

KALLELSE TILL VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDENS SAMMANTRÄDE

**Torsdag 16 mars 2023 klockan 13:30
i Stadshuset Sal B**

Sammanträdet är öppet för allmänheten

Gruppmöten: 12.30-13.30

S-M-grupp: Stadshuset sal B

KD-L-grupp: Stadshuset lokal Insikten

SD-grupp: Stadshuset lokal Avsikten

MP-V-grupp: Stadshuset lokal Grottan

C-grupp: ej bokad rum

Informationsärenden

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| 1 | Fördjupning inom funktionsstödsomsorgen (FSO) | Representanter från DSO |
| 2 | Ekonomiskt läge | Divisionschef, ekonomichef DSO |
| 3 | Ny hantering av distribuering av kallelser och protokoll | Nämndsekreterare |

Beslutsärenden

- | | | |
|---|--|----------|
| 1 | Kvalitetsberättelse 2022, Division Social omsorg | VON23/30 |
| | - Tjänsteskrivelse | |
| | - Kvalitetsberättelse | |
| 2 | Verksamhetsstatistik för året 2022 | VON22/66 |
| | - Tjänsteskrivelse | |
| | - Rapport | |

- | | | |
|---|--|-----------|
| 3 | Resultat av patientsäkerhetsenkät från Medicinskt ansvarig sjuksköterska <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport- Bilaga | VON23/5 |
| 4 | Rapport gällande avvikelser i Hälso- och sjukvården inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2022 <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport | VON23/5 |
| 5 | Rapport om åtgärdsarbete rörande avvikelshantering inom SOL och LSS <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport | VON22/62 |
| 6 | Brukarundersökning inom funktionsstödsomsorgen 2022 <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport | VON22/137 |
| 7 | Åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning inom hemtjänsten <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Rapport Division Social omsorg- Rapport Lycka omsorg- Rapport Olivia hemomsorg- Rapport Invita omvårdnad | VON22/45 |
| 8 | Utveckling av dagverksamhet för äldre <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Bilaga | VON23/35 |

- | | | |
|----|---|-----------|
| 9 | Följder av beslut om förändrad matdistribution, val av maträtt <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse | VON22/114 |
| 10 | Rekvirering och disponering av 2023 års statsbidrag för en god vård och omsorg om äldre <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Förslag till disponering av statsbidrag | VON23/28 |
| 11 | Yttrande över revisionsrapport: Granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter <ul style="list-style-type: none">- Tjänsteskrivelse- Förslag till yttrande- Revisionsrapport | VON22/146 |
| 12 | Delegationsärenden <ul style="list-style-type: none">- Förteckning över anmälda delegationsbeslut | VON23/4 |
| 13 | Anmälningssärenden <ul style="list-style-type: none">- Förteckning över inkomna anmälningssärenden | VON23/1 |

Carina Wallin
Ordförande

Caroline Svensson
Sekreterare

VON § Kvalitetsberättelse 2022, Division Social omsorg

Diarienummer: VON23/30

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ställer krav på att det finns ett ledningssystem som säkerställer att vårdgivare och socialtjänst bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Under 2022 fastställde Division Social omsorg (DSO) ett ramverk för ett divisionsgemensamt kvalitetsledningssystem. Implementering av detta pågår, vilket väntas leda till att det systematiska kvalitetsarbetet i divisionen förbättras. DSO har i bifogad kvalitetsberättelse samlat ihop dokumentationen från 2022 års systematiska kvalitetsarbete.

Kvalitetsberättelsen tar upp synpunkter och klagomål, avvikelser, egenkontroll, Lex Sarah, Öppna jämförelser och Kommunens kvalitet i korthet samt resultatet av årets brukarundersökning. Ett antal förbättringsområden konstateras och av berättelsen framgår även planerade förbättringsåtgärder. Ett par av förbättringsområdena handlar om avvikelshantering och besvarande av synpunkter och klagomål.

Barnrättsprövning

Nej

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna kvalitetsberättelsen för 2022 avseende Division Social omsorgs verksamhet, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-02-23

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Kvalitetsberättelse 2022, Division Social omsorg

Bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ställer krav på att det finns ett ledningssystem som säkerställer att vårdgivare och socialtjänst bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Under 2022 fastställde Division Social omsorg (DSO) ett ramverk för ett divisionsgemensamt kvalitetsledningssystem. Implementering av detta pågår, vilket väntas leda till att det systematiska kvalitetsarbetet i divisionen förbättras. DSO har i bifogad kvalitetsberättelse samlat ihop dokumentationen från 2022 års systematiska kvalitetsarbete.

Kvalitetsberättelsen tar upp synpunkter och klagomål, avvikelser, egenkontroll, Lex Sarah, Öppna jämförelser och Kommunens kvalitet i korthet samt resultatet av årets brukarundersökning. Ett antal förbättringsområden konstateras och av berättelsen framgår även planerade förbättringsåtgärder. Ett par av förbättringsområdena handlar om avvikelshantering och besvarande av synpunkter och klagomål.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna kvalitetsberättelsen för 2022 avseende Division Social omsorgs verksamhet, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-02-23

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

2023-03-06

Beslut till:

Division Social omsorg

KVALITETSBERÄTTELSE 2022

ÄLDREOMSORG OCH FUNKTIONSSTÖDSOMSORG DSO



Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Syfte och bakgrund | 5 |
| Nytt samlat kvalitetsledningssystem för divisionen | 5 |
| Definition av kvalitet..... | 5 |
| Kvalitet i Nyköpings kommun | 6 |
| Vad ingår i kvalitetsberättelsen?..... | 6 |
| Avvikelser..... | 6 |
| Vad innebär avvikelse, klagomål, synpunkt och missförhållande/ risk för missförhållande?..... | 6 |
| Egenkontroll..... | 7 |
| Processer | 8 |
| Äldreomsorgen..... | 9 |
| Avvikelser | 9 |
| Synpunkter och klagomål | 9 |
| Resultat av externa synpunkter 2022..... | 9 |
| Sammanfattning och analys av resultatet | 10 |
| Avvikelser kopplat till individer inom äldreomsorgen | 10 |
| Resultat..... | 11 |
| Hemtjänst..... | 11 |
| Särskilt boende | 12 |
| Dagverksamhet..... | 12 |
| Sammanfattning och analys av resultat..... | 12 |
| Missförhållanden och risker för missförhållanden, lex Sarah. | 13 |
| Hemtjänst..... | 13 |
| Särskilt boende | 13 |
| Dagverksamhet..... | 14 |
| Sammanfattning och analys av resultat..... | 14 |
| Egenkontroll..... | 14 |
| Internkontroll..... | 14 |
| Sammanfattning och analys av genomförd internkontroll | 15 |
| Öppna jämförelser | 16 |
| Resultat..... | 16 |
| Sammanfattning och analys av Öppna jämförelser..... | 16 |

| | |
|---|----|
| Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) | 16 |
| Resultat..... | 16 |
| Sammanfattning och analys av KKiK | 17 |
| Brukarundersökning..... | 17 |
| Resultat..... | 17 |
| Hemtjänst..... | 17 |
| Särskilt boende | 18 |
| Övergripande sammanfattning och analys av brukarundersökningen ... | 19 |
| Processer | 19 |
| Processer 2023..... | 19 |
| Slutord äldreomsorg | 19 |
| Funktionstödsomsorgen..... | 21 |
| Avvikelse | 21 |
| Synpunkter och klagomål | 21 |
| Resultat av externa synpunkter och klagomål 2022 | 21 |
| Sammanfattning och analys av externa synpunkter och klagomål 2022 . | 22 |
| Avvikelse kopplat till individer inom funktionstödsomsorgen..... | 22 |
| Resultat..... | 22 |
| Grupp och service och SoL boenden..... | 22 |
| Daglig verksamhet/daglig sysselsättning | 23 |
| Personlig assistans..... | 24 |
| Boendestöd | 24 |
| Sammanfattning och analys av individavvikelse..... | 24 |
| Missförhållanden och risker för missförhållanden, lex Sarah | 25 |
| Gruppboende och serviceboende LSS, serviceboende SoL | 25 |
| Daglig verksamhet/sysselsättning | 25 |
| Personlig assistans..... | 25 |
| Sammanfattning och analys av resultat..... | 25 |
| Egenkontroll..... | 26 |
| Internkontroll..... | 26 |
| Sammanfattning och analys av genomförd internkontroll | 26 |
| Öppna jämförelser | 26 |
| Resultat..... | 26 |
| Sammanfattning och analys av öppna jämförelser..... | 27 |

| | |
|---|----|
| Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) | 27 |
| Resultat..... | 27 |
| Sammanfattning och analys av kommunens kvalitet i korthet | 27 |
| Brukarundersökning..... | 28 |
| Servicebostad..... | 28 |
| Sammanfattning..... | 28 |
| Gruppbofastad..... | 28 |
| Sammanfattning..... | 29 |
| Personlig assistans..... | 30 |
| Sammanfattning..... | 30 |
| Bostad särskild service SOL..... | 31 |
| Sammanfattning..... | 31 |
| Övergripande sammanfattning och analys | 31 |
| Processer | 32 |
| Funktionsstödsomsorg för barn..... | 32 |
| Avvikelser..... | 32 |
| Processer | 33 |
| Slutord funktionsstödsomsorg..... | 33 |

Syfte och bakgrund

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, ställer krav på att det finns ett ledningssystem som säkerställer att vårdgivare och socialtjänst bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete. Författningen ska tillämpas på verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SoL), och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Kravet på att ha ett ledningssystem gäller både för den verksamhet som innefattar myndighetsutövning, till exempel ärendehandläggning, och för den verksamhet som verkställer insatsen.

Verksamheternas systematiska kvalitetsarbete som regleras i ledningssystemet ska årligen följas upp och dokumenteras genom en kvalitetsberättelse och en patientssäkerhetsberättelse.

Division Social omsorg har i denna kvalitetsberättelse samlat ihop dokumentationen från 2022 års systematiska kvalitetsarbete. Utformningen och innehållet i kvalitetsberättelsen kommer att utvecklas framöver.

Nytt samlat kvalitetsledningssystem för divisionen

Under 2022 fastställde Division Social omsorg ett ramverk för ett divisionsgemensamt kvalitetsledningssystem. Implementering av detta pågår vilket väntas leda till att det systematiska kvalitetsarbetet i divisionen förbättras. Det nya, samlade kvalitetsledningssystemet medför också en bättre grund för gemensam uppföljning och analyser inom divisionens verksamheter och med de nämnder som styr divisionens verksamhet.

Definition av kvalitet

Enligt SOSFS 2011:9 definieras kvalitet som att "verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut".

I förarbeten till Socialtjänstlagen står det att kvalitet kan inte enbart ses ur brukarens perspektiv utan bör även bedömas ur ett personal-, lednings-, och medborgarperspektiv. Som exempel på faktorer som är av stor betydelse för att en verksamhet ska vara av god kvalitet nämns rättssäkerhet, den enskildes medinflytande, lätt tillgänglig vård och service, ett genomtänkt arbets sätt, fungerande arbetsledning och lämplig sammansättning av ett arbetslag. Att socialtjänsten använder sig av ett genomtänkt arbets sätt är en del av kvaliteten, vilket understryker behovet av uppföljning och utvärdering av olika insatser.

Varje år upprättar Vård- och omsorgsnämnden och Socialnämnden samt Kompetens- och arbetsmarknadsnämnden överenskommelser med divisionen där särskilda uppdrag som berör kvalitetsaspekten ska beaktas.

På kommunens externa webbsida definieras kvalitet som att effektivt svara upp mot behov och fastställda krav. Behoven är brukarens, kundens eller

medborgarens. Kraven är politiska beslut, lagstiftning och förordningar (www.nykoping.se).

Kvalitet i Nyköpings kommun

Att säkerställa en kvalitativ verksamhet med utgångspunkt i medborgarens behov ska vara grundläggande för alla verksamheter. Alla verksamheter ska ha ett systematiskt kvalitetsarbete. I ansvaret ingår att kvalitetssäkra verksamheten och ständigt utveckla och förbättra den service och de tjänster som kommunen levererar.

Hur det systematiska kvalitetsarbetet är uppbyggt kan se olika ut inom olika verksamheter men Nyköpings kommun har det så kallade förbättringshjulet som gemensam utgångspunkt. Genom att arbeta utifrån detta säkerställs att erfarenheter dras ur genomförd verksamhet och att dessa ligger till grund i kommande års verksamhetsplanering.

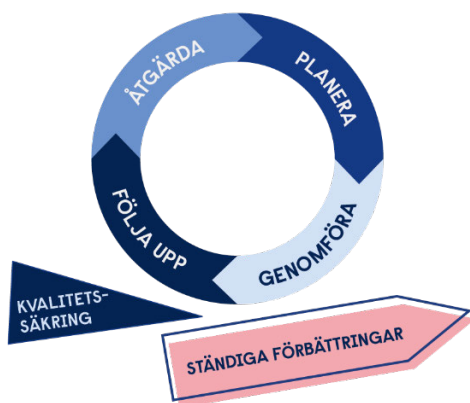


Bild 1: Förbättringshjulet säkerställer ständiga förbättringar.

Vad ingår i kvalitetsberättelsen?

Avvikelse

DSO arbetar utifrån SOSFS 2011:9 med att ständigt utveckla kvalitetsarbetet genom rapportering av interna och externa avvikelser, synpunkter och klagomål. Dessa utreds och följs upp av enhetschefer och ledningslag. Arbetet syftar till att utveckla verksamheten så den ska kunna erbjuda bästa möjliga kvalitet i sitt utförande av välfärdstjänster.

Vad innebär avvikelse, klagomål, synpunkt och missförhållande/ risk för missförhållande?

Med avvikelse avses att verksamheten inte når upp till krav och mål som anges i lagar, föreskrifter och beslut fattade med stöd av sådana samt övriga av

nämnden fastställda krav och mål. En avvikelse uppstår också om personalen inte arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Samtliga identifierade avvikelser ska dokumenteras, rapporteras, utredas och åtgärdas för att säkerställa att avvikelser inte inträffar på nytt.

Förbättringsarbetet ska medföra att organisationen lär av sina misstag. En avvikelse kan få konsekvensen att den enskilde eller en grupp brukare drabbas.

Med klagomål avses att någon klagar på att verksamheten inte uppnår förväntad kvalitet. Med synpunkt avses övrigt som framförs och som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag till förbättringar. Klagomål och synpunkter kan framföras av alla intressenter som är angivna i föreskriften, brukare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter, föreningar och andra organisationer och intressenter samt allmänheten. Närmaste chef ansvarar för att löpande ta emot klagomål och synpunkter från dessa samt utreda och besvara dessa.

Utifrån inkomna klagomål och synpunkter ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Inkomna klagomål och synpunkter samt vidtagna åtgärder ska sammanställas och dessa sammanställningar finns i kvalitetsberättelsen.

Egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamheten. Egenkontroll innebär att det sätt som arbetet har utförts på granskats, särskilt i jämförelse med andra och med sig själv över tid. (Handbok för tillämpning av SOSFS 2011:9). Här nedan listas några exempel på vad som kan ingå i egenkontrollen:

- Jämförelser av resultat med nationella/regionala kvalitetsregister.
- Jämförelser av resultat med Socialstyrelsens Öppna jämförelser, brukarundersökningar och enhetsundersökningar.
- Jämförelser av resultat i Kolada, exempelvis Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)
- Granskningar av journaler, akter och annan dokumentation.
- Undersökningar av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.

Utförd egenkontroll sammanställs, analyseras och dokumenteras i kvalitetsberättelsen.

Processer

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. En rutin är ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras. Processer och tillhörande rutiner utgör tillsammans divisionens fastställda arbetssätt. Processorientering handlar om att fokusera på nyttan för de som vi finns till för, och hur denna nytta skapas. Processledning är att styra det viktigaste i en verksamhet – hur vi skapar värde. Vi behöver ständigt återvända till frågor om "för vem gör vi vad och hur" för att vara effektiva och leverera kvalitet.

Vi vet ofta hur organisationen är strukturerad och vem som gör vad, men har inte alltid insikt i hur delarna samverkar till nytta för de vi är till för. Genom att styra värdeskapandet och anpassa organisationen efter det kan vi öka kvaliteten i det vi levererar och förebygga avvikelser och missförhållanden. Det gör vi inom divisionen genom att kartlägga och ständigt förbättra våra processer.

I kvalitetsberättelsen beskriver vi hur vi inom DSO har arbetat med att förbättra våra processer.

Äldreomsorgen

Avvikelser

Synpunkter och klagomål

Under 2022 inkom 42 externa synpunkter och klagomål inom verksamhetsområdet. Synpunkterna har inkommit jämnt fördelat under året med en viss nedgång antal inkomna synpunkter under sommarmånaderna juni-augusti. Ett klagomål har inkommit från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO avslutade ärendet och ingen redovisning behövdes kring hur klagomålet hanterats.

Resultat av externa synpunkter 2022

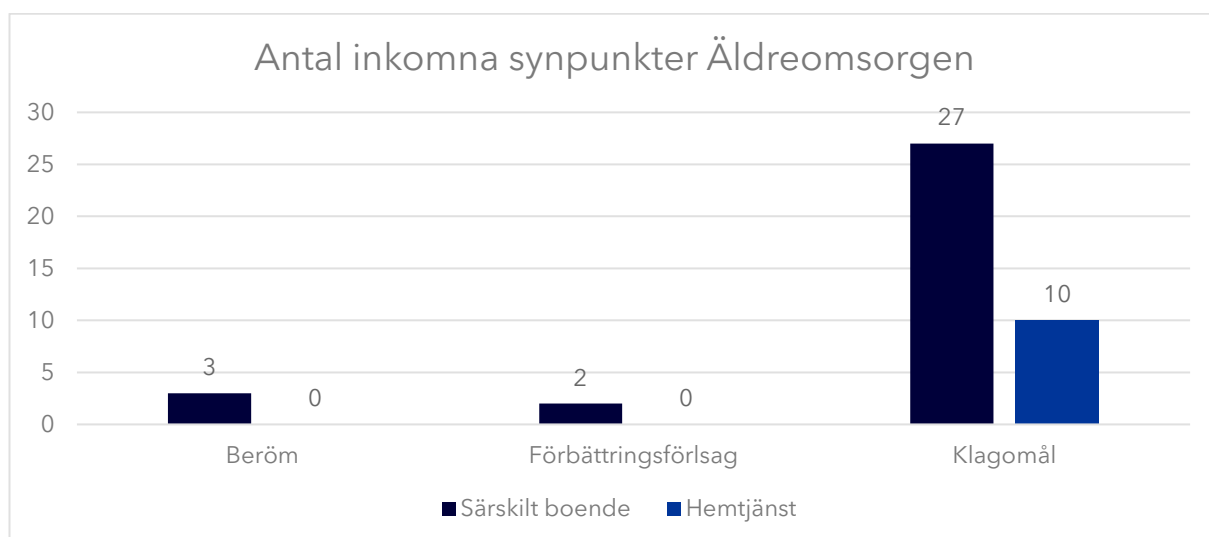


Diagram 1 beskriver fördelning av inkomna synpunkter inom Äldreomsorgen.

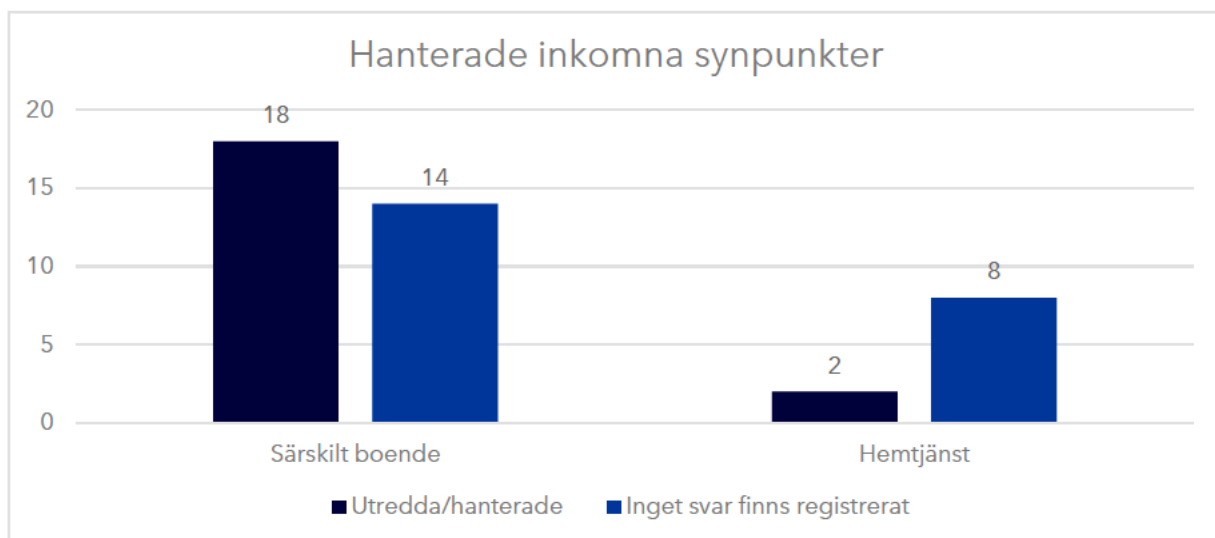


Diagram 2 beskriver antalet hanterade och ej hanterade synpunkter.

Sammanfattning och analys av resultatet

De inkomna synpunkterna har varierat i orsak men har främst avsett kvalitet och resultat på utförda insatser. Synpunkterna inom kvalitet och resultat på utförda insatser har till största del handlat om att insatserna ej utförts som planerat, att det saknats genomförandeplan eller kontaktuppgifter/kontaktpersonal. I de synpunkter som inkommit som avser beröm gäller dessa bra bemötande av personal samt att hyresgäster och anhöriga är nöjda med vården och omsorgen. Inom särskilt boende har två av synpunkterna avsett förbättringsförslag. Antalet externa avvikelserna bedöms inte som avvikande för verksamhetsområdet.

När sammanställningen gjordes av de inkomna synpunkter var cirka hälften av dessa besvarade, uppföljda med registrerat svar. Det kan förkomma att synpunkter har hanterats muntligen eller via mejl men även dessa ska registreras och besvaras skriftligt enligt den kommunala rutinen gällande ärendehantering av synpunkten. Planerade åtgärder inom äldreomsorgen under 2023 är att systematiskt ta upp synpunkter på respektive ledningslag för transparens och en lärande organisation.

Avvikelse kopplat till individer inom äldreomsorgen

Under 2022 har det totalt registrerats 629 avvikelser inom äldreomsorgen. Året innan registrerades det totalt 623 avvikelser. Jämfört med de avvikelser som inkom 2021 har antalet avvikelser inom hemtjänst minskat avseende utebliven insats men ökat gällande informationsöverföring. Inom särskilt boende har antalet avvikelser ökat inom utebliven insats och felaktigt utförd insats. Majoriteten av de registrerade avvikelserna avser utebliven insats.

Resultat

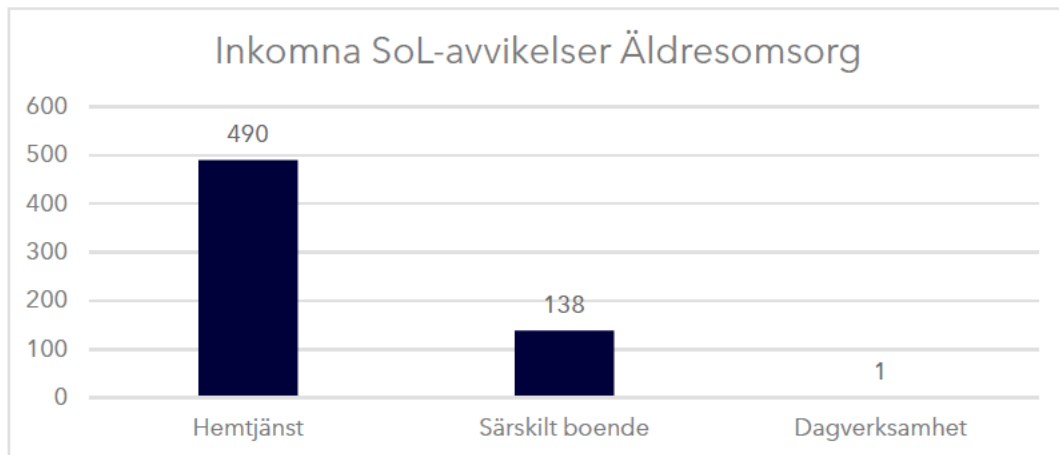


Diagram 3 beskriver fördelningen av inkomna avvikelser i verksamhetsområdet 2022

Hemtjänst

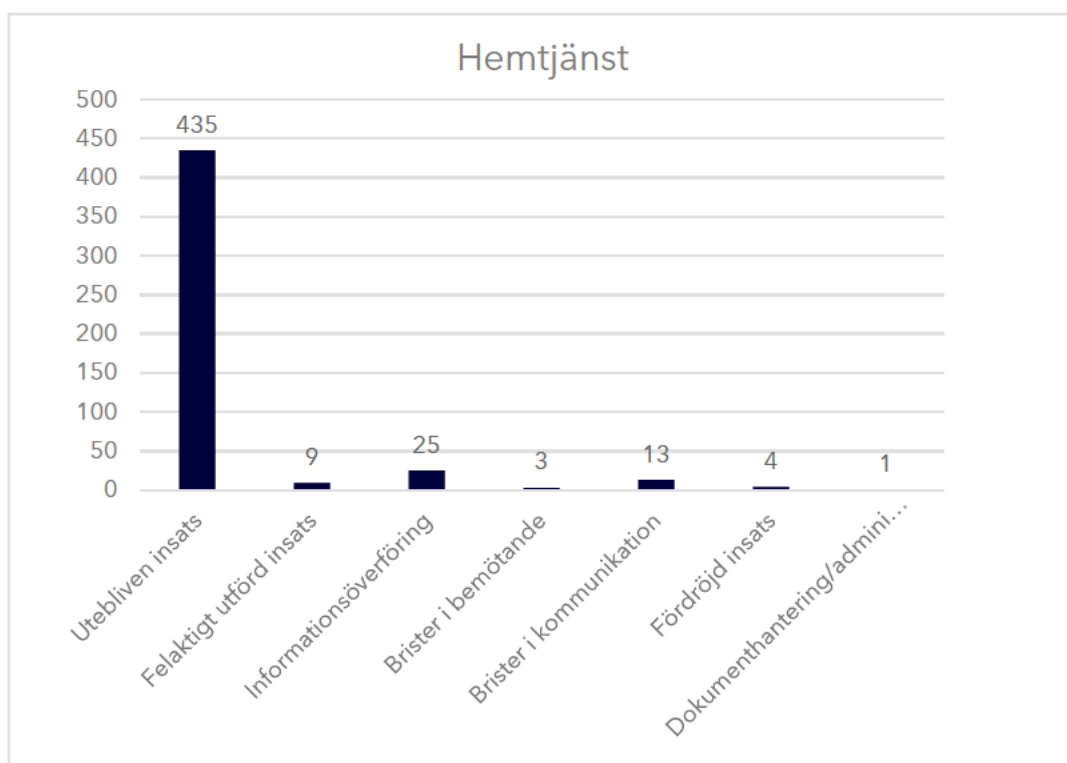


Diagram 4 beskriver fördelningen av inkomna avvikelser inom hemtjänst.

Särskilt boende

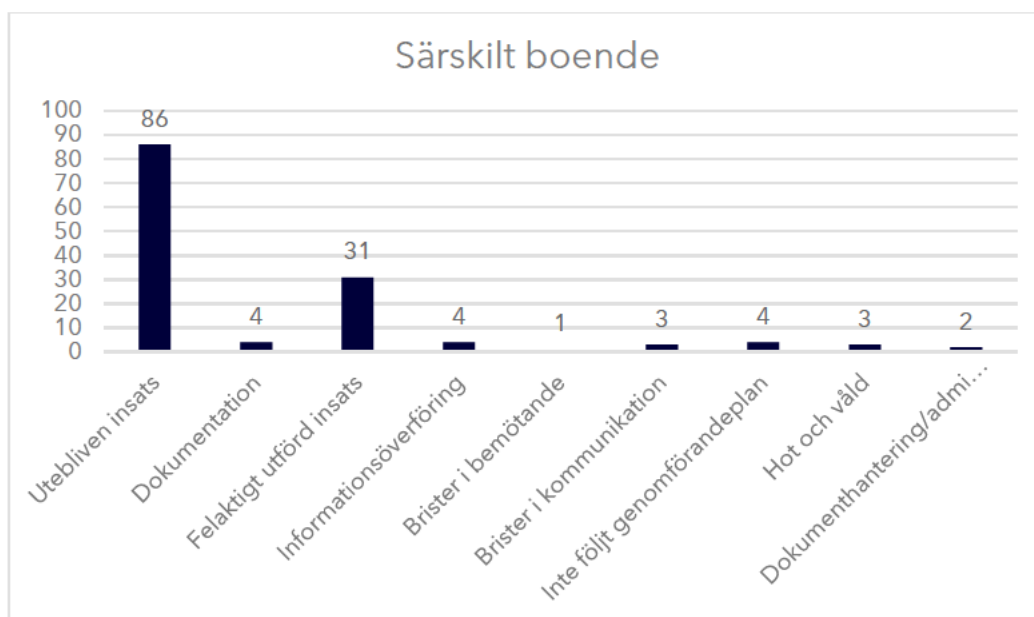


Diagram 5 beskriver fördelningen av inkomna avvikelser inom särskilt boende.

Dagverksamhet

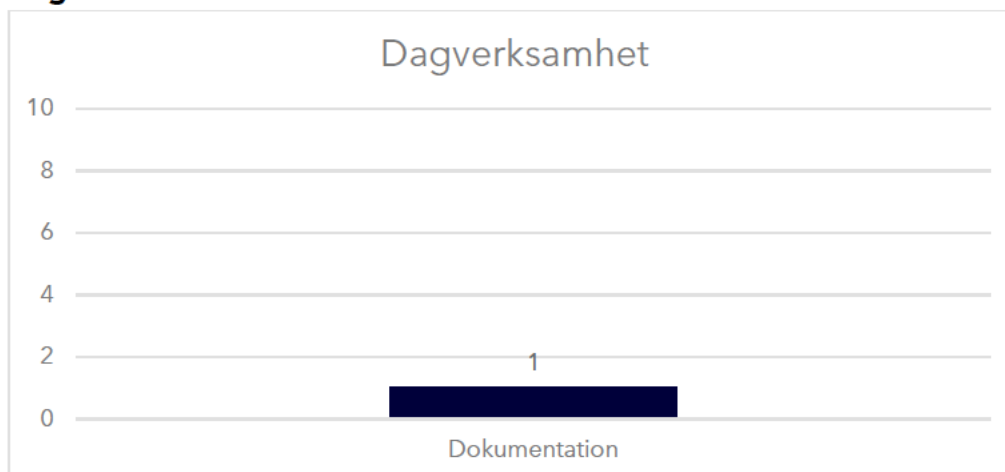


Diagram 6 beskriver fördelningen av inkomna avvikelser inom dagverksamhet.

Sammanfattning och analys av resultat

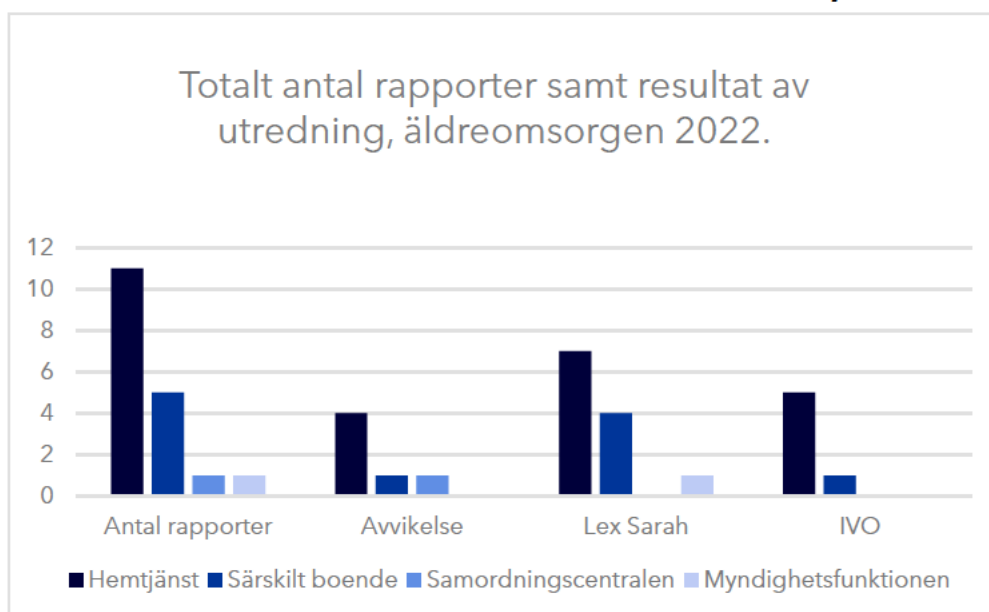
Majoriteten av upprättade avvikelser inom hemtjänsten grundar sig i utebliven insats till följd av personalbrist. Under 2022 utförde hemtjänst dag cirka 437 500 insatser och nattpatrullen cirka 38 500 insatser. Totalt har cirka 476 000 utförda insatser inom hemtjänst dag och natt. I nattpatrullen har det registrerats flest avvikelser gällande uteblivna insatser där orsak som angivits är brist på personal. Antalet totala avvikelser inom utebliven insats under året är 435 vilket är ett lågt antal i relation till samtliga insatser som utförts.

Avseende de registrerade avvikelser inom informationsöverföring är övervägande delen upprättade på grund av att nattpatrull ej fått information om att en kund tillfälligt inte vistas i ordinarie bostad. Som åtgärd planeras under 2023 att skapa en ny rutin gällande informationsöverföring mellan Hemtjänst dag och natt samt se över möjligheten till en och samma genomförandeplan för samtliga insatser under hela dygnet.

Avseende de avvikelser som inkommit inom särskilt boende handlar det inom utebliven insats främst om dusch, natttillsyn och städ som uteblivit där personalbrist och okänd anledning angetts som orsak. Gällande felaktigt utförd insats handlar majoriteten av avvikelserna om golvlarm/rörelselarm som inte placerats ut enligt plan, att de varit ur funktion och att andra fallförbyggande hjälpmedel inte tillhandahållits enligt planeringen.

Utifrån vad som framkom efter sammanställningen som gjordes 2021 av avvikelser identifierades flera bister i avvikelshantering och under 2022 startades en arbetsgrupp där bland annat ett utbildningsmaterial för hela DSO kommer vara färdigställt under 2023.

Missförhållanden och risker för missförhållanden, lex Sarah.



Hemtjänst

Hemtjänsten har flest antal IVO anmälningar under året. Av de fem anmälningar som gjordes berörde tre stycken samma hemtjänstområde. De allvariga missförhållandena orsakades av stora brister i social dokumentation, brister i följsamhet till rutiner avseende bl.a. uppdrag från HSV och fallprevention.

Särskilt boende

Av de inkomna lex Sarah rapporterna från särskilt boende har de flesta rapporterade händelser inträffat på demensboenden. Två stycken handlar om

försvunna värdeföremål/ev. stölder, en är brister i insats samt brister i bemötande. En rapport som avsåg palliativ vård bedömdes i utredningen som risk för allvarligt missförhållande och anmäldes också till IVO.

Dagverksamhet

Dagverksamheten har inte lämnat in någon lex Sarah rapport under året. En orsak till det är ev. att man inte har så omfattande insatser kring omvårdnad såsom mat och hygien. Det är inom dessa områden som det ofta brister inom övrig äldreomsorg.

Sammanfattning och analys av resultat

Under 2022 ökade antalet inkomna lex Sarah rapporter från DSO's hela verksamhet. Då statistik inte redovisats tidigare förutom på antalet uppföljda åtgärdsplaner, kan inte någon procentuell ökning definieras för just äldreomsorgens område.

Vanligaste orsaken till att en rapport beslutas som ett missförhållande enligt lex Sarah är brister i utförandet av insatser. Det skiljer sig alltså mot den vanligaste orsaken till redovisade avvikelser, vilken var personalbrist.

Av de sex lex Sarah rapporterna (utredningarna) som även anmälts till IVO berörs flera verksamheter och/eller huvudmän. I dessa fall har det även brustit i kommunikation och information mellan de olika funktionerna och verksamheterna hos respektive huvudman. Bristerna kan härledas till både brist på kunskap samt brister i följsamhet till riktlinjer och rutiner. I vissa fall fanns dessa men var inte kända av personalen, oavsett funktion. Åtgärdsplaner kopplade till utredningarna har följts upp och åtgärder på både individ, grupp och organisationsnivå är vidtagna. Allt fler angivna mål att uppnå i åtgärdsplanerna ligger på en organisatorisk nivå. Det handlar bl.a. om att verksamhetsövergripande åtgärder behövs såsom översyn av hur verksamheten efterlever lagstiftning och nationella riktlinjer avseende t.ex. social dokumentation, organisationsövergripande rutiner, grundläggande kunskaper hos personalen inom vård-och omsorgsarbete etc.

Egenkontroll

Internkontroll

Kontrollområde: Utredningar

Kontroll: Att granska biståndshandläggarna utredningar minst 2st /månad.

Åtgärder: Interna samsynsmöten utifrån kontrollerna som visade på avvikelser i dokumentation. På möten går ansöknings- och handläggningsprocessen igenom i alla delar.

Kontrollområde: Bemanningen

Kontroll: Vakanshållning av tjänster

Åtgärder: Bemanningen har följts upp veckovis i hemtjänsten enhetschefer under våren och sommaren med syfte att det alltid ska finnas en uppdaterad bild över läget gällande rekrytering. Bemanning Särskilt boende följs upp av individuellt på varje enhet av enhetschef. Bemanningsbehovet meddelas till resurssamordningen.

Kontrollområde: Social dokumentation

Kontroll: Genomförandeplaner

Åtgärder: Granskning av fem genomförandeplaner/ månad inom särskilt boende. Enhetschefer inom hemtjänst går igenom och undertecknar samtliga genomförandeplaner. Mall för granskning av genomförandeplan kommer att tillämpas under 2023 inom hemtjänst.

Kontrollområde: Basal hygien

Kontroll: Självskattning hygien

Hemtjänst: Föreskrifter gällande förkläde följs inte, egenkontroll nummer tre var bister gällande användning av handsprit före och efter moment. Förbättring till egenkontroll nummer fyra.

Särskilt boende: Brister i användning av handsprit före arbetsmoment samt användning av förkläde.

Åtgärder: Webbutbildning Basal hygien enligt ny rutin minst 1 gång/år och fortsatt arbete med egenkontroller. Utifrån resultat görs en riskanalys och åtgärdsplan tas fram av respektive enhet. Ansvarig är enhetschef och hygienombud inom hemtjänst och särskilt boende.

Sammanfattning och analys av genomförd internkontroll

Under 2022 har granskning av egenkontroller gällande basal hygien genomförts, dokumenterats och analyserats och åtgärdsplaner har tagits fram. Utifrån resultat kan man se att det inom hemtjänst har skett förbättringar till den sista genomförda egenkontrollen gällande användning av handsprit före och efter moment. Aktiviteten finns med i årshjulet från 2023 och kommer genomföras kontinuerligt under året.

Internkontroll avseende social dokumentation och genomförandeplan har bidragit till att identifiera förbättringsområden vid upprättandet och uppföljning av genomförandeplaner.

Öppna jämförelser

Resultat

Det finns 16 frågeområden inom Öppna jämförelse Äldreomsorg där Nyköping uppfyller 4 av dem. Nedan är fyra exempel på frågeområden som är aktuella i Öppna jämförelser där två beskriver områden som Nyköpings kommun uppfyller och två frågeområden där det föreligger utvecklingspotential:

+ Använt IBIC vid bedömning för personer i ordinärt boende och vid ansökan om särskilt boende

+ Garanterar besök inom en viss tid efter larm

- Systematisk arbetssätt vid uppföljningar enligt IBIC i ordinärt boende eller på särskilt boende

- Ingen aktuell rutin vid indikation på att en vuxen har utsatts för våld

Sammanfattning och analys av Öppna jämförelser

I resultat beskrivs att utredningar vid bedömning för personer i ordinärt boende och vid ansökan om särskilt boende används Individens behov i centrum (IBIC) vilket inte används av samtliga kommuner i länet. Gällande uppföljningar enligt IBIC i ordinärt boende och på särskilt boende är det ett pågående arbete på Myndighetsfunktionen äldre och utvecklingspotential finns.

Vidare framgår i resultatet att det inte finns någon aktuell rutin när det finns indikationer på att en vuxen utsätts för våld. I Nyköpings kommun finns det en kommunövergripande checklista som ersätter rutinen.

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)

Resultat

+ Hemtjänst: Förtroende för personal i hemtjänsten har ökat 2022 (%)
2020: **89** 2022: **90**

+ Särskilt boende: Erbjuden minst en organiserad aktivitet under helg ökat (%)
2020: **27** 2021: **28** 2022: **31**

+ Särskilt boende: Möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål har ökat (%) 2019: **41** 2020: **38** 2022: **47**

- Hemtjänst: Kännedom om hur man kontaktar kommun när det gäller synpunkter och klagomål (%)
2019: **67** 2020: **65** 2022: **64**

- Boendeplatser i Särskilt boende där den äldre erbjuds daglig utevistelse
2020: **100** 2021: **89** 2022: **83**

Sammanfattning och analys av KKIK

Utifrån resultatet kan man se ett bättre resultat än tidigare år gällande förtroendet för personal inom hemtjänsten. Resultat avseende kännedom om hur man kontaktar kommunen när det gäller synpunkter eller klagomål har minskat och hemtjänsten har under 2022 haft som ett fokusområde att arbeta med kontaktvägar och information.

På enheterna inom boende har man talat kring synpunkter och informerat om blanketten som finns för ifyllnad vilket enligt ovanstående resultat visar ha gett effekt. Inom särskilt boende finns möjlighet för den boende att komma ut dagligen men resultatet tyder på att den boende eventuellt inte aktivt erbjuds utevistelse dagligen därav en lägre siffra än föregående år och är ett förbättringsområde.

Brukarundersökning

Resultat

I brukarundersökningen var andelen svarande för Division Social omsorg inom både Hemtjänst och Särskilt boende mellan 40 - 60%. Brukarundersökningen pågick mellan vecka 2-12 2022. Syftet med undersökningen är att kartlägga de äldres uppfattning om sin äldreomsorg. Resultaten används för jämförelser och som underlag för utveckling och förbättring av omsorgen om de äldre. Inom hemtjänsten finns det sex frågeområden och inom särskilt boende nio frågeområden. Nedan följer ett diagram avseende frågeområden där Division social omsorg fått ett högt betyg inom samt områden där det finns utvecklingsmöjligheter.

Hemtjänst

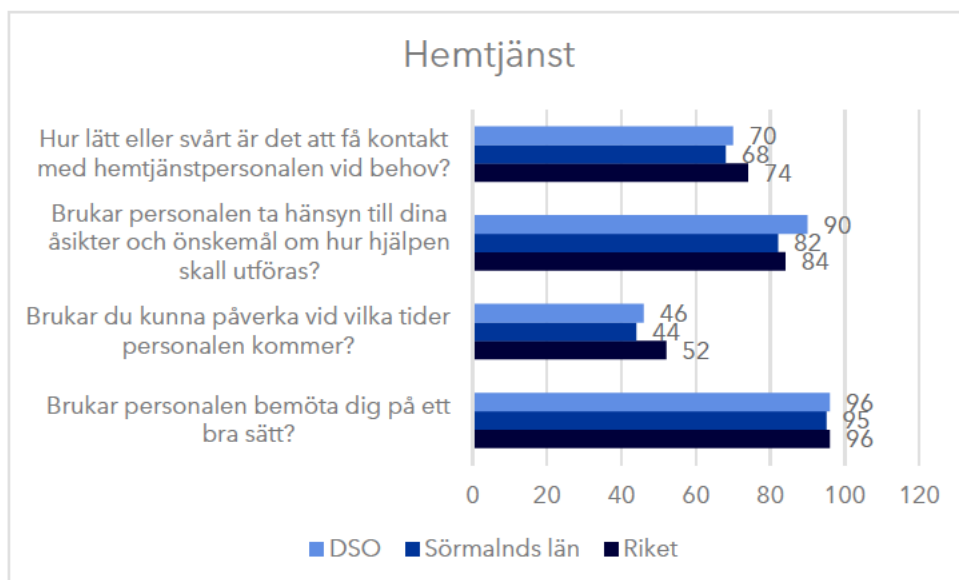


Diagram 7 beskriver svar inom frågeområdet Bemötande och inflytande samt tillgänglighet.

Inom hemtjänsten har brukarundersökningen visat på ett högt betyg gällande bemötande och inflytande. Hemtjänsten i Nyköpings kommun ligger även högre i resultat gällande att personal tar hänsyn till kundens åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras än riket och Sörmanlands län. Detta avser även förtroendet för personalen. Ett förbättringsområde efter resultatet i brukarundersökningen är tillgängligheten.

Särskilt boende

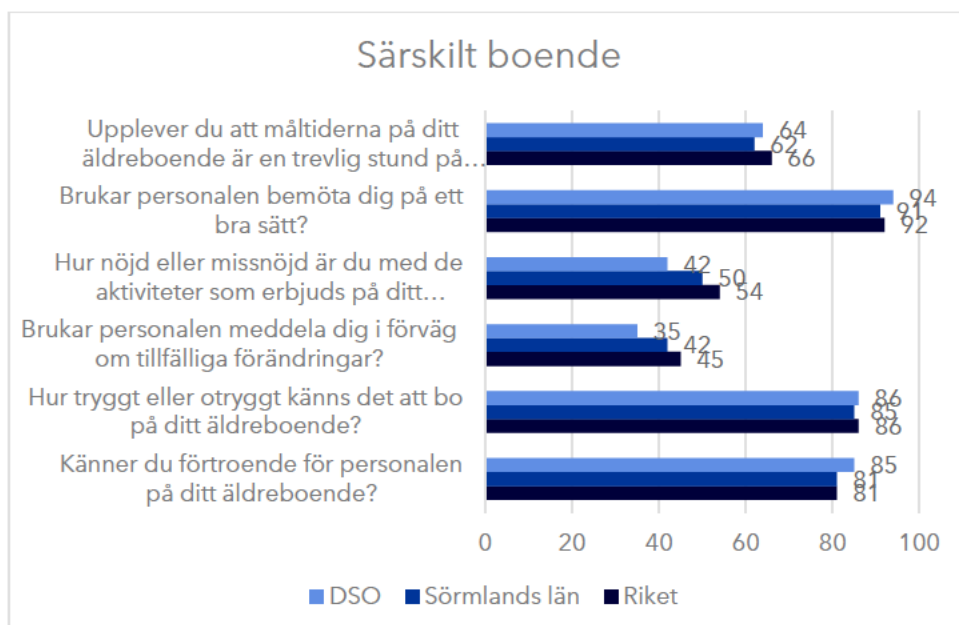


Diagram 8 beskriver svar inom frågeområden Bemötande, trygghet och förtroende, måltidsmiljö samt aktiviteter och utevistelse.

Inom särskilt boende har brukarundersökningen visat på ett högt betyg gällande Bemötande samt Trygghet och förtroende för personal. Division social omsorg ligger högre än snittet i Sörmland gällande att personal bemöter den boende på ett bra sätt. Förbättringsområden efter resultat i brukarundersökningen är tillräcklig information vid tillfälliga förändringar, maten och måltidsmiljö samt aktiviteter och utevistelse. Under 2022 har aktiviteter på särskilt boende utvecklats och ett 30-tal större arrangemang, bland annat har musikunderhållning, hästskjuts och andakter ägt rum. Allsångsaktivitet har startats upp på samtliga kommunala särskilda boende.

Övergripande sammanfattning och analys av brukarundersökningen

Utifrån resultatet från undersökningen har enhetschefer inom hemtjänst kommit överens om tre områden att fokusera på framåt som är ensamhet, kontaktvägar och information samt kontaktperson/fast omsorgskontakt.

Under 2022 har samtliga enhetschefer inom särskilt boende fått i uppdrag att ta fram en handlingsplan utifrån resultatet på enheten och arbetet gällande det pågår. På särskilt boende sker brukarråd fyra gånger per år med valda tema varav ett tema är resultatet från brukarundersökningen.

Processer

Processer 2023

Inom Äldreomsorgen har det framkommit tre processer som är prioriterade att kartlägga alternativt revidera. Under 2023 kommer nedanstående processer prioriteras:

- Uppdatera processen gällande Nyköpings hemtjänstmodell
- Inflyttningsprocessen Särskilt boende
- Anhörigstöd Demens

Slutord äldreomsorg

Under 2022 har Nyköpings hemtjänstmodell implementerats för hemtjänst dag och planeras att implementeras för hemtjänst natt. Hälsokonferenser har under

året implementerats inom hemtjänsten och har tidigare implementerats ut på särskilt boende och fungerar fullt ut. Inom särskilt boende har även brukarråd implementerats.

Under året har två verksamhetsstrategier börjat inom verksamhetsområdet Äldre och arbetar nära enhetscheferna. Verksamhetsstrategier tar aktiv del i planering och implementering av rutiner och arbetssätt, att egenkontroller genomförs, sammanställs och följs upp. Verksamhetsstrategier och kvalitetsutvecklare inom äldreomsorgen arbetar tätt intill varandra för att skapa förutsättning och förbättringar att bedriva systematiskt kvalitetsarbete inom verksamhetsområdet.

Funktionstödsomsorgen

Avvikelser

Synpunkter och klagomål

Resultat av externa synpunkter och klagomål 2022

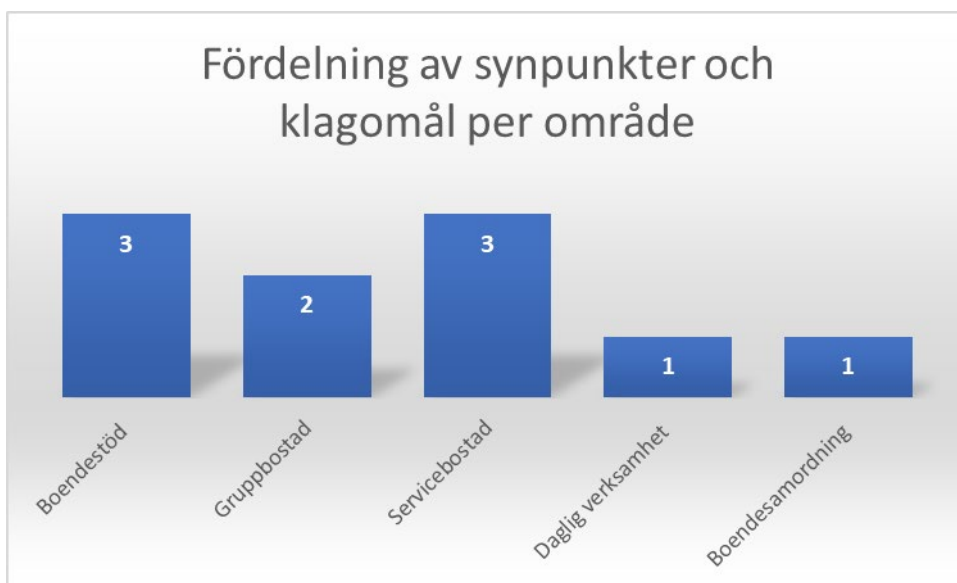


Diagram 9 beskriver fördelning av klagomål och synpunkter per område

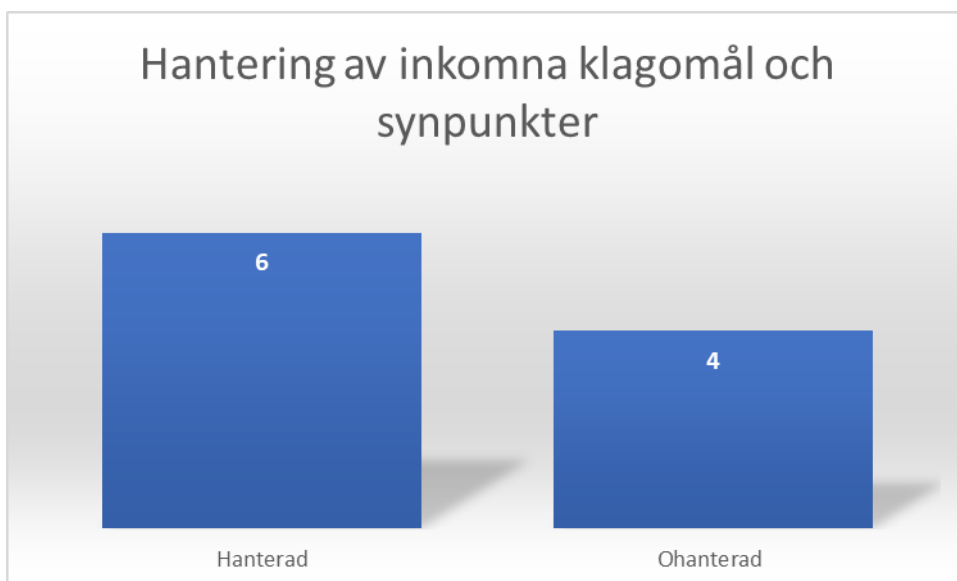


Diagram 10 beskriver fördelningen av hanterade och ohanterade klagomål och synpunkter.

Sammanfattning och analys av externa synpunkter och klagomål 2022

Under 2022 inkom 10 externa synpunkter och klagomål inom verksamhetsområdet. Synpunkterna har inkommit jämnt fördelat under året och ingen enhet har ett avvikande antal externa synpunkter eller klagomål. Åtgärder för att förbättra hanteringen och besvarandet av externa synpunkter har vidtagits i form av rutinstöd samt resursförstärkning.

Avvikelser kopplat till individer inom funktionstödsomsorgen

Resultat

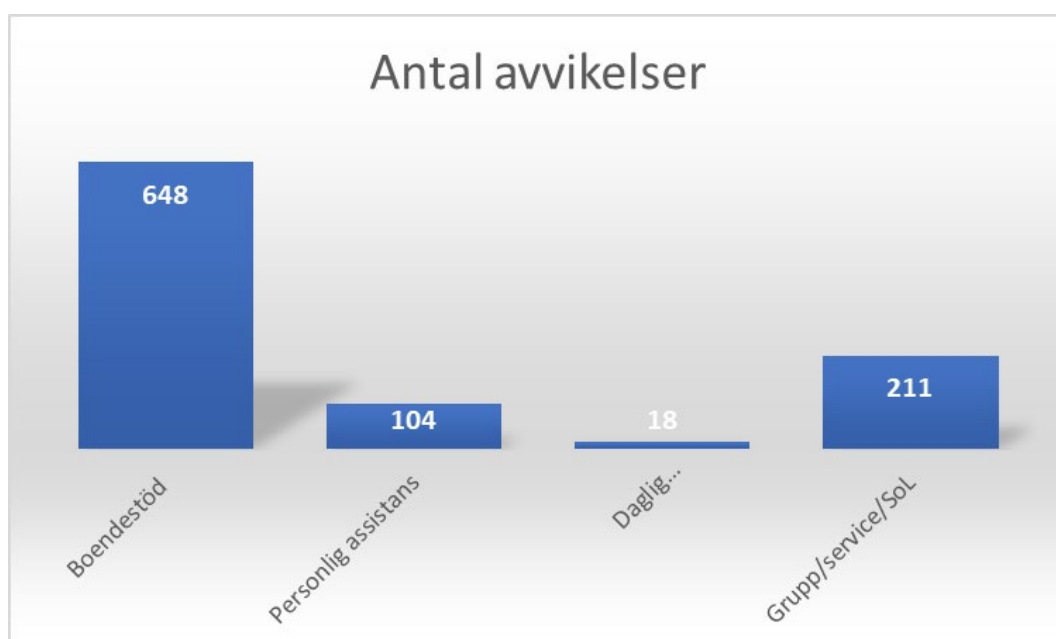


Diagram 11 beskriver fördelningen av inkomna avvikelser i verksamhetsområdet 2022

Grupp och service och SoL boenden

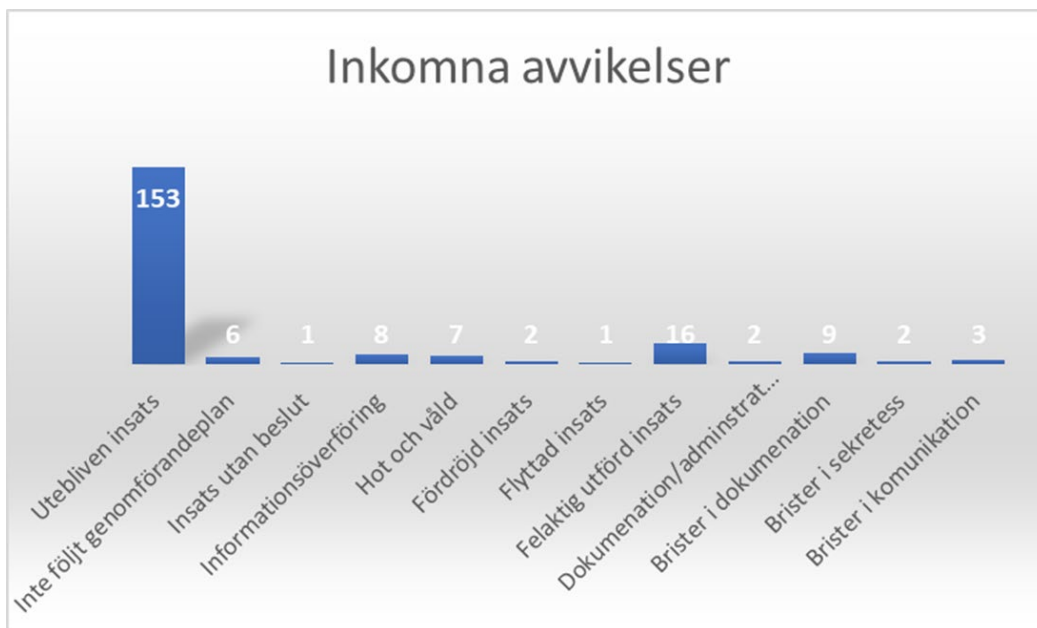


Diagram 12 beskriver fördelningen av inkomna avvikelser inom grupp/service och SoL-boenden.

Daglig verksamhet/daglig sysselsättning

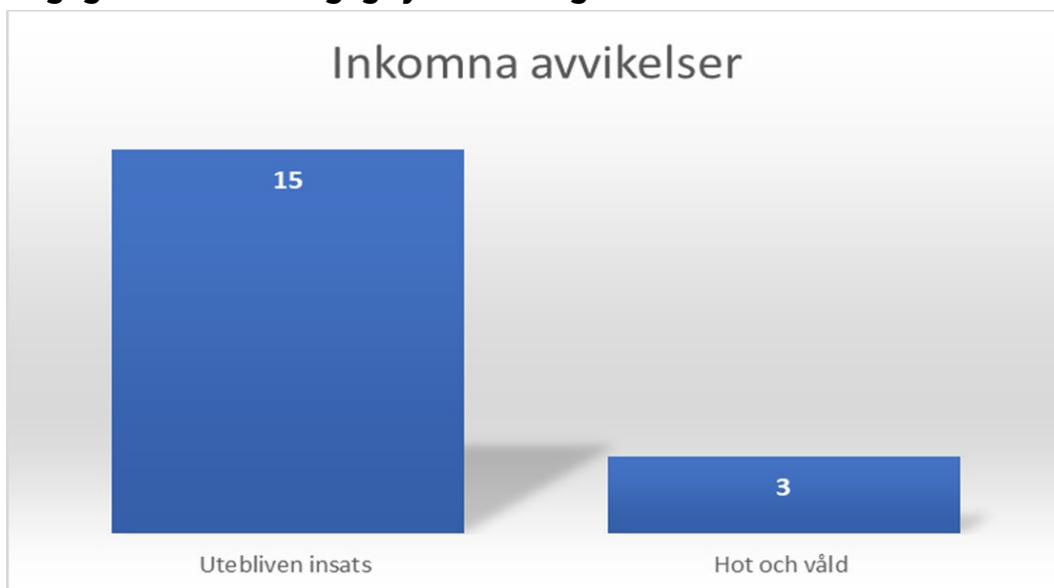


Diagram 13 beskriver fördelningen av inkomna avvikelser inom daglig verksamhet/daglig sysselsättning

Personlig assistans

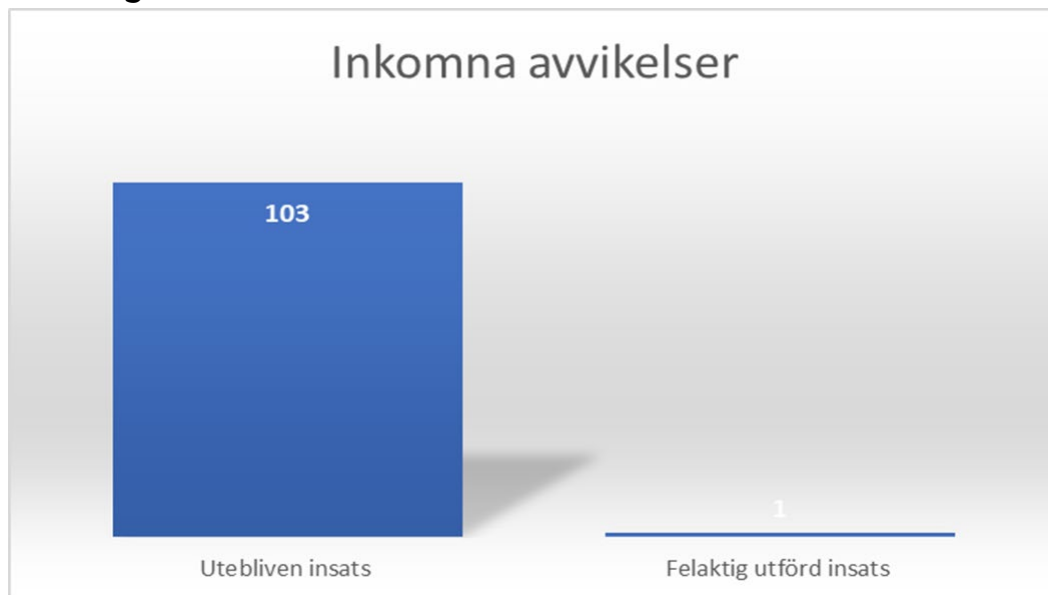


Diagram 14 beskriver fördelningen av inkomna avvikelser inom personlig assistans

Boendestöd

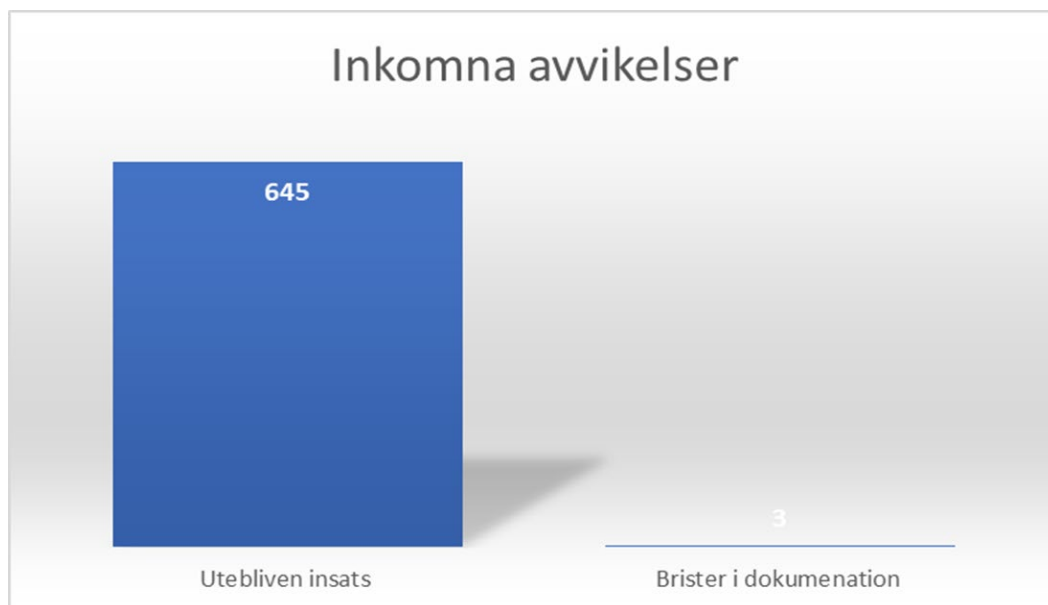
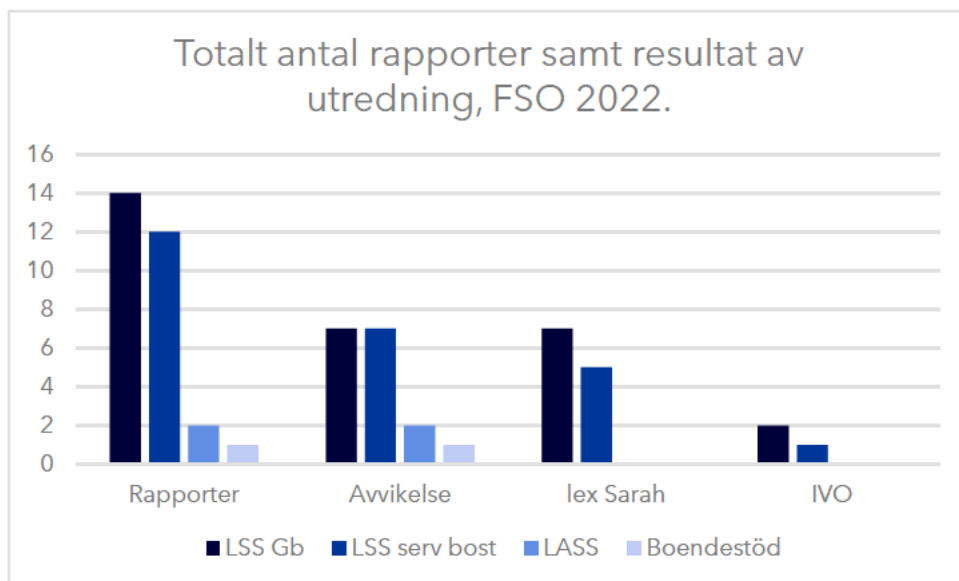


Diagram 15 beskriver fördelningen av inkomna avvikelser inom boendestöd.

Sammanfattning och analys av individavvikelser

Under 2022 totalt 981 avvikelser. Året innan rapporterades 512 avvikelser. Avvikelseerna avser överhängande utebliven insats där majoriteten rapporterades inom boendestöd under sommarperioden. Utifrån år 2021 sammanställning av avvikelser identifierades flera brister i avvikelshanteringen och under 2022 har ett förbättringsarbete påbörjats där bland annat ett inspelat utbildningsmaterial för hela DSO kommer presenterats första kvartalet 2023. Enhetschefer kommer få kompletterande utbildning i avvikelshantering under april 2023 med uppföljning och systematik i fokus.

Missförhållanden och risker för missförhållanden, lex Sarah



Gruppboendestad och serviceboende LSS, serviceboendestad SoL

Fyra av totalt fjorton lex Sarah rapporter har under året inkommit från samma gruppboendestad och avser samma typ av händelser. Två av dessa anmäldes också till IVO. Sedan åtgärder satts in har inga fler rapporter från aktuell enhet inkommit (den senaste gjordes i sept-22).

Daglig verksamhet/sysselsättning

Inga lex Sarah rapporter har inkommit från daglig verksamhet. Orsaken är okänd men då flest avvikelser inom daglig verksamhet beror på utebliven insats och det i övrigt rapporteras få avvikelser inom den verksamheten blir ev. också följderna att färre risker för missförhållanden identifieras.

Personlig assistans

Under 2022 inkom endast en lex Sarah rapport vilken sedan bedömdes som en avvikelse. Då det rapporterats in 103 avvikelser som avser utelivens insats kan man fundera över om inte en enda lett till risk för ett missförhållande. Oklart vilken info personliga assistenter får om skyldigheten att rapportera enligt lex Sarah samt att ensamarbete ofta förekommer vilket gör att ev. missförhållanden kan vara svåra att upptäcka och då rapportera.

Sammanfattning och analys av resultat

Under 2022 ökade antalet inkomna lex Sarah rapporter från DSO's hela verksamhet. Då statistik inte redovisats tidigare förutom på antalet uppföljda åtgärdsplaner, kan inte ngn procentuell ökning definieras för just funktionsstödsområdens område.

Personalbrist eller stress har inte setts som orsak till det missförhållanden eller risker för missförhållanden som rapporterats. Inom FSO's verksamheter kan

brister i kompetens och kunskap kring brukarnas behov av t.ex. kognitivt stöd samt kunskaper om komplexa diagnoser samt samsjuklighet ses som en orsak till de rapporterade händelserna.

Egenkontroll

Internkontroll

Kontrollområde: Dokumentation FSO

Kontroll: Stickprov av genomförandeplaner och social dokumentation (115)

Avvikelser: Totalt har 47 avvikelser identifierats. Avvikelserna avser främst att genomförandeplaner inte är uppdaterade, tydliga mål inte finns beskrivna eller att det inte tydligt framgår hur stödet ska ges.

Åtgärder: Vid samtliga identifierade avvikelser har genomförandeplaner reviderats eller en ny uppföljning genomförts.

Kontrollområde: Rätt underlag gällande grundläggande behov i beslut om personlig assistans LSS

Kontroll: Översyn av de grundläggande behoven i besluten om personlig assistans enl. LSS

Avvikelser: Inga ärenden har ännu inkommit från Försäkringskassan men myndighetskontoret LSS inväntar tre ärenden och de kommer att hanteras i arbetsgruppen i samband med att de inkommer.

Sammanfattning och analys av genomförd internkontroll

2022:s internkontroll avseende dokumentation har lett till ett systematiskt sätt att identifiera brister av den sociala dokumentationen och ett underlag att hänvisa kontaktpersonal vid revideringar av den sociala dokumentationen och genomförandeplanerna. Då Försäkringskassan inte inkommit med ärendet till myndighetskontoret har inga brister identifierats.

Öppna jämförelser

Resultat

Totalt finns 16 frågeområden inom öppna jämförelser LSS där Nyköping uppfyller fem av dem (dock tre som rör LSS barn som ligger under frågeområdet IFO). Nedan beskrivs fyra exempel på frågeområden:

- + Finns aktuell överenskommelse om samverkan med vuxenpsykiatri och LSS
- + Finns aktuell överenskommelse om samverkan med habiliteringen och LSS

- Använder inte IBIC vid alla utredningar eller uppföljningar vid LSS-vuxen
- Finns ingen aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsätts för våld

Sammanfattning och analys av öppna jämförelser

I resultatet beskrivs att det inte finns någon aktuell rutin gällande när det finns indikationer på att en vuxen utsätts för våld, dock finns det istället en kommunövergripande checklista som ersätter rutinen. Gällande IBIC har beslut fattats att alla utredningar från LSS-handläggarna under 2023 ska genomföras enligt IBIC och på sikt ska alla beslut prövas om enligt IBIC. Genomförandeplan utifrån IBIC tas fram under första kvartalet 2023.

Vidare att det finns överenskommelser mellan psykiatri, habiliteringen och funktionsstödsomsorgen är Nyköpings kommun ensamma med i länet bortsett från Oxelösund. I övrigt avser ett par frågeområden samverkan mellan funktionsstödsomsorgen och arbetsförmedlingen/Försäkringskassan där utvecklingspotential finns.

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)

Resultat

Totalt ingår fyra frågeområden i KKiK LSS som avser:

- Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde

2020: 412 2021: 113 2022: 99

- Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukarna får bestämma över det som är viktiga (%) ,

2020: 54 2021:73 2022: 79

- Kostnad funktionsnedsättning totalt (SoL,LSS, SFB), minus ersättning från FK enligt SFB, kr/inv

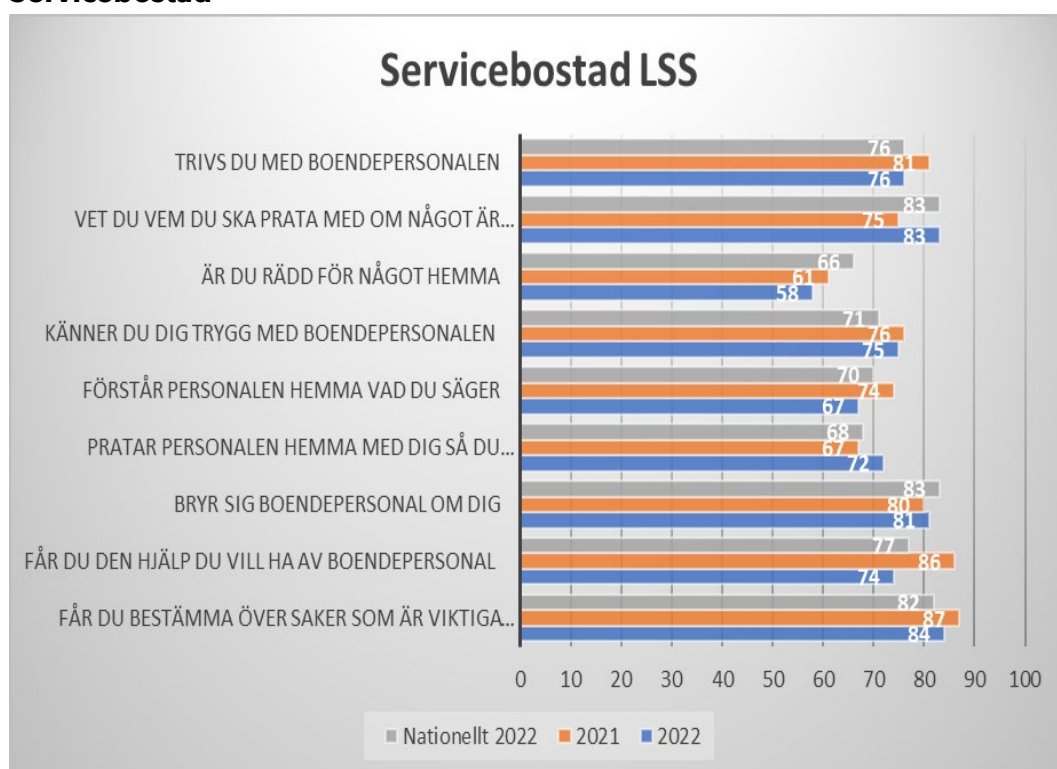
2020: 9475 2021: 9585 2022: -

Sammanfattning och analys av kommunens kvalitet i korthet

Utifrån resultatet kan man se att väntetiderna har minskat avsevärt inom LSS från 2020 då medelvärdet var 412 dagar och 2022 99 dagar. Målsättningen är att individerna ska erbjudas boende inom tre månader. Bedömd orsak till att väntetiderna har minskat avser att vi utökad våra platser inom grupp och serviceboenden. Brukarbedömningsfrågorna i KKiK har båda gett ett förbättrats resultat än föregående år. Avseende trivsel samt bestämma det som är viktigt för en. Det finns inget inrapporterat resultat avseende totalt kostnad (SoL, LSS, SFB) Trend utifrån 2021 påvisar ett negativt resultat.

Brukarundersökning

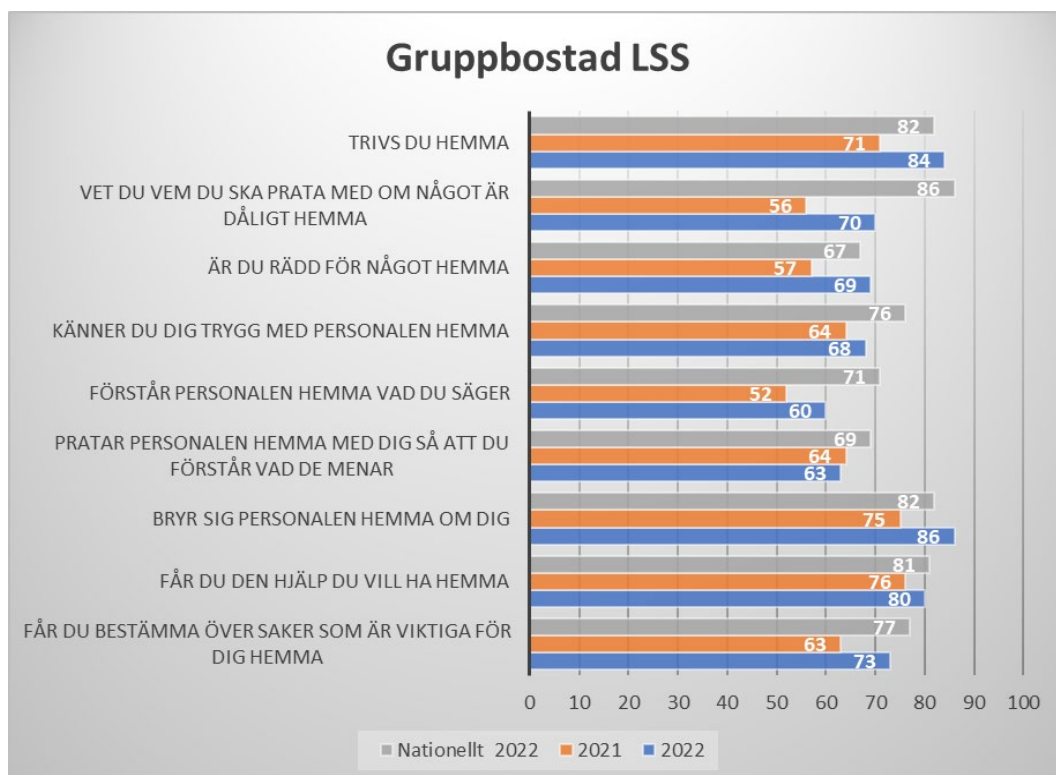
Servicebostad



Sammanfattning

Resultatet visar att servicebostad ligger över rikssnittet på fem frågeområden av nio. Jämförs resultatet för Nyköping för 2022 och 2021 framgår det att siffrorna ökat på fyra frågeområden av nio, resterande har ett sämre resultat 2022 än 2021. Bortfallet ligger på 41%, bortfallet 2021 låg på 30%.

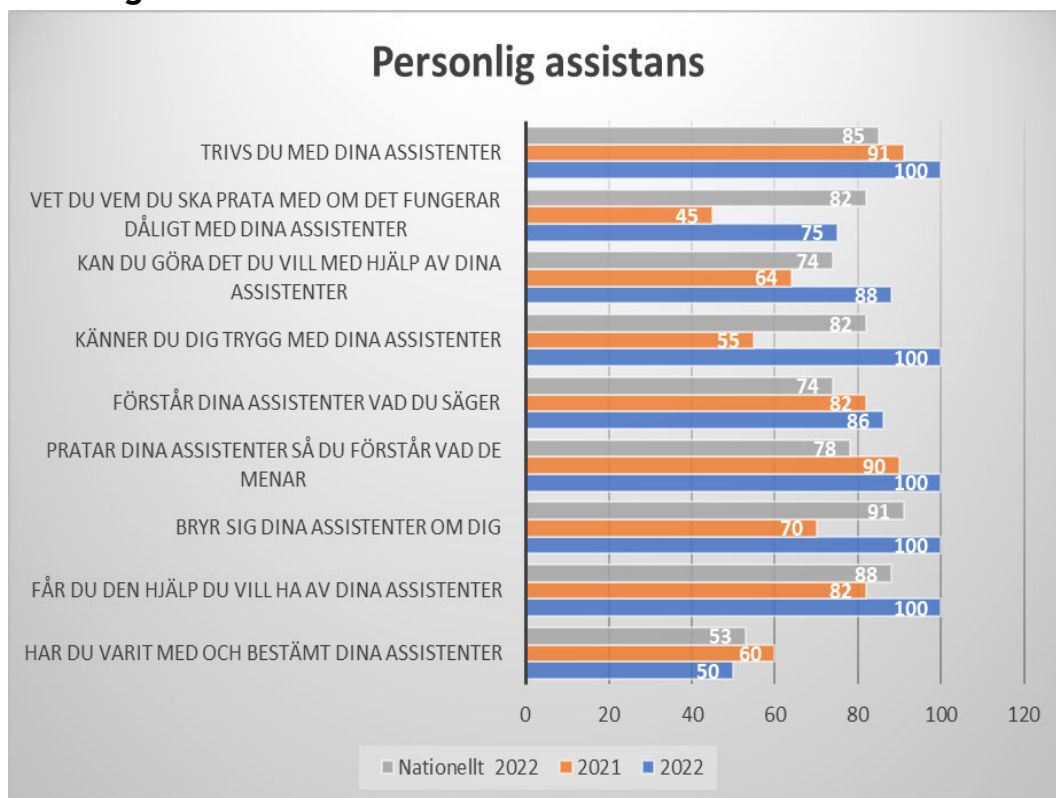
Gruppbostad



Sammanfattning

Resultatet visar att gruppbostad ligger över riksnittet i tre frågeområden, resultatet 2021 var under riksnittet på samtliga frågeområden. Att ha med i beräkningen är att svarsfrekvensen endast är på 48% vilket leder till att inga generella slutsatser om resultatet kan tas. Svarsfrekvensen 2021 var 63% och har alltså minskat markant i årets undersökning. En bakomliggande orsak till det höga bortfallet antas vara att enkäten vänder sig till individer med mild till måttlig funktionsnedsättning och inte den med en grav funktionsnedsättning vilket leder till att enkäten blir för svår för vissa individer att besvara trots stöd i form av bilder och teckentolkning.

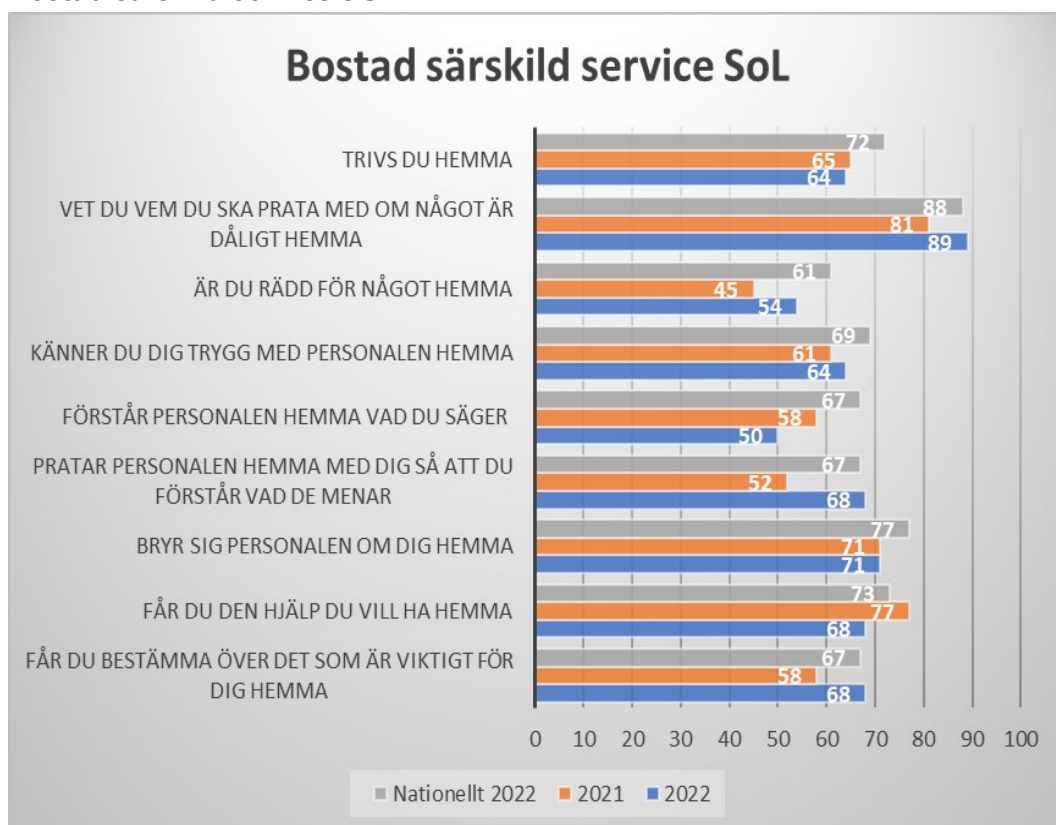
Personlig assistans



Sammanfattning

Resultatet för personlig assistans visar att vi ligger över riksnittet inom sju av nio frågeområden. I jämförelse mellan resultatet 2021 och 2022 har det förbättrats inom alla frågeområden bortsett från ett. Fem av nio frågeområden fick ett resultat på 100 procent nöjdhet. Dock har endast en svarsfrekvens på 44% och svaren är av den anledningen inte tillförlitliga på gruppnivå. En bakomliggande orsak till det höga bortfallet antas vara att enkäten vänder sig till individer med mild till måttlig funktionsnedsättning och inte den med en grav funktionsnedsättning vilket leder till att enkäten blir för svår för vissa individer att besvara trots stöd i form av bilder och teckentolkning.

Bostad särskild service SOL



Sammanfattning

Resultatet för bostad med särskild service enligt SoL ligger över rikssnittet i tre frågeområden. Resultatet från 2021 visade att området låg under rikssnittet i samtliga frågeområden. Jämförs Nyköpings resultat för 2022 och 2021 kan det konstateras att årets resultat förbättrats inom sex av nio frågeområden.

Övergripande sammanfattning och analys

Utifrån årets nationella brukarundersökning har svarsfrekvensen minskat i alla områden bortsett från daglig verksamhet. Färre individet har erbjudits möjlighet att delta i undersökningen 2022 än 2021. En bidragande orsak till bortfallet inom personlig assistans och gruppbofastad antas vara att enkäten är för avancerad för brukarna trots stöd i form av bilder, teckentolkning mm. Enkäten vänder sig till individer med en mild till måttlig funktionsnedsättning inte grav

Vidare ses ett behov av bättre kommunikation och samverkan mellan frågeassistenter, enhetschefer, medarbetare samt processledare för brukarundersökningen för att öka antalet deltagande i undersökningen. Åtgärder för bättre samverkan 2023 kommer vidtas efter utvärdering av genomförande 2022.

Generellt är resultatet bättre i årets brukarundersökning i jämförelse med föregående år. Inom både gruppbofastad och bostad särskild service låg alla frågeområden under rikssnittet. I år ligger gruppbofastad över rikssnittet inom

fem av nio frågeområden och inom särskild boende över riksnittet i tre av nio frågeområden. Dock att ta med i beräkningen är att svarsfrekvensen är längre. Fokus för 2023 åtgärdsarbete bör vara mer centrerat till enhetsnivå för att få en ökad förståelse för brukarnas egen upplevelse av resultatet och åtgärdat kopplat till det och inte vår bedömning av resultatet.

Processer

Under funktionsstödsomsorgens ledningslag 2022 har en rangordning och prioritering av processer genomförts för att säkerställa vilka processer som ska revideras/kartläggas först och i vilken ordning. Under 2023 kommer dessa processer kartläggas/revideras:

- Funktionsstödsomsorgens brukarundersökningsprocess
- Inflyttning grupp och servicebostad LSS
- Inflyttning SoL boenden
- Erbjudas bostad SoL/LSS

Funktionsstödsomsorg för barn

Avvikelser

Fritids (korttidsstillsyn):

Inom verksamheten för korttidsstillsyn, "Fritids" har en avvikelse registrerats som avser brister i dokumentation, en som avser brister i informationsöverföring och tre som avser utebliven insats. Exempel på insatser som uteblivit är morgonhjälp och resa. Samtliga avvikelser har utretts och åtgärder har vidtagits. Exempel på åtgärder är en satsning på kompetensutveckling och uppföljning med kontroller av dokumentation i verksamheterna.

Korttids (korttidsvistelse):

Inom verksamheter för korttidsvistelse har en avvikelse registrerats som avser kommunikation, en som avser brister i dokumentation samt en som avser informationsöverföring. Även dessa har utretts och åtgärder har vidtagits. Även inom dessa verksamheter har det skett en satsning på kompetensutveckling avseende dokumentation och uppföljning med kontroller av dokumentation.

Processer

Arbete med process för myndighetsdelen klar och utförande av insats (korttids och fritids) ska processkartläggas under våren. I arbetet med myndighetsprocessen har behov av användning av kommunikationshjälpmedel identifierats. Handläggare har fått stöd från samordnare för Korttids och Fritids i det arbetet.

Slutord funktionsstödsomsorg

Under 2022 har ett kvalitetsteam inom funktionsstödsomsorgen startat upp där socialpedagoger, stödpedagog, fritidskoordinator, HR-projektledare, kvalitetsutvecklare samt verksamhetschef finns representerade. Kvalitetsteamet ansvarar för att stötta och implementera en systematik i kvalitetsarbetet inom verksamhetsområdet. Fokusområden för året har avsett avvikelshantering, kompetenskartläggning på medarbetarnivå och enhetschefsnivå samt en struktur avseende årshjul upprättats och förutsättningar för att bedriva systematiskt kvalitetsarbete enligt (SOF52011:9) givits genom kompetensutveckling.

Utifrån årets kvalitetsresultat kommer ytterligare åtgärder avseende riktade kompetensinsatser vidtas för att förbättra resultatet för 2023. En biträdande verksamhetschef har rekryterats som har huvudansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet inom funktionsstödsomsorgen.

VON § Verksamhetsstatistik för året 2022

Diarienummer: VON22/66

Varje halvår redovisas en rapport över aktuell statistik som speglar Vård- och omsorgsnämndens verksamhet. Nu redovisas rapport avseende helåret 2022. Här följer några axplock ur vad vi ser:

- Tydlig volymökning inom dagverksamheten.
- Fortsatt tydlig ökning av antalet ansökningar till särskilt boende för äldre.
- Andelen invånare på särskilt boende för äldre är högre i Nyköping än i övriga Sörmland och riket som helhet.
- Ökad andel externt placerade inom gruppboende respektive socialpsykiatri.

Barnrättsprövning

Nej

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna "Rapport - Verksamhetsstatistik helår 2022", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-05.

Vård- och omsorgsnämnden

Rapport - Verksamhetsstatistik helår 2022

Bakgrund

Varje halvår redovisas en rapport över aktuell statistik som speglar Vård- och omsorgsnämndens verksamhet. Nu redovisas rapport avseende helåret 2022. Här följer några axplock ur vad vi ser:

- Tydlig volymökning inom dagverksamheten.
- Fortsatt tydlig ökning av antalet ansökningar till särskilt boende för äldre.
- Andelen invånare på särskilt boende för äldre är högre i Nyköping än i övriga Sörmland och riket som helhet.
- Ökad andel externt placerade inom gruppboende respektive socialpsykiatri.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna "Rapport - Verksamhetsstatistik helår 2022", enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-05.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2023-03-06

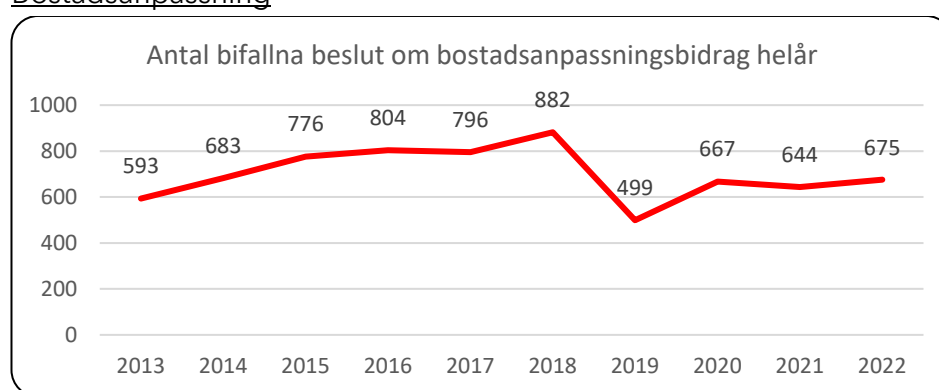
Verksamhetsstatistik helår 2022

Äldreomsorg

Enklare inledande insatser

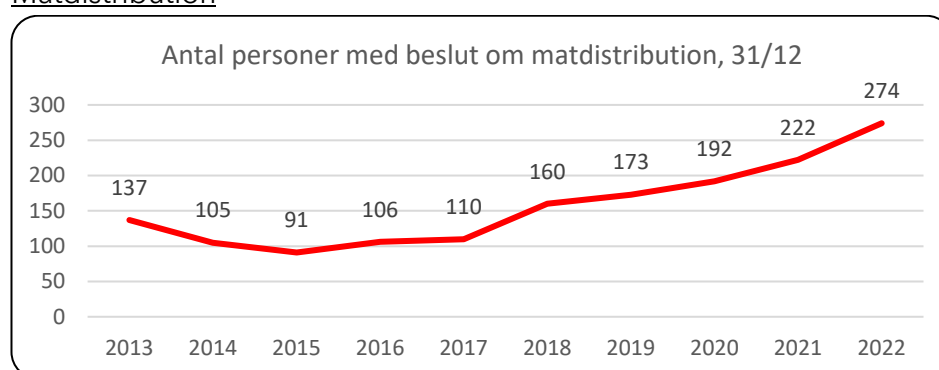
Då man börjar ta del av äldreomsorgen börjar man oftast med enklare insatser, såsom bostadsanpassning, matdistribution, trygghetslarm och kanske dagverksamhet. Alla dessa insatser ökar möjligheterna att bo kvar i sin bostad.

Bostadsanpassning



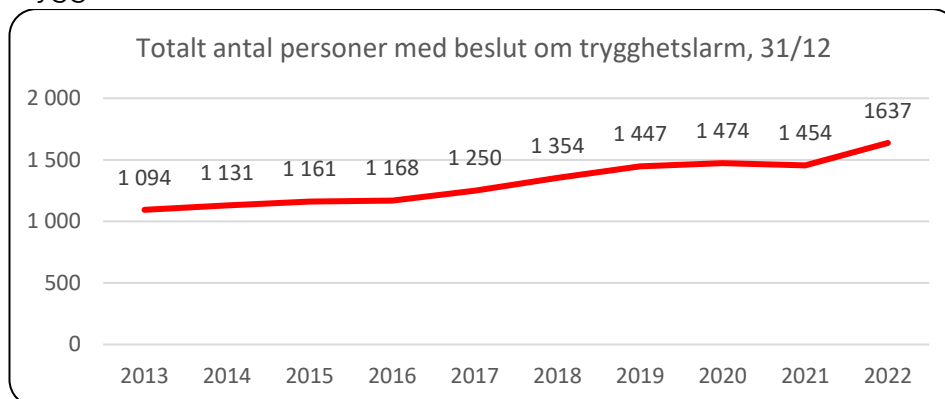
En anledning till den kraftiga minskningen av antalet bifallna beslut 2019 är troligen den nya lagen om bostadsanpassningsbidrag som trädde i kraft vid halvårsskiftet 2018, vilken gjorde att det blev tydligare vad som gäller och därmed har avslagen blivit fler. Vi ser därefter en ökning med viss utplaning under de senaste åren.

Matdistribution



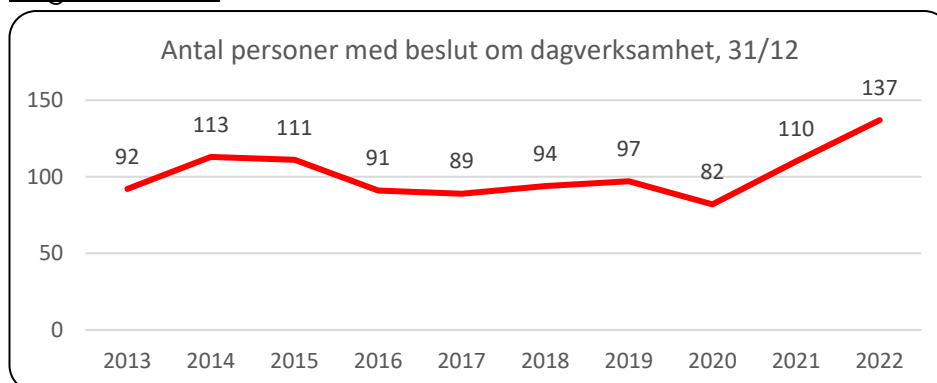
Under några år blev det allt vanligare att låta hemtjänsten laga maten istället för att abonnera på matlåda. Efter 2015 ser vi ett trendbrott, vilket var väntat utifrån att matlådepriset sänktes. Från 2019 har det varit en särskilt tydlig ökning. Tidsmässigt stämmer det överens med att kommunens egen Måltids-service tog över ansvaret.

Trygghetslarm



En successiv ökning kan konstateras för insatsen trygghetslarm, vilket är att förvänta utifrån befolkningsutvecklingen.

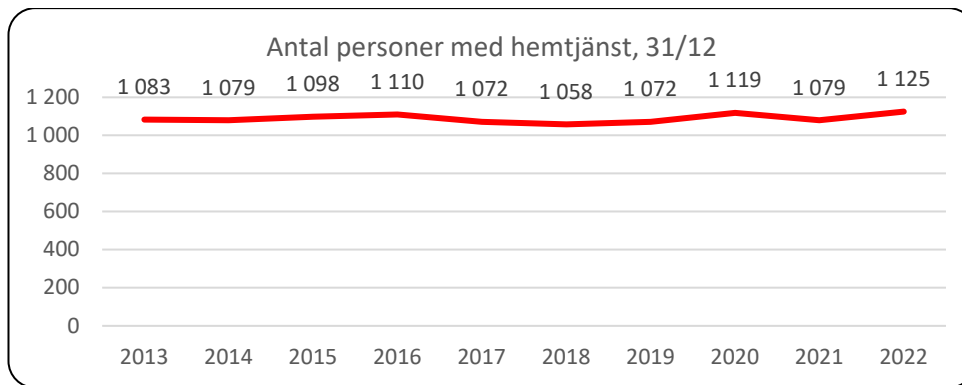
Dagverksamhet



Det totala antalet personer med dagverksamhet har ökat kraftigt under de senaste två åren. Det gäller såväl dagverksamhet för äldre personer som för personer med en demenssjukdom. Det är delvis en pandemi-effekt som gett denna utveckling. Fler kan nu tas emot och fler vill komma. Man har också blivit bra på att skapa möjligheter till att ta emot fler besökare.

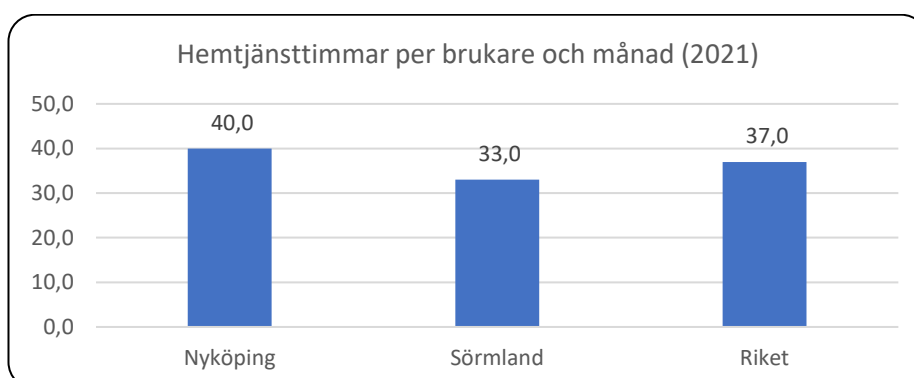
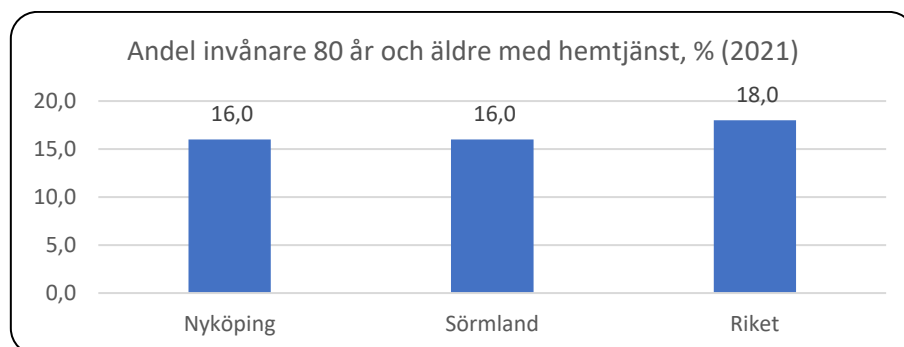
Hemtjänst

Efter en tid då man tagit del av olika enklare insatser, är det kanske dags för att nyttja hemtjänsten - till en början när det gäller serviceinsatser, såsom städ och tvätt, och vartefter även olika omvårdnadsinsatser.



Av de 1 125 personerna med beslut om hemtjänst hade 63 % valt den kommunala utföraren och följaktligen resterande 37 % någon av de privata. I dagsläget finns tre olika privata utförare. Varje år tillkommer ett stort antal nya hemtjänstkunder. Under 2022 var det 715 stycken. Eftersom antalet hemtjänstkunder totalt sett är relativt oförändrat, innebär det att ungefär lika många befintliga kunder flyttar in på särskilt boende eller avlider.

En jämförelse med vår omvärld (nedan) visar att andelen invånare med hemtjänst ligger på en liknande nivå. Däremot har Nyköpings hemtjänsttagare fler timmar per månad i genomsnitt. Det torde betyda att vi har generösare beslut, vilket analyseras. Denna skillnad har dock minskat sedan år 2020. (Än så länge finns inte utfallet för 2022 presenterat.)



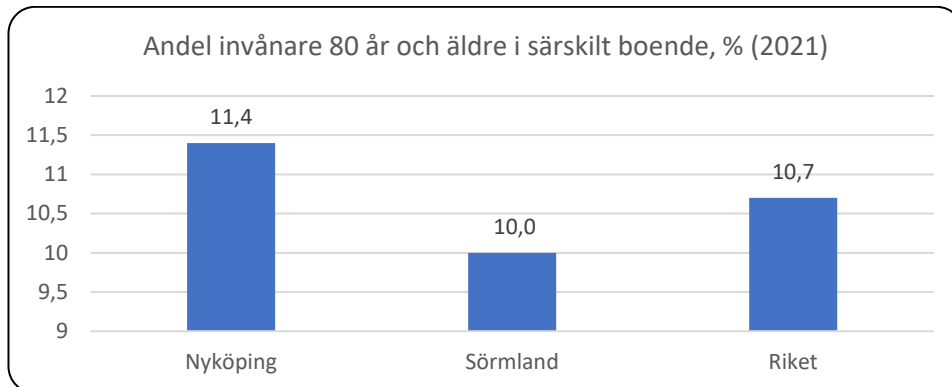
Särskilt boende

När hemtjänstinsatserna blir många och besluten stora är nästa steg att flytta in på äldre- eller demensboende.



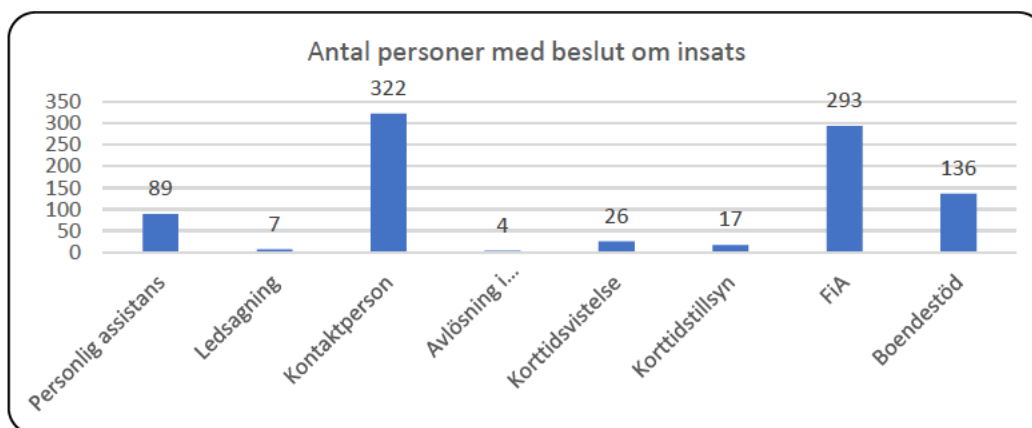
Under de senaste två åren ökade antalet ansökningar till boendeplats kraftigt. Ökningen har med all säkerhet en koppling till pandemin. Många har skjutit upp ansökan under tiden, men nu kanske det inte gått längre. Cirka 50 % av de som ansökt har också faktiskt flyttat in på boende. De som flyttat in har varit 85,8 år i genomsnitt och i genomsnitt kommer de att bo där i 2,3 år. Detta är en relativt stor förändring mot tidigare. Genomsnittlig ålder vid inflyttning har under de senaste åren legat på 83-84 år och man har bott där i genomsnitt närmare 2,5 år.

En jämförelse med Sörmland respektive riket som helhet (nedan), visar att en större andel av den äldre befolkningen bor på särskilt boende i Nyköping. Även detta finns det anledning att analysera vidare. Bilden är i stort sett densamma som under 2020.



Funktionsstödsomsorg

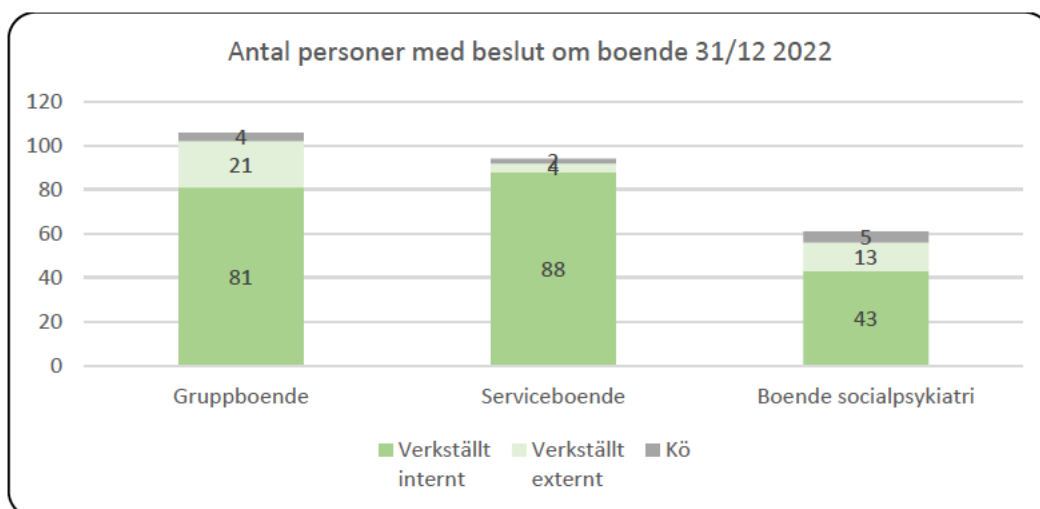
Det finns inte lika mycket statistik som beskriver funktionsstödsomsorgen. Flertalet insatser ligger relativt stabilt över tid, med små volymmässiga skillnader. Nedanstående diagram ger ändå en bild av vilka volymer det handlar om.



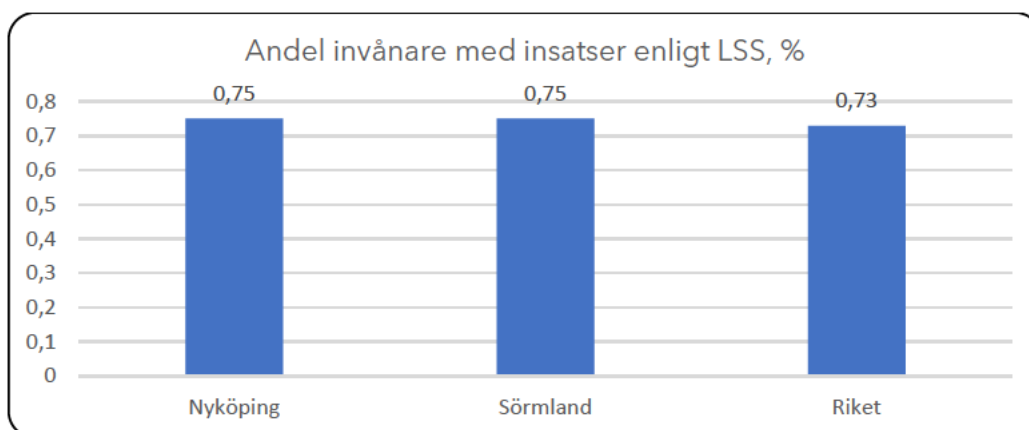
En kort beskrivning av insatserna:

- Personlig assistans: Hjälper med grundläggande behov för att personen ska kunna leva så självständigt som möjligt och på det sätt han/hon vill.
- Ledsagning: Personen får sällskap för att kunna delta på aktiviteter utanför hemmet.
- Kontaktperson: Den funktionsnedsatte får genom kontaktpersonen ett stöd och en vän. Man träffas då och då för att göra saker tillsammans.
- Avlösning i hemmet: Anhöriga får möjlighet till avkoppling och att kunna utträta sysslor utanför hemmet.
- Korttidsvistelse: Syftet är att ge miljöombyte och avkoppling, samtidigt som möjlighet till avlösning sker i omvårdnadsarbetet. Det kan handla om enstaka dagar eller lite längre perioder.
- Korttidsstillsyn: Det är en förlängd skolbarnomsorg (fritids) som börjar när ungdomen fyller 13 år och slutar på fritids i skolans regi.
- FiA (fungera i arbetslivet): Daglig verksamhet och sysselsättning.
- Boende psykiatri: Den som har en psykisk funktionsnedsättning som gör att man inte kan bo i en egen bostad med stöd, kan ansöka om bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen.
- Boendestöd: Det innebär att man får hjälp i hemmet med sitt vardagliga liv - antingen genom motiverande stöd eller praktisk hjälp.

När det gäller grupp- och servicebostad samt socialpsykiatriboende är det sammantaget 261 personer som har ett sådant beslut. Som framgår av nedanstående tabell är det 106 som avser gruppboende, 94 serviceboende och återstående 61 socialpsykiatriboende. Merparten av de personer som har ett verkställt beslut finns inom kommunens egna verksamheter, men 21 % av de som har plats på gruppboende är placerade externt. Inom socialpsykiatrin är det 23 % som är externt placerade, medan det är en mindre del när det gäller serviceboende.



En jämförelse inom området handlar om andelen invånare med någon insats enligt LSS. Där är inga större skillnader, men Nyköping ligger en aning högre än riket (2021).



VON § Resultat av patientsäkerhetsenkät från Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer: VON23/5

I de verksamheter som ligger inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde ska en hög patientsäkerhet råda. Hur säkerhetskulturen är inom verksamheten och bland chefer och personal, är avgörande för vilken patientsäkerhet man kan uppnå. Genom att genomföra en enkät bland all personal, kan man få en bild av vilka förbättringsområden man behöver ta tag i. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomförde under 2021 en första enkät kring patientsäkerhet. Se § 69. Vård- och omsorgsnämnden beslutade då också att motsvarande enkät ska genomföras vartannat år. Nu har MAS därför genomfört en ny enkät vars resultat bifogas denna tjänsteskrivelse.

Enkäten har omfattat såväl kommunal som privat verksamhet. På grund av lågt deltagande går det inte att dra några specifika slutsatser av resultatet, men det framkommer att personalen upplever att det ofta inte leder någon vart att till exempel skriva en avvikelserapport. MAS påpekar att syftet med enkäten inte i första hand handlar om att hon ska analysera resultatet, utan att chefer ska analysera och diskutera resultatet tillsammans i syfte att utveckla patientsäkerheten i rätt riktning.

Barnrättsprövning

Nej

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapporten om genomförd patientsäkerhetsenkät enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04,
- 2) att** uppdra åt samtliga utförare att ta del av resultatet och arbeta aktivt med det tillsammans med medarbetarna och att skriftligen rapportera om det arbetet till nämndens sammanträde i oktober 2023, samt
- 3) att** uppdra åt samtliga verksamheter att säkerställa en hög svarsfrekvens i nästa patientsäkerhetsenkät.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg
Ansvar & omsorg

Betelhemmet
Invita omvårdnad
Olivia hemomsorg
Lycka omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Genomförd patientsäkerhetsenkät

Bakgrund

I de verksamheter som ligger inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde ska en hög patientsäkerhet råda. Hur säkerhetskulturen är inom verksamheten och bland chefer och personal, är avgörande för vilken patientsäkerhet man kan uppnå. Genom att genomföra en enkät bland all personal, kan man få en bild av vilka förbättringsområden man behöver ta tag i. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomförde under 2021 en första enkät kring patientsäkerhet. Se § 69. Vård- och omsorgsnämnden beslutade då också att motsvarande enkät ska genomföras vartannat år. Nu har MAS därför genomfört en ny enkät vars resultat bifogas denna tjänsteskrivelse.

Enkäten har omfattat såväl kommunal som privat verksamhet. På grund av lågt deltagande går det inte att dra några specifika slutsatser av resultatet, men det framkommer att personalen upplever att det ofta inte leder någon vart att till exempel skriva en avvikelse. MAS påpekar att syftet med enkäten inte i första hand handlar om att hon ska analysera resultatet, utan att chefer ska analysera och diskutera resultatet tillsammans i syfte att utveckla patientsäkerheten i rätt riktning.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporten om genomförd patientsäkerhetsenkät enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04
- 2) **att** uppdra åt samtliga utförare att ta del av resultatet och arbeta aktivt med det tillsammans med medarbetarna och att skriftligen rapportera om det arbetet till nämndens sammanträde i oktober 2023.

- 3) **att** uppdra åt samtliga verksamheter att säkerställa en hög svarsfrekvens i nästa patientsäkerhetsenkät.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2023-03-06

Beslut till:

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

Rapport - Patientsäkerhetskultur inom Vård-och omsorgsnämndens ansvarsområde 2023-enkät

Bakgrund

Patientsäkerhetskulturen är en del av organisationskulturen och präglas av rådande värderingar och normer i verksamheten. Ett uttryck för kulturen i en organisation är ledarnas och medarbetarnas attityder och förhållningssätt till patientsäkerhet. Dessa attityder och förhållningssätt återspeglar säkerhetsklimatet i en verksamhet.

Rådande säkerhetskultur är avgörande för vilken säkerhet en verksamhet kan uppnå. Säkerhetskulturen mäts för att kartlägga styrkor och svagheter i säkerhetskulturen och därmed tydliggöra angelägna förbättringsområden. Genom återkommande mätningar ökar förståelsen för de aspekter som påverkar patientsäkerheten och ett förbättringsarbete kan påbörjas.

Mätning genomförs för att öka insikten om förutsättningarna för god säkerhet hos både medarbetare och ledare och för att studera förändringar i förhållningssätt och attityder över tid som effekt av förändringsarbetet genom uppföljningar och göra jämförelser. Enkätsvaren speglar varje medarbetares uppfattning och upplevelse av patientsäkerheten på arbetsplatsen.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) genomförde en enkätundersökning om patientsäkerhetskulturen under 2021 och Vård och Omsorgsnämnden (VON) beslutade att MAS skulle genomföra denna enkät vartannat år. Se § 69.

Undersökningens syfte är att bidra till att verksamheten utvecklar sin patientsäkerhet och ge en nulägesbild. Enkätutfallet visar på förbättringsområden och styrkor, men ger inga svar på varför resultatet ser ut som det gör. Resultat måste diskuteras och analyseras i verksamheterna på alla nivåer. Förutsättningar för att arbeta vidare med förbättringsarbete skapas när chefer och medarbetare tar ett gemensamt ansvar för en dialog om utfallet av enkäten. Rapporten utgör ett underlag för arbetsgivaren att ta beslut om förbättringsåtgärder.

Resultat

Antalet som besvarade enkäten 2023 var 440 personer (ca 25 %), för hela VON's ansvarsområde, omfattande såväl Division social omsorg (DSO) som alla privata utförare.

Resultatet redovisas i diagram som jämför utfallet 2023 med 2021. Siffran som anges i dimensionerna (se förklaring av dimensionerna nedan) är inte procent utan ett index med ett värde mellan 0 och 100.

Resultatet visas som en samlad bild med värdena för de fjorton dimensionerna (1-14) i stapeldiagram, se bilaga 1. De enskilda frågorna självskattad patient-säkerhetsnivå, antal rapporterade avvikelser och antal rapporterade risker, redovisas enskilt.

Sammanlagda svar - DSO och privata utförare

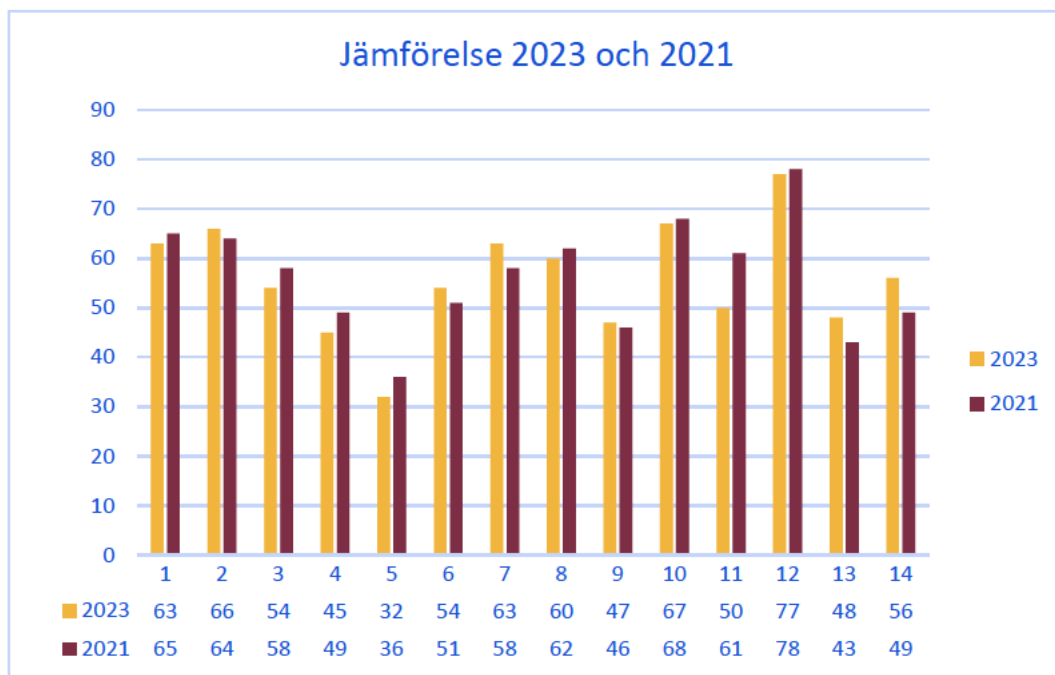
Sju bakgrundsfrågor innefattades i enkäten, däribland: genus, ålder, hur länge man har arbetat inom vården, hur länge man arbetat hos nuvarande arbetsgivare, utbildningsnivå och arbetsplats.

85 % av de svarande var kvinnor, flertalet hade en ålder mellan 45 och 64 år och 60 % hade arbetat mer än 21 år inom vården. 50 % hade arbetat kortare än fem år på sin nuvarande arbetsplats. Utbildningsnivån var jämnt fördelat bland de som svarat på enkäten och 90 % arbetade patientnära. Svarsfördelningen var 88 % kommunalt anställda och 12 % privata. 50 % arbetade på särskilda boenden.

Enkätutfall, dimensioner

Resultatet ger en bild av vad medarbetarna uppfattar som styrkor respektive förbättringsområden inom de olika dimensionerna. Resultatet visar utfall av positivt besvarade frågor utifrån ett säkerhetskultursperspektiv och högt värde är alltid positivt.

Diagram 1



Beskrivning av de 14 dimensionerna:

- Öppenhet i kommunikationen**
Personalen kan utan tvekan säga ifrån om de ser något som kan påverka vården av patienterna negativt och de kan öppet ifrågasätta chefers och andra auktoritetens beslut eller handlingar.
- Återföring och kommunikation kring avvikelser**
Personalen diskuterar hur skador ska förebyggas och de informeras om misstag och fel som inträffar samt får återkoppling om genomförda förändringar.
- Benägenhet att rapportera händelser**
Mistag som upptäcks och rättas till innan de påverkar patienten eller som inte hade kunnat skada patienten eller hade kunnat skada patienten men inte gjorde det, rapporteras.
- Överlämningar och överföringar av patienter och information**
Viktig information kring patientens vård överförs mellan enheter och arbetsskift.
- Högsta ledningens stöd till säkerhetsarbete**
Högsta ledningen skapar ett arbetsklimat som främjar patientsäkerheten och visar att patientsäkerheten har högsta prioritet
- Inte straff- och skuldbeläggande kultur**
Personalen upplever inte att misstag läggs dem till last och oroar sig inte för att misstag de gjort sparas i deras personalakter.

7. **Lärande organisation**

Misstag leder till positiva förändringar och effekterna av dessa utvärderas

8. **Sammantagen säkerhetsmedvetenhet**

Arbetsätt och system förebygger misstag och säkerhetsproblem förekommer sällan.

9. **Bemanning**

Det finns tillräckligt med personal för att hantera arbetsbelastningen och arbetstidernas längd är anpassade för att ge patienterna den bästa vården.

10. **Närmaste chefers agerande kring säkerhet**

Ledare och de närmsta cheferna tar hänsyn till personalens förslag för att förbättra patientsäkerheten, uttrycker uppskattning när arbetsuppgifter utförs enligt fastställda säkerhetsrutiner och förbiser inte patientsäkerhetsproblem

11. **Samarbete mellan enheterna**

Enheter samarbetar och samordnar insatser för att patienterna ska få den bästa vården.

12. **Samarbete inom vårdenheten**

Personalen stöttar och behandlar varandra med respekt samt arbetar ihop som ett team.

13. **Information och stöd till patient/närstående vid skada**

Patienter och närstående som drabbats av skada får en ursäkt och ett beklagande samt information om vad som görs för att förhindra att liknande händelser inträffar. De ges även stöd och hjälp för att bearbeta det som hänt och information om möjligheterna att söka ersättning från patientförsäkringen.

14. **Information och stöd till personal vid skada**

Personal som varit delaktig i den vård som ledde till en skada får information om vad som görs för att förhindra att liknande händelser inträffar och de ges stöd och hjälp för att bearbeta det inträffade.

Diagram 2

Självskattning av patientsäkerhetsnivån på den egna arbetsplatsen.

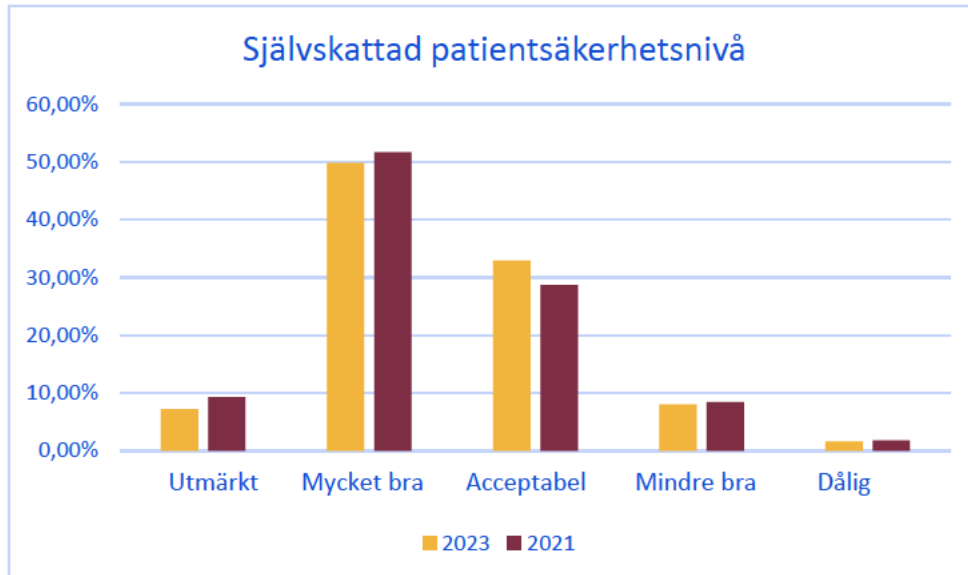
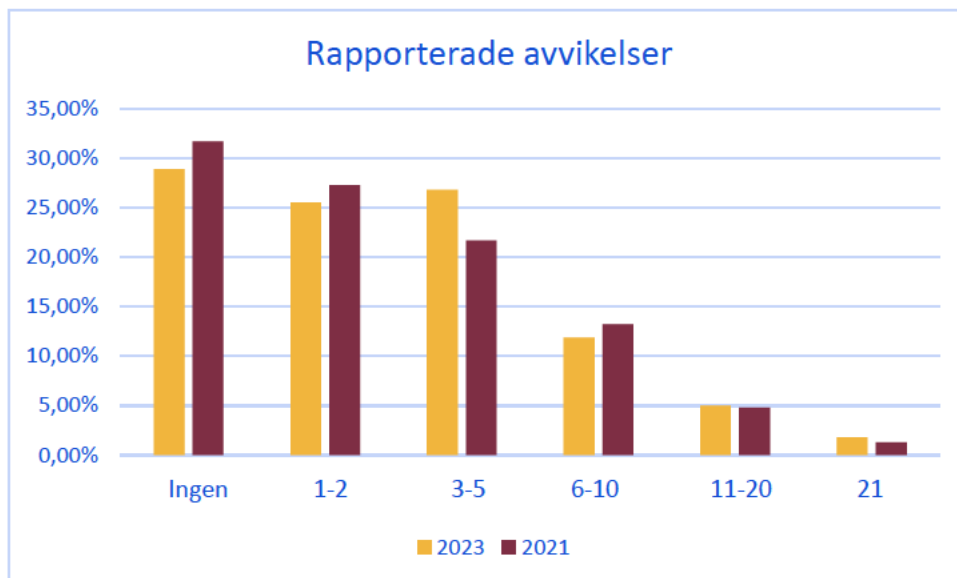
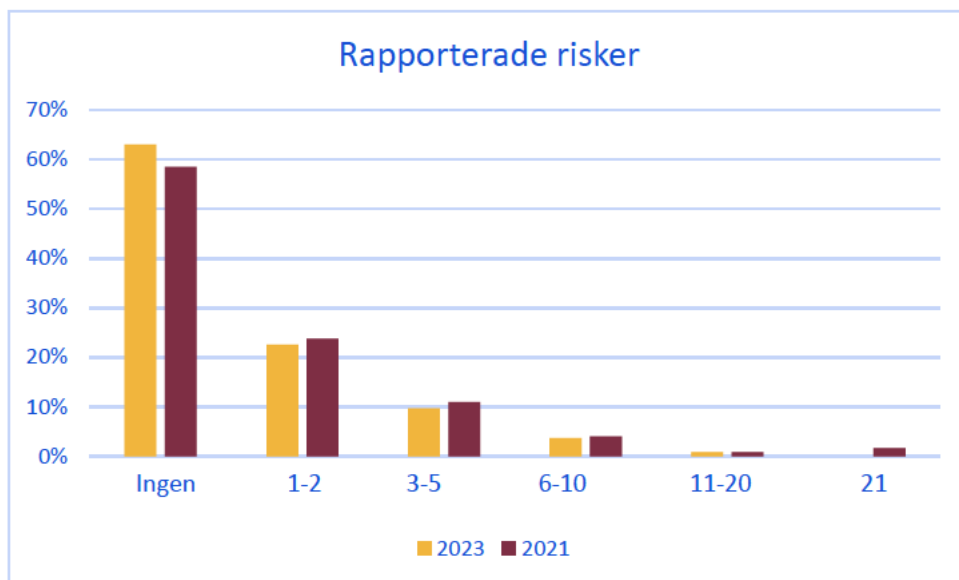


Diagram 3



Diagrammet visar hur många avvikelser varje person har skrivit under den senaste 12-månadersperioden.

Diagram 4



Diagrammet visar hur många risker varje person har rapporterat under den senaste 12-månadersperioden.

Sammanfattning av frisvar från enkäten som berörde vissa gemensamma aspekter

Det ges exempel på hur uppskattat det är med engagerade sjuksköterskor och enhetschefer då det "Skapar intresse för personalen att ta reda på saker.... Vill att personalen ska utvecklas, må bra och lära sig mycket." Hur viktig den fysiska närvaron av ansvariga är för funktion på enheter men främst hur värdefullt det upplevs med handledning och möjlighet till påverkan i det dagliga arbetet, att detta ger högre välbefinnande för medarbetare likväl som "patient". Majoriteten av fritextsvar lyfter dock frånvaron av närvaro och engagemang från ansvariga, avsaknad av perspektiv samt tappad meningsfullhet i det dagliga arbetet.

"Att man som personal upplever att en avvikelse inte är ett sätt att förebygga skada en patient" sammanfattar att många upplever att avvikelser "fastnar" hos chefen, att dessa inte diskuteras eller bearbetas. Upplevelsen är att medarbetarens engagemang inte påverkar eller förändrar och därmed tappas syftet och förståelsen för mening med utförande. Dessutom påvisas att viss tystnadskultur försvårar engagemang ytterligare.

Bekymmer över hur personaltäthet påverkar kvalité och möjlighet att utföra god vård är en återkommande aspekt. Särskilt lyfts bristande kommunikationsmöjligheter upp. Önskan att få till bättre samverkan, mer direkt kommunikation och delaktighet i vårdplaner, mellan vårdgivare likväl som olika enheter är genomgående, men främst nämns tidsbristen i den nära arbetsrelationen.

Medarbetare noterar att dokumentation blir lidande och med det kommer också en negativ påverkan på den faktiska vården. Det rapporteras frustration över otillräcklighet och avsaknad av kontinuitet, hur detta upplevs skapa merjobb. Återkommande förslag är avlastning med exempelvis disk och tvätt, för att omvårdnadspersonalen ska kunna prioritera sitt uppdrag.

“Brist på personal ställer högre krav på medarbetare som finns i tjänst. Alla vill göra rätt och alla vill göra ett bra jobb, men med mindre personal, samma antal boenden, samma vårdbehov, är det inte genomförbart.” “Patientsäkerheten börjar med bemanningen, kompetensen och ett bra schema.” “Jag som omsorgspersonal är ju reklam för min arbetsgivare.”

Reflektion

Förändringar i patientsäkerhetskulturen sker vanligen långsamt, över flera år, som en effekt av ett systematiskt och uthålligt arbete. Attityder och förhållningssätt i en organisation förändras i takt med att insikten om riskerna i verksamheten växer. Metoder och arbetssätt för att undvika risker och förebygga skador kan tränas in och bli en naturlig del i det dagliga arbetet.

Ledarnas och chefernas roller vid kulturförändring kan inte nog betonas. Ett uttryck för engagemanget och viljan på ledningsnivå är att patientsäkerhetsfrågorna är i fokus på ledningsmöten och utgör kärnan i verksamheternas strategiska utvecklingsplaner.

Kulturförändring sker där högsta ledningen för samtal med enhetschefer och medarbetare kring avvikelser och annan riskinformation, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, genomförda riskanalyser, systematiska analyser av avvikelser eller andra egenkontroller. Attityder och förhållningssätt påverkas genom strukturer, efterfrågan av resultat, återkoppling av förbättringar och stor delaktighet av medarbetarna.

Vid förra mätningstillfället 2021 antogs den låga svarsfrekvensen bero på att distributionskedjan ut till medarbetarna inte fungerade fullt ut, men trots genomtänkt förarbete och påminnelser är svarsfrekvens lägre denna gång. Enkäter är frivilliga men förväntan var att få en högre svarsfrekvens. Svarsfrekvensen på enkäten var ca 25 % av antalet anställda inom DSO och privata utförare. Flertalet som svarade var äldre än 45 år och hade arbetat inom vården över 21 år, vilket väcker undringar kring de yngre medarbetarnas engagemang och förståelse kring patientsäkerhetsfrågor.

Dimensionerna ger en bild av säkerhetskulturen i stort och svaren på enskilda frågor ger en kompletterande och mer detaljerad information. Utfallet av enkäten är på liknande nivå som tidigare mätning och är likvärdigt för DSO och privata utförare. MAS som sakkunnig i medicinska frågor analyserar inte resul-

tatet, utan varje verksamhet bör undersöka resultatet själva. Även antydningar i resultatet ger ledningen en grund för att analysera utfallet tillsammans med medarbetarna på enheterna enligt dimensions områden, i syfte att se vilka förändrings- eller förbättringsåtgärder som behöver ske.

Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete med konkret handlingsplan borde vara en självklarhet i varje verksamhet. Statistik visar att 30 % av all hälso- och sjukvård i Sverige bedrivs av kommuner.

Delaktighet är ett nyckelord - för chef, medarbetare, boende och anhörig. För upplevelse av delaktighet krävs dialog och framför allt inbjudan till kommunikation. Det är samtliga funktioner tillsammans som bidrar till konstruktiv förändring. Alla perspektiv har någonting att tillföra och alla perspektiv behövs för att i möjligaste mån kunna eftersträva god vård likväl som goda arbetsförhållanden. Arbetsmiljön går hand i hand med patientsäkerheten. Mer närvarande chefer i samarbete med medarbetare på enheten och efterfrågan av resultat från högsta ledningen behövs.

Bedömning

Det går inte att dra några slutsatser av enkätresultatet på grund av lågt deltagande. Det finns dock en del grundstrukturer och stödrutiner som kan behöva en översyn i alla verksamheter, t ex implementera risk- och avvikelshantering på ett sätt som gör att medarbetarna förstår varför rapportering är viktigt.

Att skapa förutsättningar för en delaktighet på alla nivåer och använda egenkontroller, att det pratas/diskuteras patientsäkerhet, kan bidra till förbättringar i säkerhetsarbetet.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Tarja Viitanen*

Bilaga 1

Analysverktyg till dimensionerna, hur den olika kluster hör ihop och bör bearbetas.

Mer information finns på SKR, [Microsoft Word - Tipsguiden NYAST utan sidnr.docx \(skr.se\)](#)

1. **Samarbete med andra**

- 13. Samarbete mellan vårdenheterna
- 14. Överlämningar och överföringar av patienter och information

2. **Ledning och organisation**

- 5. Min närmsta chefs agerande kring patientsäkerhet
- 8. Öppenhet i kommunikationen
- 10. En icke straff- och skuldbeläggande kultur
- 11. Arbetsbelastning och personaltäthet
- 12. Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete

3. **Säkerhetskultur i egen verksamhet**

- 1. Benägenhet att rapportera händelser
- 6. Lärandeorganisation
- 7. Samarbete inom vårdenheten
- 9. Återföring och kommunikation kring avvikelser

4. **Stöd vid negativ händelse**

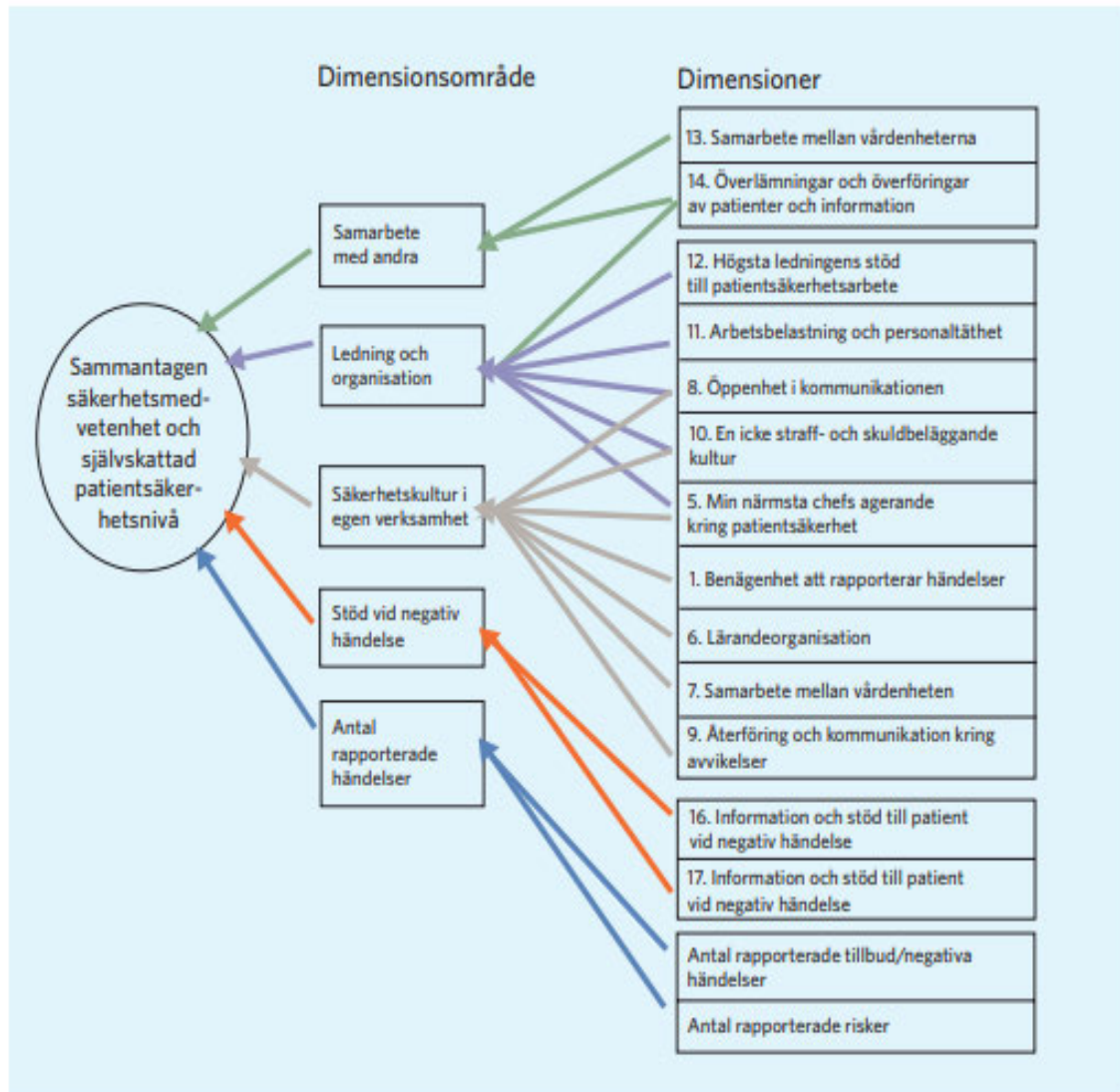
- 16. Information och stöd till patient vid negativ händelse
- 17. Information och stöd till personal vid negativ händelse

5. **Antal rapporterade händelser**

- Antal rapporterade risker
- Antal rapporterade tillbud/negativa händelser

Utfallsmått:

- 2. Sammantagen säkerhetsmedvetenhet
- 3. Självskattad patientsäkerhetsnivå



VON § Rapport gällande avvikelser i Hälso- och sjukvården inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2022

Diarienummer: VON23/5

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomför regelbundet en granskning av avvikelser inom hälso- och sjukvården. Den granskning som presenterades för Vård- och omsorgsnämnden i början av 2020 visade att riktlinjerna gällande avvikelshantering inte följdes av utförarna. Nämnden gav därför samtliga utförare i uppdrag att ta fram handlingsplaner för hur man avsåg att börja följa riktlinjerna. Se § 6, 36 samt 52. MAS har nu gjort en förnyad uppföljning - denna gång avseende 2022. Rapporten finns bifogad tjänsteskrivelsen.

MAS konstaterar i rapporten att det finns stora brister i avvikelshanteringen, vilket gör att syftet med avvikelser inte uppnås, dvs att bidra till preventiva och riskförebyggande insatser. Riktlinjen för avvikelshantering följs inte trots de tidigare framtagna handlingsplanerna. Det finns ett par undantag från detta: Betelhemmets avvikelshantering fungerar väl. Samtliga utförare hanterar också fallavvikelserna i enlighet med riktlinjen.

Barnrättsprövning

Nej

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapporten om 2022 års avvikelser inom hälso- och sjukvården enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04, samt
- 2) att** uppdra åt samtliga utförare förutom Betelhemmet att till nämndens sammanträde i oktober 2023 återkomma med varsin skriftlig rapport om vilket arbete som pågår för att åtgärda de brister som MAS konstaterat.

Beslutet skickas till:

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

Vård- och omsorgsnämnden

Avvikelser inom hälso- och sjukvården 2022

Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) genomför regelbundet en granskning av avvikelser inom hälso- och sjukvården. Den granskning som presenterades för Vård- och omsorgsnämnden i början av 2020 visade att riktlinjerna gällande avvikelshantering inte följdes av utförarna. Nämnden gav därför samtliga utförare i uppdrag att ta fram handlingsplaner för hur man avsåg att börja följa riktlinjerna. Se § 6, 36 samt 52. MAS har nu gjort en förnyad uppföljning - denna gång avseende 2022. Rapporten finns bifogad tjänsteskrivelsen.

MAS konstaterar i rapporten att det finns stora brister i avvikelshanteringen, vilket gör att syftet med avvikelser inte uppnås, dvs att bidra till preventiva och riskförebyggande insatser. Riktlinjen för avvikelshantering följs inte trots de tidigare framtagna handlingsplanerna. Det finns ett par undantag från detta: Betelhemmets avvikelshantering fungerar väl. Samtliga utförare hanterar också fallavvikelserna i enlighet med riktlinjen.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporten om 2022 års avvikelser inom hälso- och sjukvården enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04.
- 2) **att** uppdra åt samtliga utförare förutom Betelhemmet att till nämndens sammanträde i oktober 2023 återkomma med varsin skriftlig rapport om vilket arbete som pågår för att åtgärda de brister som MAS konstaterat.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2023-03-06

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Invita omvårdnad

Olivia hemomsorg

Lycka omsorg

Rapport interna avvikelser i Hälso- och sjukvården inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde 2022

Bakgrund

Av patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. I detta syfte ska hälso- och sjukvårdspersonalen rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, eller annan allvarlig skada till vårdgivaren. En avvikelse är något som avviker från normal rutin, oavsett om det handlar om misstag, felaktigheter eller situationer som lett till eller kunnat leda till skada.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och i föreskrift om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF-FS 2017:40) framgår det att varje vårdgivare ska ansvara för att det finns ett ledningssystem som innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs på systematiskt kvalitetsarbete. Avvikelsehanteringen är ett led i detta kvalitetssystem.

Avvikelsehantering innebär att det på ett systematiskt sätt arbetas med att identifiera, dokumentera samt rapportera negativa händelser och tillbud. Systematiskt arbetssätt innebär även att man utreder och åtgärdar orsaker, utvärderar åtgärdernas effekt samt sammanställer och återkopplar erfarenheterna till verksamheten. Medarbetarna ska ta del av erfarenheter och återkopplingar från avvikelsehanteringen inom verksamheten.

Syftet med att rapportera inträffade avvikelser är att dra lärdom av tillbudet eller den negativa händelsen och att med riskförebyggande insatser förhindra att samma typ av avvikelse inträffar igen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) senaste rapport om avvikelser till Vård och Omsorgsnämnden (VON) 2020 02 04 avseende avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område, ledde till att samtliga utförare skulle rapportera hur de "avser att implementera riktlinjen om avvikelshantering samt hur man sedan avser att säkerställa efterlevnaden". Verksamheterna lämnade in handlingsplaner för implementering och efterlevnad till VON 2020 06 04. Denna rapport är en uppföljning av hur verksamheterna har bearbetat avvikelser, om implementering har skett och om detta har gett resultat, att avvikelser behandlats på rätt sätt och om förbättringar har skett sedan senaste sammanställning 2020.

Resultat

En sammanställning av totala antalet hälso- och sjukvårdsavvikelser (HSL) under 2022, inkluderar Division social omsorg (DSO) och privata utförare.

Avvikelser inom HSL som ska rapporteras är:

- * Allmän omvårdnad (t ex Hygien, Larm, Mat, Munvård, Tillsyn)
- * Dokumentation
- * Fall
- * Informationsöverföring
- * Läkemedel
- * Specifik omvårdnad (T ex Handhavande hjälpmedel, ordinerade behandling/träning)

Tabell 1. Sammanställning av alla HSL Avvikelser

| | Totalt | Hemtjänst | Särskilda boende | Funktionsstöds området |
|-------------|---------------|------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 2022 | 4 706 | 1 038 | 3 289 | 379 |

Tabell 2. Avvikelser fördelade per områden

| | Totalt | HT | Särskilt boende | Funktionsstöds området |
|------------------------|---------------|-----------|------------------------|-------------------------------|
| Allmän omvårdnad | 270 | 34 | 206 | 30 |
| Dokumentation HSL | 21 | 10 | 11 | 0 |
| Fall | 2 784 | 543 | 2 165 | 76 |
| Informationsöverföring | 25 | 15 | 7 | 3 |
| Läkemedel | 1 513 | 417 | 829 | 267 |

| | | | | |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| Specifik omvårdnad | 93 | 19 | 71 | 3 |
| Summa | 4 706 | 1 038 | 3 289 | 379 |
| | | 22 % | 70 % | 8 % |

Tabell 3. Sammanställning och jämförelse av bearbetade avvikelser

| | 2022 | 2019 |
|----------------------|-------------|-------------|
| Totalt | 4 706 | 4 926 |
| Händelseutredning | 944 | 594 |
| Orsak | 299 | 298 |
| Åtgärd | 2 003 | 2 221 |
| Återkoppling | 37 | 197 |
| Kommentar från ssk | 2 105 | 2 351 |
| Kommentar från Rehab | 2 165 | |

Avslutade avvikelser 2 418 st, klar behandlade avvikelser. Sjuksköterska kommenterar främst läkemedel och övriga avvikelser. Rehab kommenterar fall-avvikelser.

Reflektioner

Inför denna rapport fick alla verksamheter lämna in en redovisning till MAS om antalet HSL-avvikelser under 2022 och hur bearbetning av avvikelserna har gjorts. Av rapporteringen framkommer att avvikelser, på individnivå, tas upp på Hälsokonferenser i teamsamverkan eller på Arbetsplatsträffar (APT) för åtgärd. Den systematiska bearbetningen och dokumentationen av avvikelser saknas i stort, främst på enhetsnivå. Avvikelser fall och läkemedel, på individnivå, står för den stora delen av kommentarerna i bearbetning och åtgärder. Positiva undantaget är Betelhemmet, som har ett genomtänkt arbetssätt i hanteringen, bearbetningen och återkoppling av avvikelser. Man arbetar strukturerat med PGSA-hjulet (Förbättringshjulet: Planera - Gör - Studera - Agera).

MAS har manuellt gått igenom alla avvikelser som rapporterades under 2022 och kontrollerat innehållet under rubrikerna av bearbetning, se tabell 3. Det som blir påtagligt är att i sin helhet bearbetas inte avvikelser som de ska i verksamheterna, med några få undantag. Fallavvikelser är de som behandlas enligt riktlinjer och bearbetas på Hälsokonferens i teamsamverkan. Positivt att det finns ett inarbetat arbetssätt kring fall nu.

Digitalisering vid läkemedelshantering infördes inom alla särskilda boenden inom DSO runt årsskiftet 21/22. Vid sammanställningen av läkemedelsavvikelser framkom att avvikelserna hade minskat totalt, men inom särskilt boende inom DSO var det markant, vilket blir missvisande. Vid införandet av digital-

signering blev det oklart att avvikelser fortfarande skulle skrivas, så rapporteringen och bearbetningen av läkemedelsavvikelser har inte skett enligt riktlinjen. Det framkommer inte heller hur statistiken/avsteg i digitalsystemet ska hanteras.

Vid genomgången av chefernas bearbetning av avvikelser blir det tydligt att implementeringen och säkerställan av efterlevnad inte har genomförts i verksamheterna. Chefer i stort vet inte hur och varför avvikelser ska hanteras, främst på enhetsnivå. Preventiva och riskförebyggande insatser utifrån bearbetande av avvikelserna på ett konstruktivt sätt skulle gynna alla på enheten, framför allt patienterna. Att engagera medarbetarna på enheten i förbättringsarbetet utifrån avvikelserna skulle kunna öka viljan till att skriva risker och avvikelser, om förståelsen för syftet finns. Många patienter kan bli lidande av att dessa avvikelser sker och upprepas, när de endast åtgärdas bristfälligt. Mycket bortförklaras med mänsklig faktor eller ingen känd orsak i avvikelserna, men utan att händelseutredning har skett.

Det är mer än hälften av alla avvikelser där det inte finns någon notis eller kommentar från enhetschef, som är ansvarig för bearbetningen. Där det finns kommentarer är de flesta bearbetade inkorrekt. Återkoppling till rapportör är undermålig, vilket leder till att medarbetarna inte skriver avvikelser, för de leder ingenstans. Troligen är antalet skrivna avvikelser bara toppen av ett isberg och många avvikelser skrivs aldrig.

Det saknas styrning, implementering och rutinprocesser för det preventiva och riskförebyggande arbetet. Ledningsansvaret innebär att lagar, författningar och MAS riktlinjer implementeras och görs kända i verksamheterna. Att ge medarbetarna, på alla nivåer, förutsättningar, handledning och förståelse för processen av förbättringsarbete är viktigt. Det bör finnas konkreta processer med användbara verktyg som underlättar i det dagliga arbetet på enheterna.

Bedömning

Implementering av avvikelshantering och säkerställan om efterlevnad kvarstår i alla verksamheter. Ledningen ska ansvara för att det finns implementerade processer för hur avvikelser ska hanteras på olika nivåer, vem som gör vad och varför, hur lärdom kring avvikelserna kan förmedlas och erfarenheterna användas på bredare front - den lärande organisationen.

Verksamheterna behöver arbeta strukturerat med avvikelserna, hitta preventiva och riskförebyggande insatser utifrån de avvikelser som inkommer och bearbeta dessa på ett konstruktivt sätt med uppföljning av effekterna, för att inte patienter ska lida av vårdskada.

Att arbeta i team, där alla berörda yrkesgrupper ingår, med avvikelserna på arbetsplatserna och att lära sig av varandra är viktigt för att få effektiva åtgärder

som gagnar vårdragarna. Även att minska risken till upprepning av negativa händelser, leder till verksamhetsutveckling för våra vårdragare och medarbetare.

*Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Tarja Viitanen*

VON § Rapport om åtgärdsarbete rörande avvikelshantering inom SOL och LSS

Diarienummer: VON22/62

Enligt överenskommelsen mellan Division Social omsorg (DSO) och Vård- och omsorgsnämnden, ska divisionen varje år rapportera om skrivna avvikelser och de åtgärder som dessa föranleder. En avvikelse är en icke förväntad händelse som medfört eller skulle ha kunnat medföra fysisk eller psykisk skada hos brukaren. Rapport över 2021 års avvikelser redovisades för nämnden i september 2022 (se § 78). Rapportör konstaterade att det saknas en systematik i hanteringen av avvikelser, liksom kunskap bland personalen. Det fanns en rad åtgärder planerade för att åtgärda dessa brister. Nämnden uppdrog åt DSO att återkomma med en rapport över åtgärdsarbetet. Denna rapport har nu inkommit och finns bilagd denna tjänsteskrivelse. En rad åtgärder har genomförts inom såväl äldreomsorgen som funktionsstödsomsorgen. Samtidigt återstår vissa åtgärder, vilka är planerade att genomföras under 2023.

Barnrättsprövning

Nej

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapport om åtgärdsarbete rörande avvikelshantering inom SOL och LSS, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-02-22, samt
- 2) att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i oktober 2023 återkomma med en förnyad rapport om det fortsatta åtgärdsarbetet.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Rapport om åtgärdsarbete rörande avvikelshantering inom SOL och LSS

Bakgrund

Enligt överenskommelsen mellan Division Social omsorg (DSO) och Vård- och omsorgsnämnden, ska divisionen varje år rapportera om skrivna avvikelser och de åtgärder som dessa föranleder. En avvikelse är en icke förväntad händelse som medfört eller skulle ha kunnat medföra fysisk eller psykisk skada hos brukaren. Rapport över 2021 års avvikelser redovisades för nämnden i september 2022 (se § 78). Rapportör konstaterade att det saknas en systematik i hanteringen av avvikelser, liksom kunskap bland personalen. Det fanns en rad åtgärder planerade för att åtgärda dessa brister. Nämnden uppdrog åt DSO att återkomma med en rapport över åtgärdsarbetet. Denna rapport har nu inkommit och finns bilagd denna tjänsteskrivelse. En rad åtgärder har genomförts inom såväl äldreomsorgen som funktionsstödsomsorgen. Samtidigt återstår vissa åtgärder, vilka är planerade att genomföras under 2023.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

Ärendet berör eller påverkar ej barn, varför det i enlighet med barnkonvention

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport om åtgärdsarbete rörande avvikelshantering inom SOL och LSS, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-02-22
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i oktober 2023 återkomma med en förnyad rapport om det fortsatta åtgärdsarbetet.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2023-03-06

Beslut till:

Division Social omsorg

Rapport från åtgärdsarbete kring avvikelshantering SOL/LSS

Bakgrund

Till nämndens sammanträde i september 2022 presenterades en sammanställning av rapporterade SOL- och LSS-avvikelser inom funktionsstödsomsorgen och äldreomsorgen. I sammanställningen identifierades förslag på förbättringsåtgärder enligt nedan:

Förbättringsåtgärder FSO:

- Utbildningstillfälle för alla enhetschefer inom FSO gällande avvikelshantering är planerad.
- Utbildning gällande avvikelshantering för medarbetarna kommer ske löpande under APT tillfällen. Utbildningen kommer genomföras av enhetschef med stöd av kvalitetsutvecklare vid behov.
- Planeringsdag med fokus på kvalitetsarbete planeras genomföras för alla enhetschefer inom FSO under hösten 2022.
- Utbildning i procapita kommer genomföras för utvalda representanter av medarbetarna under året som sedan kommer ansvara för att utbilda övriga medarbetare under APT tillfällen.
- Verksamhetschef tillsammans med kvalitetsutvecklare kommer inventera behovet av ytterligare utbildning för medarbetarna inom FSO.
- De nya rubrikkategorierna kommer in i procapita med målsättning att fler och tydligare avvikelsekategorier bidrar till att det blir lättare för medarbetare att förstå vad avvikelser är och vad som ska rapporteras.

Förbättringsåtgärder Äldreomsorgen:

- Implementera avvikelseprocessen på enhetsnivå
- Implementera struktur för systematik gällande kvalitet som skapats där avvikelser kommer att lyftas från enhetsnivå till verksamhetsnivå för att det ska bli möjligt att ha översyn på behov av åtgärder/förbättringar på helhet. Exempelvis kan det bli aktuellt med utbildning, eller ett ändrat arbetssätt som gäller på helheten inom äldreomsorgen.
- Anordna uppföljande utbildning i procapita, dokumentation samt avvikelser för spjutspetsar under hösten 2022.
- Behov av att rekrytera personal med kompetens samt goda språkkunskaper för samtliga förekommande arbetsuppgifter inom arbetsområdet.
- Ett behov av välfärdsteknik som är modern och som skapar effektivitet, säkerhet för personal samt patientsäkerhet för kunder/brukare föreligger.

Gemensamma förbättringsåtgärder

Det finns behov av ett förbättringsarbete när det gäller systematiken i arbetet med avvikelser som verksamheten själva rapporterar i Procapita i individärenden. Det gäller både rapportering, utredning och åtgärder samt hur det dokumenteras och följs upp för

att tidigt identifiera brister som kan åtgärdas genom exempelvis översyn av rutiner, kompetensutveckling eller annat innan risk för missförhållande uppstår.

Det finns även ett behov av att arbeta med hur synpunkter och klagomål hanteras. Både när det gäller kopplat till att registrera en eventuell avvikelse och utreda samt hur svaret ska formuleras.

Uppdrag

Att uppdra åt Division Social omsorg att till nämndens sammanträde i mars 2023 lämna en skriftlig rapport om det genomförda åtgärdsarbetet och de konsekvenser man hunnit se av det.

Genomfört

FSO

- Utbildningstillfälle för alla enhetschefer avseende avvikelsehantering genomfört
- Utbildning under APT för medarbetare har genomförts på vissa enheter, kvalitetsutvecklare har deltagit i utbildning för delar av daglig verksamhet samt myndighet.
- Enskilda samtal med alla enhetschefer avseende kunskapsöversikt om systematiskt kvalitetsarbete har genomförts av kvalitetsutvecklare.
- Verksamhetschef tillsammans med kvalitetsutvecklare har inventerat behovet av ytterligare utbildning för medarbetarna inom FSO.
- De nya rubrikerna i avvikelssystemet har gjorts kända för majoriteten av medarbetarna, och har gett störst utslag inom grupp och service efter sammanställning av avvikelser 2022.
- Nya rutiner för hantering av synpunkter och klagomål har implementerats.

Äldreomsorgen

- Avvikelser som inkommit tas upp på hälsokonferenser
- Åtgärder av avvikelser följs upp samt analyseras på hälsokonferenser och åtgärdsplaner tas fram
- Avvikelser hanteras även på teamträffar i hemtjänsten en gång i månaden där åtgärder sätts in för att undvika att det sker igen
- Utbildning gällande yrkessvenska är pågående för tre grupper, totalt 40 platser. Grupp 1 klar och satsningen har fallit väl ut och varit uppskattad av de som deltagit

Gemensamt

- Avvikelsegrupp med representanter av kvalitetsutvecklare, enhetschefer samt medarbetare inom FSO och ÄO har upprättats och arbetar kontinuerligt med en bättre struktur av hantering av avvikelser.

- Nya rubrikkategorierna har reviderats och registrerats i avvikelssystemet.
- Utbildningsfilm för alla medarbetare avseende avvikelser har påbörjats.

Återstår

FSO

- Planeringsdag för enhetschefer med fokus kvalitetsarbete har bytts ut till temadagar systematiskt kvalitetsarbete med start i mars 2023, under april månad kommer fokusområdet avse avvikelsehantering.
- Utbildningsinsats avseende procapita för spjutspetsar inom FSO har skjutits upp till följd av att ny mall för genomförandeplan för hela verksamhetsområdet håller på att tas fram. De arbetet ska färdigställas innan en utbildning i procapita kan komma att bli aktuellt.

ÄO

- Skapa en tydlig arbetsprocess avseende avvikelsehantering
- Systematiskt ta upp avvikelser på respektive ledningslag inom Äldreomsorgen för transparens och en lärande organisation
- Få till en tydlig och samlad information gällande avvikelser samt utifrån det nya utbildningsmaterial som nu tas fram
- Genomföra kartläggning i hemtjänsten gällande utökning av trygghetskamera samt tillsyn via telefon på dagen för att minska tillsynsbesök som enbart är på någon minut per besök
- Se över om det finns behov av att anordna uppföljande utbildning i procapita, dokumentation samt avvikelser för spjutspetsar efter att den övergripande utbildningsfilmen för alla medarbetare är klar och genomförd

Gemensamt:

- Göra utbildningsmaterialet känt för alla medarbetare samt göra den till en del av introduktionen för nyanställda.
- Fortsatt behov av utbildning samt att implementera ett systematiskt arbetssätt avseende avvikelser, synpunkter och klagomål ut på alla enheter inom FSO och Äldreomsorgen.

Tidplan

Implementeringen av utbildningsmaterial ska vara färdigställt i sin helhet under 2023. Arbetet avseende systematisk avvikelsehantering ska arbetas med kontinuerligt både på verksamhet och enhetsnivå inom funktionsstödsomsorgen och äldreomsorgen.

Effekter

Vidtagna åtgärder har gett effekt hos enhetscheferna inom funktionsstödsomsorgen genom att alla enhetschefer har kännedom om deras roll i hanteringen av inrapporterade avvikelser. Enhetschefer som haft behov av kompetensutveckling i verksamhetssystemet har fått det av kvalitetsutvecklare. En tydlighet avseende uppföljning av avvikelser har preciserats i FSO:s årshjul där enhetscheferna under 2023 ska upprätta årshjul på

enhetsnivå på de enheter de ännu inte genomförts. Viss effekt av åtgärderna har setts hos medarbetare då fler avvikelser rapporterats in än föregående år.

Efter implementeringen av Nyköpings hemtjänstmodell arbetas det systematiskt kring avvikelser inom hemtjänsten. Avvikelse hanteras på teamträffarna en gång i månaden där åtgärder sätts in för att undvika att det händer igen.

Rebecka Braun
Äldreomsorgen

Felicia Brännlund
Funktionsstödsomsorgen

VON § Brukarundersökning inom funktionsstödsomsorgen 2022

Diarienummer: VON22/137

Division Social omsorg (DSO) har under 2022 genomfört en brukarundersökning inom funktionsstödsomsorgen enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKRs) modell. En motsvarande undersökning gjordes även under 2021. Då framkom ett par huvudsakliga förbättringsområden - brukarnas upplevelse av om personalen bryr sig om dem, om de vet vem de ska ta kontakt med om något dåligt händer samt känslan av rädsla. Ett åtgärdsarbete har genomförts under året och DSO bedömer att åtgärderna har gett viss effekt.

2022 års undersökning visar inte ett lika entydigt resultat, men ett gemensamt förbättringsområde är brukarnas känsla av att vara förstådda respektive deras förståelse av vad personalen säger.

Barnrättsprövning

Nej

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapporten om resultatet av 2022 års brukarundersökning inom funktionsstödsomsorgen, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-01-19, samt
- 2) att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i oktober 2023 återkomma med en skriftlig rapport om årets åtgärdsarbete utifrån 2022 års brukarundersökning.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

2022 års brukarundersökning inom funktionsstödsomsorgen

Bakgrund

Division Social omsorg (DSO) har under 2022 genomfört en brukarundersökning inom funktionsstödsomsorgen enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKRs) modell. En motsvarande undersökning gjordes även under 2021. Då framkom ett par huvudsakliga förbättringsområden – brukarnas upplevelse av om personalen bryr sig om dem, om de vet vem de ska ta kontakt med om något dåligt händer samt känslan av rädsla. Ett åtgärdsarbete har genomförts under året och DSO bedömer att åtgärderna har gett viss effekt.

2022 års undersökning visar inte ett lika entydigt resultat, men ett gemensamt förbättringsområde är brukarnas känsla av att vara förstådda respektive deras förståelse av vad personalen säger.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapporten om resultatet av 2022 års brukarundersökning inom funktionsstödsomsorgen, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-01-19.
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i oktober 2023 återkomma med en skriftlig rapport om årets åtgärdsarbete utifrån 2022 års brukarundersökning.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2023-03-06

Beslut till:

Division Social omsorg

RAPPORT KRING 2022 ÅRS BRUKARUNDERSÖKNING INOM FUNKTIONSTÖDSOMSORGEN

FELICIA BRÄNNLUND KVALITETSUTVECKLARE, FSO



Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Uppdrag..... | 3 |
| Bakgrund..... | 3 |
| Avgränsning och metod..... | 3 |
| Förberedelser och genomförande | 3 |
| Svarsfrekvens..... | 4 |
| Resultat..... | 5 |
| Vidtagna åtgärder utifrån resultatet 2021 | 5 |
| Servicebostad enligt LSS - jämförelse med riksnittet och föregående år..... | 6 |
| Sammanfattning..... | 6 |
| Gruppbofastad enligt LSS - jämförelse med riksnittet och föregående år..... | 7 |
| Sammanfattning..... | 7 |
| Daglig verksamhet enligt LSS - jämförelse med riksnittet och föregående år | 8 |
| Sammanfattning..... | 8 |
| Bostad med särskild service enligt SoL jämförelse med riksnitt och föregående år | 9 |
| Sammanfattning..... | 9 |
| Personlig assistans LSS..... | 9 |
| Sammanfattning..... | 10 |
| Slutsats och rekommendationer..... | 10 |

Uppdrag

Division Social omsorg (DSO) har under 2022 genomfört en brukarundersökning inom funktionsstödsomsorgen enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKRs) modell.

Bakgrund

SKR tillhandahåller årligen en nationell enkätundersökning under hösten som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Undersökningsperioden pågår ifrån 1 september till 31 oktober. Undersökningstjänsten omfattar sju olika insatser, där fem insatser har deltagit i undersökningen:

- Daglig verksamhet LSS
- Bostad med särskild service SoL
- Gruppbostad LSS
- Servicebostad LSS
- Personlig assistans LSS

Enkäten är uppbyggd utifrån 9 - 11 frågor beroende på insatstyp och berör flera olika områden såsom exempelvis självbestämmande, kommunikation och trygghet.

Avgränsning och metod

Boendestöd har inte deltagit i SKR:s brukarundersökning utan använt sig av brukarundersökningen Genombrottet. I årets brukarundersökning har inte privata utförare deltagit. Daglig sysselsättning SoL har inte heller varit deltagande, utan fokus har legat på daglig verksamhet LSS.

Nyköpings kommun genomför även externt köp av plats för individer på boenden runt om i Sverige enligt ramavtal. Likt föregående år har dessa verksamheter inte erbjudits deltagande då det i de flesta fall bor personer ifrån andra kommuner där, vilket medför komplikationer i både anmälningsförfarandet och genomförandet av undersökningen. Divisionen har av den anledningen utgått ifrån premissen att varje kommun tar ansvar för att erbjuda både kommunala och privata utförare inom kommungränsen att delta i undersökningen.

Förberedelser och genomförande

Kvalitetsutvecklare och två socialpedagoger inom verksamhetsområdet har haft i uppdrag att processleda brukarundersökningen. Tio stödpedagoger har varit frågeassistenter till samtliga individer som deltagit i undersökningen. De kallades till ett uppstartsmöte där information utifrån SKR: stödmaterial delgavs. Informationsformulär skickades ut till enhetscheferna där de kunde fylla i

om deltagare var i behov av ytterligare stöd i form av exempelvis teckentolkning eller bildstöd. Stödpedagogerna fick ta del av formuläret, stödmaterial och kontaktuppgifter till respektive enhetschef. Förberedande information om undersökningen skickades ut i början av september 2022 till enheterna. Informationen innehöll bild på stödpedagogerna för att deltagarna skulle känna sig mer bekväma vid svarstillfället.

Under 2022 erbjöds totalt 436 brukare att besvara den nationella brukarundersökningsenkäten.

| <i>Verksamhetstyp</i> | <i>Antal enheter</i> | <i>Anmälda deltagare</i> |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Servicebostad enligt LSS | 7 | 98 |
| Gruppbofastad enligt LSS | 10 | 107 |
| Daglig verksamhet enligt LSS | 17 | 170 |
| Bostad med särskild service SoL | 4 | 43 |
| Personlig assistans | 1 | 18 |
| Totalt | 39 | 436 |

Tabell 1. Sammanställning över deltagande i brukarundersökningen inom funktionsnedsättningsområdet i Nyköpings kommun. Inhämtat 2022-12-29

I jämförelse med föregående års undersökning kan det konstateras att antalet deltagande enheter minskat från 48 enheter 2021 till 39 enheter 2022 och att antalet brukare som erbjudits möjligheten att delta minskat från 481 individer till 436.

Svarsfrekvens

| Verksamhetstyp | Svarsfrekvens |
|--|----------------------|
| Servicebostad enligt LSS | 61 % |
| Gruppbofastad enligt LSS | 48 % |
| Daglig verksamhet enl. | 73 % |
| Bostad med särskild service enligt SoL | 65 % |
| Personlig assistans | 44 % |

Bortfallet har ökat från 31 % föregående år till 38% 2022. De enheter som inte finns med har inte haft fyra eller fler svar och redovisas då ej tillbaka från enkätfabriken och ingår inte i sammanställningen.

Resultat

Vidtagna åtgärder utifrån resultatet 2021

Utifrån resultatet 2021 har åtgärder vidtagits genom att en arbetsgrupp tillsats bestående av kvalitetsutvecklare samt två socialpedagoger, som processleder arbetet med brukarundersökningen systematiskt över året. Stödpedagoger inom verksamhetsområdet har setts ut till frågeassistenter som haft löpande träffar med socialpedagogerna för förberedelser och utbildningsinsatser inför genomförandet. En rutin för resultatåterkoppling har upprättats med tillhörande bildstöd som presenterats på ledningslaget för alla enhetschefer. Mall för åtgärdshantering på enhetsnivå och verksamhetsnivå har tagits fram som utvärderas löpande på ledningslag inom respektive område. Respektive enhetschef ansvarar för åtgärdshantering med brukarna under brukarråd där fokus är på brukarnas egna upplevelser kring resultatet och de åtgärder de ser krävs för en bättre upplevelse av sin insats. I FSO:s årshjul finns aktiviteter avseende brukarundersökningen kontinuerligt under året för att få ett systematiskt arbete med brukarundersökningen och behovet av förbättringsåtgärder.

Vidare har en stödpedagog anställts som arbetar övergripande inom verksamhetsområdet med spetskompetens inom Alternativt kompletterande kommunikation (AKK). Stödpedagogen har utfört punktinsatser på enheter vars nyttjande av AKK varit eftersatt och stöttat enheterna med bildstöd, sociala berättelser, bildscheman mm, vilket varit ett av förbättringsområdena efter resultatet 2021. Socialpedagogerna arbetar också övergripande inom verksamhetsområdet och har under 2022 gått en handledarutbildning och erbjuder enheterna handledning inom bland annat bemötande som också varit ett prioriterat område efter resultatet 2021.

Servicebostad enligt LSS - jämförelse med riksnittet och föregående år

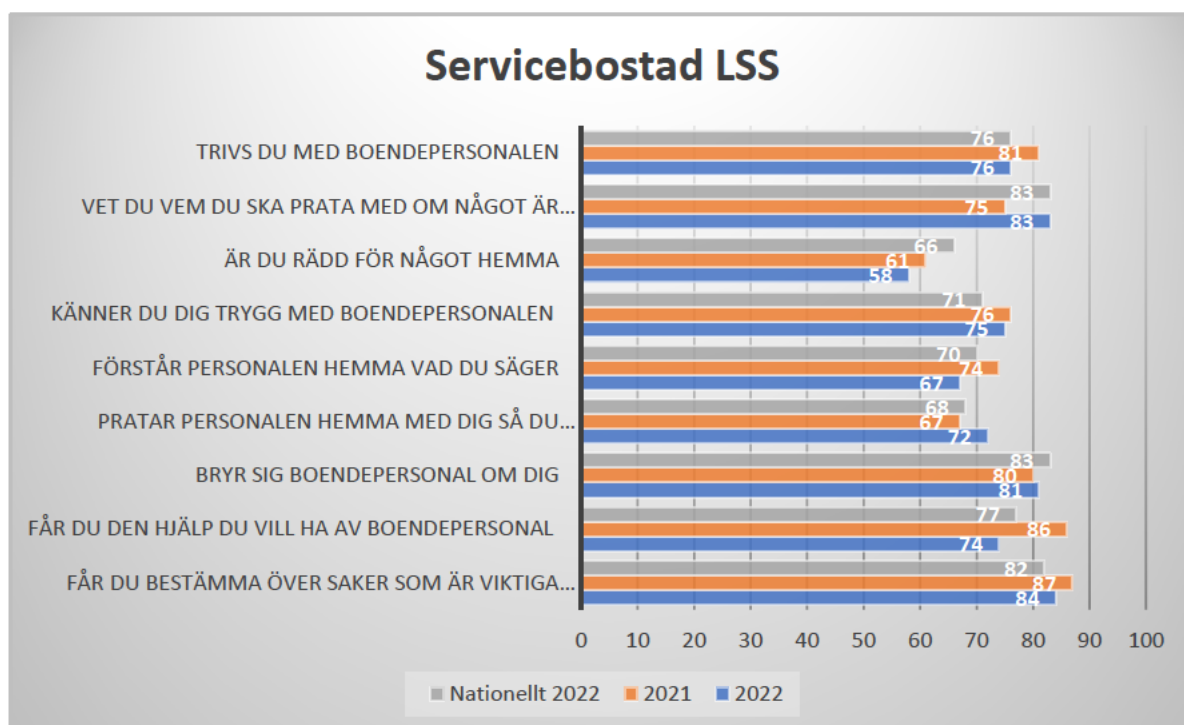


Diagram 1. Sammanställning över resultatet för verksamhetstyp Servicebostad LSS i Nyköpings kommun i jämförelse med nationellt medelvärde. Inkluderar resultat för kommunala utförare. Inhämtat 2022-12-29

Sammanfattning

Resultatet visar att servicebostad ligger över riksnittet på fem frågeområden av nio. Jämförs resultatet för Nyköping för 2022 med 2021 framgår det att siffrorna ökat på fyra frågeområden av nio, resterande har ett sämre resultat. Bortfallet ligger på 41 % mot 30 % 2021.

Gruppbostad enligt LSS - jämförelse med riksnittet och föregående år

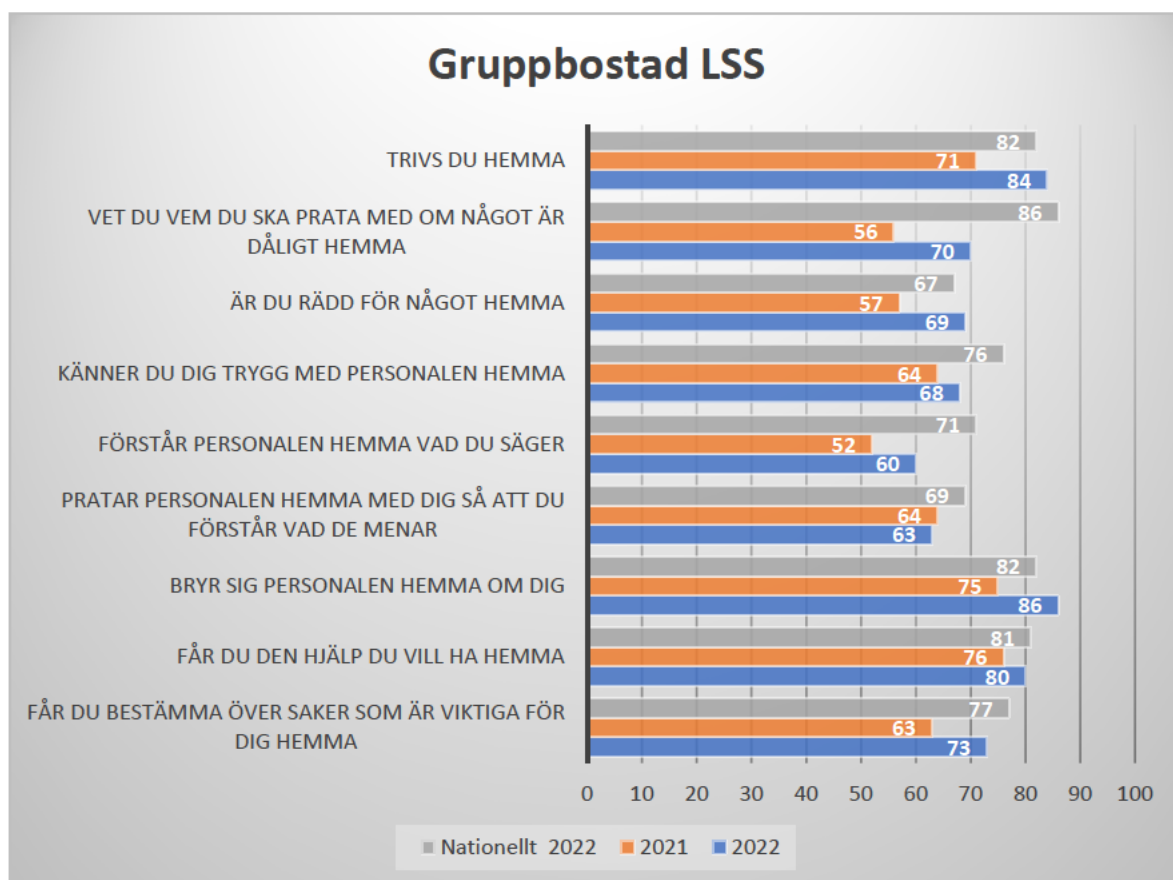


Diagram 2. Sammanställning över resultatet för verksamhetstyp Gruppbostad LSS i Nyköpings kommun i jämförelse med nationellt medelvärde. Inkluderar resultat för kommunala utförare. Inhämtat 2022-12-29

Sammanfattning

Resultatet visar att gruppbostad ligger över riksnittet i tre frågeområden. Resultatet 2021 var under riksnittet på samtliga frågeområden. Att ha med i beräkningen är att svarsfrekvensen endast är på 48 %, vilket innebär att inga generella slutsatser om resultatet kan dras. Svarsfrekvensen 2021 var 63 % och har alltså minskat markant i årets undersökning. En bakomliggande orsak till det höga bortfallet antas vara att enkäten vänder sig till individer med mild till måttlig funktionsnedsättning och inte de med en grav funktionsnedsättning, vilket leder till att enkäten blir för svår för vissa individer att besvara trots stöd i form av bilder och teckentolkning.

Daglig verksamhet enligt LSS - jämförelse med riksnittet och föregående år

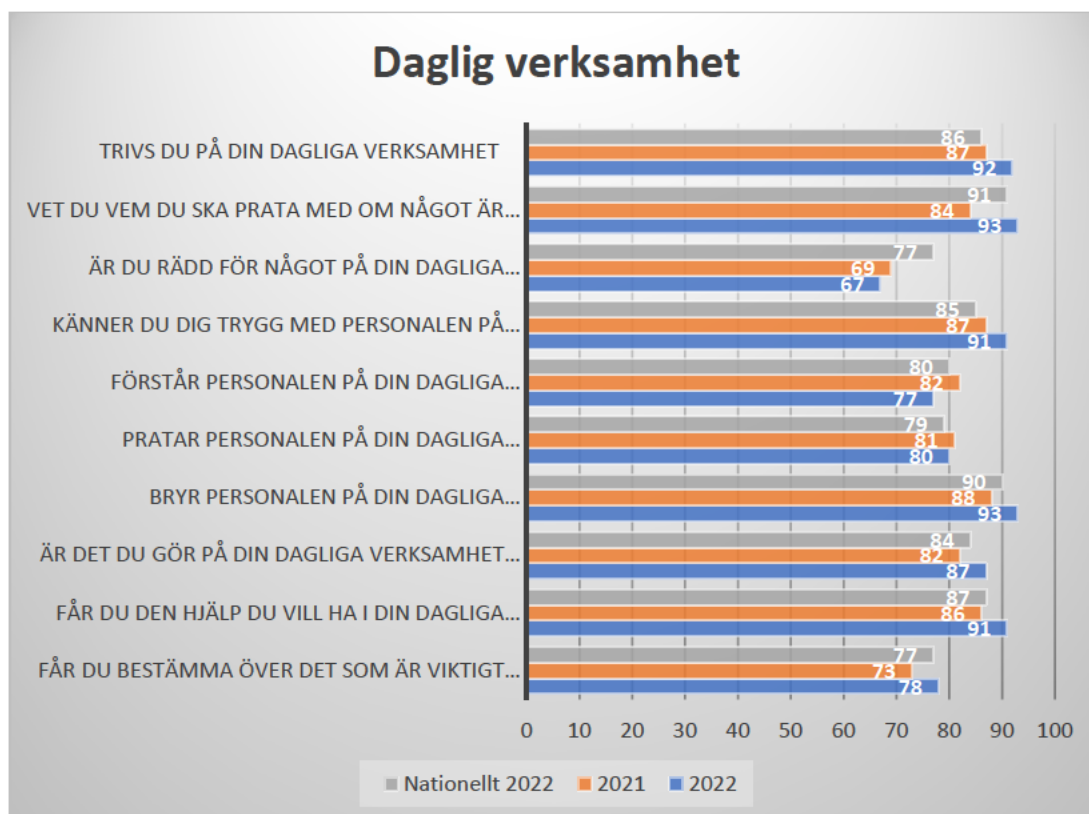


Diagram 3. Sammanställning över resultatet för verksamhetstyp daglig verksamhet LSS i Nyköpings kommun i jämförelse med nationellt medelvärde. Inkluderar resultat för kommunala utförare. Inhämtat 2022-12-29

Sammanfattning

Resultatet för 2022 visar att utfallet i Nyköping ligger över riksnittet i åtta av tio frågeområden i jämförelse med föregående år då vi låg över riksnittet i fem av tio frågeområden. Generellt är resultaten goda inom daglig verksamhet med en hög svarsfrekvens på 73 %, vilket är det högsta av alla deltagande områden.

Bostad med särskild service enligt SoL jämförelse med rikssnitt och föregående år

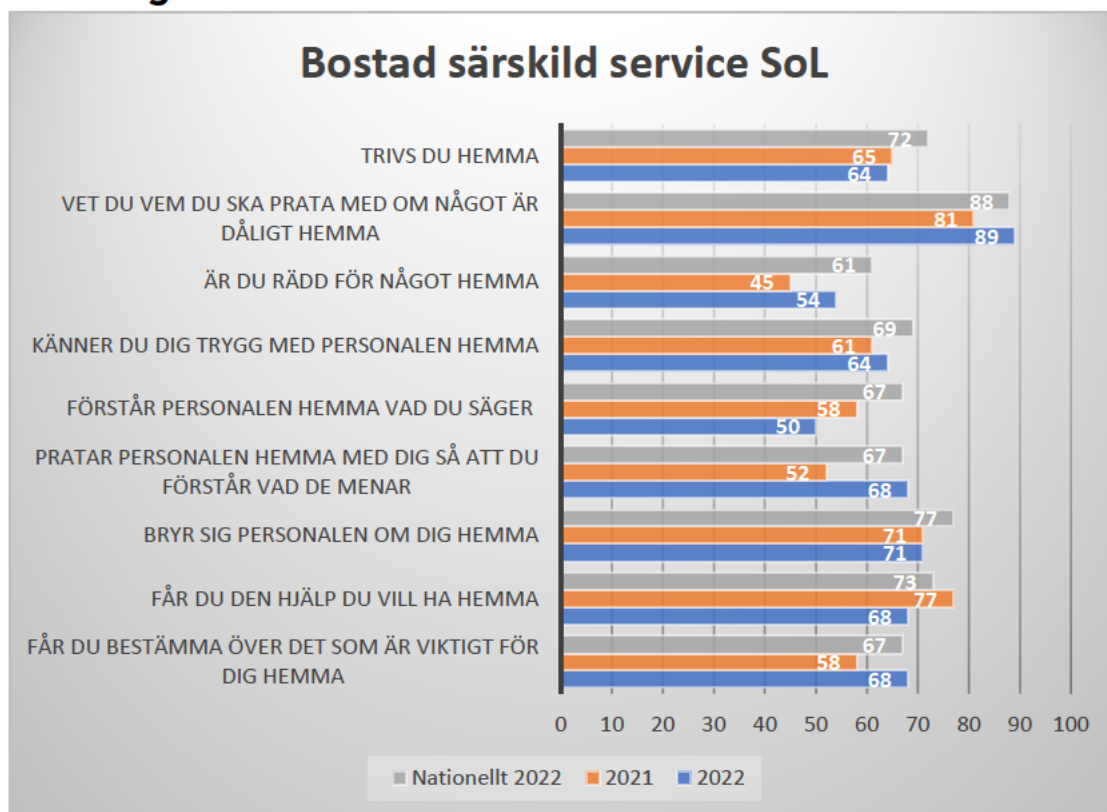


Diagram 4. Sammanställning över resultatet för verksamhetstyp bostad med särskild service SoL i Nyköpings kommun i jämförelse med nationellt medelvärde. Inkluderar resultat för kommunala utförare. Inhämtat 2022-12-29

Sammanfattning

Resultatet för bostad med särskild service enligt SoL ligger över rikssnittet i tre frågeområden. År 2021 var resultatet sämre inom samtliga frågeområden. Jämförs Nyköpings resultat för 2022 med 2021, kan det konstateras att resultatet förbättrats inom sex av nio frågeområden.

Personlig assistans LSS

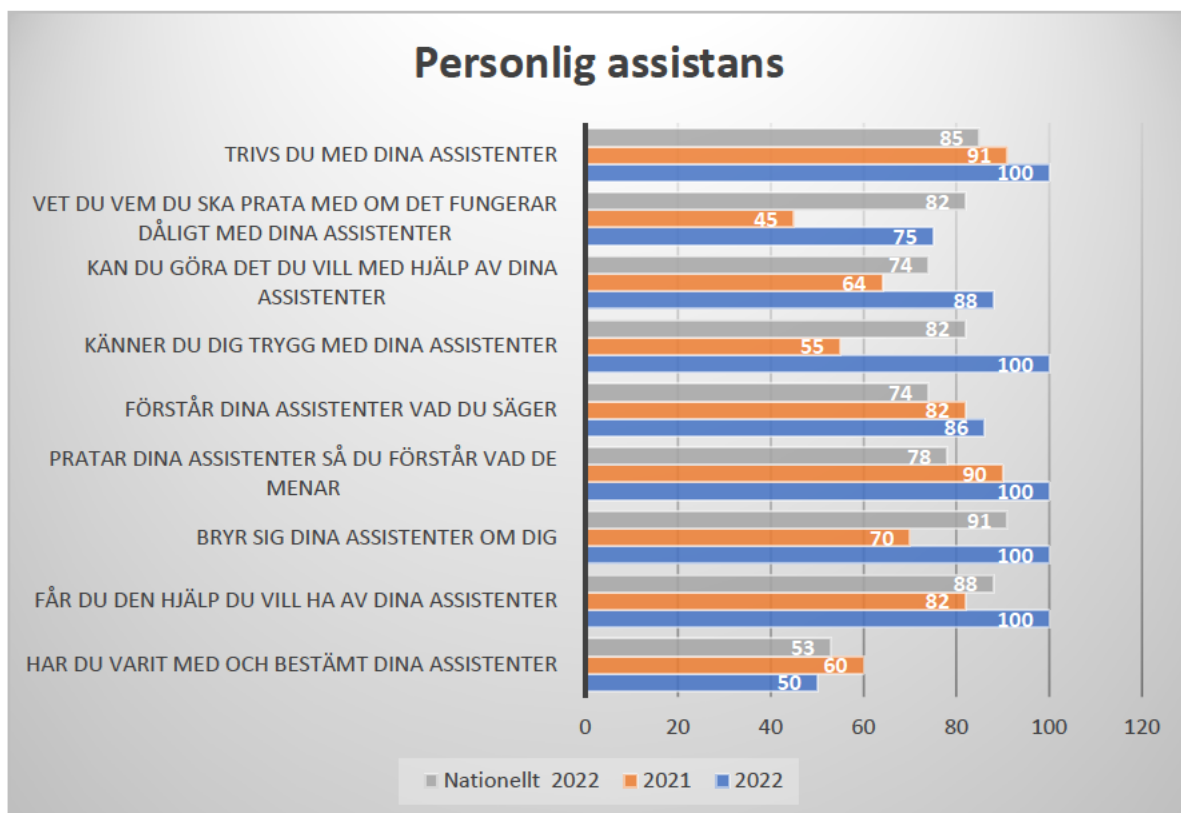


Diagram 5. Sammanställning över resultatet för verksamhetstyp personlig assistans i Nyköpings kommun i jämförelse med nationellt medelvärde. Inkluderar resultat för kommunala utförare. Inhämtat 2022-12-29

Sammanfattning

Resultatet för personlig assistans visar att vi ligger över rikssnittet inom sju av nio frågeområden. Resultatet har förbättrats inom alla frågeområden bortsett från ett i jämförelse med 2021. Fem av nio frågeområden fick ett resultat på 100 % nöjdhet. Dock var svarsfrekvensen endast 44 % och resultatet är av den anledningen inte tillförlitligt på gruppnivå. En bakomliggande orsak till det höga bortfallet antas vara att enkäten vänder sig till individer med mild till måttlig funktionsnedsättning och inte den med en grav funktionsnedsättning vilket leder till att enkäten blir för svår för vissa individer att besvara trots stöd i form av bilder och teckentolkning.

Slutsats och rekommendationer

Utifrån årets nationella brukarundersökning har svarsfrekvensen minskat i alla områden bortsett från daglig verksamhet. Färre individer har erbjudits möjlighet att delta i undersökningen 2022 jämfört med 2021. En bidragande orsak till bortfallet inom personlig assistans och gruppboende antas vara att enkäten är för avancerad för brukarna trots stöd i form av bilder, teckentolkning mm. Enkäten vänder sig till individer med en mild till måttlig funktionsnedsättning.

Utvärdering kring huruvida personlig assistans samt vissa inom målgruppen gruppboende ska delta i SKR:S brukarundersökning eller om det finns andra metoder för att mäta brukarnöjdhet bör genomföras. Vidare ses ett behov av bättre kommunikation och samverkan mellan frågeassistenter, enhetschefer, medarbetare samt processledare för brukarundersökningen för att öka antalet deltagande i undersökningen. Åtgärder för bättre samverkan 2023 kommer vidtas efter utvärdering av genomförande 2022.

Generellt är resultatet bättre i årets brukarundersökning i jämförelse med föregående år. Inom både gruppboende och boende särskild service låg alla frågeområden under rikssnittet. I år ligger gruppboende över rikssnittet inom fem av nio frågeområden och inom boende särskild över rikssnittet i tre av nio frågeområden. Dock att ta med i beräkningen är att svarsfrekvensen är lägre.

I föregående års undersökning kunde man dra övergripande slutsatser för funktionsstödsområdet i stort då resultatet pekade åt samma håll. Huvudfokusområden 2021 var huruvida personalen bryr sig om individerna samt om de vet vem de ska ta kontakt med om något dåligt händer med deras stöd/sysselsättning, då de resultaten var under rikssnittet. Även gällande frågan om individerna känner rädsla i sitt boende/daglig verksamhet låg flertalet områden under rikssnittet. I årets undersökning spretar resultatet mer mellan de olika verksamhetsområdena. Att brukarna känner sig förstådda eller att de inte förstår personalen är dock ett gemensamt förbättringsområde. Bedömningen är att åtgärder vidtagna 2022 har gett viss effekt, men att fokus för 2023 års åtgärdsarbete bör vara mer centrerat till enhetsnivå för att få en ökad förståelse för brukarnas egen upplevelse av resultatet och åtgärder kopplade till det och inte vår bedömning av resultatet.

VON § Åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning inom hemtjänsten

Diarienummer: VON22/45

Vård- och omsorgsnämnden genomför verksamhetsuppföljningar i såväl kommunala som privat drivna verksamheter inom nämndens ansvarsområde. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och politiska beslut och att brukaren står i centrum och får insatser av rätt kvalitet. Under våren 2022 avsåg dessa uppföljningar samtliga hemtjänstutförare. Se § 58.

Uppföljningen påvisade vissa brister som krävde följande åtgärder:

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

Verksamheterna uppdrogs att återkomma till nämnden med varsin rapport om hur åtgärdsarbetet gick, vilka godkändes enligt § 103. I samband därmed uppdrogs åt verksamheterna att lämna en förnyad rapport till nämndens sammanträde i mars 2023. Dessa rapporter har nu inkommit och finns bilagda denna tjänsteskrivelse.

Rapporterna visar att flertalet av de planerade åtgärderna är genomförda alternativt pågår. Det är endast det aktiva arbetet med Senior Alert som inte kommit i gång.

Barnrättsprövning

Nej

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna rapport från Division Social omsorg avseende åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04,
- 2) att** godkänna rapport från Invita omvårdnad avseende åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04,

- 3) att** godkänna rapport från Olivia hemomsorg avseende åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04,
- 4) att** godkänna rapport från Lycka omsorg avseende åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04, samt
- 5) att** uppdra åt hemsjukvården inom Division Social omsorg att i samverkan med samtliga hemtjänstutförare påbörja arbetet med Senior Alert och skriftligen avrapportera hur det arbetet går till nämndens sammanträde i september 2023.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg
Invita omvårdnad
Olivia hemomsorg
Lycka omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning inom hemtjänsten

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden genomför verksamhetsuppföljningar i såväl kommunala som privat drivna verksamheter inom nämndens ansvarsområde. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och politiska beslut och att brukaren står i centrum och får insatser av rätt kvalitet. Under våren 2022 avsåg dessa uppföljningar samtliga hemtjänstutförare. Se § 58.

Uppföljningen påvisade vissa brister som krävde följande åtgärder:

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

Verksamheterna uppdrogs att återkomma till nämnden med varsin rapport om hur åtgärdsarbetet gick, vilka godkändes enligt § 103. I samband därmed uppdrogs åt verksamheterna att lämna en förnyad rapport till nämndens sammanträde i mars 2023. Dessa rapporter har nu inkommit och finns bilagda denna tjänsteskrivelse.

Rapporterna visar att flertalet av de planerade åtgärderna är genomförda alternativt pågår. Det är endast det aktiva arbetet med Senior Alert som inte kommit i gång.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna rapport från Division Social omsorg avseende åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04.
- 2) **att** godkänna rapport från Invita omvårdnad avseende åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04.
- 3) **att** godkänna rapport från Olivia hemomsorg avseende åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04.
- 4) **att** godkänna rapport från Lycka omsorg avseende åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-04.
- 5) **att** uppdra åt hemsjukvården inom Division Social omsorg att i samverkan med samtliga hemtjänstutförare påbörja arbetet med Senior Alert och skriftligen avrapportera hur det arbetet går till nämndens sammanträde i september 2023.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2023-03-06

Beslut till:

Division Social omsorg

Invita omvårdnad

Olivia hemomsorg

Lycka omsorg

2023-02-13

Uppföljning av åtgärder efter nämndens verksamhetsuppföljning inom hemtjänsten

Uppdrag till samtliga utförare att till nämndens sammanträde i mars 2023 lämna ännu en skriftlig rapport över hur långt arbetet då kommit.

Vård och omsorgsnämnden genomför verksamhetsuppföljningar (tidigare interna tillsyner) i såväl kommunala som privat drivna verksamheter inom nämndens ansvarsområde. Syftet är att säkerställa att verksamheten följer aktuell lagstiftning och politiska beslut och att brukaren står i centrum och får insatser av rätt kvalitet. Under våren 2022 avsåg dessa uppföljningar samtliga hemtjänstutförare. Se §58.

Uppföljningen påvisade vissa brister som krävde följande åtgärder.

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

Genomfört

1. Egenkontroller basal hygien har utförts vid fyra tillfällen under 2022. Aktiviteten finns med i årshjulet från 2023 och kommer genomföras kontinuerligt under året. Utbildning från smittskydd genomförd för chefer 20230130 och hygienombud 20230221 och 20230223.
2. Genomförandeplaner:
I samband med genomgången av Nyköpings hemtjänstmodell finns en punkt gällande genomförandeplaner och dess viktiga betydelse, frågor som kontaktpersonal använder vid upprättandet av en genomförandeplan är: Vad klarar du själv?
Vad gör vi tillsammans? Vad gör vi åt dej?
Ansvarig enhetschef HT, läser samtliga genomförandeplaner och signerar innan de lämnas ut till kund.

Arbete pågår med att skriva genomförandeplaner i punktform, detta med syfte att tydliggöra kundperspektivet och att arbeta med ett hälsofrämjande förhållningssätt genom att tydliggöra, vem som gör vad.

Någon granskning av genomförandeplaner är inte utförd under 2022. En granskningsmall är framtagen och kommer börja användas under våren 2023, fem genomförandeplaner kommer granskas varje månad utifrån 4 kontrollfrågor.

3. Svårt att säkerställa att genomförandeplanerna används av personalen, information har gått ut till samtlig personal i samband med implementeringen av Nyköpings hemtjänstmodell. Genomförandeplaner är en punkt för teamträffar, hälsokonferenser, arbetsplatsträffar och är en viktig del i introduktion av nya medarbetare. Genomförandeplanens syfte är en återkommande punkt i det dagliga arbetet.
4. Senior alert, registrering i systemet är inte i gång. Hälsokonferens i hemtjänsten fungerar enligt nya rutinen. Syftet med hälsokonferenserna är att hemtjänstteamet, sjuksköterska och rehab personal går igenom senior alert-riskbedömning, bakomliggande orsaker och planerar sedan åtgärder tillsammans i det forumet och vidare utförs också uppföljningar vid en senare tillfälle.
5. Rutin Lokal rutin för läkemedelshantering är framtagen 2022-10-08.

Återstår

Fortsatt arbete med genomförandeplaner i ett hälsofrämjande perspektiv med tydligt kundfokus.

Att arbeta aktivt i hemtjänsten med att registrera i senior alert, för att uppnå målet krävs utbildning och tydliga rutiner för hemtjänstens ansvar.

Tidplan

Fortsatt aktivt arbete med genomförandeplaner i det dagliga arbetet.

Någon tydlig plan för att komma i gång med Senior Alert är inte planerad, frågan är kommunicerad med MAS och kvalitetsutvecklare för hemsjukvården.

Effekter

Basal hygien, att öka följsamheten till rutinen och minska smittspridning leder till ökad kundkvalitet och en god arbetsmiljö med minskad sjukfrånvaro.

Genomförandeplaner, genom att ställa de nämnda frågorna till kund vid upprättande av genomförandeplan kommer det tydligt framgå, vad kund klarar själv, vilket medför att kunden behåller sin förmåga att klara vissa moment i sin vardag och då blir mer självständig.

Genomförandeplanen är ett arbetsverktyg för personalen, när den följs korrekt utförs kundens hemtjänst likadant av samtlig personal vilket bidrar till att kund bevarar sin förmåga och inte får mer hjälp än som behövs, vilket leder till beslut och verkställighet utifrån kundens verkliga behov.

Ekonomi

Susanne Svenman
Verksamhetsstrateg

susanne.svenman@nykoping.se

Uppföljning åtgärdsplan 2022

Samordnare har under hösten 2022 arbetat aktivt med kompetensutveckling för de stadsbidrag som Lycka Omsorg har fått ta del av. Samordnaren har fått påbörja en ledarskapsutbildning för att få kompetensen fördjupad i arbetsrätt, ledarskap och säkerhet.

Kontaktmannaskap där det inkluderar vad som ska finnas med i en genomförandeplan och hur man formulerar sig.

Delegeringsutbildningar där medarbetaren har fått fördjupa sig i läkemedelshantering, demens och palliationsvård.

Patientsäkerhetsarbete: Ledningen har gått igenom ledningssystemet för Lycka Omsorg där övergripande riktlinjer och rutiner diskuteras. Lokala riktlinjer och rutiner diskuteras på arbetsplatsträffar eller i team beroende på behov.

Dokumentation har diskuterats på arbetsplatsträffar och i team utifrån behov.

Lycka Omsorg har lämnat in en ansökan för stadsbidrag för att kunna fortsätta kompetensutvecklingen inom dessa områden. Vi behöver även förstärka kompetensen inom andra områden som vårdsvenska för äldreomsorgen, fallprevention, hjärt- och lungräddning, brandskydd i hemmet m.m. Fortsatt ledarskapsutbildning för samordnaren under 2023. Fortsatt fokus på avvikelshantering under 2023.

Introduktion

Lycka Omsorg har fortsatt arbetet med introduktion av nya medarbetare. En fysisk introduktionspärm är framtagen där det framgår vem som har ansvaret för introduktionen under de olika avsnitten. Medarbetaren får en checklista för sin egenkontroll av introduktionen.

Utvärdering: Under hösten har en förändrad struktur tagits fram för att få ett bättre flöde i introduktionen. Denna struktur ska implementeras i Nyköping under våren 2023

Basal hygien

Vid varje personalmöte (APT) har basal hygien tagits upp och repeterats. Genomgång av arbetskläder har genomförts och kompletteringar är genomförda, t ex huvuddukar inköpta.

Egenkontroller har genomförts vid två tillfällen. Vid första tillfället, som informerats om vid APT, var utfallet mycket litet. Genomfördes under semestertid. Under hösten har ytterligare ett tillfälle genomförts där medarbetare som varit i tjänst deltagit.

Utvärdering: Arbetskläder används nu i en större utsträckning enligt egenkontroll genomförd. Detta bekräftas av att de som kommer till arbetsplatsträffarna direkt från ett arbetspass har arbetskläder på sig. Fortsatt arbete med att informera om basala hygienriktlinjer på APT och genomföra egenkontroller

Dokumentation

Tillträdande platsansvarig har påbörjat arbetet med att gå igenom alla genomförandeplaner som är på gång ut. Arbete pågår med att tydliggöra syftet med genomförandeplaner och hur man kan arbeta med dessa. Platsansvarig har interna teamträffar med kontaktperson och de som arbetar mest kring den enskilde kunden för att kompetensutveckla kring genomförandeplaner.

Utvärdering: Lycka Omsorg arbetar aktivt för att alla genomförandeplaner ska följa IBIC. Samordnaren har en stor roll i detta arbete med att aktivt stödja medarbetarna i att dokumentera händelser som faller utanför beslut, uppdrag och genomförandeplaner/vårdplaner

Anhöriga

Platsansvarig har regelbunden kontakt enligt önskemål med anhöriga. Anhöriga har kontaktuppgifter för att kunna kontakta platsansvarig vid behov.

Utvärdering: Alla kunder ska ha en uppdaterad hemmapärm. Dessa pärmar ska uppdateras i samband med att genomförandeplanen uppdateras.

Hemsjukvården

Lycka Omsorg har haft bekymmer med att få en god dialog med hemsjukvården. Förbättringsarbetet från Lycka Omsorgs sida är att få delegerad personal där vi kan ha kontakt med patientansvarig sköterska å ett gott sätt när så behövs.

Utvärdering: Lycka Omsorg upplever en klart förbättrad kommunikation med hälso- och sjukvårdspersonalen. Sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut har stöttat oss i informationstillfällen på arbetsplatsträffar bland annat.



Larm

Lycka Omsorg har säkerställt att larm som kommer innan 22:00 ska åtgärdas av den som har ansvar för larmet under kvällen.

Utvärdering: Lycka Omsorg har flera medarbetare med körkort som kan besvara larmen. Detta har gjort att Lycka Omsorgs larmorganisation är mindre sårbar och fungerar bättre.

Senior Alert

Då vi inte haft ett fungerande samarbete med hemtjänstens sjuksköterskor så är detta ett fortsatt utvecklingsområde. Lycka Omsorg kommer att ta fram en handlingsplan för att säkerställa arbetet med Senior alert i samarbete med sjuksköterskor.

Utvärdering: Alla medarbetare på Lycka Omsorg har gemensamt genomgått en information/utbildning i vad Senior alert är och hur detta instrument kan stötta oss i vårt arbete.

Läkemedelshantering/delegering

Delegeringar pågår och vi ser fram emot att kunna ta emot hälso och sjukvårdsuppdrag. En övergripande rutin är framtagen och är implementerad i verksamheten. Fortsatt arbete med att göra den känd hos all personal.

Under hösten 2022 har ett aktivt arbete pågått med att all personal ska genomgå delegeringsutbildningarna. De som tidigare gått får genomgå en repris för att säkerställa att alla har fått med sig kunskapen.

Kontakt etablerad mellan plantsansvarig samordnare och delegerande sjuksköterska efter semestrarna.

Utvärdering: Aktivt arbete pågått kring delegering. Merparten av medarbetarna har delegering och fortsatt arbete pågår med de som inte har det idag. Introduktionsutbildningarna ingår i introduktionsmaterialet framledes.



Avvikelser

Ständigt pågående arbete på APT att påtala vikten av att skriva avvikelser och att syftet är att kvalitetssäkra verksamheten. Trycker på att inte någon enskild ska "hängas ut" utan det är händelsen i sig som rapporteras in.

Kvalitetsansvarig sammanställer de avvikelser som vi har för att se trender i verksamheten per enhet. Vi har idag för få anmälda avvikelser för att vara nöjda och målsättningen är att under hösten öka antalet avvikelser.

Utvärdering: Trots informations om varför vi ska skriva avvikelser så har det inte ökat i antal. Fortsatt arbete med att öka antalet skrivna avvikelser.

Sirpa Ljung

verksamhetschef

Handlingsplan avtalsuppföljning 2022 Olivia hemomsorg

| Område | Mål | Aktivitet | Ansvarig | Uppföljning |
|--|--|---|------------------|---|
| 1. Förbättra kvaliteten på genomförandeplanerna och säkerställ att där framgår vad kunden klarar själv | Alla har en aktuell genomförandeplan där det framgår vad kunden gör själv och vilket stöd som behövs December 2022 | 1, översyn så att samtliga har en genomförandeplan 2, Översyn av kvalite i genomförandeplan, är de aktuella, är de tydliga i beskrivning av kundens egna förmågor 3, Upprätta mall/ exempel på en genomförandeplan med tydlig beskrivning av kundens förmågor | ██████ ██████ | Oktober: Pågår enligt plan December:pågår enligt plan Januari: klart |
| 2. Säkerställ att genomförandeplanerna används av personalen | Genomförandeplan är en aktiv del i utförandet | 1, Säkra så alla kunder har genomförandeplanen i hemmet så de är nåbara 2, Stäm av med kommun om genomförandeplan kan läggas i utförarens egna system så de kan nås via arbets mobiler hemma hos kund | ██████ ██████ | 1, December: pågår enligt plan Februari: Pågår men arbetat med att få alla att aktivt använda dem pågår, uppföljning på APT och säkrar under introduktion av nya medarbetare 2, Inte aktuellt, kommunen planerar dock på att upphandla ett nytt system |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 3. Arbeta aktivt med Senior Alert | Kunder med behov ska vara registrerade i senior Alert | Upprätta samverkan med hemsjukvården i frågan där det ingår att vi ska lämna den information som sjuksköterska efterfrågar | <p>██████</p> <p>██████████</p> <p>██████</p> <p>██████</p> | November: möte med hemsjukvården som har en plan för detta och ansvarar för att det läggs in, vi erbjuder att vara delaktiga genom att fast omvårdnads kontakt kan vara behjälplig med underlag |
| 4. Säkerställ en säker läkemedelshantering och ta fram en enhetlig rutin | Säker hantering av läkemedelsleverans | <p>1, Säkra leveranskedjan Apotek-hemtjänstlokal- kund utifrån nuvarande rutin att hemtjänst levererar</p> <p>2, Vara delaktig i införandet av att hemsjukvården tar över leverans av medicin till kunder inskrivna i hemsjukvården</p> | <p>██████</p> <p>██████████</p> <p>██████</p> <p>██████</p> | <p>1, September: Rutin finns som är säkrad. Ändringar har gjorts så ssk alltid måste stämma av så någon arbetsledare är på plats när de kommer för att kontrollera medicin då den ligger på ett låst ställe ssk inte har tillgång till om arbetsledare inte är på plats. Ssk har fått en plats där de sitter ostört för att kontrollera medicin.</p> <p>Vår uppfattning är att rutinen är ok men inte optimal ur säkerhetssynpunkt.</p> <p>2, Möte med hemsjukvården som är den som ansvarar i frågan, vi har erbjudit oss att vara behjälpliga i arbetet</p> |

Rapport 2 Åtgärdsarbete efter Vård- och Omsorgsnämndens uppföljning 2022

Invita Omvårdnad uppfattade av rapporten att vi omfattas av följande fem åtgärdsområden:

- 1) Genomföra regelbundna egenkontroller av basal hygien
- 2) Förbättra kvaliteten på genomförandeplanerna och säkerställa att där framgår vad kunden klarar själv
- 3) Säkerställa att genomförandeplanerna används av personalen
- 4) Arbeta aktivt med Senior Alert
- 5) Säkerställ en säker läkemedelshantering och ta fram en enhetlig rutin

Här nedan kring följer uppdaterad rapport för respektive område.

1) Genomföra regelbundna egenkontroller av basal hygien.

Vid rapport i september 2022 beskrev vi hur vi kontrollerar att basala hygienrutiner följs:

Vi tillämpar numera "självskattning basal hygien" i enlighet med Regions Sörmlands dokument. Självskattningen görs månatligen i samband med varje AGM då vi även pratar om vikten av basal hygien.

Även vår rutin Kvalitetssamtal med kund omfattar medarbetarnas tillämpning av basal hygien. Rutinen är framtagen under sommaren och kommer att implementeras under hösten 2022. Rutinen säkrar att våra gruppchefer håller strukturerade kvalitetssamtal med kund för att stämma av att vi utför våra uppdrag i enlighet med biståndsbeslut och önskemål samt enligt Invitas policys och rutiner.

Utöver detta förekommer att gruppchefer gör stickprovskontroller genom besök hos våra kunder samtidigt som våra medarbetare utför uppdrag enligt biståndsbeslut.

Egenkontrollarbetet fortgår enligt beskrivning ovan.

2) Förbättra kvaliteten på genomförandeplanerna och säkerställa att där framgår vad kunden klarar själv.

Vid rapport i september 2022 beskrev vi våra rutiner för kunddokumentation och genomförandeplaner:

Vi har redigerat vår rutin för kunddokumentation och flyttat ansvaret för att upprätta genomförandeplan från kontaktperson till gruppchef. Löpande uppföljning/revidering görs av kontaktpersonal vilken kontrolleras av gruppchef två gånger per år. Uppföljning av den årliga kontrollen föredras av verksamhetschef i Invita Omvårdnads ledningsgrupp.

- *Rutin Kunddokumentation*
- *Rutin Kontaktmannaskap*
- *Blankett Kontaktmannaskap arbetsbeskrivning*
- *Blankett Genomförandeplan*

Kvalitetsarbetet med att utbilda kontaktpersonal i kunddokumentation och uppföljning av genomförandeplaner fortgår. Vi har uppmärksammat att vi behöver lägga ytterligare tid i samband med introduktion av nya medarbetare för att säkra att varje medarbetare vet hur man dokumenterar och vad som skall ingå i genomförandeplanerna.

3) Säkerställa att genomförandeplanerna används av personalen.

Vid rapport i september 2022 beskrev vi hur vi säkrar att genomförandeplanerna används och vi bekräftar nu att vi arbetar enligt den beskrivningen:

Gruppchef ansvarar för att varje kund har en aktuell genomförandeplan (se ovan) som ligger till grund för de insatser gruppchef planerar ut i planeringsverktyget Carefox.

Gruppchef ska tillse att väsentlig data från genomförandeplanen i Procapita återges i Carefox, för att säkra att alla medarbetare alltid har rätt information innan de besöker kunden. Utöver detta har medarbetarna tillgång till hela genomförandeplanen i Procapita.

4) Arbeta aktivt med Senior Alert.

Vid rapport i september informerade vi om följande:

Vi har uppfattat att det är Hemsjukvården som skall initiera arbetet med Senior Alert hos respektive kund/patient. Vår verksamhetschef har nu kommunicerat hemsjukvården om att vi gärna blir mera aktiva i detta arbete men att vi inväntar deras initiativ.

Vi har ännu inte fått någon återkoppling från hemsjukvården.

5) Säkerställ en säker läkemedelshantering och ta fram en enhetlig rutin.

Vid rapport i september informerade vi om följande:

Vi har följande enhetliga rutiner för säker läkemedelshantering. Dessa är framtagna i dialog med hemsjukvården och vi är gärna delaktiga i en samverkan kring att revidera dem så att samtliga utförare har samma rutiner.

- Riskanalys Läkemedel
- Rutin Läkemedelshantering
- Rutin Läkemedelsleverans
- Rutin Läkemedelsavvikelse
- Rutin Misstanke om missbruk

I oktober 2022 fick vi information av kvalitetsutvecklare hälso- och sjukvård vid Nyköpings kommun att lokal rutin för läkemedelshantering HSV var uppdaterad. Vi har stämt av våra rutiner utifrån denna.

Nyköping, 2023-02-21



Cecilia Ingre
VD Invita Omvårdnad AB

VON § Utveckling av dagverksamhet för äldre

Diarienummer: VON23/25

Dagverksamhet för äldre finns inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Den är till för äldre som har behov av stimulans och meningsfulla aktiviteter tillsammans med andra, men som inte orkar eller förmår att komma ut på egen hand. Insatsen kan också ges som en form av avlastning för anhöriga. Det är Division Social omsorg (DSO) som verkställer insatsen och man ser nu behov av att utveckla verksamheten för att öka möjligheterna att tillgodose berörda personers behov och att följa nämndens riktlinjer. Se bilaga till tjänsteskrivelsen.

Barnrättsprövning

Nej

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** uppdra åt DSO att ta fram en handlingsplan för hur dagverksamheten skulle kunna utvecklas i den riktning som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-02-24, samt
- 2) att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i juni 2023 skriftligen redovisa handlingsplanen.

Beslutet skickas till:

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Utveckling av dagverksamheten

Bakgrund

Dagverksamhet för äldre finns inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Den är till för äldre som har behov av stimulans och meningsfulla aktiviteter tillsammans med andra, men som inte orkar eller förmår att komma ut på egen hand. Insatsen kan också ges som en form av avlastning för anhöriga. Det är Division Social omsorg (DSO) som verkställer insatsen och man ser nu behov av att utveckla verksamheten för att öka möjligheterna att tillgodose berörda personers behov och att följa nämndens riktlinjer. Se bilaga till tjänsteskrivelsen.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** uppdra åt DSO att ta fram en handlingsplan för hur dagverksamheten skulle kunna utvecklas i den riktning som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-02-24
- 2) **att** uppdra åt DSO att till nämndens sammanträde i juni 2023 skriftligen redovisa handlingsplanen

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2023-03-06

Beslut till:

Division Social omsorg

Utveckling av dagverksamheten

Dagverksamhet för äldre finns inom Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Den är till för äldre som har behov av stimulans och meningsfulla aktiviteter tillsammans med andra, men som inte orkar eller förmår att komma ut på egen hand. Insatsen kan också ges som en form av avlastning för anhöriga. Den kan beviljas dagtid måndag-fredag och olika många dagar per vecka utifrån varje persons behov. Insatsen är kostnadsfri men resor till och från samt måltider betalas av personen själv.

Det är Division Social omsorg (DSO) som verkställer insatsen. Det görs i form av tre olika verksamheter:

- Kattugglan - för personer med demenssjukdom
- Villan - för personer som inte kommit så långt i sin demenssjukdom
- Mariebergsgården - för personer utan demenssjukdom

Det är, enligt nämndens riktlinjer, cheferna för respektive dagverksamhet som avgör inom vilken av verksamheterna som respektive persons behov bäst tillgodoses. Det är inte en eventuell diagnos som avgör.

DSO ser ett behov av att utveckla dagverksamheten. Det finns tankar kring konkreta lösningar, men också idéer att utreda förutsättningarna för.

Nuvarande chefsansvar att fördela personerna på de olika verksamheterna är knepigt. Man hamnar lätt i en diskussion kring demensdiagnos alternativt kognitiv svikt utan formell diagnos.

Man ser en fördel i att samla all dagverksamhet under en gemensam chef, i de lokaler som Kattugglan nyttjar idag. Det skulle innebära att en mindre FiA-verksamhet samt hemtjänstens demensteam behöver flytta.

Detta skulle skapa förutsättningar för att tillgodose behovet av avlastning även kvällstid och på helger. Samtidigt ser man möjligheter till att kunna bistå och underlätta för hemtjänsten. Exempelvis skulle hemtjänstinsatsen lunchhjälp kunna ersättas av att man kommer till dagverksamheten och äter lunch i samvaro med andra. Tillagning av lunch på helger skulle kunna utformas som en arbetsmarknadsåtgärd.

De frigjorda lokalerna på Mariebergsgården skulle kunna bli ett lärcentra med bland annat förflyttningsutbildning samt ett äldregym. År 2022 erhöll DSO ett statsbidrag på åtta mnkr för en god sjuksköterskebemannning på särskilda boenden. Dessa medel kan finansiera denna tänkta utveckling.

VON § Följder av beslut om förändrad matdistribution, val av maträtt

Diarienummer: VON22/114

Enligt Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer finns en insats som heter matlåda. Det innebär att personer i ordinärt boende efter myndighetsbeslut, kan få hem en matlåda från Mariebergsgårdens kök fem eller sju dagar per vecka. Den enskilde betalar för maten enligt avgift som fastslagits av nämnden och slutligen Kommunfullmäktige. Nämnden finansierar själva distributionen. Det är cirka 250 personer som har insatsen.

I december 2022 beslutade nämnden om en utveckling av matlådekonceptet. Se § 129. I korthet handlade det om att

- kunden får möjlighet att välja maträtt från en meny
- det blir färre transportdagar, vilket ger lägre kostnader och positiva effekter på miljön
- den totalt beslutade tiden inom hemtjänsten ökar i viss utsträckning
- abonnemangsalternativen fem eller sju dagar per vecka utökas med alternativet tre dagar per vecka.

De ekonomiska effekterna på årsbasis är för nämndens del en minskad transportkostnad på 900 tkr samt en merkostnad på cirka 500 tkr för utökad hemtjänsttid. Det innebär en kostnadsminskning på netto 400 tkr. I det skedet slogs fast att insatsen skulle bli olika för kunder med jämfört med kunder utan andra hemtjänstinsatser när det gällde möjligheten att välja maträtt. Nu föreslås dock att samtliga kunder ska få möjlighet att välja maträtt. Förslaget innebär att de kunder som inte har insatser i övrigt ges max 10 minuters hemtjänst per vecka för att kunna göra valet tillsammans med en personal och att detta finansieras av nämnden. Det leder därmed inte till någon hemtjänstavgift för kunden. Nämndens årliga kostnad för detta uppgår till cirka 300 tkr och finansieras inom ram.

Barnrättsprövning

Nej

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** även de som inte har veckovisa hemtjänstinsatser i övrigt ska ha rätt att välja maträtt på det sätt som beskrivs i tjänsteskrivelse daterad 2023-02-27,
- 2) **att** finansiera kostnaden för detta på cirka 300 tkr inom ram, samt

- 3) att** detta börjar gälla från det datum då matdistributionen förändras för samtliga kunder, vilket enligt § 129 bedömdes till april 2023.

Beslutet skickas till:

Måltidsservice
Division Social omsorg
Invita omvårdnad AB
Olivia hemomsorg AB
Lycka omsorg AB

Vård- och omsorgsnämnden

Följd av förändrad matdistribution

Bakgrund

Enligt Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer finns en insats som heter matlåda. Det innebär att personer i ordinärt boende efter myndighetsbeslut, kan få hem en matlåda från Mariebergsgårdens kök fem eller sju dagar per vecka. Den enskilde betalar för maten enligt avgift som fastslagits av nämnden och slutligen Kommunfullmäktige. Nämnden finansierar själva distributionen. Det är cirka 250 personer som har insatsen.

I december 2022 beslutade nämnden om en utveckling av matlådekonceptet. Se § 129. I korthet handlade det om att

- kunden får möjlighet att välja maträtt från en meny
- det blir färre transportdagar, vilket ger lägre kostnader och positiva effekter på miljön
- den totalt beslutade tiden inom hemtjänsten ökar i viss utsträckning
- abonnemangsalternativen fem eller sju dagar per vecka utökas med alternativet tre dagar per vecka.

De ekonomiska effekterna på årsbasis är för nämndens del en minskad transportkostnad på 900 tkr samt en merkostnad på cirka 500 tkr för utökad hemtjänsttid. Det innebär en kostnadsminskning på netto 400 tkr. I det skedet slogs fast att insatsen skulle bli olika för kunder med jämfört med kunder utan andra hemtjänstinsatser när det gällde möjligheten att välja maträtt. Nu föreslås dock att samtliga kunder ska få möjlighet att välja maträtt. Förslaget innebär att de kunder som inte har insatser i övrigt ges max 10 minuters hemtjänst per vecka för att kunna göra valet tillsammans med en personal och att detta finansieras av nämnden. Det leder därmed inte till någon hemtjänstavgift för kunden. Nämndens årliga kostnad för detta uppgår till cirka 300 tkr och finansieras inom ram.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** även de som inte har veckovisa hemtjänstinsatser i övrigt ska ha rätt att välja maträtt på det sätt som beskrivs i tjänsteskrivelse daterad 2023-02-27
- 2) **att** finansiera kostnaden för detta på cirka 300 tkr inom ram
- 3) **att** detta börjar gälla från det datum då matdistributionen förändras för samtliga kunder, vilket enligt § 129 bedömdes till april 2023.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden

Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2023-03-06

Beslut till:

Måltidsservice

Division Social omsorg

Invita omvårdnad AB

Olivia hemomsorg AB

Lycka omsorg AB

VON § Rekvirering och disponering av 2023 års statsbidrag för en god vård och omsorg om äldre

Diarienummer: VON23/28

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att från och med 2021 fördela medel till landets kommuner för en äldreomsorgssatsning. Syftet är att säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer. Medlen kan exempelvis användas till att motverka ensamhet, förebygga smittspridning, öka personalkontinuiteten mm. Vård- och omsorgsnämnden rekvirerade medlen för 2021 och 2022. Hur dessa nyttjades framgår av VON § 22 (2021) och §62 (2022).

Nyköping har nu möjlighet att rekvirera 2023 års medel, vilka uppgår till 27 475 121 kronor. Medlen kan rekvireras till och med 31 oktober 2023 och kan användas för verksamhet från och med 1 januari 2023. I början av 2024 ska en åiterrapportering göras över hur medlen använts och det som inte förbrukats ska återbetalas till Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsnämnden föreslås nu rekvirera medlen. Redan i budgeten för året fördelades medlen med dryga 22 mnkr till Division Social omsorg (DSO) och 5 mnkr till de privata utförarna.

Samtliga privata utförare har inkommit med hur de önskar ta del av medlen. I bilaga till tjänsteskrivelsen finns förslag till hur medlen ska disponeras under året, liksom villkoren kring det för de olika utförarna.

Barnrättsprövning

Nej

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** rekvirera 27 475 121 kronor i statsbidrag för säkerställande av en god vård och omsorg om äldre personer 2023, samt
- 2) att** 2023 års medel ska disponeras på det sätt och enligt de villkor som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-05.

Beslutet skickas till:

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

Vård- och omsorgsnämnden

Rekvirering och disponering - 2023 års statsbidrag för en god vård och omsorg om äldre

Bakgrund

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att från och med 2021 fördela medel till landets kommuner för en äldreomsorgssatsning. Syftet är att säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer. Medlen kan exempelvis användas till att motverka ensamhet, förebygga smittspridning, öka personalkontinuiteten mm. Vård- och omsorgsnämnden rekvirerade medlen för 2021 och 2022. Hur dessa nyttjades framgår av VON § 22 (2021) och §62 (2022).

Nyköping har nu möjlighet att rekvirera 2023 års medel, vilka uppgår till 27 475 121 kronor. Medlen kan rekvireras till och med 31 oktober 2023 och kan användas för verksamhet från och med 1 januari 2023. I början av 2024 ska en återrapportering göras över hur medlen använts och det som inte förbrukats ska återbetalas till Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsnämnden föreslås nu rekvirera medlen. Redan i budgeten för året fördelades medlen med dryga 22 mnkr till Division Social omsorg (DSO) och 5 mnkr till de privata utförarna.

Samtliga privata utförare har inkommit med hur de önskar ta del av medlen. I bilaga till tjänsteskrivelsen finns förslag till hur medlen ska disponeras under året, liksom villkoren kring det för de olika utförarna.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** rekvirera 27 475 121 kronor i statsbidrag för säkerställande av en god vård och omsorg om äldre personer 2023.
- 2) **att** 2023 års medel ska disponeras på det sätt och enligt de villkor som beskrivs i bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-03-05.

Marie Johnsson
Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes
2023-03-06

Beslut till:

Division Social omsorg

Ansvar & omsorg

Betelhemmet

Invita omvårdnad

Olivia hemomsorg

Lycka omsorg

Disponering av 2023 års statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer

Regeringen har sedan 2021 gett Socialstyrelsen i årligt uppdrag att fördela medel till landets kommuner för en äldreomsorgssatsning med syfte att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer.

Exempel på vad statsbidraget får användas till är:

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

Utifrån inkomna ansökningar från de privata utförarna föreslås de fem mnkr som finns avsatta för dem att nyttjas på nedan beskrivna sätt. Ansökningarna uppgår sammantaget till en högre summa, varför en reduktion ned till den avsatta summan behövt göras.

Ansvar & omsorg, totalt 1 500 tkr

- Extra personal som helgungdomar och utflyktspersonal i syfte att aktivera och minska ensamheten, 800 tkr
- Utvecklingsinsatser inom BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), 700 tkr

Betelhemmet, totalt 644 tkr

- Fortsatt utveckling av trädgården, inklusive trädgårdsansvarig och studiebesök på Sinnenas trädgård, 247 tkr
- Kompetensutveckling personal, bland annat ledarskap, kontaktmannaskap och dokumentation, 322 tkr
- Individuella aktiviteter för de boende, 21 tkr
- Utveckling av årshjul samt schemacafé för personalen, 54 tkr

Invita omvårdnad, totalt 1 317 tkr

- Förbättrad personalkontinuitet och förbättrad arbetsmiljö genom extra fasta tjänster, 1 317 tkr

Olivia hemomsorg, 880 tkr

- Aktiviteter för att motverka ensamhet, 125 tkr
- Kompetensutveckling personal, bland annat brandskydd, demens, munhälsa och våld mot äldre, 183 tkr
- Förbättrad personalkontinuitet genom en årsarbetare utöver grundbemannning, 376 tkr
- Ökad arbetsledning för bättre stöd till personalen, 196 tkr

Lycka omsorg, 659 tkr

- Kompetensutveckling personal, bland annat vårdsvenska, hygien och demens, 414 tkr
- Patientsäkerhetsarbete, bland annat HLR och brandskydd, 245 tkr

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

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

Division Social omsorg (DSO)

DSO har 22 475 121 kronor att disponera. Hittills finns planer motsvarande 11 700 tkr:

- Värdegrundsutbildning all personal, 3 500 tkr
- Utvecklingstjänster för ökad effektivitet, 2 400 tkr
- Kvalitetsutvecklare 1:a linjen för nya arbetssätt och bättre arbetsmiljö, 4 200 tkr
- Förtätat chefskap på Mariebergsgården 8 månader, 400 tkr
- Förtätat chefskap hemsjukvården, 300 tkr
- Processledare Nyköpings hemtjänstmodell, 900 tkr

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

VON § Yttrande över revisionsrapport: Granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Diarienummer: VON22/146

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Sörmland samt i länets kommuner har Ernst & Young (EY) genomfört en granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter. Se bilaga.

Granskningen visar att samverkan sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Samtliga berörda aktörer bedöms kunna vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess. EY har därför lämnat ett antal rekommendationer, vilka kommenteras i det yttrande som finns bifogat tjänsteskrivelsen.

Barnrättsprövning

Nej

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** godkänna yttrande över revisionsrapport efter genomförd granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter, enligt bilaga till tjänste-skrivelse daterad 2023-02-22.

Beslutet skickas till:

Revisionen

Division Social omsorg

Vård- och omsorgsnämnden

Svar på revisionsrapport efter genomförd granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Bakgrund

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Sörmland samt i länets kommuner har Ernst & Young (EY) genomfört en granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter. Se bilaga.

Granskningen visar att samverkan sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Samtliga berörda aktörer bedöms kunna vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess. EY har därför lämnat ett antal rekommendationer, vilka kommenteras i det yttrande som finns bifogat tjänsteskrivelsen.

Prövning av barnets bästa enligt barnkonventionen

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

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) **att** godkänna yttrande över revisionsrapport efter genomförd granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter, enligt bilaga till tjänsteskrivelse daterad 2023-02-22.

Marie Johnsson

Sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden
Slutversion av Tjänsteskrivelsen godkändes

2023-03-06

Beslut till:

Revisionen

Division Social omsorg

Revisorerna

Yttrande gällande rapport över genomförd granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun, Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun samt Vingåkers kommun har gemensamt uppdragit åt EY att genomföra en granskning med syftet att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i kommunerna säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas. Respektive berörd nämnd har utifrån rapporten fått ett antal rekommendationer, vilka kommenteras nedan.

Nämnden ska säkerställa att medarbetarna tar initiativ till samordnad individuell planering, när behov finns, om sjukhuset eller vårdcentralen inte tar sitt kallelseansvar

Kommentar:

Division Social omsorg (DSO) konstaterar att detta kräver en utbildningsinsats kring när man ska kalla till en SIP, vem som kan/ska göra det och hur gör man rent praktiskt. Den tekniska utrustningen och att det finns säkra virtuella rum för distansmöten, måste säkerställas. Det måste vara lätt för medarbetarna att nyttja SIP som ett verktyg.

Nämnden ska säkerställa att kommunikationen mellan biståndshandläggare och samtliga involverade utförare av insatser fungerar väl, med avseende på exempelvis framförhållning och utförarnas behov av information

Kommentar:

DSO kommer under våren 2023 att förändra arbetsorganisationen för handläggarna så att de arbetar i geografiska team i stället för personnummerindelade som idag. De får då samma indelning som utförarna, vilket underlättar kommunikationen. När det gäller kontakten/information mellan hand-

läggare och hemsjukvård, rör en fråga markeringen "kommunklar". Idag är det handläggare som ansvarar för markeringen i utskrivningsprocessen, vilket behöver justeras. En pilot är på gång att prova ett annat arbetssätt. Gällande framförhållning, är det Regionens informationsöverföring som styr när beslut kan fattas och kommuniceras ut i verksamheten.

Nämnden ska utveckla rapporteringen av avvikelser till Regionen, och återkoppla på avvikelserrapporter från Regionen

Kommentar:

Det finns ett påbörjat arbete med att säkerställa att alla vet hur man skriver en avvikelse. Möjligheten att i det nya systemet, efter prator, göra detta digitalt, behöver ses över. Det är viktigt att alla inser vikten av att skriva men att vi också återrapporterar när vi får ett svar. Sammanställningar över de avvikelser som skickats och de åtgärder som vidtagits behöver göras, så att man kan börja se mönster över tid.

Avvikelser från Regionen behöver, på samma sätt som interna avvikelser, tas upp i arbetsgruppen som det berör för att säkerställa en egenkontroll och ett lärande.

Nämnden ska följa upp återinläggningar av patienter för att bevaka att de kommunala insatserna i samband med hemgång sker på ett tryggt och säkert sätt

Kommentar:

Delar av detta pågår redan idag och dialogen är god med Regionen. En diskussion behövs kring tidsperspektivet och vi behöver skilja på om det är en återinläggning på grund av samma inskrivningsorsak som vid första tillfället eller om det en följd av bakomliggande sjukdomar eller annan orsak. Vi behöver dessutom ha ett bättre system för att identifiera vilka patienter det handlar om samt tydliggöra vem som ska identifiera.

Carina Wallin
Ordförande



MISSIV

Datum
2022-12-14

Dokumentnummer
RE-REV22-0051-1

För kännedom:
Enligt sändlista, sid 5

Regionstyrelsen, Region Sörmland
Vård- och omsorgsnämnden, Eskilstuna kommun
Socialnämnden, Flens kommun
Socialnämnden, Gnesta kommun
Vård- och omsorgsnämnden, Katrineholms kommun
Vård- och omsorgsnämnden, Nyköpings kommun
Vård- och omsorgsnämnden, Oxelösunds kommun
Socialnämnden, Strängnäs kommun
Vård- och omsorgsnämnden, Trosa kommun
Socialnämnden, Vingåkers kommun

Gemensam granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun, Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun samt Vingåkers kommun har gemensamt uppdragit åt EY att genomföra en granskning med syftet att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i kommunerna säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas.

Granskningen visar att samverkan sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och vår bedömning utifrån granskningen är att ingen enskild aktör kan hållas ansvarig. Samtliga kan vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess.

En central del i arbetet med att säkerställa en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patient eller närstående ska ges möjlighet att delta. Där är bedömningen att lagens intentioner inte uppfyllts. Det saknas dokumentation över hur ofta SIP sker och i granskningen framkommer att SIP endast sker i en liten del av de fall där patienten har ett fortsatt behov av stöd.



MISSIV

Datum
2022-12-14

Dokumentnummer
RE-REV22-0051-1

EY beskriver i sin granskningsrapport att det också i kommunerna finns en frustration över att sjukhusen inte kallar till SIP i vad som av övriga aktörer uppfattas som komplicerade fall. Granskningen belyser också att den regionala primärvården har en passiv roll i planeringen. EY betonar dock att kommunen också har ett ansvar och en möjlighet att, enligt socialtjänstlagen, initiera arbetet med en samordnad individuell plan vid behov. Kommunen bör för den enskildes skull göra detta vid behov och fortlöpande anmäla avvikelser om regionen inte hör sammar kallelsen.

EY framhåller att kommunikationen mellan kommunens biståndshandläggare och slutenvård fungerar väl i de flesta fall, men att information ofta kompletteras eller förmedlas genom andra kanaler än Prator. Granskningen visar att biståndshandläggare i flera kommuner glömmer bort att tillfråga den kommunala hemsjukvården inför att en patient markeras som möjlig att ta hem. En genomgående observation är också att intervjuade företrädare för hemtjänsten upplever att informationsutbytet sker för sent för att ge goda förutsättningar för planering, samt att överlämningen brister när flera olika utförare av hemtjänst ger stöd till samma brukare (exempelvis när separat nattpatrull förekommer). EY menar på att det finns goda skäl för kommunerna att se över sitt interna informationsflöde med anledning av utskrivningsprocessen, och inte enkom fokusera på kommunikationen gentemot regionen.

Av den länsgemensamma överenskommelsen framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja lyfts i rapporten fram som en central insats för att motverka undvikbara återinskrivningar.

EY uppmärksammar i rapporten att det i samband med utskrivning och hemgång finns flera komplicerande faktorer som försvårar samverkan. Från slutenvården framförs kritik mot att patienter återinskrivs på sjukhus av icke-medicinska skäl. Förekommande orsaker uppges vara att bostadsanpassningar, hjälpmedel, medicin eller förbrukningsmaterial inte finns på plats enligt plan. Ansvaret för sådana insatser är delat mellan kommunen och regionens verksamheter. EY bedömer att uppföljning, utvärdering och analys kan utvecklas både i kommunerna och i regionen i syfte att minska undvikbara återinskrivningar.

Mot bakgrund av granskningens resultat rekommenderar revisorerna i respektive kommun att berörd nämnd, i respektive kommun:

- Säkerställer att medarbetarna tar initiativ till samordnad individuell planering, när behov finns, om sjukhuset eller vårdcentralen inte tar sitt kallelseansvar.
- Säkerställer att kommunikationen mellan biståndshandläggare och samtliga involverade utförare av insatser fungerar väl, med avseende på exempelvis framförhållning och utförarnas behov av information.
- Utvecklar rapporteringen av avvikelser till regionen, och återkopplar på avvikelserapporter från regionen.
- Följer upp återinläggningar av patienter för att bevaka att de kommunala insatserna i samband med hemgång sker på ett tryggt och säkert sätt.

Mot bakgrund av granskningens resultat rekommenderar regionens revisorer att regionstyrelsen:

- ▶ Säkerställer att patienter bereds möjlighet att vara delaktiga genom att erbjudas samordnad individuell planering på sjukhus eller i hemmet vid behov av fortsatt stöd från flera huvudmän.
- ▶ Säkerställer att mer kunskaps-, process- och metodstöd gör det lätt för regionens olika yrkesgrupper att göra rätt i utskrivningsprocessen. Detta bör särskilt omfatta:
 - a) att öka kunskapen om kommunens uppdrag, kompetens och förutsättningar
 - b) att en större del av planeringen inför utskrivning behöver ske tidigare under vårdtiden
 - c) kommunikation mellan parterna, med särskilt beaktande av kommunikation med sällananvändare i Prator
 - d) vikten av att säkra upp att rätt hjälpmedel och aktuell läkemedelslista finns vid hemgång.
- ▶ Tydliggör vad uppdraget fast vårdkontakt i primärvården innebär och vilka förväntningar och förutsättningar som finns.
- ▶ Säkerställer en gemensam avvikelshantering så strukturella problem i utskrivningsprocessen fångas upp och åtgärdas.
- ▶ Säkerställer ett målinriktat arbete med att minska andelen återinläggningar inom slutenvården som orsakas på grund av brister i samordning och planering.



MISSIV

Datum
2022-12-14

Dokumentnummer
RE-REV22-0051-1

Revisorerne i regionen önskar svar från regionstyrelsen och respektive kommunrevision önskar svar från respektive adresserad nämnd med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder senast den 31 mars 2023.

Enligt uppdrag,

Gustaf Wachtmeister
Revisionens ordförande
Region Sörmland

Tommy Kvarsell
Revisionens ordförande
Eskilstuna kommun

Marina Bladh
Revisionens ordförande
Flens kommun

Sune Åkerlind
Revisionens ordförande
Gnesta kommun

Mårten Grothérus
Revisionens ordförande
Katrineholms kommun

Anne-Marie Wigertz
Revisionens ordförande
Nyköpings kommun

Eva Asthage
Revisionens ordförande
Oxelösunds kommun

Jens Persson
Revisionens ordförande
Strängnäs kommun

Ann-Sofie Soleby-Eriksson
Revisionens ordförande
Trosa kommun

Sören Ericsson
Revisionens ordförande
Vingåkers kommun

Penneo dokumenthyckel: JX7NO-U8LHJ-DL4IH-Y28ZU-2IL11-MDOUO



MISSIV

Datum
2022-12-14

Dokumentnummer
RE-REV22-0051-1

Sändlista

Region Sörmland

Gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård
Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan
Jan Grönlund, regiondirektör
Magnus Johansson, t f hälso-och sjukvårdsdirektör
Titti Kendall, verksamhetschef läns gemensamt regional stöd
Anna Ormegard, divisionschef Division primärvård

Eskilstuna kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Flens kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Gnesta kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Katrineholms kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Nyköpings kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Oxelösunds kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Strängnäs kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Trosa kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Vingåkers kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Penneo dokumentnyckel: JX7NO-U8LHJ-DL4IH-Y2BZU-2IL11-MDOUO

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering.
Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

Nils Gustaf Wachtmeister

Revisor

Serienummer: 19460609xxxx

IP: 217.215.xxx.xxx

2022-12-19 17:43:01 UTC



Bo Mårten Grothérus

Revisor

Serienummer: 19690902xxxx

IP: 81.235.xxx.xxx

2022-12-19 18:36:21 UTC



Eva Elisabet Asthage

Revisor

Serienummer: 19470619xxxx

IP: 178.174.xxx.xxx

2022-12-19 18:40:07 UTC



Tommy Kvarsell

Revisor

Serienummer: 19521227xxxx

IP: 90.228.xxx.xxx

2022-12-20 08:37:37 UTC



SUNE ÅKERLINDH

Revisor

Serienummer: 19440119xxxx

IP: 212.181.xxx.xxx

2022-12-20 09:39:46 UTC



Sören Eriksson

Revisor

Serienummer: 19520410xxxx

IP: 81.235.xxx.xxx

2022-12-20 14:59:06 UTC



Ann-Sofie B L Soleby Eriksson

Revisor

Serienummer: 19640718xxxx

IP: 98.128.xxx.xxx

2022-12-20 15:05:03 UTC



Anne-Marie Wigertz

Revisor

Serienummer: 19480909xxxx

IP: 79.138.xxx.xxx

2022-12-20 15:05:40 UTC



Penneo dokumentnyckel: JX7NO-U8LHJ-DL4IH-Yz8ZU-2LL1-MDOUO

Detta dokument är digitalt signerat genom Penneo.com. Den digitala signeringsdatan i dokumentet är säkrad och validerad genom det datorgenererade hashvärdet hos det originella dokumentet. Dokumentet är läst och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. All kryptografisk information är innesluten i denna PDF, för framtida validering om så krävs.

Hur man verifierar originaliteten hos dokumentet

Detta dokument är skyddat genom ett Adobe CDS certifikat. När du öppnar

dokumentet i Adobe Reader bör du se att dokumentet är certifierat med **Penneo e-signature service** <penneo@penneo.com>. Detta garanterar att dokumentets innehåll inte har ändrats.

Du kan verifiera den kryptografiska informationen i dokumentet genom att använda Penneos validator, som finns på <https://penneo.com/validate>

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering.
Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

JENS PERSSON

Revisor

Serienummer: 19670121xxxx

IP: 155.4.xxx.xxx

2022-12-20 15:46:00 UTC



MARINA ÖSTMARK

Revisor

Serienummer: 19440902xxxx

IP: 185.183.xxx.xxx

2022-12-21 08:51:05 UTC



Detta dokument är digitalt signerat genom Penneo.com. Den digitala signeringsdatan i dokumentet är säkrad och validerad genom det datorgenererade hashvärdet hos det originella dokumentet. Dokumentet är läst och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. All kryptografisk information är innesluten i denna PDF, för framtida validering om så krävs.

Hur man verifierar originaliteten hos dokumentet

Detta dokument är skyddat genom ett Adobe CDS certifikat. När du öppnar

dokumentet i Adobe Reader bör du se att dokumentet är certifierat med **Penneo e-signature service** <penneo@penneo.com> Detta garanterar att dokumentets innehåll inte har ändrats.

Du kan verifiera den kryptografiska informationen i dokumentet genom att använda Penneos validator, som finns på <https://penneo.com/validate>

Granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Utförd på uppdrag av revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun,
Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun,
Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun och Vingåkers
kommun.



Innehåll

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | Sammanfattade slutsatser..... | 2 |
| 1.1 | Bakgrund..... | 8 |
| 1.2 | Syfte och revisionsfrågor..... | 8 |
| 1.3 | Ansvariga nämnder..... | 8 |
| 1.4 | Avgränsningar..... | 9 |
| 1.5 | Metod och genomförande..... | 9 |
| 1.6 | Bedömningsgrunder..... | 9 |
| 2. | Styrmodell och incitament för samverkan..... | 10 |
| 2.1 | Sörmland etablerade tidigt former för trygg och effektiv utskrivning..... | 10 |
| 2.2 | Modellen för betalningsansvar främjar samverkan..... | 11 |
| 2.3 | Organisationen för att säkerställa god samverkan är komplex och omfattande..... | 12 |
| 3. | Samverkan kring enskilda patientärenden..... | 15 |
| 3.1 | Steg 1: Inskrivning..... | 16 |
| 3.2 | Steg 2: Vårdtid..... | 19 |
| 3.3 | Steg 3: Utskrivningsklar..... | 22 |
| 3.4 | Steg 4: Hemgång..... | 24 |
| 3.5 | Steg 5: Uppföljning..... | 27 |
| 4. | Uppföljning, förbättringsarbete och utveckling..... | 29 |
| 4.1 | Uppföljningen inom ansvariga nämnder och styrelser är begränsad..... | 29 |
| 4.2 | Statistiken tyder på att utskrivningsprocessen är effektiv..... | 29 |
| 4.3 | Arbete för att motverka undvikbara återinskrivningar är ett prioriterat område..... | 31 |
| 4.4 | Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser..... | 32 |
| 5. | Svar på revisionsfrågorna..... | 34 |
| 6. | Bilagor..... | 41 |
| | Dokumentförteckning..... | 41 |
| | Intervjuförteckning..... | 43 |

1. Sammanfattade slutsatser

EY har på uppdrag av revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun, Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun samt Vingåkers kommun genomfört en granskning med syftet att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i kommunerna säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas.

I detta avsnitt framgår EY:s sammanfattade slutsatser och bedömningar. De förtroendevalda revisorerna i de medverkande kommunerna har med utgångspunkt i granskningen själva bedömt vilka rekommendationer de vill rikta till respektive granskad nämnd, med hänsyn till lokala förutsättningar och iakttagelser. Rekommendationerna till respektive nämnd som omfattats av granskningen i kommunerna samt regionstyrelsen framgår av revisorernas gemensamma missiv

Det finns en tydlig styrning och starka incitament för samverkan

Genom införandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS) har det tillkommit lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare väntetider i vården. Vår bedömning är att regionen och kommunerna har tecknat en överenskommelse som ger en tydlig roll- och ansvarsfördelning för styrning av det övergripande arbetet. Inga förändringar har skett i dessa avseenden under revisionsåret 2022.

På lokal nivå varierar formerna för styrning av arbetet med utskrivningsprocessen. I ett fåtal av de granskade kommunerna har specifika mål eller indikatorer beslutats av kommunfullmäktige eller ansvarig nämnd. Eftersom samverkan i hög grad är reglerad genom lag och överenskommelse bedömer vi inte att frånvaron av politisk styrning i övriga kommuner är anmärkningsvärd. Åtterrapporering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem.

Av LUS framgår att region och kommuner gemensamt ska utarbeta kompletterande riktlinjer till lagstiftningen. Sådana riktlinjer har utarbetats av regionen och kommunerna i samverkan. Vi bedömer att dessa på ett rimligt sätt omsätter lagstadgade krav i en tydlig process på operativ nivå, men att vissa otydligheter har noterats på genomförandenivå. I flertalet kommuner har organisatoriska anpassningar skett på tjänstemannanivå sedan införandet av LUS.

Metodstödet genom Samverkanswebben bedöms vara otillräckligt. Vi rekommenderar därför regionstyrelsen och ansvariga nämnder att säkerställa eller efterfråga utbildningsinsatser och stödmaterial. Det som främst efterfrågas i intervjuer är checklistor eller processbeskrivningar riktade till specifika yrkesgrupper, samt utförligare vägledning i vanliga problemsituationer (exempelvis utskrivning efter kontorstid eller vid semesterperioder).

Det finns gemensamma rutiner men de efterlevs inte av parterna

Samverkan kring enskilda patientärenden regleras i den gemensamma riktlinjen för trygg och effektiv samverkan. Riktlinjerna beskriver hur regionens slutenvård och primärvård respektive kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård ska agera i de olika aktiviteterna i utskrivningsprocessen. Samverkan sker, men vi noterar i granskningen att aktörernas följsamhet till riktlinjerna varierar, kommunikation hanteras genom andra kanaler än genom Prator och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och vår bedömning är att både region och kommuner kan vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess.

En central del i LUS är att samverkan i utskrivningsprocessen ska inledas redan vid inskrivning. För att underlätta bedömningen av hur utskrivningen ska göras beskrivs utskrivningsprocessen i tre olika färgkoder beroende på komplexitet: grön, gul och röd utskrivningsprocess. Av granskningen framgår

att aktörerna inte har samsyn kring vilken processfärg som ska tillämpas. Kommunerna beskriver att de har upplevt en ökad förskjutning där tidigare röda processer har blivit gula likväl som att gula processer nu bedöms som gröna. Detta utan förändring i bedömningen av patientens tillstånd och behov, vilket innebär att patienter kan ha omfattande behov av omvårdnad, sjukvård eller bostadsanpassning i en lägre processnivå. Kommunerna beskriver också en breddning av den gula processen vilken kan vara "allt ifrån ljusgul till orange". Det beskrivs också att val av process skiljer sig mellan sjukhus och mellan avdelningar trots likvärdiga behov hos patienten. Slutenvården delar bilden av att antalet röda processer totalt sett är färre för tillfället. Fördelningen har inte analyserats.

Vi ser en risk i att den detaljerade aktivitetsfördelningen i riktlinjen riskerar att medföra att de olika aktörerna huvudsakligen fokuserar på sin egen del av samverkan och att helhetsperspektivet utifrån patientens hela resa genom vårdkedjan åsidosätts. Beskrivningen av utskrivningsprocessens olika faser är utförlig men flödet av aktiviteter kopplade till utskrivningsprocessen är invecklade och tidsmässigt utdragna, vilket kräver både kunskap och kontinuitet bland medarbetarna. Vår bedömning är att respektive sjukhusledning behöver säkerställa att det finns interna rutiner i form av exempelvis checklistor som leder till att utskrivningsplanering initieras redan vid inskrivning för de patienter som är i behov av fortsatt stöd från regional primärvård, hemsjukvård eller socialtjänst efter utskrivning. En framgångsfaktor som lyfts fram både inom slutenvården och hos övriga aktörer är att sjukhusavdelningarna utser medarbetare med ett särskilt ansvar för att koordinera utskrivningsprocessen. Vid de granskade sjukhusen varierar det mellan olika verksamheter i vilken grad sådana funktioner tillämpas.

Enligt LUS ska en fast vårdkontakt utses av verksamhetschef inom vårdcentralen, när ett inskrivningsmeddelande mottagits och innan patienten skrivs ut. För denna roll tillämpas funktionen samordningssjuksköterska som i första hand arbetar med multisjuka och äldre. I granskningen noterar vi att samordningssjuksköterskan i hög grad fungerar som en administrativ samordnare utan rimliga förutsättningar att ta det helhetsansvar för patientens fortsatta sjukvård efter utskrivning som är lagens intention. Ambitionen kan i många fall vara att vid senare tillfälle utse en annan fast vårdkontakt i lagens mening. Vi bedömer att regionstyrelsen behöver tydliggöra vad uppdraget innebär och vilka förväntningar och förutsättningar som finns. Samtidigt bedömer vi det vara väsentligt att vårdcentralerna utarbetar lokala rutiner för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, vilka uppgifter som ingår i uppdraget och vilken personal som kan ta på sig uppdraget. Om ambitionen är att tillämpa en initial samordnande kontakt för utskrivningen som sedan överlämnar till en fast vårdkontakt eller läkarkontakt bör detta beröras i riktlinjerna. Dessa utvecklingsområden är kritiska eftersom den fasta vårdkontakten spelar en avgörande roll för att patientperspektivet ska kunna säkerställas genom hela vårdkedjan.

Ett problem under vårdtiden och i samband med utskrivning är bristande informationsöverföring mellan aktörerna. I Prator saknas ofta nödvändig information, med konsekvensen att kommunernas medarbetare inom både myndighet, hemtjänst och hemsjukvård får ringa sjukhusen och söka kompletteringar över telefon. Samverkan blir mer personbunden och viktig informationsöverföring riskerar att gå förlorad. Det blir också en ökad belastning för sjukhusen att bemöta förfrågningarna.

Kunskapen om utskrivningsprocessen och om varandra behöver stärkas

En vanligt förekommande diskussion mellan kommun och sjukhus handlar om ifall en patient är färdigbehandlad eller inte. Konflikten bottenar ofta i en felaktig bild av tillgänglig kompetens och resurser inom den kommunala verksamheten, där utskrivande läkare av kommunerna upplevs ha orimligt höga förväntningar på vilken vård- och omsorg patienten kommer att få av kommunen. Intervjuade korttidsboendechefer beskriver att de förväntas ta emot mer sjuka personer än vad de har resurser att omhänderta sett till boendets personaltäthet och kompetensnivå. Därtill beskrivs att anhöriga från sjukhuset får en felaktig bild av vad korttidsboende innebär, om kommunernas möjlighet att erbjuda en korttidsplats samt av formerna för behovsprövning av dessa.

Flera läkare och sjuksköterskor belyser att patienter med rätta kan bedömas vara färdigbehandlade inom deras akut- eller specialistvårdsavdelning, men fortfarande ha ett stödbehov som överskrider vad som ges inom ramen för korttidsboende eller eget boende. Det framkommer frustration från

flera håll över otydliga, ineffektiva eller okända gränsdragningar mellan korttidsboende som uppfattad vårdinstans, kommunal hemsjukvård och specialistvård som exempelvis SSIH, där palliativa patienter lyfts fram som särskilt utsatta. Flera intervjuade lyfter fram att en översyn av arbetet med mobila specialistteam och jourteam skulle kunna vara en möjlig väg framåt. Det framkommer även att det finns en upplevd brist på rehabiliteringsplatser i regionens regi för vissa patientgrupper. Läkare belyser att många patienter återinläggs av icke-medicinska skäl, exempelvis att det saknas sjukvårdsrelaterat förbrukningsmaterial i hemmet när hemtjänsten ska utföra insatser; samtidigt som hemtjänsten belyser att rätt förbrukningsmaterial ofta saknas när patienten skrivs ut från sjukhus.

Ovan beskrivna konfliktytor är exempel på bristande kunskap och förståelse för varandras organisatoriska förutsättningar och arbete utefter skilda lagstiftningar. För att de gemensamma rutinerna i högre utsträckning ska efterlevas av samtliga aktörer ser vi i ett behov av att stärka kunskapen om utskrivningsprocessen, varandras organisatoriska förutsättningar samt skilda lagstiftningar.

Utskrivningsprocessen går fort och mycket behöver hända på slutet

Av samtal med biståndshandläggare och hemtjänsten framgår att sjukhusen tar kontakt med hemtjänsten för överenskommelse om lämplig tid för hemgång innan kommunens biståndsenhet har meddelat att kommunen är klara med sin planering. De intervjuade upplever också att det är vanligt förekommande att patienter skrivs ut med kort varsel på fredag eftermiddag, inför storhelger, inför semestertider, kvällstid när rehab inte är tillgängliga, när det är minst antal vårdplatser på sjukhuset och störst personalbrist inom hemtjänsten. Vår sammanställning över registrerade utskrivningsklar-datum i Prator tyder dock på att fördelningen över veckodagar är jämnt fördelad. Upplevelsen av den ökade belastningen på obekväma tider bör ändå tas på allvar. Om informationen i Prator har varit bristfällig har kommunen inte tillräcklig kännedom om patientens behov och förutsättningar. Om information ändras eller tillkommer sent är det inte säkert att de funktioner som bevakar Prator hinner upptäcka och vidareförmedla uppgifter. Enligt riktlinjen ska nytillkommen information på kvällar och helger alltid meddelas via telefon för att säkerställa att informationen når fram, vilket enligt intervjuade inte alltid sker. Därtill kan det enligt processflödet vara en grön patient, men som kommunerna bedömer vara en patient med stor komplexitet eller i behov av omfattade insatser, vilket kräver planering och erfaren personal. Hemtjänsten beskriver att de i nästan samtliga fall anpassar sig och hanterar oplanerade och sena utskrivningar men att det tar mycket tid och resurser i anspråk. I enstaka fall leder det till undvikbara återinskrivningar. Det beskrivs vara ett stort bekymmer och skapar negativa följder för såväl patientens välmående som för samverkan.

Enligt den läns-gemensamma riktlinjen är 'kommunklar' ett meddelande som kommunen ska skicka för att informera slutenvård och öppenvård om när kommunens åtagande tidigast kan verkställas. Ibland brister kommunikationen och biståndshandläggaren markerar patienten som kommunklar utan att hemsjukvården är redo. Det är biståndshandläggarna som hanterar kommunikationen via Prator och är de som förmedlar när kommunen är kommunklar. Biståndshandläggarna arbetar utifrån socialtjänstlagen, men markeringen kommunklar ska även omfatta hemsjukvården som får sitt uppdrag från läkare enligt hälso- och sjukvårdslagen samt rehab som arbetar utefter samma lagstiftning. En vanligt förekommande situation är att hemsjukvård eller rehab inte har hunnit säkerställa att patienten kan komma hem. Problemet skulle sannolikt kunna undvikas om fler enheter, utöver biståndshandläggarna, hade tillgång till Prator eller att kommunklar markeras separat för SoL och HSL-insatser. Flera av kommunerna har arbetat för att stärka upp sina rutiner kring detta under 2022. Vidare kritiserar sjukhusen för att inte särskilja begreppen utskrivningsklar, hemgångsklar och kommunklar. Intervjuade inom kommunerna beskriver att det förekommer situationer där sjukhusen skickar hem en patient så fort han eller hon är markerad som utskrivningsklar i Prator, utan att invänta kommunklar.

Merparten av de intervjuade förmedlar en bild av att utskrivningsprocessen i deras uppfattning går för fort och att utskrivningen i många fall hade blivit bättre om patienten vårdades på sjukhus en dag till. Våra iakttagelser i granskningen tyder dock på att det finns moment att utveckla som inte beror på tidsbrist. Genom att initiera en större del av planeringen tidigare under vårdtiden, forma en mer

välfungerande intern och extern kommunikation mellan aktörerna och säkra kunskap och förståelse för varandras organisation är vår uppfattning att en till dag på sjukhus inte är nödvändig.

Parternas fortsatta stöd samordnas utan patientens delaktighet

En central del i arbetet med att säkerställa en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patienten eller närstående ska ges möjlighet att delta. Vår bedömning är att lagens intentioner avseende SIP inte har uppfyllts. Det saknas dokumentation över hur ofta SIP sker, men av intervju framkommer att SIP endast sker i en liten del av de fall där patienten har ett fortsatt behov av stöd.

Av den läns-gemensamma rutinen framgår att ansvaret för att kalla till SIP skiljer sig beroende på processfärg. Vid röd och gul process ska sjukhuset initiera SIP; vid uppföljning av gul process är vårdcentralen huvudansvarig och vid grön process ligger ansvaret på både kommun och vårdcentral. Samtliga har alltid möjlighet att påkalla behovet. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor lyfter att SIP inte alltid initieras i tid av sjukhusen ens vid komplicerade fall, exempelvis patienter med trakeostomi där det enligt separat överenskommelse alltid ska ske en riskbedömning och SIP. Genom att säkerställa att SIP sker i större omfattning kan regionen på ett strukturerat sätt förvissa sig om att patienten och närstående kan vara delaktiga i utformningen av utskrivningen och den efterföljande vården.

Av intervjuer framkommer en samstämmig bild från kommuner och sjukhus om att vårdcentralerna uteblir eller tar en passiv roll vid SIP-möten. Intervjuade från vårdcentralerna känner igen beskrivningen och upplever sig inte ha en nödvändig roll i dessa SIP-möten. Vi noterar dock att vårdcentralerna är delaktiga i utskrivningsprocessen på andra sätt än att medverka vid SIP. Uppföljningsansvaret att ringa en utskriven patient inom sju dagar är ett viktigt exempel.

Enligt riktlinjen ska en trygg och säker utskrivning från slutenvård bygga på delaktighet och samtycke från patienten. En konsekvens av att planeringen mellan parterna huvudsakligen sker genom Prator och telefon är att patienten inte är delaktig och inte heller har mer insyn än vad som förmedlas av behandlande läkare eller annan vårdpersonal på sjukhuset. Den fasta vårdkontakten i form av samordningssjuksköterska på vårdcentralerna tar inte kontakt med patienten förrän efter hemgång. Kommunikationen med patienten förefaller därtill vara i otakt mellan parterna. Flera av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver att de ibland kontaktar patienter som ännu inte har informerats av sin läkare om förestående utskrivning, och som blir illa berörda av beskedet. Intervjuade läkare beskriver i gengäld att de ofta mottar frågor från både patienter och anhöriga om vad som kommer att hända efter utskrivningen, där osäkerhet kring fortsatt kommunalt stöd skapar stor oro hos patienten dagarna före hemgång.

Rätt stöd finns inte alltid på plats vid hemgång

I samband med utskrivning och hemgång finns det flera komplicerande faktorer som försvårar samverkan. Att sjukhusens preliminära utskrivningsdatum förändras med kort varsel skapar problem i planeringen för både kommuner och regionens primärvård. I många fall finns det medicinska skäl till snabba förändringar och detta behöver alla parter ha förståelse för. Samtidigt bedömer vi att respektive sjukhusledning kan underlätta processen genom att säkra rutiner där de preliminära utskrivningsdatumen omprövas löpande och med så lång framförhållning som möjligt.

En kritisk del i utskrivningsprocessen är att nödvändiga hjälpmedel finns på plats när patienten skrivs ut. Det kan exempelvis handla om hjälpmedel och medicinskteknisk utrustning för att klara förflyttning, toalettbesök och nutrition. Det finns logistiska utmaningar kring förskrivning av hjälpmedel till ineliggande patienter. Det kan krävas hembesök för att kunna planera eller bedöma behovet av anpassningar och hjälpmedel, vilket inte alltid är möjligt när patienten är ineliggande. Efter utskrivning är patienten inte alltid tillgänglig för att ta emot leverans eller kan vara fysiskt förhindrad att öppna dörren vilket kräver samordning med anhöriga, hemtjänst eller primärvård. Intervjuade enhetschefer inom hemtjänst beskriver att hembesök sker mycket sällan och att hemtjänstens kunskap om förutsättningarna i hemmet sällan efterfrågas. Därutöver beskriver

sjukhusen att det inom den regionala rehabiliteringsverksamheten finns bemanningsproblem då det inom många avdelningar inte finns sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. Patienter som skrivs ut utan hjälpmedel eller med fel hjälpmedel återinskrivs i enstaka fall direkt efter utskrivning eftersom den enskilde inte har möjlighet att klara sig i hemmet utan erforderliga hjälpmedel. När kommunens rehab tar vid upplever många intervjuade att de hjälpmedel som sjukhuset har förskrivit inte finns eller är fel. Exempelvis vittnar flera kommuner om att de har ett "hemligt lager" med inkontinenthjälpmedel då sjukhuset inte har förskrivit några alls eller inte tillräckligt många. Detta är inte tillåtet eftersom inkontinenthjälpmedel ska förskrivas individuellt. Därtill vittnar representanter från kommunerna om att sjukhusets läkemedelslistor ofta är ofullständiga eller felaktiga. Ibland anländer utskrivna patienter till boendet eller hemmet utan att någon medicinlista har förmedlats, vilket leder till ytterligare behov av att eftersöka information.

Mer kan göras för att minska undvikbara återinskrivningar

Av den länsgemensamma överenskommelsen framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Genom god och säker läkemedelsbehandling och bedömning av hälsotillståndet hos individer i hemmet enligt systematisk bedömningsstruktur kan inskrivning i slutenvård undvikas. Parterna ska arbeta strukturerat med det vårdpreventiva arbetet men det är inte klarlagt vad ett gemensamt arbete ska leda till. Vi noterar att vissa övergripande aktiviteter pågår kring exempelvis fallprevention.

Beredningsgruppen äldre sammanställer årligen en presentation till Länsstyrgruppen där bland annat analys av återinläggningar i respektive geografisk arbetsgrupp framgår. I sammanställningen finns ingen statistik över antalet eller andelen återinskrivningar inom 30 dagar av äldre patienter som skrivs ut. Det finns heller ingen politiskt beslutad målsättning om andelen återinskrivningar. Under Coronapandemin gavs mindre tid till uppföljningar pga. omprioriteringar av arbetsuppgifter. 2022 års uppföljning presenteras för Länsstyrgruppen i december.

Arbetet med att motverka undvikbara återinskrivningar i första hand är en del i det ordinarie kvalitetsarbetet. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att därmed säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja, lyfts av många fram som en central insats. Flera representanter från SÄBO och hemtjänst framhåller också insatser såsom fallprevention och samarbete med regionen för att nå ut med information till ineliggande patienter och anhöriga om vilka hjälpinsatser som finns att tillgå efter utskrivning. I intervjuer framkommer också att *trygg hemgång* används som metod i flertalet kommuner för att bland annat undvika återinskrivningar. Inom kommunerna utgörs trygg hemgång oftast av ett sammanhållet team som tar ett helhetsansvar för den enskilde och ger förstärkta insatser under högst två veckor. Eftersom insatsen är personalintensiv och svår att få jämn beläggning i har dock flera kommuner valt att avveckla trygg hemgång-verksamheten trots att den upplevts positiv ur patientperspektiv.

Vi rekommenderar att regionstyrelsen bör överväga att anta en målsättning om att minska andelen återinläggningar inom slutenvården som orsakas på grund av brister i samordning och planering. Vi bedömer också att kommunerna på individnivå bör följa upp återinläggningar av patienter som nyligen kommit hem från slutenvården, för att säkerställa att de kommunala insatserna i samband med hemgång har utförts ändamålsenligt för att säkra en trygg hemgång. Därtill bedömer vi att regionstyrelsen bör överväga att göra en samlad uppföljning och utvärdering av de lokala initiativ som har tagits för att motverka undvikbara återinskrivningar, i syfte att identifiera framgångsexempel.

Uppföljningen är fokuserad på kvantitativa data och betalningsansvar

Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Det har inte tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad. Den länsövergripande riktlinjen följs upp regelbundet. Riktlinjerna reviderades senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Regionen sammanställer och förmedlar statistikuppgifter kopplade till LUS och har en central roll i att möjliggöra för både de egna verksamheterna och kommunerna att löpande följa sina resultat. Förvaltningen följer själva upp resultaten månadsvis och gör jämförelser mellan olika kommuner och mellan olika tidsperioder. Fokus i uppföljningen ligger på statistik relaterad till betalningsansvaret och till beläggning av vårdplatser. De granskade nämnderna tar i regel inte del av dessa uppgifter. Åtterrapporering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem. Trygghet följs upp genom uppföljande samtal med patienten men har inte sammanställts på aggregerad nivå specifikt för utskrivningsprocessen.

Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser

Det saknas direktiv kring hantering av eventuella avsteg eller avvikelser från parternas åtaganden i den länsgemensamma överenskommelsen och riktlinjen. Avvikelser som är avgränsade till enskilda patientfall rapporteras i regel direkt mellan de berörda enheterna. Det saknas ett gemensamt system för att rapportera avvikelser. Detta innebär att det inte går att få en samlad bild över inrapporterade avvikelser varken sett till antal eller innehåll. Kommunerna upplever att sjukhusen svarar på få avvikelser, och att svaren i förekommande fall är ofullständiga och sker efter lång tid. Konsekvensen blir att tröskeln för att rapportera är hög och att det sannolikt finns ett stort mörkertal av ej rapporterade avvikelser. Rutinerna ser olika ut mellan de granskade verksamheterna men i regel hanteras avvikelserrapporterna i den aktuella situationen av berörda medarbetare, utskrivningssamordnare eller ansvarig enhetschef, och på sammanställd nivå eller av MAS, MAR, eller utskrivningsledare i lokala samverkansforum. Förekomsten och strukturen för sådana forum skiljer mellan kommunerna och vissa har en nära dialog med sjukhus och vårdcentral, andra inte. I länet finns ett nätverk där samtliga kommuners medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ingår. Nätverken är generella forum för erfarenhetsutbyte men frågor som rör samverkan och patientsäkerhetsarbete är frekvent förekommande. I forumet lyfts särskilda exempel för diskussion, positiva och negativa, inte en komplett översyn av avvikelser.

Mot bakgrund av de redogörelser och exempel vi tagit del av i granskningens intervjuer är vår bedömning att antalet inkommande avvikelserrapporter med anledning av brister i samverkan vid utskrivning enbart utgör ett fåtal av de avvikelser som sker. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserrapportering inom såväl Region Sörmland som inom kommunerna. Förväntningar om åtterrapporering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelser bör stärkas, då det finns en utbredd bild av att bristen på återkoppling har lett till att kommunerna rapporterar mindre.

Stockholm den 14 december 2022

Nina Högberg
Certifierad kommunrevisor

Josefine Algotsson
Verksamhetsrevisor

David Leinsköld
Verksamhetsrevisor

Anders Hellqvist
Certifierad kommunrevisor

1.1 Bakgrund

Den 1 januari 2018 trädde Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård av utskrivningsklara patienter (LUS) i kraft. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från slutenvården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Ovanstående ska uppnås genom samverkan mellan de två huvudmännen regionen och kommunen.

Regionstyrelsen i Sörmland har vårdgivaransvar och socialnämnderna eller vård- och omsorgsnämnderna i länets samtliga kommuner har ansvar för den sociala omsorgen för brukare över 65 år. För samverkan mellan region och kommun finns nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV). Nämnden har i uppdrag att följa upp och föreslå samverkansmöjligheter mellan regionen och kommunerna. Samverkansavtalet är beslutad av NSV.

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att ge underlag för att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i respektive kommun säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas. Syftet uppnås genom att besvara följande revisionsfrågor:

- ▶ Är den beslutade "Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård" ändamålsenlig?
- ▶ Är de beslutade riktlinjerna "Trygg hemgång och effektiv samverkan - riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland" ändamålsenliga?
- ▶ Är roller och ansvarsfördelning tydliga vad gäller samverkan mellan slutenvård, primärvård respektive social omsorg?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att slutenvård, primärvård respektive social omsorg tar sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?
- ▶ Finns mål för samverkan i utskrivningsprocessen på individnivå och övergripande nivå?
- ▶ Säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och respektive kommuns behov?
- ▶ Har regionen säkerställt att fasta vårdkontakter har de förutsättningar som krävs för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen?
- ▶ Tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklings syfte?

1.3 Ansvariga nämnder

Granskningen omfattar följande delar av organisationen inom Region Sörmland och samtliga kommuner i Södermanlands län:

| Region/kommun | Ansvarsprövad nämnd/bolag |
|-------------------|---------------------------|
| Region Sörmland | Regionstyrelsen |
| Eskilstuna kommun | Vård- och omsorgsnämnden |
| Flens kommun | Socialnämnden |
| Gnesta kommun | Socialnämnden |

| | |
|---------------------|--------------------------|
| Katrineholms kommun | Vård- och omsorgsnämnden |
| Nyköpings kommun | Vård- och omsorgsnämnden |
| Oxelösunds kommun | Vård- och omsorgsnämnden |
| Strängnäs kommun | Socialnämnden |
| Trosa kommun | Vård- och omsorgsnämnden |
| Vingåkers kommun | Socialnämnden |

1.4 Avgränsningar

Granskningen har avgränsats till samverkan mellan den somatiska slutenvården, primärvården och den sociala omsorgen inom kommunen. Granskningen har avgränsats till att beröra patienter/brukare över 65 år.

1.5 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier (se bilaga). EY följer SKYREVs riktlinjer avseende planering, rapportskrivning och avrapportering. Intervjuade har haft möjlighet att faktagranska samt ge synpunkter på rapportutkastet. Utförd oktober 2022 - december 2022.

1.6 Bedömningsgrunder

Denna granskning har sin primära utgångspunkt i *Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård av utskrivningsklara patienter (LUS)*. Den bedömningsgrund som bildar underlag för granskningen hämtats från lagar, överenskommelser, policyer och styrdokument. Nedanstående bestämmelser utgör bedömningsgrund mot vilka olika slutsatser och bedömningar kommer att ställas. Innehållet i bedömningsgrunderna redogörs för löpande i rapporten.

- ▶ Lag (2017: 612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, i sin helhet.
- ▶ Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) 2 kap. 7 §
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) 16 kap. 4 §
- ▶ Region- och kommunfullmäktiges mål och budget för 2022 för respektive kommun

2. Styrmodell och incitament för samverkan

När personer har behov av vård och omsorg från flera olika vårdgivare ställs stora krav på planering och samverkan. Att vårdens aktörer har säkerställt välfungerande samverkansstrukturer är en grundförutsättning, men en trygg vårdkedja kräver även att planeringen utgår från den enskilde patientens behov och önskemål. Därför behöver patienten/brukaren och närstående involveras tidigt och strukturerat i arbetet för att utskrivningskedjan ska bygga på trygghet, kontinuitet och säkerhet.

2.1 Sörmland etablerade tidigt former för trygg och effektiv utskrivning

Region Sörmland och länets kommuner har ingått en överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning. Syftet med överenskommelsen är att åstadkomma en god vård på rätt vårdnivå, där ledtiderna är så korta som möjligt vid utskrivning från slutenvård till fortsatt öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vår bedömning är att överenskommelsen är ändamålsenlig och säkerställer att lagstiftningen omsätts i lokala mål med tydlig ansvarsfördelning. Vi noterar dock att uppföljning enligt överenskommelsen ska följa särskild plan men sådan plan saknas.

Bakgrund till överenskommelsen är att regeringen 2014 beslutade om en översyn av den dåvarande lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Det fanns ett behov av att minska den tid som utskrivningsklara patienter vistades i slutenvården i onödan på grund av långa ledtider mellan slutenvården och vård och omsorg i hemmet eller i särskilt boende. En viktig utgångspunkt med utredningen var att förbättra formerna för samverkan mellan huvudmännen.¹ När betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*² presenterades agerade NSV i Sörmland proaktivt och initierade ett arbete med att skapa gemensamma arbetssätt i linje med lagförslaget. När *Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård*³ beslutades av riksdagen³ och trädde i kraft 1 januari 2018 hade Region Sörmland och länets kommuner redan under ett års tid gradvis anpassat sina verksamheter till den nya lagen.

I överenskommelsen finns två övergripande mål:

Genom ett tillitsfullt samarbete med individens bästa i fokus:

- ▶ känner sig sörmlänningen trygg och självständig efter slutenvård
- ▶ är vård- och omsorgsprocessen i Sörmland effektiv

Överenskommelsen definierar det specifika ansvar som kommunerna och regionen har i detta samarbete:

¹ Dir 2014:27 Kommittédirektiv *Betalningsansvarslagen*

² SOU 2015:20

³ Prop. 2016/17:106

| Kommunens ansvar | Regionens ansvar | Gemensamt ansvar |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Kommunens ansvar är att patienten kan lämna sjukhuset när den bedöms vara utskrivningsklar samt medverka i SIP när regionen bedömer att det krävs för utskrivning. | <ul style="list-style-type: none"> • Regionens slutenvård har ansvar att underrätta kommunen/berörda öppenvårdsenheter inom 24 timmar efter inskrivning, bedöma om patienten är utskrivningsklar samt delta i SIP om öppenvården kallar. • Regionens öppenvård ansvarar för att utse fast vårdkontakt senast tre dagar efter underrättelse om att en patient är utskrivningsklar, innan personen skrivs ut från den slutna vården. Den utsedda fasta vårdkontakten ska kalla till SIP senast tre dagar efter att en underrättelse mottagits om att patienten är utskrivningsklar. | <ul style="list-style-type: none"> • Parterna ska tillhandahålla resurser och informationsöverföringssystem för att individen ska komma hem på ett tryggt sätt efter slutenvårdsvistelsen. Samordnad individuell planering (SIP) ska i huvudsak utföras i hemmet men i särskilda fall ska samtliga parter kunna kalla till en SIP under sjukhusvistelsen. Parterna har ett gemensamt ansvar att tillräckliga resurser ges till hjälpmedelsprocessen för att utskrivningen från slutenvård ska kunna ske tryggt och effektivt. Alla berörda parter har ansvar för att medverka i att en SIP upprättas och följs. |

Överenskommelsen reglerar även kommunernas betalningsansvar (se nedan) samt hur eventuella tvister skall lösas. Tvister och samarbetsproblem löses i första hand på lokal chefsnivå. Om problemet inte kan lösas där lyfts frågan till länsstyrgruppen. Kan länsstyrgruppen inte lösa frågan diskuteras frågan vidare i nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV). Vid tvist som inte kan lösas enligt ovan får frågan lyftas till domstol.

Länsstyrgruppen för nära vård fastställde i december 2016 riktlinjer för att reglera processen kring trygg och effektiv utskrivning och för att ge stöd i det dagliga arbetet. Riktlinjerna beskriver hur samtliga aktörer ska agera under respektive steg i utskrivningsprocessen. Innehållet i riktlinjerna återges i kapitel 3. Riktlinjerna reviderades senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Vi noterar att det inte har tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad.

2.2 Modellen för betalningsansvar främjar samverkan

Enligt LUS ska kommunen ersätta den region som en patient vårdas inom efter att patienten bedömts utskrivningsklar.⁴ Kommunerna kan debiteras med 9300 kronor per dygn 2022, enligt årlig beräkning av genomsnittskostnad från Socialstyrelsen (HSLF-FS 2021:83). Hittills har ingen kommun blivit betalningsansvarig. Vår bedömning är att modellen premierar arbetet med att korta ledtiderna på övergripande nivå istället för att rikta fokus på enstaka långliggande patienter.

Den betalningsmodell som har utarbetats i den regionala överenskommelsen skiljer sig avsiktligt från lagstiftningens grundmodell, vilken är dispositiv och får ändras genom lokala överenskommelser. Från att räknas per ineliggande patient tillämpas i Sörmland en genomsnittmodell där kommunen blir betalningsskyldig om det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar överskrider tre kalenderdagar⁵ under tre månader i följd. Representanter från varje kommun och regionen ska enligt överenskommelsen månatligen kontrollera följsamhet. Om det genomsnittliga antalet dagar i slutenvården överstiger tre dagar ska en gemensam analys och lämpliga åtgärder

⁴ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, 5 kap.

⁵ Beräknas enligt följande: Totala antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar divideras med totalt antal utskrivningsklara personer.

genomföras. Om problemet kvarstår månad tre ska kommunen ersätta regionen på individnivå från och med månad fyra.

Det genomsnittliga antalet dagar per månad har varierat mellan 0,29-1,04. Samlat genomsnitt var 0,5 dagar under hela perioden 2019-2021, långt från betalningsansvarets gräns på 3 dagar.

2.3 Organisationen för att säkerställa god samverkan är komplex och omfattande

Den regionala överenskommelsens parter är Region Sörmland och kommunerna i Södermanlands län. Regionstyrelsen ansvarar för att vården bedrivs i enlighet med överenskommelsen. Den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) har i uppdrag att följa upp och föreslå utveckling av samverkansmöjligheter mellan regionen och länets kommuner. Utveckling och uppföljning av samverkan sker både i vårdlinjeorganisationen och i den regionala samverkansstrukturen. Vår bedömning är att det är tydligt hur det formella ansvaret är fördelat. Vi noterar dock att många tjänstepersoner ingår i flera olika samverkansforum med överlappande agendor vilket riskerar att skapa en upplevd otydlighet.

2.3.1 Riktlinjer och utvecklingsarbete formas i den regionala samverkansstrukturen

Inom NSV:s ansvarsområde finns Sörmlands läns gemensamma regionala stöd inom socialtjänst och vård. I det ingår närvårdsstrukturen där den läns gemensamma styrgruppen för närvård (länsstyrgruppen) utgör beredningsgrupp till NSV. Länsstyrgruppen består av representanter från länets nio kommunerna, regionen och FoU i Sörmland. Inom länsstyrgruppen har det fastställts riktlinjer som i detalj reglerar arbetet med trygghet och effektiv utskrivning.

Länsstyrgruppen har i sin tur utsett ett antal beredningsgrupper med olika fokusområden, bland annat en beredningsgrupp som arbetar med att utveckla samverkan kring målgruppen äldre. Beredningsgruppen har i sin tur utsett tre geografiskt indelade arbetsgrupper.



Figur 1: Den regionala samverkansstrukturen.

Det är inom dessa arbets-, berednings- och styrgrupper som de nu gällande riktlinjerna har utarbetats. Här sker också merparten av alla diskussioner kring resultat, brister och utveckling.

För att samordna verksamheterna på det lokala planet och bidra till att skapa nätverk mellan kommunerna, vårdcentralerna och sjukhusen finns tre närvårdskoordinatorer, en för respektive länsdel. Ansvaret är främst att främja en gemensam utveckling av närvård i länet genom att skapa mötesarenor och utveckla dialogen. Arbetet sker genom att leda och stödja nödvändiga samverkans- och förändringsprocesser på lokal nivå inom lednings- och arbetsgrupper för närvården samt genom att delta i länsövergripande närvårdsutveckling. Närvårdskoordinatorn är en gemensam resurs för hälso- och sjukvårdsförvaltningen och arbetar på uppdrag av regionens hälso- och sjukvårdsledning.

Därutöver finns i varierande omfattning lokala samverkansstrukturer mellan regionen och enskilda kommuner, se respektive kommuns tabell i kapitel 5. Utbyte sker också i professionsnätverk för exempelvis socialchef och MAS. Intervjuade lyfter också fram deltagande i utbildningar, seminarier eller forskningsprojekt hos Forskning och utveckling i Sörmland (FoUIS) kring bland annat brukarinflytande, kompetensförsörjning, Nära vård i Sörmland samt kring SIP.

I intervju lyfts att samverkan mellan regionen och kommunerna är bra, men att det är tids- och resurskrävande samt att samverkan mellan kommunerna i länet är ett förbättringsområde. Mer specifikt framhålls att det finns många former för samverkan i de olika länsdelarna, men inte samma erfarenhetsutbyte mellan länsdelarna.

2.3.2 Regionstyrelsen säkerställer att vårdorganisationen bidrar till en trygg utskrivning

Regionstyrelsen är enligt reglemente hälso- och sjukvårdsnämnd, förutom för primärvård och rättspsykiatri, och utöver därmed den övergripande planeringen av hälso- och sjukvård samt habilitering och de har även vårdgivaransvar. Regionstyrelsen har fastställt regler för bedrivande av primärvård som säkerställer att verksamhet i såväl egen regi som privat regi bidrar till en trygg och effektiv utskrivning. Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan har vårdgivaransvar för drift och utförande av primärvård i egen regi inom ramen för vårdvalssystemet.

Genom Hälsoval Sörmland har medborgarna möjlighet att fritt välja vårdcentral inom länet. Både offentliga och privata vårdgivare måste leva upp till det grundåtagandet i inriktningsdokument för primärvården.⁶ Godkännandet förutsätter att vårdcentralen åtar sig det uppdrag som är formulerat i "Regelbok för bedrivande av primärvård i Region Sörmland"⁷. I regelboken ställs krav på samverkan och vårdplanering. Reglerna säger bland annat att alla vårdgivare ska samverka med övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet och andra aktörer för att säkerställa kompetens, kvalitet och kontinuitet i vårdkedjorna. Vårdprogram och lokala överenskommelser mellan primärvård, sjukhuskliniker och de kommunala vårdgivarna ska följas, däribland överenskommelsen om trygg och effektiv utskrivning.

Alla vårdgivare ska ingå i den struktur för närvårdssamverkan som finns på lokal nivå så väl som länsnivå. Vid behov ska vårdgivaren också kunna vara representant för primärvården i länsgemensamma arbetsgrupper.

2.3.3 I enstaka kommuner har det tagits politiska beslut om samverkan – men alla förvaltningar har behövt anpassa sig

I länets kommuner förekommer det endast i enstaka fall (Eskilstuna och Nyköping) att ansvariga nämnder har beslutat om mål eller uppdrag med direkt bäring på utskrivningsprocessen. I övriga kommuner saknas politisk styrning, alternativt förekommer det endast som liten del i beskrivande texter av övergripande mål.

För kommunen varierar förekomsten av lokala och verksamhetsnära rutiner. Flertalet kommuner har inte upprättat lokala rutiner med hänvisning till att den länsgemensamma är tillräckligt utförlig. I de

⁶ Beslutat av regionfullmäktige den 21 april 2020 § 62/20.

⁷ *Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2022* (RS-LED21-2443).

fall lokala rutiner har upprättats rör det sig om verksamhetsnära rutiner som behandlar ett specifikt steg i utskrivningsprocessen, exempelvis beställningar från biståndsenhet till hemtjänst.

I samband med införandet av LUS och den gemensamma riktlinjen har kommunerna i sin tur sett över avtalen med externa utförare av omsorgstjänster. Bland länets kommuner finns en stor variation i sammansättningen av verksamhet i egen regi och privata utförare i upphandlade system/valfrietssystem. Intervjuade uppger att det framförallt är inom vårdvalssystem för hemtjänst som anpassningar har behövt ske, i första hand avseende inställelsetider för att verkställa insatser för utskrivningsklara patienter. I respektive granskad kommuns förfrågningsunderlag för LOV inom hemtjänst förekommer det en variation i vilken grad kommunerna uttryckligen kräver att samverkan med regionens verksamheter tillämpas i efterföljande led (se bilaga för respektive kommun). Den gemensamma rutinen för samverkan vid utskrivning innehåller aktiviteter som kräver direkt kommunikation mellan slutenvård och utförare av hemtjänst.

För kommunerna har implementeringen av LUS och riktlinjen för samverkan inneburit ökad administration och i vissa fall behov av nya arbetssätt. Förändringen har enligt uppgift från intervjuade hanterats genom omfördelning av befintliga resurser. Att omorganisera eller förstärka myndighetsenheterna för att hantera snabbare utskrivningar är vanliga åtgärder. Vissa kommuner har exempelvis specialiserade biståndshandläggare som enbart jobbar med utskrivningar.

I flera kommuner har det också utarbetats särskilda arbetssätt för att stödja personer med omfattande eller komplexa behov vid utskrivning, under namnen *Trygg hemgång*, *Tryggt mottagande*, *Hemgångsteam* eller motsvarande. Upplägget varierar men i regel handlar det om förstärkt hemtjänst utförd av en särskilt utsedd personalgrupp som under en begränsad tid (vanligen högst två veckor) säkerställer en välfungerande hemgång innan ordinarie insatser och personal tar över. Vi noterar att flera kommuner i länet också beskriver att de tidigare har haft motsvarande arbetssätt men nu har avvecklat dessa. Orsaken uppges vara att det tog för mycket resurser i anspråk och att det i perioder visade sig vara ineffektivt sett till det ojämna patientflödet. De intervjuade är dock eniga om att det ur ett patientperspektiv var bra lösningar.

3. Samverkan kring enskilda patientärenden

För att säkerställa tillämpningen av LUS har gemensamma riktlinjer för trygg hemgång och effektiv samverkan utformats. De gemensamma riktlinjerna beskriver hur aktörerna ska agera i de olika aktiviteterna i utskrivningsprocessen. För att underlätta bedömningen av hur utskrivningen ska göras beskrivs processen i tre olika steg beroende på komplexitet: grön, gul och röd utskrivningsprocess.

| Grön process | Gul process | Röd process |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Patient som är känd i kommunen och som skrivs ut från sjukhuset med samma eller likartade insatser som före sjukhusvistelsen.• Patient som inte är känd i kommunen, och som är i behov av enklare medicinska åtgärder samma eller nästkommande dag.• Patient som inte är känd i kommunen och som har mindre nytillkomna insatser tex larm, och som inte behöver startas upp samma dag som hemgång. | <ul style="list-style-type: none">• Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser som ska startas upp samma dag som hemgång.• Om patienten bedöms kunna planeras ut enligt gul process ska patienten vanligtvis gå hem samma dag som den är utskrivningsklar | <ul style="list-style-type: none">• Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser med stor komplexitet eller behov av mycket omfattande insatser• Om patienten bedöms kunna planeras ut enligt röd process ska patienten vanligtvis kunna gå hem tidigast dagen efter att SIP upprättas. |

Oavsett bedömd processfärg delas processernas aktiviteter efter inskrivning in i i följande faser:



Figur 2: Processens faser från inskrivning till uppföljning enligt riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan.

Riktlinjerna innehåller också vägledning till proaktivt arbete i hemmet, samt riktlinjer kring patienter som uppsöker akutmottagningen men inte behöver skrivas in i slutenvården. Dessa processer omfattas ej i denna granskning.

I granskningen har vi noterat att de olika aktörernas följsamhet till riktlinjerna varierar. Nedan presenteras bedömningsgrunder för varje steg, väsentliga observationer från granskningen samt sammanfattade bedömningar.

Vi vill betona att det i merparten av alla utskrivningsärenden finns en god och välfungerande samverkan, men vissa situationer och omständigheter leder återkommande till problem och det är dessa vi främst uppmärksammar genom rapporten.

3.1 Steg 1: Inskrivning

Enligt LUS ska berörda enheter underrättas om en patient vid inskrivning bedöms behöva insatser från socialtjänsten eller öppenvården efter utskrivning.⁸ Inskrivningsmeddelande ska innehålla beräknat utskrivningsdatum samt patientens personuppgifter och skickas senast 24 timmar efter inskrivning. Om ett behov av insatser från kommun eller öppenvård upptäcks eller uppstår senare under vårdtillfället ska inskrivningsmeddelande skickas senast 24 timmar efter bedömningen. Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras ska den slutna vården så snart det är möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

| Ansvarsfördelning i steg 1 - Inskrivning | |
|--|--|
| Sjukhuset | <ul style="list-style-type: none">●●● Skicka inskrivningsmeddelande i Prator inom 24 timmar för patienter med pågående insatser från hemtjänsten och/eller hemsjukvård. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla uppgift om beräknad utskrivningsdag samt efter samtycke även preliminär diagnos. Om utskrivningsdatum ändras ska kommun och öppenvård meddelas. Ange patientens telefonnummer i Prator.● Om det senare under vårdförloppet bedöms att patienten behöver insatser skickas inskrivningsmeddelande omgående efter denna bedömning. |
| Regionens öppenvård | <ul style="list-style-type: none">●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag (vardagar) och ange fast vårdkontakt.●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser. |
| Kommunens hälso- och sjukvård | <ul style="list-style-type: none">●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag.●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser. |
| Kommunens socialtjänst | <ul style="list-style-type: none">●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag.●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser.●●● Individuellt anpassade hjälpmedel (exempelvis komfortullstol) bör följa patienten till sjukhuset.● Särskild rutin för säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning. |

3.1.1 Det finns ett väletablerat system för informationsöverföring som har både starka och svaga sidor

För informationsöverföring och utskrivningsplanering mellan slutenvård, öppenvård och kommun används systemet Prator, som finns till specifikt för detta ändamål. Alla vårdtagare inom den somatiska slutenvården (oberoende av diagnos eller ålder) som behöver insatser från kommunen och/eller hälso- och sjukvården efter utskrivning ska efter samtycke skrivas in i Prator. Systemet innehåller stöd för trepartsdokumentation av varje steg i utskrivningsprocessen och har stöd för tilläggsanteckningar/meddelanden fristående från de avgränsade aktiviteterna.

Av intervjuer framgår att Prator generellt uppfattas vara ett ändamålsenligt verktyg. Det beskrivs vara funktionellt, relativt användarvänligt och skapar goda förutsättningar för en välfungerande samverkan. En risk som framhålls i flera intervjuer är att utskrivningsprocessen blivit så nära förknippad med systemet Prator att många medarbetare inte känns vid att delar av utskrivningsprocessen behöver ske utanför systemet.

En problematik som framkommer av intervjuerna är att behörigheten i Prator skiljer sig åt mellan kommunerna. I vissa kommuner har biståndsenheten och eventuell ytterligare legitimerad personal med behörighet tillgång till Prator. I andra kommuner har även hemtjänstenheten tillgång till Prator.

⁸ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 1-4 §§

En följdfeffekt är att mycket kommunikation sker muntligt över telefon utöver Prator, både internt inom kommunen samt externt med regionen. Det skapar också en ovisshet från sjukhusens sida när kommunikationsrutinerna varierar beroende på vilken kommun patienten är hemmahörande i.

Ytterligare ett problem som lyfts fram i intervjuer är att det inte finns en koppling till journalsystemen, utan Prator används parallellt med varje huvudmans övriga system, vilket orsakar extra administration.

Ett nytt kommunikations- och informationsöverföringssystem ska ersätta Prator i oktober 2024. Av intervjuer framkommer att det finns en oro inför bytet av IT-system. Oron gäller både funktionalitet och den befarat omfattande implementerings- och utbildningsprocessen.

3.1.2 Aktörerna är inte överens om vilken processfärg som ska tillämpas

Beroende på patientens uppskattade stöd- och omvårdnadsbehov efter utskrivning väljer sjukhuset om grön, gul eller röd process ska tillämpas. Av intervjuer framkommer att det råder delade uppfattningar mellan aktörerna om val av process. Konsekvensen av detta blir att aktörerna inte aktiverar en planeringsform anpassad till patientens behov av stöd.

Målgrupp för respektive processfärg definieras i riktlinjen. Kommunerna beskriver att de har upplevt en ökad förskjutning där tidigare röda processer har blivit gula likväl som att gula processer nu bedöms som gröna. Detta utan att en förändring i bedömningen av patientens hälsotillstånd skett, vilket innebär att patienter kan ha omfattande omvårdnadsbehov, hjälpmedelsbehov eller bostadsanpassning i en lägre processnivå. Kommunerna beskriver också en breddning av den gula processen vilken kan vara "allt ifrån ljusgul till orange", vilket riktlinjen inte stödjer. Biståndsenheternas uppfattning är att val av processfärg skiljer sig mellan sjukhus och mellan avdelningar inom samma sjukhus, trots likvärdiga behov hos patienten.

Intervjuade från sjukhusen delar bilden av att antalet rödmarkerade processer är färre för tillfället. Det finns inte ett uttalat mål om att minska antalet röda processer och fördelningen har inte analyserats. Intervjuade från både kommuner och sjukhus lyfter flera delvis motstridiga spekulationer kring förskjutningen, vilka vi bedömer kan vara relevanta för länsstyrgruppen att analysera närmare:

- Att sjukhusets tilltro till kommunernas sjukvårdskompetens har ökat i takt med att samverkan blivit mer etablerad.
- Att sjukhuset inte har tillräcklig kunskap om begränsningarna i kommunens kompetens och uppdrag.
- Att det finns en önskan om att regionens primärvård ska bli mer involverade och ta ett större ansvar i utskrivningsprocessen, vilket kan uppnås om fler processer är gröna eller gula.
- Att patienter motsätter sig det stöd som finns att få och inte vill delta i en SIP.
- Att personalsituationen på sjukhusen blivit mer pressad och att det är för tidskrävande att ta den röda processens samordnande ansvar.

Konsekvensen av att patienter med omfattande behov av stöd klassificeras med fel färg är huvudsakligen att den samordnade planeringen inte påbörjas i tid. Det kan leda till att patienten blir kvar på sjukhus, eller att patienten kommer hem med ett större stödbehov än kommunen väntat sig vilket kan leda till återinskrivning. Rätt form av samordnad planering är viktigt för att säkerställa patientens delaktighet och trygghet.

3.1.3 Förändringar av utskrivningsdatum orsakar problem för kommunerna

I samband med att patienten skrivs in på sjukhus ska ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter med uppgift om beräknad utskrivningsdag. Om datumet ändras ska kommunen och öppenvård meddelas.

Intervjuade biståndshandläggare uppger att en stor svårighet i planeringen av insatser är att det preliminära utskrivningsdatumet ofta ändras med kort varsel. Om utskrivningsdatumet tidigareläggs

leder det till svårigheter att hinna planera för mottagandet och verkställa insatserna. Om utskrivningsdatum å andra sidan senareläggs med kort varsel leder det istället till att kommunen har avsatt resurser (exempelvis schemalagt hemtjänstpersonal eller reserverat plats på korttidsboende) som inte nyttjas, vilket skapar onödiga kostnader för kommunen samt påverkar planeringen för andra brukare.

Sjukhusen beskriver att det är en stor utmaning att kunna förutse när en patient ska skrivas ut, inte minst multisjuka patienter vars hälsotillstånd snabbt kan förändras. Därtill utgör utskrivningsdatumet en viktig del i att tillvarata patientperspektivet då patienten genom att ha ett utskrivningsdatum att förhålla sig till blir involverad i processen.

3.1.4 Samordnande funktioner underlättar utskrivningsprocessen

Vid samtliga av länets sjukhus finns utskrivningssamordnare, vilka är undersköterskor och som ansvarar för att koordinera samverkan kring patientärenden. Omfattningen varierar (heltid, deltid eller inte alls) beroende på hur respektive avdelningschef planerat arbetet. Till stöd finns vid varje sjukhus en utskrivningsledare som har ett övergripande ansvar.

Funktionen beskrivs i intervjuer underlätta samverkan både kring enskilda patientärenden och på en övergripande nivå. De beskrivs underlätta utskrivningsprocessen samt fungera som en brygga mellan sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna, inte minst vid eventuella avvikelser eller missförstånd i samverkan. På de avdelningar det inte finns utskrivningssamordnare beskrivs utskrivningsprocessen vara mer tidskrävande för båda huvudmännen och enligt de intervjuade sker fler avsteg från riktlinjen. Därutöver beskrivs det finnas en relativt stor personalomsättning bland utskrivningssamordnarna samt att det endast på ett fåtal avdelningar finns flera utskrivningssamordnare som kan tjänstgöra om ordinarie utskrivningssamordnare är sjuk eller har semester. Sommarmånaderna beskrivs vara extra besvärliga.

Det varierar mellan kommunerna i vilken omfattning motsvarande funktion finns utsedd. I vissa kommuner har särskilda biståndshandläggare ett uttalat ansvar för utskrivningsprocessen, medan andra kommuner har valt att låta det vara en del av alla biståndshandläggares uppdrag för att minska personbundenheten.

3.1.5 Den fasta vårdkontaktens roll har sammanfogats med samordningssköterskornas

Enligt LUS ska en fast vårdkontakt utses av verksamhetschef inom den öppna vården (vårdcentralen), när ett inskrivningsmeddelande mottagits och innan patienten skrivs ut.⁹ Enligt riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan ska en fast vårdkontakt alltid utses. Enligt "Regelbok för bedrivande av primärvård i Region Sörmland" ska funktionen samordningssköterska för multisjuka och äldre finnas på varje vårdcentral. På samtliga vårdcentraler som omfattats av denna granskning ansvarar samordningssjuksköterskor för att under utskrivningsprocessen vara fast vårdkontakt åt alla patienter som omfattas av LUS, inte bara multisjuka och äldre. Det varierar mellan vårdcentralerna om detta senare ersätts med en fast läkarkontakt.

Uppdraget *fast vårdkontakt* är inte tydligt formulerat i vare sig LUS eller i de länsgemensamma riktlinjerna. Uppdragets innehåll och omfattning är heller inte tydligt definierat i hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen eller i förarbetena till LUS. Av propositionen inför 2010 års förändringar av hälso- och sjukvårdslagen, där rätten till fast vårdkontakt först infördes, framgår att vårdgivare måste säkerställa att det finns rutiner på övergripande nivå och att lokala rutiner kan upprättas för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget samt vilken typ av uppgifter som ska ingå i uppdraget.¹⁰ Av förarbetena till LUS framgår att patienter som omfattas av LUS alltid ska få en fast vårdkontakt, vilket tydliggör den öppna vårdens helhetsansvar för patientens hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivningen.¹¹ Utredningen

⁹ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, 2 kap 5 §.

¹⁰ Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten - vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61f

¹¹ SOU 2015:20 *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård*, s. 211f.

menade på att den medicinska kompetensen i öppenvården måste vara tillgänglig på ett enkelt sätt såväl för patienten själv som för andra berörda enheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även om patienten i huvudsak får sin dagliga vård från en annan verksamhet.

Uppdraget som fast vårdkontakt beskrivs indirekt i rutinen "Samordningssjuksköterska för multisjuka och äldre". För att ge äldre och multisjuka förutsättningar att bibehålla hälsa, självbestämmande och integritet samt bidra till att den sjuke och dennes närstående kan känna trygghet i vardagen samt i kontakt med vården finns funktionen samordningssjuksköterska. Samordningssjuksköterskan ska förutom att vara fast vårdkontakt för patienten också vara den samordnande kontakten vid samverkan med kommunernas hälso-och sjukvård samt vid kontakt med avdelningar på sjukhuset.

På Samverkanswebben saknas information om uppdraget som fast vårdkontakt. Eftersom lagstiftningen är vag kring denna roll bedömer vi att det kan finnas behov av förtydligande när det gäller processen kring LUS-patienter. Särskilt komplexa riskerar gränsdragningarna att bli när patienten är inskriven på särskilt boende/korttidsboende eller SSIH. Där har patienten vårdkontakter som denne träffar med hög frekvens och kontinuitet. Samtidigt kvarstår rollen som fast vårdkontakt hos vårdcentralen, som mer sällan har kontakt med patienten. Det samordnande helhetsansvaret för den fasta vårdkontakten bör därför definieras tydligare.

Av intervjuade framgår att det pågår ett förändringsarbete inom den regionala primärvården där den fasta vårdkontakten i form av samordningssköterskorna beskrivs vara central i utvecklingen mot ett effektivt resursanvändande och för omställningen till en relationsbaserad nära vård. Intervjuade vårdcentraler redogör för att tilldelningen av fast vårdkontakt sker på olika sätt. Vanligt förekommande är att samordningssköterskorna, eftersom de har tillgång till Prator, blir fast vårdkontakt till samtliga patienter som omfattas av LUS. Samordningssköterskan kan således vara fast vårdkontakt till ett mycket stort antal patienter där uppdraget beskrivs vara en administrativ lösning. Den huvudsakliga arbetsuppgiften beskrivs av intervjuad samordningssköterska vara att ringa det enligt riktlinjen angivna uppföljningssamtalet till patienten inom sju dagar. Vi noterar också att vårdkontakten oftast väljs utan att patienten har kännedom om detta, eller utan att vårdcentralerna efterfrågar eventuella särskilda önskemål.

Implementeringen av samordningssjuksköterska som fast vårdkontakt skiljer sig mellan granskade vårdcentraler. Intervjuade påtalar dock att det inom primärvården saknas resurser för att omställningen ska kunna äga rum i önskad hastighet. Därutöver försvårar en hög personalomsättning omställningen till nära vård med fler fasta vårdkontakter. Införandet av LUS har därför inneburit stora utmaningar för primärvården.

3.2 Steg 2: Vårdtid

Enligt LUS ska berörda enheter inom socialtjänsten och öppenvården vid mottaget av inskrivningsmeddelande börja planera insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivning få sina behov tillgodosedda.¹² Målsättningen är enligt den länsövergripande rutinen att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. Ingen ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

| Ansvarsfördelning i steg 2 - Vårdtid | |
|--------------------------------------|--|
| Sjukhuset | <ul style="list-style-type: none">● Beskriva status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser i Prator.●● Om det senare under vårdförloppet bedöms att patienten behöver insatser skickas inskrivningsmeddelande omgående efter denna bedömning.●● Skicka initiativ till SIP via Prator.● Status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser beskrivs enligt SBAR i Prator.● Förbereda och kalla till SIP som görs på sjukhus innan patienten blir utskrivningsklar. Medverka samt dokumentera vid SIP.● Planera inför utskrivning. |

¹² Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 6 §.

| | |
|-------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Vid behov erbjuda kommunens personal utbildning. ● Skrymmande nödvändiga hjälpmedel ska beställas så de är hemma när patienten kommer hem. ● Ge uppdrag till kommunens hälso- och sjukvård. Uppdrag förbereds och utförs enligt Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län. |
| Regionens öppenvård | <ul style="list-style-type: none"> ●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag (vardagar) och ange fast vårdkontakt. Informera sjukhuset om aktuella insatser. ● Skriva in adekvat information i SBAR i Prator. ● Fylla på med adekvat information i SBAR. ● Planera inför mottagande av medicinskt ansvar och samarbete med kommunens socialtjänst och/eller hemsjukvård. ● Förbereda och medverka vid SIP. Tid för uppföljning och samordningsansvarig för SIP ska bestämmas innan utskrivning. |
| Kommunens hälso- och sjukvård | <ul style="list-style-type: none"> ●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag. Informera sjukhuset om aktuella insatser. ● Fylla på med adekvat information i SBAR i Prator. ● Delta vid utbildning. ● Planera inför mottagande i hemmet och samarbete med läkare i landstingsfinansierad öppenvård. ● Bekräfta uppdraget till hemsjukvården. ● Förbered och medverka vid SIP. |
| Kommunens socialtjänst | <ul style="list-style-type: none"> ●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag. Informera sjukhuset om aktuella insatser. ● Fylla på med adekvat information i SBAR i Prator. ● Delta vid utbildning. ● Planera inför mottagande i hemmet. ● Förbered och medverka vid SIP. ● Lämna utförarens kontaktuppgifter till sjukhuset. |

3.2.1 Informationsöverföringen mellan parterna brister eller sker i parallella kanaler

Kommunikation mellan slutenvård, öppenvård och kommun inför utskrivning ska enligt riktlinjen ske i Prator. Enligt riktlinjen ska sjukhusen beskriva status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser i Prator vid samtliga processer. Intervjuade biståndshandläggare beskriver dock att informationsöverföring genom Prator huvudsakligen sker endast om det är en röd process. Vid grön och gul process sker merparten av kommunikationen i stället över telefon.

Bland de intervjuade upplever både kommunernas biståndshandläggare och sjukhusens utskrivningssamordnare att kommunikationen brister. Konsekvensen blir att biståndshandläggarna får efterfråga kompletterande information över telefon eller genom andra parallella kommunikationskanaler, vilket orsakar merarbete och riskerar att spårbarhet går förlorad. Utskrivningssamordnare påtalar att de uppfattar att ett tydligt trendbrott skedde under Covid-19-pandemin, där biståndshandläggarna började ringa istället för att använda Prator, vilket delvis har fortsatt.

Intervjuade biståndshandläggare beskriver att på de avdelningar det inte finns utskrivningssamordnare fungerar informationsöverföringen sämre. Att utskrivningssamordnare är undersköterskor och inte sjuksköterskor beskrivs av vissa intervjuade innebära begränsningar i förmågan att självständigt bedöma och beskriva patientens medicinska behov. Likväl som att ha en proaktivt samordnande och kritiskt ifrågasättande roll gentemot övriga professioner på sjukhuset.

3.2.2 Metodstödet uppges vara otillräckligt och svårt att hitta

Från både regionen och kommunerna framhålls att det saknas kompletterande vägledning till medarbetare i specifika situationer i utskrivningsprocessen. Exempelvis beskrivs att det saknas

handfasta, förenklade och användarvänliga vägledningar eller checklistor för de situationer där problem ofta uppstår. Enligt divisionschef för primärvård pågår det ett arbete med att ta fram en *utskrivningsskola*.

Regionen tillhandahåller *Samverkanswebben*, en webbplats för vårdgivare, kommuner och andra samarbetspartners som har gemensamma uppdrag med regionen. Genom Samverkanswebben förmedlas information som utarbetats av eller för samverkansstrukturen i regionen. Däribland finns information om strukturen för närvårdssamverkan, information att vidareförmedla till anhöriga/närstående, information om hemsjukvård, information om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård samt ingångna avtal, riktlinjer och överenskommelser som gäller inom Närvården i Sörmland. Vid genomförda intervjuer hänvisar kommunernas medarbetare ofta till Samverkanswebben och det finns en god kännedom om sidans existens. Sidan uppges dock inte vara användarvänlig vilket, i kombination med begränsat innehåll, får konsekvensen att den inte används i särskilt hög utsträckning.

Av intervju framgår att avsikten från läns- och regionalt stöd är att se över Samverkanswebbens innehåll och användarvänlighet framgent.

3.2.3 SIP-möten sker i liten utsträckning och vårdcentralerna upplevs frånvarande

Enligt LUS ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommunens socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.¹³ En kallelse till SIP ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den öppna vården, senast tre kalenderdagar efter att slutenvården har meddelat att patienten är utskrivningsklar.¹⁴ Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än kommunen eller regionen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.¹⁵

I och med införandet av LUS har den fasta vårdkontakten i primärvården erlagts ansvaret att kalla till SIP: en. Det är en förändring som syftar till att aktivera primärvården på ett tidigt stadium och därmed säkerställa samordning och kontinuitet.¹⁶ Inom Närvård i Sörmland har den fasta vårdkontakten i de läns- och regiongemensamma riktlinjerna inte erlagts lika stort ansvar som lagens intentioner anger. Av den läns- och regiongemensamma rutinen framgår att ansvaret för att kalla till SIP skiljer sig beroende på processfärg. Vid röd och gul process ska sjukhuset initiera SIP. Vid uppföljning av gul process är vårdcentralen huvudansvarig och vid uppföljning av grön process ligger ansvaret på både kommun och vårdcentral. Samtliga har alltid möjlighet att påkalla behovet. Primärvården har dock ett ansvar att delta vid SIP under utskrivningstiden. Av intervjuer framkommer en samstämmig bild från kommuner och sjukhus om att primärvården uteblir eller tar en passiv roll vid SIP-möten.

Intervjuade från vårdcentralerna känns vid beskrivningen, men beskriver att de inte upplever sig ha en nödvändig roll i dessa SIP-möten. Deras samordningsroll är marginell i jämförelse med slutenvården och kommunerna. Därutöver beskriver intervjuade att en SIP inte alltid är nödvändig då det inte finns något behov av insatser från primärvården. Primärvården är delaktiga i utskrivningsprocessen på andra sätt än att medverka vid SIP. Uppföljningsansvaret att ringa en utskriven patient inom sju dagar lyfts fram som exempel.

I Prator registreras när en part har tagit initiativ till en SIP, men inte hur många som faktiskt genomförs eller vilka parter som medverkar. Det finns inte heller någon dokumentation över bedömningen av behovet av SIP eller om patienten har erbjudits SIP men tackat nej. Mot den bakgrunden är det svårt att bedöma hur stort antalet rimligen borde vara.

Vissa intervjuade lyfter fram att digital planering och SIP-möten också har oönskade negativa effekter ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Det är många patienter som inte förstår digital

¹³ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 4 kap 1 §.

¹⁴ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 4 kap 3 §.

¹⁵ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap. 4 § samt Socialtjänstlagen (2001:453) 2 kap. 7 §.

¹⁶ SOU 2015:20 s. 231

informationsöverföring, främst demenssjuka patienter, vilket gör att de inte i tillräcklig utsträckning blir involverade i utskrivningsprocessen. De flesta SIP:ar enligt de gröna och gula processerna sker över telefon, medan röda processer hanteras genom videolänk eller fysiska möten.

3.2.4 Patientens delaktighet i planeringen kan utvecklas

Enligt riktlinjen ska en trygg och säker utskrivning från slutna vård bygga på delaktighet och samtycke från patienten. Det samlade behovet av insatser efter hemgång samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats ska klargöras inför utskrivning. Personalen ska särskilt beakta närståendes delaktighet, utifrån samtycke från patienten.

En konsekvens av att planeringen mellan parterna huvudsakligen sker genom Prator och telefon är att patienten inte är delaktig och inte heller har mer insyn än vad som förmedlas av behandlande läkare eller annan vårdpersonal på sjukhuset. Den fasta vårdkontakten i form av samordningssjuksköterska på vårdcentralerna tar inte kontakt med patienten förrän efter hemgång.

Kommunikationen med patienten förefaller ibland vara i otakt mellan parterna. Flera av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver att de ibland kontaktar patienter som ännu inte har informerats av sin läkare om förestående utskrivning, och som blir illa berörda av beskedet. Intervjuade läkare beskriver i gengäld att de ofta mottar frågor från både patienter och anhöriga om vad som kommer att hända efter utskrivningen, där osäkerhet kring fortsatt stöd skapar stor oro hos patienten dagarna före hemgång.

3.2.5 Att utbilda kommunens personal upplevs betungande för sjukhusen

Enligt riktlinjerna ansvarar sjukhuset för att vid behov utbilda kommunens personal. Det handlar i sammanhanget vanligen om utbildning av hemtjänst i hantering av medicinteknisk utrustning som exempelvis syrgaspump eller sondmatning. Utbildningen genomförs av personalen vid den avdelning där patienten vårdas. Att utbildningarna sker på förfrågan kopplat till enskilda patienter gör, i kombination med hög personalomsättning och stort antal från varandra separata hemtjänstenheter, att förfarandet upplevs betungande för sjukhuspersonalen.

3.3 Steg 3: Utskrivningsklar

Enligt LUS ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om att en patient är utskrivningsklar, när den behandlande läkaren har gjort denna bedömning.¹⁷ Enligt den länsgemensamma riktlinjen betyder utskrivningsklar att den behandlade läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården. Förutsättningen för utskrivningsklar är att samtliga kriterier för *hemgångsklar* är uppfyllda.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

| Ansvarsfördelning i steg 3 - Utskrivningsklar | |
|---|--|
| Sjukhuset | <ul style="list-style-type: none">●● Ge uppdrag till kommunens hälso- och sjukvård.●● Uppdrag förbereds och utförs enligt <i>Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län</i>.●●● Skicka remiss till regionens öppenvård vid behov av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser. I de fall patienten går till korttidsboende ska remiss skickas till den vårdcentral/motsvarande som har läkaransvar för korttidsboendet.●● Skriva utskrivningsrapport i Prator. Uppdatera rapporten vid förändring.●●● Läkemedel se rutin <i>Säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning</i>, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning som krävs för att patienten ska klara de första tre vardagarna i hemmet avseende förflyttning, toalettbesök och nutrition finns tillgängliga för patienten.●●● Säkerställ att patienten är hemgångsklar. |

¹⁷ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 3 kap 1 §.

| | |
|-------------------------------|---|
| Regionens öppenvård | <ul style="list-style-type: none"> ●●● Bekräfta mottagen remiss vardagar inom 24 timmar. ●● I samband med hemgång tas ansvaret över i enlighet med remiss. |
| Kommunens hälso- och sjukvård | <ul style="list-style-type: none"> ● Återkoppla och bekräfta uppdraget. |
| Kommunens socialtjänst | <ul style="list-style-type: none"> ●●● Meddela när patienten är kommunklar samt kontaktuppgifter till utföraren. ● Bekräfta utskrivningsrapport och kontakta vid behov patienten. |

3.3.1 Det råder delade uppfattningar om när patienten är utskrivningsklar

En vanligt förekommande diskussion mellan kommun och sjukhus handlar om ifall en patient är färdigbehandlad eller inte. Konflikten bottnar ofta i en felaktig bild av tillgänglig kompetens och resurser inom den kommunala verksamheten, där utskrivande läkare av kommunerna upplevs ha orimligt höga förväntningar på vilken vård- och omsorg patienten kommer att få av kommunen. Intervjuade korttidsboendechefer beskriver att de förväntas ta emot mer sjuka personer än vad de har resurser att omhänderta sett till boendets personaltäthet och kompetensnivå. Därtill beskrivs att anhöriga från sjukhuset får en felaktig bild av vad korttidsboende innebär, om kommunernas möjlighet att erbjuda en korttidsplats samt av formerna för behovsprövning av dessa.

Bland de intervjuade på sjukhusen framkommer en oroskänsla inför vissa utskrivningar. Flera läkare och sjuksköterskor belyser att patienter med rätta kan bedömas vara färdigbehandlade inom deras akut- eller specialistvårdsavdelning, men fortfarande ha ett stödbehov som överskrider vad som ges inom ramen för korttidsboende eller eget boende. Även kommunerna upplever att patienter i behov av fortsatt specialistvård efter utskrivning ofta leder till förlängda utskrivningsprocesser och mycket diskussion mellan parterna, även om antalet ärenden är få. Det framkommer frustration över otydliga, ineffektiva eller okända gränsdragningar mellan hemsjukvård och SSIH och palliativa patienter lyfts fram som särskilt utsatta. En översyn av arbetet med mobila specialistteam och jourteam lyfts fram som en möjlig väg framåt. Det framkommer även att det finns en brist på rehabiliteringsplatser i regionens regi för vissa patientgrupper.

Läkare belyser också att många patienter återinläggs av icke-medicinska skäl, exempelvis att det saknas sjukvårdsrelaterat förbrukningsmaterial i hemmet när hemtjänsten ska utföra insatser. Rehab- och hjälpmedelsjour finns inte i regionen.

3.3.2 Brister i kommunernas interna kommunikation gör att utskrivningar sker för tidigt

Enligt den länsgemensamma riktlinjen är 'kommunklar' ett meddelande som kommunen ska skicka för att informera slutenvård och öppenvård om när kommunens åtagande tidigast kan verkställas. Ibland brister kommunikationen och biståndshandläggaren markerar patienten som kommunklar utan att hemsjukvården är redo.

Kommunernas stuprörsorganisation och informationsasymmetri orsakar ibland interna missförstånd. Det är biståndshandläggarna som hanterar kommunikationen via Prator och är de som förmedlar när kommunen är kommunklar. Biståndshandläggarna arbetar utifrån socialtjänstlagen, men markeringen kommunklar ska även omfatta hemsjukvården som får sitt uppdrag från läkare enligt hälso- och sjukvårdslagen. En vanligt förekommande situation är att hemsjukvård eller rehab inte har hunnit säkerställa att patienten kan komma hem. Problemet skulle sannolikt kunna undvikas om fler enheter, utöver biståndshandläggarna, hade tillgång till Prator eller att kommunklar markeras separat för SOL och HSL-insatser.

Vidare kritiserar sjukhusen för att inte särskilja begreppen utskrivningsklar, hemgångklar och kommunklar. Intervjuade inom kommunerna beskriver att det förekommer situationer där sjukhusen skickar hem en patient så fort han eller hon är markerad som utskrivningsklar i Prator, utan att invänta kommunklar.

3.3.3 Rehabiliteringens frånvaro i processen upplevs vara särskilt problematisk

En kritisk del i utskrivningsprocessen är att nödvändiga hjälpmedel finns på plats när patienten skrivs ut. Det kan exempelvis handla om hjälpmedel och medicinskteknisk utrustning för att klara förflyttning, toalettbesök och nutrition. Regionen ansvarar för att patienten har hjälpmedel för de första tre vardagarna, samt mellanliggande helgdagar, därefter tar kommunens ansvar vid. När patienten ska skrivas ut från sjukhuset finns vissa enklare hjälpmedel i basförråd på sjukhusen för att medföras vid hemgång, exempelvis rullatorer eller anpassade toasitsar. Mer avancerade hjälpmedel såsom rullstolar eller en specialanpassad säng är en beställningsvara med leverans som kan dröja fem dagar. Patienten skrivs då ut utan anpassat hjälpmedel eller blir inneliggande på sjukhuset.

Av granskningen framgår att den kommunala rehabiliteringens frånvaro i processen upplevs vara särskilt problematiskt, både under vårdtiden, vid utskrivning och efteråt. Den kommunala rehaben beskriver att deras perspektiv inte tillvaratas när patienten bedöms vara kommunklar. De blir involverade för sent och biståndshandläggarna arbetar utifrån en annan lagstiftning och har inte tillräcklig kännedom om vikten av rehab i utskrivningsprocessen.

Det finns logistiska utmaningar kring förskrivning av hjälpmedel till inneliggande patienter. Det kan krävas hembesök för att kunna planera eller bedöma behovet av anpassningar och hjälpmedel, vilket inte alltid är möjligt när patienten är inneliggande. Efter utskrivning är patienten inte alltid tillgänglig för att ta emot leverans eller kan vara fysiskt förhindrad att öppna dörren vilket kräver samordning med anhöriga, hemtjänst eller primärvård. Intervjuade enhetschefer inom hemtjänst beskriver att hembesök från regionens rehab sker mycket sällan och att hemtjänstens kunskap om förutsättningarna i hemmet sällan efterfrågas. Därutöver beskriver sjukhusen att det inom den regionala rehaben finns bemanningsproblem då det inom många avdelningar inte finns sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. Patienter som skrivs ut utan hjälpmedel eller med fel hjälpmedel återinskrivs i enstaka fall direkt efter utskrivning eftersom den enskilde inte har möjlighet att klara sig i hemmet utan erforderliga hjälpmedel.

När kommunens rehab tar vid upplever många intervjuade att de hjälpmedel som sjukhuset har förskrivit inte finns eller är fel. Exempelvis vittnar flera kommuner om att de har ett "hemligt lager" med inkontinenthjälpmedel då sjukhuset inte har förskrivit några alls eller tillräckligt många. Detta är inte tillåtet eftersom inkontinenthjälpmedel ska förskrivas individuellt.

3.4 Steg 4: Hemgång

Enligt LUS ska slutenvården överföra den information som är nödvändig för att berörda enheter ska kunna ge patienten insatser från socialtjänst eller hälso- och sjukvård, senast samma dag som patienten skrivs ut från vårdheten.¹⁸ Information ska också ges till patient och närstående i enlighet med 3 kap. patientlagen (2014:821).

Enligt den länsövergripande överenskommelsen är en patient hemgångsklar när samtliga kriterier nedan är uppfyllda:

- ▶ Behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.
- ▶ Patienten har fått skriftlig information inför hemgång.
- ▶ Fast vårdkontakt har utsetts i den regionfinansierade öppna vården.
- ▶ Nödvändig information för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst har överförts till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande. Nödvändiga hjälpmedel och medicinteknisk utrustning från Regionen är tillgängliga för patienten utifrån dennes behov.

I samband med att patienten lämnar sjukhuset ska följande vara färdigt enligt den länsgemensamma riktlinjen: remiss till öppenvård, medicinsk epikris/slutanteckning, utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse, aktuell läkemedelslista från Regionens journal. Förutom detta ska även sjukintyg, egenvårdsbeslut, recept/dosrecept, uppdrag till hemsjukvården (med hemsjukvård avses

¹⁸ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 3 kap 2 §.

vård i ordinärt boende och SÄBO/ korttidsboende), omvårdnadsepikris samt utskrivningsrapport i Prator göras klart. Patient och närstående ska ha fått information om fast vårdkontakt och fortsatt planering. Kvällar och helger ska sjukhuset meddela kommunen nytillkommen information via telefon.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

| Ansvarsfördelning i steg 4 - Hemgång | |
|--------------------------------------|---|
| Sjukhuset | <ul style="list-style-type: none"> ●●● Skicka [●●uppdaterad] utskrivningsrapport i Prator med uppgift om när patienten lämnar sjukhuset och redogörelse för patientens behov av fortsatt vård och omsorg. Ta kontakt med hemtjänsten [●/utföraren] [●dagen innan] för överenskommelse om lämplig tid för hemgång, beställ lämplig transport och beakta hjälpmedel. Avbryt eget deltagande i SIP samt överför samordningsansvaret till utsedd person. ● Säkerställ att uppdraget till hemsjukvård (UHS) är bekräftat av mottagaren. Lämna ut information till patienten. Säkerställ att kontaktuppgifter till patienten utan pågående kommunala insatser överförs till kommunen. ●● Kvällar och helger ska sjukhuset meddela kommunen nytillkommen information via telefon. |
| Regionens öppenvård | <ul style="list-style-type: none"> ●● Överta medicinskt ansvar. ● Överta medicinskt ansvar enligt SIP och efter mottagen remiss. |
| Kommunens hälso- och sjukvård | <ul style="list-style-type: none"> ● Skriva in patienten i hemsjukvård alternativt utföra enstaka hembesök samma dag som patienten kommer hem. ●● Utföra hälso- och sjukvårdsinsatser enligt behov. |
| Kommunens socialtjänst | <ul style="list-style-type: none"> ● Återinsätta tidigare insatser snarast dock senast inom 24 timmar. ●● Påbörja insatser samma dag. |

Vi noterar att små skillnader mellan processfärgerna riskerar att leda till fel i detta steg. De tre processerna innehåller i huvudsak samma moment. Vid gul process ska kontakt med hemtjänst/utförare ske en dag tidigare än i grön och röd process. Endast i grön process ska sjukhuset säkerställa att uppdraget till hemsjukvård (UHS) är bekräftat av mottagen.

3.4.1 Hemtjänsten överraskas ibland av utskrivningen

Av samtal med biståndshandläggare och hemtjänsten framgår att sjukhusen tar kontakt med hemtjänsten för överenskommelse om lämplig tid för hemgång innan patienten är kommunklar. De intervjuade upplever också att det är vanligt förekommande att patienter skrivs ut med kort varsel på fredag eftermiddag, inför storhelger, inför semestertider, kvällstid när rehab inte är tillgängliga, när det är minst antal vårdplatser på sjukhuset och störst personalbrist inom hemtjänsten.

Vår sammanställning över registrerade utskrivningsklar-datum i Prator tyder dock på att fördelningen är jämnt fördelad tisdag-fredag, med en liten övervikt på fredagar. Denna står dock inte i proportion till beskrivningen från de intervjuade.



Figur 3: Antal patienter 2021-2022 (t.o.m 15 nov 2022) markerade som utskrivningsklara i Prator fördelat per veckodag

Upplevelsen av den ökade belastningen på obekväma bör ändå tas på allvar. Om informationen i Prator har varit bristfällig har kommunen inte tillräcklig kännedom om patientens behov och förutsättningar. Om information ändras eller tillkommer sent är det inte säkert att de funktioner som bevakar Prator hinner upptäcka och vidareförmedla det. Enligt riktlinjen ska nyttillkommen information på kvällar och helger alltid meddelas via telefon för att säkerställa att informationen når fram, vilket enligt intervjuade inte alltid sker. En försvårande faktor från sjukhusets sida är att kommunerna har olika rutiner för huruvida hemtjänstgrupper läser information i prator eller inte. Bland länets kommuner finns därtill en stor variation i sammansättningen av verksamhet i egen regi och privata utförare i upphandlade system/valfrihetssystem. Antalet inblandade utförare och utförarnas respektive kapacitet är för vissa kommuner en komplicerande faktor när det gäller samverkan kring utskrivningsklara patienter.

Hemtjänsten beskriver att de i nästan samtliga fall anpassar sig och hanterar oplanerade och sena utskrivningar men att det tar mycket tid och resurser i anspråk. I enstaka fall leder det till undvikbara återinskrivningar. Det beskrivs vara ett stort bekymmer och skapar negativa följder för såväl samverkan som patientens välmående.

3.4.2 Bristande information vid hemgång hotar patientsäkerheten

Vid hemgång ska sjukhuset säkerställa förmedlingen av utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse, en skriftlig sammanfattning av de förändringar (in-/och utsättning, dosändring) som har gjorts under vårdtillfället. Den ges till patienten vid hemgång tillsammans med aktuell läkemedelslista från regionens journal. Som ytterligare stöd finns en rutin för säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning.

Representanter från kommunerna vittnar om att sjukhusets läkemedelslistor ofta är ofullständiga eller felaktiga. Ibland anländer utskrivna patienter till boendet eller hemmet utan att någon medicinlista har förmedlats, vilket leder till behov av att eftersöka information. Vid intervjuer framkommer även att sjukhusen skriver ut egenvårdsintyg till patienter utan att säkerställa genomförandet efter utskrivning.

Enligt den länsgemensamma riktlinjen ska patient och närstående ha fått information om fast vårdkontakt och fortsatt planering vid hemgång. Därutöver ska patienten få skriftlig information om vem som ansvarar för respektive åtgärd och hur man kommer i kontakt med denne. Skriftlig information ges med hjälp av informationsfoldrar. Foldern finns i två versioner utifrån att processen, vårdkontakter etc. skiljer sig och förhoppningen är att ge varje patient en så tydlig beskrivning som

möjligt. I informationsbrevens finns bland annat information om utskrivningsprocessen, planering inför hemgång, vad som sker när du har kommit hem och kontaktuppgifter. Det finns också information om anhörigstöd. Informationen finns endast på svenska.

3.4.3 Få SIP-möten sker i hemmet

Enligt den läns-gemensamma överenskommelsen ska arbetet organiseras på ett sådant sätt att SIP i huvudsak kan utföras i hemmet och inte på sjukhus. Få SIP-möten sker dock i hemmet där kommunen är sammankallande aktör. Intervjuade biståndshandläggare delar bilden av att det sker få SIP:ar i hemmet där kommunen har kallat till SIP. En orsak som lyfts från flera intervjuade är att sjukhuset ofta skickar initiativ till en SIP utan att fullfölja och avsluta den SIP:en. Det blir en SIP som inte leder någonstans och när patienten väl är hemma tar det stopp. Ansvaret faller mellan stolarna och aktörerna skyller på varandra.

Därutöver påverkar kommunernas interna organisation möjligheten att kalla till SIP. Ett vanligt förekommande fenomen är att den kommunala organisationen är uppdelad och organiseras utifrån funktioner inom verksamheten där samverkan mellan funktionerna och verksamheterna stundtals är bristfällig. Det är vad som inom organisationsteori benämns som 'stuprörsorganisation'. Funktionerna utgör sedan de så kallade stuprören inom organisationen och dessa medför avgränsningar mellan avdelningarna vilket genererar svårigheter för de anställda att arbeta tvärssektoriellt. Biståndshandläggarna har möjlighet att kalla till SIP men problem uppstår då de inte har tillräcklig information och kunskap om patientens eventuella behov av SIP. Den typen av informationsasymmetri inom den kommunala stuprörsorganisationen bidrar således också till att kommunerna sällan kallar till SIP.

Intervjuade inom vårdcentraler och sjukhus beskriver att SIP-möten vid behov alltid bör ske i hemmet då samordning och samverkan brister, detta i syfte att uppnå en personcentrerad nära vård där den enskilda patientens behov är i fokus. Det framkommer även att kommunen borde ta ett större ansvar att kalla till SIP i hemmet innan en sjukhusinläggning, i förebyggande syfte. Information om förändrat vård- och omsorgsbehov finns ofta hos hemtjänstpersonalen som möter brukaren dagligen och en tidigare SIP i hemmet skulle alltså kunna förhindra eller framflytta en sjukhusinläggning.

3.5 Steg 5: Uppföljning

Av lagstiftningen framgår inga krav eller förväntningar på uppföljning efter att patienten har lämnat sjukhuset. I den läns-gemensamma riktlinjen finns krav på både uppföljande patientkontakt och direktiv kring hur parterna ska kalla till SIP om behov av samordning uppmärksammas efter hemkomst.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

| Ansvarsfördelning i steg 5 - Uppföljning | |
|--|--|
| Sjukhuset | ●●● Ringa upp patienten i hemmet inom 24 timmar för ett trygghetsskapande samtal (webbkollen). |
| Regionens öppenvård | <ul style="list-style-type: none"> ●●● Ringa upp patienten i hemmet inom 7 dygn för ett trygghetsskapande samtal enligt webbkollen. ●● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset. ● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas. Om någon part avser att delta via videolänk ska detta vara möjligt. Öppenvården ansvarar för att öppna länk som möjliggör anslutning från övriga parter. ● Om patienten har behov av samordning kallar öppenvården till SIP i prator inom tre dagar från det att patienten är utskrivningsklar. Detta kan göras innan remiss kommit. Medverka samt dokumentera vid SIP. Om behov av samordning <u>inte</u> föreligger avslutas SIP processen. Följ <i>Rutin för att hantera informationsflöde i Prator</i>. Öppenvården ansvarar för att öppna videolänk som möjliggöra anslutning från övriga parter. |

| | |
|-------------------------------|---|
| Kommunens hälso- och sjukvård | <ul style="list-style-type: none"> ●●● Följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser. ● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas. ● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset. |
| Kommunens socialtjänst | <ul style="list-style-type: none"> ● Kontakta patienten för bedömning av SoL-insatser inom 72 timmar eller nästkommande vardag efter hemkomst. ● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas. ●● Ringa upp patienten vid ordinarie uppföljningstillfälle (till exempel webbkollen). ● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset. |

3.5.1 Telefonsamtal efter hemgång skapar trygghet, delaktighet och en möjlighet att fånga upp behov av bättre samordning – men alla patienter blir inte uppringda

Enligt den läns-gemensamma riktlinjen är ansvaret för uppföljningen delat. Sjukhuset ansvarar för att ringa upp patienten i hemmet inom 24 timmar för ett trygghetsskapande samtal. För detta används vård- och omsorgskollen (tidigare känt som webbkollen), ett av SKR framtaget intervjustöd för att följa upp kvaliteten för individer som har kontakt med vård och omsorg inom kommuner och regioner. Öppenvården ska ringa upp patienten i hemmet inom sju dygn för ett trygghetsskapande samtal enligt webbkollen. De standardiserade intervjumallarna är utformade för att skapa trygghet och delaktighet, och för att möjliggöra förebyggande insatser som exempelvis att tydliggöra läkemedelsändringar, förmedla kontakter och erbjuda SIP (samordnad individuell plan) när det finns fortsatt behov av samordning.

Kommunerna ska ringa upp patienten vid ordinarie uppföljningstillfälle. När detta inträffar varierar beroende på vilken typ av insats som har beviljats och om det är nya eller utökade insatser alternativt om tidigare beviljade insatser återupptagits. Rutinerna varierar mellan kommunerna. Vid ett utökat behov beviljas i regel nya eller utökade insatser för en kortare tid, ca två veckor, och följs därefter upp inför ett mer långvarigt biståndsbeslut.

Följsamheten mot uppföljningsansvaret beskrivs vara bristfälligt. Enligt när-vårds-koordinator har verktyget förändrats av SKR och regionen har under 2021-2022 testat olika verktyg och frågebatterier. Detta gör att jämförande statistik saknas. Vi har inte kunnat ta del av sammanställning över antal genomförda samtal som dokumenterats och kan därför inte jämföra med antalet utskrivningar som omfattas av LUS. Inom vissa avdelningar finns inte kännedom om att sjukhuset ska ringa upp patienten inom 24 timmar; inom andra avdelningar finns kännedom om sjukhusets uppföljningsansvar men det efterlevs inte till följd av tidsbrist. En intervjuad beskriver att många patienter blandar ihop de olika aktörerna när både sjukhuset, vårdcentralen och kommunen ringer, vilket skapar en förvirring.

Inom primärvården är det samordningssjuksköterskorna som har de uppföljande samtalen. Det beskrivs inte vara några svårigheter att fullfölja ansvaret som riktlinjen anger. Vid dessa samtal kan samordningssjuksköterskorna identifiera om ytterligare samordningsinsatser krävs.

3.5.2 Genomförda SIP utvärderas i regel inte gemensamt av aktörerna

Att en SIP ska följas upp och avslutas beskrivs inte i lagstiftningen. Enligt den läns-gemensamma riktlinjen ansvarar öppenvården och kommunen (beroende på vem som är sammankallande) för uppföljning av SIP gjord på sjukhuset vid röd process. Granskningen visar att gemensam formaliserad uppföljning av SIP inte sker i någon betydande utsträckning utan vanligen hanteras separat av respektive aktör. Rutin för informationsflöde i Prator medger att uppföljning kan ske av den enskilde vårdgivaren eller gemensamt.

4. Uppföljning, förbättringsarbete och utveckling

4.1 Uppföljningen inom ansvariga nämnder och styrelser är begränsad

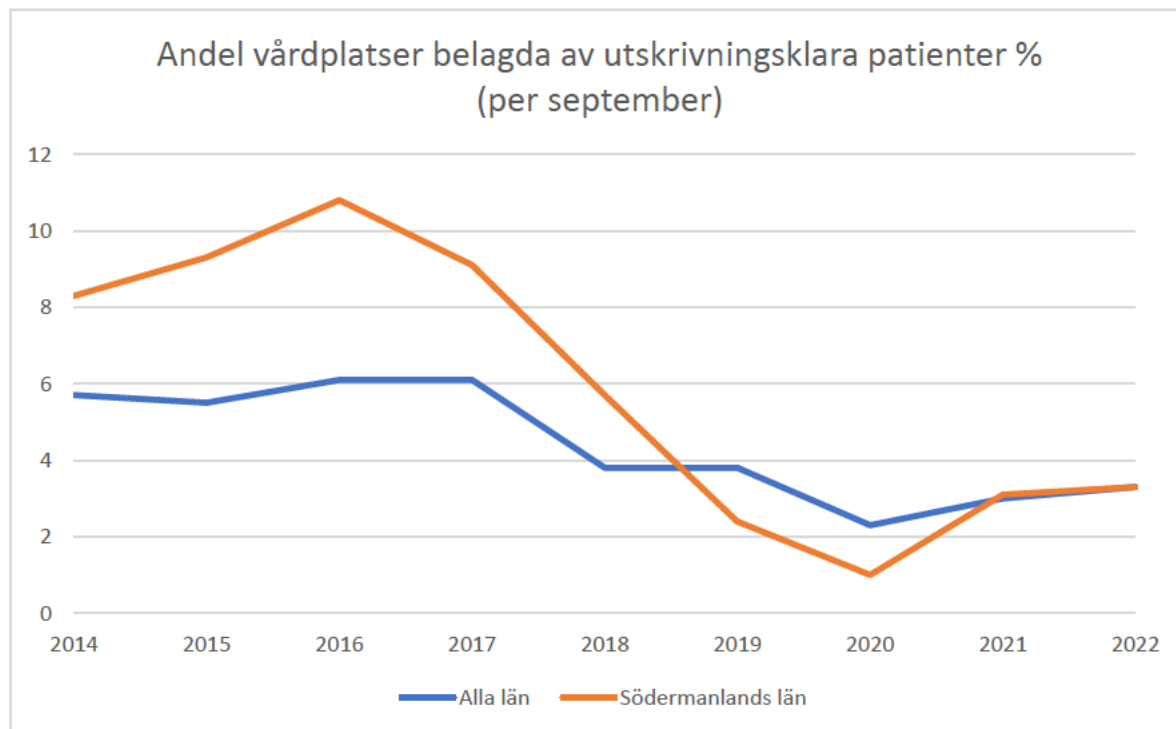
Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Vi noterar att det inte har tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad.

Den länsövergripande riktlinjen diskuteras återkommande inom strukturen för närvårdssamverkan. Riktlinjerna reviderades av NSV senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Genomgående är att endast ett fåtal av de ansvariga nämnderna följer upp arbetet på övergripande nivå. Bland granskade nämnder och styrelse noterar vi inga specifika mål eller nyckeltal kopplat till LUS. Enligt intervjuade förvaltningschefer finns en stor tilltro till verksamheten och ingen särskild uppföljning efterfrågas eftersom samverkan upplevs välfungerande och kommunen inte blivit betalningsansvarig. Flera av förvaltningscheferna beskriver att de kontinuerligt, eller vid behov, lämnar skriftlig eller muntlig information om arbetet med LUS och samverkan kring utskrivningsklara patienter. I övrigt rapporteras statistik i form av exempelvis utskrivningsklara dagar.

4.2 Statistiken tyder på att utskrivningsprocessen är effektiv

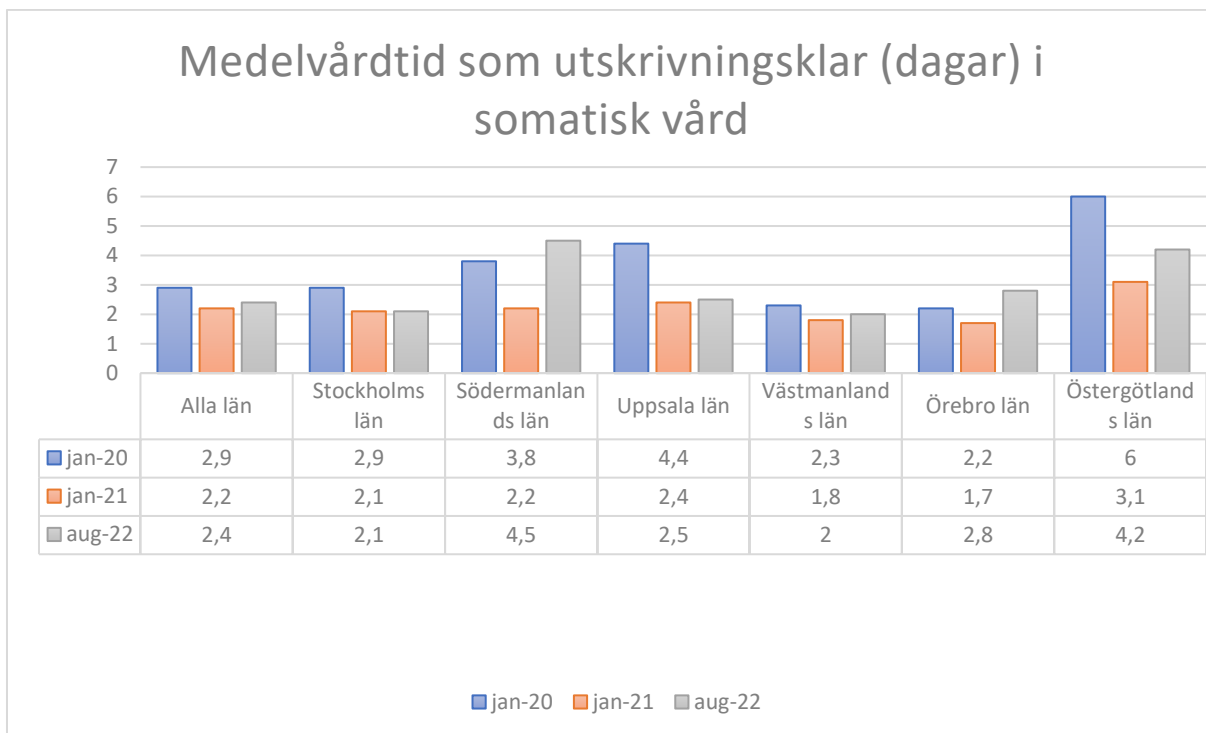
Sedan 2014 har det skett tydliga framsteg gällande att skapa en utskrivningsprocess där patienter kan skrivas ut så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Andel vårdplatser som beläggs av utskrivningsklara patienter minskade kraftigt, från att inledningsvis ha varit avsevärt högre än genomsnitt i övriga landet. Utvecklingen har sedan 2020 vänt uppåt och är nu i paritet med genomsnittet.



Figur 3: Belagda platser, som visar andel (%) disponibla vårdplatser som i genomsnitt under månaden varit belagda av utskrivningsklara patienter, källa SKR Väntetider i vården.

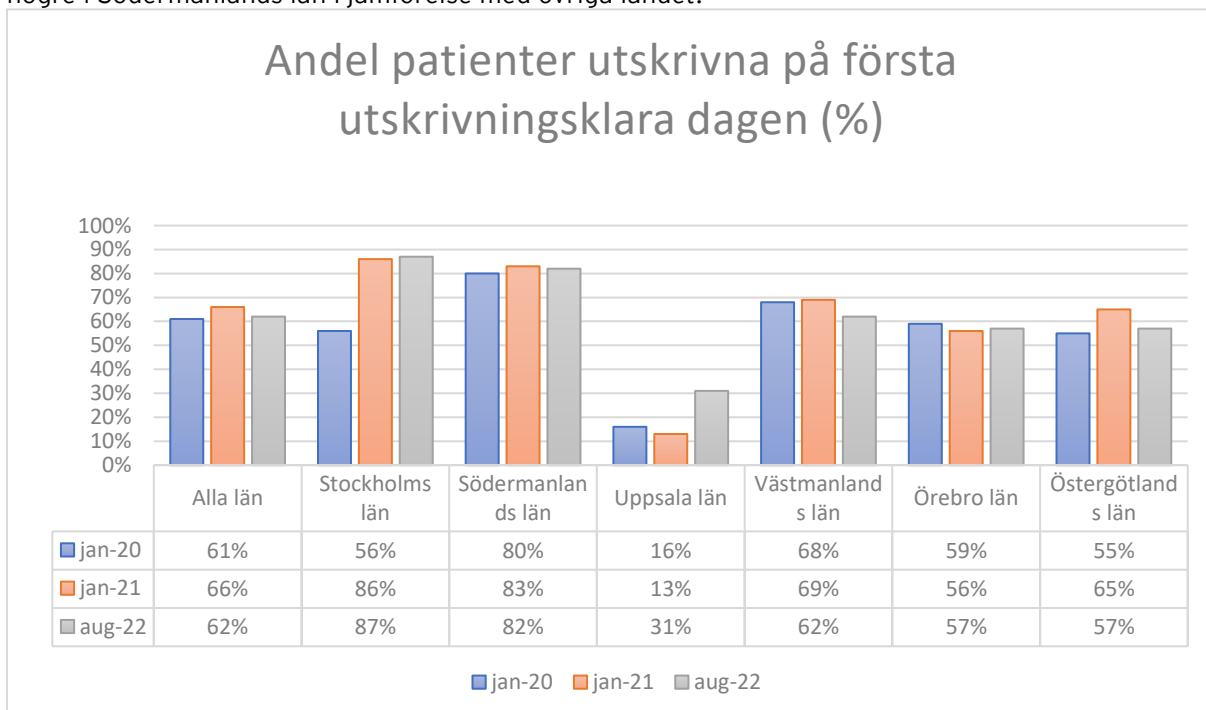
Trots det framgångsrika arbetet är medelvårdtiden som utskrivningsklar i den somatiska vården högre i Södermanlands län än övriga i landet. Observera att statistiken skiljer sig mot de resultat

som redogjordes i avsnitt 2.2 om betalningsansvar, eftersom betalningsansvarsgrundande dagar inte omfattar *noll* dagen och har bryttider vid klockslag.



Figur 4: Dagar i snitt, som visar medelvårdtiden som utskrivningsklar för de patienter som skrivits ut under månaden och som varit utskrivningsklara minst en dag. Källa: SKR Väntetider i vården.

Av redovisning framgår att andelen patienter som skrivits ut på första utskrivningsklara dagen är högre i Södermanlands län i jämförelse med övriga landet.



Figur 5: Andel patienter som skrivs ut på utskrivningsklardagen i förhållande till antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller mer. Källa: SKR Väntetider i vården.

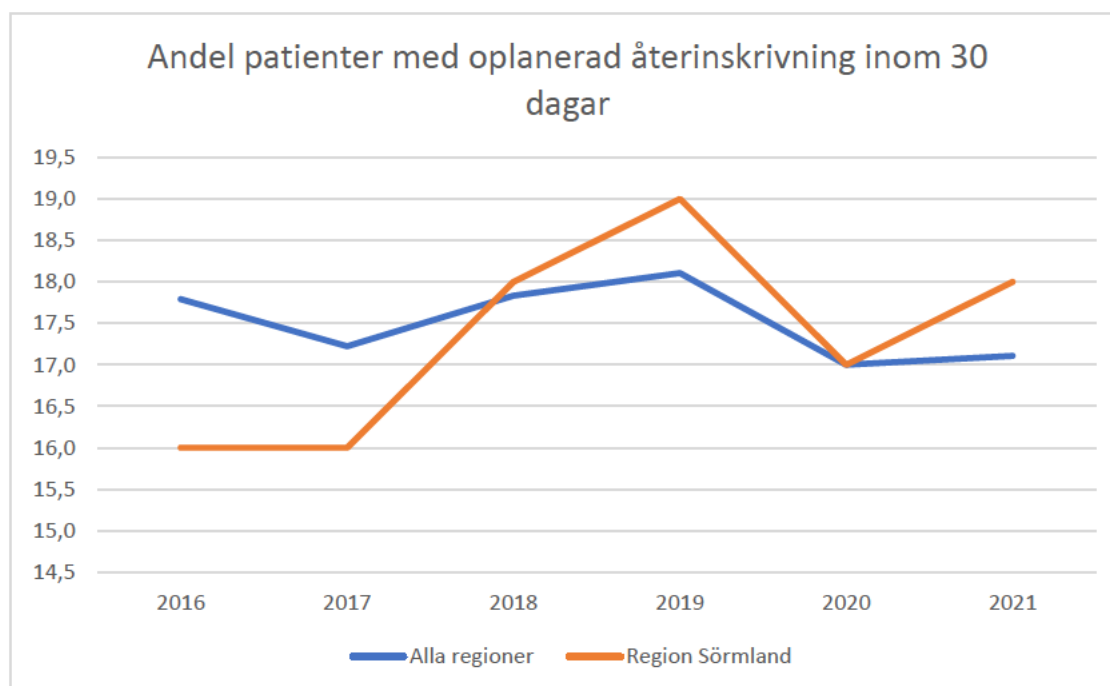
4.3 Arbete för att motverka undvikbara återinskrivningar är ett prioriterat område

Det framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvården. Genom god och säker läkemedelsbehandling och bedömning av hälsotillståndet hos individer i hemmet enligt systematisk bedömningsstruktur kan inskrivning i slutenvården undvikas. Parterna ska arbeta strukturerat med det vårdpreventiva arbetet men det är inte klarlagt vad det gemensamma arbetet ska leda till.

Samtliga intervjuade är eniga om att en god kvalitet i samverkan kring utskrivningsprocessen är ett av de viktigaste verktygen för att komma till rätta med undvikbara återinskrivningar i slutenvården. Upplevelsen av att utskrivningsprocessen *går för fort* och att aktörerna inte hinner säkerställa alla moment som de vet är kritiska för en trygg och effektiv utskrivning beskrivs av många som ett problem.

Det finns ett gemensamt arbetssätt för att bedöma förändrade hälsotillstånd hos patienter, SKILS. Metoden används av sjuksköterskor hos patienter i hemmet, i hemsjukvården, särskilda boenden, korttidsboenden och i regionens mobila verksamheter. Bedömningen ligger till grund för överrapportering till vårdcentralen, mobil läkare och eller akuten och ger ett underlag för nästa vårdgivare och för beslut om vårdnivå. När dessa kontroller sker i hemmet används övervakningsblad i hemmet som säkerställer att besök från annan verksamhet, ambulans eller mobilt team enkelt kan jämföras med aktuella värden, oberoende av tillgång till journal.

Tillgängliga data för andel patienter med oplanerade återinläggningar finns till och med 2021. I denna statistik tas ingen hänsyn till samsjuklighet, diagnosättning, utförd egenvård eller andra faktorer som försvårar tolkning. Det omfattar heller inte bara patienter som omfattats av LUS. Jämförelsen tyder på att det under senare år har skett en viss ökning av oplanerade återinläggningar 2021, och att det sedan 2018 sker fler återinskrivningar i Region Sörmland i jämförelse med övriga regioner.



Figur 6: Andel patienter 65 år eller äldre med oplanerad återinskrivning inom 30 dagar. Källa: Socialstyrelsen/Patientregistret via Socialstyrelsens data för jämförelser.

Inom ramen för den regionala samverkanstrukturen diskuteras undvikbara återinskrivningar, både utifrån avvikelser och genom att lyfta framstående exempel.

Beredningsgruppen äldre sammanställer årligen en skriftlig presentation redovisat som PowerPoint till Länsstyrgruppen. Där framgår bland annat analys av återinläggningar i respektive geografisk arbetsgrupp. Därutöver genomfördes mer ingående uppföljning av återinläggningar i Eskilstuna kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Trosa kommun, Gnesta kommun samt Flens kommun under 2020. I sammanställningen finns ingen statistik på antalet eller andelen återinskrivningar av äldre patienter som skrivs ut. Det finns heller ingen beslutad målsättning som driver arbetet med att minska antalet återinskrivningar. Under Coronapandemin gavs mindre tid till uppföljningar pga. omprioriteringar av arbetsuppgifter. 2022 års uppföljning presenteras för Länsstyrgruppen under december månad.

I analysen av enskilda återinskrivningar mellan 2018 och 2021 framkommer bland annat:

- ▶ Viktigt med uppföljning från sjukhuset genom Webbkollen inom 24 timmar
- ▶ Sjukhuset måste förbättra sitt arbete med uppdrag till hemsjukvården
- ▶ Flera mycket komplexa fall där SIP saknades (många gånger säger patienten nej)
- ▶ Remiss till vårdcentral saknas ofta
- ▶ Stundtals bristfällig följsamhet mot riktlinjen
- ▶ Tveksamt om patienten verkligen är hemgångsklar
- ▶ Viktigt att utveckla den proaktiva processen
- ▶ Bättre möjlighet till snabba/akuta hembesök från läkare
- ▶ Öppenvården behöver bli mer delaktiga i hela utskrivningsprocessen
- ▶ Fler gula och röda processer behövs
- ▶ Bristande information till patient/kommun vid utskrivning
- ▶ Frågetecken inför öppenvårdens uppföljningsansvar om 7 dagar är för lång tid
- ▶ Behov av fler SIP:ar i hemmet
- ▶ Bättre uppföljning även vid grön process

Vi noterar att många av iakttagelserna är snarlika mot de observationer EY har gjort och presenterat i kapitel 3 i denna granskning. Att flera av iakttagelserna kvarstår sedan 2018 tyder på att eventuella åtgärder inte varit tillräckliga för att lösa problemen.

Bland de intervjuade framgår att arbete med att motverka undvikbara återinskrivningar i första hand är en del i det ordinarie kvalitetsarbetet. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att därmed säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja, lyfts av många fram som en central insats. Flera representanter från SÄBO och hemtjänst framhåller också insatser såsom fallprevention (utvecklas för närvarande inom alla *äldre*-arbetsgrupper) och samarbete med regionen för att nå ut med information till ineliggande patienter och anhöriga om vilka hjälpinsatser som finns att tillgå efter utskrivning. I intervjuer framkommer också att trygg hemgång används som metod i flertalet kommuner för att bland annat undvika återinskrivningar. Inom kommunerna utgörs trygg hemgång oftast av ett sammanhållet team som tar ett helhetsansvar för den enskilde och ger förstärkta insatser under högst två veckor. Som nämnts ovan har dock flera kommuner nyligen valt att avveckla trygg hemgång-verksamheten.

4.4 Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser

Det saknas direktiv kring hantering av eventuella avsteg eller avvikelser från parternas åtaganden i den länsgemensamma överenskommelsen och riktlinjen.

Avvikelser som är avgränsade till enskilda patientfall rapporteras enligt etablerade rutiner i respektive verksamhet. Det innebär i regel direkt kontakt mellan de berörda enheterna. Det saknas ett gemensamt system för att rapportera avvikelser. Avvikelser rapporteras på pappersblanketter som skickas till berörd verksamhet. Detta innebär att det inte går att få en samlad bild över inrapporterade avvikelser varken sett till antal eller innehåll. Kommunerna påpekar att sjukhusen svarar på få avvikelser och svaren i förekommande fall är ofullständiga och sker efter lång tid. Konsekvensen blir att tröskeln för att rapportera är hög och att det sannolikt finns ett stort mörkertal av ej rapporterade avvikelser. Det pågår ett projekt med test av ett gemensamt

avvikelse-system mellan två kommuner och regionen, där beslut om ytterligare utvidgning och implementering i samtliga kommuner under 2023 ska tas i Länsstyrgruppen i december 2022.

Rutinerna ser olika ut mellan de granskade verksamheterna men i regel hanteras dessa avvikelserapporter av berörd medarbetare, ansvarig enhetschef eller av MAS, MAR, utskrivningsledare eller utskrivningssamordnare dels i den aktuella situationen, dels på en sammanställd nivå i lokala samverkansforum. Förekomsten och strukturen för sådana forum skiljer mellan kommunerna och vissa har en nära dialog med sjukhus och vårdcentral, andra inte.

I länet finns ett nätverk där samtliga kommuners medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ingår. Nätverken är generella forum för erfarenhetsutbyte men frågor som rör samverkan och patientsäkerhetsarbete är frekvent förekommande. I forumet lyfts särskilda exempel för diskussion, positiva och negativa, inte en komplett översyn av avvikelser. Möten ska ske en gång per månad.

5. Svar på revisionsfrågorna

I detta avsnitt presenteras sammanfattande svar på revisionsfrågorna för de nämnder och styrelser som varit föremål för granskning. I tabellen längre ner framgår även viss partsspecifik information av sådan detaljnivå att den inte varit relevant att ta upp i den samlade rapporten men som vi bedömer kan vara av intresse för respektive kommuns egen revisionsgrupp.

| Revisionsfråga | Bedömning |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Är den beslutade "Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård" ändamålsenlig? | <p>Ja. Genom införandet av LUS har det tillkommit lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare väntetider i vården. Vår bedömning är att överenskommelsen är ändamålsenlig och säkerställer att lagstiftningen omsätts i lokala mål med tydlig ansvarsfördelning. Inga förändringar har skett i dessa avseenden under revisionsåret 2022.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Är de beslutade riktlinjerna "Trygg hemgång och effektiv samverkan - riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland" ändamålsenliga? | <p>Delvis. Av LUS framgår att region och kommuner gemensamt ska utarbeta kompletterande riktlinjer till lagstiftningen. Sådana riktlinjer har utarbetats och vi bedömer att de på ett rimligt sätt omsätter lagstadgade krav i en tydlig process på operativ nivå. Vi har noterat ett antal situationer där samverkan tenderar att brista, till följd av endera bristande implementering av riktlinjen eller tolkningsproblem. Dessa redogörs för i detalj i rapportens tredje kapitel. De huvudsakliga åtgärderna för att komma till rätta med dessa brister bedömer vi är: förenkling eller förtydligande av de olika processfärgsflödena i riktlinjen, situationsanpassat metodstöd, kunskaphöjande insatser samt ett metodikarbete för att säkra en bättre framförhållning.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Är roller och ansvarsfördelning tydliga vad gäller samverkan mellan slutenvård, primärvård respektive social omsorg? | <p>Delvis. Vi bedömer att roller och ansvarsfördelning i stort är tydliga men att kunskapen om dessa brister vilket skapar flera problem i processen.</p> <p>Regionen och kommunerna har specificerat ansvarig aktör för varje aktivitet i utskrivningsprocessen. Vi noterar att matrisuppdelningen riskerar medföra att de olika aktörerna huvudsakligen fokuserar på sin egen del av samverkan och att helhetsperspektivet utifrån patientens hela resa genom vårdkedjan åsidosätts. Granskningen tyder också på att bedömningen av processfärg inte sker konsekvent och med samsyn mellan aktörerna, vilket leder till konflikter kring vilka aktiviteter som ska genomföras och av vem.</p> <p>En vanlig orsak till bristande kunskap om ansvarsfördelningen är när personalkontinuiteten brister - vilket förekommer hos samtliga aktörer och över tid i varierande omfattning. Det kan hända vid personalomsättning och vakanser, men också i samband med sommarsemestrar, helger eller utanför ordinarie arbetstid. Vi noterar samtidigt att både region och kommuner har vidtagit åtgärder för att säkra processen genom särskilt ansvariga funktioner.</p> <p>Granskningen pekar också på att bristande kunskap om varandras roller och uppdrag i det dagliga arbetet påverkar utskrivningsprocessen. I granskningen framkommer det att en särskilt problematisk konfliktyta bottenar i läkarnas kunskap och förväntningar gällande uppdrag, kompetens och resurser inom kommunernas korttidsboenden. Det får konsekvenser för hur snabbt patienternas bedöms vara utskrivningsklara, och det leder också till följdkonflikter mellan kommun och patient/anhöriga.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att slutenvård, primärvård respektive social omsorg tar sitt ansvar för | <p>Delvis. I merparten av alla utskrivningsärenden finns en god och välfungerande samverkan, men vissa situationer och omständigheter leder återkommande till problem och det är dessa vi främst uppmärksammar genom rapporten.</p> |

| Revisionsfråga | Bedömning |
|---|---|
| <p>Samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?</p> | <p>NSV och den regionala samverkansstrukturen har säkerställt att det finns riktlinjer för utskrivningsprocessen. Regionstyrelsen och ansvarig nämnd i respektive kommun har tillsett nödvändiga organisatoriska anpassningar och även säkrat att privata utförare av vård och omsorg (i förekommande fall) omfattas i samverkan genom riktlinjer, regler och avtal. Att kommunen för många patienter ansvarar för insatser både enligt SoL och enligt HSL medför att den interna samverkan blir lika viktig som den externa. Vi noterar att det i vissa fall kan vara en utmaning som påverkar förmågan att samverka med andra. Vissa kommuner har nyligen valt att införa <i>trygg hemgångsteam</i> eller motsvarande medan andra istället har avvecklat detta. Inom sjukhusen förekommer varierande rutiner mellan avdelningarna i vilka forum utskrivningspatienter diskuteras och hur kommunikation mellan utskrivningssamordnare och sjuksköterskor, läkare och arbetsterapeuter säkerställs. Ett övergripande problem för samtliga aktörer är att en pressad kompetensförsörjningssituation och hög personalomsättning leder till svårigheter att upprätthålla rutiner och arbetssätt.</p> <p>Regionen har säkerställt att det finns tillgängliga IT-stöd för att informationsöverföring ska fungera bra, både genom ärendehantering i Prator och genom säkra system för digitala planeringsmöten över videolänk. Vi noterar dock att en stor del av kontakten förefaller ske över telefon, alternativt sker via Prator när den borde ha skett över telefon. Att kommunerna har olika rutiner och behörighetsstrukturer försvårar för de specialistmottagningar som har stort geografiskt upptagningsområde. Att inkludera rehabiliteringen i tidigt skede och att säkerställa att rätt kunskap förs över till exempelvis hemtjänstens nattpatrull är återkommande utmaningar.</p> <p>Kunskapen om riktlinjerna och om varandras uppdrag, förutsättningar och lagstiftningar behöver stärkas. Vi bedömer det därför vara aktuellt att regionstyrelsen och ansvariga nämnder säkerställer utbildningsinsatser och stödmaterial för att underlätta utskrivningsprocessen. Detta bör ske i samverkan med NSV som redan tillhandahåller visst metodstöd genom <i>Samverkanswebben</i>. Det som främst efterfrågas i intervjuer är checklistor eller processbeskrivningar riktade till specifika yrkesgrupper, samt utförligare vägledning i vanliga problemsituationer (exempelvis utskrivning efter kontorstid eller vid semesterperioder).</p> |
| <p>► Säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?</p> | <p>Delvis. Enligt patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Likväl bygger socialtjänstlagen på frivillighet och delaktighet. I granskningen noterar vi att SIP endast genomförs i en liten andel av samordnade utskrivningar. Genom att säkerställa att SIP sker i större omfattning kan regionen på ett strukturerat sätt förvissa sig om att patienten och närstående kan vara delaktiga i utformningen av utskrivningsprocessen och den efterföljande vården. Patienten har nära kontakt med medarbetare inom slutenvården under pågående vårdtillfälle men liten eller ingen kontakt med sin fasta vårdkontakt före hemgång. Vi bedömer dock att det finns goda rutiner för uppföljning efter vårdtillfället och för trygghetsskapande samtal, genom vilket behov av ytterligare samordning kan identifieras.</p> |
| <p>► Finns mål för samverkan i utskrivningsprocessen på individnivå och övergripande nivå?</p> | <p>Delvis. I överenskommelsen om samverkan finns två övergripande mål:</p> <p><i>Genom ett tillitsfullt samarbete med individens bästa i fokus:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ► känner sig sörmlänningen trygg och självständig efter slutenvård ► är vård- och omsorgsprocessen i Sörmland effektiv <p>Det saknas närmare definitioner av vad effektiv innebär. Kommunerna hänvisar i regel till oskrivna mål om att undvika betalningsansvar (genomsnitt</p> |

| Revisionsfråga | Bedömning |
|--|--|
| | <p>3 dagar efter utskrivningsklar) men samtliga ligger långt under detta måttetal. Det kan finnas skäl för ansvariga nämnder att överväga vilken tidsrymd som ger bäst effekt sett till både kostnadseffektivitet och vårdkvalitet.</p> <p>De övergripande målen omsätts för varje enskild individ. Det uttrycks inte i form av definierade individmål, utan genom att det för varje patient ska finnas ett preliminärt utskrivningsdatum att förhålla sig till och en plan för samordning av utskrivningen. Med utgångspunkt i stödbehov upprättas en gemensam plan för utskrivningen och tiden därefter men förhållningssätt och tidshorisont för detta varierar beroende på patientens situation och behov.</p> <p>På lokal nivå varierar formerna för styrning av arbetet med utskrivningsprocessen. I ett fåtal av de granskade kommunerna har specifika mål eller indikatorer beslutats av kommunfullmäktige eller ansvarig nämnd. I dessa kommuner har särskilda utvecklingsaktiviteter initierats på politisk nivå under 2022.</p> |
| <p>▶ Säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och respektive kommuns behov?</p> | <p>Ja. Regionen sammanställer och förmedlar statistikuppgifter kopplade till LUS och har en central roll i att möjliggöra för både de egna verksamheterna och kommunerna att löpande följa sina resultat. Förvaltningen följer själva upp resultaten månadsvis och gör jämförelser mellan olika kommuner och mellan olika tidsperioder. Fokus i uppföljningen ligger på statistik relaterad till betalningsansvaret och till beläggning av vårdplatser. De granskade nämnderna tar i regel inte del av dessa uppgifter. Återrapportering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem. Trygghet följs upp genom uppföljande samtal med patienten men har inte sammanställts på aggregerad nivå specifikt för utskrivningsprocessen.</p> <p>Vi noterar att uppföljning av samverkansöverenskommelsen enligt överenskommelsen ska följa särskild plan, men sådan plan saknas. Under 2022-2023 pågår det dock inom regional samverkansstruktur ett omfattande arbete med att se över överenskommelse och riktlinjer vilka vi bedömer är likvärdiga med en sådan uppföljning.</p> |
| <p>▶ Säkerställer regionen att fasta vårdkontakter har de förutsättningar som krävs för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen?</p> | <p>Nej. För att ge äldre och multisjuka förutsättningar att bibehålla hälsa, självbestämmande och integritet samt bidra till att den sjuke och dennes närstående kan känna trygghet i vardagen samt i kontakt med vården finns funktionen samordningssjuksköterska. På samtliga vårdcentraler som omfattats av denna granskning ansvarar samordningssjuksköterskor för att vara fast vårdkontakt även åt andra patienter som omfattas av LUS. Detta är förenligt med lagstiftningen som medger att varje region utfärdar direktiv kring hur fast vårdkontakt utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget och vilken typ av uppgifter som ska ingå.</p> <p>Vi noterar dock att samordningssköterskan kan vara fast vårdkontakt till ett mycket stort antal patienter. Uppdraget beskrivs vara en i huvudsak administrativ lösning. Den centrala arbetsuppgiften är att ringa uppföljningssamtal till patienten. Övriga aktörer beskriver att primärvården i stor utsträckning har en frånvarande eller passiv roll i samverkansprocessen kring utskrivning. Vi noterar också att den fasta vårdkontakten vanligen utses utan att patienten har kännedom om detta. Vår bedömning är utifrån det att samordningssjuksköterskor inte har de förutsättningar som krävs för att stärka patientens trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen.</p> |
| <p>▶ Tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar</p> | <p>I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ kopplade till att förebygga undvikbara inskrivningar och återinskrivningar, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p> |

| Revisionsfråga | Bedömning |
|--|--|
| för att förebygga undvikbara återinskrivningar? | Regionstyrelsen bör överväga om det finns ett värde att samordna uppföljning av dessa initiativ i syfte att identifiera framgångsfaktorer och insatser som bör implementeras på bredare front. |
| <p>► Säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?</p> | <p>Delvis. Det saknas ett gemensamt systemstöd för rapportering av de avvikelser som uppstår i utskrivningsprocessen. Mot bakgrund av de redogörelser och exempel vi tagit del av i granskningens intervjuer är vår bedömning att antalet inkommande avvikelserapporter med anledning av brister i samverkan vid utskrivning enbart utgör ett fåtal av de avvikelser som sker. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering inom såväl Region Sörmland som inom kommunerna. Förväntningar om åiterrapportering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelser bör stärkas, då det finns en utbredd bild av att bristen på återkoppling har lett till att kommunerna rapporterar mindre.</p> <p>Diskussioner kring avvikelser lyfts i många olika forum, både lokalt mellan enskild kommun och sjukhus/vårdcentral och i professionsnätverk samt inom ramen för den regionala samverkansstrukturen.</p> |

| Särskilda noteringar gällande specifika kommuner | |
|--|---|
| Eskilstuna | <p>Eskilstunas kommunfullmäktige har beslutat om att all vård och omsorg ska upplevas samlad, tillgänglig och nära. Genom samverkan med regionen och Mälardalens universitet fortsätter utvecklingen av såväl stärkt kvalitet i verksamheterna som förebyggande och hälsofrämjande insatser. Målet är alltid att stärka självständigheten utifrån individens egna förutsättningar</p> <p>I vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan framkommer att vård- och omsorgsförvaltningen vidareutvecklar intensiv habilitering/rehabilitering inom ramen för Intensiv hemrehabilitering (IHR) och Intensiv rehabilitering i samverkan (IRIS). Likaså fortsätter förvaltningen att vidareutveckla arbetssätt inom ramen för trygg och effektiv utskrivning. Bland annat finns en samordnande koordinator med ansvar för samverkan mellan kommunen och regionen vid in- och utskrivningar.</p> <p>Eskilstuna kommun har tillsammans med Region Sörmland sedan år 2018, via vård- och omsorgsnämnden/vård- och omsorgsförvaltningen, ett fördjupat samarbete kring äldre i Eskilstuna och äldres behov av vård och omsorg i linje med omställningen till Nära vård. Här ingår ett Nära vård-team som ska effektivisera utskrivningsprocessen och stärka patientperspektivet i syfte att undvika återinskrivningar.</p> <p>I Eskilstuna kommun finns inga privata utförare av hemtjänst. Det finns tre vård- och omsorgsboende i privat regi.</p> <p>Samverkan med Mälarsjukhuset beskrivs huvudsakligen vara välfungerande. Brister i samverkan förekommer vid olika tolkningar av färgprocesser, vid stora personalomsättningar, i kommunikationen och avsaknad av förståelse av varandras uppdrag. Dessa brister diskuteras i samverkansforum mellan kommunen och sjukhuset.</p> |
| Flen | <p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att Flen kommun ska vara ett nav i den nya region Sörmland och vara drivande för att hitta nya sätt att lösa framtidens utmaningar. Flens kommun står inför ett ökat plats- och resursbehov inom äldreomsorgen. Kommunen behöver därför färdigställa fler platser i särskilda boenden och öka tillgången av mellanboenden för äldre. Socialnämnden har inte angivit särskilda mål eller uppdrag kopplat till trygg och effektiv utskrivning.</p> |

| | |
|-------------|--|
| | <p>Det finns inga privata utförare. Tryggt hemgångsteam har funnit tidigare, men utvecklats då det inte har fallit så väl ut som planerat. Det pågår vid granskningens tillfälle en översyn av organisationen. Det beskrivs av vissa intervjuade finnas en önskan om att återinföra ett tryggt hemgångsteam.</p> <p>I Flens kommun beskrivs personalomsättning och bristande kompetensförsörjning vara en stor utmaning för en ändamålsenlig utskrivningsprocess då samverkan i stor utsträckning blir personbunden. Underbemanning beskrivs vara den främsta orsaken till att hemgångsteamet utvecklades. Överföringen av kommunikation från slutenvården lyfts därutöver som ett problem vid flera intervjuer. Likväl att få SIP:ar upprättas, varför patientens delaktighet blir lidande i utskrivningsprocessen. Brister i samverkan förekommer också vid olika tolkningar av färgprocesser.</p> <p>Samverkansmöten mellan utskrivningssamordnare, deltagare från hemsjukvård, biståndshandläggare och vårdcentraler äger rum kontinuerligt. Vid dessa möten behandlas bland annat avvikelser och framgångsrika utskrivningar.</p> |
| Gnesta | <p>Kommunfullmäktige har beslutat om det övergripande målet om en trygg vård och omsorg av hög kvalitet som utformas i nära samverkan med brukare och personal.</p> <p>Kommunen har till följd av sin ringa storlek inga särskilda handläggare eller sjuksköterskor som arbetar med utskrivningsprocessen. Diskussioner har förts om att eventuellt införa en samordningsfunktion. Brister i kommunikationen mellan olika enheter har skett och upplevs kvarstående av de tillfrågade utförarenheterna. Kommunen har särskilt arbetat för att stärka dialogen med den enda förekommande privata utföraren av hemtjänst.</p> <p>Samverkan med sjukhusen upplevs ojämnt fungerande beroende på vilken sjukhusavdelning som berörs.</p> |
| Katrineholm | <p>Kommunfullmäktige har beslutat att ett övergripande mål är att kommunens samverkan med regionen fortsätter att utvecklas med utgångspunkt från den nationella överenskommelsen om att vidareutveckla den nära vården. Målet är en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, vilket bland annat innebär att brukare ska få mer vård utförd i hemmet och slippa onödiga inläggningar på sjukhus.</p> <p>Kommunen har ändrat sina arbetssätt för att kunna hantera snabbare utskrivningar. Ett särskilt vårdplaneringsteam hanterar all kontakt med sjukhusen. Interna rutiner finns för att tydliggöra samarbetet mellan biståndsenhet och hemsjukvård. Under 2017-2018 testades ett särskilt hemgångsteam, men den ojämna beläggningen var svår att hantera och det upplevdes också orättvist från de privata utförarna att kommunen automatiskt tog hemgångspatienter i två veckor. Kommunen har LOV-utförare och i förfrågningsunderlaget finns krav på mottagningstimme där både hemtjänst och rehabilitering möter upp vid hemgång. Att kommunikationen når ut till alla hemtjänstenheter i god tid lyfts dock som en utmaning.</p> <p>Överföringen av kommunikation från slutenvården lyfts som ett problem vid flera intervjuer. I Västra länsdelen har det startats en samverkansgrupp där vårdplanerarna från Katrineholm ingår tillsammans med utskrivningssamordnare från Kullbergsska. Samverkan med primärvården kring patienter som <i>inte</i> har hemsjukvård lyfts fram som ett särskilt problem; mellan hemsjukvård och primärvård finns bättre samverkan.</p> |
| Nyköping | <p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att de sociala insatserna ska främja medborgarnas trygghet, jämlikhet och aktiva deltagande i samhällets gemenskap. Verksamheten ska bedrivas rättssäkert med individen i fokus och i god samverkan med andra myndigheter, ideella krafter och anhöriga. Personalen är verksamheternas viktigaste resurs som tillsammans med välfärdsteknik ska klara ett av samhällets viktigaste uppdrag för ett socialt och ekonomiskt hållbart Nyköping.</p> <p>I maj 2022 startades ett hemgångsteam. Formen för teamet samt dess professioner finns på plats. Under sommaren 2022 fick detta team dock ställa om och utföra andra prioriterade områden inom hemtjänsten såsom framför allt delegeringsuppdrag.</p> |

| | |
|-----------|---|
| | <p>I Nyköpings kommun finns en gemensam äldreomsorg där myndighetskontoret är införlivat i verksamheten. Det finns särskilda biståndshandläggare som jobbar med utskrivningsprocessen, vilket är igång efter sommaren igen, och samtliga utskrivningar kommer från Nyköpings lasarett. Det finns tre privata särskilda boenden och tre privata hemtjänstutförare. Kommunen har haft svårigheter att bemanna samtliga professioner senaste 1,5 året, vilket påverkat kompetensen och erfarenheten, då många i personalen är nya.</p> <p>Intervjuade upplever bristande samverkan både inom den egna verksamhetens funktioner, till exempel mellan biståndshandläggare och hemtjänst samt med sjukhuset där olika uppfattningar om färgprocessen bidrar med svårigheter i utskrivningsprocessen. Samtliga intervjuade upplever dock att patienter är i sämre skick vid utskrivning än tidigare.</p> |
| Oxelösund | <p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att det är värdigt, tryggt och säkert att åldras i Oxelösund. I Oxelösund innebär det att äldre med behov av stöd erbjuds möjlighet att bo kvar i egen bostad och att äldre har inflytande över hur beviljade insatser utförs. Insatser till äldre ska vara av god kvalitet, individinriktade samt ges med gott bemötande.</p> <p>Enligt nämndens verksamhetsplanering pågår det en översyn inom länet ifall ett länsövergripande verksamhetssystem skulle kunna införas i alla nio kommunerna inom vård- och omsorgsområdet. Syftet är att på ett enklare sätt kunna synka med varandra och regionen.</p> <p>I Oxelösunds kommun finns inga privata utförare av hemtjänst. Kommunen hade ett Tryggt hemgångs-team tidigare, men avvecklade det under våren 2022 på grund av att en ny hemtjänstorganisation infördes under hösten 2021. Numera jobbar alla efter den metoden, men det finns inget särskilt team. På grund av högt tryck har det varit stopp på korttidsboendet och kommunen har behövt köpa korttidsplatser externt.</p> <p>Tidigare har det funnits en Prator-kordinator på 50%. Den funktionen försvann för en tid sedan, men den är saknad och det kommer tillsättas en liknande tjänst på biståndskontoret. Det har funnits en hög personalomsättning bland biståndshandläggare och sjuksköterskor vilket påverkar att processen med utskrivning stannar upp. Intervjuade uppger att kontakten med Nyköpings lasarett varierar beroende på avdelning. Det framkommer även att kontakten och informationsutbytet mellan personalgrupperna inom kommunen är bristfällig.</p> |
| Strängnäs | <p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att i Strängnäs kommun erbjuds välfärdstjänster av god kvalitet som utgår från invånarnas behov. Samverkan mellan kommun och region är grunden för att möta vårdbehovet hos äldre. Insatserna kan vara komplexa och kräver att Strängnäs kommun har kompetent och utbildad personal för att kunna genomföra insatserna.</p> <p>Personalsituationen i kommunen är ett genomgående tema som framkommer av intervjuerna. Biståndsenheten har för närvarande svårt att mäta med sitt uppdrag. Ett stort ansvar ligger istället på samordningsfunktionen inom hemtjänsten att hantera kontakt med sjukhus och hemsjukvård. Hemsjukvården har stor brist på sjuksköterskor. Brist på korttidsplatser inom kommunen uppger leda till många återinläggningar. Samverkan uppger vara personbunden och svår att upprätthålla inom enheter med hög personalrörlighet.</p> |
| Trosa | <p>I kommunfullmäktiges mål- och budget framgår att kommunens verksamhet ska präglas av ett helhetsperspektiv och bygga på samordning / samverkan mellan resurser inom och utom kommunen. Kommunen ska uppmuntra samarbete, okonventionella och alternativa lösningar.</p> <p>En platssamordnare har införts för särskilda boenden/korttidsboenden, vilket uppger ha underlättat den interna kommunikationen mycket. Kommunen har sedan tillståndsplikten infördes inom hemtjänst inte längre några privata aktörer verksamma. Det är för närvarande en god bemanningssituation avseende sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast.</p> |

| | |
|----------|---|
| | <p>Arbete pågår med att starta upp "intensiv hemrehabilitering" som kommer att omfatta en liten del av LUS-patienterna. Tidigare satsningar på tryggt hemgångsteam har avvecklats då de bedöms vara mycket resurskrävande.</p> <p>I Trosa uppger intervjuade att det finns en god relation till Nyköpings lasarett, vilket hanterar cirka 90 % av patienterna från kommunen, men att relationerna till övriga sjukhus inte är lika utvecklade. En hög läkarkontinuitet vid vårdcentralen i Trosa har bidragit positivt till kommunens arbete, men intervjuade problematiserar att läkarnärvaron ofta är över telefon och inte hos patienten.</p> |
| Vingåker | <p>Vingåkers kommunfullmäktige har beslutat om det övergripande målet att boende och verksamma i Vingåkersbygden upplever att livskvaliteten är hög, inklusive tillgången till kommunal service. I övrigt finns inga målsättningar kopplade till utskrivningsprocessen varken från fullmäktige eller ansvarig nämnd.</p> <p>Vingåker har inte behövt göra några stora anpassningar för att den egna organisationen ska kunna implementera den länsgemensamma riktlinjen. All verksamhet bedrivs i kommunal regi och i samma förvaltning vilket underlättar kommunikationen. Kommunen har tidigare provat särskilda <i>trygg hemgång</i>-team men avvecklat det då patientvolymen är för liten för att ett dedikerat team ska vara rimligt belagda med arbete varje vecka. Från hemtjänsten framförs önskemål om att bli involverade tidigare i planeringsprocessen inför hemgång.</p> <p>Intervjuade upplever att kontakterna med Kullbergska sjukhuset fungerar bra men att det är svårare vid andra sjukhus där utvecklade relationer saknas. Informationsöverföringen i Prator är svag, mycket telefonkontakter krävs. Tillsammans med Kullbergska pågår ett särskilt projekt kring nära vård.</p> |

6. Bilagor

Dokumentförteckning

- ▶ Eskilstuna kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Eskilstuna Kommun 2021*, (VON/2022:10).
- ▶ Eskilstuna kommun, *Upphandlingsdokument (IEN 19.054) 2019-12-18*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Vård- och Omsorgsnämndens verksamhetsberättelse 2021 och slutrapport för internkontroll 2021*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan och Internkontrollplan 2022 (VON/2021:36) 2021-12-07*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Årsplan 2022*
- ▶ Flen kommun, *Nämndplan 2020-2023 med budget 2020 - Socialnämnden*.
- ▶ Flen kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Flens kommun 2021 (SN/2022:16)*.
- ▶ Flen kommun, *Strategisk plan 2020-2023 med budget 2022*.
- ▶ Flen kommun, *Årsuppföljning av ekonomi, mål och uppdrag 2021 - Ekonomisk uppföljning*.
- ▶ Gnesta kommun, *Framtidsplan 2022-2024 - För Gnesta kommun*.
- ▶ Gnesta kommun, *Framtidsplan 2022-2024 - För Socialnämnden*.
- ▶ Gnesta kommun, *Förfrågningsunderlag hemtjänst enligt LOV - Gnesta kommun*.
- ▶ Gnesta kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Gnesta kommun år 2021 (SN.2022.16)*
- ▶ Gnesta kommun, *Årsredovisning 2021 - Uppföljning av Framtidplan 2021-2023 för Socialnämnden (SN.2022.13)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagen om valfrihet - Hemtjänst (VON/2020:40-711)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Hälsa & trygghet - Övergripande plan med budget 2022-2024*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Nämndplan med budget - Vård- och omsorgsnämnden 2022 (VON/2021:47-042)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Patientsäkerhetsberättelse 2021 (VON/2022:8-8.2.3)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Planering 2022 - Vård- och omsorgsförvaltningen*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Årsredovisning 2021 - Vård- och omsorgsnämnden (VON/2021:49-041)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Budget 2022 med flerårsplan 2023-2024 (KK21/7)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Delårsrapport 2022 - Vård- och omsorgsnämnden*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Detaljbudget 2022 - Vård - och omsorgsnämnden. Excelfil*
- ▶ Nyköpings kommun, *Förfrågningsunderlag för bedrivande hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem (giltig från 2022-05-01)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Rapport - Patientsäkerhetsberättelse 2021 (VON 22/13)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Verksamhetsberättelse 2021*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Flerårsplan 2022-2024 (KS/2021:34-0061)*
- ▶ Strängnäs kommun, *Förfrågningsunderlag - valfrihet inom hemtjänst 2021 (SN/2020:614-059)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Patientsäkerhetsberättelse Socialkontoret i Strängnäs kommun år 2021 (SN/2022:7)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Verksamhetsplan 2021-2023 - Socialnämnden (SN/2020:586-012)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Verksamhetsplan 2022-2024 - Socialnämnden (SN/2021:240-012)*
- ▶ Strängnäs kommun, *Årsrapport 2021 - Socialnämnden (SN/2022:66)*
- ▶ Trosa kommun, *Avtalsmall - hemtjänst enligt LOV*.
- ▶ Trosa kommun, *Bokslut 2021 - Vård- och omsorgsnämnden*.
- ▶ Trosa kommun, *Budget 2022 med flerårsplan 2023-2024 (dnr 1991-00085)*.
- ▶ Trosa kommun, *Förfrågningsunderlag - hemtjänst enligt LOV (VON 2021/36)*.
- ▶ Trosa kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Trosa kommun vård och omsorg 2021 (VON 2022/18)*.
- ▶ Vingåker kommun, *Kommunplan med budget 2022 - Flerårsplan 2023-2024*.
- ▶ Vingåker kommun, *Nämndplan för Socialnämnden i Vingåkers kommun 2022-2023*.
- ▶ Vingåker kommun, *Patientsäkerhetsberättelse år 2021*.
- ▶ Vingåker kommun, *Verksamhetsberättelse 2021 - Socialnämnden*.

- ▶ Oxelösund kommun, *Mål- och budget 2022-2022.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Oxelösunds kommun år 2021.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan 2022-2024.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Vård- och omsorgsnämndens årsredovisning 2021.*
- ▶ Region Sörmland, *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län (2009)*
- ▶ Region Sörmland, *Beslutsstöd SKILS. Bildmaterial*
- ▶ Region Sörmland, *Medicinsk rutin - Rutin för bifogande av fil vid fristående meddelande i Prator i Region Sörmland (MED19-2846)*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för att hantera informationsflöde i Prator. (uppdaterad 2018-08-23)*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för bifogande av fil vid fristående meddelanden i Prator - Landstinget Sörmland.*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för palliativ vård på primärvårdsnivå i Region Sörmland och länets kommuner. (beslutad 2021-08-18).*
- ▶ Region Sörmland, *Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2022 (RS-LED21-2443).*
- ▶ Region Sörmland, *Samverkansriktlinjer enligt 3 f HSL, 2 kap. 7§ SoL och SOSFS 2007:10/2008:20.*
- ▶ Region Sörmland, *Säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning.*
- ▶ Region Sörmland, *Trygg hemgång och effektiv samverkan - Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland. (reviderad 2020-03-09)*
- ▶ Region Sörmland, *Överenskommelse angående ansvarsfördelning mellan primärvårdsnivå i kommun och landsting och Habiliteringsverksamheten (HH-HOH10-064 PVN-HSF12-048)*
- ▶ Region Sörmland, *Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård (NSV16-0028-15)*

Intervjuförteckning

Region Sörmland

Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör
Divisionschef primärvård
Verksamhetschef läns-gemensamt regionalt stöd
Verksamhetschef patientsäkerhetsenheten
Närvårdskordinator äldre norra länsdelen
Närvårdskordinator äldre södra länsdelen
Närvårdskordinator äldre västra länsdelen
Chefläkare Mälarsjukhuset (två)
Chefläkare Nyköpings lasarett (två)
Utskrivnings-samordnare Mälarsjukhuset (fyra)
Utskrivnings-samordnare Nyköpings lasarett (tre)
Verksamhetschef vårdcentral Nävertorp
Katrineholm
Verksamhetschef vårdcentral Bagaregatan
Nyköping
Verksamhetschef vårdcentral Malmköping
Verksamhetschef vårdcentral Torshälla
Samordningssjuksköterska vårdcentral
Nävertorp Katrineholm

Eskilstuna kommun

Verksamhetschef äldreomsorg
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR)
Enhetschef hemtjänsten
Enhetschef vård- och omsorgsboende
Biståndshandläggare - teamledare

Flens kommun

Socialchef
Äldreomsorgschef
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Enhetschef hemtjänsten
Enhetschef korttidsboende
Enhetschef biståndsenheten
Biståndshandläggare

Gnesta kommun

Socialchef
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering
(MAR)
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)
Enhetschef korttidsboende (svarat skriftligt)
Biståndshandläggare

Katrineholms kommun

Socialchef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering
(MAR)
Enhetschef hemtjänsten
Enhetschef särskilt boende/korttidsboende
(svarat skriftligt)
Arbetsterapeut inom hemsjukvården
Enhetschef biståndshandsenheten

Nyköpings kommun

Verksamhetschef äldreomsorg
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering
(MAR)
Enhetschef hemtjänsten
Enhetschef korttidsboende
Biståndshandläggare

Oxelösunds kommun

Socialchef
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering
(MAR)
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)
Enhetschef särskilt boende (svarat skriftligt)
Utvecklingschef biståndsenheten

Strängnäs kommun

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Enhetschef hemtjänsten
Kommunal samordnare hemtjänsten
Biståndshandläggare

Trosa kommun

Vård- och omsorgschef
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Enhetschef hemtjänsten
Biståndshandläggare
Enhetschef vård- och omsorgsboende

Vingåkers kommun

Socialchef
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering
(MAR) (svarat skriftligt)
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)
Enhetschef särskilt boende/korttidsboende
(svarat skriftligt)
Biståndshandläggare

VON § Delegationsärenden

Diarienummer: VON23/4

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

För begäran om allmän handling, kontakta ansvarig registrator.

Bilagat finns en förteckning över delegationsbeslut fattade till och med 2023-03-07.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

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

Vård- och omsorgsnämnden

Delegationsbeslut

| Pt | Dnr | Handlingsrubrik | Beslutande | Beslutsdatum |
|-----------|------------|---|--|---------------------|
| 0 | VON22/4:27 | Anmälan om delegationsbeslut: Lista över beslut från Division Social omsorg enligt LSS, december 2022 | Lista över delegationsbeslut från Division Social omsorg enligt LSS, december 2022 | 2023-02-13 |
| 1.1.1 | VON22/58:6 | Anmälan om delegationsbeslut: Beslut att ansöka om statsbidrag för minskad andel timanställningar inom äldreomsorgen 2023 | Ordförandebeslut | 2023-01-25 |
| 1.1.1 | VON23/22:5 | Beslut att ansöka om att få ta del av de statliga medlen för ett hållbart arbetsliv 2023 | Ordförande | 2023-02-20 |
| 0 | VON23/4:2 | Anmälan om delegationsbeslut: Lista över beslut från Division Social omsorg enligt LSS, Januari 2023 | Anmälan om delegationsbeslut: Lista över beslut från Division Social omsorg enligt LSS, Januari 2023 | 2023-02-22 |

VON § Anmälningssärenden

Diarienummer: VON23/1

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

För begäran om allmän handling, kontakta ansvarig registrator.

Bilagat finns en förteckning över inkomna anmälningssärenden till och med 2023-03-07.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

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

Vård- och omsorgsnämnden

Anmälningar

| Nr | Från | Handlingsrubrik | Dnr |
|----|---|--|--------------|
| 1 | Länsstyrelsen i Södermanlands län | Missiv: Inbjudan och program till konferensen Nationell samling för delaktighet - Internationella funktionshindersdagen 2022 | VON22/115:1 |
| 2 | Division Social omsorg | Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - Hemtjänst Brandkärr | VON22/110:2 |
| 3 | Integritetskyddsmyndigheten (IMY) | Komplettering av personuppgiftsincidentanmälan till Integritetskyddsmyndigheten (IMY) | VON23/23:2.1 |
| 4 | Socialstyrelsen | Information om Statsbidrag för 2023 för subventioner av familjehemsplaceringar | SN23/23:1 |
| 5 | Sveriges Kommuner och Regioner | Missiv: Information från Sveriges kommuner och Regioner Överenskommelse - God och nära vård - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav | VON23/29:1 |
| 6 | Division Social omsorg | Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Division Social omsorg Mariebergsgården | VON23/31:1 |
| 7 | Division Social omsorg | Åtgärdsplan efter Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Division Social omsorg. Mvndiahetsfunktionen Funktionsstödsomsorgen (FSO) | VON22/135:3 |
| 8 | Division Social omsorg | Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - LSS-verksamhet Brandholmsvägen | VON22/142:3 |
| 9 | Division Social omsorg | Åtgärdsplan efter Lex Sarah rapport avseende missförhållande - LSS-verksamhet Brandholmsvägen | VON22/142:4 |
| 10 | Division Social omsorg | Utredning av Lex Sarah rapport gällande missförhållanden - LSS-verksamhet Brandholmsvägen | VON22/143:2 |
| 11 | Division Social omsorg | Åtgärdsplan efter Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Gruppbostad Siökaptensvägen | VON22/144:3 |
| 12 | Politisk beredning och samordning | Överlämnande av klagomål från Inspektionen för vård och omsorg - Division Social omsorg | VON23/1:3 |
| 13 | Division Social omsorg | Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Mariebergsgården | VON23/32:1 |
| 14 | Enheten för politisk beredning och samordning | Lex Sarah rapport avseende missförhållande - Kommunens hemsida | VON23/33:1 |

