omsorg (DSO) att säkerställa implementeringen av modellen och skriftligen rapportera hur det arbetet går. Rapporten är nu gjord och finns bilagd tjänsteskrivelsen daterad 2020-08-25.

Av rapporten framgår att DSO behöver göra en utvärdering av modellen före implementering och att man inte kunnat prioritera det arbetet under våren, då ansvarig person slutat sin anställning.

Det är angeläget att samverkansmodellen i någon form implementeras. Detta får inte vara avhängigt en specifik person i organisationen. Därför föreslås att DSO får i uppdrag att skyndsamt utvärdera och sen implementera samverkansmodellen.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** uppdra åt DSO att skyndsamt utvärdera och implementera samverkansmodellen.

**att** uppdra åt DSO att till nämndens första sammanträde 2021 återkomma med en skriftlig rapport över den då genomförda implementeringen.

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## Implementering av samverkansmodellen i Division Social omsorg

### Bakgrund

Samverkansmodellen ska användas då flera verksamheter är inblandade kring en brukare. Syftet är att undvika att brukaren hamnar mellan stolarna. Den har tagits fram utifrån Lex Sarah-rapporteringar som grundat sig i avsaknaden av en sådan modell. Modellen har dock inte implementerats och är inte känd i verksamheten, varför Vård- och omsorgsnämnden, enligt § 37 2020 uppdrog åt Division Social omsorg (DSO) att säkerställa implementeringen av modellen och skriftligen rapportera hur det arbetet går. Rapporten är nu gjord och finns bilagd tjänsteskrivelsen daterad 2020-08-25.

Av rapporten framgår att DSO behöver göra en utvärdering av modellen före implementering och att man inte kunnat prioritera det arbetet under våren, då ansvarig person slutat sin anställning.

Det är angeläget att samverkansmodellen i någon form implementeras. Detta får inte vara avhängigt en specifik person i organisationen. Därför föreslås att DSO får i uppdrag att skyndsamt utvärdera och sen implementera samverkansmodellen.

### 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

**att** uppdra åt DSO att skyndsamt utvärdera och implementera samverkansmodellen.

**att** uppdra åt DSO att till nämndens första sammanträde 2021 återkomma med en skriftlig rapport över den då genomförda implementeringen.



Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och  
omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Division Social omsorg

## Svar på implementering av samverkansmodellen från protokoll 2020-06-04 Dnr VON20/60

Vård- och omsorgsnämnden skriver i sitt svar till den rapporterade uppföljningen av uppdraget åtgärder efter Lex Sarah-rapporter 2019 att division Social omsorg uppdras att säkerställa implementering av samverkansmodellen och skriftligen återrapportera hur arbetet gått, till nämnden senast 2020-08-24.

Samverkansmodellen är en modell skapad av division Social omsorg och kom till i utvecklingsarbetet "Ännu mer tillsammans". Målet /var/ är att underlätta det interna samarbetet och därmed även kommuninnevånarnas kontakt med division Social omsorg.

Se IN för mera information om modellen, länk nedan.

<http://in.nykoping.se/organisation/division-social-omsorg/samverkansmodellen/>

Modellen är en "pilot" och DSOs ledningslag ville att så många som möjligt skulle testa modellen på olika nivåer.

Ansvarig för implementering av modellen var förändringsledare som slutade inom divisionen i slutet av 2019. Tjänsten har sedan dess inte varit tillsatt och ingår i en del av besparingsåtgärder.

Divisionen tycker att samverksmodellen är viktig men inte haft möjlighet att prioritera fortsatt implementering under 2020.

Delvis har modellen fungerat bra när den har använts, divisionen behöver göra utvärdering av modellen och ta beslut om fortsatt implementering.

T. F Divisionschef

Carina Bark

VON §

Dnr VON20/50

### Åtgärder utifrån brister konstaterade i den interna tillsynen

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och nämndens sakkunniga tjänsteman gjorde under våren interna tillsyner på ett antal äldre- och demensboenden i enlighet med nämndens tillsynsplan. En rad brister konstaterades. Dessa handlade om:

- det systematiska kvalitetsarbetet
- att man inte säkerställer att beslut och rutiner får genomslag i verksamheten
- att IBIC (individens behov i centrum) inte ligger till grund för verksamheten
- att det inte finns ett närvarande ledarskap nattetid.

Vård- och omsorgsnämnden uppdrog, enligt § 43 2020, till Division Social omsorg (DSO) att återkomma med en plan för hur man avser att åtgärda de identifierade bristerna. Den planen är nu presenterad och återfinns som bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-25.

De åtgärder som presenteras i planen svarar inte upp mot bristerna. Betydligt bredare och omfattande åtgärder behöver vidtas. Det systematiska kvalitetsarbetet och att grunda verksamheten på IBIC ska vara två grundpelare för verksamheten och därför behöver ett ordentligt omtag göras för att åtgärda de bristerna. Då ett omfattande förändringsarbete kommer att genomföras inom DSO för att åstadkomma en ekonomi i balans och de konstaterade bristerna har tydlig bäring på det arbetet, föreslås att identifierande och genomförande av adekvata åtgärder mot bristerna införlivas i det arbetet.

När det gäller ledarskapet nattetid, säger SKRs rekommendation att det ska finnas ett närvarande ledarskap och att planeringen och genomförandet av nattens arbete måste bli än mer transparent för att ha möjligheten att ha en flexibilitet i bemanningen för att kunna möta de boendes behov som förändras över tid. Lösningen på detta kan se ut på olika sätt, varav ett kan vara att enhetschef faktiskt närvarar en natt då och då. Att ha möjlighet att kontakta Trygghetsjour vid särskilda händelser är mycket bra men ger inte ett närvarande ledarskap. Någon enhetschef svarar på tillsynsfrågan att nattpersonalen får invänta att hon kommer på morgonen om de vill träffa henne.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

VON §

Dnr VON20/50

Tidigare genomförda nattinsyner visar att nattpersonalen känner sig bortglömd och att de inte riktigt räknas. Utifrån detta föreslås DSO få i uppdrag att återkomma med en skriftlig rapport över hur man avser att säkerställa att man lever upp till SKRs intention med ett närvarande ledarskap nattetid.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** uppdra åt DSO att införliva identifierande och genomförande av mer adekvata åtgärder när det gäller systematiskt kvalitetsarbete, rutinefterlevnad och IBIC, i åtgärdsarbetet för en ekonomi i balans.

**att** uppdra åt DSO att till nämndens första sammanträde 2021 återkomma med en skriftlig rapport över hur man avser att säkerställa att man lever upp till SKRs intention med ett närvarande ledarskap nattetid.

**Beslut till:**

Division Social omsorg

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

## Åtgärder utifrån brister konstaterade i den interna tillsynen

### Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och nämndens sakkunniga tjänsteman gjorde under våren interna tillsyner på ett antal äldre- och demensboenden i enlighet med nämndens tillsynsplan. En rad brister konstaterades. Dessa handlade om:

- det systematiska kvalitetsarbetet
- att man inte säkerställer att beslut och rutiner får genomslag i verksamheten
- att IBIC (individens behov i centrum) inte ligger till grund för verksamheten
- att det inte finns ett närvarande ledarskap nattetid.

Vård- och omsorgsnämnden uppdrog, enligt § 43 2020, till Division Social omsorg (DSO) att återkomma med en plan för hur man avser att åtgärda de identifierade bristerna. Den planen är nu presenterad och återfinns som bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-25.

De åtgärder som presenteras i planen svarar inte upp mot bristerna. Betydligt bredare och omfattande åtgärder behöver vidtas. Det systematiska kvalitetsarbetet och att grunda verksamheten på IBIC ska vara två grundpelare för verksamheten och därför behöver ett ordentligt omtag göras för att åtgärda de bristerna. Då ett omfattande förändringsarbete kommer att genomföras inom DSO för att åstadkomma en ekonomi i balans och de konstaterade bristerna har tydlig bäring på det arbetet, föreslås att identifierande och genomförande av adekvata åtgärder mot bristerna införlivas i det arbetet.

När det gäller ledarskapet nattetid, säger SKRs rekommendation att det ska finnas ett närvarande ledarskap och att planeringen och genomförandet av nattens arbete måste bli än mer transparent för att ha möjligheten att ha en flexibilitet i bemanningen för att kunna möta de boendes behov som förändras över tid. Lösningen på detta kan se ut på olika sätt, varav ett kan vara att enhetschef faktiskt närvarar en natt då och då. Att ha möjlighet att kontakta Trygghetsjour vid särskilda händelser är mycket bra men ger inte ett närvarande ledarskap. Någon enhetschef svarar på tillsynsfrågan att

nattpersonalen får invänta att hon kommer på morgonen om de vill träffa henne. Tidigare genomförda nattinsyner visar att nattpersonalen känner sig bortglömd och att de inte riktigt räknas. Utifrån detta föreslås DSO få i uppdrag att återkomma med en skriftlig rapport över hur man avser att säkerställa att man lever upp till SKRs intention med ett närvarande ledarskap nattetid.

### **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

**att** uppdra åt DSO att införliva identifierande och genomförande av mer adekvata åtgärder när det gäller systematiskt kvalitetsarbete, rutinefterlevnad och IBIC, i åtgärdsarbetet för en ekonomi i balans.

**att** uppdra åt DSO att till nämndens första sammanträde 2021 återkomma med en skriftlig rapport över hur man avser att säkerställa att man lever upp till SKRs intention med ett närvarande ledarskap nattetid.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

## **Plan för hur Division social omsorg avser att åtgärda de identifierade bristerna framkom i VoN20/50.**

### **1) Det systematiska kvalitetsarbetet**

Det framkommer att verksamheten arbetar med avvikelser, kvalitetsregister, utför egenkontroller och olika ronder under året.

**Åtgärd:** Att än mer tydligt dokumentera ronderna, upprätta en tidsplan för uppföljningar och resultatet av uppföljningarna så det tydliggörs att verksamheten arbetat systematiskt med detta.

**Tidsplan:** Fortsatt arbete under hösten och uppföljning januari 2021. Uppföljning med berörda arbetsgrupper och ledningslaget SÄBO.

### **2) Att enhetschefer sällan säkerhetsställer att beslut, nya rutiner mm får genomslag i praktiken**

**Åtgärd:** När nya rutiner eller förändrade rutiner, beslut i verksamheten ska verksamheten uppge ett datum och forum för uppföljning samt uppföljning att rutiner och beslut har efterföljts och fungerar.

**Tidsplan:** Fortsatt arbete under hösten. Uppföljning med berörda arbetsgrupper, januari 2021

### **3) Att IBIC inte ligger till grund för verksamheten**

**Åtgärd:** Enhetschef följer upp att genomförandeplanen efterlevs vid varje enskild individs uppföljning av planen tillsammans med berörd arbetsgrupp samt att enhetschef dokumenterar i procapita att detta gjorts.

**Tidsplan:** Fortsatt arbete under hösten och uppföljning om 6 månader efter det att alla genomförandeplaner haft uppföljning.

### **4) Att det inte finns ett närvarande ledarskap nattetid**

De som tillsynen tar upp som brist är att enhetschefer inte närvarar under någon natt per termin för att faktiskt se hur det är på natten och att det skulle behövas för att uppfylla kravet på ett närvarande ledarskap nattetid.

Det finns olika sätt att se på ett närvarande ledarskap och forskning kring området är komplext. Dock finns inget som stödjer att vara fysiskt närvarande en natt per termin skulle uppfylla kravet på ett närvarande ledarskap.

Ett närvarande ledarskap innebär och bygger på flera funktioner;

- Kommunikation är en viktig funktion, att chefer lyssnar och tar till sig åsikter.

- Information är en annan viktig funktion, att medarbetare får relevant information.
- Tillgänglighet, att chefer finns tillgänglig i någon form.
- Engagemang, att chefer visar att man är intresserad av det som görs.
- Tillit, att chefer visar att man har förtroende för medarbetare.

Att arbeta som enhetschef inom Division social omsorg innebär att hantera flera områden. Enhetschefer arbetar vardagar och kontorstid. Ingen enhetschef arbetar kväll, natt eller helg. Det innebär att som enhetschef får man arbeta på olika sätt med ledarskapet.

Det behöver säkerställas att det finns tillgång till arbetsledning nattetid vilket det finns genom Trygghetsjouren. Arbetsledning genom Trygghetsjouren finns tillgänglig kväll, natt och helg.

Enhetschefer arbetar med att ha regelbundna möten vid olika tidpunkter med all personal. Det innebär således att nattpersonalen har regelbundna möten med respektive enhetschef och även vid vissa möten med dagpersonalen.

Det sker årliga medarbetarsamtal vilket ger möjlighet för enskilda medarbetare att påtala vilka behov de har för att kunna utföra sina arbeten.

**Åtgärd:** Enhetscheferna kommer att fortsätta med att arbeta med olika former för möten för att träffa medarbetare som arbetar natt. Det innebär att de fortsätter komma tidigt på morgonen och/eller komma på kvällen när nattpersonalen börjar/slutar sitt arbetspass för att kunna veta hur de har det och hur det fungerat.

Enhetschefer kommer alltid att bjuda in nattpersonalen till möten och aktiviteter dagtid som dagpersonalen närvarar på så att de känner sig delaktiga.

Vid medarbetarsamtalen kommer varje medarbetare som arbetar natt att få än mer tid för att utveckla hur de vill ha möten med sin enhetschef eller annat behov som kan finnas.

**Tidsplan:** Uppföljning 1: a kvartalet 2021

Karin Lindgren

Verksamhetschef



VON §

Dnr VON20/77

**Maxtaxa, avgifter och debitering inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2021**

Ett förslag till avgifter inom Vård- och omsorgsnämndens verksamhet för år 2021 finns nu framtaget, vilket framgår av bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-18.

Flertalet avgifter styrs av maxtaxan som beslutas på nationell nivå och koppas till prisbasbeloppet, som för 2021 uppgår till 47 600 kronor. Aktuellt förslag bygger på förutsättningen att de beräkningsgrunder som presenterades av Socialstyrelsen för 2020 kommer att gälla även för 2021. Slutlig information avseende 2021 kommer Socialstyrelsen att presentera senare under innevarande år.

Övriga avgifter har kommunen fri rätt att besluta över. Det visar sig i en jämförelse att Nyköping har lägre avgifter än närliggande kommuner. Liksom för 2020 föreslås för 2021 därför en uppräkningsgrad med 5 % i syfte att närma oss övriga kommuners nivå, för att täcka upp för nämndens kostnader.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** föreslå Kommunfullmäktige att anta dokumentet "Maxtaxa, avgifter och debitering inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2021", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-18.

**att** föreslå Kommunfullmäktige att avgifterna enligt dokumentet börjar gälla 2021-01-01.

**att** revidera dokumentet om Socialstyrelsen senare under innevarande år beslutar att ändra beräkningsgrunderna för maxtaxa mm.

**Beslut till:**

Kommunstyrelsen

Division Social omsorg, myndighetsfunktionen och avgiftshandläggare

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

## **Maxtaxa, avgifter och debitering inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2021**

### **Bakgrund**

Ett förslag till avgifter inom Vård- och omsorgsnämndens verksamhet för år 2021 finns nu framtaget, vilket framgår av bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-18.

Flertalet avgifter styrs av maxtaxan som beslutas på nationell nivå och koppas till prisbasbeloppet, som för 2021 uppgår till 47 600 kronor. Aktuellt förslag bygger på förutsättningen att de beräkningsgrunder som presenterades av Socialstyrelsen för 2020 kommer att gälla även för 2021. Slutlig information avseende 2021 kommer Socialstyrelsen att presentera senare under innevarande år.

Övriga avgifter har kommunen fri rätt att besluta över. Det visar sig i en jämförelse att Nyköping har lägre avgifter än närliggande kommuner. Liksom för 2020 föreslås för 2021 därför en uppräkningsgrad med 5 % i syfte att närma oss övriga kommuners nivå, för att täcka upp för nämndens kostnader.

### **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

**att** föreslå Kommunfullmäktige att anta dokumentet "Maxtaxa, avgifter och debitering inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2021", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-18.

**att** föreslå Kommunfullmäktige att avgifterna enligt dokumentet börjar gälla 2021-01-01.

**att** revidera dokumentet om Socialstyrelsen senare under innevarande år beslutar att ändra beräkningsgrunderna för maxtaxa mm.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Kommunstyrelsen

Division Social omsorg, myndighetsfunktionen och avgiftshandläggare

# Maxtaxa, avgifter och debitering inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2021



## **Maxtaxa**

### **Inkomster**

Inkomstberäkning baseras på den enskildes egna uppgifter. Den enskilde ska lämna uppgift om faktisk eller uppskattad inkomst för de närmast följande 12 månaderna när insatserna börjar och sedan en gång per år eller om något ändras under året.

Avgiftshandläggaren kontrollerar den enskildes uppgifter mot aktuella uppgifter från Försäkringskassan.

Den enskilde får inkomstunderlaget tillsammans med beslutet om avgift.

För enskild som inte lämnar uppgift om aktuell inkomst debiteras den faktiska avgiften eller maxavgiften.

Som inkomst räknas samtliga beskattningsbara inkomster enligt gällande skattelagstiftning samt vissa skattefria ersättningar:

- Inkomst av arbete
- Överskott i näringsverksamhet
- Allmän pension
- Tjänstepension
- Privata pensionsförsäkringar
- Avtalsgruppsjukförsäkringar (AGS)
- Sjukersättningar/aktivitetsersättningar
- Utlandspensioner
- Livränta
- Vårdbidrag (skattepliktig del)
- Utdelning på aktier och fondandelar per den 31 december året innan avgiftsperioden.
- Ränta på bankmedel per den 31 december året innan avgiftsperioden.
- Bostadsstöd, t ex bostadstillägg för pensionärer och bostadsbidrag, om den enskilde sökt och fått tillägg/bidrag
- Studiebidrag
- Skattefria stipendier till den del de överstiger 3 000 kr
- Underhållsbidrag
- Arbetsmarknadsersättningar
- Äldreförsörjningsstöd

Som inkomst räknas inte

- Barns inkomster
- Förmögenhet eller skatteavvinster
- Handikappersättning

Från inkomsten frånräknas

- Statlig och kommunal skatt samt begravningsavgift enligt tabell
- Kyrkoavgift till samtliga trossamfund som har regeringens tillstånd att ta ut sina medlemsavgifter via skattsedel. (Se kommunförbundets cirkulär 2004:99) Kyrkoavgiften beräknas enligt vid varje tidpunkt gällande skattesats för Nyköpings församling.

### Makars inkomster

Makars och registrerade partners samlade inkomster enligt ovan läggs samman. Därefter fördelas de med hälften på vardera person.

Om paret lever i skilda hushåll, t ex när den ena flyttat till särskilt boende, betraktas de som ensamstående. Om de anser det fördelaktigt kan de dock välja att betraktas som sammanboende.

### Sambors inkomster

Sambor har inte juridisk försörjningsplikt och betraktas alltid som ensamstående.

### **Boendekostnad**

Den enskildes faktiska boendekostnad beräknas på följande sätt:

#### Hyresrätt

Aktuellt hyresbelopp exklusive hushållsel. Ingår hushållsel i hyran avräknas en schablonkostnad på 330 kronor per månad.

#### Bostadsrätt

Aktuell avgift exklusive hushållsel + 70 % av räntekostnaderna för bostadslån.

#### Egen bostadsfastighet

70 % av räntekostnaderna för bostadslån + 70 % av tomträttsavgäld + fastighetsavgift + skäliga driftskostnader exklusive hushållsel.

#### Delad bostad

Om den enskilde delar bostad med en annan vuxen person som han/hon inte har försörjningsplikt för, delas bostadskostnaden mellan dessa.

#### Jämkning av boendekostnad vid flyttning till särskilt boende

En ensamstående som flyttar till särskilt boende kan få jämkning av boendekostnaden för det särskilda boendet. Detta gäller vid dubbel boendekostnad i högst tre månader. Den som har kapitalinnehav över 100 000 kr får dock inte jämkning.

### Minimibelopp 2021

För den enskildes kostnader för personliga behov och övriga normala levnadskostnader är ett minimibelopp fastställt i lagen. Beloppet bygger på Konsumentverkets beräkningar av levnadskostnader för normal levnadsstandard för individer i olika åldrar. Beräkningsgrunderna är fastslagna i Socialstyrelsens föreskrifter och är knutna till prisbasbeloppet. Detta justeras årligen och uppgår för 2021 till 47 600 kronor.

Minimibeloppet ska täcka normalkostnader för livsmedel, kläder, skor, fritid, hygien, dagstidning, telefon, hemförsäkring, öppen hälso- och sjukvård, tandvård, hushållsel, förbrukningsvaror, resor, möbler, husgeråd och läkemedel.

Minimibelopp	Beräkningsgrund	Belopp 2021, kr per månad	Jmf belopp 2020
Ensamstående 61 år och uppåt	1/12 av 135,46 % av prisbasbeloppet	5 373	5 339
Ensamstående upp till 60 år	110 % av ovanstående	5 911	5 873
Make/samboende 61 år och uppåt	1/12 av 114,46 % av prisbasbeloppet	4 540	4 512
Make/samboende upp till 60 år	110 % av ovanstående	4 994	4 963
Tillägg för barn 0-3 år	3,82 % av prisbasbeloppet avrundat till närmaste 10-tal	1 820	1 810
Tillägg för barn 4-10 år	4,53 % av prisbasbeloppet avrundat till närmaste 10-tal	2 160	2 140
Tillägg för barn 11-20 år	6,15 % av prisbasbeloppet avrundat till närmaste 10-tal	2 930	2 910

### Höjning av minimibeloppet

Minimibeloppet ska höjas när den enskilde har skäligen fördyrande kostnader. Dessa ska ha en beräknad varaktighet på minst 10 månader under ett år samt avse ett belopp som är minst 200 kr/månad.

Minimibeloppet höjs i följande situationer:

Höjning av minimibeloppet	Beräkningsgrund	Belopp 2021, kr per månad	Jmf belopp 2020
Matdistribution 7 dagar	Kostnad för matlåda +	538	674

	matdistribution minus 40 % av Konsumentverkets beräknade livsmedelskostnad för personer > 75 år		
Matdistribution 5 dagar	5/7 av ovanstående	384	481
Kostabonnemang särskilt boende	Den kostnad för kostabonnemang som överstiger Konsumentverkets beräknade livsmedelskostnad för personer > 75 år	1 119	1 467
Kostnad för god man	1/12 av den årliga avgift som den enskilde senast betalat till Överförmyndaren		

Exempel på övriga kostnader som kan höja minimibeloppet:

- Underhållskostnader för barn
- Fördyrade kostnader för resor
- Merkostnader till följd av funktionsnedsättning, t ex rehabilitering eller habilitering

#### Sänkning av minimibeloppet

Minimibeloppet kan sänkas om den enskilde har lägre levnadskostnader än de som ingår i minimibeloppet.

I kommunens särskilda boenden ingår hushållsel med 330 kr/månad i hyran, varför minimibeloppet sänks med motsvarande belopp. Ingår hushållsel i hyran för eget ordinärt boende görs motsvarande schablonavdrag från minimibeloppet.

#### **Förbehållsbelopp**

Den enskildes förbehållsbelopp är lika med summan av boendekostnaden och minimibeloppet.

#### **Avgiftsutrymme**

Mellanskillnaden mellan beräknad nettoinkomst och förbehållsbelopp (minimibelopp och boendekostnad) utgör avgiftsutrymmet. Om mellanskillnaden blir noll eller minus blir avgiften noll kronor. Den enskilde har, om behov föreligger, möjlighet att ansöka om försörjningsstöd.

#### **Högekostnadsskydd**

Maxtaxan är vad avgiften för hemtjänst i ordinärt boende och särskilt boende, dagverksamhet samt kommunal hälso- och sjukvård högst får uppgå till. Syftet med den är att skydda äldre och personer med funktionsnedsättning från alltför höga avgifter och att dessa grupper ska få behålla en lägsta nivå av egna medel, som ska räcka till nödvändiga och normala levnadskostnader.

Högekostnadsskydd	Beräkningsgrund	Belopp 2021, kr per månad	Jmf belopp 2020
Maxtaxa	1/12 av 0,5392 gånger	2 139	2 125



	prisbasbeloppet		
Timtaxa upp till sex timmar	1/6 av ovanstående	356	354

### Avgifter 2021

Avgifterna nedan beslutas av kommunen. De är här uppräknade med 5 % jämfört med föregående år.

#### Avgift för hemtjänst i eget ordinärt boende

	Belopp 2021	Jmf belopp 2020
Trygghetslarm, per månad	287	273
Telefonservice, per månad *)	140	133
Insatsen tillsyn, per månad (om inga övriga insatser)	551	525

\*) Avgiften gäller endast beslut fattade före 2018-05-31. Därefter kan inte nya beslut om denna insats fattas.

För insatser överstigande sex timmar per månad är avgiften lika med avgiftsutrymmet – dock högst maxtaxan.

Vid insatser till makar/registrerade partners beräknas avgift för var och en för sig om insatsen vänder sig till båda.

Den sammanlagda avgiften av olika insatser är alltid högst lika med avgiftsutrymmet dock högst maxtaxan.

#### Avgift för omvårdnad och serviceinsatser i särskilt boende

I stadigvarande boende är avgiften lika med avgiftsutrymmet - dock högst maxtaxan.

I korttidsboende är avgiften 1/30 av avgiftsutrymmet (högst maxtaxan) för varje boendedag. För hel månad debiteras avgiftsutrymme/maxtaxan oavsett månadens längd.

#### Avgifter för hälso- och sjukvård 2021

	Belopp 2021	Jmf belopp 2020
Inskriften i hemsjukvård, avgift per månad	537	511
Inskriften i hemsjukvård, förbandsmaterial per månad	179	170
Hembesök, inte inskriven i hemsjukvård, per tillfälle	182	174
Höftskyddsbyxa, per styck	100	100

#### Avgifter för kost inom äldreomsorg 2021

	Belopp 2021	Frukost	Lunch	Kväll	Jmf belopp 2020
Matlåda 7 dagar, per månad	954				909

Matlåda 5 dagar, per månad	682				650
Matlåda, per dag	32				30
Distribution av matlåda 7 dagar, per månad	580				553
Distribution av matlåda 5 dagar, per månad	439				418
Distribution av matlåda, per dag	20				19
Dagverksamhet/tillfälle	81				78
Abonnemang boende, per månad	3 609				3 437
per dag	120	26	47	47	115

Matlåda avser enbart maten. Avgiften för distribution läggs in i maxtaxan. Beräkning görs som pris per dag x antal dagar per vecka x 4,3 veckor per månad.

#### Avgifter för kost inom verksamhet för funktionsnedsatta 2021

	Belopp 2021	Frukost	Lunch	Kväll	Jmf belopp 2020
Abonnemang boende, per månad	3 609				3 437
per dag	120	25	45	45	115
Korttids/fritids under lov	123	27	48	48	117
Dito från 16 år	147	33	57	57	140
Mellanmål fritids	25				24
Under resor med fritids	206	46	80	80	196
Lunch dagl verksamhet	64				61

#### Övriga avgifter

	Belopp 2021	Jmf belopp 2020
Förbrukningsvaror vid särskilt boende (frivilligt deltagande) per månad	143	137
Avgift för ej i förväg avbokade besök inom hemtjänsten, per gång *)	150	150

\*) Senarelagt genomförande pga pandemin.

Avgiften för förbrukningsvaror avser sådant som städmaterial/rengöringsmedel, tvättmedel, hushålls och toapapper, avfallspåsar, måltidsskydd, tvättlappar och glödlampor till fast armatur i vårdtagarens lägenhet.

Villkor kring avgiften för ej avbokade besök:

- Avbokningen måste ske senast vid samma tidpunkt som besöket skulle ägt rum, två vardagar innan.
- Undantag gäller till exempel vid akut inläggning på lasarett. Det finns också utrymme för bedömning utifrån aktuell situation.
- Kommer personalen mer än en timme för tidigt eller för sent och kunden inte är hemma, debiteras heller ingen avgift.
- Avgiften ingår ej i maxtaxan.

### **Debitering av avgift**

Debitering av avgift sker varje månad i efterhand. Om sammanlagd debitering av avgift för en månad understiger 100 kr sker ingen debitering förrän flera månadsavgifter tillsammans överstiger 100 kr.

### **Avräkningsregler vid frånvaro**

Frånvaro på grund av sjukhusvistelse eller vistelse på korttidsboende går till på följande sätt:

- Avdrag sker för avgift för hemtjänst med 1/30 av beslutad månadsavgift per frånvardag.
- Avdrag sker med avgift för kost med en 1/30 av månadsavgiften vid 7-dagars abonnemang respektive 1/22 av månadsavgiften vid 5-dagars abonnemang.

Vid övrig frånvaro eller tillfälligt uppehåll görs avdrag som vid sjukhusvistelse under förutsättning att den enskilde gjort skriftlig anmälan på särskild blankett senast sju dagar före frånvaron.

Om planerad korttidsvistelse inte avbokas minst två veckor i förväg ska kostavgift för den planerade tiden betalas.

### **Omräkning av avgift**

Omräkning av avgift sker årligen eller vid väsentligt ändrade förhållanden. Vid omprövning/ändring av beslutad insats gör avgiftshandläggaren en ny beräkning med aktuella uppgifter från försäkringskassan.

### **Överklagande**

Avgiftsprövning är individuell. Avgiftsbeslutet kan överklagas och besvärshänvisning lämnas vid varje beslut.

VON §

Dnr VON20/35

**Kompletterande disponering av 2020 års stimulansmedel för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom**

Regeringen genomför en treårig 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. Nyköpings kommun har rekviderat 3 949 341 kronor enligt Socialstyrelsens fördelningsnyckel.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 53 2020 att disponera medlen för ytterligare ett demensteam, som ska finnas till för samtliga verksamheter inom äldreomsorgen i hela kommunen oavsett utförare. Teamet beräknas kunna vara i drift i oktober till en kostnad under innevarande år på 0,9 mnkr, vilket gör att det återstår 3,0 mnkr för möjliga engångsinsatser under 2020.

Utifrån inkomna förslag föreslås att de tillfälliga medlen för 2020 nyttjas aktivt till att erbjuda boenden på äldre- och demensboenden att komma ut på promenader och annat i närmiljön genom att anlita tillfällig personal eller föreningar för ändamålet. Dessutom föreslås medlen nyttjas till att hyra minibus eller liknande för att göra något längre och andra upplevelser möjliga för de boende. Medlen kan nyttjas av samtliga utförare av särskilda boenden för äldre. Efter överenskommelse kan medlen även nyttjas till andra åtgärder på samma tema. Medlen föreslås också användas till att stärka dagverksamheten för personer med demenssjukdom med tekniska lösningar, exempelvis smartboard. Fakturor för kostnaderna skickas löpande till Vård- och omsorgsnämnden.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** återstående stimulansmedel disponeras på det sätt som föreslås i tjänsteskrivelse daterad 2020-08-26

**att** uppdra åt nämndens sakkunniga tjänsteman att till nämndens första sammanträde 2021, muntligen rapportera hur medlen disponerats.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

VON §

Dnr VON20/35

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## **Kompletterande disponering av 2020 års stimulansmedel för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom**

### **Bakgrund**

Regeringen genomför en treårig 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. Nyköpings kommun har rekviderat 3 949 341 kronor enligt Socialstyrelsens fördelningsnyckel.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 53 2020 att disponera medlen för ytterligare ett demensteam, som ska finnas till för samtliga verksamheter inom äldreomsorgen i hela kommunen oavsett utförare. Teamet beräknas kunna vara i drift i oktober till en kostnad under innevarande år på 0,9 mnkr, vilket gör att det återstår 3,0 mnkr för möjliga engångsinsatser under 2020.

Utifrån inkomna förslag föreslås att de tillfälliga medlen för 2020 nyttjas aktivt till att erbjuda boenden på äldre- och demensboenden att komma ut på promenader och annat i närmiljön genom att anlita tillfällig personal eller föreningar för ändamålet. Dessutom föreslås medlen nyttjas till att hyra minibuss eller liknande för att göra något längre och andra upplevelser möjliga för de boende. Medlen kan nyttjas av samtliga utförare av särskilda boenden för äldre. Efter överenskommelse kan medlen även nyttjas till andra åtgärder på samma tema. Medlen föreslås också användas till att stärka dagverksamheten för personer med demenssjukdom med tekniska lösningar, exempelvis smartboard. Fakturor för kostnaderna skickas löpande till Vård- och omsorgsnämnden.

### **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

**att** återstående stimulansmedel disponeras på det sätt som föreslås i tjänsteskrivelse daterad 2020-08-26

**att** uppdra åt nämndens sakkunniga tjänsteman att till nämndens första sammanträde 2021, muntligen rapportera hur medlen disponerats.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

### **Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

VON §

Dnr VON20/72

**Rekvirering av statsbidrag till kommuner för kostnader till följd av satsningen Äldreomsorgslyftet**

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att fördela stimulansmedel till kommunerna för kostnader till följd av satsningen Äldreomsorgslyftet. Detta syftar till att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg genom att ge ny och befintlig personal möjlighet att genomgå utbildning till vårdbiträde eller undersköterska på betald arbetstid. Staten finansierar kostnaden för den tid den anställda är frånvarande på grund av studierna under 2020 och 2021.

Nyköpings kommun har fått möjlighet att rekvirera 2 966 457 kronor, vilket ska göras senast den 31 oktober 2020. Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 57 i juni 2020 att inom ram avsätta 2,5 mnkr för 2020 till ökad kompetens inom omsorgen, som ett komplement till statens satsning. På helåret innebär det 5,0 mnkr för 2021.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar föreslå Kommunstyrelsen att besluta

**att** rekvirera medlen för Äldreomsorgslyftet

**att** uppdra åt Vård- och omsorgsnämnden att administrera medlen och disponera dem för avsedda ändamål och därefter bistå Kommunstyrelsen med underlag för återrapportering till Socialstyrelsen under 2021.

**Beslut till:**

Kommunstyrelsen

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande



Vård- och omsorgsnämnden

## **Rekvirering av statsbidrag till kommuner för kostnader till följd av satsningen Äldreomsorgslyftet**

### **Bakgrund**

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att fördela stimulansmedel till kommunerna för kostnader till följd av satsningen Äldreomsorgslyftet. Detta syftar till att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg genom att ge ny och befintlig personal möjlighet att genomgå utbildning till vårdbiträde eller undersköterska på betald arbetstid. Staten finansierar kostnaden för den tid den anställde är frånvarande på grund av studierna under 2020 och 2021.

Nyköpings kommun har fått möjlighet att rekvirera 2 966 457 kronor, vilket ska göras senast den 31 oktober 2020. Vård- och omsorgsnämnden beslutade enligt § 57 i juni 2020 att inom ram avsätta 2,5 mnkr för 2020 till ökad kompetens inom omsorgen, som ett komplement till statens satsning. På helåret innebär det 5,0 mnkr för 2021.

### **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 föreslå Kommunstyrelsen att besluta

**att rekvirera medlen för Äldreomsorgslyftet**

**att uppdra åt Vård- och omsorgsnämnden att administrera medlen och disponera dem för avsedda ändamål och därefter bistå Kommunstyrelsen med underlag för återrapportering till Socialstyrelsen under 2021**

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Kommunstyrelsen

## Anvisningar för att rekquirera statsbidrag för 2020 till kommuner för kostnader till följd av satsningen Äldreomsorgslyftet

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att betala ut statsbidrag till kommuner som ersättning för att anställda ska kunna utbilda sig till vårdbiträde eller undersköterska på arbetstid till följd av satsningen Äldreomsorgslyftet (S2020/05025/SOF). Äldreomsorgslyftet syftar till att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg genom att ge ny och befintlig personal möjlighet att genomgå utbildning till vårdbiträde eller undersköterska på betald arbetstid. Staten kommer att finansiera kostnaden för den tid den anställde är frånvarande på grund av studier till vårdbiträde eller undersköterska under 2020 och 2021.

### **Bidragets storlek**

Satsningen planeras att omfatta totalt 2 156 miljoner kronor under 2020 och 2021, varav 462 miljoner kronor för 2020. Varje kommun rekquirerar medel upp till angiven fördelningsram. Fördelningen av medlen har två faktorer i förening som grund. Den ena faktorn är folkmängden i kommunen år 2019. Den andra grunden är standardkostnaden för äldreomsorg i det kommunala utjämningsystemet. Standardkostnaden för äldreomsorgen baseras enligt förordningen om kommunalekonomisk utjämning (2004:881). I bilagan till regeringsbeslutet (2020-06-04 nr 1:8 S2020/05025/SOF) framgår hur stort belopp som varje kommun kan rekquirera.

### **Vilka kan rekquirera medlen?**

Varje kommun får, i egenskap av huvudman för sin egen verksamhet och för privata utförare verksamhet som bedriver verksamhet på uppdrag av kommunen, rekquirera medel. Kommunerna ansvarar för att informera de privata utförare som bedriver kommunal verksamhet på uppdrag av kommunen om möjligheten att ta del av medlen.

### **Vad kan ni rekquirera medel för?**

Statsbidraget får användas för att täcka personalkostnader (inklusive löner, lagstadgade arbetsgivaravgifter, avtalsförsäkringar och avtalspensioner) för ny eller befintlig personal för den tid under 2020 då den anställde är frånvarande på grund av studier till vårdbiträde eller undersköterska. De anställdas villkor för anställningen följer av lag och kollektivavtal.

### **Vilka utbildningar ger rätt till stöd?**

Villkoren för att använda statsbidraget bygger på regeringens beslut om Äldreomsorgslyftet den 4 juni 2020 (2020-06-04 nr 1:8 S2020/05025/SOF). Det är Skolverkets yrkespaket till vårdbiträde (800 p) och undersköterska (1500 p) som ger rätt till stöd. Även motsvarande utbildningar på Folkhögskolorna berättigar till stöd.

[Yrkespaket till undersköterska \(1500 p\)](#)

[Yrkespaket till vårdbiträde \(800 p\)](#)

### **När kan ni använda medlen?**

Socialstyrelsen betalar ut medlen under 2020 och de kan användas till och med den 31 december 2020. Statsbidraget kan användas från och med den 2020-06-04.

### **Hur får ni del av medlen?**

Rekvisition görs via Socialstyrelsens e-tjänst senast den 31 oktober 2020. Endast en rekvisition per kommun. I bilagan till regeringsbeslutet (2020-06-04 nr 1:8 S2020/05025/SOF) framgår hur stort belopp som varje kommun kan rekvirera.

[Länk till statsbidragets webbsida](#)

### **Vad gäller för återrapportering och återbetalning?**

Varje kommun ska senast den 15 mars 2021 återrapportera hur statsbidraget har använts. I slutet av bidragsåret eller i början av året därpå skickar Socialstyrelsen ut ett webbaserat återrapporteringsformulär till den kontaktperson kommunen uppgav i samband med rekvisitionen. Meddela Socialstyrelsen om kontaktpuppgifterna ändras under bidragsåret.

Formuläret kommer till exempel att innehålla frågor om hur mycket statsbidrag kommunen har använt, hur många av deltagarna som är ny respektive befintlig personal, samt hur många som har påbörjat respektive avslutat kurser med godkänt betyg inom respektive utbildning. Frågorna kommer att vara uppdelade på anställda inom egen (kommunal) verksamhet och anställda inom privata utförares verksamhet.

Medel som inte har använts eller som inte har använts i enlighet med angivna villkor i regeringens beslut eller dessa anvisningar ska återbetalas. Ett villkor för användningen av medlen är att återrapporteringen sker inom den angivna tidsramen. Om ni inte har använt hela det rekvirerade beloppet till och med den 31 december 2020 ska ni återbetala återstoden till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen fakturerar berörda bidragsmottagare.

Kommun	Belopp (kr)
Mönsterås kommun	793 384
Mörbylånga kommun	782 181
Nacka kommun	3 706 613
Nora kommun	610 988
Norbergs kommun	336 434
Nordanstigs kommun	561 721
Nordmalings kommun	449 294
Norrköpings kommun	6 031 370
Norrtälje kommun	3 653 861
Norsjö kommun	269 656
Nybro kommun	1 180 523
Nykvarns kommun	284 114
Nyköpings kommun	2 966 457
Nynäshamns kommun	1 282 604
Nässjö kommun	1 545 210
Ockelbo kommun	373 484
Olofströms kommun	833 611
Orsa kommun	452 454
Orust kommun	910 863
Osby kommun	768 205
Oskarshamns kommun	1 408 656
Ovanåkers kommun	712 175
Oxelösunds kommun	747 079
Pajala kommun	562 384
Partille kommun	1 498 453
Perstorps kommun	378 816
Piteå kommun	2 084 355
Ragunda kommun	444 131
Region Gotland	3 282 145
Robertsfors kommun	421 312
Ronneby kommun	1 623 632
Rättviks kommun	832 048
Sala kommun	1 247 397
Salems kommun	588 196
Sandvikens kommun	2 072 755
Sigtuna kommun	1 533 419
Simrishamns kommun	1 403 905
Sjöbo kommun	935 531
Skara kommun	930 333
Skellefteå kommun	3 772 977
Skinnskattebergs kommun	264 357

<b>Kommun</b>	<b>Belopp (kr)</b>
Skurups kommun	683 943
Skövde kommun	2 399 614
Smedjebackens kommun	591 215
Sollefteå kommun	1 329 033
Sollentuna kommun	2 532 575
Solna stad	3 255 801
Sorsele kommun	210 025
Sotenäs kommun	633 621
Staffanstorps kommun	903 214
Stenungsunds kommun	1 055 860
Stockholms stad	36 340 659
Storfors kommun	236 949
Storumans kommun	442 915
Strängnäs kommun	1 606 320
Strömstads kommun	662 296
Strömsunds kommun	899 078
Sundbybergs stad	1 595 214
Sundsvalls kommun	4 677 315
Sunne kommun	795 925
Surahammars kommun	505 893
Svalövs kommun	560 611
Svedala kommun	753 567
Svenljunga kommun	549 911
Säffle kommun	1 013 581
Säters kommun	583 958
Sävsjö kommun	654 322
Söderhamns kommun	1 623 658
Söderköpings kommun	713 234
Södertälje kommun	3 637 757
Sölvesborgs kommun	981 380
Tanums kommun	811 278
Tibro kommun	606 500
Tidaholms kommun	703 317
Tierps kommun	1 152 858
Timrå kommun	876 590
Tingsryds kommun	907 888
Tjörns kommun	809 845
Tomelilla kommun	745 898
Torsby kommun	913 151
Torsås kommun	470 166
Tranemo kommun	642 912

VON §

Dnr VON20/35

**Rekvirering av statsbidrag för att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av Covid-19**

Regeringen har gett Kammarkollegiet i uppdrag att fördela medel på sammantaget 30 mnkr till kommunerna i form av ett statsbidrag som ska motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av Covid-19.

Nyköping har möjlighet att rekvirera 192 627 kronor, vilket ska ske senast den 30 september. Medlen föreslås i enlighet med regeringens medskick finansiera digitala och andra lösningar i verksamheter för äldre som syftar till att skapa möjligheter till sociala kontakter inom de restriktioner som gäller. Exempelvis kan det handla om att skapa skyddade besöksrum eller att ta in extra personal för att möjliggöra möten med anhöriga utomhus. Det kan också handla om att införskaffa teknisk utrustning, så att digitala möten kan ske då fysiska möten inte är möjliga.

Medlen föreslås också fördelas mellan de tre utförarna i proportion till antalet platser, vilket ger följande fördelning:

Division Social omsorg	145 547 kr
Betelhemmet	4 923 kr
Ansvar & omsorg	42 157 kr

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** rekvirera statsbidraget för att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av Covid-19.

**att** statsbidraget ska nyttjas i enlighet med förslaget i tjänsteskrivelse daterad 2020-08-21.

**att** fördela medlen till samtliga tre utförare i enlighet med förslaget i tjänsteskrivelse daterad 2020-08-21.

**att** uppdra åt samtliga utförare att till första nämndsammanträdet 2021 återkomma med en skriftlig rapport över hur statsbidraget använts.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

VON §

Dnr VON20/35

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|



Vård- och omsorgsnämnden

## **Rekvirering av statsbidrag för att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av Covid-19**

### **Bakgrund**

Regeringen har gett Kammarkollegiet i uppdrag att fördela medel på sammantaget 30 mnkr till kommunerna i form av ett statsbidrag som ska motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av Covid-19.

Nyköping har möjlighet att rekvirera 192 627 kronor, vilket ska ske senast den 30 september. Medlen föreslås i enlighet med regeringens medskick finansiera digitala och andra lösningar i verksamheter för äldre som syftar till att skapa möjligheter till sociala kontakter inom de restriktioner som gäller. Exempelvis kan det handla om att skapa skyddade besöksrum eller att ta in extra personal för att möjliggöra möten med anhöriga utomhus. Det kan också handla om att införskaffa teknisk utrustning, så att digitala möten kan ske då fysiska möten inte är möjliga.

Medlen föreslås också fördelas mellan de tre utförarna i proportion till antalet platser, vilket ger följande fördelning:

Division Social omsorg	145 547 kr
Betelhemmet	4 923 kr
Ansvar & omsorg	42 157 kr

### **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

**att** rekquirera statsbidraget för att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av Covid-19.

**att** statsbidraget ska nyttjas i enlighet med förslaget i tjänsteskrivelse daterad 2020-08-21.

**att** fördela medlen till samtliga tre utförare i enlighet med förslaget i tjänsteskrivelse daterad 2020-08-21.

**att** uppdra åt samtliga utförare att till första nämndsammanträdet 2021 återkomma med en skriftlig rapport över hur statsbidraget använts.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet



2020-06-17  
S2020/05407/FS

Socialdepartementet

Kammarkollegiet  
Box 2218  
103 15 Stockholm

## Utbetalning av medel till kommunerna för att bidra till att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av spridningen av covid-19

### Regeringens beslut

Regeringen ger Kammarkollegiet i uppdrag att utbetala 30 000 000 kronor till kommunerna enligt fördelning i *bilaga*. Medlen ska användas till digitala och andra lösningar i verksamheter för äldre för att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av spridningen av covid-19. Kommunerna ska vid behov samverka med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, samt med Post- och telestyrelsen vid frågor som rör digitalisering.

Medlen ska utbetalas från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition för budgetåret 2020. Medlen utbetalas av Kammarkollegiet under 2020 till kommunerna engångsvis efter rekvisition. Rekvisition ska ske till Kammarkollegiet senast den 30 september. Utbetalning görs av Kammarkollegiet till samtliga kommuner under oktober månad. Kammarkollegiet har rätt att ta ut administrativa avgifter för det utökade uppdraget från anslagsposten, med högst 100 000 kronor.

### Ärendet

Social gemenskap och stöd, fysisk aktivitet, goda matvanor och meningsfullhet i vardagen är faktorer som främjar livskvaliteten bland äldre och förebygger fysisk och psykisk ohälsa. Hälsofrämjande aktiviteter är viktiga, både för de äldre som bor på vård- och omsorgsboende och för de som bor hemma. Social distansering och isolering med anledning av spridningen av covid-19 kan öka risken för psykiatriska diagnoser och psykisk ohälsa. I Sverige rekommenderas särskilt personer över 70 år och de med under-

liggande sjukdom att undvika sociala kontakter. Social isolering är hälsofarligt och jämförbart med att ha ohälsosamma levnadsvanor. Ensamheten innebär t.ex. en ökad risk för att utveckla hjärt- och kärlsjukdomar, stroke och demens. I studier från Kanada och Kina under SARS-epidemin år 2003 fann man en hög andel psykiatriska diagnoser (25–30 procent) hos personer som under en längre tid varit isolerade. Vanligast var PTSD och depression.

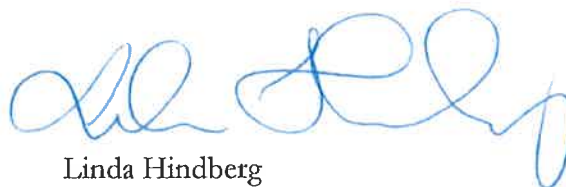
Gruppen äldre riskerar att drabbas särskilt hårt av följderna av utbrottet av covid-19. Detta gäller i synnerhet de äldre som redan befinner sig i utsatta situationer. Mot bakgrund av de konsekvenser som isolering kan innebära för den enskilde med anledning av spridningen av covid-19 beslutar regeringen att fördela medel till kommunerna i syfte att möjliggöra äldres sociala kontakter. Insatserna ska bidra till att stärka äldres psykiska välbefinnande och motverka psykisk ohälsa i samband med de restriktioner som följer av virusutbrottet.

Medlen som fördelas till kommunerna ska används för digitala lösningar och andra lösningar i verksamheter för äldre som syftar till att skapa möjligheter till sociala kontakter inom de restriktioner som gäller med anledning av spridningen av covid-19. Det kan till exempel innebära att tillgängliggöra skyddade besöksrum så att anhöriga kan träffas på sätt som inte innebär risker för smittspridning eller att ta in extra personal för att möjliggöra möten med anhöriga utomhus. Det kan också handla om att införskaffa teknisk utrustning för att äldre och anhöriga ska kunna ha kontakt när fysiska besök inte är möjliga, utbildning i digital teknik. Fördelningen baseras på utjämnningssystemets beräkningar för äldreomsorgen per person.

På regeringens vägnar



Lena Hallengren



Linda Hindberg

0319 Älvkarleby	32 917,40	32 917
0330 Knivsta	29 618,78	29 619
0331 Heby	50 340,83	50 341
0360 Tierp	74 860,93	74 861
0380 Uppsala	538 059,50	538 059
0381 Enköping	129 965,54	129 966
0382 Östhammar	83 014,59	83 015
0428 Vingåker	31 241,18	31 241
0461 Gnesta	33 328,02	33 328
0480 Nyköping	192 627,08	192 627
0481 Oxelösund	48 511,64	48 512
0482 Flen	64 588,20	64 588
0483 Katrineholm	118 483,96	118 484
0484 Eskilstuna	301 934,23	301 934
0486 Strängnäs	104 306,49	104 306
0488 Trosa	36 621,86	36 622
0509 Ödeshög	21 014,28	21 014
0512 Ydre	16 198,92	16 199
0513 Kinda	36 710,07	36 710
0560 Boxholm	19 868,10	19 868
0561 Åtvidaberg	42 829,68	42 830
0562 Finspång	78 260,66	78 261
0563 Valdemarsvik	32 774,71	32 775
0580 Linköping	417 584,34	417 584
0581 Norrköping	391 647,43	391 647
0582 Söderköping	46 313,87	46 314
0583 Motala	144 715,92	144 716
0584 Vadstena	34 748,31	34 748
0586 Mjölby	85 425,53	85 426
0604 Aneby	21 069,07	21 069
0617 Gnosjö	27 827,61	27 828
0642 Mullsjö	21 787,89	21 788
0643 Habo	24 163,43	24 163
0662 Gislaved	88 683,91	88 684
0665 Vaggeryd	39 234,85	39 235
0680 Jönköping	396 860,88	396 861
0682 Nässjö	100 338,31	100 338
0683 Värnamo	108 574,75	108 575
0684 Sävsjö	42 488,47	42 488
0685 Vetlanda	95 301,35	95 301

X

VON §

Dnr VON20/78

**Revidering av Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem**

Lagen om valfrihetssystem, LOV, började tillämpas i Nyköpings kommun 2009. Av förfrågningsunderlaget framgår bland annat vilka krav som ställs på en utförare och dess verksamhet för att kunna bli godkänd i Nyköpings kommun. Förfrågningsunderlaget revideras löpande vid behov och redan godkända utförare blir bundna även av förändringar som sker efter att avtal med dem tecknats.

Nu aktuell revidering avser ett antal smärre justeringar utifrån behov och tveksamheter som iakttagits. Exempelvis har en sanningsförsäkran lagts till, liksom information om vad som gäller kring sekretess. Tillägg är markerade med grönt och borttag med rött i förslaget.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna det reviderade förfrågningsunderlaget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-04

**att** det reviderade förfrågningsunderlaget gäller fr o m 2020-10-01.

**Beslut till:**

Samtliga utförare av hemtjänst inom Nyköpings kommun

Webb-redaktör, Beställarkontoret, för publicering på hemsidan

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

## Revidering av Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem

### Bakgrund

Lagen om valfrihetssystem, LOV, började tillämpas i Nyköpings kommun 2009. Av förfrågningsunderlaget framgår bland annat vilka krav som ställs på en utförare och dess verksamhet för att kunna bli godkänd i Nyköpings kommun. Förfrågningsunderlaget revideras löpande vid behov och redan godkända utförare blir bundna även av förändringar som sker efter att avtal med dem tecknats.

Nu aktuell revidering avser ett antal smärre justeringar utifrån behov och tveksamheter som iakttagits. Exempelvis har en sanningsförsäkran lagts till, liksom information om vad som gäller kring sekretess. Tillägg är markerade med grönt och borttag med rött.

### 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

**att** godkänna det reviderade förfrågningsunderlaget enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-04

**att** det reviderade förfrågningsunderlaget gäller fr o m 2020-10-01.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Samtliga utförare av hemtjänst inom Nyköpings kommun

Webb-redaktör, Beställarkontoret, för publicering på hemsidan



# Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt Lag om valfrihets- system

Gäller från och med 2020-10-01.

Bilagor:

1. Mall faktablad
2. Blankett "Ansökan om godkännande för Fritt Val inom hemtjänstverksamhet"
3. Kontraktsförslag
4. Mall för kontrakt gällande personuppgiftsbiträdesavtal
5. "Kvalitet och värdegrund i vården"
6. Riktlinjer Lex Sarah
7. Aktuell timersättning

## Innehåll

<b>1</b>	<b>ALLMÄN INFORMATION</b>	<b>4</b>
1.1	Huvudmannaskap	4
1.2	Upphandlingens omfattning	4
1.2.1	Målgrupp	5
1.2.2	Geografiskt område	5
1.2.3	Kapacitetstak	5
1.3	Kundens val/byte av utförare	5
1.4	Ansökans utformning	5
1.5	Behandling av ansökan	6
1.6	Kontrakt	7
1.7	Verksamhetsstart	7
1.8	IT-krav	7
1.8.1	Procapita och Phoniro	8
1.8.2	Nyckelfritt	8
<b>2</b>	<b>KRAV PÅ TJÄNSTEN</b>	<b>9</b>
2.1	Beställning	9
2.2	Verkställighet	9
2.2.1	Hemtjänst	9
2.2.2	Larm	10
2.2.3	Hemsjukvård	10
2.2.4	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	10
2.2.5	Tilläggstjänster	10
2.3	Dokumentation	10
2.4	Uppföljning	11
2.5	Kvalitetskrav	12
2.6	Checklista, krav	13
<b>3</b>	<b>KRAV PÅ UTFÖRAREN</b>	<b>14</b>
3.1	Formella krav	14
3.1.1	Yttrande – Meddelarrätt	15
3.1.2	Allmänhetens rätt till insyn i utförarens verksamhet	15
3.1.3	Ombud eller företrädare	16
3.2	Kommunikation	16
3.3	Marknadsföring	16
3.4	Miljö	16
3.5	Ekonomisk insyn	16
3.6	Samverkan	17
3.7	Arbetsgivaransvar	17
3.7.1	Anhöriganställning	17
3.8	Utbildnings- och kompetenskrav	17

3.8.1	Verksamhetsansvarig för hemtjänst gällande personlig omvårdnad .....	17
3.8.2	Ansvarig för hemtjänst gällande serviceinsatser .....	18
3.8.3	Omvårdnadspersonal .....	18
3.8.4	Servicepersonal.....	18
3.8.5	Alla inom verksamheten .....	19
3.9	Praktikanter .....	19
<b>4</b>	<b>ERSÄTTNING .....</b>	<b>19</b>
4.1.1	Moms .....	20
4.1.2	Indexreglerad ersättning .....	20
4.2	Villkor för ersättning.....	20
4.3	Fakturering .....	22
<b>5</b>	<b>Kris- och katastrofberedskap .....</b>	<b>22</b>

# 1 ALLMÄN INFORMATION

Nyköpings kommun upphandlar hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem (LOV) via Vård- och omsorgsnämnden, som i detta dokument benämns Beställaren. Sökande benämns Utföraren.

Förfrågningsunderlaget beskriver de tjänster som ingår i Fritt val inom hemtjänst samt de krav som ansökande utförare måste uppfylla. Samtliga krav måste vara uppfyllda under hela kontraktperioden för att utföraren ska vara godkänd. Om kommunen ändrar kraven måste även tidigare godkända utförare uppfylla dessa.

Kommunens egenregi är direktkvalificerad.

Verksamheten ska bedrivas religiöst och politiskt obunden men får gärna ha en egen profil/inriktning vad gäller t ex personalens kompetens.

## 1.1 Huvudmannaskap

Inom Nyköpings Kommun är Vård- och omsorgsnämnden ansvarig nämnd för kommunens vård och omsorg samt den kommunala hälso- och sjukvården. I denna egenskap är Vård- och omsorgsnämnden huvudman för de tjänster som omfattas av upphandling enligt LOV.

## 1.2 Upphandlingens omfattning

Uppdraget omfattar att bedriva hemtjänst i form av omvårdnads- och/eller serviceinsatser. Ansökan enligt detta förfrågningsunderlag, om att bedriva hemtjänst, kan avse omvårdnadsinsatser inklusive serviceinsatser eller enbart serviceinsatser.

I begreppet personlig omvårdnad ingår alla förekommande uppgifter som rör den egna personen som t ex att äta, dricka, klä på/av sig, sköta personlig hygien, förflytta sig eller en ökad trygghet.

I begreppet serviceinsatser ingår städning, tvätt, inköp, promenad, social tid, post-, bank- och apoteksärenden, disk, bäddning, blomvattning, att bära ut sopor och allmän uppsnygning.

I uppdraget kan förekomma att enskilda anställda med undersköterskeutbildning, via delegering av distriktssköterska/sjuksköterska, ska utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter. I uppdraget kan det även förekomma att enskilda anställda efter delegering/instruktion av arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast får utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

### **1.2.1 Målgrupp**

Målgrupp är personer boende i Nyköpings kommun som har biståndsbeslut om hemtjänst. Det avser främst äldre personer, men även andra kan förekomma i målgruppen.

### **1.2.2 Geografiskt område**

Ansökan och godkännande gäller för **hela** kommunen, d v s såväl tätort som landsbygd.

### **1.2.3 Kapacitetstak**

Anbudsgivaren kan **inte** begränsa sitt åtagande genom att ange ett s k kapacitetstak. Det innebär att det inte går att tacka nej till nya kunder och om befintlig kund får utökad behov ska utföraren utföra den utökade tid som beviljats.

## **1.3 Kundens val/byte av utförare**

Kunden ska alltid informeras om möjligheten att välja utförare. Målsättningen är att varje kund eller dennes företrädare ska kunna göra ett eget val. Utföraren upprättar därför ett faktablad som beskriver utförarens verksamhet enligt en bestämd mall som tillhandahålls av beställaren. Se bilaga 1. Faktabladet finns publicerat på kommunens hemsida. Utföraren ansvarar själv för att uppgifterna är aktuella genom att meddela beställaren eventuella förändringar.

Biståndshandläggaren har en neutral och vägledande roll för att hjälpa kunden i valet av utförare. Vill eller kan inte kunden välja utförare finns ett ickevalsalternativ enligt en på förhand bestämd turordningsrutin.

Efter beslut om hemtjänst väljer kunden utifrån aktuell förteckning och information om godkända utförare vem som ska utföra tjänsten. Kommunens biståndshandläggare beställer därefter insatsen hos vald utförare. Möjlighet finns att välja olika utförare för insatser som gäller personlig omvårdnad respektive för servicetjänster.

Kund har när som helst rätt att byta till en annan utförare. Byte av utförare meddelas biståndshandläggaren och ska, i normalfallet, anmälas 10 arbetsdagar i förväg. Biståndshandläggaren informerar avlämnande och mottagande utförare om bytet. Dessa kommer därefter överens om de praktiska detaljerna kring bytet.

Vid byte av utförare respektive avslut av insats ska utföraren lämna den dokumentation i ärendet, som inte redan finns i Procapita, till biståndshandläggaren.

## **1.4 Ansökans utformning**

Ansökan ska innehålla blankett "Ansökan om godkännande för Fritt val inom hemtjänstverksamhet", ifylld och undertecknad av behörig person. Se bilaga 2.

Till ansökan ska bifogas:

1. Kopia på registreringsbevis från Bolagsverket
2. Kopia på F-skattebevis
3. Tillstånd från IVO att få bedriva hemtjänstverksamhet (om sådant redan finnes)
4. Bevis om giltig ansvarsförsäkring
5. Presentation av företaget och dess ledning
6. Referens med uppgift om namn och telefonnummer
7. Företagets kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9
8. Redovisning av verksamhetsansvarigs utbildningsnivå, kunskap och erfarenhet (CV)
9. Sammanställning över berörd personals utbildningsnivå, kunskap och erfarenhet
10. Beskrivning av företagsidé, verksamhetens innehåll samt eventuell profilering
11. Sanningsförsäkran - LOV, enligt blankett på kommunens hemsida

Ansökan märkt "Ansökan Hemtjänst" ska insändas till:

Nyköpings kommun  
Vård- och Omsorgsnämnden  
611 83 Nyköping

## 1.5 Behandling av ansökan

Inkommen ansökan öppnas och registreras. Den är som regel offentlig handling. Om inte anbudsgivaren anger annat kommer kommunen att tolka det som att inte någon information i ansökan omfattas av sekretess. Om anbudsgivaren anser att någon del i ansökan ska omfattas av sekretess, ska detta anges i ansökan och motiveras.

Därefter görs kontroll av att sökanden uppfyller samtliga ställda krav för att bedriva hemtjänst i Nyköpings kommun. Begäran om komplettering kan ske. Sökanden kallas sedan till ett möte där krav och åtaganden går igenom.

Normal handläggningstid är ca 1 månad. Under sommarsemesterperioden kan den dock vara längre. Om beslut fattas om godkännande och tillstånd redan finns från IVO, tecknas kontrakt. Om utföraren kan godkännas, men ännu saknar tillstånd från IVO, ska utföraren ansöka om sådant. När tillstånd har erhållits från IVO, skickas detta till kommunen, som därefter fattar beslut om godkännande och kontrakt tecknas.

Om anbudsgivaren inte godkänns och då anser sig felaktigt behandlad, har denne möjlighet att begära rättelse av beslutet genom att skriftligen och inom tre veckor till Förvaltningsrätten i Linköping ansöka om rättelse med begäran om vilken ändring som yrkas.

## **1.6 Kontrakt**

Kontraktet tecknas tills vidare under förutsättning att utföraren uppfyller de kvalitetskrav som kommunen ställer.

Av det tecknade kontraktet framgår när kontraktet startar och under vilken tidsperiod det gäller.

Samtidigt som kontrakt tecknas vid ett godkännande enligt LOV, har utföraren att underteckna även ett personuppgiftsbiträdesavtal. Se bilaga 3 och 4.

Om IVO drar in utförarens tillstånd att bedriva hemtjänstverksamhet, upphör kontraktet att gälla med omedelbar verkan.

## **1.7 Verksamhetsstart**

Verksamhetsstart kan ske vid något av två tillfällen varje år - 1 april eller 1 oktober.

För att verksamhetsstart ska kunna ske på utsatta tider måste ansökan ha inkommit minst två månader före aktuellt startdatum.

Innan verksamheten kan starta ska följande åtgärder vara genomförda:

1. Installation och uppstart av IT-system
2. Utbildning:
  - Procapita för chefer och superanvändare, 3 x 2 tim
  - Phoniro för chefer och superanvändare, 2 tim
  - Allmän genomgång för hela personalgruppen
3. Utfärdande av s k SITHS-kort för säker inloggning i kommunens verksamhetssystem.
4. Anskaffande av telefoner för nyckelfritt

## **1.8 IT-krav**

Utföraren ska ha en internetuppkoppling med kapaciteten 8 Mbit eller mer för att kommunicera med kommunens verksamhetssystem samt PC-utrustning med Windows 10 (Pro eller Enterprise Edition) samt två stycken tillgängliga USB-portar. Datorn ska ha antivirusprogramvara för PC installerad med automatiska uppdateringar påslaget samt vara uppdaterad med utgivna säkerhetsuppdateringar för Windows 10 från Microsoft.

Kringutrustning i form av kortläsare Omnikey CardMan 3121 USB krävs för inloggning i kommunens verksamhetssystem med hjälp av så kallade SITHS-kort. Utföraren finansierar kortläsaren.

Skrivare kan behövas och vi rekommenderar att alltid ta kontakt med kommunens IT-support innan skrivare köps in för att säkerställa att den är kompatibel.

### **1.8.1 Procapita och Phoniro**

Beställaren tillhandahåller verksamhetssystemen Procapita och Phoniro inom ramen för beställarens licens och medför ingen kostnad för utföraren.

Utföraren ska använda verksamhetssystemet Procapita för att verkställa beslut/beställningar, dokumentation, kommunikation med biståndshandläggare avseende avvikelserapportering och andra meddelanden som rör uppdraget.

Registrering av tid och utförda insatser ska ske i Phoniro med hjälp av mobiltelefon. För att kunna börja använda den app som krävs fås en nedladdningslänk från kommunen. Denna länk är tidsbegränsad, varför kontakt behöver tas med kommunen då ny telefon ska börja användas.

Kommunen ger support av Procapita och Phoniro omfattande:

- uppläggnings av konton
- upplåsning
- borttagande av felaktigheter
- uppdateringar
- information
- skriftlig men även muntlig genomgång av förändringar, beroende på behov och omfattning av uppdatering.

Kommunen förbinder sig att tillhandahålla grundutbildning enligt ovan vid verksamhetsstart för chefer och superanvändare, allmän genomgång för personalgruppen och därefter vid behov i samband med förändringar i systemen.

Utföraren förbinder sig att delta i anordnade utbildningar. Utföraren förbinder sig även att vid behov skicka personal som deltar i utvecklingsgrupper rörande Procapita och Phoniro.

### **1.8.2 Nyckelfritt**

Alla kunder med hemtjänstbeslut ska ha nyckelfritt, vilket innebär att kundernas dörrar har Phoniro-lås installerade. Låset öppnas av utförarens personal med hjälp av en mobiltelefon.



Nyköpings kommun använder ett nyckelfritt system, kallat Phoniro Digital nyckelhantering. För att få tillgång till kommunens verksamhetssystem använder vi mobil arbetsplats som är en Citrix-lösning. Utföraren får en installationsfil från kommunen. Inloggning sker med hjälp av SITHS-kort som kommunen tillhandahåller.

Kommunen står för kostnaden att montera ett nyckelfritt lås hos kund. Utföraren står för kostnaden för de telefoner som behövs för att använda låsen. Användningen av nyckelfritt kan inte väljas bort av kund eller utförare.

Kommunen står även för service, kontroll och batteribyte.

För att kunna använda det nyckelfria systemet krävs en telefon motsvarande Samsung Galaxy X cover 4.

## 2 KRAV PÅ TJÄNSTEN

### 2.1 Beställning

Utföraren får beställningar på de tjänster som ska utföras från kommunens biståndshandläggare enligt nedan:

Hemtjänstinsatser beställs via verksamhetssystemet Procapita. Utföraren bekräftar mottagandet av beställningen genom funktionen verkställighet i systemet.

Samordningscentralen distribuerar anrop från trygghetslarm till vald utförare för åtgärd.

Hemsjukvård beställs och delegeras/instrueras av kommunens distriktssköterska/sjuksköterska, arbetsterapeut eller/och fysioterapeut/sjukgymnast till utförarens personal. Legitimerad personal lägger uppdraget från hälso- och sjukvårdsjournalen som en beställning till utföraren i verksamhetssystemet. Utföraren bekräftar uppdraget och verkställer det genom funktionen verkställighet i systemet. Hälso- och sjukvårdsuppdrag beställs separat från beställning av hemtjänst. **Utföraren ansvarar för att ställa medarbetare till förfogande för utbildning i den omfattning som den legitimerade personalen bedömer nödvändig.**

### 2.2 Verkställighet

#### 2.2.1 Hemtjänst

Omvårdnadsinsatser utförs under tiden 07:00 - 22:00 under årets samtliga dagar.

Serviceinsatser utförs vardagar 07:00 - 22:00 vid tidpunkt som kund och utförare kommer överens om.

Alla insatser under tiden 22:00 – 07:00 utförs av kommunens egen regi.

Insatser på annan tid kan förekomma, t ex vid vård i livets slut, då sjuksköterska/läkare ordinerar vak eller i en akut situation, t ex då anhörig till demenssjuk person måste läggas in på sjukhus. Inställelsetid är max 3 timmar.

### **2.2.2 Larm**

Hjälp vid larm ingår i insatsen personlig omvårdnad och gäller under tiden 07.00 - 22.00. Inställelsetid vid larm är max 30 minuter.

Hjälp vid larm under tiden 22:00 – 07:00 utförs av kommunens egen regi.

### **2.2.3 Hemsjukvård**

I uppdraget ingår det att enskilda anställda med undersköterskeutbildning via delegering av sjuksköterska ska utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter. Dessa uppdrag ersätts på samma villkor som övriga hemtjänstinsatser.

Även i de fall kunden inte är beviljad hemtjänstinsats och behov uppstår av delegerade hemsjukvårdsinsatser, väljer kund vilken utförare som ska utföra insatsen.

Utföraren ska tillhandahålla utbildad delegerbar personal i den omfattning som krävs för en patientsäker hälso- och sjukvård.

### **2.2.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska**

Beställaren ansvarar för att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Utföraren är skyldig att tillse att denna kan utöva sitt ansvar och att gällande riktlinjer och rutiner på området följs av utförarens personal. MAS ska hållas underrättad om sådant som faller inom dennes ansvarsområde samt ges tillträde till verksamheten i den omfattning som hon/han finner nödvändigt för tillsyn av verksamheten.

Eventuella Lex Maria-anmälningar görs av MAS.

### **2.2.5 Tilläggstjänster**

Privata utförare har rätt att tillhandahålla tilläggstjänster. Då avses tjänster som inte ingår i biståndsbeslutet och som kunden betalar för direkt till utföraren. Kommunen har inget ansvar för dessa tilläggstjänster.

## **2.3 Dokumentation**

Dokumentation ska ske i beställarens verksamhetssystem. Social dokumentation görs med hjälp av mobiltelefonen eller direkt i Procapita medan dokumentation avseende hälso- och sjukvård enbart ska göras i Procapita.

Utföraren ska ha rutiner för dokumentation liksom för rapportering av avvikelser enligt HSL och SoL.

Som grund för tidsredovisningen dokumenterar utföraren tidsåtgången hemma hos kunden vid varje hjälptillfälle i Phoniro. Registrering ska avse faktiskt utförd tid och göras med hjälp av mobiltelefonen. Efterregistrering i systemet får endast ske i undantagsfall och ska då motiveras genom anteckning. Beställaren följer användningen av mobiltelefonen och kan kräva rättelse om den används felaktigt eller inte i tillräcklig omfattning utan att detta är motiverat.

Utföraren har skyldighet att dokumentera ”uppgifter som har betydelse i det enskilda fallet och med hänsyn till insatsens art”. Avvikelse från beviljad tid och insats ska dokumenteras och motiveras om den beviljade tiden överskrids eller beställd insats inte utförs. Detta handlar om tillfällena då tiden avviker på likartat sätt över tid och det därför finns anledning till att beslutet följs upp samt tillfällena då en avvikelse varit större vid något enskilt tillfälle.

Vid byte till annan utförare ska samtliga handlingar av betydelse avseende aktuell kund överlämnas till den nya utföraren. Då kund avlider eller ärendet avslutas av annan orsak, ska all dokumentation överlämnas till biståndshandläggare vid Myndighetsfunktionen.

Se vidare Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser SOSFS 2014:5.

## **2.4 Uppföljning**

Beställaren är huvudman för hemtjänsten och har det yttersta ansvaret för den verksamhet som bedrivs inom området. Utföraren är skyldig att samverka vid tillsyn och uppföljning och ska på beställarens begäran lämna information om verksamheten och dess kvalitetsresultat. Kvalitetsgranskningen innebär t ex genomgång av volymer, dokumentation, personalens kompetens och kvalitetssystem. Beställaren följer regelbundet upp verksamheten hos samtliga utförare.

Vid uppföljning på individnivå gäller följande:

- Beslut om insats jämförs med den genomförandeplan som utföraren upprättat.
- Beslutad tid för insatser jämförs med utförd tid i samband med utbetalning av ersättning. Krav om återbetalning kan ställas om felaktigheter upptäcks. Kontroll av fakturerad tid sker i efterhand och återkrav kan ställas om felaktigheter upptäcks. Återkrav från Beställaren kan komma att kvittas mot utförarens inestående fordran.
- Kunds uppfattning om verksamhetens kvalitet undersöks. Kommunen deltar i SCB's årliga brukarundersökning som görs för samtliga kunder hos

både privat utförare och egen regi. Utföraren är skyldig att medverka och vara behjälplig för att enkäten ska kunna genomföras.

## 2.5 Kvalitetskrav

Syftet med hemtjänst är att möjliggöra ett så självständigt och aktivt liv som möjligt med ett stort mått av valfrihet och grundläggande trygghet. Detta kräver individanpassade och flexibla former för vård och omsorg. Insatserna ska syfta till att bibehålla funktions-/aktivitetsnivå så länge som möjligt.

Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre, SOSFS 2012:13 ska uppfyllas i allt arbete.

Vård- och omsorgsnämnden har antagit dokumentet "Kvalitet och värdegrund i vården" som syftar till att utveckla det samlade kvalitetsarbetet inom vård- och omsorg. I dokumentet prioriteras etik, tillgänglighet, information och kommunikation, valmöjlighet och trygghet, ett professionellt bemötande, rättssäkerhet, medinflytande och flexibilitet samt kontinuitet. Se bilaga 5.

Vården och omsorgen ska:

- vara kunskapsbaserad, vilket innebär att tjänsterna ska utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter ska tas tillvara.
- vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.
- tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
- vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

Det är viktigt att utföraren aktivt arbetar med att minimera antalet personer som utför vård och omsorg hos varje enskild kund. Kontinuitet är ett mått som följs varje år i samband med SKL's redovisning av Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK).

## 2.6 Checklista, krav

Utföraren ska:

- starta personlig omvårdnad från och med det datum som anges i biståndsbeslutet
- starta serviceinsatser vid lämplig tidpunkt enligt överenskommelse med kunden
- upprätta en genomförandeplan tillsammans med kund/närstående med biståndsbeslutet som grund. Genomförandeplanen upprättas i Procapita senast 14 dagar efter att beställningen verkställts.
- utse en kontaktpersonal för varje kund när uppdraget inleds
- minimera antalet personal som besöker kunden
- vid akuta behov utföra insatser, dock längst under 7 dagar, som inte ingår i biståndsbeslutet samt rapportera detta i efterhand till biståndshandläggaren samt dokumentera detta i Phoniro
- rapportera avvikelser som underlag för debitering av kunds avgift en gång per månad till avgiftshandläggaren
- ansvara för att personalen vid hembesök bär synlig namnskylt, innehar giltig legitimation samt bär lämplig klädsel som följer riktlinje för hygien som utfärdas av ~~landstingets~~ Regionens hygiensköterska
- säkerställa att all personal som utför uppgifter inom uppdraget följer riktlinje för hygien som gäller för verksamheten
- ansvara för att handlingar som rör kundens personliga förhållanden förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem
- ha ett säkert system och rutiner för hantering av kundens eventuella nycklar och portkoder. Detta gäller i avvaktan på att nyckelfritt kan monteras.
- ha ett säkert system och rutiner för hur eventuellt handhavande av privata medel hanteras

- ansvara för betalningsansvar gentemot landstinget för utskrivningsklar patient som av orsak som utföraren råar över inte kan återgå till sitt hem
- ha rutiner för rapportering av tillbud
- ha rutiner för att upptäcka hot och våld i nära relationer
- kontakta kommunens handläggare om kundens behov av hemtjänst minskar eller ökar i sådan omfattning att biståndsbeslut behöver omprövas
- omgående meddela biståndshandläggaren och andra berörda om en kund är inlagd på sjukhus eller har avlidit
- se till att all personal undertecknar en förbindelse om tystnadsplikt, enligt socialtjänstlagen 15 Kap 1 §, samt förstår och lever efter innebörden av begreppet tystnadsplikt
- kontrollera att all personal som utför uppgifter inom uppdraget iakttar den sekretess, tystnadsplikt och anmälningsplikt som gäller
- ha fungerande rutiner för rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah och i enlighet med Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer. Se bilaga 6.
- bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter och kunna redovisa de rutiner som upprättats (SOSFS 2011:9)
- arbeta enligt Vård- och omsorgsnämndens dokument "Kvalitet och värdegrund i vården".

### **3 KRAV PÅ UTFÖRAREN**

#### **3.1 Formella krav**

Sökanden ska:

- ha fullgjort sina skyldigheter avseende skatter och sociala avgifter samt inte vara på obestånd eller föremål för konkurs

- vara registrerad i bolagsregister om sådan registrerings skyldighet föreligger
- inneha F-skattsedel
- ha tillstånd från IVO att bedriva hemtjänstverksamhet
- inneha giltig ansvarsförsäkring
- acceptera och arbeta efter villkoren i detta förfrågningsunderlag samt i bifogad kontraktsmall
- bilda juridisk form (om fysisk person eller grupp av fysiska personer/utförare ansöker och får tillstånd att bedriva hemtjänst) och i samband med kontraktsskrivning lämna kopia på F-skattebevis, bevis om giltig ansvarsförsäkring samt registreringsbevis från Bolagsverket (om registrerings skyldighet föreligger) till kommunen
- ansvara för att nödvändiga tillstånd finns från andra tillsynsmyndigheter

Nyköpings kommun samarbetar med Skatteverket för kontroll av anbudsgivare avseende information motsvarande SKV 4820.

### **3.1.1 Yttrande – Meddelarrätt**

Personal anställd hos utföraren har rätt att uttala sig i enlighet med den meddelarfrihet som gäller i tryckfrihetsförordningen 1 kap 1 § samt offentlighets- och sekretesslagen 13 kap.

### **3.1.2 Allmänhetens rätt till insyn i utförarens verksamhet**

Utföraren ska efter begäran från Beställaren, utan dröjsmål, lämna sådan information som avses i 10 kapitlet 3 och 9 §§ kommunallagen (2017:725). Sådan begäran ska i normalfallet vara skriftlig. Informationen ska göra det möjligt för allmänheten att få insyn i hur den verksamhet som omfattas av detta avtal sköts.

Informationen ska, om inte annat avtalats, lämnas i skriftlig form. Beställaren ska i sin begäran precisera vilken information som efterfrågas.

Utföraren är inte skyldig att lämna information om utlämnandet inte kan ske utan väsentlig praktisk olägenhet för Utföraren, om utlämnandet strider mot lag eller annan författning eller om uppgifterna kommer att omfattas av sekretess hos Beställaren.

### **3.1.3 Ombud eller företrädare**

Utförare har ej rätt att agera som ombud eller företrädare för kunds räkning vid biståndsbedömning. En fullmakt med denna innebörd kommer att avvisas av Kommunen med hänvisning till Förvaltningslagens § 14 (2017:900).

## **3.2 Kommunikation**

Utföraren ska ha telefon samt kunna nås via e-post för att underlätta kommunikationen mellan kommunens biståndshandläggare och utföraren. Utföraren ska vara tillgänglig per telefon under motsvarande tider som hemtjänstuppsdrag föreligger.

## **3.3 Marknadsföring**

Marknadsföringen av utförarens verksamhet ska stämma överens med god marknadsföringssed och även i övrigt vara tillbörlig mot kunder och övriga utförare. Vid marknadsföringen ska utföraren lämna information som är saklig och av särskild betydelse ur kundens synpunkt.

Marknadsföring gällande hemtjänst, direkt till kund, via direktadresserade utskick, utskick som läggs direkt i brevlåda hos kund eller annan typ av direktreklam till kund är inte tillåtet. Marknadsföring får däremot ske via annonsering i press, affischering på allmän plats eller andra liknande åtgärder.

## **3.4 Miljö**

Det är viktigt att miljöfrågorna integreras i det dagliga arbetet. Utföraren ska ha ett eget miljöprogram. Utföraren ska även ha kunskap om de styrdokument rörande miljö som Nyköpings kommun antagit (se kommunens hemsida).

Utföraren ska ha rutiner som säkerställer att relevanta miljökrav ställs i samband med organisationens anskaffning av varor och tjänster. Rutiner ska finnas för hantering av avfall och kemikalier, pappersförbrukning och miljöanpassat resande.

## **3.5 Ekonomisk insyn**

Utföraren ska fullgöra sitt ekonomiska åtagande beträffande inbetalning av skatter och sociala avgifter samt leva upp till de administrativa krav som ställs på en ekonomisk organisation. Beställaren följer fortlöpande upp att dessa åtaganden och krav följs.

Beställaren har rätt till insyn i utförarens ekonomiska ställning. Utföraren ska, senast den 15 april året efter det år informationen avser, lämna en skriftlig verksamhetsberättelse med bokslut inklusive resultat- och balansräkning.



### **3.6 Samverkan**

Ett nära och förtroendefullt samarbete mellan utföraren och beställaren förutsätts. Syftet är att skapa en väl fungerande helhet av insatser kring brukaren och undvika brister i information och planering.

Beställaren erbjuder dialog i form av så kallade branschmöten minst två gånger per år. Dialogmöten sker även med andra delar av verksamheten, såsom hemsjukvården och kommunens biståndshandläggare, efter behov.

Utföraren ska samarbeta med anhöriga och för kunden viktiga personer, liksom med andra aktörer såsom god man, förvaltare, kommunal verksamhet, hemsjukvård, primärvård och frivilliga organisationer. Samtycke från kund behövs i vissa fall.

### **3.7 Arbetsgivaransvar**

Utföraren ska följa svensk arbetsrättslig lagstiftning.

Gällande lagar, förordningar och kollektivavtal rörande anställningsvillkor och arbetarskydd, på såväl nationell som EU-nivå, är tillämpliga vid fullgörandet av kontraktet, om dessa bestämmelser och tillämpningen av dem överensstämmer med gemenskapsrätten/gemenskapslagstiftningen.

Utföraren ska vid behov införskaffa, bekosta samt ansvara för underhåll och service av de hjälpmedel som behövs utifrån arbetsgivarens arbetsmiljöansvar. Som sådana hjälpmedel kan drivaggregat till rullstol samt vårsäng räknas.

Arbetsgivaren ska löpande fortbilda/kompetensutveckla sin personal.

#### **3.7.1 Anhöriganställning**

Anhöriganställningar är inte tillåtet i Nyköpings kommun. Det åligger utföraren att, på förekommen anledning, visa att det i aktuellt fall inte handlar om en anhöriganställning.

Med anhöriganställning menas personal som anställts uteslutande för att sköta omsorgen av en närstående.

### **3.8 Utbildnings- och kompetenskrav**

#### **3.8.1 Verksamhetsansvarig för hemtjänst gällande personlig omvårdnad**

- ska ha högskoleutbildning med inriktning mot vård, omsorg eller socialt arbete eller annan utbildning och erfarenhet som ger motsvarande kompetens och bedöms likvärdig.

- ska ha minst sex månaders egen erfarenhet av praktiskt arbete med vård av äldre med omfattande omvårdnads- och medicinska behov. Erfarenheten ska ha inhämtats under de senaste fem åren.
- ska finnas på plats i Nyköping och vara tillgänglig för arbetsledning, handledning och rådgivning.
- ska ha ingående kunskap om tillämpliga lagar och förordningar samt tillämpliga föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen.

Byte av verksamhetsansvarig inom omvårdnadsföretag ska skriftligen meddelas beställaren innan bytet äger rum.

### **3.8.2 Ansvarig för hemtjänst gällande serviceinsatser**

- ska ha 3-årig gymnasieutbildning eller annan utbildning och erfarenhet som är relevant för uppdraget.

### **3.8.3 Omvårdnadspersonal**

- ska ha kompetens motsvarande treårigt omvårdnadsprogram eller annan likvärdig utbildning, såsom folkhögskoleutbildning till personlig assistent eller hemtjänstpersonal, eller erfarenhet.
- som ska utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter från distriktsköterska/sjuksköterska, ska vara utbildad undersköterska.
- ska ha relevanta kunskaper om hygien.
- ska ha relevanta kunskaper om kostens betydelse för äldre samt om livsmedelshygien.
- ska ha en allmän kompetens och förståelse för den åldrande människan för att ha förmåga att kunna larma vid avvikelser.

### **3.8.4 Servicepersonal**

- ska ha god kompetens för sina arbetsuppgifter, d v s ha tillräcklig utbildning och erfarenhet för att utföra uppdraget.
- ska ha relevanta kunskaper om hygien.
- ska ha en allmän kompetens och förståelse för den åldrande människan för att ha förmåga att kunna larma vid avvikelser.

### 3.8.5 Alla inom verksamheten

- ska behärska det svenska språket i tal och skrift. Det innebär att såväl kollegor som kunder ska förstå det som sägs och skrivs.
- ska ha fallenhet och intresse för sina arbetsuppgifter samt ha ett gott bemötande.
- ska arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt och utföra sitt arbete med engagemang och omtanke om kunden.
- ska ha datorvana och annan administrativ kompetens för att hantera dokumentation och informationsöverföring i datasystem.

### 3.9 Praktikanter

Utföraren ska ta emot praktikanter från omvårdnadsutbildning på gymnasienivå och högskolenivå.

## 4 ERSÄTTNING

Ersättning utgår för utförd insats och tid i enlighet med beställning och från och med den dag verkställighet påbörjas och insatser genomförts. Ersättning utgår maximalt för tid upp till beställd tid.

Ersättning utgår månadsvis i efterskott.

Ersättningen följer en modell som innebär att det är en timtaxa för omvårdnadsinsatser och en annan för serviceinsatser. Om utföraren utför både omvårdnads- och serviceinsatser utgår beloppet för omvårdnad för samtliga timmar. En högre ersättning utgår för insatser som utförs hos kund som bor på landsbygd. Definitionen av landsbygd respektive tätort bygger på SCB:s nyckelkodsområden och innebär i princip att allt utanför Nyköpings centralort räknas som landsbygd. Landsbygd respektive tätort definieras enligt SCB:s nyckelkodsområden. Allt som där inte betecknas som tätort betraktas som landsbygd. SCB:s nyckelkoder för tätort är de som börjar på 111, 121 eller 711. I verksamhetssystemet är Tätort förvalt och om kund bor på landsbygd ska utföraren göra ändringen. Då ska rutin från DSO-IT följas.

Som grund för ersättning finns den registrerade tiden i Phoniro och den fakturerade tiden jämförs alltid med registrerad tid.

Utförda timmar ska delas upp i tätort och landsbygd.

#### **4.1.1 Moms**

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

I de fall som utföraren endast tillhandahåller servicetjänster blir tjänsten istället momspliktig, eftersom tjänsten därmed inte kan anses ha karaktär av "social omsorg" eller "annan jämförlig social omsorg". De utförare som endast utför servicetjänster ska därför lägga på moms på det fastställda timpriset.

#### **4.1.2 Indexreglerad ersättning**

Ersättningen räknas årligen upp fr o m 1 juni utifrån innevarande års fastställda omsorgsprisindex (OPI) utan retroaktivitet. Ingen förändring av ersättningen sker således vid respektive årsskifte.

Aktuell ersättning framgår av bilaga 7.

### **4.2 Villkor för ersättning**

- Om utföraren inte använder Phoniro för registrering av utförd tid kan betalning komma att innehållas och om rättelse inte sker kan avtalet komma att sägas upp.
- Genomförandeplan ska finnas upprättad och vara läsbar i Procapita senast 14 dagar efter att uppdraget påbörjats.
- Besök hos ny kund, då genomförandeplan upprättas, ersätts med belopp motsvarande 60 minuter och redovisas med särskild notering.
- Revidering av genomförandeplan ersätts med 30 minuter.
- Tiden ska registreras i Phoniro på den kund som planen avser.
- Insats ska finnas redovisad i Phoniro senast det datum som för varje månad bestämts som stoppdatum, därefter stängs systemet och ersättning kan ej återopas. Information om gällande stoppdatum fås från Division Social omsorg, IT-support.
- När en insats utförs utanför bostaden till flera kunder samtidigt dokumenteras tiden som en gruppaktivitet. Den faktiskt utförda tiden fördelas mellan berörda kunder. Detta gäller vid samordning av inköp, tvätt, post-, bank- eller apoteksärenden.

- Skattad tid får enbart användas då tidsregistrering ej kunnat göras på ordinarie sätt och ska då avse faktiskt utförd tid och får ej avse schablon-tid.
- När kontakt med sjukvård, närstående/god man/förvaltare eller myndighet för kunds räkning sker i grupplokaler eller motsvarande dokumenteras tiden direkt med anteckning om anledningen till samtalet.
- Telefonsamtal med kund ersätts med faktisk tid. Tiden ska registreras vid varje tillfälle i Phoniro med anteckning om anledningen till samtalet.
- Planerade insatser, som av olika anledningar inte kan utföras, ersätts normalt inte.
- Undantag är ersättning för omställningstid. Ersättning för omställningstid utgår under högst 3 dagar för beviljad och inplanerad tid som inte kan utföras på grund av dödsfall, akut sjukhusvistelse/korttidsvård eller tillfälligt uppehåll i hemtjänstinsatserna, som inte meddelats i förväg enligt reglerna. En förutsättning för att ersättningen skall utbetalas är att utföraren fått kännedom om händelsen kortare tid än fem dagar i förväg. Varje dag ersätts med en trettiondel (1/30) av beviljad månadstid. Om kund enbart har hemsjukvårdssinsatser ersätts utebliven insats med schablon-tid för just den insatsen. Omställningstid får inte förväxlas med avböjd insats, s k "bomtid", och ska inte användas för enstaka insatser utan enbart för uppehåll under en följd av dagar. Omställningstid kan komma ifråga då insatserna är tätare och inte kan utföras vid andra tillfällen, så som fallet är vid t ex glesare serviceinsatser.
- Bedömning av vård i livets slut ska göras av patientansvarig läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterska kontaktar utföraren vid behov av s k vak. Ersättning utgår då med ordinarie timersättning plus ob-tillägg. Efter inträffat dödsfall ersätts för redan planerad tid i högst tre dagar. På fakturan specificeras vak-tid på egen rad med uppgift om antal timmar och kostnad.
- Vid kunds frånvaro av annan orsak än ovan angivna eller då kund avböjer insats, så kallad "bomtid", utgår ersättning för 30 minuter per tillfälle. Kon-

takt med handläggare ska ske **omedelbart om kund avböjer insats mer än två ggr under samma månad. snarast, då avbokningarna följer ett mönster.**

- Ersättning ges för samtliga timmars dubbelbemanning.
- HSL-dokumentationstid (i grupplokal eller motsvarande) ersätts med max 10 minuter per tillfälle.
- Vid akuta behov kan insatser utföras, dock längst under sju dagar, som inte ingår i biståndsbeslutet. En förutsättning för ersättning är att den akuta situationen beskrivs genom anteckning i Phoniro samt att utföraren rapporterar detta i efterhand till biståndshandläggaren.
- Tid kan tillfälligt omfördelas mellan olika insatser om behov uppstår från kundens sida, under förutsättning att orsaken dokumenteras. Kvarstår omfördelningsbehovet ska kontakt tas med handläggare för uppföljning av kundens behov.

### **4.3 Fakturering**

Om korrekt faktura inkommit senast den 10:e i månaden efter den månad som debiteringen avser, utbetalas ersättningen runt den 22:a i innevarande månad. Inkommer fakturan senare än den 10:e gäller 30 dagars betalning.

## **5 Kris- och katastrofberedskap**

Med extraordinär händelse avses en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller ett landsting och därför leder till att krisledningsorganisationen kallas samman.

Utföraren ansvarar för att planera och hålla beredskap för att kunna klara extraordinära händelser, som exempelvis snöoväder, störningar i vattenförsörjningen och elavbrott. Utföraren står för eventuella extra omkostnader som kan uppkomma för att fullgöra uppdraget gentemot kommunen.

I Nyköpings kommun har Division Social omsorg fastställt en Kris- och störningshanteringsplan i linje med kommunens övergripande kris- och störningshanteringsplan. Av planen framgår att verksamheten ska bedrivas så att de grundläggande livsbetingelserna tryggas. Utföraren ska vid större extraordinära händelser inordna sin verksamhet i den kommunala organisationen för vård och omsorg. Division Social omsorgs plan för extraordinär händelse skall

då följas. Det innebär också att även privata utförare ska delta på av kommunen ordnade säkerhetsövningar.

Utföraren är skyldig att överlägga med kommunen om företagets medverkan vid katastrofer, kriser eller höjd beredskap, medverka i utbildningar och övningar som genomförs i beredskapshöjande syfte, på begäran bidra med information vid upprättandet av centrala beredskapsplaner, upprätta nödvändiga krisplaner för den egna verksamheten samt i övrigt följa tillämpliga delar av Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

---

## SANNINGSFÖRSÄKRAN - LOV

I Beställarens valfrihetssystem för hemtjänst, där nedan angivet bolag är:

- är sökande i valfrihetssystemet
- är ett företag vars kapacitet åberopas av en sökande i valfrihetssystemet

försäkrar undertecknad behörig företrädare för sökande härmed på heder och samvete att varken bolaget eller någon person som är medlem i dess förvaltnings-, lednings eller tillsynsorgan eller som har befogenhet att företräda, fatta beslut i eller kontrollera dessa, enligt en dom som har vunnit laga kraft är dömd för ett brott som framgår av 7 kap. 1 § Lag (2008:962) om valfrihetssystem, dvs:

- 1) är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning eller är föremål för ackord eller tills vidare har inställt sina betalningar eller är underkastad näringsförbud,
- 2) är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, ackord eller annat liknande förfarande,
- 3) genom lagakraftvunnen dom är dömd för brott som avser yrkesutövningen,
- 4) har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen och den upphandlande myndigheten kan visa detta,
- 5) inte har fullgjort sina åligganden avseende socialförsäkringsavgifter eller skatt i hemlandet eller annan stat inom EES-området, eller
- 6) i något väsentligt hänseende har låtit bli att lämna begärda upplysningar eller lämnat felaktiga upplysningar som begärts med stöd av denna paragraf.

Vi är medvetna om att lämnande av osann eller vårdslös försäkran kan föranleda straffansvar.

-----

Bolagsnamn

-----

Ort och datum

-----

Underskrift

-----

Befattning

-----

Namnförtydligande



VON §

Dnr VON20/10

**Statistik – Vård- och omsorgsnämndens verksamhet första halvåret 2020**

Varje halvår redovisas en rapport över aktuell statistik som speglar Vård- och omsorgsnämndens verksamhet. Nu redovisas rapport avseende första halvåret 2020, vilken omfattar äldreomsorg och omsorg om funktionsnedsatta, med tonvikt på äldreomsorg.

Rapporten finns i bilaga till tjänsteskrivelsen.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporten "Statistik – Vård- och omsorgsnämndens verksamhet första halvåret 2020", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-26.

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

## Statistik – Vård- och omsorgsnämndens verksamhet första halvåret 2020

### Bakgrund

Varje halvår redovisas en rapport över aktuell statistik som speglar Vård- och omsorgsnämndens verksamhet. Nu redovisas rapport avseende första halvåret 2020, vilken omfattar äldreomsorg och omsorg om funktionsnedsatta, med tonvikt på äldreomsorg.

Här följer några axplock ur vad vi ser:

- Efter fjolårets kraftiga minskning av kostnaderna för bostadsanpassning, ökar de nu åter.
- Ökningar noteras även för andra ”enklare” insatser, som matdistribution och trygghetslarm.
- Efterfrågan på hemtjänst och särskilt boende för äldre är i princip oförändrad trots en ökande äldre befolkning. Antalet personer i kö till boende är betydligt lägre än vanligt, vilket sannolikt beror på den pågående pandemin.
- Statistiskt kan inte någon överdödighet på grund av pandemin noteras på de särskilda boendena.

### 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

**att** godkänna rapporten "Statistik – Vård- och omsorgsnämndens verksamhet första halvåret 2020", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-26.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

# Statistik – Vård- och omsorgsnämndens verksamhet första halvåret 2020

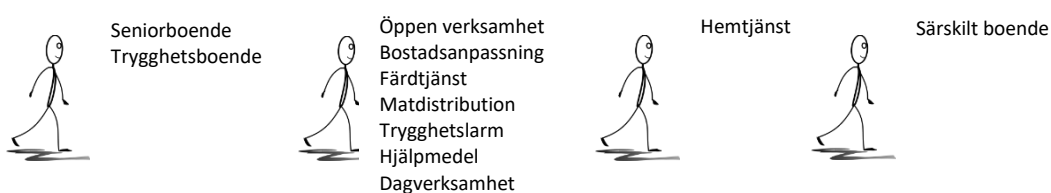


# ÄLDREOMSORG

## Vägen mot och genom äldreomsorgen

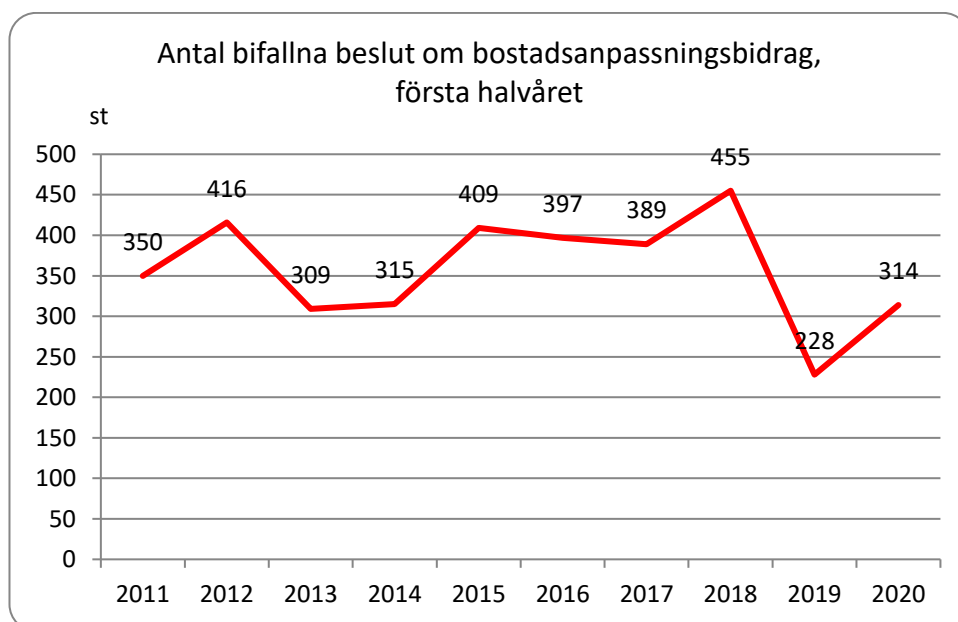
Vägen mot och genom äldreomsorgen kan se ut så här:

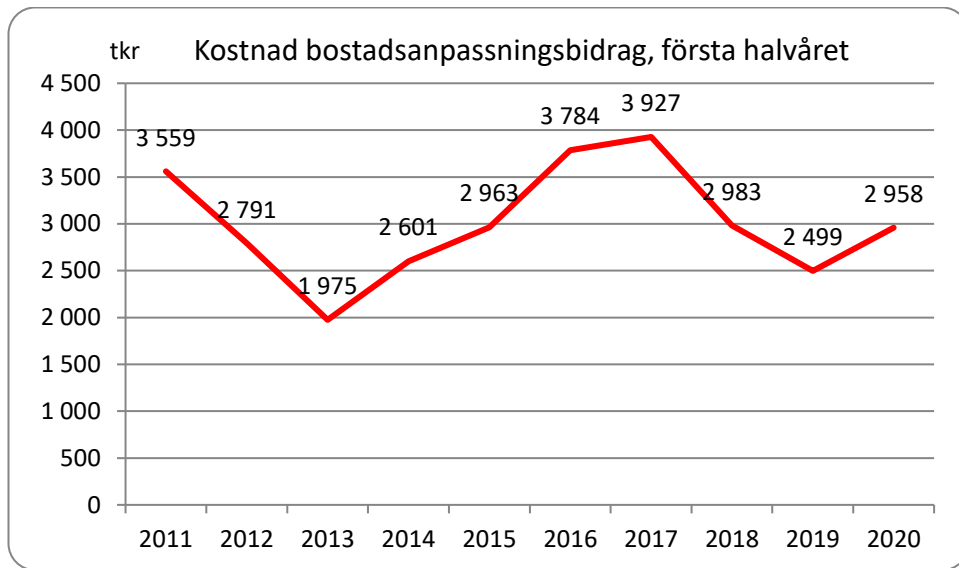
Inflyttning på senior- eller trygghetsboende. Successivt kompletteras detta med insatser av olika slag som möjliggör att man kan fortsätta bo "hemma" och klara sig själv. Som ytterligare hjälp får man sen hemtjänst, vilken byts ut mot särskilt boende då behoven blir stora.



Diagrammen nedan visar hur dessa olika insatser utvecklats under första halvåret 2020 jämfört med åren innan.

## Bostadsanpassning



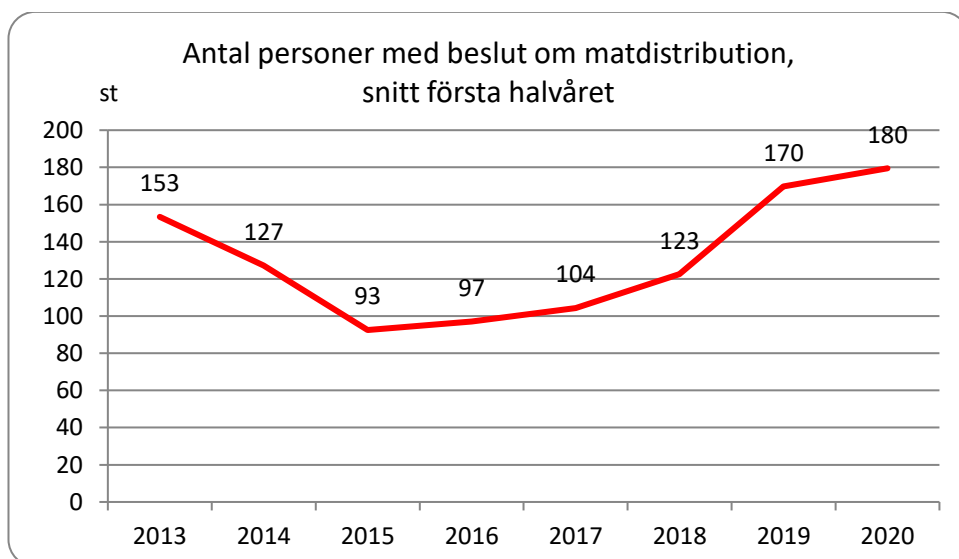


”Dippen” 2013 förklaras åtminstone delvis av att tjänsten som bostadsanpassare var vakant under en period det året. Anledningen till den kraftiga minskningen av antalet bifallna beslut under 2018 och 2019 är troligen den nya lagen om bostadsanpassningsbidrag som trädde i kraft vid halvårsskiftet 2018, vilken gjort att det blivit tydligare vad som gäller och därmed har avslagen blivit fler.

## Färdtjänst

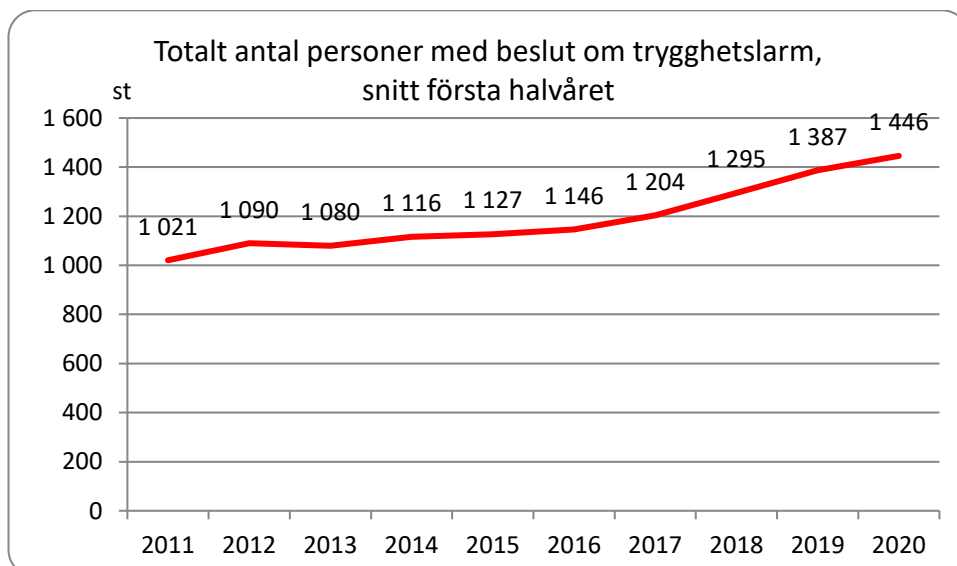
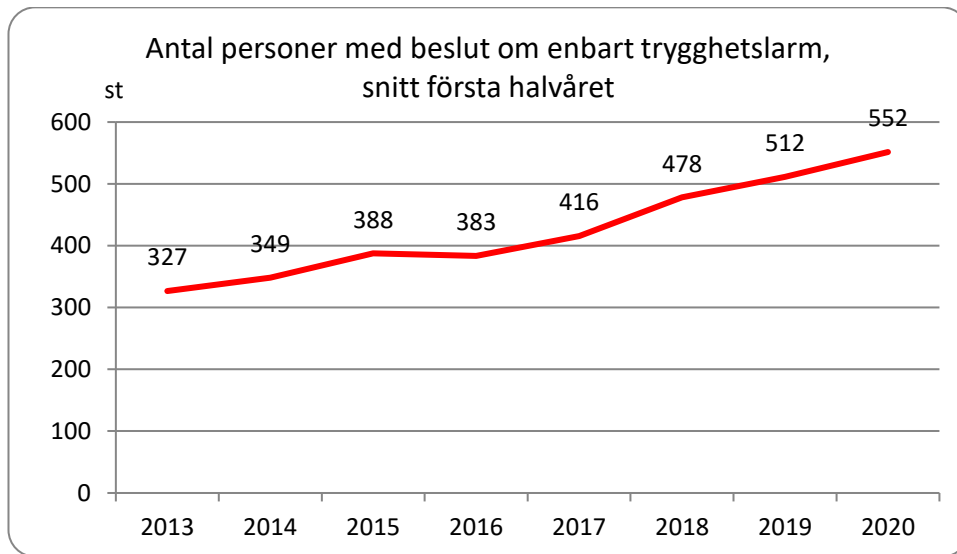
Antalet personer med beslut om färdtjänst har minskat något. Vanligtvis handlar det om ca 2 000, medan antalet i juni var 1 928.

## Matdistribution



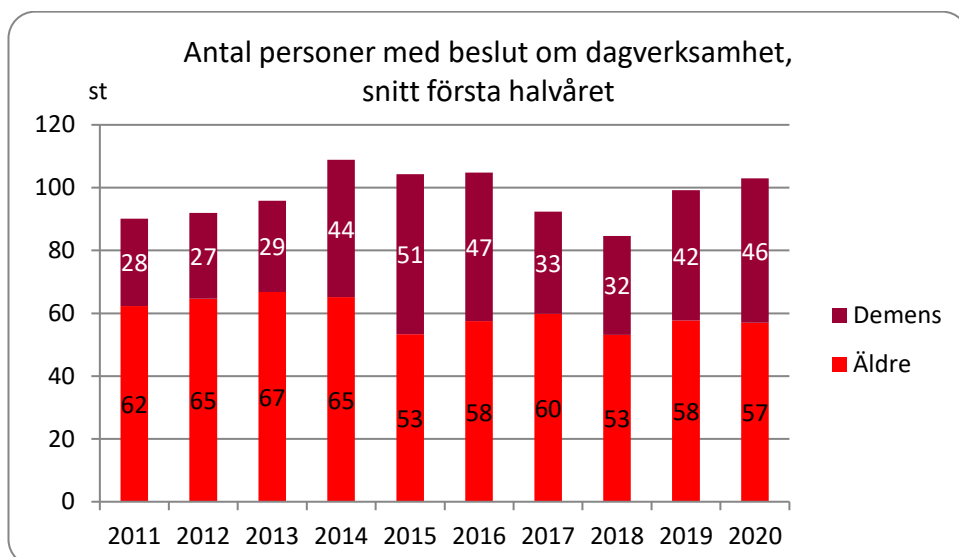
Under några år blev det allt vanligare att låta hemtjänsten laga maten istället för att abonnera på matlåda. Mellan 2013 och 2015 minskade antalet personer med matdistribution med 39 % eller 60 stycken. Därefter ser vi ett trendbrott. Detta var väntat utifrån att matlådepriset sänktes. Under 2019 var det en särskilt tydlig ökning, som fortsatt även under 2020. Varken Måltidsservice eller myndighetsfunktionen ser någon direkt förklaring till det. En möjlig tanke kan vara att organisations- och ansvarsförändringen när det gäller kostfrågor, ökat intresset.

## Trygghetslarm



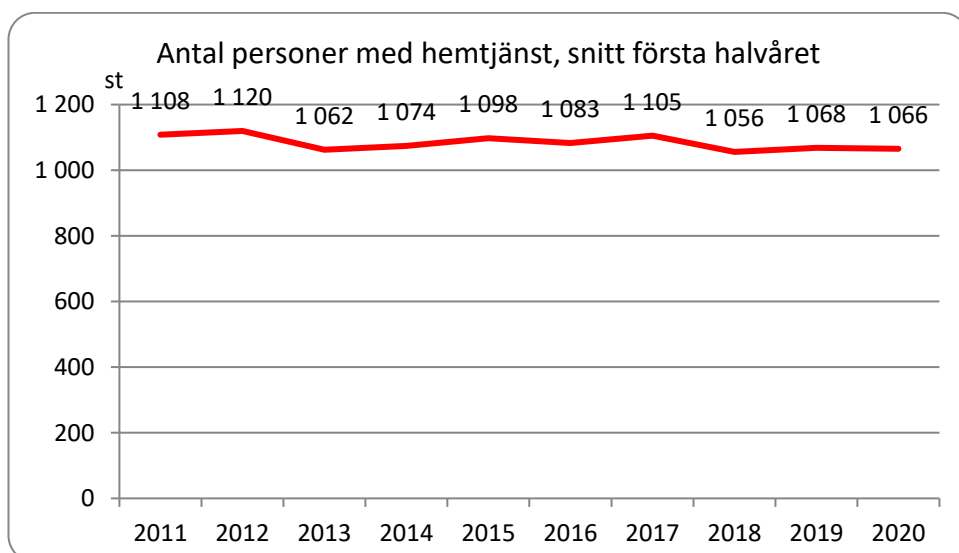
Översta diagrammet visar alla personer som har enbart larm, d v s inga övriga insatser. Dessa ingår även i diagrammet därefter, men då räknas även de kunder som har trygghetslarm kompletterat med andra insatser. En successiv ökning av antalet personer med trygghetslarm kan konstateras. En dryg tredjedel av dessa har enbart larm.

## Dagverksamhet



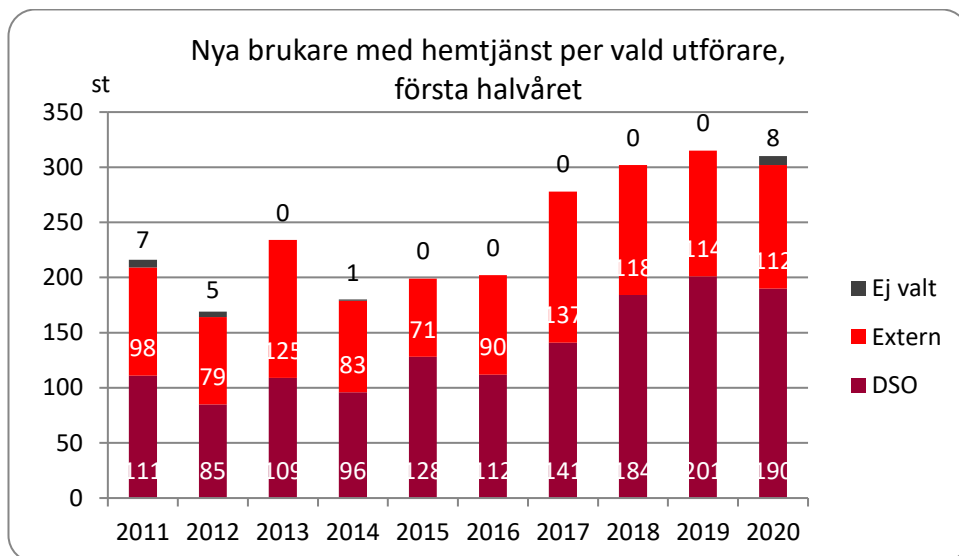
Antalet personer med beslut om dagverksamhet ökar åter successivt, främst när det gäller personer med demenssjukdom.

## Hemtjänst

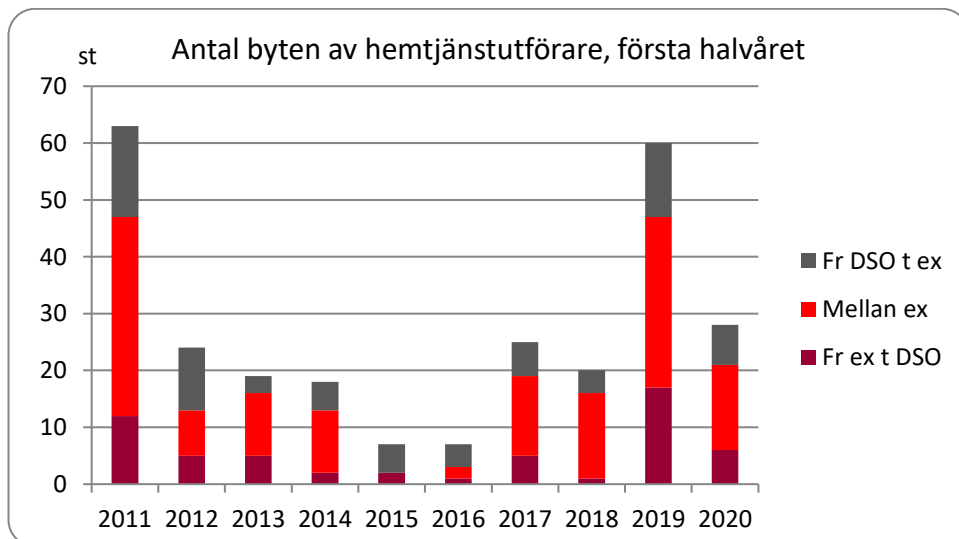


Antalet personer med hemtjänst ligger ganska stabilt över åren. Spannet är endast 64 personer. Av det dryga tusentalet personer, har ca 350 även hemsjukvård.



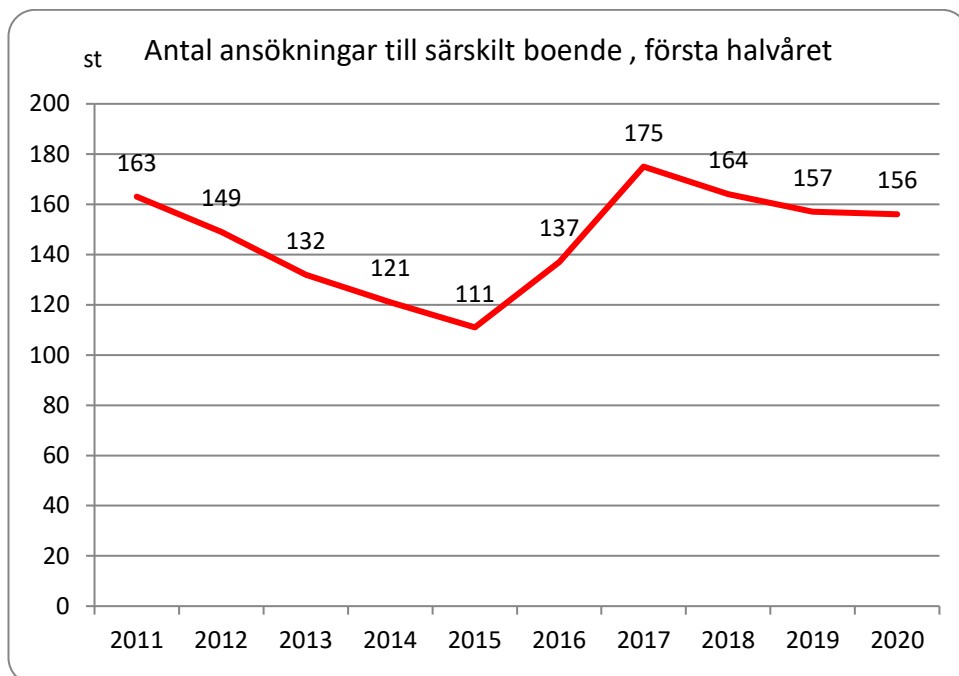


Antalet nya brukare med hemtjänst har blivit allt fler för varje år, men 2020 ser vi en, troligen tillfällig, minskning. Innevarande år är det 302 stycken. Man kan säkerligen utgå från att vårens Coronapandemi gjort att ett antal personer skjutit upp sin ansökan om hemtjänst. Eftersom antalet hemtjänstkunder är relativt oförändrat, innebär det att ungefär lika många befintliga kunder flyttar in på särskilt boende eller avlider. Av 2020 års nya kunder valde 63 % DSO och resterande 37 % valde en extern utförare. Det är sällsynt att en ny kund avstår från att välja utförare och under perioden 2015-2019 förekom det inte alls. I år är det hela åtta stycken som avstått från att välja.

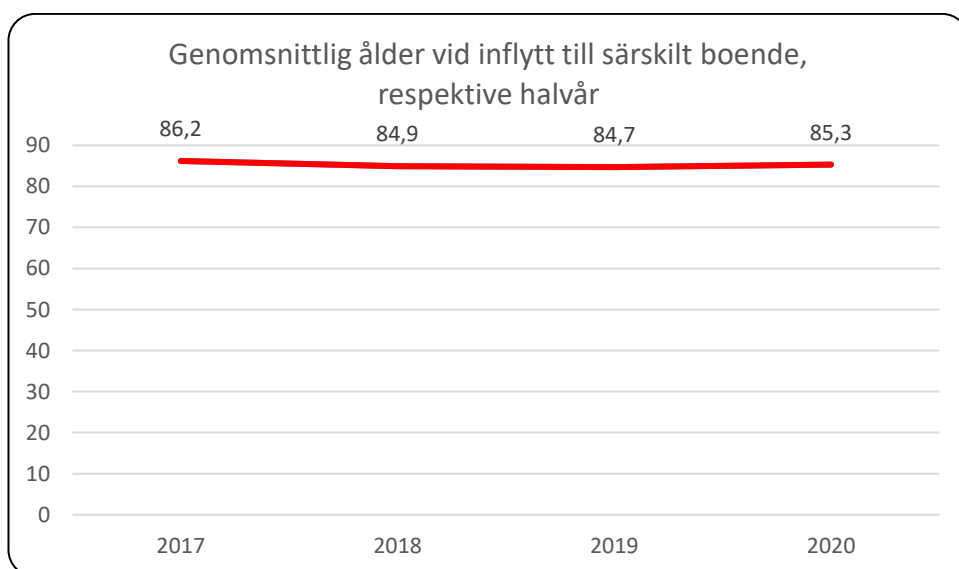


Under en period blev det allt mer ovanligt med byte av hemtjänstutförare. Under de tre senaste åren har den trenden vänt. Anledningen är att ett par företag valt att avsluta sin verksamhet och att två har sagts upp av kommunen utifrån bristande administration mm. Den stora ökningen 2019 berodde på att tre av fyra serviceföretag valde att avsluta sin verksamhet p g a IVOs (Inspektionen för Vård och omsorg) nya tillståndskrav. Bara att ansöka om att få tillstånd kostar varje företag 30 tkr.

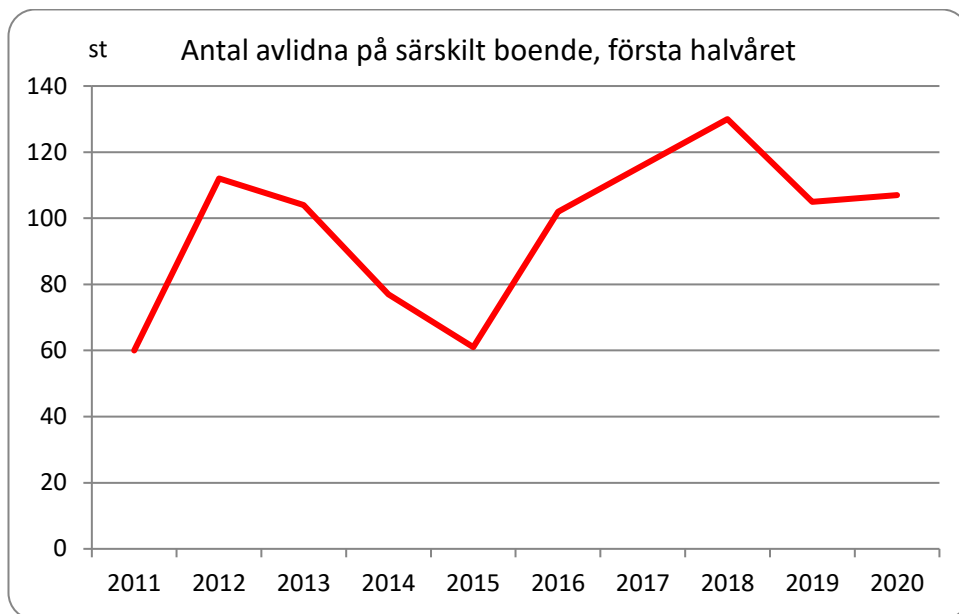
## Äldreboende/Demensboende



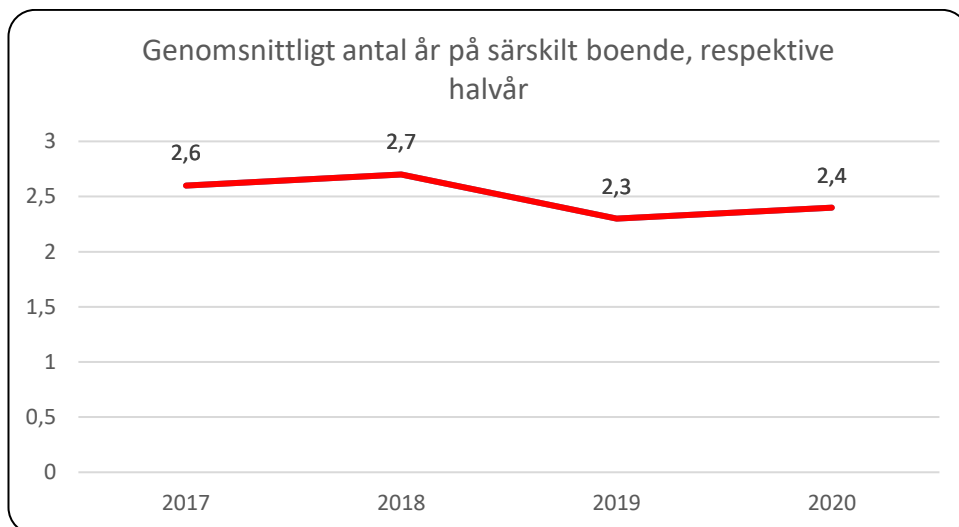
Fram till 2015 såg vi en successiv minskning av antalet ansökningar till särskilt boende. Därefter följde två år med en ganska kraftig ökning. Nu ser vi ånyo en minskning. Under 2020 har 156 ansökningar tagits emot. Av dessa har 110 även flyttat in. 65 % av dessa fick ett boende som de själva valt.



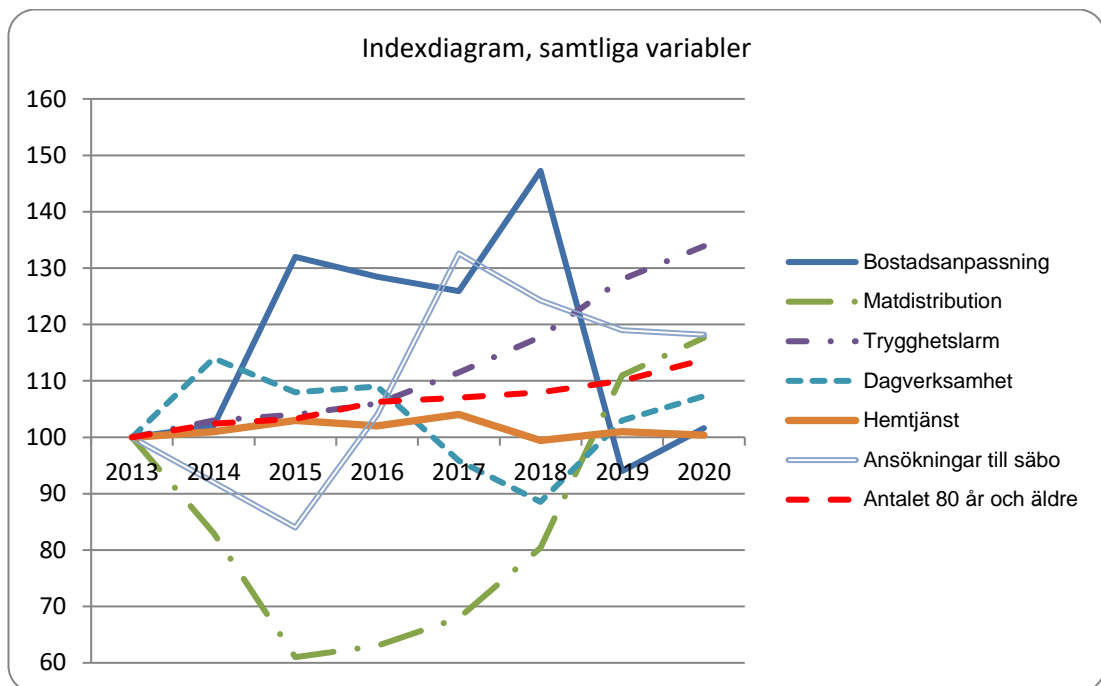
Brukarnas genomsnittliga ålder vid flytt till särskilt boende ligger relativt stabilt runt 85 år.



Under 2020 års första halvår avled 107 personer. Vi kan statistiskt inte se någon överdödlighet p g a pandemin.



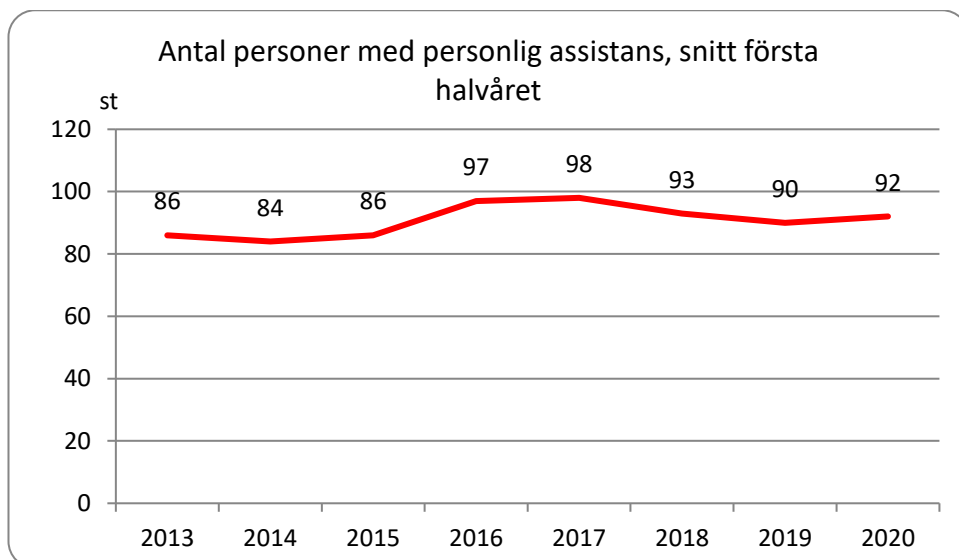
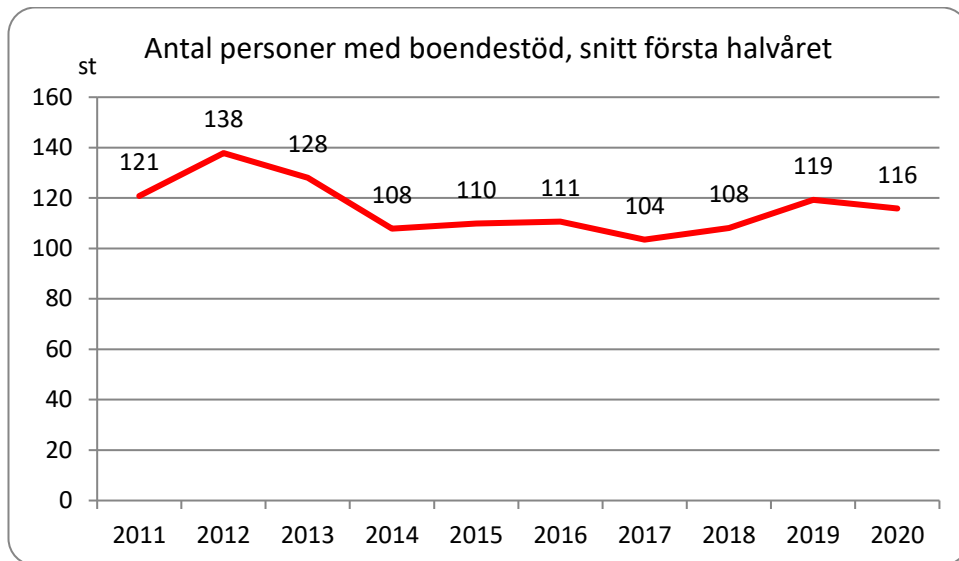
Den tid brukarna finns på särskilt boende innan de avlider har minskat något under de senaste två åren, till 2,4 vid halvårsskiftet 2020.



Här jämförs flertalet variabler i ett indexdiagram där 2013 är basår. Det finns inget tydligt samband mellan dessa och befolkningsutvecklingen, som visas i den röda streckade kurvan. Trygghetslarm följde till en början kurvan väl, men har nu stuckit iväg lite. Vi ser att efterfrågan på särskilt boende viker, trots en ökande befolkning > 80 år. Hemtjänsten växer heller inte i takt med befolkningen. En förklaring kan vara att vi är friskare längre upp i åldern. Vi ser slutligen också den något svårförklarliga utvecklingen av bostadsanpassningen.

## OMSORG OM FUNKTIONSNEDSATT

Flertalet insatser inom funktionshinderområdet varierar inte nämnvärt i volym över tid. Utvecklingen av boendestöd respektive personlig assistans framgår dock nedan.



När det gäller antalet placeringar på andra håll vet vi att det har skett en stor ökning under senare år. Under detta års första halvår ligger dock antalet på samma nivå som 2019, varför vi kan konstatera att utvecklingen just nu brutits. Antalet externt placerade är 38.



Nämnden har fattat beslut om att antalet beslut om kontaktperson ska minska utifrån att många brukare på grupp- och servicebostäder har såväl boende som kontaktperson. I normalfallet ska boendet stå för sociala aktiviteter och liknande. Diagrammet ovan visar visserligen på en minskning, men inte alls i planerad utsträckning.

VON §

Dnr VON20/60

**Sammanställning Lex Sarah-rapporter första halvåret 2020**

Enligt nämndens riktlinjer om Lex Sarah – skyldigheten att anmäla missförhållanden inom vård, omsorg och socialtjänst – ska nämnden två gånger per år få en sammanställning över rapporter och åtgärder.

Under första halvåret 2020 har nämnden tagit emot 10 rapporter enligt Lex Sarah från Division Social omsorg (DSO). Se bifogad sammanställning. Utredning har inkommit i samtliga ärenden. Nämndens ordförande har avslutat samtliga ärenden på delegation. Inget ärende har under denna period anmälts vidare till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO), som allvarliga missförhållanden.

De åtgärder verksamheten vidtagit för att händelserna inte ska upprepas framgår av bifogad sammanställning. Ofta handlar det om att se över rutiner eller introduktion av medarbetare. Just under denna period har ett flertal ärenden snarare utgjort personalärenden och därmed hanterats som sådana.

Ingen Lex Sarah-rapport har inkommit från de privata utförarna under första halvåret 2020.

En jämförelse över de tre senaste årens första halvår visar följande:

	2018	2019	2020
Antal inkomna Lex Sarah-rapporter, st	11	18	10
Antal anmälda till IVO, st	2	5	0
Andel anmälda till IVO, %	18	28	0

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapport "Sammanställning Lex Sarah-rapporter första halvåret 2020" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-07-28.

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

\_\_\_\_\_

Vård- och omsorgsnämnden

## Sammanställning Lex Sarah-rapporter första halvåret 2020

### Bakgrund

Enligt nämndens riktlinjer om Lex Sarah – skyldigheten att anmäla missförhållanden inom vård, omsorg och socialtjänst – ska nämnden två gånger per år få en sammanställning över rapporter och åtgärder.

Under första halvåret 2020 har nämnden tagit emot 10 rapporter enligt Lex Sarah från Division Social omsorg (DSO). Se bifogad sammanställning. Utredning har inkommit i samtliga ärenden. Nämndens ordförande har avslutat samtliga ärenden på delegation. Inget ärende har under denna period anmälts vidare till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO), som allvarliga missförhållanden.

De åtgärder verksamheten vidtagit för att händelserna inte ska upprepas framgår av bifogad sammanställning. Ofta handlar det om att se över rutiner eller introduktion av medarbetare. Just under denna period har ett flertal ärenden snarare utgjort personalärenden och därmed hanterats som sådana.

Ingen Lex Sarah-rapport har inkommit från de privata utförarna under första halvåret 2020.

En jämförelse över de tre senaste årens första halvår visar följande:

	2018	2019	2020
Antal inkomna Lex Sarah-rapporter, st	11	18	10
Antal anmälda till IVO, st	2	5	0
Andel anmälda till IVO, %	18	28	0



## **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

**att** godkänna rapport "Sammanställning Lex Sarah-rapporter första halvåret 2020" enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-07-28.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

## Sammanställning Lex Sarah-rapporter första halvåret 2020

	Dnr	Datum	Enhet	Händelse	Åtgärd	Avslut/Anmälan/Annat
1	VON20/23	2020-01-09	Hemtjänst "Landet"	En kund blev av med 21 700 kronor i kontanter samt smycken och Visa-kort. Det kunde inte konstateras om det var en hemtjänstpersonal som tagit dem.	Polisanmälan.	Avslut.
2	VON20/27	2020-01-27	Riggargatans serviceboende	En brukare upplevde sig itvingad så kallad vid-behovs-medicin mot sin vilja. Gällande rutin följdes inte av personalen.	Berörd personals delegering blev återkallad.	Avslut.
3	VON20/34	2020-02-12	Sommarvägens serviceboende	En brukare som haft insatsen boendestöd samt larm, flyttade till serviceboende och blev då av med sina larm trots fortsatt behov.	Brukaren fick tillbaka sina larm och rutiner kring digitala lösningar inom LSS ska tas fram.	Avslut. Ärendet tas med i kommande åtgärdsuppföljning.
4	VON20/41	2020-03-12	Narcissvägens gruppboende	Nattpersonal meddelar morgonpersonal att en brukare har kvar avföring och behöver duscha. Inte heller morgonpersonalen åtgärdar, utan det blir eftermiddagspersonalen som slutligen tar hand om det.	Förbättrad introduktion av nya medarbetare och vikarier när det gäller lyftteknik.	Avslut.
5	VON20/48	2020-04-21	Boendestöd/serviceboende	En brukare med insatsen boendestöd flyttade till serviceboende och blev utan hjälp att praktiskt komma i ordning, vilket ledde till dåligt psykiskt mående.	Samverkansmodellen, som ska användas då brukare byter insats, måste göras känd och börja användas.	Avslut. Ärendet tas med i kommande åtgärdsuppföljning.
6	VON20/54	2020-05-04	Hemtjänstens specialteam	Specialteamet för Covid 19-smittade kunder noterade att en sjuksköterska inte utförde en katetersättning enligt gällande riktlinjer och heller inte hanterade skyddsutrustningen på ett korrekt sätt.	Konstaterades att ärendet istället bör utredas enligt Lex Maria.	Avslut.

7	VON20/63	2020-05-29	Hemtjänst Nävekvarn	En personal meddelade först i efterhand till övrig personal att det fanns misstänkt smitta av Covid-19 hos en kund.	Berörd personal har även tidigare fått tillsägelser rörande brister i dokumentation och följsamhet till rutiner. Ärendet hanteras av HR-funktionen.	Avslut.
8	VON20/67	2020-06-16	Lundagårdens demensboende	En boende blev tilltalad på ett olämpligt sätt av en personal, vilket gjorde att den boende mådde dåligt.	Hanteras av enhetschef som ett personalärende.	Avslut
9	VON20/68	2020-06-22	Lundagårdens demensboende	En medarbetare höjde rösten på ett sådant sätt att en boende upplevde sig kränkt.	Hanteras av enhetschef som ett personalärende.	Avslut
10	VON20/69	2020-06-22	Lundagårdens demensboende	En medarbetare daskade en boende med ett blomblad, vilket fick denne att känna sig kränkt.	Hanteras av enhetschef som ett personalärende.	Avslut

VON §

Dnr VON20/79

**Yttrande över medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger**

Vård- och omsorgsnämnden har fått ett medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger på remiss. Yttrandet från nämnden ska överlämnas till Kommunstyrelsen. Här avses ungdomar med LSS-insatsen korttidsvistelse.

Ett förslag till yttrande har upprättats, vilket går ut på att nämnden har förståelse för förslagsställarens synpunkt, men att det utifrån gjorda utvärderingar och bristande deltagarunderlag i dagsläget inte är aktuellt att höja ålderstaket från dagens 17 till 21 år. Skulle underlaget öka i framtiden anser nämnden att det åter kan bli aktuellt att genomföra ett läger även för den äldre gruppen ungdomar.

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** anta yttrandet enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-12.

**Beslut till:**

Kommunstyrelsen

Division Social omsorg

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Vård- och omsorgsnämnden

## Yttrande över medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger

### Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden har fått ett medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger på remiss. Yttrandet från nämnden ska överlämnas till Kommunstyrelsen. Här avses ungdomar med LSS-insatsen korttidsvistelse.

Ett förslag till yttrande har upprättats, vilket går ut på att nämnden har förståelse för förslagsställarens synpunkt, men att det utifrån gjorda utvärderingar och bristande deltagarunderlag i dagsläget inte är aktuellt att höja ålderstaket från dagens 17 till 21 år. Skulle underlaget öka i framtiden anser nämnden att det åter kan bli aktuellt att genomföra ett läger även för den äldre gruppen ungdomar.

### Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

En prövning av barnets bästa har genomförts.

Förslag till beslut beaktar vad som bedömdes vara barnets bästa enligt prövningen.

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** anta yttrandet enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2020-08-12.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och  
omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Kommunstyrelsen  
Division Social omsorg

Kommunstyrelsen

## Yttrande avseende medborgarförslag om att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger

Vård- och omsorgsnämnden har fått ett medborgarförslag på remiss. Förslagsställaren föreslår att ungdomar med LSS-insatsen korttidsvistelse och som är äldre än 17 år ska få åka på sommarläger.

Nyköpings kommun brukar ordna sommarläger för ungdomar i åldern 12-17 år. Tidigare har läger genomförts för ungdomar i åldern 12-21 år. Utvärderingar visade dock att det inte var lämpligt med så stort åldersspann. Att ha ytterligare ett läger för gruppen 17-21 år finns det inte deltagarunderlag för i dagsläget.

Nämnden förstår förslagsställarens synpunkt, men utifrån nuvarande underlag och de utvärderingar som gjorts, är det inte aktuellt. Det är dock inte hugget i sten. Skulle underlaget öka, kan det vara aktuellt att genomföra ett läger även för den äldre gruppen ungdomar.

---

Sofia Amlöh  
Ordförande

## **Prövning av barnets bästa inför besvarande av medborgarförslag om att även barn äldre än 17 år ska få åka på sommarläger**

### **Beskrivning av ärendet med utgångspunkt i barnets bäst**

Nyköpings kommun brukar ordna sommarläger för ungdomar med LSS-insatsen korttidsvistelse och som är i åldern 12-17 år. Förslagsställaren föreslår nu att även ungdomar äldre än 17 år ska få åka på sommarläger, utifrån att de har samma behov av att få komma hemifrån och träffa andra ungdomar.

### **Underlag, relevant att utgå från, för att kunna göra en bedömning av barnets bästa**

Verksamheten har gjort en utvärdering av tidigare genomförda läger för åldersgruppen 12-21 år och funnit att det inte var lämpligt att ha ett så stort åldersspann. Verksamheten konstaterar också att det i dagsläget inte finns underlag för att ordna läger för gruppen 17-21 år.

### **Relevanta faktorer för att beakta barnets rättigheter**

Enligt barnkonventionen har ett barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar tilltron till den egna förmågan och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället. Barnet har också rätt till lek, vila, fritid och rekreation anpassad till barnets ålder och att fritt delta i det kulturella och konstnärliga livet.

### **Slutsats**

Verksamhetens utvärdering visar att det inte varit lämpligt att rikta sig till ungdomar i ett så stort åldersspann som 12-21 år. Ett läger av den typen bidrar inte till att säkerställa barns rättigheter enligt ovan.



Från: [REDACTED]  
Till: <kommun@nykoping.se>  
Ärende: Medborgarförslag  
Datum: 2020-03-09 09:56:41

---

Jag föreslår att Nyköpings kommun beslutar att... : Ungdomar inom LLS, över 17 år ska få komma på sommarläger en vecka!

Motivering : De som är under 17 år, har rätt att söka sommarläger, men inte de som fyllt 17! De har samma behov som andra ungdomar att komma hemifrån, träffa andra ungdomar, göra andra "saker" på sommarlovet! De är annars på fritids, kortids el hemma med föräldrar, ev ngn assistent! Det blir inget avbrott för dem, förutom att de inte går i skolan! De behöver oxå få "sommarlov", semester" ifrån vardagen, och byta miljö!

Namn : [REDACTED]  
Adress : [REDACTED]  
Postnr : [REDACTED]  
Telefon : [REDACTED]  
E-post : [REDACTED]  
Ort och datum : Nyköping 200309

VON §

Dnr VON20/5

**Ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ f och h Socialtjänstlagen (SOL), andra kvartalet 2020**

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt Socialtjänstlagen för beslut som inte verkställts inom tre månader under andra kvartalet 2020 till Inspektionen för Vård- och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar nio beslut, varav ett funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är aidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har sju beslut verkställts.

Tabellen specificerar de nio ej verkställda besluten.

Antal	Tid för beslut	Kommentar
Särskilt boende		
3	Feb 2020 – Mar 2020	Samtliga har erbjudits och tackat nej, men står kvar i kön.
Särskilt boende socialpsykiatri		
1	Sep 2019	Kommer att flytta in i augusti.
Kontaktperson		
1	Feb 2020	Dröjsmål pga Covid-19
Dagverksamhet		
2	Mar 2020	Dröjsmål pga Covid-19
Växelboende		
2	Feb 2020	Dröjsmål pga Covid-19

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2020-08-14.

**Beslut till:**

Kommunfullmäktige

Revisorerna

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

|

|

|

Vård- och omsorgsnämnden

## Ej verkställda beslut enligt 16 kap §§ f och h Socialtjänstlagen (SOL), andra kvartalet 2020

### Bakgrund

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt Socialtjänstlagen för beslut som inte verkställts inom tre månader under andra kvartalet 2020 till Inspektionen för Vård- och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar nio beslut, varav ett funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har sju beslut verkställts.

Tabellen specificerar de nio ej verkställda besluten.

Antal	Tid för beslut	Kommentar
Särskilt boende		
3	Feb 2020 – Mar 2020	Samtliga har erbjudits och tackat nej, men står kvar i kön.
Särskilt boende socialpsykiatri		
1	Sep 2019	Kommer att flytta in i augusti.
Kontaktperson		
1	Feb 2020	Dröjsmål pga Covid-19
Dagverksamhet		
2	Mar 2020	Dröjsmål pga Covid-19
Växelboende		
2	Feb 2020	Dröjsmål pga Covid-19

### 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

**att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2020-08-14.

Marie Johnsson  
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och  
omsorgsnämnden

**Beslut till:**

Kommunfullmäktige  
Revisorerna

VON §

Dnr VON20/6

**Ej verkställda beslut enligt § 28 h Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade, andra kvartalet 2020**

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt LSS för beslut som inte verkställts inom tre månader under andra kvartalet 2020 till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar 25 beslut, varav 10 funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har åtta beslut verkställts. Ett beslut har tagits bort från inrapporteringen p g a avslut på enskilda begäran.

Tabellen specificerar de 25 ej verkställda besluten.

Antal	Tid för beslut	Kommentar
Bostad med särskild service		
9	Apr 2016 – Mar 2020 (2016 1 st beslut, 2017 1 st)	Flertalet har andra beslut verkställda under väntetiden, såsom daglig verksamhet, servicebostad och boendestöd. Ett par har planerad inflytt.
Kontaktperson		
7	Jun 2019 – Mar 2020	Svårigheter att hitta rätt person för uppdraget.
Daglig verksamhet		
5	Aug 2017 – Jan 2020 (2017 1 st beslut)	
Korttidsvistelse		
3	Jan 2020 – Mar 2020	Vanligt med önskad senarelagd start pga Covid-19
Ledsagarservice		
1	Feb 2020	Har annan insats

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2020-08-14.

**Beslut till:**

Kommunfullmäktige

Revisorerna

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

--	--	--

Vård- och omsorgsnämnden

## Ej verkställda beslut enligt § 28 h Lagen om stöd och service (LSS) till vissa funktionshindrade, andra kvartalet 2020

### Bakgrund

Division Social omsorg (DSO) har lämnat redogörelse enligt LSS för beslut som inte verkställts inom tre månader under andra kvartalet 2020 till Inspektionen för Vård och omsorg (IVO). Rapporteringen omfattar 25 beslut, varav 10 funnits med även i tidigare rapportering. Sammanställningen i tjänsteskrivelsen är avidentifierad för anmälan till Kommunfullmäktige och revisorerna. Under kvartalet har åtta beslut verkställts. Ett beslut har tagits bort från inrapporteringen p g a avslut på enskilda begäran.

Tabellen specificerar de 25 ej verkställda besluten.

Antal	Tid för beslut	Kommentar
Bostad med särskild service		
9	Apr 2016 – Mar 2020 (2016 1 st beslut, 2017 1 st)	Flertalet har andra beslut verkställda under väntetiden, såsom daglig verksamhet, servicebostad och boendestöd. Ett par har planerad inflytt.
Kontaktperson		
7	Jun 2019 – Mar 2020	Svårigheter att hitta rätt person för uppdraget.
Daglig verksamhet		
5	Aug 2017 – Jan 2020 (2017 1 st beslut)	
Korttidsvistelse		
3	Jan 2020 – Mar 2020	Vanligt med önskad senarelagd start pga Covid-19
Ledsagarservice		
1	Feb 2020	Har annan insats

## **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

**att** godkänna rapporteringen enligt tjänsteskrivelse daterad 2020-08-14.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

## **Beslut till:**

Kommunfullmäktige

Revisorerna

VON §

Dnr VON20/4

**Delegationsärenden**

*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 2020-09-02

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** lägga förtecknade delegationsärenden till handlingarna.

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande



**Vård- och omsorgsnämnden**

## Delegationsbeslut

Pt	Dnr	Handlingsrubrik	Beslutande	Beslutsdatum
1.1.1	VON20/52:2	Delegationsbeslut: Beslut om justerad ersättningsnivå för hemtjänstutförare som endast erbjuder servicetjänster inom LOV (Lagen om valfrihetssystem)		2020-08-24
2.14.1	VON20/63:3	Beslut att avsluta Lex Sarah rapport avseende eventuellt missförhållande, Hemtjänst Nävekvarn		2020-06-26
2.14.1	VON20/67:3	Beslut att avsluta Lex Sarah rapport avseende eventuellt missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket		2020-07-13
2.14.1	VON20/68:3	Beslut att avsluta Lex Sarah rapport avseende eventuellt missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket		2020-07-13
2.14.1	VON20/69:3	Beslut att avsluta Lex Sarah rapport avseende eventuellt missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket		2020-07-13
2.14.1	VON20/73:3	Beslut att avsluta Lex Sarah rapport avseende missförhållande - HT Nattpatrullen		2020-07-13
2.14.1	VON20/76:2	Beslut att anmäla Lex Sarah rapport om missförhållande vid Mariebergsgården till Inspektionen för vård och omsorg	Ordförande Vård- och omsorgsnämnden	2020-07-20



VON §

Dnr VON20/1

**Anmälningssärenden**

*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 2020-09-02

**Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

**att** lägga rubricerade anmälningssärenden till handlingarna.

---

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

**Testnämnd**

## Anmälningar

Nr	Från	Handlingsrubrik	Dnr
1	Socialstyrelsen	Beslut om statsbidrag för verksamhet med personligt ombud i Nyköping Oxelösund och Gnesta 2020	VON19/104:12
2	Socialstyrelsen	Rekvisition av statsbidrag för Personligt ombud 2020	VON19/104:13
3	Beställarkontoret	För kännedom: Beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfällig vistelse i Gällivare kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:67
4	Socialstyrelsen	Utllysning av statsbidrag för 2020 till regioner och kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av covid-19	VON20/70:1
5	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket	VON20/68:1
6	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket	VON20/69:1
7	Beställarkontoret	Socialnämnden i Kalix kommuns beslut om "Upphävning av beslut om tillfällig vistelse från annan kommun" samt "Beslut om följsamhet till SKR:s rekommendation om tillfällig vistelse"	VON20/43:69
8	Beställarkontoret	Utdrag Kommunfullmäktiges protokoll § 146 200609 Revidering av Budget 2020, flerårsplan 2021-2022	VON19/109:7
9	Beställarkontoret	Beslut om upphävande av tidigare beslut gällande omsorgsinsatser till individer med tillfälliga vistelser i Lindesbergs kommun samt beslut om följsamhet till SKR:s rekommendationer om t.f. vistelse	VON20/43:70
10	Beställarkontoret	För kännedom: Upphävande av beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfälliga vistelser i Strömstads kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:71
11	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - HT Nattpatrullen	VON20/73:1
12	Beställarkontoret	För kännedom: Upphävande av beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfälliga vistelser i Vingåkers kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:72
13	Beställarkontoret	För kännedom: Upphävande av beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfälliga vistelser i Bergs kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:73

14	Beställarkontoret	För kännedom: Upphävande av beslut gällande omsorgsinsatser vid tillfälliga vistelser i Vänersborgs kommun med anledning av Corona (Covid-19)	VON20/43:74
15	Beställarkontoret	Synpunkt gällande Olivia hemomsorg AB och deras hemtjänstverksamhet	VON20/18:1
16	Dataskyddsombudet	Beslut att avsluta ärende rörande anmälan av personuppgiftsincident till Datainspektionen - Division Social omsorg	VON20/33:4
17	Beställarkontoret	Skrivelse angående statsbidrag för att ekonomiskt stödja vården och omsorgen till följd av sjukdomen covid-19	VON20/43:75
18	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket	VON20/69:2
19	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket	VON20/68:2
20	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket	VON20/67:2
21	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport avseende missförhållande - HT Nattpatrullen	VON20/73:2
22	Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Meddelande: Överlämnande från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av ett anonymt tips gällande verksamhet	VON20/74:1
23	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Mariebergsgården	VON20/75:1
24	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Mariebergsgården	VON20/76:1
25	Beställarkontoret	Beslut från Inspektionen för vård och omsorg gällande tillsyn av HVB-hemmet Änglahuset i Björkvik AB, Katrineholms kommun, Dnr 8.5-42163/2018-10	VON20/1:47
26	Beställarkontoret	Synpunkt gällande Olivia hemomsorg AB och deras hemtjänstverksamhet	VON20/18:2
27	Beställarkontoret	Program för hösten 2020 - Anhörigstöd i Nyköping	VON20/1:48
28	Beställarkontoret	Rapport från Studieförbundet Vuxenskolan avseende verksamheten våren 2020	VON19/115:3
29	Beställarkontoret	Meddelande från Inspektionen för vård och omsorg : Överlämnande av anonymt klagomål gällande Riggargatan, till Ansvar och Omsorg AB, Dnr 3.4.2-25018/2020-3	VON20/12:8
30	Beställarkontoret	Svar från Olivia om hur inkommen synpunkt i mars 2020 hanterades	VON20/18:3
31	Beställarkontoret	Regeringsbeslut om medel till kommunerna för att bidra till att motverka konsekvenserna av isolering för äldre med anledning av spridningen av Covid-19	VON20/80:1
32	Beställarkontoret	Inbjudan: Inspirationsdag med hästen och folkhälsan i fokus för politiker, tjänstemän och andra beslutsfattare och andra yrkesverksamma inom vård, skola och omsorg	VON20/1:49
33	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket	VON20/82:1
34	Beställarkontoret	Information från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avseende signering av beslut	VON20/1:50

35	Division Social omsorg	Utredning av Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Lundågårdens demensboende, Bruket	VON20/82:2
36	Division Social omsorg	Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Mariebergsgården	VON20/83:1