

Vård- och omsorgsförvaltningen

KALLELSE

2021-02-16

Sammanträdande organ

Vård- och omsorgsnämnden

Tid

2021-02-25 klockan 13:15

Plats

OBS! Duveholmsgymnasiets aula (huvudentrén,
ingång direkt till höger)

Nr	Ärenden	Beteckning	Föredragande	Sidnr.
1.	Upprop			
2.	Val av justerare			
3.	Fastställande av dagordning			
4.	Information - ekonomi		Marie Myrbeck	
5.	Aktuell verksamhetsinformation			
6.	Redovisning av delegationsbeslut			
7.	Yttrande över IVO:s kompletterande begäran om klagomål och synpunkter mot hälso- och sjukvården	VON/2020:60	Eva Gyllhamn	5
8.	Patientsäkerhetsberättelse 2020	VON/2020:73	Eva Gyllhamn	7
9.	Kvalitetsberättelse 2020	VON/2021:10	Lars Carlberg	31
10.	Redovisning av uppdrag om framtagande av Boendepplan - prioriteringsordning av renovering av särskilda boenden för äldre med flyttkedja	VON/2018:43	Lars Carlberg	56
11.	Yttrande över IVO:s beslut utifrån tillsyn av medicinsk vård och behandling vid covid-19 (Förslag till yttrande utsänds senare)	VON/2020:45	Lars Hernevid	73
12.	Årsredovisning 2020	VON/2020:29	Marie Myrbeck Lars Hernevid	81
13.	Redovisning av genomförd internkontroll 2020	VON/2020:11	Lars Hernevid	119
14.	Internkontrollplan 2021	VON/2021:9	Lars Hernevid	131
15.	Kompetensförsörjningsplan 2021-2022	VON/2021:5	Susanna Kullman	140
16.	Ansökan om statsbidrag för personliga ombud 2021	VON/2021:4	Susanna Kullman	159
17.	Redovisning arbetsmiljö 2020	VON/2021:15	Cecilia Nordqvist	169
18.	Redovisning inkomna synpunkter perioden juli-december 2020	VON/2020:19	Anna-Lena Ramstedt	172
19.	Redovisning inkomna domar 2020	VON/2021:1	Andreas Karlsson	176
20.	Meddelanden			181

Ulrica Truedsson (S)

Ordförande

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

**Av hänsyn till våra allergiker. Kom doftfri!****Kommande sammanträdesdagar år 2021**

Beredning (inför nämnden) klockan 13.15-15.00	Nämnd klockan 13.15	Enskilt utskott klockan 13.15-15.00
11/2	25/2	11/3
8/4	22/4	15/4
27/5	10/6	20/5
12/8	26/8	15/6 (tis)
16/9	30/9	2/9
4/11	18/11	7/10
2/12	16/12	11/11
		9/12

Redovisning av delegationsbeslut

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av delegationsbesluten.

Sammanfattning av ärendet

Nedan redovisas beslut som fattats med stöd av gällande delegation på nämndens vägnar enligt gällande delegationsordning.

Tjänstemannabeslut

Datum	Typ av beslut	Beslutande
2021-01-01--31	Bostadsanpassningsbidrag	Handläggare
2021-01-01--31	Färdtjänst	Handläggare
2021-01-01--31	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade	Handläggare
2021-01-01--31	Socialtjänstlagen	Handläggare

Ordförandebeslut

Datum	Typ av beslut	Beslutande
2021-02-12, § 5 Anslaget 2021-02-12	Vård- och omsorgsnämndens sammanträde den 25 februari 2021 inte öppet för allmänheten	Ulrica Truedsson, ordförande

Utskottsbeslut

Datum	Typ av beslut	Beslutande
2021-02-04, §§ 1-6	Individärenden	Enskilda utskottet

Mona Kjellström
Nämndsekreterare

Förslag till yttrande över kompletterande begäran om klagomål och synpunkter mot hälso- och sjukvården

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom vård- och omsorgsförvaltningens bedömning och översänder den som nämndens egen till Inspektionen för vård och omsorg.

Sammanfattning av ärendet

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) översände den 18 december 2020 en anmälan med klagomål mot hälso- och sjukvården.

Vård- och omsorgsnämnden yttrade sig över anmälan den 28 januari 2021, § 7.

IVO har den 13 januari 2021 översänt en underrättelse med kompletterande begäran om yttrande från vårdgivaren över tillkomna uppgifter gällande klagomålet. IVO har förlängt svarstiden från den 17 februari till den 8 mars 2021.

Vård- och omsorgsförvaltningens bedömning

I utredningen, som genomförts inom vård- och omsorgsförvaltningen, framkom brister gällande dokumentation i patientjournal. Det saknas dokumentation av aktuella hälsostatus och vårdplaner. Även dokumentation utifrån samverkan mellan läkare, sjuksköterska, patient och/eller närstående saknas. I utredningen och vid intervju med sjuksköterskor framkom att muntlig dialog och information har getts frekvent till patient och närstående. Detta är dock inte dokumenterat i patientjournal.

Utifrån Lex Maria-anmälan är en handlingsplan framtagen och förbättringsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen fortsätter utifrån planen där dokumentation i patientjournal är ett av tre förbättringsområden.

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Eva Gyllhamn
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutet skickas till: IVO, akten

Patientsäkerhetsberättelse för år 2020

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen år 2020.

Sammanfattning av ärendet

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

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

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

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

Ärendets handlingar

- Patientsäkerhetsberättelse år 2020

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Eva Gyllhamn
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutet skickas till: Intranätet, akten

Patientsäkerhetsberättelse 2020

SAMMANFATTNING	2
Viktiga åtgärder och resultat samt framåtblick	2
INLEDNING.....	3
STRUKTUR	3
Övergripande mål och strategier	3
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	7
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll	8
PROCESS – Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
Riskanalys	9
Informationssäkerhet	9
Resultat.....	10
RESULTAT OCH ANALYS	13
Egenkontroll.....	13
Avvikelser	20
Klagomål och synpunkter.....	21
Händelser och vårdskador	22
Riskanalys.....	22
Mål och strategier inför 2021.....	22

SAMMANFATTNING

År 2020 är ett år som inte blev som planerat, arbetet har till stor del omfattats av att minimera risken för smittspridning av SARS-Cov-2/infektion samt utveckling av sjukdomen covid-19. Det har varit och är fortfarande mycket viktigt att skydda de sköra personer som bor och har insatser inom nämndens ansvarsområde. God följsamhet till basala hygienrutiner är grunden för att förebygga smittspridning samt att använda personlig skyddsutrustning när så behövs. Förvaltningen har i det interna arbetet följt FHMs¹ allmänna råd, Socialstyrelsens styrdokument, SKRs² rekommendationer samt region Sörmlands rutiner och anvisningar. Arbetet har genererat ett intensivt och framgångsrikt koncept med framtagande av egna rutiner, filmer, instruktioner och utbildningar för att få följsamhet. Följsamheten har även följts upp på olika sätt både via interna egenkontroller och nationell mätning av PPM BHK³. Samverkan mellan förvaltningen och regionen är frekvent och verksamhetsmöten har hållits veckovis för att sprida information och hålla dialogen levande i syfte att brukare/patienter ska erhållas en god och säker vård. Arbetet med BHK är implementerat i verksamheten på ett mer naturligt arbetssätt nu, än tidigare.

Viktiga åtgärder och resultat samt framåtblick

Läkemedelshanteringen är ett viktigt område som har prioriterats, utifrån att få följsamhet i processen, från ordination till intag eller kassation av läkemedel. Alltför höga siffror gällande avvikelser med utebliven dos tyder på brister i hanteringen. Högre krav ställs generellt på läkemedelshanteringen vilket beskrivs i en läns gemensam rutin för *Läkemedelshantering i Sörmland*. Som en del i kvalitetsarbetet kring läkemedelshanteringen har delegeringsprocessen följts upp och arbetet behöver fortsätta även kommande år. En annan del i kvalitetsarbetet är införandet av digital signering av ordinationer, även det arbetet fortsätter under kommande år.

Fortsatt arbete med avvikelshantering har skett under året, vilken utgår ifrån alla aktuella lagstiftningar. Syftet är att utveckla verksamhetens avvikelshantering vid negativ händelse/risk för händelse samt sprida lärdomar och goda exempel till varandra. Även risk- och händelseanalyser med handlingsplaner har fått större betydelse och spridning i arbetet med kvalitetssäkring av förändringar i verksamheten som exempelvis flytt av boende, återöppning av enheter mm.

Att systematiskt kvalitetssäkra patientjournaler är genomfört under året på olika sätt och resultatet påvisar behov av fortsatt arbete på ett bredare sätt. Förbättringsarbete är identifierat inom områdena; hälsostatus, vårdplaner, ansvar och patienternas delaktighet i vård och omsorg. Arbetet fortgår kommande år med granskningar och genomförande utifrån resultaten.

Uppföljning av arbetet utifrån riktlinjen *Trygg hemgång och effektiv samverkan* har fortsatt och fortsätter framöver. Målsättningen är att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård inkluderat hälso- och sjukvård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

¹ FHM - Folkhälsomyndigheten

² SKR – Sveriges Kommuner och Regioner

³ PPM BHK – Punkt Prevalens Mätning av Basala Hygienrutiner och Klädregler

INLEDNING

Patientsäkerhetsberättelsens syfte är att öppet och strukturerat redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen är utformad så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse som ska vara färdig, senast den 1 mars varje år. Förra årets mål och resultat överskuggas av arbetet som förvaltningen utfört utifrån covid-19 pandemin som drabbat vårdgivarens verksamheter, kommunen och nationen.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

Resultatmål/uppdrag

Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas.

- Indikator

Äldre i särskilt boende med bedömd risk för undernäring som har en planerad förebyggande åtgärd, andel %.

- Resultat

Demensboende: 73 % hade ett BMI <22 med planerade förebyggande åtgärder/åtgärdsplan (90 % förra året). Åtgärder redovisas i fallande ordning; 31 planerade åtgärder som mellanmål, 31 planerade åtgärder som viktkontroll var tredje månad samt 30 planerade åtgärder för att minska nattfastan till max 11h.

Vård- och omsorgsboende: 25 % hade ett BMI <22 med planerade förebyggande åtgärder/åtgärdsplan (89 % förra året). Åtgärder redovisas i fallande ordning; 264 planerade åtgärder som vägning var tredje månad, 259 planerade åtgärder som mellanmål och 231 planerade åtgärder som minska nattfastan till max 11h.

Kortvårdsboende: 0 % hade ett BMI <22 med planerade förebyggande åtgärder/åtgärdsplan. Inget resultat finns att redovisa för kortvårdsboende.

Generellt har vårdpreventionen gällande risk för undernäring minskat i jämförelse med förra året. Alla särskilda boenden för äldre har förbättringspotential då antalet planerade förebyggande åtgärder är alltför få i förhållande till målgruppen av äldre som bor och flyttar in på enheten under året.

Resultatmål/uppdrag

Stärkt patientsäkerhet inom vård- och omsorg.

- Indikator

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

- Resultat

Andel med korrekt i samtliga steg⁴ utgörs av 74 % (våren) samt 60 % (hösten).

Under året har två mätningar genomförts i syfte att följa upp det intensiva kvalitetsarbete som genomförts gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK).

Antal observerade mätningar och deltagande enheter/avdelningar har totalt ökat under året i jämförelse med förra året. Totalt utfördes i år 489 observationer/mätningar (449 förra året) på vårens mätning deltog 18 och på höstens mätning deltog 28 enheter. Inför årets mätning har alla enheter med boendeavdelningar lagts till⁵ för att få bättre underlag till i sitt förbättringsarbete.

- Indikator

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

- Resultat

Total andel avvikelser som har minst en åtgärd utgörs av 86 % (förra året 91%).

- Indikator

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

- Resultat

Total andel utgörs av 69 %.

År 2019/2018 var totala andelen 75/77 % dvs en försämring i jämförelse med senaste åren.

Organisation och ansvar

Patientsäkerhetsarbetet ska ingå som en integrerad del i alla verksamheter. Chefer, medarbetare och medicinskt ansvarig sjuksköterska ska samarbeta i patientsäkerhetsfrågor.

Nämndens ansvar⁶

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att fullgöra kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) beträffande omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Till vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde hör även ansvar för hälso- och sjukvård⁷ i ordinärt boende från 18 år samt ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende, boendestöd, daglig verksamhet och dagverksamhet. Till vård- och omsorgsnämndens ansvar hör även betalningsansvar enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. I nämndens ansvar ingår även verksamhet enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962) för fritt val av utförare inom äldreomsorgens hemtjänst. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra

⁴ Andel med samtliga åtta korrekta steg – desinfektion av händer före omvårdnadsarbete, desinfektion av händer efter omvårdnadsarbete, handskar, plastförkläde, arbetsdräkt, inga ringar, klockor, armband etc., håret/huvudduk uppsatt/kort samt utan nagelutsmykning

⁵ SKRs databas för registrering av resultat efter mätningen av PPM BHK

⁶ Kvalitetsledningssystem inom vård- och omsorgsförvaltningen, VON/2012:76 - 010

⁷ Vårdgivare

verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vård- och omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen/förvaltningschef

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska⁸ (MAS)

MAS har tillsammans med verksamhetschefen för hälso- och sjukvården i uppdrag att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet. MAS ansvarar genom att bevaka och följa upp så att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls samt utgör ett stöd för organisationen och professionerna. MAS ansvarar för att förvaltningen har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård. MAS ansvarar även för att det finns system för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar arv arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS utreder händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och att på delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex Maria till IVO. MAS deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Verksamhetschefer

Verksamhetschefer har ett helhetsansvar för sin verksamhet, att följa upp kvalitetsarbetet inom sina verksamheter samt vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet. Vidare har de ett samlat ledningsansvar så att verksamheterna bedriver en bra vård och omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschefen ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vidare ska verksamhetschefer medverka i patientsäkerhetsberättelsen utifrån sitt ansvarsområde.

Enhetschefer

Enhetschef ansvarar för att rutiner och riktlinjer som styr är kända på enheterna samt att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt att de får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen.

⁸ Delegeringsordning för VON, 2018-07-01

Medarbetare

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser/risk för avvikelser. Personal som utför delegerade uppdrag efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Att upprätthålla hög patientsäkerhet är ett team/lagarbete som alla anställda berörs av inom enheten/förvaltningen.

Samverkan för att förebygga vårdskador*Närvård i Sörmland*

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

1. Barn och unga som behöver särskilt stöd
2. Äldre
3. Riskbruk, missbruk och beroendevård
4. Personer med psykisk ohälsa och sjukdom
5. Personer med funktionsnedsättning

Länsgemensam styrgrupp för närvård, Länsstyrgruppen, består av representanter av förvaltningschefer, divisionschefer eller motsvarande från kommunerna samt regionen. Styrgruppen skapar förutsättningar för att invånarna i Sörmland, får en likvärdig vård. Under styrgruppen arbetar strategiska beredningsgrupper för olika fokusgrupper. Arbetsgrupper i de olika länsdelarna omfattas av lokal representation från verksamheterna i kommuner och region. Arbetsgrupperna har ett arbetsområde (äldre, funktionshinderområdet, psykiatri och barn) och arbetar med frågor på verksamhetsnivå. Målet är att på alla nivåer förbättra samverkan och därigenom erbjuda ett gott omhändertagande av invånare med behov av insatser från vårdgivarna. Inom arbetsgrupp västra äldre (AVÄ) har ett projektarbete initierats "Elsas hälsa". Arbetet ska leda fram utvecklingen mot "Nära vård", ett samarbete mellan regionen och kommunerna för att ge multiprofessionell vård och stöd till sköra äldre i hemmet.

Utifrån lokala avtal och överenskommelser mellan kommunen och regionen sker dialoger och samverkansmöten mellan legitimerad personal. Syftet är att diskutera gemensamma frågeställningar gällande hälso- och sjukvård.

En gemensam rutin har tagits fram som tydliggör in- och utskrivningsprocessen i hem-sjukvården utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Rutinen har under året följt upp och justerats i syfte att få följsamhet till rutinen och klargöra vem som gör vad. En viktig

del i processen är att in- och utskrivning i hemsjukvården sker i samverkan mellan vårdgivarna och patient. Inför beslut om övertagande av läkemedelshantering från patient till hälso- och sjukvården, genomförs en evidensbaserad utredning (SMA)⁹ av sjuksköterska i ordinärt boende. Beslut om vem som ska ha ansvaret fattas därefter av ordinerande legitimerad ordinator. Totalt var 379 patienter inskrivna i hemsjukvården under december månad.

Vårdskador

Förebyggande arbete av vårdskador kan också ske genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen hanterar interna och externa avvikelser.

Avvikelse

Hanteras framför allt på enhetsnivå men kan också ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp. Externa avvikelser hanteras enligt en framtagen instruktion mellan huvudmännen eller annan utförare av vården. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhusen, vårdcentralerna och kommunen, men också avvikelser till färdtjänst, ambulansverksamheten och tandvården förekommer. Avvikelserna följs kontinuerligt i olika samverkansgrupper mellan region Sörmland och kommunen.

Representanter från Vård- och omsorgsförvaltningen har deltagit i riktade tillsynsinsatser från Inspektionen för vård och omsorg¹⁰, med anledning av smittspridningen av covid-19. Fokus har varit vård- och behandling av personer som bor på särskilt boende för äldre.

Avtal och överenskommelser

Avtal och samverkansriktlinjer med regionen finns, syftet är att ge en god och säker vård och för att undvika vårdskador, t ex kan omnämnas avtal och läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården, avtal med Vårdhygien samt avtal med Tandvården om nödvändig tandvård. Avtal finns även för extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering.

Patienters och närståendes delaktighet

Vården och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med patienten och om hen önskar även med anhöriga. Samverkan sker främst vid ankomstsamtal vid inflyttning på särskilt boende, vårdplaneringar, vid hantering av inkomna synpunkter, klagomål samt avvikelser. Samordnade Individuella Planer (SIP) och vid kontinuerliga möten i det dagliga vårdarbetet. Vid avvikelshantering gällande patienter ska patient eller/och närstående alltid informeras om avvikelsen.

Anhörigstödet¹¹

Förebyggande och hälsofrämjande arbetet inom förvaltningen sker på många olika sätt, bl. a av anhörigstödet. Både brukare och närstående kan genom stödet få en förbättrad

⁹ SMA - Safe Medication Assessment - Underlag för bedömning, åtgärd, kommunikation och journalföring av läkemedelsanvändning

¹⁰ Inspektionen för vård- och omsorg - IVO

livssituation samtidigt som risken för egen ohälsa hos närstående kan förebyggas. Den preventiva ansatsen måste vara utgångspunkten och att personalen inom förvaltningen har anhörigperspektiv. Det är därför viktigt att närstående och deras behov uppmärksammas tidigt av all personal. Anhörigstödet erbjuder stöd i form av service för vuxna närstående till någon som är äldre, långvarigt sjuk eller som har en funktionsnedsättning (fysiskt eller psykiskt). Stödet är individuellt anpassat och kan ske enskilt eller i grupp. Serviceinsatserna innefattar vägledning och förmedling av kontakter, enskilda (icke terapeutiska) samtal, anhörigrupper och närståendebildningar, friskvårds aktiviteter, föreläsningar, temakvällar och sociala aktiviteter.

Under stora delar av året hade anhörigcentrum stängt pga. covid-19 pandemin. En omstrukturering och anpassning av verksamheten har skett i syfte att följa FHMs¹² allmänna råd. Från och med november sker alla träffar/utbildningar/föreläsningar digitalt.

Klagomål och synpunkter

Information om möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla som bor och vistas inom förvaltningens enheter samt till närstående. All personal och har skyldighet att ta emot och registrera synpunkter och klagomål. Samverkan sker främst vid ankomstsamtal vid inflyttning på särskilt boende, vårdplaneringar, vid hantering av inkomna synpunkter, klagomål samt avvikelser.

Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Avvikelse interna och externa, risk för avvikelser	Månadsvis/tertiäl/år	Verksamhetssystemet, Treserva Apotekstjänst AB Patientnämnden Lex
Nationella kvalitetsregister <ul style="list-style-type: none"> • Vårdprevention • SveDem • PPM BHK • BPSD • Svenska HALT 	Tertiäl/år 2 gånger under året, vår och höst	Senior alert SveDem SKR BPSD Folkhälsomyndigheten
Hygienronder	Frekvent	Protokoll
Patienter/närståendes klagomål och synpunkter	Månadsvis/ tertiäl/år	Internt inkomna, verksamhetssystemet, Patientnämnden
Journalgranskning	frekvent per år/ 2 journaler per legitimerad personal och år enligt rutin	Protokoll
Extern kvalitetsgranskning	1 gång per år/enhet	Rapport

¹¹ Anhörigstödet omfattar även närstående

¹² FHM - Folkhälsomyndigheten

Egenkontroll	Omfattning	Källa
av läkemedelshantering		
Loggning av NPÖ ¹³ och Prator	Slumpmässigt urval	Protokoll
Uppföljning av läkarsamverkansavtal	1 gång per år/vårdcentral	Rapport

PROCESS – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Risikanalys

Risikanalys ska genomföras inför förändring av verksamheter. Individuella riskbedömningar genomförs för varje patient vilka dokumenteras och ska följas upp kontinuerligt i patientjournal.

Utredningar av händelser - vårdskador

Vårdskador kan förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering och riskbedömningar. En intern avvikelse ska avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp. Förvaltningen har en specifik rutin för hantering av avvikelser utifrån alla lagstiftningar. Rutinen är reviderad under året med fokus utifrån ett processtänkande perspektiv. Externa avvikelser skickas mellan huvudmännen via särskild överenskommen blankett som diarieförs, MAS¹⁴ är samordnare för utredning, åtgärder och uppföljning samt besvarar avvikelserna. Avvikelseerna följs kontinuerligt i olika samverkansgrupper mellan regionen och kommunen utifrån perspektivet att sprida goda exempel. Dessutom har förvaltningen avtal och samverksriktlinjer med region Sörmland med syfte att ge en god och säker vård och för att undvika vårdskador. Ett exempel är avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården och avtal med vårdhygien. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), 3 kap. om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta innebär att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Under år 2019 påbörjades ett övergripande arbete i syfte att revidera befintligt ledningssystem, arbetet har pågått sedan dess och fortsätter under 2021.

¹³ NPÖ – Nationell patientöversikt

¹⁴ MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska

Informationssäkerhet

Dataskyddsförordningen ersatte Personuppgiftslagen och trädde i kraft år 2018. Vård- och omsorgsnämnden är personuppgiftsansvarig vilket omfattas av ansvar för att säkra integritetsrisker som finns med behandlingen, genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkra och visa att behandlingen utförs i enlighet med dataskyddsförordningen. Säkra metoder ska genomföras för dataskydd samt personuppgiftsbehandlingen och informerat samtliga inom verksamheten. Det handlar om t ex; registerförteckning, konsekvensbedömning, handlingsplan och dataskyddsombud. I syfte att uppfylla kraven har förvaltningen arbetat med följande punkter:

- Begränsa behörigheter, loggning och kontroll av system.
- Säker e-posthantering, för att kommunicera på ett säkert sätt internt och externt dvs att kommunikationen av känslig karaktär sker krypterad t ex personuppgifter där kravet från Dataskyddsförordningen så kräver.
- Digitala medicinskåp, ökar spårbarheten där logg och behörighetsstyrning är viktigt inom verksamheterna.
- All personal har fått tillgång till utbildning i Dataskyddsförordningen
- Tjänstekort med lösenord för tillgång till olika system

Arbetet med KLASSA informationssäkerhetsklassning¹⁵, kvarstår liksom andra delar i informationssäkerhetsarbetet. Arbetet fortsätter under året.

Resultat

Vårdhygien

Länets samtliga kommuner och landstinget (numera region Sörmland) har ett samarbetsavtal för vårdhygien, syftet är att garantera en god vårdhygienisk standard genom att i samverkan ansvarar för vårdhygieniska insatser. Under året har inga hygienronder genomförts. Däremot har ett intensivt samarbete skett utifrån rådande pandemiläge. Vårdhygien har även bidragit med sakkunskap i planeringen av det nybyggda särskilda boendet Dufvegården utifrån ett vårdhygieniskt perspektiv där god hygienisk standard är prioriterat.

Under året har arbetet med BHK¹⁶ och smittskyddsarbete bedrivits på ett nytt och intensivt sätt i samverkan med region Sörmland pga. pandemin. Frekventa möten har skett på olika sätt utifrån olika perspektiv i syfte att kommunicera verksamhetsfrågor. Smittspårningar har skett utifrån identifierade smittor på enhets- och avdelningsnivå. Arbete med att hindra smittspridning inom verksamheterna har fått en annan dimension än tidigare pga. pandemin. Anskaffning av utrusning och utbildningsinsatser har skett på olika sätt i syfte att få följsamhet i BHK samt att använda personlig skyddsutrustning, på rätt sätt och vid rätt tillfälle.

Senior alert¹⁷

Det övergripande målet är vårdprevention d.v.s. att förebygga skador och främja hälsa hos brukare/patienter. Nationella kvalitetsregistret Senior alert är ett stöd i det syste-

¹⁵ KLASSA - en metod som hjälper verksamheten att välja rätt åtgärder som skyddar informationen

¹⁶ BHK - Basala Hygienrutiner och Klädregler

¹⁷ Senior alert - Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen

matiska förbättringsarbetet kring fall, nutrition, trycksår, blåsdysfunktion/inkontinens, och/eller munhälsa och möjliggör utveckling av arbetet med kvalitet och säkerhet i verksamheterna. Instrument för riskbedömningar och åtgärder är evidensbaserade vilket ger möjlighet att erbjuda alla brukare/patienter vård enligt bästa tillgängliga kunskap. Alla brukare/patienter som bedöms ha risk för fall, undernäring, trycksår eller munhälsa ska ha dokumenterade åtgärder och följas upp regelbundet. Riskbedömning ska erbjudas alla personer över 65 år som flyttar in på vård- och omsorgsboende eller korttidsvistelse för äldre samt personer i ordinärt boende som har skrivits in i hemsjukvården och har hemsjukvårdsinsatser. Därutöver ska förnyad bedömning ske om det uppstår förändringar i hälsotillståndet.

Under året och inför år 2021 har organisationsträdet i Senior alert byggts om till att omfatta enbart vård och omsorg, vilket ska underlätta att kvalitetsuppföljningen framöver. Ett större förbättringsområde finns gällande användandet av resultat och återkoppling som ska bidra till förebyggande vård- och omsorg samt verksamhetsutveckling. I det förebyggande arbetet behöver begreppet hälsovård samt evidensbaserade arbetssätt implementeras.

God vård vid demenssjukdom

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)¹⁸ drabbar flertalet av alla som lever med en demenssjukdom. Symtomen kan vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer och/eller sömnstörningar. Symtom av BPSD innebär minskad livskvalitet och för att nå framgång i behandling krävs det förutom gott bemötande och god vård- och omsorg även tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar. BPSD används enbart på särskilda boendeenheter.

SveDem

Syftet med registreringar i SveDem¹⁹ är att samla in data om personer med diagnostiserad demenssjukdom för att kunna förbättra och utveckla vården av demenssjuka. De senaste 12 månaderna har totalt 37 registreringar skett på sju särskilda boenden för äldre. Det är en minskning i jämförelse med förra året då 76 registreringar utförts på 10 boende enheter. Någon sammanställning och resultat går inte att göra då underlaget är för litet.

Palliativ vård/vård i livets slut

När det inte längre finns någon bot för den som är svårt sjuk inriktas behandlingen på att göra den sista tiden så bra och smärtfri som möjligt. Vård i livets slutskede är när patienten har blivit sängbunden på grund av sin grundsjukdom, patienten påvisar inte tecken på förbättring och uppvisar minst två av tre förbestämda symtom. Beslut att övergå till vård i livets slutskede fattas av läkare i samråd med sjuksköterska och övrig personal. Även närstående och patienten ska i möjligaste mån delta i planeringen av vården. Vård- och omsorg av god kvalitet är viktigt den sista tiden i livet och likaså ett värdigt slut. Stöd i arbetet för att utveckla god vård och omsorg i livets slut, är kvalitets-

och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård.

¹⁸ BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).

¹⁹ SveDem är Svenska demensregistret, <http://www.ucr.uu.se/svedem/>

registret Svenska Palliativregistret²⁰ då alla personer som avlider inom hälso- och sjukvården ska registreras.

Trygg och effektiv hemgång

En samverkansriktlinje mellan huvudmännen finns för att stödja arbetet i vårdkedjan med individen i centrum. Uppföljning av efterlevnad till riktlinjerna följs kontinuerligt på olika sätt och under året har revidering skett och publicerats. När det gäller utskrivningar från sjukhusen i länet arbetar man för att ta emot brukare/patienter samma dag som läkare bedömer att brukaren/patienten är utskrivningsklar. I kommunen finns två vårdplanerare anställda för samverkan och dialog, samt med uppdraget att delta på vårdplaneringar och SIP²¹ i samverkan med legitimerad personal. På så sätt ska den enskilda individens säkerhet garanteras vid överlämning från annan vårdgivare till kommunen.

Digital signering av administrerad/genomförd hälso- och sjukvårdsarbetsuppgift

Digital signering i patientjournal har inletts under året. En risk- och konsekvensanalys har genomförts inför implementering av digital signering. Arbetet fortsätter under år 2021. Planen är att alla verksamheter ska ha digital signering inför årets slut.

Loggningsbara läkemedelsskåp

Byte av låssystem från nyckelhantering till loggningsbara kod/tagglås på läkemedelsskåp i boendes lägenheter. Gäller för särskilt boende utifrån en fastställd prioriteringsordning.

Säker leverans och mottagande av läkemedel

Säkra leveranser, förvaring och iordningställande processer av läkemedel för patienter i ordinärt boende med överlämnat hälso- och sjukvårdsansvar för läkemedelshandling till hälso- och sjukvården. Mottagande och iordningställande av läkemedel sker numera inom hemsjukvårdens lokaler.

Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde

Under året har styrdokument för delegeringsprocessen säkrats upp utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Delegeringsprocessen har följts upp och redovisas i en rapport. Arbetet fortsätter utifrån rapportens resultat samt att hanteringen av läkemedel förändras i vissa delar, utifrån länsgemensam rutin för läkemedelshandling.

²⁰ Palliativa registret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Resultatet används för att se vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras.

²¹ SIP – samordnad individuell planering

RESULTAT OCH ANALYS

Egenkontroll

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
God patient-säkerhets-kultur	Systematisk hantering av avvikelser. Summeringsmöten terminsvis.	Nya rutiner, implementering av rutiner Kvalitetsråd och summeringsmöten är startade under senhösten 2018. Kvalitetsråden har fortsatt under året, dock har målet för summeringsmöten inte uppnåtts fullt ut.	Antal avvikelser 3 577 totalt bedömda avvikelser. 2 681 totalt bedömda avvikelser med minst en åtgärd. 1 777 avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Antal aktiviteter Läkemedel 30 %. Insats/omvårdnad 17 %. Organisation/Arbetsrutiner 5 %. Dokumentation/ Informationsöverföring 4 %. Fall med skada 5 %. Antal åtgärder Arbetsplatsdiskussion 39 %. Tom/ingen 25 %. Kontakt med sjuk-sköterska 13 %. Enskilt samtal 8 %. Rapporterad till enhetschef 3 %. Handledning 1 % Anmälan till MAS 1%.	2 441 avvikelser är avslutade. Utifrån Hälso- och sjukvårdslagen har antalet avvikelser minskat från 1 929 sedan förra året. Största orsaken kan vara att det systematiska kvalitetsarbetet har "halkat efter" under pandemitiden, då man haft andra prioriteringar i verksamheterna. Att avvikelserna med åtgärderna har ökat från förra året, ses som mycket positivt. Dock avslutas ofta avvikelser efter att åtgärder har vidtagits utan att uppföljning av åtgärderna. Det medför att man inte med säkerhet vet om åtgärderna har haft effekt eller inte i verksamheten. Syftet med åtgärderna är att händelsen inte ska upprepas och hända igen. Att följa upp åtgärderna är ett utvecklingsområde. Läkemedelshantering från iordningställande till intag av läkemedel är i särklass störst kategori av läkemedelsavvikelser liksom förra året (32 %). Av åtgärdade avvikelser finns åtgärden tom/ingen samt övrigt, vilket är en alltför stor andel av totalsumman som höjer resultatmålet på ett oönskat sätt. Inför framtiden behöver vi se över åtgärderna i avvikelssystemet så att felkällor minimeras.

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Nationellt kvalitetsregister Alla verksamheter, enheter och avdelningar deltar i PPM BHK. Under 2020 har mätning skett under våren och hösten.	En ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler bidrar till en minskning av vårdrelaterade infektioner.	Information sänds ut på interna hemsidan i god tid innan mätning Meddelanden till verksamhetschefer sänds ut av MAS Genomgång av instruktion och rapport, går MAS igenom med chefer	Våren 2020 162 observationer. Total följsamhet i samtliga steg var 74 %. Följsamhet vid mättilfället: *Använda arbetskläder 87 % *Använda förkläde 89 % *Desinfektion före omvårdnadsarbete 90 % Hösten 2020 327 observationer. Total följsamhet i samtliga steg var 60%. Följsamhet vid mättilfället: *Använda arbetskläder 89 % *Använda förkläde 85 % *Desinfektion före omvårdnadsarbete 80 %	Förbättringsarbete behövs över alla verksamheter Förbättra följsamhet till Basala Hygien och Klädregler i det vårdnära arbetet till 100 %. Inrätta hygienombud på alla avdelningar/enheter. Alla avdelningar/enheter ska delta i PPM BHK. Arbetet fortlöper
Nationellt kvalitetsregister Alla särskilda boenden för äldre deltar i Svenska HALT Hälso- och sjukvårdsverksamheten ansvarar för genomförandet	Stödja systematiskt förbättringsarbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner och förbättra antibiotika förskrivningen. Belysa vårdtyngd, indikatorer och riskfaktorer	Mätningen har skett i det nationella kvalitetsregistret Senior alert och genomförs en valfri dag under vecka 46 - 47 (9 - 22 /11). Hälso- och sjukvårdsverksamheten har fått Inbjudan inför mätningen	Inget resultat är redovisat för året	Verksamheterna deltar år 2021
God hygienisk standard i verksamheterna	Egenkontroll	Hygienronder genomförs av hygiensjuksköterska i samverkan med MAS	Inga hygienronder har genomförts under året pga. pandemin och nedstängningen av särskilda boenden för äldre	Arbetet återupptas år 2021. Nytt avtal är under framtagande mellan kommunen och vårdhygien i Region Sörmland
Säker läkemedelshandling	Extern apoteksgranskning varje år/enhet	Handlings och åtgärdsplaner/enhet	Förbättringsområden på enhetsnivå. Förbättringsområden på förvaltningsnivå. 53 enheter är granskade under året.	Rapport

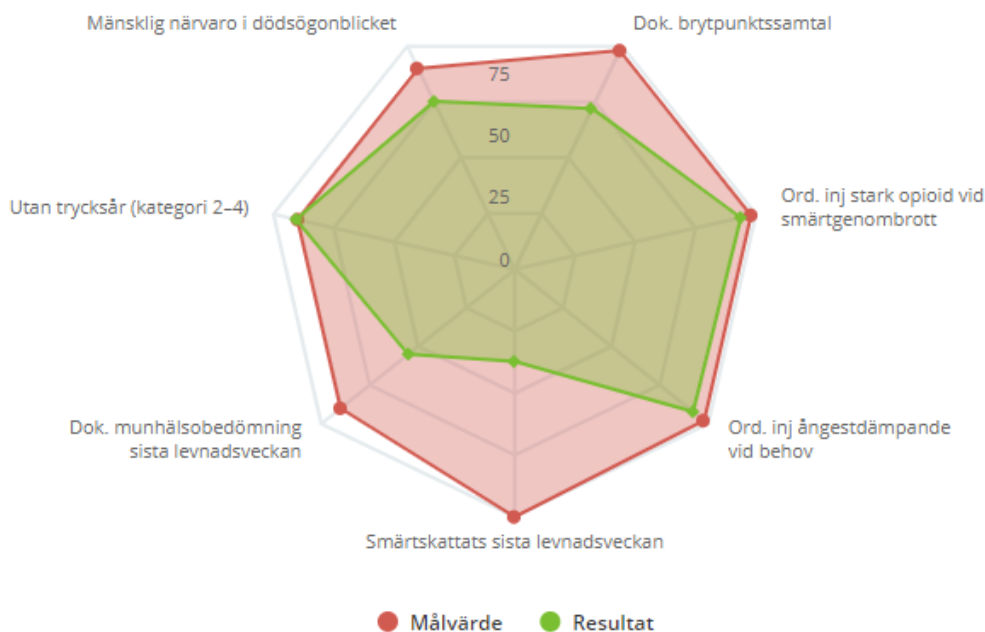
Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
Säker informationshantering och journalföring	Egenkontroll	Systematisk loggning	Ett fåtal loggningar har genomförts under januari månad, före pandemin. Inga avvikelser har identifierats	Säker informationshantering och journalföring tom januari 2020
Kvalitetssäkra dokumentation i patientjournal. Journalgranskning så att vård och behandling ska kunna följas i journal med neutralt, begripligt språk och god etik. Särskilj patienter med vårdåtagande i verksamhetssystemets patientjournal i förhållande till inskrivna patienter i hemsjukvård	Hälso- och sjukvårdsverksamheten genomför journalgranskning	2 gånger per år, 2 journaler per legitimerad medarbetare	13 journaler har granskats inom hälso- och sjukvårdsverksamheten inom särskilt boende.	Resultatet av de 13 granskade journalerna påvisar att dokumentationen är patientfokuserad och skriven med en "röd tråd". Dock finns förbättringsområden som utökad granskning enligt rutin samt uppdateringar av hälsostatus, namngiven ansvarig legitimerad personal och vårdplaner. Verksamheten arbetar även med framtagning av standardiserade vårdplaner t ex vid vissa vanligt förekommande diagnoser.
Senior alert	Senior alert - Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre	Riskbedömningar för trycksår, fall, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion ska i förekommande fall göras för alla patienter i ordinärt boende med behov av HSL-insatser mindre än 2 veckor och för alla brukare/patienter på särskilt boende. Detta ska göras så snart som möjligt eller inom 2 veckor efter inskrivning i hemsjukvården eller ankomst till särskilt boende. Riskbedömningar och registrering ska därefter dokumenteras i den enskildes journal samt registreras i Senior alert.	343 unika personer har fått minst en riskbedömning. Under året har 608 personer fått riskbedömningar, av dessa har 576 identifierats med risk dvs. 95 %.	I förhållande till antalet särskilda boenden där äldre bor inkluderat verkställda beslut om särskilt boende bedöms riskbedömningarna som lågt. Riskförebyggande åtgärder på individnivå är ett förbättringsområde.

Mål	Strategi	Åtgärd	Resultat	Analys
	inom hälso- och sjukvård.	Riskbedömning och registrering ska sedan ske 1 gång per år eller när behov uppstår. Har inte någon information lämnats från eventuell tidigare vårdgivare ska sådan efterfrågas av legitimerad person		
Vårdgivaren är ansluten till BPSD-registret och standardiserat arbetssätt/ rutin ska ske för användandet av BPSD-symtom	Gott bemötande och god vård- och omsorg samt tydlig struktur i omvårdnaden vid demenssjukdom. Används på särskilt boendeheter	Registrering och användning av BPSD som metod för att nå framgång i behandling och omvårdnad	Antalet skattningar är totalt 101	I jämförelse med förra årets skattningar (283) har skattningarna minskat. Om behovet av att använda BPSD har minskat under året i förhållande till förra året är svårt att dra slutsatser om. Gott bemötande och god vård och omsorg kan ha ökat utan behovet av skattningar.
Nationellt kvalitetsregister SveDem	Syftet med SveDem är att samla data om personer med demenssjukdom för att förbättra och utveckla vården av demenssjuka inom förvaltningen men även nationellt.	Registrera och följa upp personer som bor på särskilda boendeevdelningar för demens, områdesansvarig sjuksköterska åtgärder	Totalt har 37 registreringar utförts under året. Antalet registreringar har minskat under året från 76 till 37, underlaget är för litet för att redovisa ett resultat	Antalet uppföljningar av demensutredningar ska öka på alla enheter och vara relevant i förhållande till antalet demensutredningar så att syftet kan uppnås. Förbättra och utveckla vården av demenssjuka inom vårdgivarens ansvarsområde. Ansvarig sjuksköterska behöver utses för att driva och hjälpa kollegor att registrera, tolka resultat och arbeta systematiskt i samverkan med övriga verksamheter inom vården där diagnos erhålls

Resultat av palliativ vård i livets slut under 2020 för alla enheter i Katrineholms kommun

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Källa: <http://palliativ.se/>, 21-01-31

Målvärde för kvalitetsindikatorerna är 90-100 %. Resultaten på kommunnivå behöver alla resultat åtgärdas och förbättras för att nå målnivåerna. Pilarna anger förbättrat, samma eller försämrat resultat i jämförelse med förra året.

Målvärden som är under förbättringsarbete är:

- Avliden utan trycksår (grad 2-4) med 90 % (målvärde 90 %) ↑
- Smärtskattning sista levnadsveckan, resultat 37 % (målvärde 100 %) ↓
- Dokumenterat brytpunktssamtal, resultat 72 % (målvärde 98 %) ↔
- Dokumentation av munhälsobedömning sista veckan, resultat 55 % (90 %) ↓
- Mänsklig närvaro, resultat 75 % (målvärde 90 %) ↓
- Ordination injektion stark opioid²² vid smärtgenombrott, resultat 94% (målvärde 98 %) ↑
- Ordination injektion mot ångestdämpande vid behov, resultat 92 % (målvärde 98 %) ↑

²² receptbelagda smärtlindrande läkemedel

Läkemedelsgenomgångar

Samtliga personer över 75 år ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång där den enskilde har fler än fem läkemedel eller där läkemedelsrelaterade problem misstänks oavsett ålder och antal läkemedel. Därutöver ska fördjupade läkemedelsgenomgångar genomföras då en patient har fortsatta läkemedelsrelaterade problem. Under året har totalt 68 fördjupade läkemedelsgenomgångar genomförts i Katrineholm. I jämförelse med förra året är det en minskning från 105. Förbättringsarbetet kommuniceras med respektive vårdcentral i samband med uppföljning av läkarsamverkansavtalet. Uppföljning av förenklade läkemedelsgenomgångar är från och med året möjligt att följa upp i patientjournalen i och med nya KVÅ²³ koder. Förenklade läkemedelsgenomgångar är ett förarbete till fördjupade läkemedelsgenomgångar och bör vara större till antalet än fördjupade.

Resultat av fördjupade läkemedelsgenomgångar under året, redovisas per vårdcentral som kommunen har avtal med

Vårdcentral	Totalt antal fördjupade läkemedelsgenomgångar med apotekarstöd
Lindens vårdcentral	43
Nävertorps vårdcentral	22
Vår vårdcentral	3
Flens vårdcentral	0

Källa: Läkemedelskommittén, Region Sörmland 2020

Statistik för läkemedelsindikatorerna (olämpliga läkemedel, NSAID samt antipsykotika). Läkemedelsindikatorer (OBS! Senast inrapporterade värde är från september 2020) – resultat för Katrineholm (värdet inom parentes är snittvärdet i Sörmland)

- Läkemedel som bör undvikas hos äldre (Olämpliga läkemedel): 7,5 % (6,2 %)
- Användning av NSAID: 2,8 % (2,3 %)
- Användning av antipsykotiska: 1,8 % (1,7 %).

Källa: Läkemedelskommittén, region Sörmland 2020

Trygg hemgång och effektiv samverkan

Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Sörmland, är beslutad att gälla för alla vårdgivare i Sörmland från och med 1 januari 2018. Under året har ett övergripande revideringsarbete pågått utifrån systematiska utvärderingar och en reviderad version är publicerad under år 2020. Ett internt arbete har påbörjats inom förvaltningen under året i syfte att säkra och följa upp rutiner och processer inom ordinärt boende och hemsjukvården. Arbetet fortgår i syfte att säkerställa god vård och omsorg inkluderat hälso- och sjukvård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Läkemedel vid in- och utskrivning från sjukhus

Med anledning av det stora antalet avvikelser gällande läkemedelshandling vid vårdövergångar har ett länsgemensamt arbete för att ta fram en rutin för hur läkemedel ska hanteras vid in- och utskrivningar till och från slutenvården. Syftet är att undvika behandlingsavbrott vid övergång mellan vårdgivare. Rutinen *Säker läkemedelshandling*

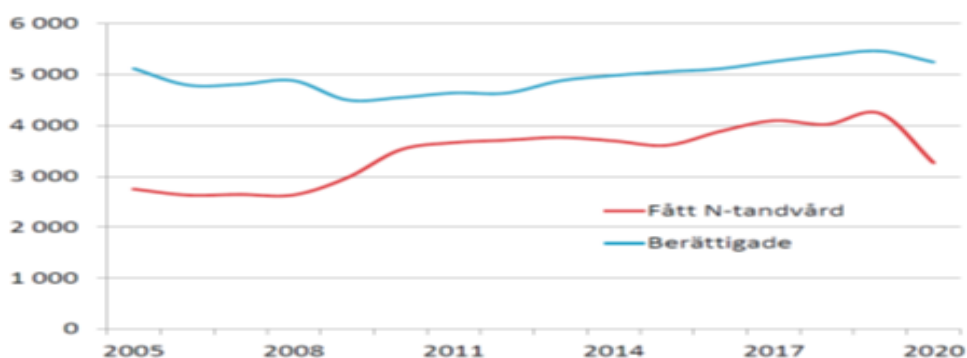
²³ KVÅ koder – Klassificering av vårdåtgärder enligt Socialstyrelsen

vid in och utskrivning från sjukhus med checklista är publicerad under året samt infört inom förvaltningens verksamheter.

Tandvårdsenheten

Ett tandvårdsstöd erbjuder viss tandvård till äldre och funktionshindrade personer. Tandvårdsenheten har avtal med länets samtliga kommuner angående samverkan gällande uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, vilket är reviderat under året. Arbetet har till stor del utgått enbart från akuta problem pga. pandemin och nedstängningen av särskilda boenden för äldre, se nedan diagram där berättigade personer jämförs med de som fått nödvändig tandvård från.

Antal personer som fått nödvändig tandvård 2000-2020



Källa: Tandvårdsenheten Sörmland, 2020.

Hälsodata från munvårdsbedömningar på särskilt boende för äldre: 215 personer har fått munvårdsbedömning under året, medelåldern av dessa personer har varit 86 år. God munhygien har fastställts till 56 %. Uppsökta personer hade omedelbart behov av tandvård i någon form.

Dokumentation i patientjournal

KVÅ²⁴ koder för dokumentation i patientjournal gällande för kommunal hälso- och sjukvård är uppdaterade och tillförda fullt ut enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Arbetet fortgår under 2021 utifrån Socialstyrelsens utveckling av KVÅ koder. Frastexter i patientjournal har lagts till, även fasta vårdplaner är framtagna för att kvalitetssäkra dokumentationen gällande t ex diabeteskontroller. Digital signering av administrerad läkemedelsdos/behandling i patientjournal har påbörjats och fortsätter för färdigtällande år 2021.

²⁴ KVÅ – Klassifikation av vårdåtgärder är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister från och med 2019.

Avvikelser

Utifrån alla lagrum är totalt 3 577 avvikelser anmälda. Av alla avvikelser är 2 441 avslutade. Ej bedömda avvikelser är 792 vilket kan innebära att avvikelsen ej är öppnad, bedömda eller bearbetade. I jämförelse med förra året har anmälningar av avvikelser minskat i jämförelse med år 2019 (4 102). Utifrån hälso- och sjukvårdslagen är totalt 1 777 (1 605 HSL + 172 HSL/SoL) avvikelser anmälda vilket också påvisar en minskning i jämförelse med år 2019 (1 929). Bedömda avvikelser totalt med minst en åtgärd är 2 681, i jämförelse med förra året (1 762). Att åtgärderna har ökat ses som positivt då tolkningen är att det övergripande arbete som genomförts gällande avvikelshantering har fått genomslag i verksamheternas kvalitetsarbete, däremot saknas uppföljningar i stor omfattning vilket medför att utvärdering av vidtagna åtgärder inte med säkerhet påvisar avsedd effekt.

Mest förekommande avvikelser är läkemedelshantering där vanligaste orsaken är glömda signeringar, utebliven läkemedelsdos och läkemedel i övrigt. Att skriva avvikelser gällande läkemedel är väl känt i verksamheterna vilket säkert också bidrar till att rapporteringen är störst. Att rapportera omvårdnad och insats som uteblivit är mer otydligt och svårare för medarbetarna att skriva. Rapportering av avvikelser som vårdrelaterade infektioner, avsteg från BHK²⁵, brister i patienters delaktighet i vården uppfattas som svårare för medarbetare att veta hur man skriver och att man även ska rapportera avvikelser/risker för avvikelser på dessa exempel av avvikelser.

Fall med skada kan ofta förebyggas genom att arbeta systematiskt med att följa upp vidtagna åtgärder utifrån riskbedömningarna, fokus på förebyggande åtgärder såsom t ex vardags rehabilitering/habilitering, höftskyddsbyxor, balansträning etc. behöver lyftas fram på annat sätt än åtgärder som larm av olika slag. Verksamheterna behöver arbeta systematiskt med uppföljningar av åtgärder som vidtas samt att personalen får kännedom om hela spannet av aktiviteter som kan vara en avvikelse/risk för avvikelse utifrån patientsäkerhetsperspektivet.

Avvikelser per aktivitet i fallande storleksordning och andel, 2020

Aktivitet	Totalsumma	Andel
Läkemedel	1 076	30 %
Insats/ omvårdnad	606	17 %
Organisation/arbetsrutiner	159	5 %
Dokumentation/informationsöverföring	153	4 %
Fall med skada*	81	5 %

²⁵ BHK – Basala Hygienrutiner och Klädregler

Avvikelser per åtgärder i fallande storleksordning och andel, 2020

Åtgärd	Totalsumma	Andel
Arbetsplatsdiskussion	1 382	39 %
Tom/ingen*	896	25 %
Kontakt med sjuksköterska	459	13 %
Enskilt samtal	290	8 %
Rapporterad till enhetschef	96	3 %
Handledning	28	1 %
Anmälan till medicinskt ansvarig sjuksköterska**	17	1 %

*Tom/ingen avvikelse inkluderar avvikelser som är under bearbetade och ej har åtgärder beslutade, ej bedömda

**Redovisar avvikelser anmälda utifrån Hälso- och sjukvårdslag

Patientnämnden

Tre inkomna synpunkter och klagomål har inkommit via Patientnämnden, dessa är besvarade av verksamheterna. Två gäller särskilt boende för äldre och en övrig verksamhet. Synpunkter och klagomål via patientnämnden är generellt lågt, i jämförelse med alla kommuner i länet ligger antalet på 23 på årsbas.

Avvikelser från Katrineholms kommun till Region Sörmland

Totalt har 69 avvikelserrapporter upprättats. Flertalet rör sig om brister gällande läkemedel, bristande medicinsk information och hjälpmedel i samband med utskrivningsprocessen från slutenvården. I jämförelse med förra året har antalet avvikelser minskat från 77 till 69. Några allvarigare och mer komplexa avvikelser har utretts tillsammans i dialog för att få en bättre samsyn kring händelsen, åtgärder och uppföljning av åtgärder.

Avvikelser från Region Sörmland till Katrineholms kommun

Totalt har 12 avvikelserrapporter inkommit. Flertalet rör sig om brister gällande läkemedelshantering mellan vårdgivarna och hjälpmedel i samband med inskrivningsprocessen i slutenvården. Jämförelse med förra året har antalet avvikelser minskat från 13 till 12.

Klagomål och synpunkter

Nio klagomål och synpunkter har inkommit gällande vård och omsorg där hälso- och sjukvården ofta är integrerad. Ärenden har i huvudsak hanterats av enheterna själva där förbättringsförslag tas fram i samverkan med berörd verksamhetschef, delegerad personal samt legitimerad personal. Ett klagomålsärende har handlagts av medicinskt ansvarig sjuksköterska och resulterat i en lex Maria anmälan utifrån medförd vårdskada. Övriga synpunkter och klagomål har berört; bristande städning, besöksförbud på särskilt boende för äldre, bristande information till närstående i samband med införandet av besöksförbud på särskilt boenden för äldre, synpunkter inför flytt av verksamhet under pandemin samt fallskada.

Händelser och vårdskador

Nio avvikelser av allvarigare grad har utretts av medicinskt ansvarig sjuksköterska. En allvarlig avvikelse har anmälts till IVO som lex Maria. Under året har ingen patient-skadeersättning betalats ut.

Riskanalys

Exempel på övergripande riskanalyser som genomförts under året

- Inför sommaren för att säkerställa vård och omsorg samt hälso- och sjukvårdsinsatser under semestertid
- Digitalisering och digital signering
- Inför förändring av styrdokument gällande delegeringsprocessen
- Inför flytt av verksamhet inom äldreomsorgen
- Inför återöppnandet av särskilt boende för äldre efter stängning pga. pandemin
- Inför återöppnandet av dagverksamhet/daglig verksamhet efter stängning pga. pandemin
- Förvaltningens Krishanteringsplan har reviderats.
- I samband med revidering av instruktioner för delegering identifierades risker vid delegering av speciella uppgifter som t.ex. sugning av luftvägar och trakeostomiskötsel. Behov finns för samverkansriktlinjer mellan region och kommunerna i länet i syfte att klargöra ansvarsfördelningen mellan närvård och specialiserad vård, vilket är förmedlat till beredningsgrupp äldre. Beslut förväntas ske i länsstyrgruppen.

Mål och strategier inför 2021

Säkra läkemedelshanteringen inom verksamheterna

- Inom verksamheterna bidra till patientsäker vård på lika villkor för patienter som inte kan ansvarar för eller hanterar sina läkemedel d.v.s. har överlämnat hälso- och sjukvårdsansvar för läkemedelshantering.
- Digital signering av ordinationer inom alla verksamheter.
- Byta låssystem från nyckelhantering till loggningsbara kodlås på läkemedelsskåp i de boendes lägenheter. Gäller för särskilt boende utifrån en fastställd prioriteringsordning.
- Säker förvaring av läkemedel i ordinärt boende så att obehöriga ej har tillträde där ansvaret överförs till hälso- och sjukvården.
- Delegeringsprocessen ska följas upp, systematiskt utifrån styrdokument. Arbetet fortsätter under året.

Kvalitetssäkra dokumentation i patientjournal

- Systematisk kvalitetssäkring av slumpmässigt urval av patientjournaler per område där legitimerad personal har ansvar.
- För att stödja kvalitetssäkringsprocessen av patientjournaler och vårdplaner, initieras uppdrag inom verksamheten.
- Att få verkställighet i de förbättringsområden som identifieras i samband med granskningsarbetet. Arbetet fortsätter under året.

Säkra verksamhetsprocesserna utifrån riktlinjen Trygg hemgång och effektiv samverkan

- Skapa säkra rutiner för det interna arbetet kopplat till riktlinjen *Trygg hemgång och effektiv samverkan*. Arbetet fortsätter under året.

Palliativ vård och vård i livets slut

- Utifrån resultaten behöver styrande och stödjande dokument gällande vård i livets slut, revideras och utvecklas.
- Arbetssätt och kompetensbehov behöver förtydligas i syfte att nå målvärden för kvalitetsindikatorerna enligt palliativa registret. Syftet är att vårdgivaren ska erbjuda en god palliativ vård och vård i livets slut.

Redovisning av kvalitetsberättelse 2020 för vård- och omsorgsförvaltningen

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen till protokollet.

Sammanfattning av ärendet

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

Kvalitetsberättelsen beskriver förvaltningens kvalitetsarbete under kalenderåret 2020. I berättelsen framgår hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits, vilka resultat som uppnåtts samt vilka förbättringsområden som uppmärksammats.

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

Ärendets handlingar

- Kvalitetsberättelse 2020 Vård- och omsorgsförvaltningen, 2021-02-04

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Carlberg
Utredare

Beslutet skickas till: Communis, akten

Kvalitetsberättelse

2020

Vård- och omsorgsförvaltningen

Dnr: VON/2021:10-040

Datum: 2021-02-04

Handläggare: Lars Carlberg, Cecilia Nordqvist

Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen beskriver det övergripande kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen under kalenderåret 2020. I berättelsen framgår hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits, vilka resultat som uppnåtts samt vilka förbättringsområden som uppmärksammats.

Ny ledningsorganisation trädde i kraft 1 januari 2020, där framför allt de två tidigare verksamhetsområdena SÄBO (särskilt boende för äldre) och SOB (stöd i ordinärt boende, det vill säga hemtjänst och ledsagning) slogs ihop till ett verksamhetsområde kallat Äldreomsorg. Även strukturen inom det som tidigare kallades MYS (myndighets- och specialistfunktionen) förändrades och fick namnet Förvaltningskontoret, där medborgarfunktionen, kommunens hälso- och sjukvård, specialistfunktionen samt bemanningsenheten ingår.

Arbetet med att hantera pågående pandemi orsakad av viruset Covid-19 har naturligtvis haft stort fokus under året. Det har lett till förändringar och utveckling även inom vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete. Förmågan att på ett snabbt och säkert sätt kunna sprida ny information och nya eller uppdaterade rutiner inom verksamheterna har varit avgörande. Det pågår även ett arbete med att följa upp hur detta fungerat, och vilka lärdomar som gjorts. Under året har digitala hjälpmedel för möten och utbildningar på distans börjat användas i väldigt hög grad.

I vård- och omsorgsförvaltningen sker egenkontroller i olika former både på individ-, grupp- och förvaltningsnivå. Generellt kan konstateras att förvaltningen når relativt goda resultat i brukarundersökningar och att resultaten står sig väl i jämförelse med andra kommuner. Resultaten visar på att det i vissa fall finns stora skillnader mellan olika enheter i brukarnöjdhet.

Innehåll

Sammanfattning	2
Innehåll	3
Inledning	4
Innehåll och upplägg	4
Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under året	5
Kvalitetsledningssystem	5
Systematiskt förbättringsarbete.....	6
Resultat och analys.....	8
Egenkontroll.....	8
Klagomål och synpunkter	17
Avvikelser	17
Lex Sarah.....	22
Tillsynsbesök från Inspektionen från vård och omsorg.....	23
Riskanalys.....	23
Förbättringsområden för kommande år.....	24
Utveckling av kvalitetsledningssystemet.....	24
Utveckling av social dokumentation.....	24
Utveckla arbetet med värdegrunden	24

Inledning

Enligt Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, kap 7 § 1 bör den som bedriver socialtjänst (SoL) eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

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

Innehåll och upplägg

Kvalitetsberättelsen beskriver vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under 2020. I berättelsen framgår vad förvaltningen har vidtagit för åtgärder för att säkra en god kvalitet samt för att minimera risker och negativa händelser. Kvalitetsarbetet redovisas på en förvaltningsövergripande nivå samt att det görs några fördjupningar inom ett par centrala områden i kvalitetsarbetet.

Kvalitetsberättelsen är uppdelad i tre kapitel:

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

Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under året

Kvalitetsledningssystem

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

Utgångspunkt för arbetet

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

Förbättring av processer och rutiner

Under 2020 har förvaltningen arbetat vidare med att bygga upp en ny struktur på intranätet för att presentera och visualisera processer och rutiner för medarbetarna. Arbetet har handlat mycket om att lösa tekniska utmaningar utifrån den lösning som förvaltningen idag har. Det har även sammanfallit med övergången till Microsoft SharePoint som huvudsakligt fillagringsystem inom kommunens verksamheter. Först under senare delen av 2020 har arbetet med kvalitetsledningssystemet kunnat återupptas på allvar, och förvaltningens arbete med detta har även visat sig vara intressant för andra förvaltningar. I arbetet ingår också att se över vilka rutiner som finns i dagsläget, påkalla revideringar vid behov, ta bort styrdokument som är inaktuella och ta fram nya vid behov. Riktlinjen för definiering av styrdokument, processer och rutiner inom förvaltningen har reviderats och kommer att implementeras i allt vidare arbete.

Kvalitetsråd

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

Utbildningsfilmer och digital introduktion

Utbildningsfilmer om social dokumentation och vårdplaner för all omvårdnadspersonal finns på intranätet sedan tidigare. Under 2020 har vård- och omsorgsförvaltningen ställts inför nya ut-

maningar i och med covid-19 pandemin, och tagit fram ett mer omfattande digitalt utbildningspaket som finns på intranätet. Enhetschefer kan använda detta paket vid nyanställning, och det innehåller filmer, interaktiva utbildningar och text. Utbildningspaketet ersätter naturligtvis inte helt introduktion på enheterna, men är ett led i att kunna erbjuda stöd och en gemensam kunskapsbas för all brukarnära personal. Fortsatt utveckling av detta stöd kommer att ske under 2021, utifrån erfarenheterna som gjorts.

Social dokumentation och IBIC (Individens behov i Centrum)

Utvecklingsarbetet inom social dokumentation för utförarna har främst skett genom att vidareutbilda dokumentationsstödjare samt enhetschefer. Dokumentationsstödjarna är omvårdnadspersonal som ska ge sina kollegor stöd i vardagen med den sociala dokumentationen, samt utföra kvalitetsgranskning av dokumentationen på enheterna.

IBIC

Under 2020 har visst arbete skett med IBIC (Individens Behov i Centrum) inom förvaltningen. IBIC är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation för att utreda behov samt dokumentera och följa upp verkställighet. Strukturerad dokumentation och tydligare målbeskrivningar innebär en förenkling för både handläggare och omvårdnadspersonal när det gäller att hantera information, verkställa och följa upp insatser. Under inledningen av 2020 skulle de sista modulerna för IBIC i verksamhetssystemet läggas på i skarpt läge för alla verksamhetsområden, men det framkom att det fanns vissa brister i systemet som främst påverkade myndighetsfunktionens arbete. Detta ledde till att förvaltningen inväntade en uppdatering av verksamhetssystemet, som först planerades till februari, men sedan inte kunde genomföras förrän i slutet av augusti. Arbetet med implementering av IBIC fortsätter under 2021.

Utbildningar och träffar för omvårdnadspersonal

Planerade större träffar för dokumentationsstödjare och enhetschefer ställdes in under våren på grund av pandemin. Två mindre utbildningstillfällen för nya dokumentationsstödjare hölls dock under hösten, och utredare har deltagit på kvalitetsråd för att följa upp utförarnas arbete med genomförandeplaner och dokumentation. I december 2020 genomfördes tre digitala träffar med dokumentationsstödjare, enhetschefer och andra från de olika verksamhetsområdena. Träffarna hade fokus på att följa upp kvalitetsgranskningarna av social dokumentation, vidareutbildning inom ICF och IBIC, samt att fånga upp frågor och utvecklingsområden från verksamheterna. Formen med digitala träffar var uppskattad. Förvaltningen ser stora möjligheter med att kunna arbeta vidare på detta sätt, med Microsoft Teams som en plattform för utbildning och informationsspridning.

Systematiskt förbättringsarbete

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

RisKFörebyggande arbete och riskanalys

Riskanalyser innebär ett framåtblickande och förebyggande arbetssätt och syftar till att upptäcka brister i verksamhetens kvalitet innan de får konsekvenser. Riskanalyser och riskbedömningar görs på individnivå och på verksamhetsnivå. Vid organisationsförändringar eller förändrade arbetssätt genomförs risk- och konsekvensanalyser. Utifrån intern kontroll som regleras i kommunallagen upprättar förvaltningen årligen en internkontrollplan som följs upp i slutet av året. Internkontrollplanen revideras årligen utifrån en förnyad prövning genom risk- och konsekvensanalys. Under 2021 kommer risk- och konsekvensanalys att vara ett prioriterat utvecklingsområde inom vård- och omsorgsförvaltningen.

Avvikelser, klagomål, synpunkter och lex Sarah

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

Förvaltningsövergripande egenkontroll av avvikelser

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

Tertialvis rapport kring övergripande arbete med avvikelser

Från och med 2020 arbetar vård- och omsorgsförvaltningen med att varje verksamhetsområde tertialvis analyserar och sammanfattar sin avvikelshantering i en rapport. I rapporten finns även övergripande åtgärder och handlingsplan med uppföljning. Under 2020 gjordes denna rapport för delår och helår på grund av Corona-pandemin.

Sprida kunskap om händelser och åtgärder

Förvaltningen har arbetat med att utveckla former för att återföra kunskap från avvikelser mellan områdena. Ett förvaltningsövergripande möte för att summera erfarenheter från avvikelser, lex Sarah och lex Maria har hållits under i februari 2021. Summeringsmötet anordnas av utredare och medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS). Chefer, brukarnära personal och hälso- och sjukvårdspersonal deltar. Syftet med mötet är att dra lärdom från utredningar, sprida kunskap om händelser och åtgärder för att minska risken att liknande händelser inträffar igen i verksamheten.

Egenkontroll

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

Analysdagar

Under slutet av 2019 och början av 2020 genomfördes analysdagar inom verksamhetsområdena där verksamhetschef och enhetschefer deltog. Analysdagarna anordnas av utredare och kvalitetsutvecklare på förvaltningen. Syftet med analysdagarna är att samla resultat verksamheten har fått in under året, analysera dessa och skapa en bild över styrkor och förbättringsområden. Det handlar om att få en helhetsbild av verksamheten och ta fram en handlingsplan för det fortsatta kvalitetsarbetet för verksamhetsområdet. Utifrån analyserna har en handlingsplan sammanställts som utgjorde underlag till verksamhetsplanering och vilka aktiviteter som ska genomföras för att uppnå verksamhetens mål. Fokus har varit på resultatmålen under området trygg vård och omsorg i kommunplanen 2019 - 2022.

Resultat och analys

Egenkontroll

Nedan redovisas ett urval av egenkontroller och resultat för 2020. För att få en kontinuitet i granskningen väljer vi att som föregående år titta närmare på fem kvalitetsområden: *bemötande, förtroende och trygghet, aktiviteter, måltider, delaktighet och inflytande* samt *anhörigstöd*. Dessa områden är kopplade till resultatmål under målområdet trygg vård och omsorg i Katrineholms kommuns kommunplan 2019 - 2022. I redovisningen presenteras resultat från brukarundersökningar, Sveriges Kommuner och Regioners undersökning Kommunens Kvalitet i Korthet samt egna kvalitetsgranskningar av social dokumentation och akter inom myndighetsutövningen.¹ Som en del i förvaltningens arbete med åtagandena i Katrineholms kommuns handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR² redovisas statistik konsuppldelat där det är möjligt. Vård- och omsorgsförvaltningen tittar också på skillnader mellan enheter där det är möjligt, till exempel i samband med verksamhetsplanering, utifrån att man som brukare skall ha möjlighet att få samma vård och omsorg oberoende av var man bor.

Socialstyrelsens nationella brukarundersökning Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2020

Särskilt boende för äldre - 134 svarande. Svarefrekvens 40 procent.

Hemtjänst - 256 svarande. Svarefrekvens 54 procent.

Enkäten skickades ut och besvarades under april-maj, alltså när den första vågen av Covid-pandemin var som mest påtaglig, vilket kan ha bidragit till lägre svarefrekvens än tidigare år.

Sveriges Kommuner och Regioners brukarundersökning inom funktionshinderområdet

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

(Gäller för undersökning gjord 2019)

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

(Gäller för undersökning gjord 2020)

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

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

Bemötande, förtroende och trygghet

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

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket
Personalkontinuitet inom hemtjänsten, antal personal som en brukare inom hemtjänsten möter under 14 dagar, medelvärde	15	16	16	16	15
Boende på gruppboende enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	82%	-	79%	84%	-
Boende på serviceboende enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	72%	-	73%	71%	74%
Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	82%*	85%	86%	84%	83%
Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten, andel (%)	82%	86%	85%	87%	-
Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo på ett särskilt boende, andel (%)	89%	88%	83%	95%	88%

* Utfallet avser 2017.

Brukarundersökningarna visar att de allra flesta med äldreomsorg upplever att de känner sig **trygga med boendet och personalen**. De tre frågorna inom särskilt boende för äldre som rör frågorna om bemötande, trygghet och förtroende för personalen ligger kvar på samma nivå som förra året. Katrineholm ligger på rikssnittet i fråga om att känna sig trygga i sitt boende och att ha förtroende för personalen. Sammantaget är Katrineholmsborna nöjdare med sitt särskilda boende för äldre än riksgenomsnittet. Inom hemtjänst ligger dessa frågor kvar på ungefär samma resultat som förra året och på riksgenomsnittet.

Under 2020 har brukarundersökning inom funktionsstöd genomförts på daglig verksamhet LSS och daglig sysselsättning SoL. 85 procent av brukarna som svarat i undersökningen upplever sig trygga med personalen, vilket är en ökning jämfört med förra gången som undersökningen genomfördes 2017. Det är något högre än riket, vilket även gäller frågorna **förstår personalen vad du säger** och **pratar personalen med dig så att du förstår**. För dessa två frågor är dock männen något mer positiva än kvinnorna. På frågan om det **finns någonting man känner sig rädd för på sin dagliga verksamhet** är det något fler kvinnor som svarat att de upplever rädsla för något. Svarefrekvensen för denna undersökning var låg, men verksamhetsområdet funktionsstöd arbetar generellt med att i individuella genomförandeplaner och i andra sammanhang få mer information kring vad som skapar trygghet hos brukarna och om det finns något de är rädda för. På frågan om man **trivs på sin dagliga verksamhet** svarar 89 procent ja, vilket är något högre än i riket som helhet. Något större andel av kvinnorna svarar att de trivs, jämfört med männen.

Det totala utfallet för **personalkontinuiteten inom hemtjänsten** 2020 var 16 medarbetare som en hemtjänsttagare möter under en tvåveckors mätperiod. Detta är en försämring jämfört med 2019 då utfallet var 15. Genomsnittet för riket är 15 personer. Mätningen avser brukare som har minst två insatser varje dag och inte har varit frånvarande någon gång under mätperioden. En lägre siffra ses som ett bättre resultat. Om många olika personer kommer in i hemmet för att utföra insatser finns det risk att kvaliteten blir lidande. Personalkontinuiteten har varierat år från år och under de senaste sex åren har utfallet varierat mellan 13 och 16 personer. När det gäller personalkontinuiteten så följs även de enskilda enheternas resultat upp, och diskuteras på analysdagar inför verksamhetsplanering. För 2020 beror det försämrade resultatet främst på att flera medelstora hemtjänstenheter haft något sämre resultat när det gäller personalkonti-

nuiteten under mätperioden. Däremot har de två största hemtjänstenheterna inte försämrat sina resultat och den allra största enheten med flest brukare med i sammanställningen har till och med förbättrat resultat, 18, jämfört med 2019 då resultatet var 19. Det går också att se att för de allra största enheterna så har både antalet brukare som möter fler än 20 personal, samt antalet medarbetare som den brukare som möter allra flest personal, sjunkit något.

Analys och förbättringsområden

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

Även om resultatet inom flera delar är goda så är detta ett område som verksamheten ständigt behöver arbeta med. Inom funktionsstöd är trygghet och bemötande ett prioriterat utvecklingsområde, främst utifrån avvikelser och lex Sarah-utredningar. Ett annat utvecklingsområde är att fortsätta arbeta för en god kontinuitet inom hemtjänsten när det gäller både personal-, tid- och omsorgskontinuitet. I handlingsplanen som togs fram under analysdagarna inför verksamhetsplanering 2020 tydliggjordes att verksamheten ska arbeta med att skapa mindre arbetslag i grupper där det är relevant, och dra lärdom av varandra i det fortsatta arbetet. På grund av situationen med pandemin under 2020 hamnar detta utvecklingsarbete snarare under 2021.

Under år 2019 och 2020 kom signaler om att arbetet med värdegrundsfrågor behöver stärkas. Inom framförallt särskilt boende för äldre finns särskilda värdegrundshandledare med uppgift att guida sina kollegor i det dagliga arbetet kring brukarna. Förvaltningsledningen planerade en övergripande satsning med att förstärka värdegrundsarbetet under 2020, men på grund av pandemin har detta inte påbörjats i den grad som var tänkt.

Aktiviteter

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

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter på vardagar, andel (%)	100%	100%	54%	-	-
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen, andel (%)	74%	73%	43%	-	-
Brukare inom hemtjänsten med biståndsbeslut om social samvaro/promenad, andel (%)	45%	42%	-	47%	34%
Äldre som svarar att de är ganska/mycket nöjda med de aktiviteter som erbjuds på sitt särskilda boende, andel (%)	74%	67%	60%	64%	71%
Äldre i särskilt boende som svarar att de upplever att möjligheterna att komma utomhus är ganska/mycket bra, andel (%)	66%	72%	56%	69%	78%

Andelen som svarar att de är **nöjda med de aktiviteter som erbjuds på äldreboendet** har minskat något sedan förra året. Det beror troligen på pandemin. Katrineholm ligger fortsatt högre än riksgenomsnittet med sju procentenheter. Däremot har resultatet på frågan om **möjligheterna att komma utomhus är bra** ökat något, från 66 procent 2019 till 72 procent 2020. Motsvarande siffra för riksgenomsnittet är 56 procent, vilket är en minskning med två procentenheter sedan 2019. Jämfört med riket har Katrineholms kommun klarat av att kunna erbjuda utevistelse i ganska hög grad, men det är stor skillnad mellan olika enheter och även mellan män och kvinnor.

Av de som bor i ordinärt boende i Katrineholm med stöd av hemtjänst upplevde 46 procent att de **inte besväras av ensamhet**. Motsvarande siffror för de som bor på särskilt boende för äldre är att 35 procent svarar att de inte besväras av ensamhet, vilket innebär att en större andel brukare upplever ensamhet än 2019. Det ligger nära till hands att förklara denna skillnad med besöksförbudet på särskilt boende i Katrineholms kommun. Inom både hemtjänst och särskilt boende är det en större andel kvinnor än män som rapporterar både lättare och svårare besvär med ångslan, oro och ångest. För hemtjänsten är det en något större andel än i riket men däremot inte för särskilt boende.

Medborgarfunktionen följer upp indikatorn **beviljade insatser av social tid och promenad inom hemtjänsten** årligen. Av totalt 1021 personer, 385 män och 636 kvinnor, som har omvårdnad och service inom hemtjänsten är det 42 procent som har biståndsbeslut social samvaro och/eller promenad. 47 procent av kvinnorna har social samvaro och/eller promenad och 34 procent av männen. Brukarna kan ha båda insatserna beviljade eller bara en av dem. Det är svårt att avgöra varför fler kvinnor än män har insatserna social tid och promenad, och det krävs mer analys.

Analys och förbättringsområden

Det är viktigt att följa dessa indikatorer för att alla brukare ska få möjlighet till en meningsfull vardag och kunna påverka hur de vill ha sin utevistelse. Deltagande i olika aktiviteter har flera positiva hälsoeffekter och spelar en viktig roll för till exempel möjligheten till delaktighet, gemenskap och social samvaro. Arbetet med att anordna sociala aktiviteter för brukarna är en prioriterad uppgift inom verksamheten. Samtliga enheter inom särskilt boende för äldre anordnar aktiviteter sju dagar i veckan (två på vardagar och en på helgen) och har en anslagstavla där aktiviteterna annonseras i förväg. Samtliga enheter erbjuder också utevistelse varje dag. Det är något sämre resultat än föregående år gällande nöjdhet kring aktiviteter. I jämförelse med riket ligger Katrineholm däremot fortfarande väl till både när det gäller nöjdhet och erbjudande av aktiviteter. För att behålla och stärka detta resultat kommer fokus under 2021 att vara att bli ännu bättre på att följa upp och ta reda på vilka aktiviteter brukarna vill ha, till exempel utifrån de individuella genomförandeplanerna. Utgångspunkten är att brukarna ska uppleva att aktiviteter som genomförs är meningsfulla. Det handlar även om att synliggöra och informera om aktiviteter som genomförs.

Under 2019 initierades en struktur för formaliserad samverkan mellan vård- och omsorgsförvaltningen och kulturförvaltningen. Detta arbete stannade dessvärre av något under 2020 på grund av corona-pandemin, och kommer förhoppningsvis att kunna återupptas under 2021. Syftet skulle vara att bidra till att verksamheternas gemensamma målgrupper erbjuds en bred och anpassad kulturell verksamhet, bland annat genom att utveckla innehållet i den biståndsbedömda insatsen social tid. Personal har tagit med pussel, memory-spel eller genomfört tipspromenad under insatsen. Vidare påbörjade förvaltningen ett gott samarbete med frivilliga nätverkare som ger verksamheten goda förutsättningar till en bredd av olika aktiviteter och kulturupplevelser. I dagsläget har förvaltningen 90 - 100 frivilliga nätverkare med spridning inom äldreomsorgens verksamheter, och även om verksamheten avstannade något under 2020 har ändå vissa aktiviteter fortsatt eller åter startats upp under hösten.

Måltider

Resultatmål: Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket
Äldre på särskilt boende som har möjlighet att välja mellan olika maträtter, andel (%)	37%	33%	-	-	50%
Brukare i särskilt boende vars nattfasta är mindre än 11 timmar (med hänsyn taget till den enskildes önskemål), andel (%)	42%	-			
Äldre som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende, andel (%)	79%	76%	73%	81%	75%
Äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende oftast/alltid är en trevlig stund på dagen, andel (%)	72%	71%	71%	71%	70%

Andelen som svarade ja på frågan "Upplever du att måltiderna på ditt äldreboende är en trevlig stund på dagen?" minskade med sju procent mellan 2018 och 2019. År 2020 var andelen oförändrad, med 71 procent. Det är i nivå med riket.

Från att ha varit en fråga där kvinnor och män svarade olika, utjämnades skillnaderna 2020. År 2019 svarade 80 procent av männen och 68 procent av kvinnorna att måltiderna i det särskilda boendet för äldre är en trevlig stund på dagen.

På vård- och demensboenden skiljde det ännu mer år 2019. 90 procent av männen och 70 procent av kvinnorna svarade då positivt. I vård- och demensboendena är det fortfarande en liten skillnad, då männen svarar något mer positivt.

Svaren skiljer mycket mellan olika enheter, mellan 55 och 93 procent positiva svar.

De svarande som är 80 år eller äldre är mer positiva än de yngre, 65 – 79 år (79 jämfört med 62 procent). Av dem som rapporterar att deras hälsotillstånd är mycket eller ganska bra tycker 83 procent att måltiden är en trevlig stund på dagen, medan 74 procent av de som rapporterar att deras hälsa är någorlunda eller dålig tycker så.

På riksnivå är det ingen skillnad mellan könen och nästan ingen skillnad mellan åldersgrupperna bland brukare i särskilt boende för äldre vad gäller rapporterad trivsel vid måltiderna. Men av de som rapporterar att måltiden är en trevlig stund på dagen är det 19 procent högre andel som även har rapporterat god hälsa.

Vård- och omsorgsförvaltningens mål är att andelen brukare i äldreomsorgen vars nattfasta är kortare än elva timmar ska öka, detta med hänsyn till den enskildes önskemål. Med nattfasta avses tiden mellan en dags sista mål och följande dags första mål, det vill säga tiden under natten då en person inte äter eller dricker något som ger nämnvärd energi. Förvaltningen kan tyvärr inte presentera några resultat för mätning av nattfasta 2020. Tidigare mätningar visar dock på att detta fortfarande är ett utvecklingsområde.

Hur smakar maten?

Maten smakar oftast mycket bra eller ganska bra, svarade 82 procent av kvinnorna och 79 procent av männen år 2018. Året efter var i stället männen mer positiva med 83 procent positiva svar jämfört med kvinnornas 77 procent. År 2020 hade andelen positiva svar från kvinnor minskat ytterligare till 73 procent medan männens nöjdhet hade minskat marginellt till 81 procent.

I demensboende specifikt är skillnaden mellan könen större än i särskilt boende för äldre som helhet år 2020. Av männen i demensboende svarade 90 procent att de tycker att maten oftast smakar mycket bra eller ganska bra medan 77 procent av kvinnorna svarar så.

I Vad tycker äldre om äldreomsorgen år 2020 svarade en lägre andel av kvinnorna, 72 procent, jämfört med 90 procent av männen (totalt 79 procent) av dem som bor i särskilt boende för äldre i Katrineholm att maten brukar smaka mycket eller ganska bra. Av dem som bor i Igelkotten svarade 83 procent av kvinnorna men bara 50 procent av männen (totalt 73 procent) så.

Om vi jämför åldersgrupper i Vad tycker äldre om äldreomsorgen 2020 visar det sig att den yngre gruppen, 65–79 år, i särskilt boende för äldre i Katrineholm är mer negativ än den äldre. 63 procent säger att maten smakar mycket eller ganska bra, jämfört med 83 procent av dem över 80 år. Av 65–79-åringarna som bor i Igelkotten svarade 86 procent att maten brukar smaka mycket eller ganska bra medan en lägre andel, 70 procent, av de som är 80 år eller äldre och bor i Igelkotten svarade så.

Relaterat till rapporterad hälsa svarade de med mycket eller ganska gott hälsotillstånd mer positivt än de som rapporterar någorlunda, ganska eller mycket dåligt hälsotillstånd. I särskilt boende för äldre är svaren 89 procent jämfört med 75 procent. Bland de som bor i Igelkotten är svaren 80 jämfört med 70 procent.

I riket är det ingen skillnad i hur personer i särskilt boende för äldre tycker att maten smaker mellan åldersgrupperna och mycket liten skillnad mellan könen. Däremot är de med bättre upplevd hälsa 14 procent mer positiva till hur maten smakar jämfört med personer som rapporterar sämre hälsa.

Analys och förbättringsområden

Maten och måltidsmiljön har stor betydelse för de äldres livskvalitet och välbefinnande samt har en viktig roll för att förebygga och/eller bromsa sjukdom och ohälsa som undernäring. Vård- och omsorgsförvaltningen har tidigare år genomfört en rad insatser för att utveckla arbetet runt mat och måltider. Det finns ett fortsatt behov av att arbeta med måltidssituationen samt att fortsätta arbetet med att minska nattfastan. Genom att sprida ut måltiderna jämnt över den vakna delen av dygnet ges möjligheter att optimera energi- och näringsintaget.

Måltidsprogrammet 2020-2023, i samverkan med service- och teknikförvaltningen, syftar till att fortsätta utveckla samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och dietist för att förebygga och behandla vid undernäring. Kvalitetsgranskningen av social dokumentation pekar mot att genomförandeplaner i allmänhet har beskrivning om önskemål och behov i samband med måltiderna för den enskilde. Det är dock ett fortsatt arbete att omsätta mer av brukarnas individuella önskemål och behov i måltidssituationen. På särskilt boende för äldre finns måltidsombud, det vill säga omvårdnadspersonal som arbetar riktat med att utveckla måltidssituationen.

Vård- och omsorgsförvaltningen i samverkan med service- och teknikförvaltningen har infört Valfrihet i matlådan. Från och med mars 2020 erbjuds brukare inom hemtjänsten val mellan tio rätter per vecka. Assistenterna på vård- och omsorgsförvaltningen hanterar beställningarna och kontakterna med brukarna kring detta.

På särskilt boende för äldre samt dagverksamhet finns möjlighet att genomföra så kallade sociala måltider. Då äter en omvårdnadspersonal på avdelningen ihop med brukarna, vilket både syftar till att skapa en trivsammare gemenskap i måltidssituationen och att kunna iaktta förändringar hos brukarna i förmågan att inta mat och dryck och behovet av stöd. Framför allt sker detta på demensavdelningar.

Delaktighet och inflytande

Resultatmål: Ökad möjlighet till delaktighet och inflytande

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket
Brukarbedömning gruppboendestad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)*	75%	-	85%	67%	78%
Boende på serviceboendestad enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)*	82%	-	80%	83%	83%
Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	70%**	72%	71%	73%	73%
Brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	90%	86%	85%	88%	88%
Brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd, andel (%)	64%	55%	56%	55%	59%
Brukare inom särskilt boende som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	83%	82%	85%	76%	79%
Äldre inom särskilt boende som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen, andel (%)	63%	65%	63%	69%	60%

*Undersökningen genomförs från och med 2019 ojämnt år på grupp- och serviceboendestäder och jämnt år på daglig verksamhet/daglig sysselsättning. ** Utfallet avser 2017, under 2018 gjordes ingen undersökning.

De flesta inom både särskilt boende för äldre och personer med hemtjänst tycker att personalen alltid eller oftast brukar ha **tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete** hos dem, 78 respektive 81 procent. Det är ingen könsskillnad i svaren i särskilt boende men i hemtjänst är det något högre andel män som tycker så. Även de flesta anser att **personalen tar hänsyn till den äldre egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras**. För personer med hemtjänst är Katrineholm lite under riksgenomsnittet. I särskilt boende är det en något lägre andel som svarar positivt men det är ändå över riksgenomsnittet. En lägre andel av männen än kvinnorna i särskilt boende svarar att personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål. I särskilt boende svarar 65 procent att de kan **påverka vid vilka tider som personalen kommer**. På denna fråga har skillnaden mellan könen minskat så att männen från att ha upplevt mycket högre kontroll än kvinnor nu i något högre grad än kvinnor svarar att de kan påverka vid vilken tid de får hjälp. I hemtjänst har andelen positiva svar på frågan sjunkit och är nu lägre än riksgenomsnittet. Män och kvinnor svarar lika på frågan.

Betydligt fler av dem som bor i ordinärt boende med hemtjänst uppger att personalen alltid eller oftast **informerar om tillfälliga förändringar** jämfört med dem i särskilt boende för äldre, 62 procent jämfört med 45 procent. I hemtjänst svarar 70 procent av männen men bara 57 procent av kvinnorna att det är så men i särskilt boende är det ingen skillnad. Tillfälliga förändringar kan vara byte av tid eller dag för insatsen, förseningar eller personaländringar.

Brukarundersökningen Funktionsstöd som 2020 genomfördes på daglig verksamhet pekar mot att brukarna ges möjlighet att **vara med att bestämma om sådant som är viktigt för dem**, men resultatet är något lägre än i riket. 90 procent av de som svarat säger att det som de som **gör på den dagliga verksamheten är viktigt för dem**, vilket är 6 procentenheter högre än i riket som helhet.

Analys och förbättringsområden

Inflytande och delaktighet är viktiga aspekter för att möjliggöra för den enskilde att själv påverka den egna livssituationen. Den enskildes medverkan är viktig både när vården och omsorgen ska planeras

och när den utförs. Resultaten visar både inom äldreomsorg och inom funktionsstöd att det fortsatt finns ett utvecklingsarbete med att öka känslan av delaktighet för brukare inom förvaltningen. Resultaten inom äldreomsorgen visar att frågor som relaterar till "tid" är ett förbättringsområde (kan påverka vilka tider man får hjälp, meddela i förväg om tillfälliga förändringar). Ett fortsatt arbete, som togs upp i verksamhetsplaneringen redan inför 2020 är bland annat att se över och implementera rutiner för att informera brukare om förändringar. Det handlar även om att synliggöra och gå igenom genomförandeplanen när den är fastställd med brukare och eventuella anhöriga, för att gå igenom tider för insatser.

Anhörigstöd

Resultatmål: Anhörigstödet ska utvecklas.

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med stöd till anhöriga på flera sätt i verksamheterna. Varje verksamhetsområde har en handlingsplan utifrån den länsgemensamma strategin för stöd till anhöriga. Vård- och omsorgsförvaltningens *anhörigstöd på anhörigcentralen* erbjuder flera olika aktiviteter riktade direkt till anhöriga för målgruppen inom förvaltningen. Anhörigstödet erbjuder anhöriga utbildningar och aktiviteter utifrån behov.

Anhörigstödet program för våren genomfördes som vanligt till mitten av mars, i form av anhörigutbildningar, anhöriggrupper, enskilda samtal, informationer och föreläsningar, anhörigstöd på landsbygden samt prova på massage. Under 13 mars - 10 augusti ställdes alla sammankomster in på grund av pandemin, och samtal med enskilda anhöriga skedde över telefon eller utomhus. Alla träffar, utbildningar och föreläsningar skedde sedan digitalt från och med november. Några grupper ställdes in då omständigheterna för de anhöriga var sådana att digital utbildning inte var lämplig.

Anhörigstödet har deltagit på APT för att informera och diskutera anhörigperspektiv med arbetsgrupper och ledningsgrupp på funktionsstöd. Anhörigstödet har även påbörjat framtagande av samtalsmaterial för personal som möter anhöriga i våra verksamheter.

I oktober genomförde kommunens anhörigstöd en kampanj i sociala medier i samband med nationella anhörigdagen. Årets anhörigvecka blev annorlunda jämfört med andra år, men verksamheten har skapat något nytt och har precis som tidigare arbetat över förvaltningsgränserna.

De månader som anhörigstödet haft öppet under året, januari till mars och augusti till december, har verksamheten haft kontakt med 135 anhöriga, varav 96 personer var nya deltagare. Av de 135 anhöriga är den största andelen kvinnor, 80 procent.

Inom vård- och omsorgsförvaltningen ges också direkta insatser som riktar sig till anhöriga. Dessa är biståndsbedömda och beslutade enligt SoL och LSS. Exempel på direkta individuella insatser är *avlösning i hemmet* och *korttidsplats*, det vill säga trygghetsplats/växelvård inom äldreomsorgen. I vård- och omsorgsförvaltningen kan avlösning för äldre ges upp till 20 timmar per månad, avgiftsfritt. Avlösning eller avlösarservice syftar till att ge anhöriga som vårdar och stödjer en närstående avlastning i omvårdnadsarbetet. Insatsen ges i hemmet för att anhöriga ska få tid till annat och samtidigt veta att den närstående får hjälp och stöd på ett tryggt sätt. Resultatet av aktgranskningen på medborgarfunktionen visade att utredningarna avseende avlösning över lag är tillfredsställande. I november 2020 har totalt 105 personer pågående beslut om avlösning, 62 män och 43 kvinnor. Av dessa har 25 män och 18 kvinnor fått beslut under 2020. Omprövning av beslut granskas inte, inte heller utredningar för personer som fått beslut och avlidit under året. Detta innebär att totalt granskade utredningar är 27 (11 kvinnor och 14 män). De akter som granskats enligt LSS avser barn. Utredningarna är förenklade och innehåller i stort sett autotext om att den enskilde har rätt till avlösning för att ge anhöriga avlastning i omvårdnadsarbetet. Detta innebär i sin tur att de uppgifter som skickas till utförare för att de ska kunna genomföra uppdraget inte innehåller alla nödvändiga uppgifter. Det innebär att utförare får svårt att upprätta genomförandeplaner.

Analys och förbättringsområden

Arbetet fortsätter utifrån den läns gemensamma strategin för stöd till anhöriga samt kopplas samman med Artikel 17 – Vård av andra anhöriga i Handlingsplanen för jämställdhet enligt CEMR. Vid kontakt med anhöriga ska ett genusperspektiv tillämpas. Ett förbättringsområde i handläggningen är att diskutera om utredningar om avlösning, framför allt den avgiftsfria, behöver innehålla mer anhörigperspektiv eftersom insatsen riktar sig till den anhörige.

Kvalitetssäkring av Social dokumentation

Inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter har 86 kvalitetsgranskningar av brukares sociala dokumentation gjorts under 2020. Med social dokumentation menas genomförandeplaner och utförarnas genomförandejournal, och den är av stor vikt för att kunna ge ett individuellt anpassat stöd. Granskningarna görs av personer inom verksamheterna, så kallade dokumentationsstödjare. Ofta görs granskningen tillsammans med den som skrivit genomförandeplanen, för att det skall ingå i en lärande process.

Merparten av granskningarna har gjorts på särskilt boende för äldre samt funktionsstöd. En ny granskningsmall togs fram inför 2020 som är nära kopplad till kommunens resultatmål och verksamhetsområdenas planering. Granskningarna mäter dels om olika viktiga områden finns med i genomförandeplanen, men också hur väl man i planeringen beskrivit dem, eftersom målet är att genomförandeplanen alltid skall vara ett praktiskt och lättförståeligt arbetsverktyg. Resultatet visar på fortsatta utvecklingsområden, till exempel när det gäller hur brukarnas delaktighet i sin planering beskrivs. Det går också att se skillnader i fokus hos verksamhetsområdena, till exempel har man på särskilt boende för äldre arbetat med att få in nattperspektivet i genomförandeplanen, så att det nu finns beskrivet i 80% av de granskade planerna. Detta har inte varit lika aktuellt att arbeta med för de enheter som i år gjort många granskningar på funktionsstöd, till exempel resurscenter (daglig verksamhet).

Det finns i allmänhet beskrivet hur själva omvårdnaden och måltidssituationen skall gå till. Men även här ser man möjligheten att utveckla dokumentationen mer mot "hur" brukaren tillsammans med personalen överenskommit hur insatserna skall gå till, snarare än bara "vad" insatsen är. Utifrån kvalitetsgranskningarna ser både förvaltningen och verksamheterna själva behov av fortsatt arbete med att i genomförandeplanerna beskriva vad som gör brukarna trygga och vad som är ett bra bemötande för brukaren. Det har skett ett stort arbete med att fånga upp detta redan under 2020, och i nästan alla granskade genomförandeplaner på särskilt boende för äldre och över hälften på Funktionsstöd finns det beskrivet. I de fall detta finns med i den granskade dokumentationen ser de som granskat tydligt fördelarna med att dessa områden finns med.

Det framkommer också att ett fortsatt arbete med kvalitetsuppföljning av genomförandejournaler krävs, då granskningarna visar att journalföringen i vissa fall kan vara svår att följa. Kvalitetsgranskningar och övrigt arbete belyser även att det finns stora skillnader mellan olika enheters kompetens inom social dokumentation, och att punktinsatser behöver göras, bland annat genom att säkerställa att det finns dokumentationsstödjare på alla enheter och att dessa får utbildning och möjligheter att stötta övrig personal.

Aktgranskning inom medborgarfunktionen

För aktgranskningen har ett antal akter/utredningar granskats för att säkerställa rättssäkerhet. Urvalet består av akter med nya beslut om avlösning och kontaktperson enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL). Under perioden den 1 januari – 30 november 2020 fattades 11 nya beslut (inte omprövningar) samt 3 beslut om avslag avseende insatsen kontaktperson enligt LSS och 3 beslut som bistånd enligt SoL, inom socialpsykiatri.

Resultatet av granskningen avseende kontaktperson är sammanfattningsvis att utredningarna som helhet är kvalitetsmässigt goda. Dock finns förbättringsområden för handläggningen. Avseende bedömning av barnets bästa behöver den delen beaktas vid utredning. Vidare

genomgång av barnperspektiv och diskussioner om detta behövs. Individuella målsättningar för insatsen behöver förbättras.

Uppföljning av organisationen

Utifrån den uppföljning som genomfördes av ledningsorganisationen trädde den nya organisationen i kraft 1 januari 2020. Inom följande områden har behov av förbättringar uppmärksamats: ledning och styrning, lärande organisation, intern kommunikation, intern samverkan, värdegrund och fackliga samverkan. Arbete har påbörjats inom dessa områden och vissa åtgärder har genomförts.

Klagomål och synpunkter

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

Avvikelser

Under 2018, 2019 och 2020 har avvikelsehanteringen varit ett prioriterat område på förvaltningen. När det gäller 2020 har verksamhetsområdena för första gången genomfört övergripande analyser för delår och helår på ett gemensamt och strukturerat sätt med tillhörande handlingsplaner, och i kvalitetsberättelsen 2020 lyfts dessa analyser fram.

Totalt sett har förvaltningen 2020 något färre avvikelser än tidigare, både 2019 och 2018. Av totalt 3577 inrapporterade avvikelser har 2441 bearbetats och avslutats vid årets slut. Det ger en bild av hur många avvikelser som hanteras av enhetschefer och legitimerad personal i verksamheten. Inom äldreomsorgen samt socialpsykiatri rapporteras och bedöms avvikelser enligt SoL. Inom verksamhetsområdet funktionsstöd, det vill säga gruppboende, serviceboende, personlig assistans, daglig verksamhet samt barn och ungdom, rapporteras och bedöms avvikelser enligt LSS. I statistiken ingår även avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). En djupare analys kring dessa återfinns i patientssäkerhetsberättelsen.

Statistiken i tabellen nedan togs fram ur verksamhetssystemet den 3 januari 2021. Kolumnen "Ej bedömd" betyder att det vid årsskiftet fanns avvikelser där val av lagrum ännu inte gjorts och bearbetning i systemet ännu inte är genomfört. Av samtliga avvikelser under 2020 står 792 avvikelser som ej bedömda, vilket är 22 % av avvikelserna. Merparten av dessa avvikelser är från årets sista tre månader, främst december. Av de avvikelser som finns i systemet vid utgången av 2020, avslutade eller under bearbetning, har 2681 stycken minst en åtgärd registrerad.

Totala antalet avvikelser per verksamhetsområde för helår 2020

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

* Under Förvaltningskontoret ligger även avvikelser som rapporterats och utretts av externa hemtjänstutförare. De externa utförarnas avvikelsehantering har diskuterats på samarbetsträffar med respektive företag under 2020. Endast två avvikelser härrör från förvaltningens egen Medborgarfunktion.

Avvikelser på enhetsnivå

Det finns några enheter som står ut med många ej bedömda avvikelser, och uppföljning av detta kommer att göras under 2021. I vissa fall går det att koppla till chefsbyten och eftersläpning. Vid chefsbyten och nyanställningar får nya chefer en två timmars genomgång om lex Sarah och avvikelshanteringen, med möjlighet till återkoppling efter en tid. Det finns några verksamheter som har mycket få "ej bedömda" avvikelser, där alla avvikelser är antingen under bearbetning eller avslutade, trots att vissa stora enheter har många avvikelser. Fortsatt arbete behöver göras med att säkerställa att avvikelshanteringen ligger i fas på alla enheter. Särskilt behöver samarbete mellan legitimerad personal och enhetschef beaktas för att löpande kunna hantera läkemedelsavvikelser.

Analys av avvikelser och handlingsplan inom verksamhetsområdet Funktionsstöd

Det mest förekommande området för avvikelser är läkemedelshantering, där den vanligaste orsaken är missade signeringar. Utifrån detta arbetar alla enhetschefer på arbetsplats-träffar tillsammans med medarbetarna för att se över och hitta nya arbetssätt för att minska detta. I hanteringen av dessa avvikelser är också sjuksköterska med. Att skriva avvikelser gällande hantering av läkemedel är väl känt och uppfattas som tydligt och enkelt för medarbetarna. Funktionsstöd har 31 avvikelser som rör området bemötande under året. När det gäller att skriva avvikelser på utebliven omvårdnad, brister i omvårdnad eller bemötande så upplevs det otydligare och svårare för medarbetare att veta hur och när de ska skriva. Kunskap inom avvikelse kopplat till LSS är generellt dålig och det är en av de åtgärder som området behöver fokusera på. Det behöver också klargöras i systemet när man väljer HSL eller LSS, det upplevs att många medarbetare fyller i LSS eftersom de jobbar inom detta område, inte att de fyller i område kopplat till själva avvikelstens art, till exempel att man utför en delegerad uppgift och då skall skriva avvikelsten under HSL.

Inom avvikelseområdet "fall" är dessa avvikelser kopplade till ett litet antal brukare, några av dem är äldre och bor på servicebostad där det är svårt att anpassa bostaden. Behovet för dessa brukare kan vara annat typ av boende, och detta har lyfts i samband med boendeplanering. Tät samverkan med sjuksköterska pågår gällande dessa avvikelser för att hitta individuella åtgärder.

En ny rutin för kvalitetsråd har tagits fram inom Funktionsstöd, där en del bland annat handlar om avvikelser som en stor del i kvalitetsarbetet. Där tar man upp särskilt allvarliga avvikelser (lex Sarah, lex Maria) samt tittar på sammanställning av avvikelser för hela chefsområdet för att se mönster och sedan arbeta fram åtgärder. Målet är att arbeta med lärande organisation och få till nätverksträffar för att diskutera allvarliga avvikelser (avpersonifierade) och delge varandra sina erfarenheter och kompetens.

Fokus på verksamhetsnivå framåt blir att arbeta med att få till systematiskt arbete och uppföljning gällande avvikelshantering och åtgärder utifrån den nya rutinen. Kontinuerlig och systematisk genomgång av rutiner för avvikelshantering och lex Sarah och lex Maria är påbörjad och kommer att fortsätta 2021.

Åtgärd	Mål	Slutdatum	Ansvarig	Uppföljning
Genomgång av rutin för avvikelser	Öka kunskapen	211231	Verksamhetschef och enhetschefer	december
Genomgång av rutin för lex Sarah och lex Maria	Öka kunskapen	211231	Verksamhetschef och enhetschefer	december
Utbildning i bemötande och värdegrund	Ökad förståelse för våra brukare	211231	Verksamhetschef och enhetschefer	december
Tema "brister i bemötande/omvårdnad" kopplat till LSS	Kunskap om lagen och vårt uppdrag	211231	Verksamhetschef och enhetschefer	december

Åtgärd	Mål	Slutdatum	Ansvarig	Uppföljning
Utveckla kvalitetsråden genom nya rutinen	Öka kunskapen samt kvalitetssäkra verksamheten	211231	Verksamhetschef och enhetschefer	december
Genomgång av rutin för läkemedels-hantering	Öka kunskapen	211231	Verksamhetschef och enhetschefer med SSK	december
Genomgång av rutin för begränsnings-åtgärder	Öka kunskapen om vad begränsningar är och vad som gäller med samtycke	211231	Verksamhetschef och enhetschefer med SSK	december

Funktionsstöds uppföljning av handlingsplanen vid helår 2020

Åtgärd	Kommentar
Genomgång av rutin för avvikelser	Arbetet är påbörjat på Apt och på kvalitetsråd och kommer fortgå under 2021.
Genomgång för rutin av lex Sarah och lex Maria	Arbetet är påbörjat på Apt och på kvalitetsråd och kommer fortgå under 2021.
Utbildning i bemötande och värdegrund	Genomgång av värdegrundshäftet på Apt inom samtliga enheter har gjorts under hösten, arbetet fortsätter 2021.

Analys av avvikelser och handlingsplan inom verksamhetsområdet Äldreomsorg

Analysen togs fram delår 2020, och den och åtgärdsplanen gäller även för helår 2021 då aktivt förbättringsarbete inte kunnat göras på grund av pandemin. Förhållandena i statistiken har inte förändrats under resten av 2020.

Enligt statistiken är det vanligast förekommande avvikelserområdet "Fall" med avvikelseaktiviteten "Fall utan skada". Näst vanligast förekommande avvikelserområdet är Läkemedel med avvikelseaktiviteten "Läkemedel, uteblivet". Därefter hamnar Insatser/omvårdnad med avvikelseaktiviteten "Insats/omvårdnad utebliven".

Denna statistik stämmer dock inte helt, utifrån att personal registrerar avvikelser under fel kategori, så mer utbildning och en tydligare implementering av rutinen för avvikelserapportering behövs, samt också större möjlighet för till exempel enhetschefer att kunna ändra avvikelserområde och/eller avvikelseaktivitet.

På vissa enheter förekommer det att enskilda brukare faller mycket. På vissa enheter inom ordinarie boende är fallolyckor mindre vanligt förekommande. Fortsatt analys av vidtagna och förebyggande åtgärder krävs. Det kan dock finnas ett mörkertal i ordinarie boende utifrån att alla fallolyckor inte upptäcks. Extra tillsynsbesök vid fallbenägenhet har en oklar effekt, eftersom det förekommer att brukare ramlar utöver tillsynsbesöken.

Gällande läkemedelsavvikelser förekommer det brister i dokumentation och kommunikation mellan de olika yrkeskategorierna. Läkemedelsordinationerna förändras ofta, vilket innebär att personal ständigt behöver uppdateras på förändringar. Digital signering via verksamhetssystemet bör underlätta arbetet och minska antalet avvikelser. Brist på vikarier, låg personalkontinuitet, samt brist på personal med delegeringar innebär en stress hos personal samt att arbetsuppgifter inte alltid prioriteras på rätt sätt.

Det finns aktuella rutiner. Det är dock viktigt att kontinuerligt jobba med utbildning/kompetenshöjning för personal. Utbildning/kompetenshöjning gällande läkemedelshantering, följsamhet till gällande rutiner, och gällande lagstiftningar behöver fortgå kontinuerligt. Även utbildning i stresshantering för vårdpersonal.

Följande åtgärder har varit mest förekommande: Arbetsplatsdiskussion, "tom" (dvs ingen åtgärd ännu satt), enskilt samtal, kontakt med sjuksköterska, samt "övrigt".

Åtgärderna anses leda till förbättring. Det är vanligt förekommande att avvikelser diskuteras på teamträffar, handledning och kvalitetsråd, dessa kan dock inte väljas i avvikelsemodulen.

Följande åtgärder har gett bra resultat och som skulle kunna spridas som goda exempel till andra enheter/verksamheter i förvaltningen:

Översyn av verksamhetsplaner och vårdplaner tillsammans med sjuksköterskor inom ordinärt boende, och tydliggörande av dessa har lett till att många åtgärder har vidtagits med god effekt och därmed mindre avvikelser. Ett bra samarbete mellan enhetschef och legitimerad personal är en förutsättning för ett gott resultat. Utvecklingen av IBIC med tydligare insatsplaner, har lett till ökad tydlighet för personal om vad som ska göras hos brukare. Att all vårdpersonal ska läsa och skriva journal/planer är ett utvecklingsområde. Att det saknas fysioterapeuter påverkar patientsäkerheten, vilket vi ska ha under särskild bevakning om utvecklingen fortsätter på samma vis.

Åtgärd	Mål	Slutdatum	Ansvarig	Uppföljning
Förtydliga hur avvikelser ska registreras i verksamhetssystemet. - Visa filmer samt tydliggöra med praktiska exempel i dessa. - Att delge information i olika forum. - Undersöka om det är möjligt att lägga in hjälptexter i verksamhetssystemet - undersöka om chefer kan ändra rubriceringen	Säkerställa att statistiken speglar verkligheten	2021-12-31	Verksamhetschef äldreomsorg	
Undersöka möjligheten till digital signering	Säkerställa en korrekt läkemedelshantering	2021-12-31	Verksamhetschef äldreomsorg	
Tydliggöra och kommunicera gällande prioriteringsordning	Minska antalet läkemedelsavvikelser samt öka följsamheten till att avvikelser registreras	2021-12-31	Verksamhetschef äldreomsorg	
Fortsatt/kontinuerligt arbete med senior alert samt samarbete mellan professioner	Reducera antalet fallolyckor	2021-12-31	Verksamhetschef äldreomsorg	

Analys av avvikelser och handlingsplan på verksamhetsområdet Förvaltningskontoret

Förvaltningskontoret har analyserat de inkomna avvikelserna på ett övergripande plan, dels vid delår samt vid helår 2020. I förvaltningskontoret ingår medborgarfunktionen med handläggare och boendesamordnare, kommunens hälso- och sjukvård, specialistfunktionen samt bemanningenheten.

Verksamhetsområdet har sammanlagt 382 inrapporterade avvikelser under 2020, av dessa har 282 avslutats med åtgärd och uppföljning vid 2021-01-01. 37 avvikelser ligger som "Ny", det vill säga att det inte går att se om hantering har påbörjats.

Hälso- och sjukvården, det vill säga sjuksköterskor och rehabenheten, har sammanlagt 110 avvikelser, 27 ej bedömda och 46 avslutade. Det finns en puckel i juli med 31 avvikelser, varav 13 fortfarande ligger som "ej bedömda". En stor del av läkemedelsavvikelserna i statistiken är rapporterade på och bearbetade av LOV-företagen som utför extern hemtjänst. Uppskattningsvis är det bara ca 20% av HSL-avvikelserna som rör själva hemsjukvårdens organisation med den legitimerade personalen. Ledningsgruppen för Förvaltningskontoret bedömer att det är svårt att se mönster i de avvikelser som finns för de egna verksamheterna, utan det rör sig till

stor del om enskilda händelser. Analys kring avvikelser för sjuksköterskor på korttidsboende är att den legitimerade personalen där upplever det svårt att hinna med, att stress är orsaken till att det sker avvikelser. Analysen pekar mot att det finns flera ärenden där patienterna till exempel kommer till korttidsavdelningarna från sjukhuset sent på dagen vilket medför risker i patientsäkerhetsarbetet. Det tillkommer mer läns-gemensamt arbete som kan innebära att det blir ännu större tidsbrist. Ytterligare en synpunkt utifrån detta är att man bör verka för att i högre grad ha möjlighet att styra bemanningen av legitimerad personal på korttiden utifrån aktuell vårdtyngd. Rehabiliteringen tar upp att de inte kan skriva avvikelser på sig själva, till exempel när de inte hinner göra inflyttningsbedömningar. Sjuksköterskor däremot skriver avvikelser på sig själva, men avvikelserna är då kopplade till aktuell patient.

Under medborgarfunktionen ligger sammanlagt 272 avvikelser (165 st HSL), 19 ej bedömda och 252 avslutade. Själva medborgarfunktionen på vård- och omsorgsförvaltningen har 2 avvikelser, från januari. Medborgarfunktionen tog upp redan vid delår att dessa hörde hemma hos IT-enheten, och de är åtgärdade och kommer att avslutas. De övriga tillhör LOV-företagen Uppföljningar kring avvikelshantering sker även med LOV-företagen vid avstämningsmöten.

Bemanningsenheten har fått en synpunkt, men har inte några avvikelser utifrån organisatoriska ärenden.

En förändring i statistiken jämfört med delår är att "Tom" (åtgärd ännu inte satt) inte längre är den vanligaste åtgärden. Enskilt samtal har blivit det istället. Det tyder på att man går igenom avvikelserna och slutför dem i högre grad.

Vid analysen tar ledningsgruppen på förvaltningskontoret upp problemen med felaktig styrning av avvikelser, vilket man menar även är en felkälla i statistiken. Avvikelse hanteras eller avslutas inte alltid hos den som "äger problemet" trots att man skickar meddelande om att den bör hanteras. Förvaltningskontoret ser över möjligheten att flytta avvikelser i systemet, eller hur man kan arbeta med mer information om hur den ska hanteras, under 2021.

Förvaltningskontorets ledningsgrupp ser vidare ett behov av utvecklingsarbete i verksamheterna med att identifiera risker och skriva avvikelser utifrån risker kopplade till brukar/patientperspektiv, samt behov av att personalen får information och utbildning för att kunna skriva avvikelserna inom rätt lagrum.

Åtgärd	Mål	Slutdatum	Ansvarig	Uppföljning
Införande av digital signering läkemedel	Pilot på en enhet, tidsplan, införande som helhet	2021-12-31	Verksamhetschef FVK	2021-12-31
Se över hur rehabs avvikelser är kopplade	Kunna skriva på sig själva	2021-03-01	Verksamhetschef FVK	2021-04-01
Se över möjligheten att styra avvikelser rätt	Kunna styra till utförare	2021-03-01	Verksamhetschef FVK	2021-04-01

Åtgärder och uppföljning av avvikelser

Under 2020 har arbete påbörjats med att rensa bland, förändra och uppdatera de olika åtgärderna som går att välja på i avvikelshantering. Dessa skall bli mer användbara och uppföljningsbara, genom att styras mer mot faktiska åtgärder än processen kring utredningen.

De mest förekommande åtgärderna som genomförts är enligt statistiken:

- Arbetsplatsdiskussion
- Kontakt sjuksköterska
- Enskilt samtal
- Ändrade rutiner

Först på fjärde plats kommer åtgärder som egentligen kan ses som förändringar i arbetssätt eller riktade åtgärder utifrån den specifika avvikelser. De andra åtgärderna handlar, utifrån vad vi sett i arbetet med avvikelshantering, mer om utredning eller om åtgärder som i vilket fall nästan alltid ska vidtas. Åtgärdernas effekt skall bedömas i samband med att de följs upp. En anledning till att många av åtgärderna inte anses gå att bedöma effekten av, skulle kunna vara att de inte är tillräckligt relevanta eller inte har en tydlig koppling till målet med åtgärden. Åtgärderna behöver bli mer precisa och i många fall även kopplas till bland annat med att fortsätta öka spridningen av goda exempel inom verksamheterna.

Lex Sarah

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

Antal missförhållanden eller risker för missförhållanden enligt lex Sarah

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

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

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

Under 2020 inkom 78 lex Sarah-rapporter. Det är avvikelser i verksamhetssystemet där personal kryssat i att avvikelserna kan vara föremål för en lex Sarah utredning. Vid flertalet av dessa har det omgående eller efter en kortare utredning kunnat konstateras att dessa händelser inte utgör ett missförhållande och en utredning enligt lex Sarah har inte inletts. 9 rapporter som inkommit, antingen via avvikelshantering eller på annat sätt, ledde till utredning enligt lex Sarah. En rapport inkom tidigt i januari 2021 men rör till viss del händelser under 2020.

Två ärenden bedömdes som ett allvarligt missförhållande och två som missförhållande. Fem ärenden bedömdes inte utgöra ett missförhållande, Det finns även två övriga ärenden där utredning ännu inte kunnat slutföras av olika skäl.

Lex Sarah ärendena 2020 har handlat om (ett ärende kan ha berört flera områden):

- Brister i bemötande från personal – 4 stycken
- Brister i hantering av sekretesshandlingar - 1 stycken
- Ekonomiskt övergrepp - 1 stycken

Orsakerna till det inträffade som har identifierats i samband med utredning har bland annat varit oklara rutiner, avsaknad av rutiner, inte följsamhet till befintliga rutiner, brister i personcentrerat förhållningssätt, brister i kompetens och utbildning, bristande kommunikation och samverkan mellan yrkeskategorier och inom enheter. Brister i kompetens och utbildning har bland annat handlat om brister i kunskap om lex Sarah, dokumentation och befintliga rutiner.

Även brister i personalgrupper har uppmärksammats, där mycket personalförändringar kan ha påverkat kvalitén, inskolning av ny personal har inte fungerat till fullo, samt brister i kommunikation och samverkan inom gruppen.

Ett av de ärenden som anmäldes till IVO har fått beslutet att ärendet avslutas och att IVO inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder. Skälen för beslutet var att nämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet i enlighet med 14 kap. 6-7 §§ SoL eller 24e-f §§ LSS. IVO bedömde att utredningen visade att nämnden har vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade samt vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen. I ett ärende har IVO begärt kompletteringar till utredningen gällande vilka konsekvenser missförhållandet fått för den enskilde och vilka åtgärder som förvaltningen gör för att förhindra att missförhållande upprepas. Händelsen inträffade i mellandagarna 2020 och utredningen genomfördes skyndsamt, komplettering till IVO sker i februari 2021.

Tillsynsbesök från Inspektionen från vård och omsorg

Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2020 varit föremål för extern granskning. Granskningen har rört förvaltningens hantering av corona-pandemin på särskilda boenden för äldre och resultatet av granskningen hanteras under början av 2021.

Risakanalys

Vid förändringar av befintlig verksamhet eller personalförändringar skall risk- och konsekvensanalyser genomföras.

Bland annat har ett flertal risk- och konsekvensanalyser genomförts på olika nivåer i samband med corona-pandemin och olika mindre organisationsförändringar inom verksamhetsområdena. En större risk- och konsekvensanalys genomfördes ur smittskyddsperspektiv samt kring läkemedelshantering inför flytt av brukare till det nya boendet Dufvegården.

Förbättringsområden för kommande år

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

Utveckling av kvalitetsledningssystemet

Fortsätta arbetet med:

- Processer och rutiner
- Presentera och visualisera information i ny struktur på intranätet
- Kvalitetsuppföljningssystem med tydligt aktivitetshjul
- Utvecklat arbete med risk- och konsekvensanalys på olika nivåer
- Att stärka personalens medverkan i kvalitetsarbetet
- Den lärande organisationen som skapar förutsättningar för att ta tillvara kompetens och erfarenheter.

Utveckling av social dokumentation

- Fortsatt arbete med att implementera IBIC (Individens behov i centrum) inom handläggning och för utförare. Höja kompetensen och kvaliteten på den sociala dokumentationen utifrån granskningar och behov.

Utveckla arbetet med värdegrunden

- Genomföra utbildningssatsning kring värdegrund för medarbetare.

Redovisning av uppdrag om framtagande av Boendeplan – prioriteringsordning av renovering av särskilda boenden för äldre med flyttkedja

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden antar förvaltningens förslag till boendeplan med prioriteringsordning.
- Vård- och omsorgsnämnden överlämnar boendeplanen till kommunstyrelsen som redovisning av det särskilda uppdraget om planering för utveckling av boendeplatser för vård- och omsorgsnämndens brukare.

Sammanfattning av ärendet

Boendeplanen ger en översiktlig bild över de steg som skall tas för att uppfylla målen om utveckling, renovering och modernisering av boendeplatser, som finns i Kommunplan 2019 – 2022. Boendeplanen har fokus på *särskilda boendeplatser för äldre* och förslaget sträcker sig till 2028.

Dokumentet återrapporterar det särskilda uppdraget från kommunstyrelsen om planering för utveckling av boendeplatser för vård- och omsorgsnämndens brukare i samråd med KFAB (KS 2020-05-27 § 86). Utbyggnaden av platser för gruppboendestäder LSS och socialpsykiatri tas upp i den mån den påverkar boendeplaneringen för särskilt boende för äldre.

Alla vård- och omsorgsförvaltningens särskilda boenden för äldre förutom Lövåsgården är i olika grad i behov av renovering och anpassning, till exempel utifrån nuvarande brand- och smittskydds krav. Planeringen som presenteras i förslaget visar en av flera möjliga vägar att genomföra denna process.

Boendeplanen har tagits fram i samråd med representanter och funktioner på vård- och omsorgsförvaltningen och KFAB. Förslaget är noga övervägt utifrån många olika faktorer, såsom vikten av att under processens gång bibehålla så många omvårdnads- och demensplatser som är möjligt. Förslaget tar hänsyn till budgetprocesserna som krävs inför renoveringarna och beskriver även hur flyttar av brukare på boenden kan göras. Vid varje delmoment i processen för renovering och flyttar kommer det att finnas behov av

ytterligare ställningstaganden och beslut inför budget- och detaljplanering. Utredningens förslag till planering bör därför ses som ett övergripande inriktningsbeslut.

För att om möjligt öka översiktligheten har processen delats in i ett antal steg utifrån två-årsperioder. Detaljplaneringen är mer utförlig för de första stegen, då förutsättningarna kan förändras längre fram.

- I steg 1 beskrivs det inledande arbetet som redan gjorts utifrån tidigare inriktningsbeslut.
- I steg 2, som beräknas vara ungefär 2021 - 2022, ligger fokus framför allt på Strandgården och Furuliden, samt Pantern SÄBO och Norrgläntan.
- I steg 3, som beräknas vara ungefär 2023 - 2025, ligger fokus framför allt på Igelkotten hus 1-3 (servicehuset), Igelkotten hus 4 (SÄBO och socialpsykiatri), samt Vallgården.
- I steg 4, beräknat till 2026 - 2028, ligger fokus på Pantern servicehus, Almgården i Julita och Yngaregården i Björkvik.

Till handlingarna hör också en processkarta där förslaget presenteras i ännu mer översiktlig form.

Ärendets handlingar

- Förslag till Boendeplan – prioriteringsordning av renovering av särskilda boenden för äldre med flyttkedja
- Bilaga till boendeplan – förtydligande processbeskrivning

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Carlberg
Utredare

Beslutet skickas till: Kommunstyrelsen, förvaltningsledning, akten

Kopia för kännedom: KFAB

Förslag till

Boendeplan

Prioriteringsordning av renovering av
särskilda boenden för äldre, med flyttkedja

Framtagen av vård- och omsorgsförvaltningen i samarbete med KFAB

Handläggare: Lars Carlberg, utredare

Datum: 2021-02-04

Dnr: VON/2018:43-710

Innehåll

Inledning	3
Bakgrund och förutsättningar	4
Särskilt uppdrag i Övergripande Plan med budget 2020 - 2022	4
Planera för utveckling av boendeplatser för personer med behov av omsorg och stöd	4
Faktaunderlag till Boendeplan 2018 - 2030 (deluppdrag II)	4
KS 2020-05-27 § 86.....	4
Inriktningsbeslut – vidare beslut.....	4
Renoveringar och ombyggnationer	4
Renoveringsbehov	4
Större renoveringar/ombyggnationer.....	4
Mindre renoveringar (ytskikt, sprinkler, kylanläggningar mm)	5
Tomställande av boenden och/eller avdelningar	5
Brandskydd.....	5
Hygienbestämmelser och smittskydd.....	5
Andra hänsyn	5
Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre	6
Medboendeprincipen	6
Kö till särskilt boende äldre och servicehus	6
Alternativa användningsområden	7
Att flytta tillbaka efter renovering.....	7
Steg 1 (2019 - 2020)	8
Steg 2 (2021 - 2022)	9
Renovering av Strandgården under 2021	9
Renovering/ombyggnad av Furuliden under 2021 - 2022	9
Renovering av Norrgläntan (Kommunens demenscentrum) slutet av 2021 och början av 2022.....	10
Renovering av Pantern SÄBO	10
Steg 3 (2023 - 2025)	12
Renovering/utbyggnad av Vallgården	12
Planering för Igelkotten Hus 4 (omvårdnads- och demensboende samt socialpsykiatri).....	12
Planering för omvandling/renovering av Igelkotten hus 1-3 (Servicehuset)	13
Projektering för nybyggnation av Särskilt boende för äldre	13
Steg 4 (2026 - 2028)	14
Planering för renovering/omvandling av Pantern Servicehus	14
Planering för renovering av Almgården.....	14
Planering för renovering/ombyggnad av Yngaregården	14

Inledning

Detta dokument syftar till att ge en översiktlig bild över de steg som skall tas för att uppfylla målen i Kommunplan 2019 - 2022, vad gäller utveckling, modernisering och renovering av *särskilda boendeplatser för äldre* i Katrineholm. Boendeplanens förslag sträcker sig dock längre än 2022. Dokumentet är en del i åiterrapporteringen av det särskilda uppdraget från kommunstyrelsen, om planering för utveckling av boendeplatser för vård- och omsorgsnämndens brukare (KS 2020-05-27 § 86). Utbyggnaden och renoveringen av platser för gruppboende LSS och socialpsykiatri behandlas inte i denna skrivelse, men nämns i den mån det påverkar boendeplaneringen för särskilt boende för äldre (SÄBO).

Utredningen har skett i samråd med arbetsgrupper från vård- och omsorgsförvaltningen, bestående av enhetschefer från de olika verksamhetsområdena och andra funktioner som förste handläggare, boendesamordnare, utredare med fastighetsansvar och projektledare för flytt till Dufvegården. Arbetet stämts av med förvaltningsledning vid ett flertal tillfällen. Arbetet har skett i samråd med fastighetsansvarig och projektledare från KFAB, samt med representant för Räddningstjänsten.

Planeringen som presenteras i utredningen visar en av flera möjliga vägar att genomföra denna process. Förslaget är noga övervägt utifrån många olika faktorer, till exempel vikten av att under processens gång bibehålla så många omvårdnads- och demensplatser som är möjligt, utifrån nuvarande brandskyddslagstiftning, hänsyn till budgetprocesserna som krävs för renoveringarna, samt hygienbestämmelser och krav kring smittskydd.

Vård- och omsorgsförvaltningen har sett över alternativa lösningar i befintliga fastigheter. Förvaltningen gör bedömningen att det är lämpligt att verksamhet inom socialpsykiatri i ett fall helt skall ersätta verksamhet som idag är ett litet särskilt boende för äldre, samt att en gruppboende LSS med inriktning äldre brukare skall skapas på en avdelning på ett annat särskilt boende.

För att om möjligt öka översiktligheten har processen delats in i ett antal steg utifrån tvåårsperioder. I vissa fall löper flera delar ändå parallellt utifrån när olika delar startas upp. Det är inte praktiskt möjligt eller önskvärt att hålla samma höga grad av detaljplanering i processens senare steg, då förutsättningarna kan förändras.

I steg 2, som beräknas vara ungefär 2021 - 2022, ligger fokus framför allt på Strandgården och Furuliden, men även Pantern SÄBO och Norrgläntan.

I steg 3, som beräknas vara ungefär 2023 - 2025 ligger fokus framför allt på Igelkotten hus 1-3 (servicehuset) och Igelkotten hus 4 (SÄBO och socialpsykiatri), samt Vallgården.

I steg 4, beräknat till 2026 - 2028, ligger fokus på kvarvarande boenden Pantern Servicehus, Almgården i Julita och Yngaregården i Björkvik.

I och med Furulidens renovering och ombyggnad, som beräknas vara klar senast i början av 2023, tillskapas ett större antal nyrenoverade platser. Det är först då som processen öppnar upp för större omflyttningar igen, efter steg 1 som innebar att Dufvegården öppnar.

Bakgrund och förutsättningar

Särskilt uppdrag i Övergripande Plan med budget 2020 - 2022

Planera för utveckling av boendeplatser för personer med behov av omsorg och stöd

Ur övergripande plan med budget 2020 - 2022: "Uppdrag till vård- och omsorgsnämnden att i samråd med KFAB planera för utveckling av boendeplatser för personer med behov av omsorg och stöd. Utgångspunkten är det finns behov av att ta ett helhetsgrepp utifrån kommande behov av boendeplatser samt de möjligheter som skapas genom Dufvegården, ett nytt särskilt boende för äldre med 96 platser som öppnar vid årsskiftet 2020/2021. I uppdraget ingår både att göra löpande anpassningar utifrån aktuella behov och att planera långsiktigt för modernisering och effektivisering av strukturen när det gäller boendeformer utifrån kommande behov. I de fall det bedöms motiverat ska alternativa användningsområden för hela eller delar av befintliga boenden belysas. Uppdraget ska återrapporteras senast i september 2020 inför beredningen av övergripande plan med budget 2021 - 2023."

Faktaunderlag till Boendepplan 2018 - 2030 (deluppdrag II)

Under 2018 tog utredare och dåvarande brand- och säkerhetssamordnare på vård- och omsorgsförvaltningen fram ett omfattande internt faktaunderlag med omvärldsbevakning, demografi samt fastighets- och verksamhetsinformation ur bland annat brand- och säkerhets-synpunkt. Det faktaunderlaget ligger till grund för många av de ställningstaganden som görs i denna utredning.

KS 2020-05-27 § 86

Beslut i kommunstyrelsen: "Redovisningen av det särskilda uppdraget om planering för utveckling av boendeplatser för vård- och omsorgsnämndens brukare flyttas fram till mars år 2021."

Inriktningsbeslut - vidare beslut

Vid varje delmoment i processen för renovering och flyttar kommer det att finnas behov av ytterligare ställningstaganden och beslut inför budget- och detaljplanering. Utredningens förslag till planering bör därför ses som ett övergripande inriktningsbeslut. I utredningen lyfts också fram behovet av förberedande markplanering och byggnation för ett nytt särskilt boende för äldre, med beräknad start av färdig verksamhet omkring 2030.

Renoveringar och ombyggnationer

Renoveringsbehov

Alla förvaltningens särskilda boenden för äldre förutom Lövåsgården (och, naturligtvis, Dufvegården) är i olika grad i behov av renovering och anpassning. Detta gäller till exempel renovering av ytskikt, installation av sprinkler eller andra förändringar utifrån brandskydds krav. Utifrån KFAB kan framför allt mindre renoveringar pågå samtidigt, men hänsyn behöver tas till kostnader och budgetprocesser, och till att antalet platser som Vård- och omsorgsförvaltningen har tillgång till hålls uppe.

Större renoveringar/ombyggnationer

Större renoveringar/ombyggnationer kräver lång tid för utredning, planering och beslut, i vissa fall upp till två år, och utredningsresurserna bör tillhandahållas av KFAB. Det krävs i vissa fall stora kostnader för att få fastigheter i skick att hålla över tid, utifrån dagens och framtidens krav och förutsättningar. Inför varje renovering skall även vidare utredning ske kring om det går att tillskapa fler platser, genom förtätning eller tillbyggnad.

Mindre renoveringar (yttskikt, sprinkler, kylanläggningar mm)

Vid mindre renoveringar bör KFAB ha beslut färdiga i början av året innan det år då renoveringsprocessen skall starta, för att kunna upphandla och planera. KFAB framför dock möjligheten att kunna göra omfördelningar utifrån särskilda beslut.

Tomställande av boenden och/eller avdelningar

Att helt tomställa boenden där det är möjligt, gör att processen med renoveringar, ombyggnader och anpassningar kan göras snabbare, och med mindre störningar för de boende under pågående renovering. Beroende på den aktuella kön till platser kan det göras genom frysning av platser, det vill säga att ingen ny boende flyttar in när lägenheter blir tomma. I varje enskilt fall är det en avvägning mellan värdet i tomställande och den stora processen en flytt innebär för brukarna och verksamheten, eller processen med att frysa platser. I något fall, som till exempel när det gäller installation av kylanläggning på Norrgläntans demensboende, kan det göras utan tomställande. I de flesta andra fall kräver renoveringar minst tomställande av avdelningar.

Brandskydd

En central förutsättning för processen med boendepanering är att alla lokaler där vård- och omsorgsförvaltningen bedriver verksamhet skall anpassas för dagens brandskyddsbestämmelser. För särskilt boende för äldre, oavsett om det rör omvårdnads- eller demensplatser, kräver man idag vid nybyggnation eller renovering att brandskyddet skall vara enligt klassificeringen 5B. Den tar bland annat hänsyn till att personerna som befinner sig i fastigheten har svårigheter att på egen hand utrymma vid brand.

Utifrån bedömningen som förvaltningens brand- och säkerhetssamordnare gjorde 2018 innebär detta att nästan samtliga fastigheters brandskydd behöver förbättras. Omfattningen på åtgärderna som behöver vidtas varierar. Grundkraven som behöver säkerställas är sådant som utrymningsvägar, brandavskiljning i form av brandcellsgränser samt åtgärder i ventilation och installation av sprinkleranläggning. Räddningstjänsten, som i slutändan godkänner brandskyddet, kräver att det skall finnas en plan för att göra dessa åtgärder. Innan åtgärderna är genomförda säkerställer vård- och omsorgsförvaltningen brandskyddet med till exempel högre standardbemanning nattetid.

Brand- och säkerhetssamordnaren gjorde 2018 kostnadsberäkningar tillsammans med KFAB. I två fall av de verksamheter som tas upp i denna planering blev bedömningarna 2018 att kostnaderna för åtgärder kring brandskydd skulle vara mycket stora, samtidigt som lösningarna inte blir tillräckligt bra. Därför föreslogs det då att det var bättre att flytta verksamheten som bedrivs och ersätta den med annan som lokalerna bättre lämpar sig för, alternativt säga upp avtal och avsluta användningen av fastigheten.

Hygienbestämmelser och smittskydd

Medicinskt ansvarig sjuksköterska tillsammans med hygiensköterska från Regionen följer kontinuerligt upp hygienarbetet i vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter. Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser och intentioner har förändrats och skärpts över tid. Coronapandemin under 2020 har gjort det än mer tydligt hur centralt hygienarbete och smittskydd är i vård- och omsorgsförvaltningens arbete. Befintliga lokalerna är inte alltid planerade och byggda i en tid då kraven innefattade dagens bestämmelser och behov kring hygien och smittskydd, och detta behöver tas hänsyn till i processen. Det finns exempel på fastigheter där hygienutrymmena är otillräckliga eller svår använda utifrån dagens krav, och ombyggnationer behöver göras för att förändra lokalerna så att de blir mer ändamålsenliga. Planering för både hur renoveringar och flyttar skall ske, och hur lokalerna bäst skall utformas för att förbättra smittskyddet, behöver tas hänsyn till i samband med alla renoveringar och ombyggnader.

Andra hänsyn

Under processens gång, med renoveringar och moderniseringar, behöver ett antal ytterligare hänsyn tas. Framför allt rör det att antalet boendeplatser som vård- och omsorgsförvaltningen

vid varje givet tillfälle har tillgång till, behöver hållas uppe, samt att brukare skall bo i boenden med brandskydd enligt gällande brandskyddsbestämmelser.

Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre

Boendeformen trygghetsboende är avsedd för äldre som är för friska för särskilt boende för äldre, men som vill ha mer trygghet och social samvaro än vad de kan få i sitt nuvarande hem. Termen trygghetsboende kom 2008. Sedan 2018 finns också möjligheten, efter en ändring i socialtjänstlagen, att öppna biståndsbedömda trygghetsboenden. I utredningen finns förslag att i samband med renovering omvandla det som idag benämns *servicehus*, det vill säga Igelkotten hus 1 - 3 samt Pantern Servicehus till biståndsbedömda trygghetsboenden. Detta då den verksamhet som idag bedrivs där överensstämmer bättre med den driftsformen, trots att de som bor där har beslut om särskilt boende för äldre. Fastigheterna lämpar sig också väl för detta.

Grundtanken med införandet av trygghetsboenden är att säkerställa att det finns bostäder för äldre med möjlighet till social samvaro. I trygghetsboenden skall det finnas lokaler för gemensamma aktiviteter, utrymmen för gemensamma måltider och social samvaro, möjlighet till hobby och rekreation. Det skall också finnas personal vissa schemalagda tider varje vardag, som ska hjälpa till att ordna aktiviteter och social samvaro.

Om hyresgästen behöver hjälp med hemsysslor får denne ansöka om till exempel hemtjänst eller trygghetslarm som i ordinärt boende, eller köpa hushållsnära tjänster. Till skillnad från särskilda boenden för äldre ingår inte mat, service, omvårdnad eller sjukvård. Utöver någon form av aktivitetsvärd finns det inga krav att trygghetsboenden ska tillhandahålla någon service. Däremot är det ett krav att bostäderna ska vara funktionellt utformade.

Medboendepincipen

Medboendepincipen handlar om rätten att fortsätta bo tillsammans när man blir äldre. Under processens gång och som slutmål bör förvaltningen beakta denna, för att säkerställa att dessa former av boende kan erbjudas.

”Rätten till parboende för äldre gäller i alla former av särskilda boenden, det vill säga även boenden inriktade på personer med demenssjukdom eller andra speciella inriktningar. Parboende kan verkställas i samma rum eller samma lägenhet eller olika rum eller lägenheter under förutsättning att makarna upplever sig sammanbo. Vidare kan parboende enligt 4 kap. 1 c § Sol även verkställas så att den ene maken bor i särskilt boende och den andra i ett trygghetsboende under förutsättning att båda boendeformerna är belägna i samma byggnad.¹”

I dagsläget (tidigt 2021) erbjuds medboende på:

- Lovåsgården (omvårdnadsboende + demensboende, parboende)
- Igelkotten (servicehus som sammanboende, eller servicehus + demens-/omvårdnadsboende)
- Pantern (servicehus + demensboende)
- Dufvegården (parboende på omvårdnadsboende)
- Furuliden (parboende på omvårdnadsboende)

Kö till särskilt boende äldre och servicehus

Kön till vård- och omsorgsförvaltningens boenden med platser för äldre skiftar och under processens gång bevakas den av utredare och boendesamordnare. Under en period under 2010-talet var det kö till servicehusen, och under en längre period 2015 - 2019 har det funnits kö till demensplatser. Efter att hela Strandgården omvandlats till demensplatser 2018 har könsminskat, men det finns i dagsläget tecken på att denna kö återigen ökar. Nationell och regional

¹ Rätten att fortsätta bo tillsammans i ett äldreboende - Vägledning för tillämpning av socialtjänst- och hyreslagstiftningen, Socialstyrelsen (2013)

statistik pekar mot att det största behovet fortsatt kommer att vara av platser med demensinriktning.

Alternativa användningsområden

Alternativa användningsområden för fastigheterna har belysts under utredningen kring boendepanen, i arbetsgrupper, ledningsgrupper i samråd med KFAB. Behovet av platser för särskilt boende under processens gång och i framtiden har oftast vägt tyngre än de förslag som framkommit. Där alternativa användningsområden är aktuella tas de upp i utredningen.

Att flytta tillbaka efter renovering

I de fall brukare flyttar till ett annat boende i samband med renovering eller omvandling av verksamhet, föreslår utredningen att dessa brukare sedan bor kvar där. Flyttkedjan innebär att brukare alltid flyttar till nyrenoverade verksamheter. Om enskilda brukare ändå önskar flytta tillbaka efter renovering så kan detta ordnas utifrån individuella önskemål.

Steg 1 (2019 - 2020)

Steg 1 i renoveringskedjan möjliggjordes i och med Dufvegårdens öppnande i januari 2021, med 96 platser. Under 2020 togs ett inriktningsbeslut (KS/2020:183) kring att samtliga 56 brukare från Strandgården SÄBO skulle flytta till Dufvegården i samband med Dufvegårdens öppnande vid årsskiftet 2020 - 2021. Sedan följs dessa av samtliga brukare på Furuliden senare under 2021. Detta har krävt frysning av ett mindre antal platser på Furuliden.

Dufvegården är inte ett renodlat demensboende. Möjligheter finns att anpassa avdelningarna för att bättre kunna arbeta med äldre med demensproblematik. Sett framåt kommer Dufvegårdens inriktning dock att vara vårdboende.

Brukare och personal på det särskilda boende för äldre på Malmgården i Sködinge, med ursprungligen 14 platser, har under 2019 - 2020 flyttats till andra verksamheter. Lokalerna kan därmed omvandlas till trygghetsboende för äldre i KFAB:s regi enligt beslut i kommunstyrelsen (KS 2020:183).

Steg 2 (2021 – 2022)

Renovering av Strandgården under 2021

I dagsläget finns 56 platser med demensinriktning, fördelat på sju avdelningar. I förslaget blir detta 48 platser med demensinriktning på sex avdelningar, samt 6 platser gruppbostad LSS med inriktning äldre.

Lokalerna lämpar sig för att brukare med kognitiv svikt skall kunna få god omvårdnad där, och hela boendet har redan omvandlats till boende med demensinriktning under 2018. Saker som behöver åtgärdas är installation av sprinkleranläggning, eventuell förbättring av utrymningsvägar, att man ser över hygienkraven, samt installerar kylanläggning.

- KFAB gör upphandling, för att kunna påbörja arbetet 2021-03-01. Planering för renoveringen pågår. I upphandlingen planeras för att renoveringen skall vara klar sista oktober 2021.
- Vård- och omsorgsförvaltningens förslag är att en gruppbostad LSS för äldre brukare planeras in på bottenvåningen på den del av huskroppen som har egen entré. En avdelning blir alltså äldreboende LSS med 6 platser. Ett stort behov finns av denna typ av boende. Ansvarig på verksamhetsområde Funktionsstöd ges i uppdrag att ansöka om tillstånd för att bedriva gruppbostad i denna form snarast. Projektledare från KFAB samt utredare med fastighetsansvar från VOF återkommer med tydligare underlag.
- Övriga kvarvarande 48 platser återgår till att bli demensplatser igen. Buffertplatser för andra renoveringar kan dock vara vårdboendeplatser kortare perioder.
- Cafédelen anpassas till dagverksamhet och Furukällans dagverksamhet flyttar dit.
- Pantern SÄBO med 16 platser med demensinriktning flyttar till Strandgården.
- Norrgläntan SÄBO, två av husen (16 platser med demensinriktning) flyttar till Strandgården.
- Kvarvarande 16 platser används för att hantera befintlig kö till demensplatser.

Renovering/ombyggnad av Furuliden under 2021 - 2022

I dagsläget har Furuliden 52 platser på 48 lägenheter. En preliminär översyn beräknar till ca 70 platser efter renovering och ombyggnad i befintlig fastighet.

Brukarna på Furuliden flyttar till Dufvegården efter sommaren 2021. Det särskilda boendet Furuliden kan åtgärdas utifrån brandskyddssynpunkt enligt brandskyddsinventeringen, men det finns ett stort allmänt renoveringsbehov. Det finns också stora utvecklingsmöjligheter utifrån hur Furuliden är byggt, att tillskapa fler platser och skapa bättre förutsättningar för god omvårdnad. I dag har boendet till exempel långa korridorer, där brukarna inte ser personalen. De gemensamhetsutrymmen som finns tjänar även som entré, och används för att ta emot leveranser till boendet. Besökare kliver rakt in på avdelningarna vilket är en nackdel ur smittskyddssynpunkt. Furuliden är däremot naturskönt beläget. Det ligger dock vid en riksväg, och det är värt att beakta säkerhetsaspekten för personer med kognitiv svikt som behöver ha möjlighet att kunna vistas utomhus. När Furuliden är färdigställt öppnar detta upp för fortsatta steg i flyttkedjan.

- Furuliden kvarstår som SÄBO. Vård- och omsorgsförvaltningens utredning, i samråd med KFAB, föreslår att en förhållandevis omfattande renovering/ombyggnad görs för att bättre svara mot dagens behov på särskilt boende för äldre, vilket kräver förändringar i byggnaden, till exempel med flytt av väggar.
- KFAB tar fram budgetunderlag till februari 2021 för att kunna påbörja processen.

- KFAB kan påbörja ombyggnad/renovering från det att Furuliden tomställs, i november 2021. Projektledare från KFAB finns från och med december 2020. KFAB tar in arkitekt/konsult som ger ett tydligare underlag för detaljplanering och förslag.
- Vid renovering tillskapas ytterligare platser där till exempel demensavdelning(ar) byggs i markplan. Ett första underlag som tagits fram av enhetschef och fastighetsansvarig pekar mot att det går att utöka med ca 20 platser.
- Ombyggnad/renovering beräknas pågå under hela 2022, med nyinflyttning under början av 2023.
- Ett inriktningsbeslut kan tas till om ytterligare platser skall skapas via någon form av tillbyggnad (nu eller senare). Detta till exempel utifrån alternativet som rör tomten där "Gamla Skogsbrynet" är beläget i anslutning till Furuliden.
- Socialpsykiatriens verksamhet Skogsbrynet med 9 platser i bottenplan på Furuliden kommer att behöva alternativa lokaler under hela eller delar av byggtiden på grund av stora störningar som påverkar de boende, samt att byggprocessen kan förkortas/förenklas om Furuliden tomställs helt.
- Furukällans dagverksamhet flyttar till Strandgården.

Renovering av Norrgläntan (Kommunens demenscentrum) slutet av 2021 och början av 2022

I dagsläget 32 demensplatser och 8 korttidsplatser med inriktning demens, fördelat på fem hus. Ingen förändring av antal platser planeras.

Norrgläntan SÄBO är kommunens demenscentrum och lokalerna lämpar sig väl för detta. Renovering som behövs är installation av kylanläggning samt ändringar i ventilation utifrån detta, samt renovering av ytskikt/golv mm. Då det är en mindre renovering finns det fördelar att komma igång med denna, och göra installation av kylanläggning samtidigt.

- Budget och planering för att utföra installation av kylanläggning finns.
- Installation av kylanläggning/ventilation kan klara sig utan tomställande av avdelningar, däremot inte vid renovering av ytskikt/golv.
- Utredningen föreslår att två hus/avdelningar tomställs i taget. De första två husen som skall renoveras tomställs genom att brukarna flyttar till Strandgården. Det är lämpligt att flytta korttidsavdelningen (B-huset) samt en avdelning till dit i första skedet.
- Alternativt, beroende på aktuell kö till demensplatser, fryses platser på endast en avdelning, till exempel korttidsavdelningen, i ett tidigt skede. Nya brukare erbjuds istället boende på Strandgården från och med november 2021 (eller Lövåsgården), för att säkerställa att renovering kan påbörjas till början av 2022.
- Övrig renovering sker genom att brukare flyttas internt på Norrgläntan vartefter avdelningar är färdigrenoverade. Vid slutförd renovering finns då 8 eller 16 nyrenoverade tomma platser för kö samt eventuellt tomställande av Vallgården eller Igelkotten hus 4 demensavdelningar.
- KFAB behöver beslut för att kunna upphandla inför renovering 2022.

Renovering av Pantern SÄBO

I dagsläget finns 16 platser med demensinriktning, fördelat på två våningar på det särskilda boendet för äldre Pantern. I samma huskropp finns även Pantern servicehus, och på bottenvåningen finns ett antal lägenheter som används bland annat av extern personlig assistans och andra hyresgäster.

I utredningen kring brandskydd och andra faktorer som gjordes 2018 framhölls att den del som idag används som demensboende i framtiden endast "går att använda som boende för *personer som har egen förmåga* att sätta sig i säkerhet, förutsatt att sprinkler installeras och att brand-

cellsindelningen förbättras". Man bedömde då att det inte är rimligt att genomföra ombyggnad och förändring i den omfattning som krävs för att uppfylla brandskyddslagstiftningen för omvårdnads- eller demensboende (5B). Utifrån diskussioner med KFAB skulle detta dessutom antagligen innebära att minst en lägenhet upptas av nya utrymningsvägar. Under utredningen har alternativa förslag framkommit, som innebär att lokalerna för Pantern SÄBO istället skall användas som särskilt boende inom socialpsykiatri för att möta behovet av platser inom den verksamheten.

- Utredningen föreslår att de två avdelningarna flyttar till Strandgården. Då avdelningarna är demensavdelningar och Strandgården är avsett som demensboende är detta en lämplig lösning.
- Pantern SÄBO omvandlas istället till särskilt boende inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet Socialpsykiatri.
- Inför flytt till Strandgården så behöver KFAB beslut för att kunna upphandla renovering för ytrenoveringar samt sprinkler och utrymningsvägar.
- KFAB kan påbörja renovering när avdelningarna har flyttat till Strandgården, med början 2022.

Steg 3 (2023 – 2025)

Renovering/utbyggnad av Vallgården

I dagsläget 22 platser, 15 med inriktning omvårdnad och 7 med demensinriktning. Efter ombyggnad minst 26 platser.

Detta boende i Valla har behov av montering av sprinklersystem för att uppnå fullgott brandskydd, samt renovering av ytskikt och golv. För Vallgårdens del bedöms det preliminärt att det även finns möjlighet att skapa fler lägenheter utifrån att planera om och förtäta befintlig byggnad. Det går att uppfylla hygienkraven utan större ombyggnader, och det finns redan spoldesinfektorer installerade på boendet. Att prioritera Vallgården i detta skede betyder att kommunplanens mål kring ytterområdena säkerställs.

- Utifrån en första bedömning: Lokaler och förråd där man kan tillskapa ca 4 nya platser. När KFAB projekterar inför Furulidens ombyggnad under 2021 så projekterar samma konsult även Vallgården, och även om det går att utöka med fler platser än 4 genom ytterligare förtätning och/eller tillbyggnad.
- KFAB behöver beslut och inriktning för budgetplanering och upphandling. Renovering påbörjas 2023.
- Vid större ombyggnad kan Vallgården behöva tomställas helt, vid mindre renovering tomställande av avdelningar. Platser på Furuliden och Norrgläntan kan då användas för tomställning.

Planering för Igelkotten Hus 4 (omvårdnads- och demensboende samt socialpsykiatri)

I dagsläget 27 platser fördelat på tre avdelningar, 18 omvårdnadsplatser och 9 demensplatser. I huset finns även socialpsykiatriens särskilda boende Viljan med 8 platser.

Hus 4 uppfyller enligt tidigare utredning 2018 inte grundläggande krav på byggnadstekniskt brandskydd för vård- och demensboende vilket gör att alternativa användningsområden behöver beaktas. Det bedömdes då heller inte rimligt att kunna genomföra ombyggnad och förändring i den omfattning som krävs för att uppfylla nuvarande brandskyddslagstiftning. Hus 4 går att använda som boende för personer som har egen förmåga att sätta sig i säkerhet under förutsättning att sprinkler installeras och att brandcellsindelningen förbättras. Verksamheter som avdelningen för socialpsykiatri skulle därför kunna bedrivas under förutsättning att de som bor där kan gå i spiraltrappan. Förslag på lösningar som finns måste godkännas av räddningstjänsten.

Ett tydligare underlag behövs för att driva Hus 4 vidare som särskilt boende för äldre, och klarlägga vilka större förändringar som krävs. Utredningen föreslår att uppdrag ges till KFAB att ta fram en brandutredning för att beräkna kostnaderna för att förändra fastigheten så att brandskyddsbestämmelser uppfylls (sprinkler mm), samt övrig renovering. I detta behöver även hygienutrymmena beaktas för att kunna uppfylla högre krav, såsom större och lättillgängligare utrymmen och diskdesinfektorer i lokalerna.

- Beslut kring fortsatt användning som SÄBO utifrån tydligare brandskyddsutredning krävs.
- Brukarna flyttar till Furuliden, som då är färdigställt, inför inledning av renovering.

Planering för omvandling/renovering av Igelkotten hus 1-3 (Servicehuset)

I dagsläget finns 84 servicelägenheter fördelat på tre hus med 28 lägenheter. En lägenhet används för närvarande som avlastningslägenhet av verksamhetsområdet funktionsstöd. Brukarna som bor i lägenheterna har beslut om särskilt boende för äldre, men omvårdnaden utförs som hemtjänst med omvårdnads- och serviceinsatser.

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår omvandling av Igelkotten hus 1-3 till *biståndsbedömt trygghetsboende för äldre*, i samband med renovering av fastigheterna. Detta behöver utredas vidare för hur det praktiska förfarandet skall gå till. Detta både utifrån myndighetsperspektiv och med en tydligare brandutredning se hur detta överensstämmer med brandskyddsbestämmelserna samt exakt vilka förändringar som behöver göras. Installation av sprinkler behövs. Det finns skäl att inte omvandla hela Igelkotten hus 1-3 till omvårdnads- eller demensboende enligt särskilt boende för äldre, utifrån hur lokalerna är utformade och att verksamheten idag i praktiken är ett trygghetsboende, men där brukarna har beslut om särskilt boende. Stora förändringar skulle krävas, till exempel med högre brandskydd, kök och gemensamhetsytor på avdelningarna. Samma frågor kring brandskydd och utrymningsvägar uppstår som i Hus 4.

De nuvarande boendes beslut (särskilt boende för äldre) kan inte ändras, och många av de som bor på Igelkotten hus 1-3 idag skulle inte heller vara aktuella för beslut om trygghetsboende. Individuellt val för brukare kan dock ske om man önskar och klarar kvarboende på trygghetsboende. Utredningen föreslår att brukarna på Igelkotten hus 1-3 flyttas till Furuliden när det är färdigställt. Detta kommer att behöva göras stegvis, till exempel hus för hus, under en längre period, för att kunna göra en övergång till biståndsbedömt trygghetsboende med beslut.

Omvandlingsprocessen skulle innebära att antalet platser för särskilt boende äldre skulle se ut att minska i statistiken. I praktiken skulle det dock innebära en mer rättvisande bild utifrån den verksamhet som bedrivs på Igelkotten Hus 1-3. Vård- och omsorgsförvaltningen ser behovet av biståndsbedömt trygghetsboende som en tydlig form av mellanboende. Boende på biståndsbedömt trygghetsboende kan sedan flytta vidare till särskilt boende för äldre när behoven ökar, utifrån ny individuell behovsbedömning.

Vård- och omsorgsförvaltningen ser att det skulle finnas en vinst i att omvandla Igelkotten Servicehus till biståndsbedömt trygghetsboende. Det skulle i så fall innebära ett stort antal nyrenoverade lägenheter ytterligare anpassade till biståndsbedömt trygghetsboende, som stegvis blir tillgängliga.

Projektering för nybyggnation av Särskilt boende för äldre

Projektering för nytt Särskilt boende för äldre med planerad inflyttning omkring 2030 bör starta under steg 3, och detta bör finnas med i kommunens markplanering även tidigare.

Steg 4 (2026 - 2028)

Planering för renovering/omvandling av Pantern Servicehus

I dagsläget finns 26 servicelägenheter i huset som också inrymmer Pantern SÄBO. Brukarna som bor i lägenheterna har beslut om särskilt boende för äldre, men omvårdnaden utförs som hemtjänst med omvårdnads- och serviceinsatser.

Utredningen från 2018 bedömer att "lägenheterna i dagsläget inte lämpar sig för behovsprövat boende utan uppfyller endast kraven från Boverket motsvarande verksamhetsklass 3 (ordinärt boende). För att kunna ha ett samlat boende för äldre så behöver brandskyddet stärkas upp, kanske inte upp till nivån för ett vårdboende, men åtgärder behöver vidtas".

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår att även Pantern Servicehus omvandlas till biståndsbedömt trygghetsboende för äldre i samband med renovering, och att samma förändringar görs som för Igelkotten hus 1 - 3 ovan.

Vid denna tidpunkt är det svårt att säga exakt hur eventuella omflyttningar skall ske, beroende på aktuell kö och på att olika renoveringar blir klara löpande. Då brukarna har beslut om särskilt boende är det lämpligt att dessa flyttar till det nyrenoverade Igelkotten Hus 4. Om personer önskar och kan fortsatt bo i någon form av trygghetsboende kan platser på Igelkotten Trygghetsboende erbjudas.

Planering för renovering av Almgården

27 platser, fördelat på 19 vårdboendeplatser och 8 demensplatser, samt en korttidsplats.

Almgårdens särskilda boende i Julita kvarstår som särskilt boende för äldre. Fastigheten bedöms lämplig för den verksamhet som bedrivs. Arbetsmiljön är tillfredställande även om det finns utrymme för förbättringar. Till exempel så behöver fortsatt utbyggnad av taklyftar ske. Fastigheten erbjuder flexibilitet avseende vilken verksamhet som kan bedrivas. Behov av åtgärder finns, där det mest akuta bedöms vara att säkerställa brandskyddet och nöddrift. Åtgärder bedöms som möjliga och rimliga. Fastigheten bedöms vara tillgänglig och frångänglig. Under 2016 renoverades delar av Almgården.

Planering för renovering/ombyggnad av Yngaregården

I dagsläget finns 15 platser på Yngaregården, fördelat på 7 demensplatser och 7 omvårdnadsplatser samt en korttidsplats.

Fem platser frystes på Yngaregården under 2019, utifrån brandsäkerhetsbestämmelserna och brister i utrymningsvägar som fanns från den nu frysta avdelningen. Dessutom omvandlades en avdelning till demensplatser. Renoveringsbehovet på enheten rör sig om ytskikt och allmänna renoveringar. Även här bör göras översyn för möjlighet att tillskapa fler platser. Möjligheten har lyfts att flytta kontor och andra utrymmen till den nu frysta avdelningen, för att på så sätt skapa boendeplatser där kontor och personalutrymmen finns idag.

STEG 1 (Stegen är ungefär två-årsperioder) 2019-2020

STEG 2, 2021-2022

Strandgården renoveras

Norrgläntan renoveras->

Strandgården töms inför renovering:
Flytt sker till Dufvegården.

Strandgården
56 platser
Allmänt renoveringsbehov, ytskikt, målning, ventilation, kylanläggning

Furuliden renoveras, ombyggnad ev tillbyggnad->

Pantern SÄBO renoveras ->

Malmgården – Omvandling till trygghetsboende. Nettoantal platser som minskar totalt: -14 platser.

Dufvegården i drift, 96 platser (8X12)

Från Strandgården, ~56 brukare flyttar in på Dufvegården

Från Furuliden, ca 40 brukare flyttar in på Dufvegården

Strandgården i drift efter renovering, 48 demensplatser på 6 avdelningar samt gruppbostad LSS äldre 6 platser

Från Pantern SÄBO
8 demensplatser

Från Pantern SÄBO
8 demensplatser

Från Norrgläntan
Korttids demens
8 platser

Från Norrgläntan
Demens
8 platser

Furukällan
dagverksamhet för äldre

Strandgården SÄBO
8 platser

Strandgården SÄBO
8 platser

Strandgården SÄBO
8 platser

Gruppbostad äldre
LSS:
6 platser +jourrum och bas

Pantern SÄBO Demens, töms under renovering genom flytt till Strandgården

Pantern SÄBO
16 platser
Renoveringsbehov, uppfyller ej brandskydd, hygienkrav, för litet för att drivas effektivt som SÄBO

Norrgläntan: 40 platser, Ytrenovering, golv. Installera kylanläggning, sprinklers 1 eller 2 avdelningar (hus) tomställs genom flytt till Strandgården, i övrigt intern flytt mellan husen

Norrgläntan
KORTTIDS
8 demensplatser

Norrgläntan
32 demensplatser

För varje steg i processen beaktas om fler platser kan tillskapas på befintliga verksamheter, brandskydd, samt hygienutrymmen uppdateras efter dagens förutsättningar och lagkrav.

STEG 3, 2023-2025

STEG 4, 2026-2028

-> Furuliden färdigställs

Igelkotten hus 4 renoveras/byggs om ->

Vallgården renoveras/ombyggnation förtätning/utökning av platser

Yngaregården renoveras

Igelkotten hus 1-3 Renovering och omvandling till biståndsbedömt trygghetsboende (ett hus per år?)>

Vallgården renoveras, 22 platser, ytskiktrenovering mm, samt tillskapande av fler platser

Vallgården
omvårdnad
15 platser

Vallgården Demens
7 platser

Pantern Socialpsykiatri i drift efter renovering, ca 14 platser, beroende på brandskyddslösningar

Pantern
Socialpsykiatri

Pantern
Socialpsykiatri

Korttidsplats(er)
Socialpsykiatri

Yngaregården: 15 platser, fler platser kan tillskapas, renovering ytskikt

Yngaregården
7 platser

Yngaregården
7 platser Demens

Yngaregården 1
korttidsplats

Almgården renoveras, ca 26 platser

Almgården
omvårdnad
19 platser

Almgården Demens
7 platser

Furuliden i drift efter renovering, ca 70 platser ev fler med tillbyggnad

Från Igelkotten hus 4
18 omvårdnadsplatser

Från Vallgården efter behov
15 platser

"Nya Skogsbrynet"
Socialpsykiatri
9 platser.
Återanvänds efter renovering som socialpsyki eller demensavd

(Exempel): Från Igelkotten
hus 1-3
28 omvårdnadsplatser

Furuliden
Ca 9 platser

Norrgläntan i full drift efter renovering: 40 platser, varav 8 eller 16 är lediga vid färdigställande

Norrgläntan
32 demensplatser
(Vid behov från Vallgården demens)

Norrgläntan KORTTIDS
8 demensplatser

Igelkotten Hus 4 i drift efter renovering, 27 SÄBO-platser beroende på brandskydd/behov inom Socialpsykiatrin

Igelkotten SÄBO (Hus 4)
9 platser

Igelkotten SÄBO (Hus 4)
9 demensplatser

Igelkotten SÄBO (Hus 4)
9 platser

Viljan Socialpsykiatri?
(Igelkotten Hus 4 vån 2)
8 platser

Vallgården i drift efter renovering/ombyggnad, ca 26 platser

Vallgården
omvårdnad
19 platser

Vallgården Demens
7 platser

Igelkotten Hus 4 töms, 27 platser
Renoveringsbehov, uppfyller ej brandskydd, hygienkrav

Igelkotten SÄBO (Hus 4)
9 platser

Igelkotten SÄBO (Hus 4)
9 demensplatser

Igelkotten SÄBO (Hus 4)
9 platser

Viljan Socialpsykiatri
(Igelkotten Hus 4 vån 2)
8 platser

IGELKOTTEN SERVICEHUS. 84 platser. Omvandling till Biståndsbedömt trygghetsboende i flera steg.

IGELKOTTEN HUS 1
28
servicelägenheter

IGELKOTTEN HUS 2
28
servicelägenheter

IGELKOTTEN HUS 3
28
servicelägenheter

Pantern Servicehus 26 platser. Omvandla till trygghetsboende med beslut vid renovering.

Pantern Servicehus
26 lägenheter

Projektering av nytt SÄBO inleds, planerad driftsstart omkring 2030

Exakta flyttar för dessa steg är beroende på ett flertal mindre beslut som tas under processens gång. Till exempel om det skall tillskapas demensavdelningar på Furuliden i markplan, samt hur processen för Vallgården och Igelkotten hus 1-3 ska se ut.

Förslag till yttrande över IVO:s beslut utifrån tillsyn av medicinsk vård och behandling vid covid-19

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

OBS! Förslag till yttrande skickas ut senare

Sammanfattning av ärendet

Ärendets handlingar

- IVO:s beslut 2021-02-02

Ärendebeskrivning

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har gjort en tillsyn av medicinsk vård och behandling till äldre personer med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende som drivs av vård- och omsorgsnämnden i Katrineholms kommun.

I tillsynen har IVO granskat om det funnits förutsättningar för att ge god vård till dessa personer.

IVO har i tillsynen funnit följande brister i vård- och omsorgsnämndens verksamheter:

- Det har, vid de särskilda boenden som ingår i aktuell tillsyn, inte funnits förutsättningar för att ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19.
- Det går, vid de särskilda boenden som ingår i aktuell tillsyn, inte att följa vården till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende pga. brister i hälso- och sjukvårdsjournalerna.

IVO begär att nämnden ska redovisa sin inställning till de brister som IVO konstaterat. Redovisningen ska även innehålla de eventuella åtgärder som nämnden i sitt systematiska patientsäkerhetsarbete har vidtagit eller planerar att vidta för att komma till rätta med bristerna. Redovisningen ska innehålla uppgifter om när eventuella åtgärder genomfördes eller kommer att genomföras. Redovisningen ska vara IVO tillhanda senast den 15 mars 2021.

Förvaltningens bedömning

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Hernevid
Verksamhetsstrateg

Beslutet skickas till: IVO, ledningsgruppen, berörda enhetschefer, MAS, akten

Inkom 2021-02-02
Dnr VON / 2020:45 - 719
Hnr 2021:153
Kopia: VON ordf + sekr, FC, bitr FC,
VC Säbo, MAS, berörda EC

Katrineholms kommun
Socialnämnden
641 80 Katrineholm

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling till äldre personer med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende som drivs av vård- och omsorgsnämnden i Katrineholms kommun. I tillsynen har Inspektionen för vård och omsorg, IVO, granskat om det funnits förutsättningar för att ge god vård till dessa personer.

Beslut

IVO har i tillsynen funnit följande brister i vård- och omsorgsnämndens (härefter nämnden) verksamheter.

- Det har, vid de särskilda boenden som ingår i aktuell tillsyn, inte funnits förutsättningar för att ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19.
- Det går, vid de särskilda boenden som ingår i aktuell tillsyn, inte att följa vården till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende pga. brister i hälso- och sjukvårdsjournalerna.

IVO begär med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden ska redovisa sin inställning till de brister som IVO konstaterat. Redovisningen ska även innehålla de eventuella åtgärder som nämnden i sitt systematiska patientsäkerhetsarbete har vidtagit eller planerar att vidta för att komma till rätta med bristerna. Redovisningen ska innehålla uppgifter om när eventuella åtgärder genomfördes eller kommer att genomföras.

Redovisningen ska vara IVO tillhanda **senast den 15 mars 2021**.

Om bristerna inte avhjälpas eller om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande.

Skälen för beslutet

IVO har i en nationell tillsynsinsats granskat den medicinska vården och behandlingen som ges till äldre personer med misstänkt eller konstaterad covid-19 som bor på särskilt boende. I nu aktuellt ärende

har IVO inledningsvis på en övergripande nivå granskat nämndens arbete. IVO har därefter valt att fördjupa tillsynen när det gäller vården på två särskilda boenden. Hur smittspridningen av covid-19 varit över landet varierar. I aktuellt område har smittspridningen varit omfattande under granskningsperioden.

I nu aktuellt ärende har den fördjupade tillsynen omfattat följande särskilda boenden.

- Furulidens särskilda boende, där läkarinsatserna ges av vårdcentralen Linden.
- Strandgårdens särskilda boende, där läkarinsatserna ges av vårdcentralen Nävertorp.

Nedan följer en närmare redogörelse för IVO:s ställningstagande.

Det har inte funnits förutsättningar för att ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19.

IVO bedömer att det, vid de särskilda boenden som nämnden driver, under aktuell tid inte funnits förutsättningar för att ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård av god kvalitet till äldre med misstänkt eller konstaterad covid-19. Tillsynen har visat att bemanningen av sjuksköterskor varit bristfällig och att det vid något tillfälle saknas sjuksköterska helt.

Detta är inte förenligt med kraven som följer av 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), PL. Av dessa bestämmelser följer bl.a. att vården ska

- vara av god kvalitet med god hygienisk standard,
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- vara sakkunnig och omsorgsfull och,
- stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Av 5 kap. 2 § HSL framkommer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som krävs för att god vård ska kunna ges.

IVO vill i detta sammanhang påtala följande. Av 12 kap. 1 och 3 §§ HSL följer att kommunen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård, dock ej den vård som ges av läkare, till de som bor på särskilt boende för äldre. Vårdgivaren, i detta fall ansvarig nämnd har ett ansvar för att det finns förutsättningar för att vård ska kunna ges i enlighet med gällande bestämmelser. Av 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen,

(2010:659), PSL, följer att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Enligt 2 § samma kapitel ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Vidare ska vårdgivaren enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete upprätta ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (3 kap. 1 §) Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 2 §). I ledningssystemet ska det finnas de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2 och 4 §§). Vårdgivaren ska dessutom säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet (6 kap. 1 §).

Brister avseende bemanning

IVO bedömer att bemanningen av sjuksköterskor inte varit tillräcklig för att kunna ge god vård till de äldre som haft misstänkt eller konstaterad covid-19. IVO konstaterar att antalet patienter per sjuksköterska var mer än fördubblat under en period och att det vid något tillfälle saknats sjuksköterska helt. Detta på grund av sjukfrånvaro av sjuksköterska. IVO bedömer att detta kan ha riskerat att försämra förutsättningarna för att ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård. IVO:s granskning har visat:

- Att det vid granskningstillfället har förekommit att en sjuksköterska ansvarade för sina insatser för mer än dubbelt så många patienter än i vanliga fall. Därtill var många av patienterna svårt sjuka.

IVO bygger sitt ställningstagande på följande uppgifter.

Det framgår av intervjuer med sjuksköterskor på båda boenden att sjuksköterskebemanningen varit mindre än i normala fall. En sjuksköterska kunde arbeta ensam med dubbelt så många patienter, varav många var svårt sjuka, än normalt. En dag saknades det helt sjuksköterska.

Det går inte att följa vården till äldre som bor på särskilt boende på grund av brister i hälso- och sjukvårdsjournalerna

IVO bedömer att det inte går att följa vården de äldre vid med misstänkt eller konstaterad covid-19 på grund av brister i boendets hälso- och sjukvårdsjournaler. Tillsynen har visat att det i granskade journaler saknas uppgifter som behövs för att säkerställa en god vård. Exempel på uppgifter som saknas är hur och när kontakt mellan olika verksamheter togs.

Detta är inte förenligt med kravet på dokumentation som följer av 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355), PDL samt 5 kap 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Av dessa bestämmelser följer att en journal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, vilket i förekommande fall omfattar bl.a.

- aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar,
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa,
- ordinationer och ordinationsorsak,
- samtycken och återkallade samtycken,
- patientens önskemål om vård och behandling, och
- vårdplanering.

Av 3 kap. 1 § HSLF-FS 2016:40 följer att varje vårdgivare ansvarar för att det finns processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i föreskriften. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att vårdgivare har en skyldighet att upprätta ett ledningssystem med de processer och rutiner som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet (3 kap. 1 §). Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

IVO bygger sitt ställningstagande på följande uppgifter

Av journalgranskning framkommer att dokumentationen har brutit avseende hur kontakter mellan det särskilda boendet och andra vårdgivare togs. Även dokumentationen av innehållet i dessa kontakter har brister. Av intervjuer med sjuksköterskor på boendena framgår att dokumentationen i patientjournal varit bristfällig.

Övrigt

IVO har noterat att det har förekommit att äldre som haft covid-19 hittats avlidna på sina rum. IVO vill med anledning av detta påtala att personer, som förväntas ha mycket kort tid kvar att leva, inte bör lämnas ensamma, såvida det är klarlagt att detta är deras önskemål. Närvaro av någon under den sista tiden i livet är viktigt för den döendes trygghet och välbefinnande. IVO vill därvid påminna om att god vård enligt 5 kap. 1 § HSL innebär att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Bemanningen på särskilt boende måste anpassas med denna utgångspunkt.

Underlag

- Intervju med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Katrineholms kommun.
- Intervju med medicinskt ansvarig läkare i regional sjukvårdsledning och divisionschef för regional primärvård, Region Sörmland.
- Granskning av hälso- och sjukvårdsjournaler från ovan angivna särskilda boenden och primärvårdsverksamheter för tidsperioden 1 februari – 1 juni 2020.
- Intervjuer med sjuksköterskor på ovan angivna särskilda boenden.
- Intervjuer med verksamhetschefer och ansvariga läkare vid ovan angivna primärvårdsverksamheter.

Annan information som kommit till IVO:s kännedom

Från anmälningar till IVO har inkommit följande uppgifter avseende förhållanden vid ett av de aktuella särskilda boendena.

- Uppgiftslämnare skriver att personal har beordrats att arbeta trots att de har varit sjuka.

Dessa uppgifter har inte närmare utretts av IVO och utgör inte ett underlag för beslutet. Informationen tyder dock på att det finns risk för att äldre som bor på särskilt boende inte har fått en god vård vid misstänkt eller konstaterad covid-19. IVO påpekar vårdgivarens ansvar att hantera dessa uppgifter i dennes ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Ytterligare information

IVO inledde den aktuella tillsynsinsatsen med anledning av uppgifter om att äldre personer som bor på särskilt boende inte erhållit god vård och behandling vid smitta av covid-19. Tillsynen riktar sig mot alla kommuner och regioner i landet samt vissa enskilt bedrivna verksamheter/vårdgivare. Intervjuer har genomförts med alla regioners hälso- och sjukvårdsdirektörer eller motsvarande samt alla kommuners MAS. Tillsynen har därefter fördjupats när det gäller vård och behandling vid 98 särskilda boenden. I den fördjupade tillsynen har ytterligare uppgifter inhämtats genom journalgranskning samt intervjuer med verksamhetschef och läkare vid primärvården samt sjuksköterskor vid de aktuella boendena.

Ansvar för hälso- och sjukvården till personer som bor på särskilt boende är delat i enlighet med bestämmelser i HSL. För vård och behandling som ges av sjuksköterskor m.fl. ansvarar kommunen medan regionerna ansvarar för läkarinsatserna. Den faktiska vården kan sedan, i de fall kommunerna och regionerna tecknat avtal med privata utförare

ges av dessa utförare. De privata utförarna har då ett vårdgivaransvar men kommunerna och regionerna bibehåller sitt yttersta ansvar som huvudmän enligt HSL för den vård och behandling som ges.

Under hösten 2020 har spridningen av covid-19 åter ökat i Sverige. IVO följer noggrant utvecklingen och kan med anledning av detta vidta nya tillsynsåtgärder.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Carina Ragnarsson. I den slutliga handläggningen har inspektören Carina Gustavsson och avdelningsjuristen Hans Yngve deltagit. Inspektören Johan Mohlin har varit föredragande.

Årsredovisning för vård- och omsorgsnämndens verksamhet år 2020

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner årsredovisningen för 2020 och överlämnar den till kommunstyrelsen.

Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgsförvaltningen har upprättat förslag till årsredovisning avseende 2020.

Trots svåra förutsättningar utifrån coronapandemin visar uppföljningen av resultatmålen att förvaltningen uppnår en bibehållen nivå inom samtliga målområden. Inom några resultatmål kan en viss förbättring ses. Den ekonomiska utvecklingen totalt sett har varit positiv och visar en ekonomi i balans. För 2020 redovisas en positiv avvikelse mot budget om +8 676 tkr. Bortsett från de statsbidrag som vård- och omsorgsförvaltningen fått för Covid-19 har förvaltningen gjort ett nollresultat.

Avvikelse gentemot budget inom respektive verksamhet enligt driftsredovisning (tkr)

Förvaltningsgemensamt	13 391
Förvaltningskontor	1 275
Äldreomsorg	-5 217
Funktionsstöd	-773
Resultat	8 676

Av 2020 års investeringsbudget om 11 716 tkr återstår 7 875 tkr. Av den återstående delen föreslås 7 312 tkr att ombudgeteras till 2021. Den största delen avser inventarier till Dufvegården och ny gruppbofastad, orsaken till avvikelserna är att dessa investeringar försenats under året.

Ärendets handlingar

- Årsredovisning för vård- och omsorgsnämndens verksamhet 2020

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Hernevid
Verksamhetsstrateg

Beslutet skickas till: Kommunstyrelsen, Communis, akten

Förslag till

Årsredovisning 2020

Vård- och omsorgsnämnden

Datum: 2021-02-08

Handläggare: Lars Hernevid

Dnr: VON/2020:29-041

Innehållsförteckning

Inledning	4
Ansvarsområde och organisation	5
Ansvarsområde.....	5
Privata utförare.....	5
Väsentliga organisationsförändringar	5
Viktiga förhållanden för resultat och ekonomisk ställning	6
Verksamhetsrapport.....	6
Volymutveckling.....	7
Väsentliga risker och osäkerhetsfaktorer.....	8
Hållbarhet.....	8
Händelser av väsentlig betydelse	10
Väsentliga händelser.....	10
Övriga händelser	10
God ekonomisk hushållning och måluppfyllelse	11
Samlad bedömning.....	11
Målbedömning resultatmål.....	11
Ekonomisk ställning	15
Drift.....	15
Investeringar	16
Väsentliga personalförhållanden	17
Personalkostnader & personalstyrka	17
Medarbetarskap & ledarskap	17
Kompetensförsörjning & kompetensutveckling.....	18
Hållbart arbetsliv & arbetsmiljö.....	19
Förväntad utveckling	20
Särskilda uppdrag	21
Uppdrag från övergripande plan med budget 2020-2022.....	21

Bilaga: Uppföljning av uppdrag i kommunplanen.....	22
Attraktiva boende- & livsmiljöer	22
Trygg vård & omsorg	22
Hållbar miljö.....	23
Attraktiv arbetsgivare & effektiv organisation	23
Bilaga: Information om ombudgering av investeringsmedel.....	25
Bilaga: Begäran om ombudgering av investeringsmedel	26
Bilaga: Uppföljning av handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR.....	27
Artikel 6 – Bekämpa stereotyper	27
Artikel 9 – Jämställdhetsanalyser.....	27
Artikel 15 – Social omsorg och sociala tjänster.....	28
Artikel 17 – Vård av anhöriga	28
Artikel 22 – Könrelaterat våld.....	28
Bilaga: Uppföljning av indikatorer	29
Tillväxt, fler jobb & ökad egen försörjning	29
Attraktiva boende- & livsmiljöer	29
Trygg vård & omsorg	30
Ett rikt kultur- idrotts- & fritidsliv.....	34
Hållbar miljö.....	35
Attraktiv arbetsgivare & effektiv organisation	35

Inledning

Årsredovisningen ska innehålla en översiktlig och sammanfattande redogörelse för utvecklingen av kommunens verksamhet och resultat under året. Strukturen på årsredovisningen utgår från styrsystemet, kommunplanen och övergripande plan med budget. Det är vad som beslutats i Kommunplan 2019-2022 och Övergripande plan med budget 2020-2022 som årsredovisningen ska svara upp gentemot. I årsredovisningen redovisas och analyseras utfall gällande både ekonomi (drift- och investeringsredovisning) och verksamhet (resultatmål).

Nämndens/bolagets årsredovisning innehåller bland annat en uppföljning av verksamhetsvolym, måluppfyllelse, särskilda uppdrag, personal och ekonomi under 2020. Syftet är att ge en bred bild av nämndens/bolagets verksamheter med utgångspunkt från målen om god ekonomisk hushållning. Syftet är också att ge underlag för kommunens övergripande årsredovisning som fastställs av kommunfullmäktige i mars 2021.

Ansvarsområde och organisation

Ansvarsområde

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

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

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

Privata utförare

Vård- och omsorgsnämnden införde 2011 fritt val av utförare enligt Lagen om Valfrihetssystem (LOV) inom hemtjänst. Den som beviljats hemtjänst kan välja vem som ska utföra insatserna. Katrineholms kommun har både interna och externa utförare. Alla utförare är godkända av kommunen. Vissa erbjuder enbart serviceinsatser medan övriga erbjuder både service- och omvårdnadsinsatser. De brukare som inte väljer utförare tilldelas kommunen som utförare av hemtjänst. Privata utförare utför i nuläget cirka 28 procent av all hemtjänst.

Vård- och omsorgsnämnden har fem externa placeringar enligt LSS, Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade. Vid externa placeringar har kommunen inte kunnat tillgodose brukarens behov i kommunens egen regi. Vid köp av externa platser för barn och ungdomar är behovet i första hand behov av skolgång på annan ort. Vård- och omsorgsförvaltningen har fem pågående externa placeringar enligt SoL, Socialtjänstlagen. Dessa externa placeringar riktar sig mot socialpsykiatrins målgrupp. Kommunen har själv inte kunnat tillgodose dessa behov i den egna verksamheten.

Personlig assistansersättning beviljad enligt socialförsäkringsbalken samt personlig assistans enligt LSS utförs både av externa och interna utförare. Den som blir beviljad personlig assistans har inflytande i vem som blir sin personliga assistent samt kan välja vem som ska utföra assistansen. För såväl personlig assistans beviljad enligt LSS som för personlig assistans beviljad enligt socialförsäkringsbalken utför externa utförare cirka 75 procent av assistanstimmarna medan interna utförare står för cirka 25 procent av assistanstimmarna.

Väsentliga organisationsförändringar

Vård- och omsorgsförvaltningens nya organisation trädde i kraft i januari 2020. I den nya organisationen samlas verksamheterna i områdena äldreomsorg, funktionsstöd och förvaltningskontor. Avsikten med förändringen är att minska antalet verksamhetsområden inom förvaltningen för att förbättra samverkan och stärka helhetsperspektivet.

Viktiga förhållanden för resultat och ekonomisk ställning

Verksamhetsrapport

Coronapandemin

Vård- och omsorgsförvaltningen har under året anpassat verksamheten i syfte att säkerställa en trygg och säker vård och omsorg genom att minska smittspridningen och säkerställa nödvändiga insatser för brukarna. Vård- och omsorgsförvaltningen gick upp i stabsläge i mars månad och var i stabsläge fram till mitten av juni månad. Förvaltningen har sedan fortsatt med regelbundna avstämningsmöten gällande covid-19 under hela hösten.

Sedan pandemiutbrottet har vård- och omsorgsförvaltningen följt Folkhälsomyndighetens rekommendationer och Region Sörmlands rutiner för hantering av covid-19. I arbetet har samverkan med olika aktörer som Länsstyrelsen och Region Sörmland med flera varit värdefull.

Fortlöpande information om nuläge kring coronapandemin till medarbetare, brukare och anhöriga via kommunens webbplats och intranätet har varit en viktig del för att minska smittspridningen och oro. Återkommande tillfällen, varje vecka, där MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) har informerat sjuksköterskor och chefer om det senaste har också varit viktigt.

Stort fokus under framförallt våren har legat på att skaffa fram skyddsutrustning till verksamheterna. För att klara uppdraget tillsattes en tillfällig samordnande inköpsorganisation med uppdrag att samordna inköp, säkerställa en god logistik, lagerhållning och transport av utrustning till verksamheterna. Arbetet har lett till skapandet av ett centralförråd som hanteras med stöd från Service- och teknikförvaltningen. Detta har varit ett framgångsrikt koncept och har fortsatt under hela året.

Den 30 mars 2020 fattade regeringen beslut om besöksförbud på särskilda boenden för äldre. I Katrineholms kommun fattades beslutet om besöksförbud i ett tidigare skede, den 12 mars, för att begränsa smittspridningen av sjukdomen covid-19. Under hösten har särskilda boenden för äldre varit öppna för besök men från november har särskilda besökskriterier gällt. Besök har då kunnat genomföras men utifrån noggranna rutiner. Vård- och omsorgsförvaltningen har under året skapat mötesplatser utomhus vid boendena. Inköp av skärmar och samtalsförstärkare har möjliggjort att brukare och dess närstående har kunnat träffas på ett tryggt och säkert sätt utomhus.

En av vård- och omsorgsförvaltningens största utmaningar har varit att säkerställa personalförsörjningen för verksamheterna. Detta ledde till att vissa verksamheter under våren reducerades, stängdes eller utfördes på annat sätt i syfte att säkerställa personalbemanningen och för att minska smittspridningen. Vidtagna åtgärder har möjliggjort en omfördelning av vård- och omsorgsförvaltningens resurser. De verksamheter som stängdes under våren har öppnats upp igen under hösten. Inför varje uppstart av en verksamhet har en handlingsplan med anpassningar tagits fram för att förhindra smittspridning.

Samtidigt som arbetet med coronapandemin har medfört stora utmaningar så har det även lett till utveckling av nya arbetssätt. Exempelvis har förvaltningen tagit fram digitala lösningar för flera interna utbildningar. Förvaltningen har även arbetat med att öka den digitala tillgängligheten exempelvis digitala visningar av lägenheter på särskilda boenden för äldre inför inflyttning.

För att förhindra smittspridning på särskilda boenden för äldre i kommunen, beslutade vård- och

omsorgsnämndens ordförande på nämndens vägnar att inflyttning till särskilda boenden stoppades under perioden 2020-04-22 till 2020-05-31. En individuell prövning kunde dock göras om det förelåg särskilda skäl för undantag från beslutet. Inflyttningsstoppet har påverkat väntetiderna till särskilda boenden för äldre. En handlingsplan togs fram inför att inflyttningsstoppet skulle hävas för att kunna hantera att många brukare hade behov av att flytta in på boenden under en kort tidsperiod.

Med anledning av coronapandemin har sociala aktiviteter för brukarna fått genomföras på annat sätt. Större evenemang och aktiviteter har ställts in. Aktiviteterna har varit mer individanpassade eller skett i mindre grupper. Många aktiviteter och underhållning har varit utomhus. Totalt sett så har de åtgärder som satts in efter pandemins utbrott och dess inledande skede visat sig effektiva. Smittspridningen har kunnat hållas på en låg nivå under sommar, höst och vinter. I jämförelsen med de närmast föregående åren (2015-2019) är antalet avlidna på särskilt boende, totalt sett, något lägre under 2020.

Vård- och omsorgsförvaltningen har fortsatt arbetat med ekonomiska månadsbokslut för att följa den ekonomiska utvecklingen. Det som påverkat eller kommer att påverka ekonomin negativt utifrån coronapandemin är inköp av skyddsutrustning, hantering av smittförande avfall, utökad bemanning av sjuksköterskor och baspersonal, ökade sjukskrivningar samt införande av arbetssätt med kohortvård. Med kohortvård menas att personal avdelas för att endast vårda sjuka. Även extra inköp av arbetskläder, extra tvätt och smittstäd har bidragit till ökade kostnader.

Övriga viktiga förhållanden

Under våren hade vård- och omsorgsförvaltningen fokus på att hantera coronapandemin vilket resulterat i att annat arbete fick fått stå tillbaka. Det fick till följd att flera uppdrag och utvecklingsarbeten inte påbörjades enligt plan.

Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2020 rekviderat statsbidrag för välfärdsteknik, statsbidrag för att utveckla arbetet för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom och motverka ensamhet bland äldre samt statsbidrag för en god och nära vård.

Redovisningen av kommunstyrelsens särskilda uppdrag att planera för en fortsatt utveckling av boendeplatser för vård- och omsorgsnämndens brukare har skjutits fram till mars 2021.

Det särskilda beredningsuppdraget att göra jämförelser och ta vara på goda exempel inom hemtjänsten avviker från plan då det skulle vara färdigställt under 2020. Vård- och omsorgsförvaltningen har inlett arbetet med att analysera jämföra andra kommuners hemtjänst, förvaltningen kommer att fortsätta arbetet under 2021.

Volymutveckling

Volymmått	Utfall 2019	Utfall 2020
Utförda hemtjänsttimmar per månad, intern regi	15 750	16 557
Utförda hemtjänsttimmar per månad, extern regi	6 892	6 309
Belagda platser på särskilt boende för äldre	304	290
Personlig assistans beviljad enligt socialförsäkringsbalken, internt utförd	7 737	5 203
Personlig assistans beviljad enligt socialförsäkringsbalken, externt utförd	13 797	13 773
Personlig assistans enligt LSS, internt utförd	516	1 869
Personlig assistans enligt LSS, externt utförd	5 482	4 939
Belagda platser på LSS-boende	141	141
Externa placeringar LSS	6	5
Externa placeringar SoL	3	5
Brukare med daglig verksamhet inom LSS per månad	229	238
Beviljade timmar boendestöd per månad	1 601	1 556

Kommentar till volymutveckling

Volymmåtten anger utfall i december respektive år. Hemtjänsten har totalt sett ökat under året och det är främst den internt utförda hemtjänsten som ökat. Den externt utförda hemtjänsten har minskat något under året. Detta främst till följd av att två externa utförare har avslutats under året.

Internt utförd personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken har minskat jämfört med föregående år. Detta beroende på att några större assistansärenden har avslutats. Istället har antalet ärenden med personlig assistans, beviljad enligt LSS som är internt utförd ökat i jämförelse med föregående år.

Väsentliga risker och osäkerhetsfaktorer

Risk	Orsak	Möjliga konsekvenser	Hantering
Långvarig coronapandemi	Omvärlden och beslut som fattas av regeringen och myndigheter påverkar verksamheten	Brister i brukar- och patientsäkerhet, personalbrist, brist på skyddsutrustning, ekonomiska konsekvenser	Följa framtagna rutiner. Säkerställa tillgång till skyddsutrustning via centralförrådet för skyddsutrustning. Samordning av personalresurser i kommunen. Samverka med Region Sörmland och andra aktörer
Kompetensbrist	En förskjutning från Regionen till kommunen med svårare och mer avancerad sjukvård (nära vård). Svårighet att delegera personal. Svårighet att rekrytera personal	Brister i brukar- och patientsäkerhet med risk att brukare/patienter inte får den sjukvård de behöver	Utveckla samverkan med Regionen. Höja kompetensen bland befintlig omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Utveckla arbetsmetoder och arbets sätt
Personalbrist	Svårt att rekrytera behörig personal och hög sjukfrånvaro	Brister i brukar- och patientsäkerhet	Arbeta för attraktiv arbetsgivare, marknadsföra vård- och omsorgsycket ,ta emot studenter och praktikanter
Implementering av nytt verksamhetssystem efter upphandling. Digital kompetensbrist	Ny upphandling av verksamhetssystem.	Brister i kommunikation och dokumentation	Utbilda personal, ökad digital tillgänglighet

Hållbarhet

Utgångspunkt i arbetet med hållbarhet tas i de globala målen i FN:s Agenda 2030 för hållbar utveckling. Denna lyfter 17 hållbarhetsmål utifrån tre dimensioner, ekonomiskt, socialt och miljömässigt.

Vård- och omsorgsnämnden bidrar naturligt i sitt uppdrag främst till den sociala dimensionen och framförallt de globala målen hälsa och välbefinnande och minskad ojämlikhet. Socialtjänstlagen pekar ut just ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet som mål för socialtjänstens verksamhet. Vård- och omsorgsnämndens verksamheter har, inom de globala målen hälsa och välbefinnande och minskad ojämlikhet, kunnat genomföra individanpassade aktiviteter för att brukare skall kunna delta i kultur-, idrotts- och fritidsliv. Verksamheterna har också kunnat arbeta med bemötande, förtroende och trygghet, ökade möjligheter till delaktighet och inflytande samt stärkt patientsäkerhet.

Sett till den miljömässiga dimensionen så har vård- och omsorgsnämnden bidragit till att minska antalet fysiska och resande möten genom att ha fler digitala mötesformer. Genom digitala lösningar har även exempelvis visning av lägenheter kunnat genomföras även för de som, till följd av corona, inte kunna komma på fysiska visningar.

Vidare har Vård- och omsorgsnämnden bidragit till en säkrad kompetensförsörjning genom att erbjuda praktikplatser i samarbete med Viadidakt som också lett till timanställningar. Totalt 17 medarbetare har också getts chansen att utbilda sig till undersköterska eller vårdbiträde genom äldreomsorgslyftet.

Händelser av väsentlig betydelse

Väsentliga händelser

Här beskrivs händelser som på ett väsentligt sätt påverkat verksamheten och/eller ekonomin under året eller förväntas göra det på längre sikt.

- Två utförare av hemtjänst enligt Lagen enligt Lagen om Valfrihetssystem (LOV) har avslutats under 2020. Brukarna som hade dessa utförare har fått möjlighet att välja ny utförare som ska utföra deras insatser.
- Vård- och omsorgsförvaltningen har möjliggjort en hemmaplanslösning med dygnet runt bemanning.
- Nytt avtal för trygghetslarm inom särskilt boende för äldre och ordinärt boende i hemtjänst har ingåtts. Implementering pågår under 2020 och 2021.
- Införandet av molnbaserad lagringslösning och billigare licenser för program förväntas påverka ekonomi och kvalitet i positiv riktning. Vård- och omsorgsförvaltningen har tydliggjort strukturen för att visualisera processer och rutiner på intranätet. Detta förväntas leda till ökad effektivitet och kvalitet i vården och omsorgen.

Övriga händelser

- Flera större inplanerade kulturella och sociala aktiviteter har inte genomförts, som exempelvis Festival för mogna och Funkismello. Vård- och omsorgsförvaltningen har istället genomfört andra former av aktiviteter. Exempelvis har förvaltningens egen trubadur genomfört en utomhusturné utanför särskilda boenden för äldre under den del av året då vädret tillåtit vilket varit mycket uppskattat bland brukarna. Under senhöst och vinter har det kunnat ske digitalt.
- Kontinuerligt arbete har pågått under året för att visa medarbetare och medborgare processen kring byggandet och inflyttning av vårdboendet Dufvegården. Detta har skett både fysiskt och digitalt.

God ekonomisk hushållning och måluppfyllelse

Samlad bedömning




Under året har mycket fokus legat på att hantera coronapandemin vilket resulterat i att delar av det planerade arbetet fått stå tillbaka. Det betyder att många uppdrag, planerade aktiviteter och utvecklingsarbeten inte skett enligt plan. Vård- och omsorgsförvaltningen har i många fall tvingats tänka nytt och alternativt. Trots svåra förutsättningar visar uppföljningen av resultatmålen att förvaltningen uppnår en bibehållen nivå inom samtliga målområden. Inom några resultatmål kan en förbättring ses.

Inom målområdet *Trygg vård och omsorg* har mycket av arbetet med aktiviteter och utevistelser anpassats och blivit mer individuellt inriktade. Införande av en ny genomförandeplan utifrån IBIC (Individens behov i centrum) har varit en del i detta. Resultat i årets mätningar visar bland annat att verksamheterna fortsatt ligger väl till gällande känsla av trygghet och utevistelse bland de äldre och även att vi ligger över riksgenomsnittet gällande känsla av trygghet för brukare i daglig verksamhet inom funktionsstöd.



Den ekonomiska utvecklingen totalt sett har varit positiv och visar en ekonomi i balans även om marginalerna är små och fortsatta ansträngningar är nödvändiga för att upprätthålla ekonomi i balans under kommande år. Hemtjänst är likt de senaste åren den del som har den största negativa avvikelsen även om avvikelsen är betydligt mindre i jämförelse med två år tillbaka. Där pågår fortsatt en särskild översyn för att fortsätta förbättringsarbetet. En orsak till att vård- och omsorgsförvaltningen kan uppvisa ett positivt årsresultat trots ökade kostnader med anledning av coronapandemin är att verksamheter har stängts under del av året vilket möjliggjort en omfördelning av den fast anställda personalen vilket gjort att färre vikarier behövts.

Målbedömning resultatmål

Tillväxt, fler jobb & ökad egen försörjning

Status	Resultatmål	Kommentar
	Ökad sysselsättning KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB  1. Ingen fattigdom  8. Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt	Vård- och omsorgsförvaltningen har tillhandahållit praktikplatser i samverkan med Viadidakt där några elever har kunnat gå vidare till att få timanställningar i våra verksamheter. Coronapandemin har lett till svårigheter att få nya praktikplatser inom daglig sysselsättning/verksamhet.

Attraktiva boende- & livsmiljöer











Status	Resultatmål	Kommentar
	Tryggare offentliga miljöer KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KIAB, VSR  16. Fredliga och inkluderande samhällen	Vård- och omsorgsförvaltningen verkar aktivt för att utomhus- och gemensamhetsmiljöer i anslutning till verksamhetens boendeenheter ska vara inbjudande, trivsamma och trygga. Samverkan med andra förvaltningar och externa parter har byggts upp där behov funnits.

Trygg vård & omsorg





Status	Resultatmål	Kommentar
	Fler brukare inom vård och omsorg ska ha en positiv upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet KS, VON, KFAB  3. Hälsa och välbefinnande	Mätningar inom äldreomsorg visar att vi ligger i partiet med riket angående känsla av trygghet med en liten ökning inom hemtjänst jämfört med föregående år. Inom daglig verksamhet, LSS, visar mätningen att vi ligger något högre än riksgenomsnittet och även där ses en viss förbättring från föregående mätning. Förvaltningen har arbetat med digitala lösningar samt skapat mötesplatser för brukare och anhöriga utomhus på särskilt boende för äldre. Genomförandeplanerna har utvecklats i enlighet med IBIC (Individens behov i centrum) och det dokumenteras nu särskilt på varje brukare vad som är "trygghet för mig" vilket bidrar till att sätta fokus på aktuellt resultatmål.
	Ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg KULN, VON  3. Hälsa och välbefinnande	Nöjdheten med ordnade aktiviteter inom äldreomsorgen ligger över riksgenomsnittet även om det sjunkit något under året. Resultatet för hur många som är nöjda med möjligheten att vara utomhus har ökat och ligger även det över riksgenomsnittet. Totalt sett har förutsättningarna begränsats något med tanke på coronapandemin men det har inneburit att förutsättningarna ökat för nya typer av aktiviteter. I förlängningen kan detta medföra klart ökade förutsättningar för brukare inom vård och omsorg.
	Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas STN, VON  2. Ingen hunger  3. Hälsa och välbefinnande	Under 2020 har brukare inom ordinärt boende fått utökad valmöjlighet och kan välja mellan 10 olika maträtter per vecka vilket är en förbättring. Dock har andelen brukare som har möjlighet att välja mellan olika maträtter inom särskilda boenden sjunkit och kan ses som ett utvecklingsområde. Inom uppdraget psykisk hälsa har det genomförts digital utbildning för personal inom funktionsstöd och hemtjänst kring kost, nutrition och hälsa.
	Stärkt patientsäkerhet inom vård och omsorg VON  3. Hälsa och välbefinnande	Stort fokus under året har legat på att stärka patientsäkerheten i förhållande till den pågående coronapandemin. Det har till stor del handlat om att upprätta och kommunicera ut rutiner kring hanteringen av densamma. En utveckling av delegeringsprocessen har pågått under året. Delar av densamma har fått ställas om till att bli digital. En ny riktlinje gällande trygg hemgång och effektiv samverkan har arbetets fram och började gälla i september. Framsteg har gjorts gällande andelen åtgärdade avvikelser inom hälso- och sjukvård.
	Ökad möjlighet till delaktighet och inflytande SOCN, VON  10. Minskad ojämlikhet	Resultaten i brukarundersökningar visar att känsla av delaktighet och inflytande har sjunkit något inom äldreomsorgen medan den har ökat något inom daglivverksamhet, LSS. Alla resultat ligger i paritet med riksgenomsnittet.
	Anhörigstödet ska utvecklas SOCN, VON  5. Jämställdhet	Anhörigstödet har främst utvecklats inom det digitala området under året där nya former för möten, informationer och grupper gjorts möjlig. Detta efter att anhörigcentralen fått hållas stängd under delar av våren då coronapandemin bröt ut. Totalt sett har det skett en viss minskning i antalet anhöriga under året men det har istället varit möjligt att nå ut till många nya. Totalt har 135 anhöriga fått stöd under året varav 96 (70%) varit nya.

Status	Resultatmål	Kommentar
	Kommunens kostnader för placeringar ska minska BIN, SOCN, VON  16. Fredliga och inkluderande samhällen	I första hand provas alltid hemmaplanslösningar. Ingen ökning av antal placeringar.

Ett rikt kultur- idrotts- & fritidsliv

Status	Resultatmål	Kommentar
	Fler ska delta aktivt i kultur-, idrotts- och fritidslivet KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VON  3. Hälsa och välbefinnande  10. Minskad ojämlikhet  16. Fredliga och inkluderande samhällen	Upplevelsen är att flera personer som tidigare inte deltagit i aktiviteter nu gjort det utifrån att de varit ännu mer individuellt anpassade. Upplevelsen är också att personer provat aktiviteter som de tidigare inte provat, främst då individuella idrotts- och fritidsaktiviteter utomhus. Trots det kan vår- och omsorgsförvaltningen inte säga att det totalt varit fler som deltagit under året. Detta då en stor del av de "vanliga" kulturevenemangen ställts in under året.
	Kultur, idrott och fritid för barn och unga ska prioriteras KS, BIN, KULN, STN, VON  3. Hälsa och välbefinnande  10. Minskad ojämlikhet  16. Fredliga och inkluderande samhällen	Inom verksamhetsområdet funktionsstöd genomförs aktiviteter utifrån barn och ungas intresse och efterfrågan med individuellt anpassade lösningar.
	Jämställda kultur- och fritidsverksamheter KS, BIN, KULN, STN, VON  5. Jämställdhet	Kultur- och fritidsverksamheterna inom vård- och omsorgsförvaltningen planeras utifrån brukarnas intresse och efterfrågan.

Hållbar miljö

Status	Resultatmål	Kommentar
	Ökad energieffektivitet i kommunens lokaler KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KIAB  7. Hållbar energi för alla  11. Hållbara städer och samhällen  13. Bekämpa klimatförändringen	Vård- och omsorgsförvaltningen strävar efter att åtgärda det som är möjligt att påverka såsom att hålla kontorslokaler släckta efter kontorstid.

Attraktiv arbetsgivare & effektiv organisation

Status	Resultatmål	Kommentar
	Säkrad kompetensförsörjning KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  4. God utbildning för alla  8. Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt	Vård- och omsorgsförvaltningen har under året klarat kompetensförsörjningen på ett bra sätt. Under en kort period under våren när coronapandemin startade var det svårigheter att snabbt hitta vårdutbildad personal. Omfördelningar av befintlig personal gjorde ändå att förvaltningen kunde klara situationen. Äldreomsorgslyftet har påbörjats under hösten där 17 personer har fått möjlighet till kompetenshöjande insatser. Exempelvis har medarbetare fått möjlighet att bedriva studier till undersköterska eller vårdbiträde samtidigt som de har en anställning i våra verksamheter. Vidare kommer medarbetare från förvaltningen att delta i traineeprogrammet. Ny kompetensförsörjningsplan är under framtagande och kommer att antas i början av 2021.
	Ökat medarbetarengagemang KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  16. Fredliga och inkluderande samhällen	Ett stort engagemang och en stor flexibilitet har visats bland vård- och omsorgsförvaltningens medarbetare under coronapandemin där flera medarbetare under framförallt våren, tillfälligt, fick andra arbetsuppgifter. Ett arbete för att fortsatt främja och motivera intern rörlighet har påbörjats efter detta och efter förfrågan från flera medarbetare. Årets medarbetarundersökning visade på ett medarbetarengagemang på samma nivå som föregående år. En viss förbättring kan ses inom området ledarskap.
	Förbättrad hälsa för kommunens medarbetare KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  3. Hälsa och välbefinnande	Sjukfrånvaron har varit hög under året. Till viss del beroende på det speciella år som varit med en pågående pandemi. Dock har andelen sjukfrånvaro som kan ses som långtidssjukfrånvaro (längre än 60 dagar) minskat under året. Varje verksamhetsområde har arbetat i enlighet med handlingsplan för frisknärvaro vilket fortsätter under kommande år. Chefer har jobbat aktivt för att motivera medarbetare att använda friskvårdspengen.
	Kommunens tillgänglighet för invånarna ska öka KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  9. Hållbar industri, innovationer och infrastruktur  10. Minskad ojämlikhet	Arbetat med att främst öka den digitala tillgängligheten för invånarna genom exempelvis framtagande av digitala lägenhetsvisningar på särskilt boende för äldre.
	Ökad digital delaktighet KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  10. Minskad ojämlikhet	Vård- och omsorgsförvaltningen har arbetat med att främja ökad digital delaktighet internt och externt. Exempelvis genom informationsspridning, möten och utbildningar. Vidare har förvaltningen möjliggjort digitala lösningar i mötet mellan brukare och anhöriga och möjliggjort digitala visningar av lägenheter.
	Ökad effektivitet genom nya samverkansformer internt och externt KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KIAB, KVAAB, VSR  16. Fredliga och inkluderande samhällen	Coronapandemin har medfört ökade behov av att stärka samverkan externt med olika aktörer där ett antal nya forum har skapats. Vårdplaneringar har genomförts digitalt vilket minskat resandet.
	Resultatet ska uppgå till minst en procent av skatteintäkterna KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  16. Fredliga och inkluderande samhällen	Den ekonomiska processen har implementerats när det gäller månadsbokslut och uppföljning, och börjar fungera väl i hela vård- och omsorgsförvaltningen och har gett en positiv effekt för resultatet.
	Nettodriftskostnaderna ska inte öka snabbare än skatteintäkterna KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  16. Fredliga och inkluderande samhällen	Den ekonomiska processen har implementerats när det gäller månadsbokslut och uppföljning, och börjar fungera väl i hela vård- och omsorgsförvaltningen och har gett en positiv effekt för resultatet.

Ekonomisk ställning

Drift

Driftsredovisning, nettoresultat (tkr)			
	Utfall 2020	Budget 2020	Avvikelse
Förvaltningsgemensamt	-4 193	-17 584	13 391
Förvaltningskontor	-263 146	-264 421	1 275
Äldreomsorg	-262 588	-257 371	-5 217
Funktionsstöd	-189 345	-188 572	-773
Summa	-719 272	-727 948	8 676

Kommentar

För 2020 redovisas en positiv avvikelse mot budget om +8 676 tkr. Bortsett från de statsbidrag som vård- och omsorgsförvaltningen fått för Covid-19 har förvaltningen gjort ett nollresultat.

Under året har vård- och omsorgsförvaltningen vid två tillfällen kunnat återsöka medel för merkostnader gällande Covid-19 från Socialstyrelsen, augusti och november. Den större delen av avser inköp av skyddsutrustning, men även hantering av smittförande avfall, smittstäd, ökade personalkostnader samt förändrade arbetsätt där det krävts mer bemanning. En av orsaken till att vård- och omsorgsförvaltningen uppvisar ett positivt årsresultat trots ökade kostnader på grund av coronapandemin är att verksamheter har stängts, tex resurscenter, anhörigstöd, dagverksamheter och personligt ombud. Dessa medarbetare har istället arbetat där behovet har funnits vilket i sin tur har medfört lägre vikariekostnader.

Den stora positiva avvikelsen som redovisas under Förvaltningsgemensamt är till stor del en konsekvens av återsökta medel från Socialstyrelsen. Förvaltningskontoret har likaså en positiv avvikelse mot budget, där en del avser minskade kostnader för extern personlig assistans. En stor avvikelse inom området äldreomsorg avser den kommunalt utförda hemtjänsten som redovisar en ackumulerad negativ avvikelse om -5 525 tkr, vilket är 400 tkr sämre än föregående år men 7 211 tkr bättre än 2018. En liten del av förklaring till försämringen mot föregående år är Kommunals nya avtal som påverkar hemtjänsten med 594 tkr utöver budget. Det är ett hemtjänstområde som står för större delen av avvikelsen och här pågår en översyn och arbete för att komma till rätta med de orsakerna. Inom funktionsstödsområdet finns tillkommande kostnader för hemmaplanslösning vilket förklarar årets avvikelse. Kommunals avtal har påverkat alla brukarnära enheter då utfallet blev högre än budgeterad löneökning med ungefär 1 100 tkr på total nivå.

Även om den ekonomiska utvecklingen totalt sett varit positiv och visar en ekonomi i balans vill vård- och omsorgsförvaltningen ändå betona att marginalerna är små. Stora ansträngningar återstår för att upprätthålla en ekonomi i balans under kommande år.

Investeringar

Investeringsredovisning (tkr)						
	Utgifter sedan projektstart			Varav årets investeringar		
	Beslutad total budget	Ack utfall	Avvikelse	Budget 2020	Utfall 2020	Avvikelse 2020
Färdigställda projekt:						
Lyftmotorer och laddare Dufvegården	400	414	-14	400	414	-14
Spolos Dufvegården	1 000	648	352	1 000	648	352
Diskdesinfektorer Dufvegården	200	139	61	200	139	61
Pågående projekt:						
Inventarier nytt äldreboende Dufvegården	7 000	916	6 084	7 000	916	6 084
Sängar och madrasser	200	114	86	200	114	86
Person-taklyftar, befintliga boenden	200	182	18	200	182	18
Diskdesinfektor, befintliga boenden	100	74	26	100	74	26
Medicinskåp (inkl. 200 tkr ombudget från brandsäkerhet)	881	865	16	881	865	16
Ny teknik	400	134	266	400	134	266
Aktskåp	325	210	115	325	210	115
Ny gruppboestad	700	0	700	700	0	700
Skogsbrynet	310	145	165	310	145	165
Summa	11 716	3 841	7 875	11 716	3 841	7 875

Väsentliga personalförhållanden

Personalkostnader & personalstyrka

Såväl antalet medarbetare som antal årsarbetare har minskat något under året. En del av förklaringen till detta kan vara att det under våren var flera verksamheter som tillfälligt stängdes ner. Cirka 50 medarbetare från Resurscenter och 15 personer från rehabenheten flyttades då ut i annan verksamhet. En annan del av förklaringen är att det varit färre ärenden inom personlig assistans under året. Andelen timanställda har varit högre under året. Detta kan bero på den höga sjukfrånvaron och att en större andel av sjukfrånvaron har varit korttidsfrånvaro.

Nyckeltal	Mätdatum	Utfall 2020	Utfall kvinnor 2020	Utfall män 2020	Utfall 2019	Utfall kvinnor 2019	Utfall män 2019
Lönekostnader totalt, tkr	1/1-31/12	-571 320			-575 531		
Lönekostnader som andel av verksamhetskostnaderna (%)	1/1-31/12	61%			62%		
Kostnad övertid inkl mertid, andel av lönekostnader totalt (%)	1/1-31/12	0,8%			0,6%		
Årsarbetare, antal omräknade heltider	1/1-31/12	1 195,3	991,7	25,9	1 222,9	1 019,5	203,4
Timanställda, andel av totalt antal årsarbetare (%)	1/1-31/12	15,3%	13,2%	25,9%	12,9%	11,3%	21,4%
Månadsanställda, antal	30/11	1 133	965	168	1 165	999	166
Tillsvidareanställda, andel av månadsanställda (%)	30/11	96,4%	96,7%	94,7%	96,3%	96,3%	96,4%
Visstidsanställda, andel av månadsanställda (%)	30/11	3,6%	3,3%	5,3%	3,7%	3,7%	3,6%

Medarbetarskap & ledarskap

Resultaten från föregående medarbetarundersökning som genomfördes vid årsskiftet 2019/2020 har analyserats i delaktighet med medarbetare och arbete har utförts utifrån detta. Resultatet från årets medarbetarundersökning ligger i stort på samma nivå som föregående år med en viss förbättring inom området ledarskap. Vård- och omsorgsförvaltningen ser en ökad stabilitet inom första linjens chefer, vilket skapar en större trygghet inom organisationen. Heltid som norm breddar medarbetarnas kompetens och kan bidra till ett lärande mellan verksamheter.

Nyckeltal	Mätdatum	Utfall 2020	Utfall kvinnor 2020	Utfall män 2020	Utfall 2019	Utfall kvinnor 2019	Utfall män 2019
Hållbart medarbetarengagemang (HME), totalt	dec	4,1	4,1	4,2	4,1	4,1	4,1
HME delindex motivation	dec	4,1	4,1	4,2	4,1	4,1	4,1
HME delindex ledarskap	dec	4,1	4,1	4,1	4	3,9	4
HME delindex styrning	dec	4,1	4,1	4,2	4,1	4,1	4,2

Kompetensförsörjning & kompetensutveckling

Av de månadsanställda inom vård- och omsorgsförvaltningen väljer 65,1% att arbeta heltid. Det är en viss ökning från föregående år. Såväl andelen män som kvinnor som väljer heltidsarbete har ökat. Män väljer i högre grad heltidsarbete jämfört med kvinnor. Antalet pensionsavgångar och antalet anställda över 65 år ligger i stort oförändrat från föregående år. Antalet personer som slutat på egen begäran under året har minskat från föregående år. Dock har antalet kvinnor som valt att avsluta sin tjänst ökat något.

Nyckeltal	Mätdatum	Utfall 2020	Utfall kvinnor 2020	Utfall män 2020	Utfall 2019	Utfall kvinnor 2019	Utfall män 2019
Månadsanställda som arbetar heltid, andel (%)	30/11	65,1%	61,4%	85,8%	62,6%	59,5%	81,3%
Månadsanställda med heltidsanställning som har valt att arbeta deltid, andel (%)	30/11	32%	35,6%	11%	34,6%	37,8%	15,6%
Genomsnittlig sysselsättningsgrad månadsanställda som arbetar deltid (%)	30/11	76,9%	77,4%	68,9%	77,7%	77,9%	74,5%
Tillsvidareanställda med ledningsansvar som slutat på egen begäran, antal	1/12-30/11	11					
Tillsvidareanställda som slutat på egen begäran, antal	1/12-30/11	70	63	7	77	57	20
Tillsvidareanställda som gått i pension, antal	1/12-30/11	32	31	1	33	32	1
Månadsanställda som är 65 år eller äldre, antal	30/11	17	15	2	17		
Medelålder månadsanställda	30/11	46	47	42			

Hållbart arbetsliv & arbetsmiljö

Coronapandemin har haft stor påverkan i sjukskrivningstal och kostnader under året. Främst är det korttidsfrånvaron som ökat. En del i ökningen är att medarbetare alltid behöver stanna hemma vid minsta symtom under den pågående pandemin. Det har under året varit särskilt viktigt att arbeta med tidig kontakt med medarbetare som varit sjuka för att kunna ge ett korrekt stöd. Långtidssjukfrånvaron har minskat något under året, vilket är ett led i det intensifierade arbetet med insatser från HR-avdelningen i samverkan med vård- och omsorgsförvaltningen. Samtliga verksamheter har under året reviderat eller arbetat fram handlingsplaner för arbetet med frisknärvaro. I de fall medarbetare haft en psykisk ohälsa till följd av arbete på coronadrabbad avdelning så har det varit möjligt att få stödsamtal via företagshälsövård.

Nyckeltal	Mätdatum	Utfall 2020	Utfall kvinnor 2020	Utfall män 2020	Utfall 2019	Utfall kvinnor 2019	Utfall män 2019
Sjuklönekostnader, andel av löne- kostnader totalt (%)	1/1-31/12	3,3%			2,4%		
Frisktal, tillsvidareanställda som haft högst 5 sjukfrånvarodagar senaste 12 månaderna (%)	1/12-30/11	38,1%	36,4%	48,1%	48,2%	46,3%	58,2%
Sjukfrånvaro tillsvidareanställda (%)	1/12-30/11	11,8%	12,3%	9%	9,8%	10,1%	7,8%
Sjukfrånvaro totalt (%)	1/12-30/11	10,6%	11,2%	7,5%	8,8%	9,3%	6,5%
Sjukfrånvaro totalt, varav <15 dagar (%)	1/12-30/11	5,4%	5,6%	4,8%	3,9%	4,1%	3,4%
Sjukfrånvaro totalt, varav 15-90 dagar (%)	1/12-30/11	1,6%	1,8%	0,8%	1,2%	1,3%	0,8%
Sjukfrånvaro totalt, varav >90 dagar (%)	1/12-30/11	3,1%	3,3%	2,4%	3,3%	3,5%	2,1%
Andel av totala sjukfrånvaron som avser frånvaro under en samman- hängande period av 60 dagar eller mer (%)	1/12-30/11	39%	39%	39%	46%	47%	37%
Sjukfrånvaro totalt, anställda -29 år (%)	1/12-30/11	6,9%	7,7%	5,1%	6,5%	7%	5%
Sjukfrånvaro totalt, anställda 30-49 år (%)	1/12-30/11	11,1%	11,6%	8,5%	8,9%	9,4%	6,5%
Sjukfrånvaro totalt, anställda 50- år (%)	1/12-30/11	11,7%	12%	8,6%	9,8%	10%	8%
Rehabärenden pågående, antal	30/11	171	147	24	127	107	20

Förväntad utveckling

Det finns ett antal faktorer som kan påverka Vård- och omsorgsnämnden under de kommande åren.

- Det har skett volymökningar inom hemtjänst, LSS gruppboende samt inom dagligverksamhet, LSS. Volymökningarna förväntas fortsätta under 2021
- Coronapandemin pågår fortsatt och det är oklart hur det kommer påverka kostnadsmässigt under 2021 och även vilka riktade stöd som kommer från statligt håll.
- I budgetproposition anges att äldreomsorgslyftet under 2021 utvidgas. Utöver att utbilda sig till undersköterska eller vårdbiträde ges möjlighet att även fortbilda sig genom andra kompetenshöjande utbildningar inom vård och omsorg om äldre. Målgruppen utvidgas till att även omfatta första linjens chefer som arbetar inom vård och omsorg om äldre. Katrineholms kommun förväntas kunna eftersöka 13,1 miljoner kronor för kompetenshöjande insatser under 2021.
- Regeringen föreslår i budgetpropositionen för 2021 att beloppet för timschablonen för assistansersättningen räknas upp med 3,5 procent. Schablonen föreslås därmed fastställas till 315 kronor per timme för 2021. Åren 2018–2020 var höjningen av timschablonen för assistansersättning 1,5 procent.
- Slutbetänkandet Hållbar socialtjänst – en ny socialtjänstlag (SOU 2020:47) överlämnades till regeringen den 26 augusti 2020. Utredningens större förslag handlar om förebyggande och lätt tillgänglig socialtjänst, övergripande planering och planering av insatser, kunskapsbaserad socialtjänst och möjligheten att tillhandahålla insatser utan föregående behovsprövning. Utredningen föreslår att en ny socialtjänstlag ska ersätta nuvarande lag som ska få karaktären av ramlag. Enligt ett tilläggsdirektiv till det ursprungliga kommittédirektivet skulle utredningen särskilt pröva om äldre som grupp ska brytas ur socialtjänstlagen och därmed särregleras genom en egen lag. Utredningen föreslår att regeringen inte inför en äldrelag. Slutbetänkandet kommer nu att genomgå sedvanlig beredning i Regeringskansliet.
- Regeringen har uppdragit åt utredare att föreslå en äldreomsorgslag. Utredaren ska bland annat föreslå en äldreomsorgslag som kompletterar socialtjänstlagen med särskilda bestämmelser om vård och omsorg om äldre och som bland annat innehåller bestämmelser om en nationell omsorgsplan, överväga och vid behov lämna förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen. Uppdraget ska redovisas senast i juni 2022.
- Utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten föreslår att så kallad fast omsorgskontakt införs i såväl privat som offentlig hemtjänst. Utredningen föreslår att lagändringarna träder i kraft vid två tidpunkter. Förslaget att införa fast omsorgskontakt föreslås träda i kraft 1 januari 2022. Förslaget att den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska föreslås träda i kraft den 1 januari 2030.
- Under 2019 presenterades utredning Stärkt kompetens inom vård och omsorg (SOU 2019:20) som bland annat lyfter undersköterska som skyddad yrkestitel och föreslår ett införande av detta från 1 januari 2025. Hur övergångsreglerna för detta skall se ut har under hösten varit ute på remiss och vård- och omsorgsförvaltningen behöver bevaka frågan.
- Översyn av LSS-regler när det gäller bostad med särskild service (Dir. 2020:28) pågår med uppdrag att redogöra för och bedöma rättsläget när det gäller kommunens möjlighet att välja upplåtelseform för bostad med särskild service, hur reglerna i hyreslagen tillämpas i hyresförhållande för sådant boende och under vilka förutsättningar som gemensamhets- och personalutrymmen i anslutning till bostaden får utgöra underlag för beräkning av hyran.

Särskilda uppdrag

Uppdrag från övergripande plan med budget 2020-2022

Uppdrag	Kommentar
<p>Planera för utveckling av boendeplatser för personer med behov av omsorg och stöd</p>	<p>2021-01-13 Beslut har tagits kring de inledande stegen i flytt- och renoveringskedja i samband med Dufvegårdens öppnande. Detta innebär att Strandgårdens brukare under första kvartalet 2021 flyttar till Dufvegården och renovering av Strandgården påbörjas. Därefter flyttar brukare från Furuliden till Dufvegården, utifrån befintlig planering under andra delåret 2021. Återrapportering av det särskilda uppdraget i Övergripande plan med budget 2020-2022, om planering för utveckling av boendeplatser för vård- och omsorgsnämndens brukare, senareläggs till mars 2021.</p>
<p>Se över hyrorna och inrätta ett kommunalt bostadstillägg inom området funktionsstöd</p>	<p>2021-01-29 Vård- och omsorgsförvaltningen har anlitat en konsult som genomfört en genomlysning av hyresstrukturen inom funktionsstöd samt tagit fram förslag på hyressättningsmodell. Uppdraget återrapporterades under hösten. VON beslutade om ny hyressättningsmodell och kommunalt bostadstillägg träder i kraft i början av 2021.</p>

Bilaga: Uppföljning av uppdrag i kommunplanen

Kommunplanen för mandatperioden innehåller, utöver övergripande mål och resultatmål, även uppdrag. Kommunplanen ska följas upp i särskild ordning i mitten och slutet av mandatperioden. Det innebär att en första uppföljning av hur långt arbetet har kommit med uppdragen i kommunplanen görs i samband med årsredovisningen för 2020.

Attraktiva boende- & livsmiljöer

Uppdrag	Kommentar
<p>Ha nolltolerans mot hot och våld</p>	<p>2021-01-07 Vård- och omsorgsförvaltningen utbildade ett antal medarbetare för att höja kompetensen bland sina kollegor. Förvaltningen arbetar preventivt mot hot och våld inom verksamheten. Förvaltningen genomför årligen utbildningar för personal i våld i nära relationer. Utbildningen 2020 fick dock ställas in på grund av coronapandemin. Samverkan sker med andra förvaltningar och externa både när det gäller övergripande arbete och utifrån enskilda händelser.</p>

Trygg vård & omsorg

Uppdrag	Kommentar
<p>Öppna ett nytt äldreboende, Dufvegården</p>	<p>2021-02-04 Arbetet har fortlöpt enligt plan och inflytt sker i början av 2021. Projektledare har varit anställd under året för att arbeta med inköp och planering av öppnandet av boendet.</p>
<p>Skapa fler demensplatser inom äldreomsorgen</p>	<p>2021-01-29 En anpassning av antalet demensplatser har gjorts och fortsätter i boendeplaneringen framöver. Vård- och omsorgsförvaltningen följer löpande kön för ansökningar av demensplatser.</p>
<p>Bibehålla habiliteringsersättningen för deltagare i daglig verksamhet</p>	<p>2021-01-25 Vård- och omsorgsnämnden fattar årligen beslut om att bibehålla förhöjd habiliteringsersättning. Beslut om statligt stöd för habiliteringsersättning finns fram till 2021.</p>
<p>Utreda införande av mer välfärds-teknik inom vård och omsorg med utgångspunkt från brukarnas och verksamheternas behov; varje år ska minst två nya tekniska lösningar utvärderas</p>	<p>2021-02-04 1. Upphandling av nya larmlösningar slutfördes under våren för både särskilt boende och ordinärt boende. Dessa är plattformar för att kunna införa olika tekniska lösningar som till exempel digital tillsyn eller olika typer av sensorer utifrån personliga behov och önskemål, även om grundinstallationen är en enklare larmlösning. Utbyte av äldre larmlösning och breddinstallation har pågått under hösten. 2. Inköp av "Tovertafel", en interaktiv projektor, som kan användas både inom äldreomsorgen och funktionsstöd, har köpts in under året.</p>

Uppdrag	Kommentar
<p>Genomföra ett utvecklingsarbete kring tre breda teman, sociala aktiviteter, utomhusaktiviteter och fysisk aktivitet</p>	<p>2021-02-04 Flera enheter inom verksamhetsområdet funktionsstöd har ökat promenader och utomhusaktiviteter mycket under coronapandemin, fokus på hälsa, till exempel på utomhusgym eller pokémon go, samt aktiviteten "Hitta Ut". Det har varit positivt att mycket har förlagts utomhus, och verksamheten ser att detta kan fortsätta. Dietist har besökt verksamheter för att prata hälsa och kost. Inom äldreomsorgens verksamheter har arbete skett med att skapa sociala och fysiska aktiviteter utomhus och digitalt.</p>
<p>I ökad utsträckning ge brukare möjlighet att välja när de vill äta och mellan olika maträtter</p>	<p>2021-02-04 I ordinärt boende har brukare möjlighet att välja mellan 10 matlådor per vecka. I utvärderingen av den sociala dokumentationen är nytt fokus att se över hur måltidsituationen beskrivs för alla brukare i genomförandeplanen. I planen ska det finnas med relevant information som när, vad och hur brukaren vill äta. Arbete kopplat till uppdrag psykisk hälsa med inriktning på kost och nutrition har påbörjats under året, utbildningsmaterial ska tas fram. Verksamheterna ser vikten av att lyfta frågan med jämna mellanrum, så att till exempel aktiviteter som gemensamma måltider inte leder till att delaktighet och möjligheter att välja inskränks.</p>

Hållbar miljö

Uppdrag	Kommentar
<p>Fasa ut och ersätta användandet av plastmaterial, såsom engångsartiklar, med miljövänliga alternativ i de kommunala verksamheterna</p>	<p>2021-01-28 Vård- och omsorgsförvaltningen har fasat ut engångsartiklar i den mån det är möjligt, dels i ekonomiskt och miljömässigt syfte. Inom Hälso- och sjukvårdsområdet finns i många fall inga bra alternativ till engångsartiklar.</p>

Attraktiv arbetsgivare & effektiv organisation

Uppdrag	Kommentar
<p>Utveckla kommunens, tillgänglighet, bemötande och service till invånare och företag på bred front, genom bland annat e-tjänster, ny webbplats, Kontaktcenter, servicepunkter på landsbygden och god tillgänglighet per e-post och telefon</p>	<p>2021-01-28 Vård- och omsorgsförvaltningen har två medarbetare som arbetar på Kontaktcenter regelbundet. Förvaltningen har fortsatt utveckla kommunens nya webbplats. Arbete pågår med att bygga upp nya e-tjänster för att förenkla internt arbete samt möjliggöra digitala ansökningar, anmälningar och synpunkter för kommunens medborgare.</p>
<p>Intensifiera arbetet med att effektivisera den kommunala organisationen, bland annat genom att ta tillvara medarbetarnas kreativitet och idéer</p>	<p>2021-01-13 Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med utveckla verktyg för att ta emot medarbetares idéer via en e-tjänst. Utgångspunkt är från arbetet med tjänstedesign.</p>
<p>Utveckla utbildningsmöjligheterna för kommunens anställda, exempelvis genom betald utbildning inom ramen för arbetstiden eller genom att garantera anställning för personer som arbetar heltid men som studerar på sin fritid för att läsa in viss kompetens</p>	<p>2021-02-04 Inom ramen för den statliga satsningen äldreomsorgslyftet har under året 17 medarbetare fått möjlighet till kompetenshöjande insatser. Ungefär hälften av dessa är tillsvidareanställda och hälften är timanställda. De timanställda lovades tillsvidareanställning inom vård- och omsorgsförvaltningen när de tackade ja till erbjudandet. Inom hälso- och sjukvårdsorganisationen har en sjuksköterska under året läst in specialistkompetens på 50% av sin betalda arbetstid. Under 2021 fortgår och utvidgas den statliga satsningen på äldreomsorgslyftet vilket kommer ge utrymme för en fortsatt satsning inom förvaltningen.</p>

Uppdrag	Kommentar
<p>☐ Alla medarbetare ska ha en heltidsanställning som grund och kunna välja tjänstgöringsgrad</p>	<p>2020-08-12 Alla medarbetare har ett anställningsavtal på 100 procent som grund och de kan därefter välja tjänstgöringsgrad. Detta görs även vid alla nyanställningar.</p>
<p>☐ Öka samarbetet med andra kommuner, exempelvis genom att köpa och sälja tjänster för att säkra kompetens och kostnadseffektivitet</p>	<p>2021-02-04 Resurscenter säljer i nuläget sex platser inom daglig verksamhet vilket är i nivå med föregående år. Samverkan gällande personligt ombud sker med Flens kommun. Samverkan sker med andra kommuner genom exempelvis Fallpreventionsrådet, Nutritionsrådet, Demensrådet och Vård- och omsorgscollege. Uppdrag Psykisk hälsa är ett länsövergripande samverkansprojekt.</p>
<p>☐ Fortsätta insatserna för att minimera delade turer</p>	<p>2021-01-20 Arbetet med att minimera delade turer pågår kontinuerligt i de få fall de finns. I några verksamheter är behovet sådant att utmaningarna är stora.</p>
<p>☐ Sätta in insatser för att avlasta exempelvis lärare, sjuksköterskor och socialsekreterare från administrativa arbetsuppgifter, bland annat genom att ta in nya kategorier av medarbetare</p>	<p>2021-02-04 Inom hälso- och sjukvård har förvaltningen valt att stödja legitimerad personal med avlastning på exempelvis beställningar, skötsel bilar och provtagningar med mera. Detta med hjälp av administrativ personal och frikopplade undersköterskor.</p>
<p>☐ Stärka ledarskapet och medarbetarskapet genom bland annat kompetensutveckling, formell samverkan samt dialog och delaktighet</p>	<p>2021-01-13 Ledarskapsprogrammet har pågått under ett par år och lockat många sökande från vård- och omsorgsförvaltningen. Flera chefer från förvaltningen har deltagit. Syftet är att utveckla sitt personliga ledarskap och bli tryggare som ledare. Tre medarbetare har påbörjat kommunens trainee-program.</p>

Bilaga:

Information om ombudgetering av investeringsmedel

Information om ombudgetering av investeringsmedel från 2020 till 2021 (tkr)						
Nr	Projektbenämning	Investeringsbudget 2020	Använda investeringsmedel 2020	Avvikelse	Ombudgetering till 2021	Kommentar
970 007	Sängar och madrasser	200	114	86	86	Behövs bytas ut på flera boenden.
970 008	Ny teknik	400	134	266	266	Pga. pandemin har inköp inte kunnats prioriteras under året utan planeras göras under 2021.
970 016	Aktskåp	325	210	115	115	Del av leverans har försenats, inkommer i början av 2021.
970 001	Skogsbrynet	310	145	165	61	Faktura avseende teknik inkom i januari 2021.
970 012	Inventarier nytt äldreboende Dufvegården	7 000	916	6 084	6 084	Leveranser har försenats, därav inkommer merparten av fakturorna under 2021.
Summa		8 235	1 519	6 716	6 612	

Bilaga:

Begäran om ombudgetering av investeringsmedel

Begäran om ombudgetering av investeringsmedel från 2020 till 2021 (tkr)						
Nr	Projektbenämning	Investeringsbudget 2020	Använda investeringsmedel 2020	Avvikelse	Ombudgetering till 2021	Kommentar
970 017	Ny gruppboende	700	0	700	700	Inflytt på nya boende Humlen har försenats, inga fakturor har inkommit under 2020 utan inkommer 2021.
Summa		700	0	700	700	

Bilaga:

Uppföljning av handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR

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

Nedan lämnas en kortfattad kommentar för de artiklar i deklarationen som berör vård- och omsorgsnämnden. Av redovisningen framgår även de mål som angetts i handlingsplanen för respektive artikel.

Artikel 6 – Bekämpa stereotyper

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

Kommentar: Ett kommunövergripande nätverk har startats med tre träffar under 2020 för att diskutera det fortsatta arbetet kring HBTQ. Nätverket är till för att driva HBTQ-frågor vidare när kommunen inte kommer omcertifieras.

Artikel 9 – Jämställdhetsanalyser

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

Kommentar: Så långt det är möjligt redovisas och analyseras alla resultat könsuppdelat, bland annat för att bedöma om det finns skillnader i hur omsorgen och vården ges till män respektive kvinnor. Ett genusperspektiv ingår även olika former av egenkontroller som sker inom förvaltningen.

Den kommunövergripande processledargruppen för jämställdhet har under år 2020 valt 4R-metoden för kommunens jämställdhetsanalyser. Vård- och omsorgsförvaltningen har valt att göra en jämställdhetsanalys kring upplevelsen av måltider inom särskilt boende för äldre. Jämställdhetsanalysen sker i samarbete med service- och teknikförvaltningen. Arbetet har presenterats för processledargruppen som ett lärande exempel.

Artikel 15 – Social omsorg och sociala tjänster

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

Kommentar: Det pågående införandet av IBIC (Individens behov i centrum) kommer att öka möjligheterna att se till individens behov och självbestämmande. Införandet kommer även att möjliggöra utvecklade analyser kring utredningar, beviljandet av insatser och individuella mål, exempelvis för att säkerställa att det inte finns någon ojämlikhet i hur bedömningar sker.

Artikel 17 – Vård av anhöriga

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

Kommentar: Anhörigstödet är en verksamhet som erbjuder stöd i form av service till vuxna anhöriga över 18 år. Med anhörig menas någon i familjen, en släkting, nära vän eller granne. Anhörigstödet riktar sig till olika målgrupper och efterfrågan styr olika teman. Stöd till anhöriga ges inom alla vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter. Det är viktigt att uppmärksamma anhöriga och fråga hur de mår och ge dem erkännande för det stöd och hjälp de ger sina närstående. Vid kontakt med anhöriga tillämpas ett genusperspektiv.

Artikel 22 – Könrelaterat våld

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

Kommentar: Vård- och omsorgsförvaltningen har medverkat i planeringen och genomförandet av "16 days of activism against gender based violence", en internationell kampanj från 25 november till 10 december som syftar till att uppmärksamma och uppmuntra till aktivism mot könsbaserat våld. I ett inspelat samtal delges information om vilket stöd du kan få om du är utsatt för eller utövar våld i en nära relation och hur kommunen arbetar inom sina verksamheter för att utbilda personal att upptäcka och bemöta människor som har utsatts för våld i en nära relation.

Utbildningen "våld i nära relation" för vård- och omsorgspersonal har inte genomförts under året utifrån pandemin/Covid-19.

Bilaga:

Uppföljning av indikatorer

Tillväxt, fler jobb & ökad egen försörjning

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Ökad sysselsättning <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB</i>	Ungdomar som är etablerade på arbetsmarknaden 1 år efter fullföljd gymnasieutbildning, yrkesprogram kommunala skolor (%)	52%	55,6%	42,6%	56,4%	
	Praktikanter i kommunala verksamheter, antal	61		32	29	
	Invånare 17-24 år som varken arbetar eller studerar, andel (%)	9,7%	8,8%	10,6%	8,8%	
	Arbetslöshet 16-64 år (%)	10,4%	8,8%	10,2%	10,7%	

Attraktiva boende- & livsmiljöer

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

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
	Klottersanering som slutförts inom 24 timmar, andel av inkommande uppdrag till kommunen (%)	69%				
	Olyckor där räddningstjänstens första enhet kommer fram inom målsatt tid, andel (%)	100%				
	Personer som utbildats av räddningstjänsten kring olycksförebyggande och olycksavhjälpanande åtgärder, antal	2 359				
	Olyckor där en första skadebegränsande åtgärd gjorts av enskild, andel av olyckor som föranlett räddningsinsats (%)	39%				

Trygg vård & omsorg

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Fler brukare inom vård och omsorg ska ha en positiv upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet <i>KS, VON, KFAB</i>	Personalkontinuitet inom hemtjänsten, antal personal som en brukare inom hemtjänsten möter under 14 dagar, medelvärde	16	15	16	16	Utfallet avser 2020. Personalkontinuiteten har pendlat mellan 15 och 16 de senaste fyra åren. Det är ingen skillnad mellan könen.
	Brukare på gruppboende enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	82%	75%	79%	84%	Utfallet avser 2019. Resultatet har förbättrats tre procentenheter sedan 2017 (79 %). Genomsnittet för riket 2019 är 74 %. Mätningen genomförs ojämnt år.
	Brukare på serviceboende enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	72%	73%	73%	71%	Utfallet avser 2019. Resultatet har försämrats åtta procentenheter sedan 2017 (80 %). Genomsnittet för riket 2019 är 74 %. Mätningen genomförs ojämnt år.
	Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	85%	83%	86%	84%	Utfallet avser 2020. Resultatet är en ökning från föregående mätning (84%) och ligger något högre än riket. Den ökningen som skett kommer från att andelen kvinnor som känner sig trygga har ökat från 82% till 86 %.

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
	Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten, andel (%)	86%	87,8%	85%	87%	Utfallet avser 2020. Resultatet har förbättrats sedan 2019 (84%).
	Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo på ett särskilt boende för äldre, andel (%)	88%	88%	83%	95%	Utfallet avser 2020. Resultatet har försämrats en procentenhet sedan 2019 (89 %). Genomsnittet för riket 2020 är 88 %.
Ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg <i>KULN, VON</i>	Boendeplatser i särskilt boende för äldre som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter på vardagar, andel (%)	100%	54%			Utfallet avser 2020.
	Boendeplatser i särskilt boende för äldre som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen, andel (%)	73%	43%			Utfallet avser 2020. Att värdet inte är 100 % beror till stor del på att servicehusen ingår i mätningen, där förutsättningarna är annorlunda.
	Brukare inom hemtjänsten med biståndsbeslut om social samvaro/promenad, andel (%)	42%		47%	34%	Utfallet avser 2020. Antalet unika personer med hemtjänst (ej larm): 1021 (385 män, 636 kvinnor). Antalet unika personer med social samvaro och/eller promenad: 429 (132 män, 297 kvinnor).
	Brukare som svarar att de är ganska/mycket nöjda med de aktiviteter som erbjuds på sitt särskilda boende för äldre, andel (%)	67%	60%	64%	71%	Utfallet avser 2020. Resultatet har försämrats sju procentenheter sedan 2019 (74 %). Genomsnittet för riket 2020 är 60 %. Utfallet gällande kvinnor har sjunkit mer än resultatet för män.
	Brukare i särskilt boende för äldre som svarar att de upplever att möjligheterna att komma utomhus är ganska/mycket bra, andel (%)	72%	56%	69%	78%	Utfallet avser 2020. Resultatet har förbättrats sex procentenheter sedan 2019 (66 %). Genomsnittet för riket har sjunkit något från 2019 (58%). Utfallet för män har ökat mer än det gjort för kvinnor.
Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas <i>STN, VON</i>	Brukare på särskilt boende för äldre som har möjlighet att välja mellan olika maträtter, andel (%)	33%	50%			Utfallet avser 2020.

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
	Brukare i särskilt boende för äldre vars nattfasta är mindre än 11 timmar (med hänsyn taget till den enskildes önskemål), andel (%)	42%		39%	53%	Utfallet avser mätning av nattfastan som genomfördes hösten 2019. 42 procent av brukarna har vid mättillfället, en natt, en nattfasta kortare än 11 timmar. Utfallet är något sämre än vårens mätning men ligger på ungefär samma nivå som tidigare år.
	Äldre på vårdboenden med bedömd risk för undernäring som har en planerad förebyggande åtgärd, andel (%)	86%				Vård- och omsorgsnämnden Utfallet avser 2018. Utifrån pågående arbete centralt hos nationella registret går det i nuläget inte att få fram aktuella uppgifter för 2020.
	Brukare som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende för äldre, andel (%)	76%	75%	73%	81%	Utfallet avser 2020. Resultatet har försämrats tre procentenheter sedan 2019 (79 %).
	Brukare som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende för äldre oftast/alltid är en trevlig stund på dagen, andel (%)	71%	70%	71%	71%	Utfallet avser 2020. Resultatet ligger strax under resultatet för 2019 (72 %) och strax över nivån för riket.
Stärkt patient-säkerhet inom vård och omsorg VON	Personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler, andel (%)	60%				Utfallet avser hösten 2020. Andel personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler utifrån alla åtta steg som ingår i mätningen har ökat sju procentenheter sedan 2019 (53 %). Under årets gjordes två mätningar, vid mätning under våren 2020 var resultatet 74 %
	Äldre på vårdboenden med bedömd risk för fall som har en planerad förebyggande åtgärd, andel (%)					Vård- och omsorgsnämnden Utifrån pågående arbete centralt hos nationella registret går det i nuläget inte att få fram aktuella uppgifter för 2020.
	Rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvård som minst har en åtgärd, andel (%)	96%				Siffran avser 2020 och visar på en förbättring från 2019 (91%)
	Brukare som svarar att det är mycket eller ganska lätt att vid behov träffa en sjuksköterska på sitt särskilda boende för äldre, andel (%)	69%	74%	70%	68%	Utfallet avser 2020. Resultatet har försämrats fyra procentenheter sedan 2019 (75 %).

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Ökad möjlighet till delaktighet och inflytande SOCN, VON	Brukare på gruppboende enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	75%	77%	85%	67%	Utfallet avser 2019. Resultatet har förbättrats tre procentenheter sedan 2017 (72 %). Genomsnittet för riket 2019 är 78 %. Mätningen genomförs ojämnt år.
	Brukare på serviceboende enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	82%	79%	80%	85%	Utfallet avser 2019. Resultatet har försämrats tre procentenheter sedan 2017 (85 %). Genomsnittet för riket är 83 %. Mätningen genomförs ojämnt år.
	Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	72%	73%	71%	73%	Utfallet avser 2020. Undersökningen genomförs på daglig verksamhet LSS under jämna år. Senaste undersökning gjordes dock 2017. Resultatet var då 70%
	Brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	86%	88%	85%	88%	Utfallet avser 2020. Resultatet har försämrats något sedan föregående år (90%). Genomsnittet för riket är 88%.
	Brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd, andel (%)	55%	59%	56%	55%	Utfallet avser 2020.
	Brukare inom särskilt boende för äldre som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	82%	79%	85%	76%	Utfallet avser 2020 och ligger på nära samma nivå som föregående år (83%). Utfallet för män har sjunkit från 85% till 76 % medan det ökat för kvinnor, 83% till 85%. Snittet för riket är 79%.
	Brukare inom särskilt boende för äldre som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen, andel (%)	65%	60%	63%	69%	Utfallet avser 2020. Resultatet har förbättrats två procentenheter sedan 2019 (63 %). Skillnaden i utfall mellan män och kvinnor har minskat sedan 2019 (kvinnor 56%, män 77%)
Anhörigstödet ska utvecklas SOCN, VON	Träffar för anhöriga som socialförvaltningens öppenvårdsavdelning erbjuder, antal	159				
Kommunens kostnader för placeringar ska minska BIN, SOCN, VON	Bildningsnämndens totala kostnader för placeringar (mnkr)	5,8				
	Vård- och omsorgsnämndens totala kostnader för externa boendeplaceringar inom LSS (mnkr)	11,7				Samma period föregående år 11,9 mnkr

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
	Socialnämndens totala kostnader för placeringar (mnkr)	65,4 mnkr				

Ett rikt kultur- idrotts- & fritidsliv

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Fler ska delta aktivt i kultur-, idrotts- och fritidslivet <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VON</i>	Deltagartillfällen Lyckliga Gatornas fritids- och lovverksamhet, antal	5 699		2 694	2 804	
	Besök på Turbinen och Perrongen, Lokstallet, antal	52 647				
	Deltagartillfällen kulturförvaltningens programverksamhet, antal	2 620		1 604	1 014	
	Aktiva låntagare Katrineholms bibliotek, antal	17 729		5 587	3 908	
	Besök i Konsthallen, antal	11 036				
	Deltagartillfällen i idrottsföreningar, antal/inv 7-20 år	24	27	20	27	
	Besök i simhallen, antal	59 900				
	Besök i Duveholmshallen, antal	0				
	Aktiva föreningar inom kultur, idrott och fritid som får bidrag, antal	109				
Kultur, idrott och fritid för barn och unga ska prioriteras <i>KS, BIN, KULN, STN, VON</i>	Andel deltagartillfällen för barn och unga (inkl lovverksamhet) som andel av totalt antal deltagartillfällen inom kulturförvaltningens programverksamhet (%)	71%				
	Bokningar med juniortaxa som andel av totalt antal bokningar på Sportcentrum (%)	80%				
Jämställda kultur- och fritidsverksamheter <i>KS, BIN, KULN, STN, VON</i>	Könsfördelning deltagartillfällen i ungdomsverksamheten Perrongen, andel flickor/kvinnor (%)	29%				
	Könsfördelning deltagartillfällen kulturförvaltningens programverksamhet, andel pojkar/män (%)	39%				
	Könsfördelning aktiva låntagare biblioteket, andel pojkar/män (%)	36%				

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
	Könsfördelning deltagar- tillfällen 7-20 år idrottsför- eningar med LOK-stöd, andel flickor/kvinnor (%)	37,2%	37,4%			

Hållbar miljö

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Ökad energi- effektivitet i kommunens lokaler <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KIAB</i>	Minskad energiintensitet (el och värme) i kommu- nala verksamhetslokaler som ägs och förvaltas av KFAB jämfört med basår 2007, (kWh/m2)	22%				
	Minskad energiintensitet (el och värme) i kommu- nala verksamhetslokaler som ägs av kommunen och förvaltas av KFAB jämfört med basår 2007, (kWh/m2)	-8%				

Attraktiv arbetsgivare & effektiv organisation

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Säkrad kompe- tensförsörjning <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Tillsvidareanställda som slutat på egen begäran, antal	70		63	7	
	Månadsanställda som arbetar heltid, andel (%)	65,1%		61,4%	85,8%	
	Månadsanställda som är 65 år eller äldre, antal	17		15	2	
Ökat medarbetar- engagemang <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Hållbart medarbetar- engagemang, (HME) totalt	4,1		4,1	4,2	
	HME delindex ledarskap	4,1		4,1	4,1	
	HME delindex motivation	4,1		4,1	4,2	
	HME delindex styrning	4,1		4,1	4,2	
Förbättrad hälsa för kommunens medarbetare <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Sjukfrånvaro tillsvidare- anställda (%)	11,8%		12,3%	9%	
	Sjukfrånvaro totalt (%)	10,6%		11,2%	7,5%	
	Andel av totala sjukfrån- varon som avser frånvaro under en sammanhäng- ande period av 60 dagar eller mer (%)	39%		39%	39%	
Kommunens tillgänglighet för invånarna ska öka	Andel invånare som får svar på en enkel e- postfråga inom en arbets- dag, (%)	74%	87%			

Resultatmål/ Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
<i>KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Andel invånare som får ett direkt svar på en enkel fråga när de tar kontakt med kommunen via telefon, (%)	70%	56%			
	Gott bemötande via telefon, andel av maxpoäng (%)	85%	84%			
	Besökare som uppger att de hittade vad de sökte på webbplatsen, andel (%)	67%				
	Ärenden som hanteras genom e-tjänster (externa), antal	11 836				
	Besökare som har tillgång till MerÖppet på Kulturhuset Ängeln, antal	447				
	Ärenden som hanteras av Kontaktcenter (via besök, telefon, e-post), antal	5 043		1 777	3 266	
Resultatet ska uppgå till minst en procent av skatteintäkterna <i>KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Resultat som andel av skatt och generella statsbidrag (inkl utjämningsbidrag), kommun (%)	6,8%				
	Årets resultat som andel av skatt & generella statsbidrag kommun, (%)	2,3%	1,9%			
Nettodriftskostnaderna ska inte öka snabbare än skatteintäkterna <i>KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Förändring nettokostnader (%)	-3,2%				
	Förändring skatteintäkter och generella statsbidrag (inkl utjämningsbidrag) (%)	5,6%				
	Nettokostnad som andel av skatt och generella statsbidrag kommun, (%)	99%	100%			

Redovisning av genomförd internkontroll 2020

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av genomförd internkontroll för 2020 och överlämnar den till kommunstyrelsen och kommunens revisorer

Sammanfattning av ärendet

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

Vård- och omsorgsnämnden beslutade om internkontrollplan för det egna ansvarsområdet vid sitt sammanträde den 27 februari 2020 (§ 26). Enligt kommunens reglemente för den interna kontrollen ska varje nämnd senast i samband med årsredovisningen rapportera resultatet av uppföljningen till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

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

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

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

Ärendets handlingar

- Förslag till internkontrollrapport för vård- och omsorgsnämnden 2020

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Hernevid
Verksamhetsstrateg

Beslutet skickas till: Kommunstyrelsen, akten, Communis

Förslag till

Internkontroll- rapport 2020

Vård- och omsorgsnämnden

Datum: 2021-02-08

Handläggare: Lars Hernevid

Dnr: VON/2020:11-049

Innehållsförteckning

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

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för 2020 omfattade både verksamhetsmässiga och ekonomiska kontroller. Resultatet av genomförda kontroller har varierat. Några kontrollmoment har visat sig svåra att genomföra under året och har därför inte genomförts i full skala, åtgärder har då satts in för att kunna göra en fullvärdig kontroll nästkommande år. Förvaltningens sammantagna bedömning är att uppföljningen visar att verksamheten inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde i huvudsak fungerar väl. Samtidigt framgår att det finns utvecklings- och förbättringsområden.

I rapporten framgår resultatet för var och en av de beslutade kontrollerna för 2020. I förekommande fall framgår också vilka åtgärder förvaltningen har vidtagit eller planerat för att hantera de brister som framkommit. Redovisningen av resultaten utgår från de kontrollområden som angavs i interkontrollplanen.

Inledning

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

Definition av intern kontroll

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

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

Kommunens årshjul och process för internkontroll

Intern kontroll är en process i flera steg:

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

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

Riskvärdering

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

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

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

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

Internkontrollrapport

Kontrollområde: Hemtjänsten

Kontrollmoment: Granskning av utförda, beviljade samt fakturerade timmar.

Riskvärdering

9

Riskkommentar

Möjlig förekomst att rutiner ej är kända. Innebär i så fall måttliga konsekvenser.

Kommentar

Datum för kontroll: varje månad

Resultat

Varje månad arbetar ekonomiassistent och ekonom aktivt med granskning av hemtjänstens fakturor enligt rutin för månadsbokslut. Vid avvikelser gällande fakturerade timmar tas direkt kontakt med utförare.

Kontrollmoment: Kontroll av antalet genomförandeplaner.

Riskvärdering

9

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: varje månad.

Resultat

Enligt avtal utgår endast ersättning till utförare om upprättad genomförandeplan finns senast tre veckor efter det att uppdraget påbörjats, samt att den uppdateras minst en gång per halvår. Det har visat sig att genomförandeplaner har saknats vid ett fåtal tillfällen. Dessa har då direkt uppdaterats av utförarna. Det har dock påverkat deras möjlighet till att fakturera.

Kontrollområde: Privata medel särskilt boende och gruppboendestäder

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

Riskvärdering

12

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: hösten 2020.

Resultat

Enhetschefer inom särskilt boende samt gruppboendestäder har kontrollerat samtliga brukares kassor, samt att rutinen privata medel följs. Avvikelse som framkommit vid internkontrollen är t.ex. att några av kassorna inte stämde med saldot, ofullständiga kassablad, samt att kvitton saknats. Åtgärder har vidtagits där avvikelser funnits, t.ex. samtal med kontaktpersoner och genomgång på APT. Flertalet enheter hade inga avvikelser alls.

Kontrollområde: Privata utförare i Katrineholms kommun

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

Riskvärdering

12

Ris kommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Löpande under året

Resultat

Kontroll av aktuella genomförandeplaner görs kontinuerligt under året, alla brukare har aktuella genomförandeplan, de brister som upptäckts har åtgärdats. Genomgång av registrering tid, hur många registreringar som skett hos brukare respektive via dator i efterhand har gått igenom. Särskild uppföljning av utförarnas arbete med avvikelser under året gjordes i december där respektive utförare fått återkoppling på avvikelsearbetet. Genomgång har gjorts av vårdplaner som fördelas av legitimerad personal. Alla hemtjänstutförare har även varit inbjudna till verksamhetsmöten vilka MAS håller i sedan covid-19.

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

Kontrollområde: Medborgarfunktionen

Kontrollmoment: Aktgranskning.

Riskvärdering

9

Ris kommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Hösten 2020.

Resultat

Under 2020 har medborgarfunktionen granskat akter avseende insatserna avlösning och kontaktperson, enligt socialtjänstlagen (SoL) och enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Urvalet har varit samtliga nya beslut som är fattade under perioden 1 januari – 30 november 2020. Med nya beslut avses ny insats, det vill säga att den enskilde sedan tidigare inte är beviljad insatsen. På det sättet omfattas inte omprövningar av beslut.

Resultatet av granskningen avseende kontaktperson är sammanfattningsvis att utredningar som helhet är kvalitetsmässigt goda. Dock finns förbättringsområden för handläggningen. Avseende bedömning av barnets bästa behöver den delen ska beaktas vid utredning. Vidare genomgång av barnperspektiv och diskussioner behövs. Individuella målsättningar för insatsen behöver förbättras.

Resultatet av granskningen av utredningarna avseende avlösning är i bra. Utredningarna är förenklade och innehåller i stort sätt autotext att den enskilde har rätt till avlösning för att ge anhöriga avlastning i omvårdnadsarbetet. Detta innebär i sin tur att de uppgifter som skickas till utförare för att de ska kunna genomföra uppdraget inte innehåller alla nödvändiga uppgifter. Det innebär att utförare får svårt att upprätta genomförandeplaner. Ett förbättringsområde i handläggningen är att diskutera om utredningar om avlösning, framför allt den avgiftsfria behöver innehålla mer anhörigperspektiv eftersom insatsen riktar sig till den anhörige.

Kontrollområde: Avvikelsehantering

Kontrollmoment: Övergripande statistik på samtliga avvikelser.

Riskvärdering

16

Risikkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Månadsvis

Resultat

Varje månad dras statistik ut från verksamhetssystemet, som dels syftar till en övergripande kontroll av eventuella lex Sarah och lex Maria-rapporter. Dels använder utredare samt controller i samråd med enhetschefer statistik för att se att inga enheter har många obearbetade avvikelser. En förbättring som kunde ses under perioden 2017-2019 och den har bestått under året. Av samtliga avvikelser (3577) under 2020 står 792 avvikelser som ej bedömda, vilket är 22 % av avvikelserna. Merparten av dessa avvikelser är från årets sista tre månader, främst december. Statistiken används även i tertialrapport för övergripande analys av avvikelser per verksamhetsområde.

Kontrollområde: Representation

Kontrollmoment: Kontroll att representation sker enligt god redovisningssed.

Riskvärdering

8

Risikkommentar

Mindre sannolikt att det förekommer brister i nuvarande hantering. Kan leda till allvarlig konsekvens.

Kommentar

Datum för kontroll: december 2020.

Resultat

Vid kontroll av representation saknades ett fåtal deltagarförteckningar. Vid övrig personalrepresentation har de flesta bifogat deltagarlista, syfte och inköpsställe.

Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter

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

Riskvärdering

12

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Granskning har ej genomförts under 2020.

Resultat: Verksamheten har inte haft möjlighet att genomföra detta under året till följd av ett nytt arbetssätt kring verksamhetssystemet. Kontrollmomentet behöver kvarstå till kommande år.

Kontrollområde: Föreningsbidrag

Kontrollmoment: Granskning av hyresbidrag till föreningar.

Riskvärdering

8

Riskkommentar

Mindre sannolikt att det förekommer brister i nuvarande hantering. Kan leda till allvarlig konsekvens.

Kommentar

Datum för kontroll: hösten 2020.

Resultat

Ett krav för föreningar, som ansöker om bidrag för hyra av föreningslokal är att vid varje ansökningstillfälle bifoga kopia på hyresavtal och hyresavi/motsvarande. De föreningar som ansökt 2020 har också verifierat dem i sin ansökan.

Kontrollområde: Medarbetare och arbetsmiljö

Kontrollmoment: Hantering av arbetsskador och tillbud.

Riskvärdering

12

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Hösten 2020

Resultat

Granskning av statistik har genomförts. Granskningen visar att det fortsatt är flera ärenden som blir liggande en längre tid innan de hanteras. Verksamhetschefer har under senare delen av hösten jobbat med att påminna och stötta enhetscheferna med att hantera de tillbud och arbetsskador som ännu inte åtgärdats. Viktigt att kontrollmomentet kvarstår till 2021.

Kontrollmoment: Genomförande av skyddsronder.*Riskvärdering*

12

Risikkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Februari 2021

Resultat

Ett fåtal skyddsronder som inte blivit utförda i enlighet med det årshjul för systematiskt arbetsmiljöarbete som finns upprättat inom förvaltningen. För att säkerställa att inga skyddsronder blir missade det kommande året kommer särskild anvisning läggas in i månadsrapport om att utförda skyddsronder både skall rapporteras och läggas in som bilaga i månadsrapporten. Kontrollmomentet behöver kvarstå kommande år och kommer att ske i november för att verksamheter som har brustit skall ha möjlighet att åtgärda detta inom aktuellt verksamhetsår.

Kontrollområde: Särskilda boenden inom äldreomsorg**Kontrollmoment: Kontroll av att bemanning nattetid följer framtagna rutiner.***Riskvärdering*

12

Risikkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Pågående under året

Resultat

Nattinspektion har inte genomförts på samma sätt som tidigare år på grund av coronapandemin. Däremot har en större inspektion gjorts av ett av servicehusen som innefattat intervjuer med personal, enkät om arbetsförhållanden mm. En handlingsplan med åtgärder har tagits fram utifrån genomförd inspektion.

Kontrollområde: Delaktighet**Kontrollmoment: Kontroll av att brukare varit delaktiga vid upprättande av genomförandeplan.***Riskvärdering*

9

Risikkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Löpande under året

Resultat

Stickprovsgranskning har genomförts på 86 genomförandeplaner, som visar att delaktighet i genomförandeplanen beskrivs på ett bättre sätt än tidigare, men att fortsatt arbete behövs. Statistik utdragen från verksamhetssystemet visar att för 874 genomförandeplaner som var aktuella (ej äldre än 6 månader) vid 2020-12-31 hade bara 35,3% ikryssat att brukaren varit delaktig. Under 2018-2020 har delaktighet diskuterats på dokumentationsstödjarträffar och i andra sammanhang, för att klargöra att man skall sträva efter delaktighet i alla genomförandeplaner, och förutom att kryssa i om brukaren har varit delaktig eller inte, också beskriva på vilket sätt brukaren varit delaktig. Att dessa siffror är så låga pekar mot att antingen missar man att kryssa i rutan (mallarna för genomförandeplanen har förändrats två gånger under 2019-2020) för att man inte känner till den. Eller också upplever man att man inte klarar av att göra brukarna delaktiga i så hög grad att man kryssar i rutan för delaktighet. En särskild aktivitet om uppföljning av brukares delaktighet i upprättandet av genomförandeplaner kommer att läggas in i verksamhetsplaneringen till enhetschefer att rapportera om.

Kontrollområde: Dataskyddsförordningen (GDPR)

Kontrollmoment: Kontroll av att personuppgifter förvaras på ett säkert sätt.

Riskvärdering

12

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: 2020-11-03

Resultat

Stickprov har genomförts på tolv olika månadsrapporter i Stratsys, fyra från varje verksamhetsområde. Inga personuppgifter förekommer i dessa. Stickprov har genomförts på 20 dokument som ej sekretess- eller GDPR-markerats i Lex. Sökning gjordes på dokument upprättade under mars respektive oktober, tio dokument i vardera månaden kontrollerades. Inga personuppgifter förvaras så att obehöriga kommer åt dem.

Förslag till internkontrollplan för vård- och omsorgsnämnden 2021

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner upprättad internkontrollplan för år 2021.

Sammanfattning av ärendet

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

Vård- och omsorgsförvaltningen har, bland annat med utgångspunkt från resultatet av 2020 års internkontrollarbete, upprättat ett förslag till internkontrollplan för år 2021. I planen fastställs bland annat vilka kontroller som ska genomföras under året och vem som ska utföra respektive kontroll. Internkontrollplanen innehåller både ekonomiska kontroller och verksamhetskontroller.

Rapportering av genomförda kontroller kommer att ske senast i samband med vård- och omsorgsnämndens årsredovisning för 2021.

Ärendets handlingar

- Förslag till vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2020

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Hernevid
Verksamhetsstrateg

Beslutet skickas till: Ledningsgrupp, Communis, akten

Förslag till

Internkontroll- plan 2021

Vård- och omsorgsnämnden

Datum: 2021-02-08

Handläggare: Lars Hernevid

Dnr: VON/2021:9-049

Innehållsförteckning

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

Sammanfattning

Internkontrollplanen för 2021 innefattar både verksamhetsmässiga och ekonomiska kontroller. I jämförelse med förgående år har kontroller där säkra rutiner för kontroll inarbetats i andra delar av kvalitetsledningssystemet, och som därmed inte längre ses som en risk, tagits bort. Detta gäller exempelvis för kontroller gällande hemtjänst. Ett nytt kontrollmoment har införts gällande aktuella vårdplaner i verksamheterna.

Inledning

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

Definition av internkontroll

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

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

Kommunens årshjul och process för internkontroll

Framtagandet av internkontrollplanen är en process i flera steg:

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

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

Kartläggning av kontrollområden, kontrollmoment och riskvärdering

Modell för kartläggning och riskvärdering

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

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

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

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

Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten enligt nedan.

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

Riskvärdering av kontrollmoment

Vid kartläggning av kontrollområden för 2021 gjordes först en genomgång och riskvärdering av de kontrollområden som fanns med i föregående års plan. För de månatliga uppföljningarna av utförda, beviljade och fakturerade timmar samt antalet aktuella genomförandeplaner inom hemtjänsten har tydliga arbetsrutiner arbetats upp och risken för missar är inte längre så hög att kontrollmomentet behöver ligga kvar i internkontrollplanen. Detsamma gäller granskning av hyresbidrag till föreningar och kontroll att representation sker enligt god redovisningssed. Dessa områden ligger dock kvar för bevakning och riskvärderas på nytt inför nästkommande år.

Vidare kartlades och riskvärderades eventuella nya kontrollområden via vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp samt nyckelpersoner inom aktuella områden. Av de nya kontrollområden som riskvärderats har ett nytt kontrollmoment rörande vårdplaner lyfts in i internkontrollplanen för 2021.

Internkontrollplan

Område	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Riskvärdering	Frekvens	Ansvarig
Privata medel särskilt boende och gruppboendestäder	Kontroll att uppsatt riktlinje kring hanteringen av privata medel följs	Enhetschef på särskilt boende samt gruppboendestäder kontrollerar samtliga brukares kassor, samt att tillämpningen av rutinen kring privata medel följs.	12	2 gånger per år, april och oktober.	Enhetschef
Privata utförare i Katrineholms kommun	Kontroll enligt "Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagom om valfrihet Hemtjänst"	Enligt förfrågningsunderlaget.	12	1 gång per år.	Verksamhetschef förvaltningskontor
Medborgarfunktionen	Aktgranskning	Ärendegranskning utifrån urval av ärenden.	9	1 gång per år	1:e Handläggare LSS
Avvikelsehantering	Övergripande statistik på samtliga avvikelser	Utdrag ur Treserva, samt stickprov. Presentation per verksamhetsområde.	12	1 gång per månad	Utredare
Kontroll av användare och behörigheter	Granskning av att aktuella användare ligger i våra verksamhetssystem, samt att de har rätt behörighet	Utdrag ur Treserva, Prator och Nationell patientöversikt (NPÖ). Granskning sker i form av stickprov.	12	1 gång per månad	IT-samordnare
Medarbetare och arbetsmiljö	Hantering av arbetsskador och tillbud	Granskning av att rapporterade arbetsskador och tillbud hanteras skyndsamt.	12	2 gånger per år, juni och december	Verksamhetschefer

Område	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Riskvärdering	Frekvens	Ansvarig
	Genomförande av skyddsron	Granskning av att årliga skyddsroner genomförs. Sker genom att dokumentation avseende genomförda skyddsroner begärs in.	12	1 gång per år i november/december	Utredare
Särskilda boenden inom äldreomsorg	Kontroll av att bemanning nattetid följer framtagna rutiner.	Nattinspektion vid ett antal enheter, stickprov.	12	Stickprov under året	Utredare
Delaktighet	Kontroll av att brukare varit delaktiga vid upprättande av genomförandeplan.	Granskning på övergripande nivå av alla ärenden och verksamhetsområden genom statistik hämtad ur verksamhets-system. Kompletteras med stickprovsgranskning av upprättade genomförandeplaner.	9	1 gång per år	Utredare
Data-skyddsförordningen (GDPR)	Kontroll av att personuppgifter förvaras på ett säkert sätt.	Stickprovsgranskning av gemensam lagringsmedia/system, såsom diskar, Lex och Stratsys, för att kontrollera att personuppgifter inte sparats på så sätt att obehöriga kan komma åt dem	12	2 gånger per år	Verksamhetsstrateg
Aktuella vårdplaner	Kontroll att inga vårdplaner är äldre än ett år	Stickprovsgranskning av vårdplaner för att kontrollera att de är aktiva och korrekta	9	Stickprov under året	Utredare

Förslag till kompetensförsörjningsplan för vård- och omsorgsförvaltningen 2021-2022

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att anta förslaget till kompetensförsörjningsplan för 2021-2022 som sin egen.

Sammanfattning av ärendet

I Katrineholms kommun ska alla förvaltningar ha en kompetensförsörjningsplan som utgår från verksamhetsplanen och den ska fungera som ett stöd i att hantera uppdrag och möta utmaningar.

Syftet med kompetensförsörjningsplanen är att möjliggöra verksamhetens mål och tillgodose dess behov genom att behålla och utveckla befintlig kompetens, tydliggöra kommande kompetensbehov samt hur vi bemöter dessa.

Vård- och omsorgsförvaltningen har tagit fram ett förslag till kompetensförsörjningsplan för 2021-2022 utifrån den kommungemensamma mallen.

Planen har tagits fram av en arbetsgrupp efter samråd med respektive ledningsgrupp och kommunens HR-enhet.

Ärendets handlingar

- Förslag till kompetensförsörjningsplan för vård- och omsorgsförvaltningen, 2021-01-27

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Susanna Kullman
Verksamhetschef förvaltningskontoret

Beslutet skickas till: Ledningsgruppen, Intranätet Communis, akten

Förslag

Kompetens- försörjningsplan 2021-2022

Vård- och omsorgsförvaltningen

Datum: 2021-01-27

Dnr: VON/2021:5-027

Dokumentinformation

Beslutshistorik

Antagen av vård- och omsorgsnämnden 2021-xx-xx.

Giltighet

Gäller från och med 2021-03-01.

Gäller till och med 2022-12-31.

Förvaltarskap¹

Inom vård- och omsorgsförvaltningens ansvarsområde.

Kategori

Inriktningsdokument.

Uppföljning

När: De mål och åtgärder som är angivna i föregående kompetensförsörjningsplan för perioden kommer att integreras, följas upp och utvecklas som en del i förvaltningens årliga verksamhetsplanering. Kompetensförsörjningsplanen redovisas årligen i vård- och omsorgsnämnden.

Hur: Den årliga uppföljningen av kompetensförsörjningsplanen genomförs i förvaltningens ledningsgrupp. Ansvarig: Verksamhetschef förvaltningskontoret.

¹ Förvaltarskapet innebär ansvar för att:

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

Innehåll

Dokumentinformation	2
Beslutshistorik	2
Giltighet	2
Förvaltarskap	2
Kategori	2
Uppföljning.....	2
Innehåll.....	3
Inledning och vision/mål	4
Därför är strategisk kompetensförsörjning viktigt.....	4
Syftet med kompetensförsörjningsplanen	5
Externt och internt perspektiv	6
Externt perspektiv	7
Verksamhetsmål	10
Nuläge.....	11
Pågående insatser.....	11
Förändringar	14
Utmaningar och analys av framtida behov	16
Framtida behov	16
Aktiviteter utifrån identifierade behov.....	17
Mål utifrån utmaning och framtida behov.....	17

Inledning och vision/mål

I Katrineholm är lust den drivande kraften för skapande och utveckling – för, liv, lärande och företagsamhet. Lust är passion, vilja, ambition. Det är också det lustfyllda – det vi lever för och det vi lever av – mat, kärlek, arbete, gemenskap, upplevelser. Läget är rätt – rätt geografiskt och rätt för handling och förändring. Vision 2025.

Därför är strategisk kompetensförsörjning viktigt

Vi lever i en föränderlig värld där ändrade behov och förutsättning ställer stora krav på verksamhetens förmåga till anpassning. Nya arbetsuppgifter tillkommer och andra försvinner, vilket påverkar behovet av personal och kompetens. Katrineholms kommun ska sträva efter att ha en personalstyrka som kvalitativt och kvantitativt är anpassad till verksamhetens behov.

Utveckling av de anställdas kompetens är viktig för att på ett bra sätt kunna anpassa verksamheten till den föränderliga omvärlden. Utveckling och stimulans i arbetet är också betydande faktorer för att alla medarbetare ska ges möjlighet att utföra ett bra arbete. Möjlighet till individuell kompetensutveckling samt tillvaratagande av befintlig kompetens är viktiga faktorer för att göra kommunen till en attraktiv arbetsplats.

Kommunen är i första hand tjänsteproducerande verksamhet, som skapas av medarbetarna. Hur ska vi se till att medarbetarna har den kompetens som behövs för att bedriva rätt verksamhet på rätt sätt? Med god framförhållning genom långsiktig planering kan vi möta framtida behov av kompetens.

I Katrineholms kommun ska alla förvaltningar ha en kompetensförsörjningsplan som utgår från verksamhetsplanen och den ska fungera som ett stöd i att hantera uppdrag och möta utmaningar.

Syftet med kompetensförsörjningsplanen

Syftet med kompetensförsörjningsplanen är att möjliggöra verksamhetens mål och tillgodose dess behov genom att behålla och utveckla befintlig kompetens, tydliggöra kommande kompetensbehov samt hur vi bemöter dessa. I kompetensförsörjningsplanen ska de planerade åtgärderna för att fylla kompetensbehoven beskrivas. Det kan innebära t.ex. hur man attraherar nya medarbetare, nyrekrytering, strategier för kompetensutveckling för att behålla medarbetare och avveckling.

- beskriva ett nuläge
- analysera framtida utmaningar och behov
- planera för både kort- och långsiktig kompetensförsörjning

Externt och internt perspektiv

Idag arbetar cirka 1,2 miljoner människor i välfärden. De kommande tio åren ökar både antalet barn och äldre i befolkningen kraftigt. Antalet personer i arbetsför ålder ökar däremot betydligt mindre och i vissa delar av landet minskar antalet. Det innebär att konkurrensen om arbetskraften på hela arbetsmarknaden kommer att tillta. Det är därför ännu viktigare för kommuner och regioner att uppfattas som attraktiva arbetsgivare och minska rekryteringsbehovet.

Välfärden kommer att behöva öka antalet anställda med knappt 200 000 personer fram till 2026, om inga förändringar sker, därutöver förväntas cirka 300 000 medarbetare gå i pension under perioden. Antalet pensioneringar är dock färre än i SKL:s tidigare prognos. Behovsökning och pensionsavgångar fram till 2026 summeras till 508 000 personer.

Gruppen medborgare som är 85 år och äldre ökar snabbt den kommande tioårsperioden. Det innebär större behov av välfärd, framförallt i äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Även antalet barn i förskole- och skolålder ökar. Stora svängningar i elevkullarnas storlek skapar utmaningar för skolektorn. Flest medarbetare behöver rekryteras till vården och omsorgen i kommunerna, samt till förskolan och skolan – nästan 150 000 medarbetare i respektive verksamhet.

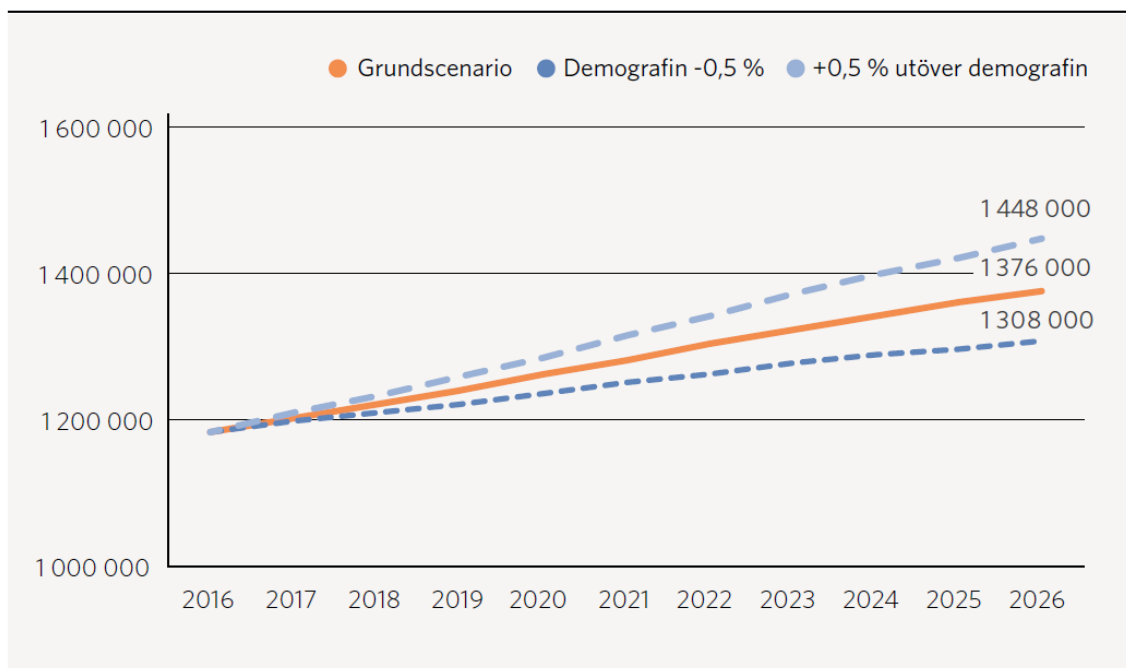
Utöver demografin kommer en mängd andra faktorer att på olika sätt påverka rekryteringsbehoven. Det handlar exempelvis om globalisering, konjunkturförändringar, innovationer, ökad rörlighet på arbetsmarknaden och politiska beslut och reformer.

Ny teknik, förändrat arbetssätt och arbetsorganisation blir nödvändigt för att klara välfärden. Om inte förändringar genomförs behöver mer än hälften av ökningen av antalet personer i arbetsför ålder börja arbeta inom välfärden; idag arbetar en fjärdedel av de sysselsatta inom välfärden. Historiskt sett har välfärdstjänsterna växt med en halv till en procent mer än vad befolkningsförändringarna krävt på grund av ökad ambitionsnivå på nationell och lokal nivå. En fortsatt sådan utveckling skulle innebära att antalet medarbetare i välfärden behöver öka med ytterligare 70 000. En effektivisering om 0,5 procent per år skulle istället minska behovet av anställda med ungefär lika mycket.

Det finns mycket som kommuner, landsting och regioner kan göra för att minska rekryteringsbehovet och öka möjligheten att rekrytera. SKL har formulerat nio strategier för att möta rekryteringsutmaningen. Det handlar bland annat om att utnyttja tekniken bättre och skapa bra möjlighet till löne- och karriärutveckling. Det handlar också om att utveckla arbetsmiljö och arbetsorganisation samt skapa förutsättningar och motivera fler medarbetare att arbeta heltid och fler år i yrkeslivet. Det behövs ett nytänkande om vem som gör vad och att man ser över arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper och skapar nya yrkesgrupper och team. När nya regleringar av yrken eller förlängning av utbildningar föreslås behöver det man vill uppnå med förändringen överväga effekten av minskat arbetskraftsutbud och övriga inlåsningseffekter.²

² Sveriges kommuner och regioner. "Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Rekryteringsrapport 2018." 2018.

DIAGRAM 10. Prognos över behovet av antalet anställda i välfärdstjänsterna fram till 2026



Källa: SKL.

Externt perspektiv

Katrineholms kommun – utveckling

Utvecklingen med fler äldre i kommunen kommer att fortsätta. I takt med att behoven ökar ska äldreomsorgen byggas ut, både när det gäller hemtjänst och platser i särskilt boende. Ett nytt äldreboende, Dufvegården, ska öppnas med 96 platser och det ska skapas fler demensplatser inom äldreomsorgen. Även när det gäller boendeplatser inom området funktionsstöd fortsätter utvecklingen med fler personer med behov av stöd. Planering och byggande av nya LSS och SoL-boenden ska prioriteras utifrån behovet. Befintliga äldreboenden och LSS-boenden ska renoveras utifrån de behov som finns av modernisering.³

Barnkonventionen

Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter började gälla den 1 januari 2020. Beslutet innebär ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen. Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn. En inkorporering av barnkonventionen bidrar till att synliggöra barnets rättigheter. Det är ett sätt att skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet.

Undersköterska föreslås bli skyddad yrkestitel

Regeringen har gett i uppdrag att utreda hur yrket undersköterska ska regleras. I april 2019 överlämnades slutbetänkandet *Stärkt kompetens i vård och omsorg* som föreslås träda i kraft 2025. I betänkandet föreslås att yrket undersköterska ska regleras genom en skyddad yrkestitel med bestämda yrkeskvalifikationer. Endast den som avlagt undersköterskeexamen, eller efter validering anses ha motsvarande kompetens, ska efter ansökan få ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska.

3

<https://www.katrineholm.se/download/18.525c6df616a585152b5b6e88/1560849230809/Kommunplan%202019%202022%20ensidig.pdf>

Utredningens bedömning är att införandet av en reglering kommer att medföra en ökad konkurrens om personer med yrkestiteln undersköterska, då dessa till en början kommer att vara relativt få i förhållande till behovet.

Översyn av yrket personlig assistent

Regeringen beslutade den 28 juni 2018 att uppdra åt en särskild utredare att göra en översyn av yrket personlig assistent. I januari 2020 överlämnade utredaren betänkandet *Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor (SOU 2020:1)* till regeringen.

Utredningen kommer fram till att det är staten som har det övergripande ansvaret för personliga assistenters arbetsförhållanden. Det är staten som reglerar utförandet genom lagstiftningen. Arbetsgivarna bär ansvaret för arbetsförhållanden och arbetsmiljö.

Utredningen identifierar tre huvudsakliga områden för att säkerställa goda arbetsförhållanden för personliga assistenter och samtidigt trygga brukares självbestämmande. Det handlar om att ge tryggare anställningsvillkor, utveckla arbetsmiljöarbetet, minska osäkerheten om arbetsuppgifter.

Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen

I betänkandet *Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen (SOU 2018:88)* föreslår LSS-utredningen en ny lag: lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning. Den har haft två huvudsyften:

1. Statens kostnader för personlig assistans får inte bli högre än de är i dag.
2. Insatserna inom LSS ska bli bättre anpassade för dem som behöver insatserna.

Utredningen föreslår tre nya LSS-insatser

- Personlig service och boendestöd
- Personligt stöd till barn
- Förebyggande pedagogiskt stöd.

Utredningen föreslår bland annat också:

- att staten ska ha hela ansvaret för insatsen personlig assistans
- att personlig assistans ersätts med andra insatser för barn under 16 år
- att ledsagarservice ska bli en del av insatsen personlig service och boendestöd
- att samma tre grupper som ingår i LSS så kallade personkrets ska finnas kvar.

Om förslagen genomförs beräknar utredningen att statens kostnader kommer att minska med cirka 600 miljoner kronor varje år. Utredningen beräknar att kommunernas kostnader samtidigt ökar med mellan 300 miljoner och 400 miljoner kronor om året. Utredningen föreslår att den nya lagen träder i kraft den 1 januari 2022.

Budgetpropositionen 2021

Återhämtningsbonus inom hälso- och sjukvården

Arbetsituationen för de anställda inom hälso- och sjukvården behöver bli bättre. Regeringen avser därför att införa ett statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom hälso- och sjukvården. Det kan ske genom förbättrad arbetsmiljö, nya arbetssätt eller genom att utveckla arbetstidsmodeller som till exempel poängsystem, tidbanker och 3–3-scheman vilket också kan innebära arbetstidsförkortning. För 2021 föreslår regeringen en satsning på 105 miljoner kronor för ändamålet. För 2022 och framåt beräknas 350 miljoner kronor per år.

Språkträning för anställda i äldreomsorgen

Behovet av att stärka kunskaperna i det svenska språket bland personal inom äldreomsorgen har synliggjorts under den pågående pandemin. Trots avslutad SFI saknar många personer som arbetar inom äldreomsorgen tillräckliga kunskaper i svenska för det yrke de utövar. Enbart SFI ger inte heller tillräckligt hög språknivå för utövandet av många yrken. Samtidigt är äldreomsorgen en viktig väg in på arbetsmarknaden för många utrikes födda, inte minst kvinnor.

Regeringen föreslår därför en riktad satsning för att förbättra yrkessvenskan hos personal inom äldreomsorgen, till exempel vårdbiträden och undersköterskor, som saknar tillräckliga kunskaper i det svenska språket för det yrke de utövar. Satsningen beräknas omfatta 31 miljoner kronor per år 2021 och 2022. Stödet bör kunna gå till såväl befintliga som nya insatser.

Verksamhetsmål

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

Till vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde hör även ansvar för hälso- och sjukvård i ordinarie boende från 18 år samt ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende, boendestöd, dagverksamhet och daglig verksamhet. Till vård- och omsorgsnämndens ansvar hör även betalningsansvar enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Nämnden ansvarar även för verksamhet enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962) för fritt val av utförare inom äldreomsorgens hemtjänst. I nämndens ansvar ingår prövning utifrån ett antal lagar, bland annat av bidrag enligt lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag och prövning av tillstånd till resor enligt lag (1997:736) om färdtjänst och lag (1997:735) om riksfärdtjänst.⁴

Vård- och omsorgsförvaltningens kompetensförsörjningsplan är framtagen utifrån kommunplanen och de övergripande mål samt resultatmål/uppdrag som ytterst handlar om kompetensförsörjning; *säkrad kompetensförsörjning* och *ökat medarbetarengagemang*. Aktiviteter utifrån dessa resultatmål/uppdrag finns redovisade på sidan 18-19.

⁴ Nämndens plan med budget, Vård- och omsorgsnämnden 2020, Dnr: VON/2019:57-042

Nuläge

I kommunplanen betonas ökad sysselsättning som en av de avgörande faktorerna för att säkra välfärden när den demografiska utvecklingen gör att allt färre i yrkesverksam ålder ska försörja allt fler barn och äldre. Det finns idag en stor grupp potentiella medarbetare som ännu inte kommit in på arbetsmarknaden, inte minst i form av nyanlända inskrivna vid Arbetsförmedlingen. Under 2019 har vård- och omsorgsförvaltningen arbetat med dessa målgrupper, bland annat tillsammans med Viadidakt och service- och teknikförvaltningen. Förutom att bidra till ökad sysselsättning är detta ett av flera viktiga verktyg för att säkra förvaltningens framtida kompetensförsörjning. Detta arbete behöver således fortsätta under kommande år.

Nya viktiga ingångar för att rekrytera personal till vård och omsorg är inflödet från den kommunala vuxenutbildningen och att ta emot praktikanter och personer i olika arbetsmarknadsåtgärder. Vård- och omsorgsförvaltningen behöver också fortsätta arbetet med att bredda rekryteringen och stödja språkkompetensen hos personer med utländsk bakgrund. Under 2019 har vård- och omsorgsförvaltningen också ställt sig bakom Viadidakts ansökningar till Myndigheten för yrkeshögskolan om att från 2020 förlägga yrkeshögskoleutbildning inom vård och omsorg i Katrineholm.⁵

Pågående insatser

Heltid som norm

Sedan 2018 tillämpar Katrineholms kommun heltid som norm.

Den 30 november 2020 var den genomsnittliga sysselsättningsgraden bland månadsanställda som arbetar deltid:

- 73,8 % för kommunen totalt
- 76,9 % för vård- och omsorgsförvaltningen.

Månadsanställda med heltidsanställning som valt att arbeta deltid:

- 17,2 % för kommunen totalt
- 32,0 % för vård- och omsorgsförvaltningen.

Siffrorna ovan visar på att många fortfarande väljer att arbeta deltid, trots införandet av heltid som norm.

I mars 2020 fick samtliga medarbetare besvara en enkät. Syftet var att undersöka vad medarbetarna angav för skäl till att välja deltid eller heltidsarbete.

Vanligast förekommande orsak till att välja deltidsarbete angavs vara brist på ork följt av möjligheten att kombinera familjeliv med arbete. En stor andel anger fritid som skäl till deltidsarbete.

Drygt hälften av respondenterna anger trivsel som anledning till att välja att arbeta heltid.

Många anger också den framtida pensionen samt ekonomi som skäl att arbeta heltid.

Hälften av de som besvarade enkäten har arbetat tio år eller längre inom kommunen och merparten är kvinnor.

Fyra åtgärder nämns i rapporten som särskilt viktiga att arbeta vidare med för att eliminera hinder för heltidsarbete; arbetsmiljöfrågan ska finnas med som ständig punkt på verksamhets-

⁵ Nämndens plan med budget, Vård- och omsorgsnämnden 2020, Dnr: VON/2019:57-042

möten, involvera medarbetare i bemanningsfrågor, hitta nya schematekniska lösningar samt att arbeta med uppföljning av det lokala heltidsavtalet.

Kommunens traineeprogram

Kommunens traineeprogram *Framtidens ledare i Katrineholm* startade hösten 2020 och pågår under 1,5 år. Programmet syftar till att öka kompetens, kunskaper och färdigheter inom området för ledarskap. Totalt deltar 12 personal, varav tre från vård- och omsorgsförvaltningen.

Utbildningstjänster

Möjlighet till utbildningstjänst finns för sjuksköterskor, socionomer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter som studerar på universitet, högskola eller annan eftergymnasial utbildning. Tjänsten ger möjlighet att arbeta inom förvaltningen under studietiden.

Äldreomsorgslyftet

Äldreomsorgslyftet syftar till att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg genom att ge ny och befintlig personal möjlighet att genomgå utbildning till vårdbiträde eller undersköterska på betald arbetstid.

14 personal från vård- och omsorgsförvaltningen och 3 personal anställda hos privata utförare av hemtjänst enligt LOV deltar (2021-01-27).

I budgetpropositionen för 2021 framgår att äldreomsorgslyftet föreslås fortsätta fram till 2023. Från 2021 får första linjens chefer som arbetar inom vård och omsorg om äldre möjlighet att utbilda sig på arbetstid.

Vårdbiträde yrkesutbildning

Vård- och omsorgsförvaltningen har ett samarbete med Åsa Folkhögskola som startade en ettårig yrkesutbildning hösten 2020. Praktik inom kommunens vård och omsorg påbörjas våren 2021.

Bildningsförvaltningen startade en tvåårig utbildning mot vårdbiträde hösten 2020 (Introduktionsprogrammet). Utbildningen omfattar 800 poäng och praktik sker inom Katrineholms kommun och grannkommuner. Utöver detta tillkommer studier i grundskoleämnen och språkutvecklande insatser.

Projekt

Projektet Klara riktar sig till långtidsarbetslösa utrikesfödda kvinnor i åldern 25 – 64. I möjligaste mån uppmuntras könsöverskridande yrkesval men även de yrken där det redan nu råder en brist på personal som till exempel inom vård och omsorg. Projektet startade den 1 september 2019 och pågår till 30 juni 2022.

Projektet LIKES riktar sig till personer mellan 20 – 65 år som uppbär försörjningsstöd. Projektet vill möjliggöra en effektiv matchning mellan arbetsgivarnas behov av arbetskraft och den arbetskraft som finns till förfogande efter avslutad utbildning. Projektet startade den 1 januari 2020 och pågår till 30 juni 2022.

Huvudman för projekten är Samordningsförbundet RAR Sörmland.

Betald utbildning på arbetstid (Riktlinjer om förmåner vid utbildning inom vård- och omsorgsförvaltningen)

Utbildning i tjänsten

Om förvaltningen har ett behov av höjd kompetens hos en medarbetare inom ett visst område och studierna inte avser grundutbildning, stöttar förvaltningen (efter särskild prövning av närmsta chef) vid halvtidsstudier med 5 timmar/vecka (totaltid) plus litteratur som köps in till förvaltningen. Vid mindre än halvtidsstudier minskas tiden med motsvarande tid. Samråd om studier ska alltid ske med närmaste chef för planering av verksamheten.

Utbildning med tjänstledighet

Utbildning för vilket den enskilde söker helt eller partiell tjänstledighet enligt studieledighetslagen. Utbildning för anställda kan ske i tre olika former, med olika förmåner. Det är alltid arbetsgivaren som beslutar om löneförmån. För att medge löneförmån måste utbildningen vara till påtaglig nytta för verksamheten och ha en direkt koppling till den anställdes arbetsuppgifter. Det ska föreligga behov av kompetenstillskott och tillgången på redan utbildad arbetskraft ska vägas in. När det gäller vidareutbildning till ett nytt yrke ska en restriktivare bedömning göras. Utbildning i rehabiliterings- eller omplaceringssyfte ska bedömas generöst.

Stipendium för utbildning på fritiden

Enligt personalhandboken kan anställda som utbildar sig på fritiden få ersättning för utbildningskostnader i form av stipendium. Stipendium beviljas om utbildningen bedöms som värdefull för förvaltningen eller kommunen och ges i form av ett bidrag. En förutsättning är att den sökande är tillsvidareanställd inom Katrineholms kommun.

Internutbildningar

Inom förvaltningen pågår ett antal internutbildningar för omvårdnadspersonal, exempelvis läkemedelshantering och ergonomi.

Elev- och praktikplatsfördelning

Vård- och omsorgsförvaltningen har avtal för att ta emot elever/studenter som läser till undersköterska, sjuksköterska och fysioterapeut och tar därmed emot elever från vård- och omsorgsprogrammet, Kompetensutvecklingsinstitutet (KUI) och Mälardalens högskola.

I dagsläget har förvaltningen praktikplatsfördelning på 25 % som tar emot "beställningar" från skolor och reserverar platser på enheterna. Vårterminen 2019 var det 600 praktikveckor placerade inom vård- och omsorgsförvaltningen, innebärande cirka 150 elever. Vårterminen 2020 var det 520 praktikveckor vilket motsvarar cirka 130 elever. Det lägre antalet praktikveckor för 2020 beror sannolik på pandemin då Mälardalens högskola valde att inte skicka ut alla sina studenter i samma utsträckning som tidigare. Utöver detta tar förvaltningen emot elever från Viadidakt och Flens kommun samt vid sommarkurs för elever i årskurs 8.

Vårdinformatörer

Förvaltningen har ett antal utsedda vårdinformatörer som har till uppgift att inspirera fler att välja vård- och omsorgsyriken och därmed bidra till kommunens långsiktiga kompetensförsörjning. Att vara vårdinformatör innebär att vara en förebild för sin yrkesgrupp och berätta om sitt yrke och dagliga arbete på ett inspirerande sätt i olika sammanhang.

Ett uppdrag för vårdinformatörerna är sommarkursen för elever i årskurs 8. Via teori och praktik blir kursen en vägledning inför gymnasievalet. Den ger kunskap om vård- och omsorgsprogrammet samt arbetsuppgifter inom vård och omsorg.

Utdrag ur belastningsregistret

Vid samtliga rekryteringar ska det från och med hösten 2020 begäras ut utdrag ur belastningsregistret.

Förändringar

Avtal om arbetstidsmått för nattarbetare med arbetstid ständig natt

Från och med 2022-04-01 gäller ett nytt avtal om arbetstidsmått för nattarbetare inom kommunals avtalsområde. Arbetstiden blir två timmar mindre per vecka, vilket innebär att fler medarbetare behöver rekryteras in på nattjänstgöring.

Språktest/arbetsprov

Kommunstyrelsen beslutade den 28 oktober 2020, § 143, att införa språktest vid rekrytering till äldreomsorg, LSS, förskola och fritidsverksamhet. Representanter från vård- och omsorgsförvaltningen ingår i en central projektgrupp som leds av personalkontoret. Projektet ska utmyнна i ett förslag för arbetsprover som testar skriv-, läs- och hörförståelse och är tänkt att implementeras under 2021. Förslaget utgår från att personer som kan vara aktuella för anställningar inom äldreomsorg och LSS som inte kräver eftergymnasial utbildning skall testas. Testet ska göras innan anställningsintervjun.

Boendeplan

I övergripande plan med budget 2020-2022 har vård- och omsorgsnämnden fått i uppdrag att i samråd med KFAB planera för utveckling av boendeplatser för personer med behov av omsorg och stöd. Utgångspunkten är att det finns behov av att ta ett helhetsgrepp utifrån kommande behov av boendeplatser samt de möjligheter som skapas genom Dufvegården, ett nytt särskilt boende för äldre med 96 platser som öppnar vid årsskiftet 2020/2021. I uppdraget ingår både att göra löpande anpassningar utifrån aktuella behov och att planera långsiktigt för modernisering och effektivisering av strukturen när det gäller boendeformer. I de fall det bedöms motiverat ska alternativa användningsområden för hela eller delar av befintliga boenden belysas. Uppdraget (som är försenat på grund av pandemin) ska återrapporteras i mars 2021.

Demografi

SKR menar att vi står inför en befolkningsförändring, med fler äldre och unga, som leder till att antalet anställda i välfärdstjänsterna behöver öka med knappt 200 000 personer fram till och med 2026. Antalet personer i arbetsför ålder ökar inte alls i samma utsträckning.

Antal arbetstagare som närmar sig pensionsålder uppdelat på ålder och yrkeskategori VOF (mätdatum 2020-09-30)

Yrkeskategori	60 år	61 år	62 år	63 år	64 år	65 år	66 år	67 år	Totalt	Andel
Stödassistent (251)	7	4	5	3	8	2	1	0	30	12%
Undersköterska i hemtj (161)	3	1	5	6	1	0	2	1	18	11%
Undersk särskilt boende (548)	4	9	8	10	3	1	0	0	35	6%
Personlig assistent (56)	0	1	2	2	0	2	0	0	7	13%
Undersköterska natt (60)	0	1	2	1	0	2	0	0	6	10%
Distriktsköterska (12)	0	0	0	0	2	1	0	0	3	25%
Sjuksköterska (26)	0	0	3	0	0	0	0	0	3	12%
Aktivitetshandledare (5)	1	0	1	0	1	0	0	0	3	60%
Enhetschef (26)	0	0	1	1	0	1	0	0	3	12%
Handläggare LSS (5)	0	1	0	0	0	0	0	0	1	20%
Vårdbiträde i hemtjänst (21)	0	0	1	0	0	0	0	1	2	10%
Administrativ assistent (23)	1	0	0	0	1	0	0	0	2	9%
Administratör (8)	1	0	0	0	0	0	0	0	1	13%
Ledsagare (3)	0	1	0	0	0	0	0	0	1	33%
Samordnare (8)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Vårdbiträde särskilt boende (8)	1	0	1	0	0	0	0	0	2	25%
Anhörigkonsulent (2)									1	50%
Anhörigstödare (1)									1	100%
Arbetshandledare (8)									1	13%
Arbets terapeut (13)									1	8%
Bemanningsassistent (1)									1	100%
Biståndshandläggare (9)									1	11%
Demenssjuksköterska (1)									1	100%
Ekonom (1)									1	100%
Fritidsassistent (1)									1	100%
Habiliteringsassistent (10)									1	10%
Handledare (2)									1	50%
Nämndsekreterare (1)									1	100%
Projektledare (2)									1	50%
Receptionist (1)									1	100%
Sjuksköt medans (1)									1	100%
Skötare (1)									1	100%
Utredare (4)									1	25%
Vårdbiträde (15)									1	7%
Äldrepedagog (1)									1	100%
Totalt (1031)	17	18	29	23	16	9	3	2	189	18%

De största yrkesgrupperna är även de som kommer att ha flest pensionsavgångar till antalet de närmsta åren. Undersköterskor, stödassistenter samt personliga assistenter är de grupper där flest väntas gå i pension.

Utifrån andelen i procent kommer yrkesgrupper som aktivitetshandledare, distriktsköterskor, vårdbiträden säbo och ledsagare behöva rekryteras, Här handlar det om små yrkesgrupper med få medarbetare, där tappet av personal kan få stor effekt.

HR konstaterar att det i dagsläget inte finns någon statistik kring omsättningen av personal. HR konstaterar att det förekommer en stor chefsomsättning inom specifika områden i förvaltningen.

Utmaningar och analys av framtida behov

Framtida behov

- Undersöka hur förvaltningen kan attrahera personal till svårrekryterade tjänster. I dagsläget är leg. sjuksköterskor, leg. distriktssköterskor, leg. fysioterapeuter, leg. arbetsterapeut, enhetschefer, undersköterskor, fritidspedagoger, stödpedagoger och handläggare LSS/SoL svårrekryterade.
- Intern utbildningsplan med grundläggande utbildningar för vård- och omsorgspersonal samt med specifika utbildningar inom varje verksamhetsområde, för att underlätta intern rörlighet och karriärmöjligheter.
- Utveckling och kvalitetssäkring av praktksamordning och handledning för att säkerställa ett gott mottagande av elever/studenter och samordna huvudhandledare och handledare.
- Mer användarvänligt verksamhetssystem för praktikplatsfördelning.
- Särskilja anställda som har vårdbiträdesutbildning, respektive de som inte har vårdbiträdesutbildning.
- Förhöjd språkkompetens hos vårdbiträden och undersköterskor.
- Utbildning i cykling för hemtjänstpersonal. Det finns idag krav på kompetens att kunna cykla inom hemtjänsten men de anställda har bristande kompetens.
- Möjliggöra praktik som enhetschef.
- Rimliga chefsområden.
- Förhöjd digital kompetens hos medarbetare.
- Mobila lösningar (exempelvis en app för hjälpmedelshantering).
- Tydligt introduktionsprogram för respektive verksamhetsområde.
- Ta tillvara goda exempel/lösningar för att utveckla arbetet med medarbetardriven innovation.

Aktiviteter utifrån identifierade behov

Mål utifrån utmaningar och framtida behov

Resultatmål: Säkrad kompetensförsörjning

Aktivitetsplan	Ansvarig	Datum påbörjad	Uppföljning
Utveckla utbildningsmöjligheterna för kommunens anställda, exempelvis genom betald utbildning inom ramen för arbetstiden eller genom att garantera anställning för personer som arbetar heltid men som studerar på sin fritid för att läsa in viss kompetens.*	Förvaltningschef, VC förvaltningskontor, äldreomsorg och funktionsstöd		
Alla medarbetare ska ha en heltidsanställning som grund och kunna välja tjänstgöringsgrad.*	Förvaltningschef, VC förvaltningskontor, äldreomsorg och funktionsstöd		
Fortsätta insatserna för att minimera delade turer.*	Förvaltningschef, VC förvaltningskontor, äldreomsorg och funktionsstöd		
Ta fram intern utbildningsplan med grundläggande utbildningar för vård- och omsorgspersonal samt med specifika utbildningar inom varje verksamhetsområde, för att underlätta intern rörlighet och karriärmöjligheter.	VC förvaltningskontor		
Intern rörlighet ska främjas och motiveras.	Förvaltningschef, VC förvaltningskontor, äldreomsorg och funktionsstöd		
Undersöka hur förvaltningen kan attrahera personal till svårrekryterade tjänster.	Förvaltningschef, VC förvaltningskontor, äldreomsorg och funktionsstöd		
Tydliggöra ansvarsområden och informera chefer om praktik och handledning för att säkerställa ett gott mottagande av elever/studenter.	VC förvaltningskontor		
Ta emot praktikanter som enhetschef.	VC förvaltningskontor, äldreomsorg och funktionsstöd		

Aktivitetsplan	Ansvarig	Datum påbörjad	Uppföljning
Höja den digitala kompetensen hos medarbetarna samt undersöka möjligheten att införa fler mobila/digitala lösningar.	VC förvaltningskontor		
Fortsätta utvecklingen av tydliga introduktionsprogram.	Förvaltningschef, VC förvaltningskontor, äldreomsorg och funktionsstöd		

Resultatmål: Ökat medarbetarengagemang

Aktivitetsplan	Ansvarig	Datum påbörjad	Uppföljning
Hitta former för att utveckla arbetet med medarbetardriven innovation.	VC förvaltningskontor		
Stärka ledarskapet och medarbetarskapet genom bland annat kompetensutveckling, formell samverkan samt dialog och delaktighet.*	Förvaltningschef, VC förvaltningskontor, äldreomsorg och funktionsstöd		

* Aktivitet i kommunplan 2019-2022.

Förslag om att ansöka om statsbidrag för verksamhet med personliga ombud 2021

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden godkänner vård- och omsorgsförvaltningens ansökan till länsstyrelsen om statsbidrag för verksamhet med personliga ombud 2021.
- Nämnden ställer sig bakom verksamhetsplanen 2021 för personliga ombud.

Sammanfattning av ärendet

Länsstyrelsen har den 20 november 2020 översänt information om ansökan om statsbidrag för verksamhet med personliga ombud år 2021.

Kommuner som driver verksamhet med personliga ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar enligt SFS 2013:522, har möjlighet att ansöka om statsbidrag för verksamheten 2020.

Ansökan ska ha inkommit till länsstyrelsen senast den 1 mars 2021. På blanketten ska anges vilken nämnd som beslutat om ansökan.

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

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

Vård- och omsorgsförvaltningen har upprättat ansökan för 2021 års verksamhet.

Ärendets handlingar

- Ansökan till länsstyrelsen om statsbidrag för verksamhet med personliga ombud år 2021.
- Verksamhetsplan 2021 för personliga ombud i Katrineholm och Flen.

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Pia Aalto
Enhetschef medborgarfunktionen

Beslutet skickas till: Länsstyrelsen, akten

Kopia för kännedom: Flens kommun

Ansökan om statsbidrag för verksamhet med Personligt ombud 2021

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

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

Statsbidragets omfattning

Statsbidraget har föregående år utgått med 402 638 kr per år för en heltidstjänst. Beloppet justeras av Socialstyrelsen utifrån hur många ansökningar som inkommit.

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

Sökande kommun

Kommunens namn: Katrineholms kommun	
Förvaltning: Vård- och omsorgsförvaltningen	
Postadress: 641 80 Katrineholm	
Tfn: 0150-488099	E-post: vard.omsorg@katrineholm.se
Organisationsnummer: 212 000-0340	Plus-eller bankgiro 5798-1938
Ansökan avser år:	2021
Antal årsanställningar (heltid, ange i årsarbeten)	2,00
Referens på utbetalningen: ZX71106110	
Nämnd som beslutat om ansökan: Vård- och omsorgsnämnden	
Ansökan avser även verksamhet i följande kommun/kommuner Katrineholm och Flen	

Kontaktperson

Befattning: Enhetschef	
Namn: Pia Aalto	
Postadress: 641 80 Katrineholm	
Tfn: 0150-480899	E-post: pia.aalto@katrineholm.se

Driftsform/driftsformer och utförare

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

Kommunal regi

Samverkan kring verksamheten

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

<p>Vilka myndigheter och organisationer ingår i ledningsgruppen? Ledningsgruppen består av:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vård- och omsorgsförvaltningen Katrineholms kommun - (sammankallande) - Flens kommun - Psykiatri Region Sörmland - Försäkringskassan (Försöka få representant med i ledningsgruppen. Finns ingen namngiven) - Arbetsförmedlingen - Brukar- och anhörigorganisationer: NSPH, IFSAP och HOPP RSMH - Primärvården Hälsoval - Socialförvaltningen <p>Adjungerade till ledningsgruppen är de personliga ombuden</p> <p>Vilka andra myndigheter och organisationer samverkar ni med?</p>

Plan för verksamhetens organisation

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

Ett stort arbete inom verksamheten kommer att handla om att introducera nya ombud och skapa en fungerande verksamhet för målgruppen. Arbetet kommer handla om att skapa strukturer för möten med enskilda individer men även annan utåtriktad verksamhet. Behov av att skapa samverkan med andra samhällsaktörer.

Under 2021 ska ombuden genom försöksverksamhet ”drop in” försöka nå fler nya klienter. Detta var mål för 2020 men ställdes in på grund av pandemin Covid-19. Arbetssättet syftar till att vid kortare tillfällen ge snabb hjälp till klienter som i vissa fall kan bli längre kontakter eller avslutas direkt efter ett tillfälle. På försök görs detta i Katrineholm i första hand under våren för att sedan utvärderas i ledningsgruppen om det ska utökas till Flen.

Utifrån antagen rutin kring systemfel och brister kommer arbetet med hanteringen av rapporteringen av dessa fortsätta under 2021. Personliga ombuden behöver vara uppmärksamma på vilka brister som uppmärksammas och rapportera dessa till ledningsgruppen. Ledningsgruppen tar därefter ställning till att sända rapport till berörd myndighet och tar emot ett eventuellt svar för att rapportera vidare till länsstyrelsen.

Personliga ombud tog under 2019 fram en målgruppsbeskrivning, vilka personer ingår och kan få stöd av personlig ombudsverksamhet. Denna är den prioriterade målgruppen för ombuden och arbetet med detta fortsätter under 2021.

Personliga ombudens verksamhet dokumenteras genom statistikuppgifter samt genom rapport till ledningsgruppen.

Planer för arbetets utformning

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

Interna utbildningar erbjuds utifrån behov. Personliga ombuden bevakar aktuella utbildningar. Om personliga ombuden lyfter behovet av handledning kommer arbetsgivaren ordna detta.

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

Kommunen följer upp personliga ombudens verksamhet genom månadsstatistik. Statistiken kan följas upp för att jämföras och på så sätt se hur verksamheten utvecklats. Statistikuppgifterna avser mängdstatistik. Utveckling av verksamhetsfrågor kan följas av de redovisningar som görs i ledningsgruppen vid eventuella förändringar i verksamheten.

Ort och datum

Katrineholm den 25 februari 2021

Behörig företrädare för verksamheten

Namnförtydligande och befattning
Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef
Vård- och omsorgsförvaltningen
Katrineholms kommun

Vår handläggare

Pia Aalto, enhetschef medborgarfunktionen

Verksamhetsplan 2021 för Personliga ombud i Katrineholm och Flen

Mål

Målet för verksamheten med personligt ombud är:

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

Delmål

- Ökad kännedom om Personligt ombud hos målgruppen och lokala aktörer som möter målgruppen i syfte att nå ut till fler klienter.
- Se över om verksamheten kan utvecklas för att möta dagens behov hos målgruppen.
- Fortsätta utveckla arbetet med systemfel och brister, som påbörjades under 2019.

Organisation

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

Länsstyrelsen i Södermanland fördelar statsbidraget till tre verksamheter i Södermanland.

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

En ledningsgrupp leder verksamheten.

Ledningsgruppen består av

- Enhetschef Medborgarfunktionen, Katrineholms kommun (sammankallande)
- Enhetschef och samordnare, Flens kommun
- Psykiatri Region Sörmland
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen (finns ingen representant i dagsläget)
- Representant för intresseföreningen Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
- Primärvården Hälsoval
- Enhetschef Socialförvaltningen, Katrineholms kommun.

Adjungerade till ledningsgruppen är personligt ombud. Ledningsgruppen träffats sex gånger per år.

Mål för ledningsgruppens arbete

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

Arbetsmodell

- Den modell verksamheten arbetar utifrån, innefattar följande faser:
- Kontakten, där initiativet kan komma från klient, anhörig, personal eller myndighet. Klienten skall själv vilja ha kontakten. Kontaktfasen bör innefatta information om verksamheten och arbetsmodellen.
- Förtroendeskapande fasen, där en professionell relation skapas.
- Kartläggningen, där klientens behov av vård, stöd och serviceinsatser lyfts fram i syfte att samla rätt resurser kring klienten.
- Den gemensamma handlingsplanen, där realistiska mål formuleras för vad som ska uppnås.
- Genomförandet av de åtgärder och mål som man bestämt sig för i handlingsplanen.
- Utvärdering tillsammans med klienten om man uppnått det man inledningsvis förutsatte, och dra lärdomar av detta.
- Avslutningen, alternativt vilande eller underhållskontakt en tid.

Aktiviteter 2021

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

Verksamhetsplanen för 2021 skall kommuniceras utifrån mål och ambition mot ansvarig nämnd för respektive kommun.
Ansvar: Berörd representant i ledningsgruppen.

Kompetensutvecklingsplan för personliga ombud 2021

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

Rapporteringsrutiner

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

Klientrapportering

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

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

Resultatrapportering

- Nya ärenden respektive avslutade ärenden
- Datum för informationsinsatser.

Rapportering av aktiviteter

- I samband med kollegial handledningen strukturera, definiera och avgränsa erfarenheter. Notera erfarenheter, kritik och synpunkter som ombuden varit delaktiga i.
- Vid ledningsmöten redogöra för "typfall", där ledningsgruppen tar över ansvaret för vidare åtgärder kring felaktigt eller bristande bemötande, kompetens och värderingar.

Systemfel och brister rapporteras till Länsstyrelsen i verksamhetsberättelse.

Budget 2021

Resultatrad	Budget 2021	Utfall föregående år
Intäkter	604	530
Intäkter	604	530
Personalkostnader	-900	-745
Lokalkostnader	0	-44
Övriga kostnader	-59	-56
Kostnader	-959	-845
	-355	-314

Årssammanställning arbetsmiljö 2020 vård- och omsorgsförvaltningen

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger sammanställningen till protokollet.

Sammanfattning av ärendet

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

Som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet sammanställer förvaltningen rapporterade arbetsskador och tillbud en gång per år.

Förvaltningens bedömning

Antalet rapporterade arbetsskador och tillbud ökade under 2020 jämfört med året innan. Rapporterade tillbud av typen kontakt med kemiskt ämne kroppsvätska eller smittämne ökade från ett par år 2019 till 123 år 2020. Det beror sannolikt på coronapandemin. Vård- och omsorgsförvaltningen har i samarbete med HR-avdelningen fokus på arbetsmiljö och trivsel i arbetet. Förvaltningen avser att fortsätta med informationspridning bland såväl medarbetare som chefer i syfte att fortsätta att utveckla arbetet mot en god arbetsmiljö.

Ärendets handlingar

- Vård- och omsorgsförvaltningens tjänsteskrivelse

Ärendebeskrivning

Arbets-skador och tillbud

Arbets-skador är olycksfall under arbetstid och även på väg till eller från arbetet. Det kan också vara fysisk eller psykisk sjukdom som beror på arbetet. Samtliga arbets-skador skall rapporteras till Försäkringskassan och i allvarliga fall även till arbetsmiljöverket. Även allvarliga tillbud rapporteras till arbetsmiljöverket.

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

Statistik arbets-skador och tillbud

År	Arbets-skador	Tillbud	Totalt antal
2020	410	522	932
2019	373	488	861
2018	400	611	1011
2017	232	345	577
2016	156	398	544

Tabellen ovan visar att både antalet rapporterade arbets-skador och tillbud fördubblades 2018 jämfört med tidigare år. De ligger nu kvar på den högre nivån. En bidragande orsak kan vara att personal och chefer genom information och utbildning har blivit bättre på att registrera skador och tillbud. Införandet av ett nytt datasystem för registrering kan också ha betydelse.

Fördelning per händelse

Arbets-skador

Händelsetyp	2019	2020
Skadad av person	103	107
Fysisk överbelastning	63	59
Psykisk överbelastning	55	20
Den skadade föll	39	27
Annan händelse	42	73
Övriga	71	124
Totalt	373	410

Som framgår av tabellen ovan är den vanligaste anledningen till arbets-skadeanmälan *skadad av en person*. Antalet var mycket högre 2018 (171 rapporterade) jämfört med 2019.

Under 2020 var antalet kvar på den lägre nivån. De tre övriga skadetyperna som redovisades förra året har minskat i antal rapporterade fall. *Psykisk överbelastning* har minskat mest. I stället har kategorierna annan *händelse* och *övriga* ökat. I *övriga* ingår 29 fall av *kontakt med kemiskt ämne, kroppsvätska eller smittämne* år 2020.

Av de arbetsskador som rapporterats ledde 42 till frånvaro från arbetet. Året innan var antalet 13.

Tillbud

Händelsetyp	2019	2020
Annat tillbud	152	155
Hot och våld	147	91
Belastningstillbud	102	24
Ej rast/annan personal frånvarande	19	7
Fallande föremål	17	6
Övriga	51	239
Totalt	488	522

Antalet tillbud ökade under 2020 jämfört med året innan. Fortfarande utgör kategorin *annat tillbud* den vanligaste orsaken till tillbudsanmälan. Precis som vid arbetsskador har alla händelsetyper som specificerades 2019 minskat i antal rapporterade fall. *Hot och våld* är fortfarande den största av dessa kategorier. *Övriga* tillbud har ökat dramatiskt. Över hälften av fallen (123) är *kontakt med kemiskt ämne, kroppsvätska eller smittämne*. Året innan anmäldes endast två sådana fall.

Fördelning per verksamhetsområde

Verksamhetsområde	Arbetsskador	Tillbud
Äldreomsorg	296	369
Funktionsstöd	79	117
Förvaltningskontor	23	24
Timvikarier	8	7

Susanna Kullman
Verksamhetschef förvaltningskontoret

Cecilia Nordqvist
Utredare

Beslutet skickas till: Akten

Redovisning av inkomna synpunkter juli-december 2020

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

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

Sammanfattning av ärendet

Enligt beslut i dåvarande socialnämnden den 13 november 2002, § 216, ska inkomna synpunkter redovisas för nämnden två gånger per år. Perioderna ska avse januari-juni och juli-december.

Redovisningen ska ske som ett särskilt ärende för att betona vikten av verksamheten. Cheferna ska samordna sig i ett ärende som övergripande ska redovisa vilka synpunkter som kommit in under perioden och hur de åtgärdats.

Under perioden juli-december 2020 har tolv synpunkter blivit registrerade som allmän handling. De visar ingen heltäckande bild av medborgarnas åsikter om verksamheten, utan mera exempel på vad det kan inkomma synpunkter om.

Kommunicering och åsikter kring planering av enskilda brukares beviljade insatser, som ibland tangerar till att vara synpunkter, finns inte med i denna redovisning.

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

Ärendets handlingar

- Diarieförteckning över inkomna synpunkter perioden juli-december 2020

Statistik

År	Förvaltningskontor	Äldreomsorg	Funktionsstöd	Antal		
(juli - dec) 2020	(4*)	(7)	(3*)	(12)		
2020	7*	16*	3*	23		
År	MYS	SoB	SÄBO	FS	HSL	Antal
2019	4	15	4	3	0	26
2018	3**	8**	12**	2**	1**	22
2017	4*	5*	11	1	0	20
År	Myndighets- och specialistavdelning (MYS)	Utföraravdelning (UFA)	MYS/UFA tillsammans	Övrigt VOF	Antal	
2016	6	14	0	1	21	
2015	5	22	2	0	29	
2014	7	29	2	0	38	

Siffror inom (parentes) avser halvår.

* = Synpunkter som berörde två verksamhetsområden och är redovisad i bådaskolumn.

** = En synpunkt berörde alla verksamhetsområden och är redovisad i allaskolumn.

MYS = Myndighets- och specialistavdelning

SoB = Stöd ordinärt boende

SÄBO = Särskilt boende äldre

FS = Funktionsstöd

HSL = Hälso- och sjukvård

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

Anna-Lena Ramstedt

Förvaltningschef

Beslutet skickas till: Akten

Vård- och omsorgsförvaltningen

SYNPUNKTER 2020 juli-december
Sammanställning och diarietäckning

Dnr vON/2020:19-700

FK = Förvaltningskontor, ÄO = Äldreomsorg, FS = Funktionsstöd

Kategorier: Brukare, personal, mat, övrigt**Ansv. Chef:** FC = Förvaltningschef, VC = Verksamhetschef, EC = Enhetschef**Datum: 2021-02-08**

Nr	Inkom	Verksamhetsområde	Enhet	Kategori	Synpunkt	Omdöme Pos Neg	Ansv chef (FC, VC, EC)	Senaste dag för svar/handläggning (14 arb.dgr)	Besvarat/åtgärdat den	Hantering/åtgärd
12	2020-07-08	ÄO	Htj	Övrigt	Synpunkt användande av arbetskläder	Neg	VC ÄO	2020-07-28	2020-10-20	Synpunktsgivaren ville inte ha återkoppling. VC äldreomsorgen poängterar att man inom äldreomsorgen arbetar efter basala hygienrutinen och att man under året sett till att all personal genomfört en webutbildning.
13	2020-07-15	ÄO	Htj Igelkotten	Personal / Övrigt	Synpunkt om omvårdnad	Neg	VC ÄO / EC korttids	2020-08-04		Ingen återkoppling tillgänglig.
14	2020-07-24	FK/FS	Medborgarfunktionen/Funktionsstöd	Övrigt	Synpunkt som rör ärende LSS	Neg	EC Medborgarfunktionen/EC FS	2020-08-13	2020-08-05	EC medborgarfunktion och VC Funktionsstöd har i sitt svar redogjort hur kommunen kan emotse de frågeställningar som synpunktsgivaren har.
15	2020-08-11	FK	Medborgarfunktionen	Övrigt	Synpunkt rörande biståndsbeslut	Neg	EC Medborgarfunktionen/1:e handläggare	2020-08-31	2020-08-24	EC medborgarfunktionen har förklarat orsakerna till att uppdraget blivit återkallat från utföraren.
16	2020-08-25	ÄO	Lövåsgården	Övrigt	Synpunkt om utförande av insatser, bemötande, försämring av mat	Neg	EC Lövåsgården SÄBO	2020-09-14	2020-09-14	EC besvarade synpunkten muntligt.
17	2020-10-02	ÄO	Lövåsgården	Övrigt	Synpunkt om bristande städning	Neg	EC Lövåsgården SÄBO	2020-10-22	2020-10-13	EC har återkopplat/svarat anhörig via telefonsamtal 201013, anhörig är nöjd med svaret.

Nr	Inkom	Verksamhetsområde	Enhet	Kategori	Synpunkt	Om-döme Pos Neg	Ansv chef (FC, VC, EC)	Senaste dag för svar/handläggning (14 arb.dgr)	Besvarat/åtgärdat den	Hantering/åtgärd
18	2020-10-20	ÄO	Lövåsgården korttids	Övrigt	Synpunkt om vårdhändelse	Neg	VC ÄO	2020-11-09	xxxx-xx-xx	Synpunkten är besvarad i ett tidigare yttrande till gemensamma patientnämnden i samma ärende samt två efterföljande skrivelser med anhöriga.
19	2020-10-27	FS	Funktionsstöd	Övrigt	Synpunkt som rör verkställighet LSS	Neg	VC FS, FK	2020-11-13	2020-11-04	1:e handläggare medborgarfunktionen har i svaret förklarat hur förvaltningen i stort hanterar verkställighet av beviljade insatser samt hur det påverkar aktuellt fall som synpunkten utgår ifrån.
20	2020-12-04	ÄO	Nattpatrull	Övrigt	Synpunkt om kommunens bilar	Neg	EC Nattpatrull	2020-12-28	2020-12-08	Berörd EC har kontaktat synpunktsgivaren och meddelat att hen på nästa arbetsplatsträff med arbetsgruppen kommer att ta upp vad som gäller vid körning av kommunens fordon.
21	2020-12-08	ÄO	Igelkotten SÄBO	Personal / Övrigt	Synpunkt om ersättare när aktivitetspersonal slutar	Varken eller	EC Igelkotten SÄBO	2020-12-31	2020-12-31	Berörd EC har återkopplat synpunktsgivaren muntligt, dock finns det inget skriftligt av återkopplingen.
22	2020-12-18	FK/FS	Medborgarfunktionen/Funktionsstöd	Övrigt	Synpunkt om hyressättning inom funktionsstöd	Neg	VC FS, FK	2021-01-14	2021-01-05	VC har i sitt svar förklarat hur hyressättningsmodellen inom funktionsstöd fungerar.
23	2020-12-21	FK	Bemanningsenheten	Personal	Synpunkt om fåtal bokningar som timvikarie	Neg	EC Bemanningsenhet	2021-01-15	2020-12-29	EC Bemanningsenheten har vid kontakt med synpunktsgivare fört dialog om hur bokning av vikarier fungerar och vad som påverkar att vissa vikarier blir bokade oftare än andra. Synpunktsgivaren var nöjd efter kontakten.

Redovisning av inkomna domar 2020

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen av inkomna domar under 2019 till protokollet.

Sammanfattning av ärendet

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

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

Beslut fattas enligt följande lagar:

- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Lag (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. (BAB)
- Lag (1997:736) om färdtjänst och (1997:735) riksfärdtjänst
- Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL)
- Folkbokföringslag (1991:481).

Domarna som inkommit om insatser enligt LSS avser främst personlig assistans och enligt SoL främst särskilt boende. Samtliga domar har redovisats vid enskilda utskottets sammanträden.

Ärendets handlingar

- Sammanställning av inkomna domar 2020

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Andreas Karlsson
1:e handläggare

Beslutet skickas till: Akten

Vård- och omsorgsförvaltningenDatum
2020-02-03Vår beteckning
VON/2021:1 - 709Vår handläggare
Lili Eriksson, Andreas KarlssonErt datum
Er beteckning

Vård- och omsorgsnämnden

Sammanställning av inkomna domar 2020 till vård- och omsorgsförvaltningen

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

- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Lag (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. (BAB)
- Lag (1997:736) om färdtjänst och (1997:735) riksfärdtjänst
- Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL)
- Folkbokföringslag (1991:481)

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

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
415-20	2020-01-20	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS, fråga om interimistiskt beslut	Förvaltningsrätten avslår yrkandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden
5769-18	2019-12-06	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS, förkortad LSS	Förvaltningsrätten avslår yrkandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden
3462-19	2020-01-17	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten bifaller överklagan, till förmån för sökande
7405-18	2020-01-17	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten bifaller överklagan, till förmån för sökande
4062-19	2020-01-24	Kammarrätten	Personlig assistans enligt LSS, fråga om prövningstillstånd	Kammarrätten meddelar inte prövningstillstånd till förmån för vård- och omsorgsnämnden
415-20	2020-02-11	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
9150-18	2020-01-24	Förvaltningsrätten	Bostad med särskild service enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
8612-19	2020-02-11	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
10940-19	2020-03-02	Förvaltningsrätten	Bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
939-20	2020-05-25	Kammarrätten	Bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS, fråga om prövningstillstånd	Kammarrätten meddelar inte prövningstillstånd till förmån för vård- och omsorgsnämnden
8490-18 552-20	2020-05-12	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
8871-18	2020-03-25	Förvaltningsrätten	Personlig assistans och personkrets enligt LSS	Förvaltningsrätten upphäver det överklagade beslutet till förmån för sökande.
1084-20	2020-04-08	Kammarrätten	Personlig assistans enligt LSS, fråga om inhibition	Kammarrätten avslår yrkandet till förmån för sökande
1084-20	2020-04-24	Kammarrätten	Personlig assistans enligt LSS, fråga om prövningstillstånd	Kammarrätten meddelar inte prövningstillstånd till förmån för sökande
1084-20	2020-04-24	Kammarrätten	Personlig assistans enligt LSS, fråga om prövningstillstånd	Kammarrätten meddelar inte prövningstillstånd till förmån för sökande
9018-18	2020-04-23	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten bifaller överklagan, till förmån för sökande
1442-20	2020-05-28	Kammarrätten	Personlig assistans enligt LSS, fråga om prövningstillstånd	Kammarrätten meddelar prövningstillstånd till förmån för sökande
1105-19	2020-04-29	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
1792-19	2020-07-01	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
4373-19	2020-10-07	Förvaltningsrätten	Assistansersättning	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för den sökande
5614-19	2020-11-10	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för den sökande

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
10893-19	2020-10-23	Förvaltningsrätten	Bostad med särskild service enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.

Färdtjänst/riksfärdtjänst

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
7676-19	2020-02-11	Förvaltningsrätten	Färdtjänst	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
3481-20	2020-07-27	Förvaltningsrätten	Färdtjänst	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.

Socialtjänstlagen

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
9984-19	2020-01-02	Förvaltningsrätten	Bistånd enligt socialtjänstlagen	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden
6283-20	2020-07-16	Förvaltningsrätten	Bistånd enligt socialtjänstlagen; nu fråga om inhibition och annat interimistiskt beslut	Förvaltningsrätten bifaller överklagan om inhibition. Förvaltningsrätten avslår överklagandet om interimistiskt beslut

Bostadsanpassningsbidrag

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
379-20	2020-06-17	Förvaltningsrätten	Bostadsanpassningsbidrag	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden

Antal domar 2020 (LSS och SoL)

Antal domar i Förvaltningsrätten	21
Antal domar i Kammarrätten	6
Antal domar i Högsta förvaltningsdomstolen	0
Antal personer	19

Antal personer och domar 2016-2020 (LSS och SoL)

I tabellen nedan redovisas antal personer och domar i de olika förvaltningsrättsliga domstolarna (åren 2016-2020). En person kan omfattas av flera beslut i olika instanser. En dom kan avse beslut som fattats tidigare år. Sammanställningen nedan bygger på enskilda utskottets protokoll 2019 med inkomna domar.

	2016	2017	2018	2019	2020
Antal personer	29	13	15	18	19
Beslut Förvaltningsrätten	29	14	13	18	21
Beslut Kammarrätt	6	2	4	7	6
Beslut Högsta förvaltningsdomstolen	0	1	1	0	0

Domar i förhållande till antal beslut

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

Personlig assistans LSS	Antal beslut	Därav antal avslag/delavslag	Antal beslut som överklagats	Antal ändrade beslut
2016	23	12/1	11	1
2017	24	7/6	11	7
2018	29	11/2	9	3
2019	35	12/4	7	2
2020	49	12/5	2	4

Särskilt boende SoL	Antal beslut	Därav antal avslag/delavslag	Antal beslut som överklagats	Antal ändrade beslut
2016	177	13	7	0
2017	189	21	3	1
2018	175	37	7	0
2019	191	20	3	2
2020	205	23	4	0

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

Andreas Karlsson
1:e handläggare

Datum
2021-02-05Vår beteckning
/Ärendebeteckning/ -
/Ärendeklasskod/

Mottagare:

Vård- och omsorgsnämnden

Vår handläggare
Mona KjellströmHandläggare telefon
0150-578 14Handläggare e-post
Mona.Kjellstrom@katrineholm.se

Meddelanden

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av meddelanden.

Kommunfullmäktige

Protokollsutdrag den 18 januari 2021:

- § 14 Förändring av allmänt nämndreglemente. Hnr 2021:107, 111
- § 17 Riktlinjer för Katrineholms kommuns minoritetspolitiska arbete 2021-2023. Hnr 2021:115, 116
- § 21 Ny gruppbostad enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Uppdrag åt vård- och omsorgsnämnden att inleda processen med planering av lokaler för verksamhet i enlighet med beslut fattat på vård- och omsorgsnämndens vägnar daterat 2021-01-12. Hnr 2021:105

Mona Kjellström
Nämndsekreterare