



Vård- och omsorgsnämnden

**Ledamöter**

Fred Rydberg (KD), Ordförande  
Paul Ohvanainen (SD), 1:e vice ordförande  
Carolina Cranser (S)  
Lisbeth Bolin (C)  
Inger Wallin (S)  
Per-Arne Öhman (M)  
Birgitta Green (Båp)

**Ersättare**

Helene Plahn (M)  
Lilly-Ann Strömberg (S)

**Vård- och omsorgsnämnden** kallas till sammanträde

Dag och tid      Onsdagen den 8 mars 2023, kl. 18:00  
Plats              Övergransalen, Kommunhuset, Bålsta

**Ärenden**

1. Mötets öppnande och anmälan av övriga frågor 2023  
Dnr 2023/00001
2. Verksamhetsberättelse år 2022  
Dnr 2023/00020
3. Kvalitetsberättelse 2022  
Dnr 2023/00014
4. Avvikelse rapport SoL och LSS år 2022  
Dnr 2022/00069
5. Avvikelse rapport hälso- och sjukvård år 2022  
Dnr 2022/00068
6. Patientsäkerhetsberättelse 2022  
Dnr 2023/00018
7. Rapportering ej verkställda gynnande beslut år 2022  
Dnr 2022/00009
8. Budget och mål 2023 samt plan 2024-2025  
Dnr 2022/00007
9. Arvodering verksamhetsbesök  
Dnr 2023/00022
10. Genomlysning av hemtjänsten med stöd av extern utredare  
Dnr 2023/00026
11. Redovisning av anmälningsärenden och inkomna protokoll år 2023  
Dnr 2023/00002
12. Redovisning av delegationsbeslut  
Dnr 2023/00005
13. Information från förvaltningen  
Dnr 2023/00003
14. Övriga frågor 2023  
Dnr 2023/00006



HÅBO  
KOMMUN

Vård- och omsorgsnämnden

KALLELSE

Datum  
2023-02-20

---

Fred Rydberg  
Ordförande

Vård- och omsorgsförvaltningen  
Rebecca Olsson, Nämndsekreterare  
rebecca.olsson@habo.se

## **Mötets öppnande och anmälan av övriga frågor 2023**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att utse Birgitta Green (Båp) till justerare av dagens protokoll.
2. Vård- och omsorgsnämnden godkänner onsdagen den 15 mars 2023, klockan 17:00 att justera protokollet.
3. Vård- och omsorgsnämnden fastställer dagordningen med eventuellt tillägg av övriga frågor.

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden öppnar dagens sammanträde med kontroll av närvaro. Vård- och omsorgsnämnden utser Birgitta Green (Båp) till justerare av dagens protokoll och godkänner därefter förslaget att justera onsdagen den 15 mars 2023, klockan 17:00. Eventuella övriga frågor anmäls, därefter godkänns dagordningen.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6827, daterad 2023-02-01
-

Vård- och omsorgsförvaltningen  
Rebecca Olsson, Nämndsekreterare  
rebecca.olsson@habo.se

## **Verksamhetsberättelse år 2022**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner verksamhetsberättelsen år 2022.
2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att justera beslutet omedelbart.

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden har under 2022 haft tre utvecklingsmål; Nämnden ska utveckla arbetet med att bryta social isolering och utveckla arenor för att underlätta för nämndens målgrupper att inkluderas i sociala sammanhang; Nämnden ska säkra målgruppernas inflytande på verksamhetsnivå; Nämndens ska säkerställa att det finns rätt kompetens inom nämndens verksamheter. Nämndens mål för verksamhetsåret bedöms vara uppfyllda.

Måluppfyllelsen bedöms utifrån att verksamheterna genomfört de aktiviteter som har varit kopplade till målet. Nämnden har dock under året haft stora utmaningar att resursätta delar av sin verksamhet med rätt kompetens, framförallt inom hemtjänsten.

Vård- och omsorgsnämnden redovisar ett underskott om 19,6 miljoner kronor. Det är 16 procent högre än föregående år och 5 procent högre än budgeterat.

Jämfört med budget är den stora avvikelserna hemtjänst i egen regi som redovisar ett underskott om 22,4 miljoner kronor. Orsaken är att nämnden under sommaren fick överta ansvaret för brukare som tidigare fått sina insatser verkställda av privat utförare, vilket medfört ej budgeterade kostnader. Under året har investeringar gjorts med 4,1 miljoner kronor jämfört med budgeterade 7,1 miljoner kronor. Överskottet uppgår därmed till 3,0 miljoner kronor.

Med anledning av det mycket ansträngda läget för hemtjänsten kommer en utvärdering och genomlysning utföras i samarbete med extern part under våren 2023.

### **Ärendet**

Året 2022 inleddes med att restriktionerna till följd av Covid-19 återigen skärptes. Verksamheterna inom nämndens område påverkades och mycket arbete lades på att minska smittspridning. Fler vaccindoser har administrerats och rekommendationer om att stanna hemma vid minsta symptom har haft negativ effekt på sjuktalen.

I februari flyttade äldreboendeverksamheten från Plommonvägen till det nya äldreboendet på Västerhagsvägen.

Under våren sa den privata utföraren inom hemtjänsten upp sitt avtal med kommunen vilket på kort tid medförde att egenregin nästan fördubblades. Hemtjänstorganisationen har under andra halvåret brottats med stora problem i huvudsak beroende på stora svårigheter att rekrytera nya medarbetare för att möta

den kraftigt ökade volymen.

Förvaltningen och nämnden har trots belastningen under året även lyckats arbeta vidare med utvecklingsinsatser. Planering inför starten av nästa äldreboende, 2028, och uppstart av en ny servicebostad LSS, har tagit resurser i anspråk under året. Byggnationen av de två nya gruppboendena är i full gång och beräknas tas i drift under 2023.

Nämnden har anställt en samordnare för arbetet mot våld i nära relation. Målgruppen äldre med demenssjukdom ökar. Nämnden har utökat demensteamet med en till demensvårds-konsulent, för att kunna möta medborgarnas behov på ett bättre sätt.

I verksamheten som riktar sig till personer med insatsbeslut enligt LSS har en stor satsning genomförts tillsammans med bland annat kommunens valsamordnare. Satsningen har syftat till ge målgruppen en bättre förberedelse inför årets val och därmed öka valdeltagandet. Flera av LSS-verksamheterna har börjat använda ett digitalt planeringsverktyg som tydliggör insatserna bättre för brukare och personal.

Rehab-enheten har blivit en egen enhet och en enhetschef har rekryterats. Verksamheten Öppen träffpunkt har organisatoriskt flyttat över till Rehab-enheten för att utveckla det förebyggande arbetet.

Samverkan med regionen inom Effektiv och nära vård fortsätter. Många delprojekt är försenade på grund av pandemin.

Förvaltningen har fortsatt arbetet med heltidsresan och centralbemanningen har arbetat vidare med utvecklingen av optimerad bemanning.

Vård- och omsorgsnämnden har under 2022 haft tre utvecklingsmål; Nämnden ska utveckla arbetet med att bryta social isolering och utveckla arenor för att underlätta för nämndens målgrupper att inkluderas i sociala sammanhang; Nämnden ska säkra målgruppernas inflytande på verksamhetsnivå; Nämndens ska säkerställa att det finns rätt kompetens inom nämndens verksamheter. Nämndens mål för verksamhetsåret bedöms vara uppfyllda.

Måluppfyllelsen bedöms utifrån att verksamheterna genomfört de aktiviteter som har varit kopplade till målet. Nämnden har dock under året haft stora utmaningar att resurssätta delar av sin verksamhet med rätt kompetens, framförallt inom hemtjänsten.

Vård- och omsorgsnämnden redovisar ett underskott om 19,6 miljoner kronor. Det är 16 procent högre än föregående år och 5 procent högre än budgeterat.

Jämfört med budget är den stora avvikelserna hemtjänst i egen regi som redovisar ett underskott om 22,4 miljoner kronor. Orsaken är att nämnden under sommaren fick överta ansvaret för brukare som tidigare fått sina insatser verkställda av privat utförare, vilket medfört ej budgeterade kostnader.

Under året har investeringar gjorts med 4,1 miljoner kronor jämfört med budgeterade 7,1 miljoner kronor. Överskottet uppgår därmed till 3,0 miljoner kronor.

Med anledning av det mycket ansträngda läget för hemtjänsten kommer en

utvärdering och genomlysning utförs i samarbete med extern part under våren 2023.

Den demografiska utvecklingen, där gruppen 80 år eller äldre beräknas fördubblas fram till år 2030, innebär stora utmaningar. Volymökningarna medför stora investeringsbehov och ökade driftskostnader vilket medför behov av att utveckla nya och innovativa sätt att tillgodose medborgarnas behov av god vård- och omsorg. Kommunens ekonomiska läge gör utmaningarna stora.

#### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet att godkänna verksamhetsberättelsen innebär inga ekonomiska konsekvenser då ärendet endast avser redovisning av föregående års resultat.

#### **Barnperspektivet**

Beslutet att godkänna verksamhetsberättelsen har ingen påverkan ur ett barnperspektiv då ärendet endast avser redovisning av föregående års resultat.

#### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet att godkänna verksamhetsberättelsen har ingen påverkan på näringslivet då ärendet endast avser redovisning av föregående års resultat.

#### **Uppföljning**

Uppföljning av ekonomiska resultatet under 2023 sker enligt plan för ekonomiuppföljning för hela kommunen.

#### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6848, daterad 2023-02-06
- Verksamhetsberättelse 2022 nr 6858, daterad 2023-02-07

---

#### **Beslut skickas till**

Kommunstyrelsen  
Ekonomichef

2023-02-07 08:50



# Verksamhetsberättelse 2022

---

Vård- och omsorgsnämnden

## Innehållsförteckning

1 Sammanfattning .....	3
2 Uppdrag och ansvarsområde .....	4
3 Väsentliga händelser .....	5
4 Uppföljning kvalitet och mål .....	6
5 Volym- och resursmätt .....	21
6 Resultaträkning och ekonomisk analys nämnder bokslut .....	22
7 Driftredovisning bokslut.....	24
8 Kommentarer till driftredovisning.....	24
9 Investeringsredovisning .....	27
10Kommentarer till investeringsredovisning .....	28
11Intern kontroll .....	28
12Patientsäkerhet.....	29
13Personal.....	29
14Valfrihet och konkurrens .....	31
15Förväntad utveckling .....	32



# 1 Sammanfattning

Året 2022 inleddes med att restriktionerna till följd av Covid-19 återigen skärptes. Verksamheterna inom nämndens område påverkades och mycket arbete lades på att minska smittspridning. Fler vaccindoser har administrerats och rekommendationer om att stanna hemma vid minsta symptom har haft negativ effekt på sjuktalen.

I februari flyttade äldreboendeverksamheten från Plommonvägen till det nya äldreboendet på Västerhagsvägen.

Under våren sa den privata utföraren inom hemtjänsten upp sitt avtal med kommunen vilket på kort tid medförde att egenregin nästan fördubblades. Hemtjänstorganisationen har under andra halvåret brottats med stora problem i huvudsak beroende på stora svårigheter att rekrytera nya medarbetare för att möta den kraftigt ökade volymen.

Förvaltningen och nämnden har trots belastningen under året även lyckats arbeta vidare med utvecklingsinsatser. Planering inför starten av nästa äldreboende, 2028, och uppstart av en ny servicebostad LSS, har tagit resurser i anspråk under året. Byggnationen av de två nya gruppboendena är i full gång och beräknas tas i drift under 2023.

Nämnden har anställt en samordnare för arbetet mot våld i nära relation. Målgruppen äldre med demenssjukdom ökar. Nämnden har utökat demensteamet med en till demensvårdskonsulent, för att kunna möta medborgarnas behov på ett bättre sätt.

I verksamheten som riktar sig till personer med insatsbeslut enligt LSS har en stor satsning genomförts tillsammans med bland annat kommunens valsamordnare. Satsningen har syftat till ge målgruppen en bättre förberedelse inför årets val och därmed öka valdeltagandet. Flera av LSS-verksamheterna har börjat använda ett digitalt planeringsverktyg som tydliggör insatserna bättre för brukare och personal.

Rehab-enheten har blivit en egen enhet och en enhetschef har rekryterats. Verksamheten Öppen träffpunkt har organisatoriskt flyttat över till Rehab-enheten för att utveckla det förebyggande arbetet.

Samverkan med regionen inom Effektiv och nära vård fortsätter. Många delprojekt är försenade på grund av pandemin.

Förvaltningen har fortsatt arbetet med heltidsresan och centralbemanningen har arbetat vidare med utvecklingen av optimerad bemanning.

Vård- och omsorgsnämnden har under 2022 haft tre utvecklingsmål; Nämnden ska utveckla arbetet med att bryta social isolering och utveckla arenor för att underlätta för nämndens målgrupper att inkluderas i sociala sammanhang; Nämnden ska säkra målgruppernas inflytande på verksamhetsnivå; Nämndens ska säkerställa att det finns rätt kompetens inom nämndens verksamheter. Nämndens mål för verksamhetsåret bedöms vara uppfyllda.

Måluppfyllelsen bedöms utifrån att verksamheterna genomfört de aktiviteter som har varit kopplade till målet. Nämnden har dock under året haft stora utmaningar att resurssätta delar av sin verksamhet med rätt kompetens, framförallt inom hemtjänsten.

Vård- och omsorgsnämnden redovisar ett underskott om 19,6 miljoner kronor. Det är 16 procent högre än föregående år och 5 procent högre än budgeterat.

Jämfört med budget är den stora avvikelserna hemtjänst i egen regi som redovisar ett underskott om 22,4 miljoner kronor. Orsaken är att nämnden under sommaren fick överta ansvaret för brukare som tidigare fått sina insatser verkställda av privat utförare, vilket medfört ej budgeterade kostnader. Under året har investeringar gjorts med 4,1 miljoner kronor jämfört med budgeterade 7,1 miljoner kronor. Överskottet uppgår därmed till 3,0 miljoner kronor.

Med anledning av det mycket ansträngda läget för hemtjänsten kommer en utvärdering och genomlysning utföras i samarbete med extern part under våren 2023.

Den demografiska utvecklingen, där gruppen 80 år eller äldre beräknas fördubblas fram till år 2030, innebär stora utmaningar. Volymökningarna medför stora investeringsbehov och ökade driftskostnader vilket medför behov av att utveckla nya och innovativa sätt att tillgodose medborgarnas behov av god vård- och omsorg. Kommunens ekonomiska läge gör utmaningarna stora.

## 2 Uppdrag och ansvarsområde

Vård- och omsorgsnämnden ska i sin verksamhet förhålla sig till kommunövergripande styrdokument och kommunens vision – Vårt Håbo 2030. Nämnden har det politiska ansvaret för verksamhet för äldreomsorg, omsorg om funktionshindrade, vård och stöd till långvarigt psykiskt sjuka samt kommunal hälso- och sjukvård.

### Reglemente för vård- och omsorgsnämnden

§1. Utöver vad som är föreskrivet i Reglemente för Håbo kommuns nämnder och kommunallagen gäller bestämmelserna i detta reglemente.

§2. Vård- och omsorgsnämnden har till uppgift att inom kommunen svara för:

- Omsorg om äldre- och funktionsnedsatta enligt socialtjänstlagen (SoL), omfattande särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor.
- Hemtjänst, stöd och service i ordinärt boende.
- Bostäder med särskild service för människor med fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar.
- Dagverksamhet/daglig verksamhet till äldre och personer med funktionsnedsättningar och annan äldre- och funktionshinderverksamhet som hör samman med dessa.
- Stöd och insatser till personer med funktionsnedsättning enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar som vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
- Hemsjukvård i ordinärt boende.
- Prövning av tillstånd till resor enligt lag om färdtjänst och lag om riksfärdtjänst.
- Föreningsbidrag inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde.
- Stöd till anhöriga.
- Våld i nära relationer

### Vård- och omsorgsnämndens verksamhet regleras i huvudsak av:

- Socialtjänstlag (2001:453)
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Därutöver tillkommer socialtjänstförordningen, annan lagstiftning och föreskrifter, nationella riktlinjer samt kommunala styrdokument.

En god samverkan är en viktig förutsättning för en god vård och omsorg. Samarbetet med brukarorganisationer ger viktig information för utvecklingsarbete. En viktig extern samarbetspart är Region Uppsala.

### 3 Väsentliga händelser

Året 2022 inleddes med att restriktionerna till följd av Covid-19 återigen skärptes. Verksamheterna inom nämndens område påverkades mer eller mindre direkt och mycket arbete lades på att minska smittspridning och förebygga svår sjukdom. Fler vaccindoser har administrerats under året och rekommendationer om att stanna hemma vid minsta symptom har haft negativ effekt på sjuktalen.

I februari flyttade äldreboendeverksamheten från Plommonvägen 2 och 4 till det nya äldreboendet på Västerhagsvägen.

En ny hemtjänstorganisation sjosattes vid årsskiftet. Under våren sa den privata utföraren inom hemtjänsten upp sitt avtal med kommunen vilket på kort tid medförde att egenregin nästan fördubblades. Verksamheten klarade inte att tillräckligt snabbt rekrytera nya medarbetare för att möta den ökade volymen vilket medförde omfattande och stora problem under större delen av sommaren och även under hösten. Trots åtgärder lyckades inte verksamheten att fullt ut upprätthålla den kvalitet som den enskilde har rätt att förvänta sig.

Förvaltningen och nämnden har trots belastningen under året även lyckats arbeta vidare med utvecklingsinsatser. Arbete med 0-vision demens har gått framåt och arbetet fortsätter. Förvaltningen har på nämndens uppdrag utrett möjligheten att införa så kallade distanslarm, presenterat en utvärdering av hemvårdsbidraget och besvarat motioner. Nämnden har också antagit ett antal nya riktlinjer under året, för skyddsåtgärder inom vård och omsorg, för medicintekniska produkter, för arbetet mot våld i nära relation och för social dokumentation. Nämnden har också antagit en strategi för arbetet med tidiga samordnade insatser samt återrapporterat arbetet med projektet Cykling utan ålder och tagit fram en gemensam beskrivning av utformning och målsättning med kostverksamheten på särskilt boende för äldre.

Planering inför starten av nästa äldreboende, 2028, och uppstart av en ny servicebostad LSS, har också tagit resurser i anspråk under året. Byggnationen av de två nya gruppboendena är i full gång och beräknas tas i drift under 2023.

Förvaltningen har anställt en samordnare för arbetet mot våld i nära relation. Målgruppen äldre med demenssjukdom ökar. Förvaltningen har utökat demensteamet med en till demensvårds-konsulent, för att kunna möta medborgarnas behov på ett bättre sätt. Verksamheten har bytt system för informationsöverföring mellan kommun och region, vilket inledningsvis påverkade utskrivningsprocessen från slutenvården negativt.

I verksamheten boendestöd inom socialpsykiatri har en metodansvarig tillsatts med målet att säkra kompetensen i verksamheten i samverkan med avdelningens stödpedagognätverk vilket även planeras att införas på arbetsstödet under hösten. Arbetsstödet inom socialpsykiatri fortsätter sin handledning inom IPS i syfte att vidare stärka vårt arbetssätt och metodtrogenhet där vi under hösten även kommer att inleda en utökad samverkan med Enköpings kommun. Socialpsykiatriens lokaler har renoverats under sommaren för att skapa ändamålsenliga lokaler för målgruppen.

I verksamheten som riktar sig till personer med insatsbeslut enligt LSS har en stor satsning genomförts tillsammans med bland annat kommunens valsamordnare. Satsningen har syftat till ge målgruppen en bättre förberedelse inför årets val och därmed öka valdeltagandet. Flera av LSS-verksamheterna har påbörjat att införa Boet, ett digitalt planeringsverktyg som tydliggör insatserna bättre för brukare och personal.

Nämnden är med och delfinansierar den nya arbetsmarknadsenheten. Arbetsstödet har tillsammans med Arbetsmarknadsenheten påbörjat implementeringen av ett gemensamt progressionsmätningssystem SMAIL (Skattning Mot Arbete I Länet) vilket är ett projekt initierat av Samordningsförbundet. Daglig verksamhet LSS har kommit igång igen efter

pandemin och har också startat upp ny verksamhet, två arbetstagare har lämnat daglig verksamhet för övergång till lönearbete.

Rehab-enheten har blivit en egen enhet och en enhetschef har rekryterats. Verksamheten Öppen träffpunkt för äldre har organisatoriskt flyttat över till Rehab-enheten för att förstärka och utveckla det förebyggande arbetet.

Samverkan med regionen inom Effektiv och nära vård fortsätter. Många delprojekt är försenade på grund av pandemin. Under hösten planerades för uppstart av arbetet med vårdcentrum, men tyvärr blev arbetet framflyttat igen.

Förvaltningen har fortsatt arbetet med heltidsresan och centralbemanningen har arbetat vidare med utvecklingen av optimerad bemanning.

Under senare delen av hösten har förvaltningen också arbetat med inrättandet av den nya vård- och omsorgsförvaltningen och ny förvaltningschef har rekryterats.

## 4 Uppföljning kvalitet och mål

### 4.1 Perspektiv: Målgrupp

#### 4.1.1 Kritisk kvalitetsfaktor: Själbestämmande, delaktighet och inflytande

■ God kvalitetsnivå

#### Analys

Nämndens sammantagna bedömning är att verksamheterna uppnår god kvalitetsnivå för kvalitetsfaktorn självbestämmande, delaktighet och inflytande. Utfallet utifrån brukarundersökning indikerar för självrapporterade svar från brukare en god kvalitetsnivå som ett eget mått. Svaren ska dock tolkas med viss försiktighet och även ställas i förhållande till utfallet på internkontroll för en mer nyanserad och kvalitetssäkrat resultat. Även om internkontrollen sker genom stickprovskontroller är resultaten viktiga att beakta och ställa i förhållande till självrapporterade svar eftersom svaren i vissa sammanhang kan vara svåra att tyda. En frågeställning som lyder "Får du bestämma" jämfört med "får du den hjälp du vill ha" kan för en och samma verksamhet ha ett högt positivt värde i ena fallet och ett lägre värde för den andra frågeställningen vilket behöver beaktas vid tolkning och analys. Det är dessutom inte samtliga brukare inom nämndens verksamheter som har deltagit i brukarundersökningen. Internkontrollens utfall visar att det genom dokumentationen inte går att säkerställa självbestämmande, delaktighet och inflytande fullt ut även om de självrapporterade svaren i många delar är positiva. Förvaltningens slutliga bedömning blir för kvalitetsfaktorn god kvalitetsnivå baserat på utfallet av samtliga kvalitetsmått.

Kvalitetsmått	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022
<b>Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)</b>	89%	88%		89%
<b>Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)</b>	79 %	94 %		75 %
<b>Resultat från nationella brukarundersökningar inom äldreomsorg och funktionshinderområdet</b>				
<b>Resultat av uppställd intern kontroll för delaktighet och inflytande i genomförande av insats</b>	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	■ Låg kvalitetsnivå

*Brukarundersökning inom äldreomsorgen och hemtjänst har utförts enligt plan. Undersökningen Vad tycker äldre om äldreomsorgen genomfördes under första kvartalet 2022. Resultat för områden tillgänglighet, delaktighet och bemötande som kontrollen avser visar samtliga på positiv utfall i*

förhållande till nämndens uppsatta måltal. Utfallet håller sig till större del fortsatt positiv vid jämförelser med andra kommuner.

Brukarundersökning inom funktionshinderområdet (LSS och socialpsykiatri) har genomförts enligt plan. kvalitetsaspekterna självbestämmande, delaktighet och inflytande har granskats. Utfall inom boendestöd, daglig verksamhet, personlig assistans, sysselsättning, servicebostäder samt gruppboendena LSS visar inom flertalet kvalitetsaspekter procentuella värden i nivå med riksvärde eller bättre resultat. Avvikande eller lägre värden vid enstaka frågeställningar har granskats med värden för jämförbara frågeområden vilket generellt har haft positiva svarsvärden. Resultaten indikerar därför sammantaget ett positivt utfall på totalen.

#### 4.1.2 Kritisk kvalitetsfaktor: Professionellt bemötande och tillgänglighet

■ God kvalitetsnivå

##### Analys

Utfall på kvalitetsmåten visar på goda resultat i frågan om bemötande och tillgänglighet, bedömningen är att verksamheterna uppnår god kvalitetsnivå eftersom det fortsatt finns utvecklingsarbete att genomföra avseende synpunkter och klagomål. Utvecklingsarbetet har startat upp med en arbetsgrupp som ser över processen och rutinen för hur hantering av synpunkter och klagomål ska bli än mer enhetlig. Verksamheten får mycket goda resultat baserat på självrapporterade svar från brukarundersökningen.

Kvalitetsmätt	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022
<b>Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)</b>	98%	97%		96%
<b>Resultat från nationella brukarundersökningar inom äldreomsorg och funktionshinderområdet</b>				
<b>Utfall inkomna synpunkter, klagomål och avvikelshantering</b>	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	■ God kvalitetsnivå
<b>Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)</b>	91 %	100 %		92 %

Brukarundersökning inom äldreomsorgen och hemtjänst har utförts enligt plan. Undersökningen Vad tycker äldre om äldreomsorgen genomfördes under första kvartalet 2022. Resultat för områden tillgänglighet, delaktighet och bemötande som kontrollen avser visar samtliga på positiv utfall i förhållande till nämndens uppsatta måltal. Utfallet håller sig till större del fortsatt positiv vid jämförelser med andra kommuner.

Brukarundersökning inom funktionshinderområdet (LSS och socialpsykiatri) har genomförts enligt plan. kvalitetsaspekterna bemötande och tillgänglighet har granskats. Utfall inom boendestöd, daglig verksamhet samt gruppboendena LSS visar inom samtliga kvalitetsaspekter procentuella värden i nivå med riksvärde eller bättre resultat. Avvikande eller lägre värden vid enstaka frågeställningar har granskats med värden för jämförbara frågeområden vilket har haft positiva höga svarsvärden. Resultaten indikerar därför sammantaget ett mycket positivt utfall på totalen.

#### 4.1.3 Kritisk kvalitetsfaktor: Individanpassade insatser



■ Låg kvalitetsnivå

##### Analys

För denna kritiska kvalitetsfaktor finns 6 kvalitetsmätt kopplade, flertal uppnår god kvalitetsnivå vid jämförelse med andra kommuner i länet eller med riksvärde medan den andra hälften visar på utvecklingsbehov. Nämnden uppnår god kvalitetsnivå för jämförbara kvalitetsfaktorer exempelvis självbestämmande och delaktighet men till individanpassade

insatser finns särskilda mått som inte uppnår fullgod resultat, framför allt avseende personalkontinuitet, icke verkställda beslut och delvis självrapporterade svar från brukarundersökning. Bedömningen blir därför låg kvalitetsnivå.

Under 2021 rapporterades totalt 59 beslut, jämfört med 2022 där vi rapporterat in 85 beslut som ej verkställda. Nio beslut avser SOL, äldreomsorg. Samtliga beslut avser insatsen särskilt boende. Under de första tre kvartalen rapporterade de som ej verkställda beslut då de enskilda tackat nej till erbjudandena. Det fjärde kvartalet rapporterades fyra nya beslut, orsaken härleds till platsbrist till följd av ombyggnation. Inga beslut enligt SoL, funktionsnedsättning har under året rapporterats. Under året har totalt 76 beslut enligt LSS, rapporterats. Besluten avser i stort insatserna kontaktfamilj, kontaktperson och avlösarservice samt ledsagarservice. I samtliga beslut har inte nämnden kunnat rekrytera lämpliga uppdragstagare.

Kvalitetsmått	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022
<b>Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)</b>	69%	65%		61%
<b>Antalet ej verkställda beslut ska minska</b>	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	 Mål inte uppfyllt
<b>Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - tillräckligt med tid, andel (%)</b>	70 %	82 %		64 %
<b>Resultat från nationella brukarundersökningar inom äldreomsorg och funktionshinderområdet</b>				
<b>Resultat av uppställd intern kontroll för kompetensnivå och arbetssätt</b>	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	Ingen bedömning har genomförts	 God kvalitetsnivå
<b>Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde</b>			11	16

Kommunens utfall hamnar på en lägre nivå i jämförelse med senast genomförda brukarundersökning, dock så hamnar resultaten ändå högre i jämförelse med övriga kommuner i länet samt med riksvärde totalt.

Självrapporterade svaren varierar beroende på verksamhetsområde, hälften av verksamheterna inom funktionshinderområdet (personlig assistans, sysselsättning, boendestöd) uppnår ett högre procentuellt värde än nationellt riksvärde medan den andra hälften (servicebostad, daglig verksamhet, gruppboendestäder) hamnar under det nationella riksvärdet. Inom äldreomsorgen hamnar SÄBO-verksamheterna strax under riksvärdet medan hemtjänsten uppnår ett godare resultat än riksvärdet.

#### 4.1.4 Kritisk kvalitetsfaktor: Effektiv och rättssäker handläggning

 Mycket god kvalitetsnivå

##### Analys


Nämnden har genomfört undersökning enligt KKiK och redovisat utfall i KOLADA-måttbank. Statistiken publicerades under december 2022 via RKA. Resultaten visar på förbättringar både för väntetider och utredningstider i jämförelse med föregående år. Kvalitetsmått Egenkontroller har uppställts som komplement till de övriga kvalitetsmåten för helhetssyn och närmare granskning av individärenden. Utfallet visar samtliga på mycket goda resultat. Bedömning är att verksamheten uppnår mycket god kvalitetsnivå.

Kvalitetsmått	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022
<b>Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser), medelvärde</b>			38	30

Kvalitetsmått	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022
Väntetid i antal dagar från beslut till insats avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde				
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde			121	85
Resultat egenkontroll inom myndighetsutövning				Har uppnåtts

Det har till följd av få ärenden inte gått att rapportera några siffror för måttet väntetid avseende boende enl. LSS § 9.9 till KOLADA. Det går dock att uttala sig om väntetider som hamnar i mitten av jämförelsedigrammet över rikets kommuner. Väntetider för beslut om insatsen boende enligt LSS 9 § 9 har delvis uppmärksammats vid genomförda ärendegranskningar inom ramen för intern kontroll samt vid kontroll av kvalitetsmättet utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser).

#### 4.1.5 Utvecklingsmål: Nämnden ska utveckla arbetet med att bryta social isolering och utveckla arenor för att underlätta för nämndens målgrupper att inkluderas i sociala sammanhang

 Helt uppfyllt

##### Analys

Samtliga verksamheter har genomfört de planerade aktiviteterna kopplat till utvecklingsmålet. På övergripande nivå har förvaltningen satsat på att utveckla användandet av digitala hjälpmedel för kommunikation på individ- och grupp nivå. Under året har förvaltningen anställt en digitaliseringssamordnare som stöttat verksamheterna för att utveckla det digitala arbetet tillsammans med verksamhetsutvecklare. På årets VITALIS-mässa (Nordens största e-hälsomöte) deltog representanter från förvaltningen. Deltagarna på mässan återkom med ett flertal utvecklingsidéer som ska genomlysas vidare för eventuella satsningar i verksamheterna.

##### Avdelningen för stöd till barn, unga och vuxna

Inom myndighetsutövningen har befintliga och nya insatser som t.ex. kontaktperson, boendestöd, ledsagning och social samvaro dels beviljats i högre utsträckning dels tydliggjorts för brukarna som möjliga insatser att erhålla. Biståndsenheten har även arbetat fram en äldreomsorgsbroschyr som delats ut vid alla nybesök. I den framgår både insatser och de olika föreningar som finns i kommunen. Enheten har under december 2022 startat upp uppsökande verksamhet. Alla som är över 80 år har bjudits in till informationsträffar som ägt rum vid två tillfällen. Båda tillfällena var välbesökta.

##### Avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri

Inom daglig verksamhet består verksamhetsuppdraget i sig att bryta isolering. Utgångspunkten har varit att skapa en attraktiv arbetsplats, där man vill arbeta, kan utvecklas och känna social samhörighet. Verksamheten har arbetat fram nya foldrar för arbetsgrupperna, arbetarna och aktiviteterna och jobbar på en hemsida som är mer tillgänglig på olika sätt. Arbetet fortskrider med hemsidan för att göra verksamheten än mer synlig och därmed nå ut till fler som har behov av insatsen.

Inom SÄBO har verksamheterna arbetat aktivt med förberedelser till valdeltagande. Under hösten har brukarna fått anpassad information om valet. Dels genom tydligare information dels genom besök i valstugorna och tillgång till studiematerial. Genom studiecirkel underlättade det för fler att göra aktiva val om sitt deltagande i valet. Teströstning skedde även för målgruppen vid två tillfällen i Landstingshuset. LSS boendena har även samverkat med varandra i fritidsaktiviteter vilket har möjliggjort en bättre gemenskap med andra på

fritiden. Även rutiner för arbetsresor och fritidsresor har ändrats och individanpassats och resor med kollektivtrafiken har ökat. Fler brukare nyttjar kollektivtrafiken vilket så småningom kan leda till att självständigt ta sig till andra ställen i och utanför Bålsta. Attention har anordnat bowlingkvällar som några brukare har deltagit i.

Träfflokalen Källan har renoverats under sommaren och har under hösten utvecklat arbetet för sociala kontakter även under kvällstid. En samverkan mellan Källan och de så kallade hemmasittarna inom LSS har påbörjats.

Ett projekt kring ett digitalt planeringsverktyg, kallat Boet har testats under året på tre enheter för utvärdering. Det är ett digitalt planeringsverktyg för brukaren som tydliggör de individuella insatserna samt brukarens direkta inflytande på när, var och hur insatsen ska utföras. Brukarens padda är direkt kopplad till stödpersonalens mobiltelefon.

### **Avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet**

Inom hemsjukvården har sjuksköterskorna på SÄBO arbetat med matkonceptet tillsammans med omvårdnadspersonalen och enhetschef på respektive boende. Både inom dagverksamheten såväl som på SÄBO anordnas aktiviteter för att bryta social isolering. Flertal verksamheter har upprättat aktivitetsschema och erbjuder stående aktiviteter inom kultur och fritid. Verksamheterna erbjuder också aktiviteter via privata aktörer som exempelvis hästbesök, musikunderhållning, bingo, gymnastik, uppträdanden och diakonimöten. En del aktiviteter sker per avdelning men samarbeten och gemensamma aktiviteter mellan boendena har erbjudits i större utsträckning där det varit möjligt. Pandemin har fortsatt medfört vissa utmaningar varför verksamheten har följt folkhälsomyndighetens rekommendationer. Digitala skärmar är i drift vilket visar både meny, klockslag och information om aktiviteter och annat att se fram emot under veckan. Under sommaren har ungdomar arbetat med att skapa aktiviteter för och tillsammans med de boende. Ipads har köpts in och är tänkt för skype med anhöriga eller för att användas till olika spel. Projektet "Cykla utan ålder" fortlöper och cykel har köpts in. Ett ökat samarbete har skett för att fler personer ska komma ut och cykla tillsammans med pensionsorganisationerna.

**Träffpunkten** är nu öppen för personer över 65 år. Här finns ett stort utbud med aktiviteter. Under hösten har det varit möjligt att få digitalt stöd för att ladda hem 112-appen för en säkrare vardag där man med ett enkelt knapptryck kan komma i kontakt med 112.

### **Avdelningen för hemtjänst och personlig assistans**

Verksamheterna har under början på året fortsatt behövt förhålla sig till pandemin vilket inneburit restriktiva möjligheter. Hemtjänsten har under senare halvåret 2022 även haft en större omställning vilket krävt personella resurser för att säkra grunduppdraget. Verksamheten har dock startat upp en telefon som en person svarar i för att vara tillgänglig för brukarna. Utvecklat av användandet av surfplattor har även skett, vid tex social samvaro är det nu möjligt att få sitta med en personal och titta på gamla bilder eller filmer från svenska arkivet på svt. Personal kan genom surfplattorna enklare visa på de aktiviteter som finns i närområdet.

Under året har hemtjänsten även installerat en app i mobiltelefonerna kopplat till verksamhetssystemet. Denna app gör det möjligt att dokumentera kring den enskilde i realtid. Det innebär för brukaren att personal som kommer till brukaren alltid kan hämta den senaste informationen, genomförandeplanen och dokumentera tillsammans med brukaren.


Nyckelindikator	Utfall 2021	Måltal	Utfall	Måluppfyllnad
Genomförda aktiviteter kopplade till målet	1	3	3	100%

*Utfall visar på genomförda aktiviteter på övergripande nivå, på avdelningsnivå och enhetsnivå har*



*samtliga verksamheter genomfört en rad aktiviteter vilket ej redovisas i tabellen, men som framförts i löpande text.*

#### **4.1.6 Utvecklingsmål: Nämnden ska säkra målgruppernas inflytande på verksamhetsnivå**

 Helt uppfyllt

##### **Analys**

Till nämndens utvecklingsmål har tre övergripande aktiviteter uppställts för socialförvaltningens verksamheter. Utöver detta har det både på avdelningsnivå och enhetsnivå genomförts ytterligare aktiviteter som presenteras nedan.

##### **Stötta enskilda inom äldreomsorg och funktionshinderområdet i deltagande i nationell brukarundersökning**

Socialförvaltningen har under våren 2022 utfört nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen. Förvaltningen har inför undersökningen genomfört en utökad informationsspridning genom att anslå, annonsera och informera brukare om undersökningen. För att ytterligare stötta brukare i deltagandet planerades fysiska besök, på berörda verksamheter, av stabens stödfunktioner för att stötta de boende som önskade hjälp med att besvara enkäten. Utifrån dåvarande situation med ökad smittspridning av Covid-19 under våren kunde inte det planerade stödet genomföras av stödfunktionerna utan spreds istället av verksamheterna själva. Svarsfrekvensen för brukarundersökningen inom äldreomsorg har i jämförelse med tidigare år ökat både inom hemtjänst och SÄBO.

Socialförvaltningen har under året även förberett sig för deltagande i brukarundersökningen för funktionshinderområdet, vilket genomfördes under hösten. För att ge verksamheterna förutsättningar att lyckas med brukarenkäten och stötta enskilda inom funktionshinderområdet i deltagandet har stöd getts gällande samordningen och organisationen samt stöd i att informera, planera och genomföra arbetet kring och med brukarenkäten. Information om brukarundersökningen, hur den kommer att gå till och vad syftet är har getts ut till samtliga chefer både individuellt och i ledningsgrupp. Även verksamheternas stödpedagoger kopplades in för att kartlägga och säkerställa verksamhetsspecifika och individuella behov och förutsättningar.

Information gick ut till alla medarbetare för att på individnivå och enhetligt kunna bemöta eventuella frågor från brukare och motivera till deltagande. För att kunna göra nödvändiga anpassningar för brukare inom personlig assistans kopplades arbetslag runt varje brukare in för att inhämta information om individuell utformning och utförande. Verksamheterna har fått stöttning i planeringen av att säkerställa frågeassistent för brukarna. Medarbetare som har fungerat som frågeassistent har bytts mellan verksamheter.

Tre former av anpassat stödmaterial och information till brukarna gällande undersökningen har arbetats fram som stöd till verksamheterna. Informationen var framtagen på lättsvenska (utan bildstöd), med bildstöd (inprint/widget) samt en mall för individuell information (kan anpassas helt utifrån individ). All information utgick från principerna i tydliggörande pedagogik och syftade till att säkerställa information till målgruppen för att möjliggöra deltagande i undersökningen och uppnå en så hög svarsfrekvens som möjligt.

Varje enskild brukare har kunnat välja hur de önskade att undersökningen utformades, detta för att möjliggöra en individuell anpassning. Detta har inneburit att brukarna har kunnat välja om man önskat ha stöd av frågeassistent, om man önskade bildstöd samt huruvida man önskade svara på enkäten digitalt eller i pappersformat.

Resultat från brukarundersökningarna kommer arbetas vidare med under 2023 och återredovisas. Ett flertal verksamheter har redan under vintern -22 påbörjat analys- och

åtgärdsarbete utifrån resultaten.

### **Skapa rutiner och säkerställa tillgängligheten för synpunkt och klagomål ute i nämndens samtliga verksamheter**

Arbetet med synpunkt, klagomål och avvikelshantering har varit pågående under 2022 och kommer fortgå under 2023. Riktlinje för avvikelser, Lex Sarah samt utredning av vårdskada enligt Lex Maria har reviderats och antagits i nämnd. Synpunkter och klagomål lyftes ur riktlinjen i syfte att få till en sammanhållen process. Staben har haft dialog med kommunikationsenheten om eventuell gemensam styrdokument men har till dess startat upp arbetet på förvaltning- och avdelningsnivå. Arbetet med förenklad och tydlig rutin är under bearbetning med lokala anpassningar utifrån verksamhet och målgrupp. Dels för att beakta målgruppernas särskilda förutsättningar dels tillgänglighetsanpassa informationen. Några verksamheter har implementerat en reviderad rutin arbetat för att sprida informationen till samtliga brukare.

Tillsammans med kommunikatör har avdelningen för hemtjänst och personlig assistans färdigställt en förenklad blankett för synpunkter och klagomål. Blanketten delas ut till brukare när insatser startas upp. Blankett kompletteras med ett informationsblad med tydlig information var man vänder sig om man vill lämna synpunkter, klagomål eller vill ha förändringar i sitt beslut. Inom personlig assistans har verksamheten påbörjat arbetet med avtalsdokument som kommer användas vid uppstart av nya brukare. Avtalet innehåller information om synpunkter och klagomål. Även i den upprättade äldreomsorgsbroschyren finns det en sida med information om vart man vänder sig om man har synpunkter och klagomål att lämna.

I det dagliga arbetet hanteras fortsatt inkomna synpunkter och klagomål av respektive verksamhet parallellt med det pågående förändringsarbetet.

### **Stötta verksamhet vid uppstart/återupptagande av brukar/matråd inom nämndens utförarverksamheter**

Hemtjänsten har påbörjat dialogmöten som vänder sig till samtliga brukare. Syftet med dessa möten är att förvaltningen ska kunna ge information till de berörda samt inhämta synpunkter som kan leda till förbättringar i verksamheten. Detta sker inom de geografiska gruppindelningarna inom hemtjänsten.

Avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri har efter pandemin nu kunnat starta upp alla brukarråd igen. Inom daglig verksamhet har verksamheten efter arbetstagarnas synpunkter arbetat med folder och informationspärmar för respektive arbetsgrupp. Innehållet är lättläst och anpassad efter arbetstagarna kognitiva förmåga. Innehåller bilder och beskrivningar gjorda i inprint (ett layoutprogram för att skapa bild och symbolstöd). Alla arbetsgrupper har även arbetsråd minst en gång/månad. Utöver detta förekommer enhetsmöten där arbetstagarna ges stort utrymme till medbestämmande avseende arbetsdagens innehåll samt individuella såväl som gemensamma aktiviteter som verksamheten ska genomföra.

Inom SÄBO LSS har brukarmöten skett i caféform i vissa verksamheter som identifierat att planerade fikastunder ökat deltagandet bland brukarna. Cafeforum har möjliggjort till fler idéer och synpunkter för verksamheten att beakta. Verksamheten har bland annat planerat och genomfört aktiviteter utifrån inkomna önskemål. Planerade aktiviteter enligt önskemål från de boende har bland annat varit: besök på Gröna Lund, julmarknader och bad i Mälaren, cykelturer och promenader, Julbord som besöktes på olika restauranger och grillkvällar under sommaren. I den gemensamma träffpunkten har aktiviteter som filmvisning, brädspel och bakning strukturerats upp bättre utifrån brukarnas önskemål. Ommöblering och viss renovering är gjord så att personalen kunnat bli mer tillgänglig för spontana möten och kommunikation.

Inom avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet har hemsjukvården förstärkt arbetet med uppföljningar och gemensamma teamträffar för boende och anhöriga. Vid möten och uppföljningar, exempelvis medicinska vårdplaneringar, har verksamheten arbetat med att patienter ska vara delaktiga och kunna påverka sin vård i den mån det går.

Brukarråd och matråd/kostråd har även startats upp inom samtliga boenden. Kostråd/matråd startades till en början för alla somatiska avdelningar men nu är boende och kostombud med från hela huset samt personal från storköket. Råden sker månatligen. Verksamheterna säkerställer att brukares synpunkter tas tillvara genom att formulera frågeställningar med betoning på brukarens egeninflytande.

Nyckelindikator	Utfall 2021	Måltal	Utfall	Måluppfyllnad
Genomförda aktiviteter kopplade till målet	1	3	3	100%

*Utfall visar på genomförda aktiviteter på övergripande nivå, på avdelningsnivå och enhetsnivå har samtliga verksamheter genomfört en rad aktiviteter vilket ej redovisas i tabellen, men som framförts i löpande text.*

## 4.2 Perspektiv: Verksamhet

### 4.2.1 Kritisk kvalitetsfaktor: Effektiva och kvalitativa stödsystem

#### Bedömning

■ Låg kvalitetsnivå

#### Analys

Nyanställda har möjlighet till introduktion och genomgång i verksamhetssystemet men det saknas en systematik för hur det sker inom nämndens olika verksamhetsområden. Den introduktion som tillhandahålls är en generell genomgång och introduktion till verksamhetssystemet oberoende av medarbetarens rollprofil i verksamheten. Det finns därmed inga introduktionspaket baserat på profession eller verksamhetsområde.

Antalet inkomna supportärenden går inte att redovisa fullt ut. Dels för att supportärenden hanteras av olika funktioner internt inom förvaltningen såväl som till IT-support externt som hanteras kommunövergripande. Ärendehantering sker även för socialförvaltningen som en sammansatt verksamhet och inte specifikt för vård- och omsorgsnämndens verksamheter. I snitt kommer det in ca 45 supportärenden i veckan i Treserva/TES-supporten. Det tillkommer även supportärenden som tillhör HSA-katalog samt övriga verksamhetssystem som hanteras av andra funktioner utanför systemadministration. Inom extern IT-supporten går det inte att uttala sig om antalet support-ärenden då identifiering av användarbehörighet kopplad till specifik verksamhet inte varit möjlig. Det finns heller inte historik eller måltal uppsatta för att kunna jämföra värden.

Det förekommer brister i de stödsystem som nämndens verksamheter använder. Även om de uppställda kvalitetsmåten inte går att bedöma specifikt framgår tydligt genom olika rapporteringar och åtgärdsarbete som systemgruppen/it-support genomfört. Rapporterade problem och återkommande funktionsfel i appar/system har uppmärksammats. När verksamhetssystemen inte alltid fungerar optimalt har det lett till mindre eller större funktionsfel och avbrott i arbetet. Det ska dock betonas att funktionsfelen och avvikelserna inom systemdriften dock inte varit avgörande eller i den omfattning att arbetet inte kunnat genomföras på ett eller annat sätt. Påverkan på verksamhet eller utförande av uppgift har därmed på totalen varit av mindre allvarlig karaktär. Bedömningen hamnar dock på låg kvalitetsnivå eftersom en förutsättning för verksamheterna att bibehålla god kvalitetsnivå och effektivitet inom arbetet förutsätter stödsystem som fungerar utan problem. Arbetet ska också

kunna följas upp, utvärderas och jämföras över tid bl.a. genom statistikuppgifter, vilket inte varit möjligt. Arbetet med förbättringar avseende system inom förvaltningen pågår kontinuerligt.

#### 4.2.2 Kritisk kvalitetsfaktor: Välfungerande dialog mellan tjänstemän och politiker

##### Bedömning

■ Mycket god kvalitetsnivå

##### Analys

Den kritiska kvalitetsfaktorn baseras på kvalitetsmålet antal ärenden utanför nämndprocessen vilket har varit noll till antalet. Bedömningen är därför mycket god kvalitetsnivå.

Kvalitetsmätt	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall
Antal ärenden som lämnas från politiken till tjänsteman utanför nämndprocessen ska minska				0

#### 4.2.3 Kritisk kvalitetsfaktor: Systematiskt kvalitetsarbete HSL

##### Bedömning

■ God kvalitetsnivå

##### Analys

Totalt har det under året rapporterats 2540 hälso- och sjukvårdsavvikelser. En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är att identifiera och förebygga misstag, avvikelshanteringen är en grundläggande del i att förebygga brister i verksamhetens kvalitet. Verksamheterna arbetar aktivt med att rapportera, utreda och åtgärda avvikelser inom hälso- och sjukvård. Under år 2022 har antalet avvikelser ökat i jämförelse med de två senaste åren och läkemedelsavvikelser som är det största avvikelseområdet är det som ökat mest. Fallavvikelser har minskat, likaså trycksår. Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet är viktigt för att identifiera risker för vårdskada/allvarlig vårdskada. Under 2022 bedömdes ca 60% av avvikelserna vilket är lägre än året innan. Ingen avvikelse har lett till allvarlig vårdskada som anmälts till Inspektionen för vård och omsorg. Avvikelser i samverkan har hanterats enligt Riktlinje för avvikelser i samverkan (ViS). Ökning av antalet avvikelser framför allt läkemedel och omvårdnad är relaterat till hemtjänstens ansträngda situation sedan övertaget från privat utförare i juni 2022.

Chefernas analys av inträffade avvikelser har fördjupats och beskriver verksamheternas problem och förbättringsområde på ett mer utförligt sätt än tidigare år.

Utifrån de avvikelser som inträffar kan vi se att det finns förbättringsområden för att fortsatt stärka patientsäkerheten och minska risken för att en person med insatser från vård och omsorg drabbas av vårdskada.

- Fortsätta att rapportera avvikelser samt stärka och stödja personal i avvikelsearbetet.
- Fortsätta att arbeta förebyggande med riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen
- Utveckla ett förebyggande arbetssätt även i ordinärt boende
- Säkerställa att medarbetare, oavsett profession, inom alla verksamheter får introduktion/kunskap i sådant som påverkar patientsäkerheten, vilket innefattar allt från kunskap i avvikelshantering och dokumentation till hjälpmedels och läkemedelshantering
- Utvärdera hur förbättringsåtgärder som digital signering och läkemedelsskåp kan

minska risken för felhantering av läkemedel.

Verksamheterna jobbar aktivt med att avvikelser inom hälso- och sjukvården rapporteras och åtgärdas för att säkerställa och stärka patientsäkerheten. Analys baserat på resultat visar på att verksamheterna har utvecklingsbehov i och med omställning och ansträngd situation inom hemtjänsten, åtgärder vidtas kontinuerligt för att kunna hålla god kvalitetsnivå. Den sammantagna bedömningen är att verksamheten uppnår god kvalitetsnivå trots det statiska underlaget eftersom utfallet till stor del kopplas till en specifik verksamhet som under omställningen haft en mycket ansträngd situation. I den sammantagna bedömningen framgår att förståelsen för avvikelshantering, vikten av att rapportera, vidta åtgärder och kontinuerligt bedriva ett förbättringsarbete blivit tydligare i verksamheterna. Det ska tolkas som positivt i sammanhanget att avvikelser avseende fall och trycksår minskat och att cheferna förstärkt analysarbetet.

#### **4.2.4 Kritisk kvalitetsfaktor: Systematiskt kvalitetsarbete SoL, LSS**

##### **Bedömning**

■ God kvalitetsnivå

##### **Analys**

Totalt har ca 812 avvikelser, synpunkter och klagomål upprättats och tagits emot inom nämndens verksamheter under perioden 1 januari – 31 december 2022, (jämför: 423 stycken 2021 samt 489 stycken 2020). På aggregerad nivå medför detta en markant ökning av upprättade avvikelser och synpunkter/klagomål. Orsaken bedöms till största del bero på den omfattande förändring och den under 2022 ansträngda situationen inom hemtjänsten, vilket lett till kraftigt ökad frekvens av avvikelser, synpunkter och klagomål inom verksamheten. Diskrepansen bedöms även till viss del bero på att nämndens verksamheter under 2021 till stora delar var stängda på grund av pandemin, vilket medförde en lägre rapportering. Rapporteringsfrekvensen för avvikelser och synpunkter/klagomål är för majoriteten av enheterna högre under 2022 än tidigare år. Förvaltningen bedömer inte att detta, för merparten av verksamheterna, föranleds av en försämrad kvalitet hos enheterna utan att tidigare utvecklingsåtgärder har medfört att enheterna ökat sin medvetenhet kring avsteg från kvaliteten vilket lett till den ökade inrapporteringen av avvikelser. Att enheterna i större utsträckning kan identifiera avvikelser skapar goda förutsättningar för förbättringsarbete.

Fördelningen mellan de olika områdena är till stora delar likalydande mellan 2022 och 2021. Utmärkande är att över hälften av avvikelserna sammanställs inom område övrigt, vilket försvårar analysen men på övergripande nivå kan vi se att det i majoritet rör sig om brister i följsamhet till rutiner samt uteblivna eller försenade besök/insatser. För delår 2022 kan vi se en minskning av rapporterade avvikelser vad avser dokumentation, vilket kan vara en effekt av vidtagna förbättringsåtgärder i verksamheterna.

Under året har sju händelser skett som har utretts enligt lex Sarah inom nämndens verksamhetsområden. Tre inom avdelningen för äldreomsorg och hälso- och sjukvård (Dalängen), två inom avdelningen för hemtjänst och personlig assistans (Kärnhuset) och två inom avdelningen för stöd omsorg och socialpsykiatri (Sjövägen och Vallvägen 4).

Av de sju rapporterade händelserna som utretts enligt lex Sarah har fyra anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (Kärnhuset 2, Sjövägen 1, Dalängen 1) utifrån att de bedömts som påtaglig risk för allvarligt missförhållande. I samtliga av de fyra anmälda händelserna har IVO beslutat att avsluta ärendet och bedömt att nämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet samt vidtagit nödvändiga åtgärder.

I jämförelse med 2021 har rapporteringsfrekvensen och antalet utredningar enligt lex Sarah

ökat något. Vilket bedöms bero på en ökad medvetenhet kring missförhållande samt den ansträngda situationen inom hemtjänstens verksamhet. Vid genomgång av avvikelser kan dock konstateras ett fortsatt utvecklingsbehov gällande riskbedömning.

### **Fortsatt utvecklingsarbete**

Efter genomförd sammanställning av årets avvikelser, synpunkter och klagomål framkommer fortsatt behov av att arbeta vidare med tillgängligheten för brukare/anhörig i nämndens samtliga verksamheter vad gäller synpunkt- och klagomålshantering. Arbetet är redan påbörjat inom förvaltningen. Nämnden verksamheter behöver även utveckla det systematiska kvalitetsarbetet genom att använda händelser av en mer allvarlig karaktär i lärande och förebyggande syfte. För att på så sätt förhindra att missförhållande riskerar att uppstå på nytt samt att vidareutveckla kvalitetsnivån.

Vissa av nämndens verksamheter har i sin analys identifierat en viss underrapportering samt att det finns kunskapsbrist gällande avvikelshantering. Förvaltningen planerar därför att genomföra genomgångar/utbildningsinsatser kring avvikelshantering löpande under 2023. Förvaltningen har kunnat identifiera ett behov av stöd på enhetsnivå vid uthämtningen av data från verksamhetssystemet och analysarbetet i samband med del- och helårsrapportering. Vid genomgång av avvikelshantering har förvaltningen under året även kunna konstatera ett utvecklingsbehov gällande riskbedömningar. Förvaltningen har utifrån detta förtydligat förfarandet gällande riskbedömning av avvikelser i samband med revidering av rutinen för avvikelshantering och planerar att följa upp riskbedömning och avvikelshantering i internkontroll 2023.

Under perioden september till december har förvaltningen kunnat uppmärksamma en brist i registrering på förvaltningsnivå och i sammanställningen av inkomna klagomål via IVO och ett förbättringsarbete för att förtydliga processen för registrering och sammanställning har påbörjats.


Det framtida utvecklingsarbetet gällande avvikelserapporteringen, som en del av det systematiska kvalitetsarbetet, bedöms till del behöva riktas mot hanteringen och framtagande av åtgärder och uppföljningen av dessa. Detta för att arbetet ska få en mera förebyggande karaktär och på så sätt bidra till en förbättrad kvalitet. En separat rapport avseende avvikelser inom området SOL/LSS går upp i februarinämnd 2023. Den sammantagna bedömningen är utifrån genomförda och pågående aktiviteter och satsningar god kvalitetsnivå då arbetet med avvikelshantering (rapportering, hantering, uppföljning) förstärkts inom nämndens samtliga verksamheter. Det ska i sammanhanget även betonas att den markanta ökningen inom antalet upprättade avvikelser till stor del berör en specifik verksamhet som haft en ansträngd situation, inte samtliga verksamheter inom förvaltningen.

Kvalitetsmått	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall
Avvikelser SoL/LSS				

År 2022: 812 registrerade avvikelser. År 2021: 423 registrerade avvikelser. År 2020: 489 registrerade avvikelser.

#### **4.2.5 Utvecklingsmål: Nämndens ska säkerställa att det finns rätt kompetens inom nämndens verksamheter**

##### **Bedömning**

 Helt uppfyllt

##### **Analys**

Under 2022 har tre övergripande satsningar genomförts inom förvaltningens avdelningar.

Inom en del verksamheter har behovet varit mer angeläget än hos andra men samtliga verksamheter har genomfört aktiviteter kopplade till utvecklingsmålet - vilket redogörs för längre ned.

**1. Färdigställa kompetensprofiler och ansvarsbeskrivningar**

Avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri har upprättat ansvarsbeskrivningar för alla avdelningens olika professioner. Äldreomsorgen har påbörjat arbetet med arbetsbeskrivningar och är klara med de lagstyrda kompetensprofilerna. Inom myndighetsutövningen finns sedan tidigare kravprofiler upprättade som har setts över för aktualitetsprövning.

**2. Kartläggning av kommande kompetensförsörjningsbehov**

En arbetsgrupp har startat för hela förvaltningen med representanter från varje avdelning samt stabschef och HR. Uppdraget är att kartlägga kompetensförsörjningsbehov samt stärka upp rekryteringsprocessen.

**3. Utforma anpassat förfarande och kommunikationsstöd för målgrupperna i mötet med socialtjänsten**

Samverkansmöte mellan verksamhetsutvecklare, avdelningschef och enhetschef LSS genomfördes för att kartlägga verksamhetens behov av tydliggjort material samt dess utformning. Genomlysning påvisade behov inom tydliggörande pedagogik, främst avseende kallelsebrev som brukare erhåller inför möten med myndighetsutövningen. Tre olika alternativ med tydliggjorda mötesinbjudningar arbetades fram utifrån målgruppens varierande behov. Alternativerna erbjuder inbjudan med information på lätt svenska och anpassad text samt två olika alternativ med tydliggörande bild-stöd. Mallarna är anpassade utifrån tydliggörande pedagogik. Implementeringsarbetet har påbörjats under vintern -22. Enheterna har även tilldelats material för att möjliggöra för verksamheten att tillhandahålla mera kognitivt tillgängliga möten. Litteratur - underlätta i mötet med socialtjänsten har även utdelats till avdelningen i stort.

**Avdelningen för stöd till barn, unga och vuxna**

Inom myndighetsutövningen har samtliga medarbetare efterfrågad kompetens. Medarbetare får områdesspecifik vidareutbildning t.ex. inom våld i nära relation och Addiction Severity Index (ASI). Vid nyrekryteringar av handläggare ställs krav på socionomutbildning eller likvärdig utbildning för uppdraget samt att en kravprofil alltid skapas vid all rekrytering.

På biståndsenheten genomförs juridisk handledning två gånger per termin för att säkerställa rättssäker handläggning och att rättspraxis följs.

**Avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri**

Inom daglig verksamhet har kompetensprofil/behovsplan upprättats. Utifrån verksamhetens storlek och uppdelning består behovsplanen i fyra identifierade pedagogiska områden. Arbetstagare på en tidig utvecklingsnivå/grav IF, måttlig IF, lindrig IF och autism vilket kräver att medarbetare har grundläggande baskunskaper inom samtliga områden.

Varje medarbetare (arbetscoacher, stödpedagoger, samordnare och enhetschef) innehar och arbetar utifrån internutbildningshjulet och verktygslådan. Vilket innefattar historia, socialdokumentation, diagnoskännedom, LSS och verktygslådan AKK (alternativ kompletterande kommunikation), tydliggörande pedagogik och LAB (lågaffektivt bemötande). Samt brand, första hjälpen, basala hygienrutiner, och läkemedelsdelegering.

Som ett led i kompetensutvecklingsplanen har fördjupningar mot den målgrupp och arbetsområde som medarbetaren arbetar mot/i skett under året. Flertal medarbetare i verksamheten har under året genomgått ”hälsan spelar roll” - en utbildning som är riktad mot målgruppen och leder till att de kan hålla studiecirkel i ämnet. Medarbetare har även gått

utbildning i Studio 3, psykiskhälsa och MI (motiverande samtal). Alla medarbetare i daglig verksamhet har gått basutbildningen och en individuell kompetensutvecklingsplan för fördjupning. Samtliga medarbetare har under hösten -22 även gått utbildning i socialdokumentation.

### **Avdelningen för hemtjänst och personlig assistans**

Inom personlig assistans har det inte funnits högre utbildningskrav, fr.o.m. 2023 efterfrågas som lägst gymnasial utbildning. Verksamheten har under 2022 arbetat med olika ombudroller för att för att kompetenssäkra medarbetarna, bl.a. inom social dokumentation, palliativ ombud samt återkommande utbildningar inom HLR, förflyttning och brandskydd. Intern utbildningsmaterial har arbetats med och kommer introduceras för medarbetarna. Månatliga uppföljningar sker avseende delegeringsförfarandet.

Hemtjänsten har ett antal professioner hos sig som är kompetensbestämda. Omvårdnadspersonalen skall vara undersköterskor, samordnarna skall ha en gymnasiekompetens och enhetscheferna skall ha en adekvat högskoleutbildning. Det finns idag också vårdbiträden som arbetat en längre tid i hemtjänsten. Dessa anställdes innan kravet på undersköterska var aktuell. Under 2022 har medarbetare som varit vårdbiträden kunna utbilda sig undersköterskor med hjälp av omvårdnadslyftet. Vid nyanställning av undersköterskor sker förutom sedvanlig intervju och referenstagning ett skriftligt arbetsprov med ett etiskt dilemma. Utdrag från belastningsregistret samt uppvisat personbevis, körkort samt betyg ingår också i anställningsförfarandet. Under året har det även införts språktest.

När rekryteringsläget har varit som mest utmanande har verksamheten varit tvungna att tillfälligt göra avsteg från kompetenskravet på USK. Istället har flertalet sökande varit vårdbiträden och planen är att dessa ska erbjudas möjlighet att utbilda sig till USK.

Inom avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri har samtliga medarbetare på SÄBO LSS genomgått alla avsnitt i upprättat kompetensutvecklingshjul. Dessa har bestått i utbildning inom:

- Social dokumentation
- LSS lagstiftning och kopplingar till praktiska vardagsexempel i verksamheten.
- Diagnoskännedom
- Lågaffektivt bemötande
- Tydliggörande pedagogik
- Alternativ kompletterande kommunikation AKK

Medarbetarna har även fått utbildning och handledning av Nakterhuset gällande beroendesjukdomar. Samtliga medarbetare har även gått utbildning i HLR, brandskyddsarbete och läkemedelshantering.

### **Avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet**

Inom hemsjukvård och rehab finns individuella kompetensutvecklingsplaner upprättade för samtliga sjuksköterskor, en övergripande kompetensutvecklingsplan för HSL-gruppens sjuksköterskor finns även upprättad. Samtliga sjuksköterskor är legitimerade och de USK som är anställda är utbildade och utför HSL-insatser på delegering. Samtlig rehab-personal innehar legitimation.

På öppen träffpunkt har webbutbildningar genomförts och inom dagverksamhet är samtliga tillsvidareanställda utbildade undersköterskor. Under hösten -22 har samtliga medarbetare inom verksamheten, inklusive samordnare och chef gått dokumentationsutbildning. Verksamheten har även genomfört studiebesök på dagverksamhet i annan kommun för att få input/ny kunskap in i verksamheten

På korttidsboende är all tillsvidare anställd personal utbildade undersköterskor vilket även



kommer vara ett krav vid nyrekryteringar framöver. Verksamheten har utbildad palliativa- och hygienombud för att öka kompetens i arbetsgruppen. Alla medarbetare som har både tillsvidare och visstidsanställda har gått förflyttning - och hjälpmedelsutbildning både webbaserad samt praktisk. Vidare har samtliga medarbetare gått utbildning i demens enligt Stjärnmärkt samt erhållit utbildning i social dokumentation. På enheten arbetas även med checklistan i SAM för att förbättra arbetsmiljön.

Inom SÄBO verksamheterna har en genomlysning av verksamhetens behov och kompetensprofiler skett. Arbetet har därefter bestått i ett kompetenslyft för samtliga medarbetare. Utbildning för Stjärnmärkt är slutförd och enheterna är godkända.

Samtliga som tills-vidareanställts under -22 har varit utbildade undersköterskor. Flertal medarbetare inom respektive verksamhet har genomgått hygienutbildning för att kunna bli hygienombud, övriga medarbetare har genomfört en webbaserad hygienutbildning. Majoriteten av medarbetarna har även gått en fördjupad Palliationsutbildning, övriga medarbetare har genomfört webbaserad utbildning inom palliativ vård, Palliation ABC. Samtliga medarbetare inom verksamheterna har under -22 genomgått utbildning i förflyttning, hjälpmedel och social dokumentation. Flertal dokumentationsombud är utsedda på respektive boende.

Nyckelindikator	Utfall 2021	Måltal	Utfall	Måluppfyllnad
Genomförda aktiviteter kopplade till målet	1	3	3	100%

*Utfall visar på genomförda aktiviteter på övergripande nivå, på avdelningsnivå och enhetsnivå har samtliga verksamheter genomfört en rad aktiviteter vilket ej redovisas i tabellen, men som framförts i löpande text.*

## 4.3 Perspektiv: Medarbetare

### 4.3.1 Kritisk kvalitetsfaktor: En god och lärande arbetsmiljö

#### Bedömning

■ Mycket god kvalitetsnivå

#### Analys

Nämnden har inget kvalitetsmått kopplat till kvalitetsfaktorn, av den anledningen görs ingen bedömning baserat på specifikt uttalade kvalitetsmått men hänvisar till utvecklingsmålet under avsnitt 4.2.5 i vilket framgår aktiviteter och satsningar som avser god och lärande arbetsmiljö.

Vidare har verksamheterna inom förvaltningen självrapporterat vidtagna åtgärder och beskrivit hur det interna lägesbilden ser ut. Samtliga verksamheter redogör för en positiv lägesbild i vilket framgår en lärande intern verksamhet sett utifrån upprättade kompetensutvecklingshjul såväl som lärande ur ett psykosocialt arbetsmiljöperspektiv. Medarbetarna strävar efter lärandeutbyte inom arbetsgruppen men även genom forum med andra enheter och verksamheter. Vid arbetsplatsträffar finns även en stående punkt som handlar om erfarenhet- och kunskapsutbyte där medarbetare har möjlighet att delge varandra från utbildningar, omvärldsbevakning och olika genomgångar. Vidare förstärks den goda och lärande arbetsmiljön genom kompetenshöjande satsningar/utbildningar som skett inom samtliga verksamheter, specifika utbildningar och handledning baserat på verksamhetsområde alt. funktion har också genomförts. Ett flertal verksamheter har jobbat aktivt med intern verktygslåda och det systematiska kvalitetsledningssystemet, vilket till viss del även genomförts på förvaltningsövergripande nivå genom kontinuerlig tillsyn och arbete på

intranät och stödsystemen för både medarbetare och chefer.

Inom HSL-inriktade verksamheterna tas studenter (termin 6) emot från sjuksköterskeprogrammet fr.o.m. hösten -22. Inom rehabverksamheten tas studenter emot från både AT- och FT-programmen (Arbetsterapeut och fysioterapeut).

Utifrån det arbete som pågått inom förvaltningen blir bedömningen mycket god kvalitetsnivå men inga kvalitetsmått finns uppställda för kontroll och bedömning.

#### 4.3.2 Kritisk kvalitetsfaktor: Säkerställa rätt kompetens för uppdraget

##### Bedömning

■ God kvalitetsnivå

##### Analys

Nämnden har inget kvalitetsmått kopplat till kvalitetsfaktorn, av den anledningen görs ingen bedömning baserat på specifikt uttalade kvalitetsmått men hänvisar istället till utvecklingsmålet under avsnitt 4.2.5 i vilket framgår aktiviteter och satsningar som är kopplade till denna kvalitetsfaktor. Samtliga verksamheter inom förvaltningen har genomfört satsningar för kompetenshöjande verksamhet för sina befintliga medarbetare men även arbetat för att stärka rekryteringsprocessen och säkerställa att rätt kompetens efterfrågas och tillförs i organisationen.

Bedömningen under utvecklingsmålet är att nämnden uppfyllt målet varför det även bör avspegla bedömningen som lägst god kvalitetsnivå i det här sammanhanget även om inga specifika kvalitetsmått finns uppställda för kontroll och bedömning.

#### 4.4 Perspektiv: Ekonomi

##### 4.4.1 Kritisk kvalitetsfaktor: God ekonomisk hushållning

##### Bedömning

■ Låg kvalitetsnivå

##### Analys

Nettounderskottet i hemtjänsten uppgår till 22,4 miljoner kronor. Nämndens resultat är underskott 19,6 miljoner kronor vilket påvisar att möjligheten att ha en budget i balans är god i övriga verksamheter. Nämnden har inte lyckats identifiera åtgärder för att nå en ekonomi i balans med budget under året varför den sammanvägda bedömningen blir en låg kvalitetsnivå.

Kvalitetsmått	Avvikelse 2019	Avvikelse 2020	Avvikelse 2021	Avvikelse 2022
<b>Ekonomiskt utfall, avvikelse mot budget</b>				-19 598

##### 4.4.2 Kritisk kvalitetsfaktor: Korrekta underlag för prognossäkerhet

##### Bedömning

■ Låg kvalitetsnivå

##### Analys

Nämnden har inget kvalitetsmått kopplat till kvalitetsfaktorn, av den anledningen görs ingen

bedömning baserat på specifikt uttalade kvalitetsmått. Verksamheten har utvecklat både kritiska kvalitetsfaktorer och kvalitetsmått för det ekonomiska perspektivet inför 2023.

Bedömningen låg kvalitetsnivå grundar sig i att verksamheten inte klarat att bedöma de ekonomiska konsekvenserna av årets händelser inom hemtjänsten.

## 5 Volym- och resursmått

### 5.1 Volymmått

Mått	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall 2022	Budget 2022
Antal platser särskilt boende SoL äldre	119	123	128	127
Antal beviljade dygn korttidsboende SoL äldre		2 848	3 419	4 250
Antal biståndsbedömda timmar hemtjänst (LOV)		99 298	96 313	101 000
Antal personer med beslut om trygghetslarm		592	588	629
Antal platser särskilt boende LSS § 9:9 (vuxna) - egen regi		45	55	48
Antal personer med beslut om daglig verksamhet LSS § 9:10		82	92	90
Antal personer med insats inom socialpsykiatri			102	130
Totalt antal personer per årsarbetare sjuksköterska i ordinärt boende			30	30
Totalt antal personer per årsarbetare sjuksköterska i särskilt boende för äldre			20	20
Antal biståndsbedömda timmar personlig assistans LSS			0	44 200
Antal personer med insats personlig assistans SFB		24	23	22

#### Antal beviljade dygn korttidsboende SoL äldre

Antalet beviljade korttidsdygn prognostiseras vara ungefär i nivå med budget. Nämndens beslut i januari 2022 att konvertera korttidsplatser till platser för särskilt boende medför att

fler bevilja korttidsdygn behöver verkställas i extern regi. Omfördelning medför en ökad kostnad för nämnden som avspeglas i det prognostiserade underskottet för verksamhet Korttidsboende SOL äldre.

### Antal biståndsbedömda timmar hemtjänst (LOV)

Färre antal köpta hemtjänsttimmar än budgeterat. Anledning till detta är ett nära samarbete med hemtjänsten så att brukarna har rätt antal hemtjänsttimmar. Enheten har även arbetat med en mer rättssäker handläggning under året vilket bidragit till att brukarna ligger rätt i antal behov av timmar med faktiska utförda timmar.

### Antal platser särskilt boende LSS § 9:9 (vuxna) - egen regi

Under året öppnar en ny servicebostad vilket medför att nämnden i slutet av året har 55 platser, vilket motsvarar 48 platser utslaget på helår.

### Antal personer med beslut om daglig verksamhet LSS § 9:10

Daglig verksamhet LSS fortsätter att växa och beräknas under året nå 92 arbetstagare.

### Antal biståndsbedömda timmar personlig assistans LSS

Utfallet går inte att kvalitetssäkras i verksamhetssystemet, därför redovisas inget resultat. Förvaltningens bedömning är att antalet beviljade timmar har ökat.

### Antal personer med insats personlig assistans SFB

Nämnden har enligt socialförsäkringsbalken (SFB) betalningsansvar för de första 20 timmarna i varje assistansärende som Försäkringskassan fattar beslut om, vilket genererar en ungefärlig kostnad om ca 330 tkr per ärende och år, Kommunen står också för sjuklöneersättning i samtliga ärenden även där kommunen inte är utförare.

## 6 Resultaträkning och ekonomisk analys nämnder bokslut

tkr	Bokslut 2021	Budget 2022	Bokslut 2022	Avvikelse budget/bok slut
Externa intäkter	55 108,5	52 834	55 334,7	2 500,7
Interna intäkter	30 483,8	34 841	47 334,5	12 493,5
Summa intäkter	85 592,3	87 675	102 669,2	14 994,2
Verksamhetsköp, bidrag, material	-71 413	-79 607	-59 737,1	19 869,9
Personalkostnader	-239 713,1	-258 252	-275 189,2	-16 937,2
Övriga kostnader	-49 251,6	-52 333	-82 209	-29 876
Interna kostnader	-49 074,4	-63 743	-71 391,4	-7 648,4
Summa kostnader	-409 452,1	-453 935	-488 526,7	-34 591,7
<b>Resultat</b>	<b>-323 859,8</b>	<b>-366 260</b>	<b>-385 857,5</b>	<b>-19 597,5</b>

Vård- och omsorgsnämnden har nettokostnader för år 2022 med 385,8 miljoner kronor, ett underskott jämfört med budget på 19,6 miljoner kronor. Det är 16 procent högre kostnader jämfört med föregående år.

Nämndens externa intäkter är 2,5 miljoner kronor högre än budgeterat men i nivå med föregående års utfall. Även under 2022 kvartal 1 fick kommunen statsbidrag för onormalt hög sjukfrånvaro och det blir en avvikelse mot budget på 2,1 miljoner kronor då detta inte var

budgeterat. Bidraget är kopplat till restriktionerna med anledning av Covid-19, det utbetalades under kvartal 1 och har sedan upphört. Restriktionerna som medför högre sjukfrånvaro kvarstår dock. Det är även högre intäkter än budget för omsorgsavgift för både hemtjänst och särskilt boende äldre vilket beror dels på ökade volymer och färre avgiftsbeslut med reduktion.

De interna intäkterna är 12,5 miljoner kronor högre än budgeterat, motsvarande 36 procent och 16,8 miljoner kronor högre än föregående år. Antalet timmar hemtjänst ökar då nämnden tar över brukare från Buurtzorg och då även de interna intäkterna. Det finns intäkter för 6 miljoner kronor som inte var budgeterade och visar därmed en avvikelse mot budget. Detta gäller främst förstärkning för nattbemanning samt en del personal som finansieras i driftprojekt bekostade av statsbidrag.

Kostnaden för köpt verksamhet och bidrag är sammanlagt 59,7 miljoner kronor, närmare 20 miljoner kronor lägre än budgeterat. Skillnaden mot föregående år är 11,7 miljoner kronor lägre kostnad. Mindre överskott mot budgeterat finns för några mindre poster såsom hemvårdsbidrag, dagersättning daglig verksamhet, sjuklöner personlig assistans och förlängd skolbarnomsorg LSS vilka alla beror på lägre volymer än budgeterat. Köp av platser på äldreboende har ett överskott på 4,9 miljoner kronor. Budgetavvikelsen beror på att nämnden har i samband med flytten från Pomona till Västerhagsvägen inrättat fler boendeplatser i egen regi. Därmed uteblev behovet att köpa en ny avdelning med demensplatser.

Det finns även ett överskott för köpta platser LSS med 2,1 miljoner kronor vilket dels beror på att köpta platser sägs upp med anledning av att Håbo kommun nu kan erbjuda plats i kommunen när ny servicebostad öppnade under året. Dels beror det på volym och kostnadsändringar för enstaka köpta platser.

Även köp av hemtjänsttimmar visar överskott motsvarande 6,1 miljoner kronor. Avvikelsen beror på att verksamheten har köpt färre timmar hemtjänst än budget. Verksamheten har kvalitetssäkrat insatskatalogen under året så att handläggningen blivit mer rättssäker utifrån likabehandlingsprincipen vilket inneburit färre utökade timmar i redan pågående ärenden. Kostnaden för köp av personlig assistans LSS har ett överskott på 1 miljon kronor till följd av lägre volymer än förväntat.

Nämndens personalkostnader har ett underskott på 16,9 miljoner kronor, 13 procent högre kostnader än föregående år och 7 procent högre än budgeterat. Det finns variationer mellan verksamheterna med högre personalkostnader än budgeterat för korttidsboende, äldreboende och oförutsedda kostnader förvaltningsövergripande. Inom verksamheterna hälso- och sjukvård, handläggning socialpsykiatri och daglig verksamhet LSS redovisas lägre kostnader än budgeterat.

De övriga kostnaderna är 29,9 miljoner kronor högre än budget. Främst beror det på den övertagna verksamheten från extern utförare av hemtjänsten, vilket inte kunnat lösas med anställd personal. Användandet av inhyrd personal ökar från 4,9 miljoner kronor år 2021 till 27,9 miljoner kronor i år. Inhyrd personal bidrar till underskottet med 24,6 miljoner kronor. Högre fastighets- och transportkostnader bidrar till underskottet med 3,6 miljoner kronor.

Interna kostnader är högre än budget med 7,6 miljoner kronor. Främst beror det på köp av interna hemtjänsttimmar med 8,0 miljoner kronor som en följd av den ökade egna verksamheten.

## 7 Driftredovisning bokslut

### 7.1 Driftredovisning bokslut

#### *Bokslutsrapport driftbudget*

	Bokslut 2021	Budget 2022	Bokslut 2022	Avvikelse
Nämndverksamhet	-266	-398	-268	130
Nämndadministration	-232	-277	-283	-6
Förvaltningsövergripande	-11 960	-17 385	-20 030	-2 645
Hemtjänst i ord. boende	-53 911	-53 885	-76 244	-22 359
Särskilt / annat boende	-88 367	-99 919	-99 669	250
Korttidsboende	-14 106	-17 510	-16 468	1 042
Dagverksamhet	-3 883	-5 035	-4 734	301
Boendestöd	-4 552	-4 395	-4 314	81
Öppen verksamhet	-4 399	-6 004	-5 421	583
Övr insatser ord. boende	-1 100	-1 160	-1 189	-29
Handläggning SoL	-5 857	-6 435	-6 333	102
Personlig assistans	-24 155	-26 738	-25 533	1 205
Särskilt boende LSS	-51 091	-56 357	-53 284	3 073
Daglig verksamhet LSS	-12 903	-16 002	-15 288	714
Övriga insatser LSS	-3 188	-4 851	-3 975	876
Handläggning LSS	-2 307	-2 681	-3 498	-817
Färdtjänst	-7 149	-8 587	-8 617	-30
Hälsa- och sjukvård	-34 308	-38 591	-40 505	-1 914
Bostadsverksamhet	-125	-50	-203	-153
Summa	-323 860	-366 260	-385 857	-19 597

## 8 Kommentarer till driftredovisning

Vård- och omsorgsnämnden redovisar ett underskott om 19,6 miljoner kronor. Det är 16 procent högre än föregående år och 5 procent högre än budgeterat.

Jämfört med budget är den stora avvikelsen hemtjänst i egen regi som redovisar ett underskott om 22,4 miljoner kronor. Orsaken är att nämnden under sommaren fick överta ansvaret för brukare som tidigare fått sina insatser verkställda av privat utförare, vilket medfört ej budgeterade kostnader.

Nämndverksamheten redovisar ett överskott med 0,1 miljon kronor vilket beror på lägre arvodeskostnader.

Den förvaltningsövergripande verksamheten redovisar ett underskott med 2,6 miljoner kronor. Underskottet beror på ej budgeterade kostnader för inhyrd chef samt personalkostnader som budgeterats i verksamhet men nu redovisas förvaltningsövergripande.

Nettokostnaden för verksamhet hemtjänst redovisar ett underskott med totalt 22,4 miljoner kronor. Kostnaden för att köpa hemtjänst blev 6 miljoner kronor lägre än vad som budgeterats till följd av lägre volymer. Kostnaden för hemtjänst egen regi redovisar ett resultat på underskott 28,4 miljoner kronor.

Underskottet förklaras dels av att hemtjänstersättningen per timme inte täcker de kostnader som finns för att utföra insatsen. När det blir fler timmar blir den totala differensen större och underskottet ökar. Dels har kommunal hemtjänstutförare under sommaren tagit över den volym som tidigare tillhört privat utförare, detta innebär cirka en fördubbling av antal hemtjänststimmar som utförs av kommunal utförare. Övertagandet har medfört initiala uppstartskostnader men också en stor utmaning att lösa bemanningen för den högre volymen vilket lett till stora merkostnader för framför allt inhyrd personal men också betydande merkostnader för anställd personal.

Verksamheten redovisade i samband med prognos per augusti en åtgärdsplan för en ekonomi i balans som inte kunnat verkställas fullt ut då man inte lyckats rekrytera egen personal i tillräcklig omfattning för att lösa bemanningssituationen. De åtgärder som vidtogs under senare delen av året har dock lett till att behovet av inhyrd personal minimeras och förväntas få effekt under 2023. Med anledning av det mycket ansträngda läget för hemtjänsten kommer en utvärdering och genomlysning utföras i samarbete med extern part under våren 2023.

Resultatet för verksamheten Särskilt/annat boende SoL är netto ett överskott med 0,2 miljoner kronor. Underskott redovisas för äldreboende i egen regi med 3,4 miljoner kronor. Det beror främst på att hyreskostnaden för särskilt boende är högre än budgeterat. Vård- och omsorgsnämnden fattade i samband med flytten från Pomona till Västerhagsvägen beslut om att konvertera tio korttidsplatser på Västerhagsvägen till boendeplatser. Beslutet innebar en högre hyreskostnad för särskilt boende. Även en för låg tilldelad budgetram för nystartad verksamhet bidrar till underskottet i egen regi.

Även köp av placering psykiatri har ett underskott jämfört med budget, 0,8 miljoner kronor. Utfallet är i nivå med föregående år. Avvikelsen mot budget beror på högre placeringskostnader till följd av mer komplexa behov för flertalet placeringar.

I budgeten 2022 reserverades medel för att utöka antalet platser för särskilt boende för äldre. Behovet har varit lägre än förväntat vilket medför ett överskott om 4 miljoner kronor för köp av platser.

Verksamheten korttidsboende har ett överskott jämfört med budget med 1 miljon kronor. Beslutet att inte flytta korttidsplatserna till Västerhagsvägen medförde en lägre lokalkostnad än budgeterat för det somatiska korttidsboendet. I bokslutet redovisas ett underskott för köp av korttidsplatser. Underskottet beror främst på att den budgeterade utökningen av fyra korttidsplatser inte genomförts vilket under året lett till ökade kostnader för köp av platser.

Verksamheten dagverksamhet har ett överskott jämfört med budget med 0,3 miljoner kronor. Anledning är vakanta tjänster under året och en ej budgeterad intäkt.

Inom öppen verksamhet redovisas ett mindre överskott med 0,6 miljoner kronor. Under våren var verksamheten stängt på grund av covid-19 restriktioner, personalen arbetade då i andra verksamheten och kostnaden belastar dessa.

Resultatet för personlig assistans är ett överskott jämfört med budget med 1,2 miljoner kronor. Kostnaden för köp av personlig assistans LSS blir lägre till följd av ett lägre antal biståndsbedömda timmar än budgeterat. Utförare av personlig assistans i kommunal regi redovisar ett underskott till följd av högre personalkostnader än budgeterat.

Särskilt boende LSS har ett överskott jämfört med budget motsvarande 3 miljoner kronor främst följd av ett lägre behov av att köpa externa boendeplatser men också till följd av framflyttad verksamhetsstart. Verksamheten i egen regi redovisar sammantaget ett litet överskott.

Daglig verksamhet LSS har ett överskott jämfört med budget med 0,7 miljoner kronor. Verksamheten i egen regi har ett överskott på 0,8 miljoner kronor beroende på verksamhetsanpassningar kopplat till den pågående pandemin under våren. Externt köp av

daglig verksamhet redovisar ett underskott om 0,1 miljon kronor.

Övriga insatser LSS har ett överskott jämfört med budget med 0,8 miljoner kronor. Det beror på lägre volymer än förväntat.

Verksamheten handläggning LSS har ett underskott jämfört med budget på 0,8 miljoner kronor. Det beror på rekryteringssvårigheter vilket krävt förstärkning i form av inhyrd personal.

Verksamheten hälso- och sjukvård visar på ett nettounderskott med 1,9 miljoner kronor

Hemsjukvård redovisar ett underskott med 2 miljoner kronor. Verksamheten har haft högre kostnader för bemanning då inhyrd personal behöver användas till följd av svårigheter med att rekrytera samt en ökad belastning till följd av hemtjänstens ansträngda situation under året. En del av merkostnaden för bemanning har nämnden kunnat finansiera med det generella statsbidraget "Prestationsbaserat statsbidrag till kommuner i syfte att utöka bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden" som nämnden har fått tilläggsbudget för.

Kostnaden för hjälpmedel är högre än budgeterat, 0,7 miljoner kronor, framförallt till följd av ökade materialkostnader

Totalt visar omsättningslagret av skyddsmaterial ett överskott med 0,3 miljoner kronor.

Hemrehabiliteringen har ett överskott jämfört med budget motsvarande 0,5 miljoner kronor då extern finansiering kunnat användas till personalkostnader för att utveckla det förebyggande arbetet.

## 8.1 Ekonomiska effekter av coronapandemin

Vård- och omsorgsnämnden har inte haft merkostnader direkt kopplade till covid-19.

Regler och rekommendationer kopplade till åtgärder för att minska smittspridning, exempelvis att inte gå till jobbet med symtom, har dock medfört ökade personalkostnader i nästintill samtliga verksamheter. Förvaltningen köper också till följd av covid-19 in personlig skyddsutrustning.

Ekonomiska effekter i samband med pandemin, tkr	Ekonomiska effekter helår, tkr
Bokfört:	
Personalkostnader	1 470
Övriga kostnader	248
Erhållet statsbidrag för ökade sjuklönekostnader kvartal 1	-2 088
Ej bokfört:	
Summa	-370

## 8.2 Innebär bokslutet ett underskott jämfört med budget?

Nämnden redovisar ett underskott mot budgeterat med 19,6 miljoner kronor.

Det är inom området hemtjänst som utförs i kommunal regi LOV som nämnden redovisar ett stort underskott. Verksamheten redovisade i samband med prognos per augusti en åtgärdsplan där inhyrning av personal skulle fasas ut under hösten för att helt upphöra i ingången av november. Planen har inte gått att verkställa då man inte lyckats rekrytera egen personal i tillräcklig omfattning för att lösa bemanningssituationen. Detta har medfört att underskottet för hemtjänst i kommunal regi LOV har växt till 22,4 miljoner kronor.



De åtgärder som vidtogs under senare delen av året har dock lett till att behovet av inhyrd personal minimeras och förväntas få effekt under 2023. Med anledning av det mycket ansträngda läget för hemtjänsten kommer en utvärdering och genomlysning utföras i samarbete med extern part under våren 2023.

Nämndens kostnader består till stor del av personalkostnader och lokalkostnader. Åtgärder som sänker de kostnaderna tar tid att verkställa. Förvaltningen lyckades därför inte identifiera andra åtgärder under slutet av 2022 än en allmän återhållsamhet, vilket bland annat handlat om att pröva tillsättande av vakanta tjänster och aktivt ta ställning till huruvida kommande utgifter i nämndens samtliga verksamheter kan omprövas alternativt senareläggas. Effekten av åtgärderna är svårbedömd men har inte lett till ett resultat i balans med budget. Nämnden behöver med stor sannolikhet fortsatt vidta åtgärder för att nå en ekonomi i balans med budget under 2023.

### 8.3 Nämndens behandling av ekonomiuppföljning

#### Ekonomiuppföljning per februari, prognos enligt budget

2022-04-05 VON§26 Dnr 2022/00006

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna ekonomiuppföljningen per februari 2022 och överlämnar den till kommunstyrelsen.

#### Ekonomiuppföljning per mars, prognos enligt budget

2022-05-03 VON§38 Dnr 2022/00006

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna ekonomiuppföljningen per mars 2022 och överlämnar den till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

#### Ekonomiuppföljning per augusti, underskott 10,8 miljoner kronor

2022-10-04 VON§90 Dnr 2022/000061

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner delårsuppföljning per augusti 2022 och överlämnar den till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt förvaltningen att arbeta utifrån de åtgärder som framgår i delårsrapporten. Därutöver uppdras åt förvaltningen att även i övrigt föreslå nämnden åtgärder för att nå budget i balans.

#### Ekonomiuppföljning per oktober, underskott 16,5 miljoner kronor

2022-12-13 VON§124 Dnr 2022/00006

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna ekonomiuppföljning per oktober 2022.

2. Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt förvaltningen att återkomma med förslag på åtgärder för att nå en budget i balans 2023.

## 9 Investeringsredovisning

### Bokslut

tkr	Totalt fleråriga projekt				Årets investeringar				
	Total budget	Totalt utfall t o m 2022	Total prognos	Avvikelse budget/prognos	Budget 2022	Bokslut 2022	Avvikelse budget/bokslut 2022	Överförs till 2023	Överförs till 2024
Inventarier särskilt boende SoL äldre,					-5 500	-3 789	1 711		

<i>tkr</i>	Totalt fleråriga projekt	Årets investeringar		
Västerhagsvägen				
Inventarier korttidsboende SoL äldre, Västerhagsvägen		-1 100	0	1 100
Inventarier nytt serviceboende LSS		-100	-78	22
Inventarier särskilt boende, bef verksamhet		-400	0	400
Möbler förvaltningskontor		0	-148	-148
Träningsutrustning Träffpunkt Pomona		0	-65	-65
Summa		-7 100	-4 080	3 020

## 10 Kommentarer till investeringsredovisning

Under året har investeringar gjorts med 4,1 miljoner kronor jämfört med budgeterade 7,1 miljoner kronor. Överskottet uppgår därmed till 3,0 miljoner kronor.

Investering i inventarier till det nya särskilda boendet Västerhagsvägen uppgår till 3,8 miljoner och 1,7 miljoner kronor lämnas i överskott eftersom en del genomfördes år 2021. Inget korttidsboende har startats på Västerhagsvägen, och budgeterade 1,1 miljoner kronor används inte.

Mindre investeringar har gjorts i servicebostad LSS. Under året har nya investeringsbehov uppstått för inventarier i form av verksamhetsmöbler, taklyft samt kontorsmöbler i samband med flytt. Viss omprioritering av investeringar har därmed skett under året.

## 11 Intern kontroll

Nämnden har sedan 2020 en antagen struktur för hur nämnden systematiskt ska arbeta med den interna kontrollen i enlighet med 6 kap. 6 § kommunallagen. Nämnden har utifrån upprättad bruttolista identifierat ett flertal områden som ligger till grund för nämndens internkontrollplan 2022. Genom riskanalyser identifierades tre processer som bedömdes som kritiska för målgrupperna inom nämndens ansvarsområde. Processerna var *kompetensförsörjning*, *genomförandedokumentation* och *genomförande*.

Den interna kontrollen har utförts enligt plan kring samtliga processer och redovisades till nämnd i december 2022 med förslag till åtgärder. Kontrollmatriser såväl som enkäter har upprättats för att kunna genomföra internkontrollen enligt planering. Arbetet med att säkerställa systemet för intern kontroll bedöms vara väl uppfyllt. En utvärdering av processen för intern kontroll kommer att genomföras och överlämnas till kommunstyrelsen under kvartal 1, 2023.

Både tjänstemän och politiker har genomfört riskbedömningar, tagit del av resultat för intern kontroll 2022 och fastställt internkontrollplan för 2023.

## 12 Patientsäkerhet

Alla medarbetare inom vård och omsorg har ett gemensamt ansvar för att vården ska vara så god och säker som möjligt och patientens delaktighet är en av grundstenarna. Vårdskador går inte helt att undvika men genom lärande från det som händer i verksamheten kan förbättrande och förebyggande åtgärder vidtas. Det handlar också om att arbeta aktivt förebyggande genom risk-och konsekvensanalyser inför verksamhetsförändringar och att ta tillvara och sprida kunskap från inträffade händelser. Under år 2022 har inga systematiska risk-och konsekvensanalyser utifrån patientsäkerhet genomförts.

Under år 2022 har det inte rapporterats några avvikelser/klagomål som varit så allvarliga att de utretts som vårdskada vilket eventuellt beror på att det kan vara underrapporterat. Fler allvarliga händelser behöver komma medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR) tillkänna för vidare utredning om vårdskada. Ändringar i rutin och arbetssätt har genomförts för att möjliggöra detta.

Det finns förbättringsområden för att stärka patientsäkerheten inom många områden, bland annat när det gäller följsamhet till riktlinjer och rutiner kring vårdhygien och egenkontroll läkemedel där det under året inte utförts kontroller i den omfattning som riktlinjerna och rutinerna anger. Att i högre grad arbeta aktivt förebyggande genom risk- och konsekvensanalyser är också ett utvecklingsområde.

Under året har personalomsättning, svårighet att rekrytera personal och en ansträngd situation i hemtjänsten inneburit risker i patientsäkerhet och kvalitet. De tre senaste åren har också Covid-19 präglat verksamheterna och inneburit stora påfrestningar för patienter såväl som personal. Det är rimligt att tänka att en del av de områden som har brister beror på en eftersläpning av åtgärder och insatser som kom i andra hand under pandemin.

Åtgärder som genomförts är bland annat:

- Palliativa ombud har utsetts i alla verksamheter samt genomgått utbildning.
- Inom särskilda boenden för äldre och hemsjukvården har genomförts eller påbörjats kontroller av medicintekniska produkter
- Introduktion i lyfthantering och förflyttningskunskap hålls och genomförs löpande
- Nära samverkan mellan hemsjukvårdens sjuksköterskor och hemtjänsten för att säkerställa delegering av läkemedel.
- Förebyggande arbete för att minska risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen genomförs i flera verksamheter.
- Arbete med att ta fram lokal handlingsplan för patientsäkerhet har påbörjats.

## 13 Personal

### Personalsituationen i nämndens verksamheter

Nämndens medarbetare har belastats hårt de senaste två åren på grund av den pågående pandemin Covid-19.

Under 2022 har ett intensivt arbete med det systematiska arbetsmiljöarbetet genomförts. Socialförvaltningen följer årshjulet för SAM, och har under 2022 genomfört skyddsronnd OSA, skyddsronnd fysisk arbetsmiljö, gjort en årliguppföljning av SAM, samt påbörjat arbetet med Hälsomål.

Medarbetarundersökningen för 2022 genomfördes i månadskiftet augusti/september, svarsfrekvensen för Socialförvaltningen var låg, 45%. Detta tros bero på att arbetsgivaren inte lyckats nå ut med budskapet om hur viktigt varje medarbetares deltagande är, samt att många medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen inte har enkel tillgång till dator/surfplatta

eller likande under arbetstid. Detta behöver åtgärdas till nästa medarbetarundersökning.

En kommunövergripande introduktionsplan togs fram under andra halvåret. Arbetet med att ta fram nämndövergripande kompetensutvecklingsplan har påbörjats. Nämnden har också beslutat att avvakta ett pågående utredningsuppdrag initierat av socialstyrelsen, innan nämnden fattar vidare beslut angående språktester vid nyrekrytering. Nämnden har fattat beslut om att, i avvaktan på utredningens ställningstagande, börja arbeta med en modell där den sökande skriftligt besvarar ett etiskt dilemma i samband med rekrytering av baspersonal.

Hemtjänsten har haft ett mycket ansträngt år. Under 2022 har vi anställt ett 50-tal nya medarbetare. För att få en väl fungerande verksamhet uppskattas behovet vara 85 undersköterskor/vårdbiträden inom hemtjänsten. Många kommer från våra grannkommuner och kommer att kunna bidra med erfarenhet och nya perspektiv och idéer. Under 2022 infördes fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Från 1 juli 2023 blir det också krav på att den fasta omsorgskontakten ska ha undersköterskeutbildning, samtidigt blir undersköterska en skyddad yrkestitel. Efterfrågan är stor på Undersköterskor och marknaden är den sökandes.

Verksamheterna inom LSS har haft relativt lätt att nyrekrytera tillsvidareanställda med rätt kompetens. På myndighet och för chefstjänster har rekryteringsläget varit svårt. Alla chefstjänster i utförarverksamheten är dock tillsatta under året.

En kartläggning av enhetschefernas situation genomfördes under våren och förvaltningen har arbetat med olika åtgärder kopplade till resultatet, bland annat ordnas nu gemensamma chefsforum där förvaltningens samtliga chefer deltar.

Inom äldreomsorgen har arbetet med heltidsresan påbörjats. Under året har ett nytt heltidsmått för de som arbetar vaken natt trätt i kraft.

Den 1 oktober 2022 trädde ett flertal nya LAS-regler i kraft. Detta ställer nya krav på Håbo kommun som arbetsgivare och inom Vård- och omsorgsnämndens verksamheter innebär detta bland annat att vi ställs inför nya utmaningar gällande personalplaneringen av intermitterant personal.

Kommunen har under andra halvåret tecknat och implementerat ett nytt samverkansavtal med flertalet av de fackliga organisationer som har medlemmar i kommunen.

Socialförvaltningen har varit förvaltning för två nämnder, vård- och omsorgsnämnden och socialnämnden. Under året har beslut fattats avkommunfullmäktige att justera nämndernas reglementen och ansvaret för socialpsykiatri och verksamhetenligt LSS har flyttats från vård- och omsorgsnämnden till socialnämnden. Till följd av de ändrade reglementena fattades också beslut om att dela upp socialförvaltningen i två separata förvaltningar från och med januari 2023, en förvaltning till vardera nämnd.

Personalomsättning						
	Anstform-grupp	Antal ingående anställda 2021-01-01	Antal utgående anställda 2021-12-31	Antal avslutade anställda	Antal nya anställda	Oms anställda
2021		352	369	41	49	11,4 %
	TILLSVIDARE (inkl provanställda)	352	369	41	49	11,4 %
2022	Anstform-grupp	Antal ingående anställda 2022-01-01	Antal utgående anställda 2022-12-31	Antal avslutade anställda	Antal nya anställda	Oms anställda
		369	441	66	91	16,3 %

Personalomsättning					
TILLSVIDARE (inkl provanställda)	369	441	66	91	16,3 %

Vård- och omsorgsnämnden har haft en personalomsättning på 16,3% under 2022. Omsättningen har ökat jämfört med 2021. Ökad rörlighet efter pandemiåren kan var en förklaring.

Sjuktal				
	Kön	Tillg ord arbetstid	Sjuk antal tim avtalad arbtid	% Sjuk
2021		584 184	66 467	11,4 %
	Man	82 908	5 935	7,2 %
	Kvinna	501 276	60 532	12,1 %
2022		644 867	67 829	10,5 %
	Man	111 774	8 733	7,8 %
	Kvinna	533 092	59 096	11,1 %

Sjuktalen för 2022 har minskat något jämfört med 2021. De rekommendationer som tidigare gällt för att begränsa smittspridning har nu lättats på, vilket kan vara en del av förklaringen till den minskade sjukfrånvaron.

Frisktal		
År	Antal anställda	Heltidsfriska
2 021	415	24,10 %
2 022	506	22,33 %

### Kompetensutveckling

En mängd kompetensutvecklingsinsatser har genomförts under året, bland annat en satsning på demenskunskap i form av Stjärnmärkt och en stor satsning på dokumentationsutbildning.

## 14 Valfrihet och konkurrens

I nämndens verksamhetsområden finns valfrihet och konkurrens inom hemtjänsten enligt LOV (lagen om valfrihetssystem). Under året lämnade den sista privata utföraren som anslutit sig till LOV-systemet kommunen, vilket medfört att det i dagsläget är den kommunala egenregin som utför all hemtjänst i kommunen.

I den plan för valfrihet och konkurrens som finns har förvaltningen redovisat att även fotvård och daglig verksamhet enligt LSS är möjligt att konkurrensutsätta.

Under 2022 har nämnden nyttjat en avdelning om nio platser för särskilt boende i Enköping som upphandlats av Vardaga. Den som beviljats insatsen särskilt boende äldre får, i mån av lediga lägenheter, välja utförare.

Färdtjänst är upphandlat enligt LOU och utförs av Bålsta taxi. Riksfärdtjänst är upphandlat

enligt LOU och utförs av Riksfärdtjänst Sverige AB.

## 15 Förväntad utveckling

Även om pandemin covid-19 nu gått in i ett annat skede och inte längre klassificeras som en samhällsfarlig sjukdom kommer fortsatt vård- och omsorg att påverkas. Anvisningar från folkhälsomyndigheten och smittskydd kommer att påverka verksamheterna även kommande år i form av ändrade rutiner och krav på nya arbetssätt och anpassningar av lokaler och övriga förutsättningar. Personal rekommenderas fortsatt att stanna hemma vid minsta symtom vilket kommer att påverka personalkostnaderna inom nämndens område.

Kommande lagstiftning på äldreområdet kommer med stor sannolikhet att medföra större kommunalt ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser inom framförallt äldreomsorgen. Den demografiska utvecklingen, där gruppen 80 år eller äldre i Håbo beräknas fördubblas fram till år 2030, innebär stora utmaningar att strategiskt planera men även att finansiera nämndens verksamheter.

Den demografiska utvecklingen medför troligen en kraftig volymökning gällande verksamheter inom äldreomsorgen. Även inom LSS-området ser förvaltningen en ökande efterfrågan på insatser. Volymökningarna medför både stora investeringsbehov och ökade driftskostnader. Start och uppbyggnad av ny verksamhet medför stora utmaningar både avseende finansiering men också i form av organisatoriska utmaningar och inte minst kompetensförsörjning. Den stora volymen ny verksamhet kommer också med stor sannolikhet att påverka nämndens verksamheters nettokostnadsavvikelse negativt.

Osäkerheter gällande statsbidragens utformning och anvisningar gör att det blir svårt att förutse bidragens effekt på nämndens finansiering. Det är också svårt att använda medlen strategiskt då de ofta tilldelas kortsiktigt och med snäva definitioner av vad de kan och får användas till.

Ändrad ansvarsfördelning mellan region, primärvård och kommun ställer fortsatt krav på nämndens hälso- och sjukvårdsorganisation. Arbetet med effektiv och nära vård 2030 kommer att intensifieras under de kommande åren. Äldreomsorgens och hemsjukvårdens organisation och förutsättningar kommer med stor sannolikhet även att förändras och påverkas av nationella beslut i spåren av pandemin. Förväntade förändringar gällande anställningsvillkor för medarbetare kan komma att medföra ökade kostnader.

Resvanorna med färdtjänst har kraftigt förändrats under rådande pandemi. Förvaltningens bedömning är att resandet kommer att återgå till ett normalläge från och med år 2023.

Förvaltningen ser ett fortsatt stort behov av att utveckla välfärdsteknik. Vidare ser förvaltningen ett fortsatt behov att systematiskt följa och utveckla kvaliteten inom nämndens verksamhetsområden. Upphandling av nytt verksamhetssystem kommer att ta mycket tid och fokus i anspråk. Arbetet har påbörjats 2022 och beräknas pågå fram till årsskiftet 2023-2024.

Ny socialtjänstlag och förändrade regler gällande personlig assistans kommer att påverka nämndens målgrupper, hur och i vilken omfattning är svårt att bedöma då lagstiftningen inte ännu är formellt fastslagen.

Nämndens verksamheter är komplexa och spänner över en stor mängd olika inriktningar. Det ställer stora krav på kompetens hos förvaltningens medarbetare och ledning för att kunna erbjuda en personcentrerad och individualiserad stöd- service- och omsorgsverksamhet. Handläggningsresurser kommer att behöva tillföras för att kunna möta ärendemängd och utvecklingsbehov.

Nämnden kommer de närmaste åren att ha både ökande driftskostnader och finansieringsbehov och kommunens ekonomiska läge gör utmaningarna stora.

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Payan Abdulkarim, Verksamhetscontroller  
payan.abdulkarim@habo.se

## **Kvalitetsberättelse 2022**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna kvalitetsberättelsen för år 2022.

### **Sammanfattning**

Kvalitetsberättelsen beskriver det arbete som pågått under 2022 med att säkra kvaliteten inom nämndens verksamheter samt beskriva det utvecklingsarbete som genomförts under året med tillhörande identifierade utvecklingsområden. I verksamhetsberättelsen som upprättas varje år redovisas måluppfyllelse utifrån nämndens grunduppdrag, målarbete och samtliga aktiviteter som genomförts uppställda till utvecklingsmålen eller som kvalitetsmått kopplade till grunduppdragets kritiska kvalitetsfaktorer. Denna kvalitetsberättelse bör därför läsas tillsammans med verksamhetsberättelsen eller ses som ett komplement till den för att få en helhetsbild över förvaltningens genomförda satsningar och arbete.

### **Ärendet**

Verksamheterna inom nämndens ansvarsområde är skyldiga att ha ett ledningssystem för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Ledningssystemet ska ge stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Syftet med kvalitetsberättelsen är främst att beskriva arbetet med att säkra kvaliteten inom nämndens verksamheter samt beskriva det utvecklingsarbete som genomförts under året.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6855, daterat 2023-02-06
  - Rapport, vård- och omsorgsnämndens kvalitetsberättelse 2022 nr 6858, daterat 2023-02-06
-



**HÅBO**  
KOMMUN

Socialförvaltningen

**TJÄNSTESKRIVELSE**

2(2)

Datum  
2023-02-06

Vår beteckning  
VON 2023/00014 nr 6855

**Beslut skickas till**  
Kommunrevisorerna  
Kommunstyrelsen



Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Payan Abdulkarim, Verksamhetscontroller  
payan.abdulkarim@habo.se

# Rapport

---

**Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsberättelse 2022**



## Innehållsförteckning

Syfte med kvalitetsberättelsen .....	3
Vad är kvalitet inom socialtjänsten? .....	3
Vård- och omsorgsnämndens ansvar 2022 .....	3
Kvalitet- och utvecklingsarbete 2022 .....	4
Förvaltningsövergripande.....	4
Verksamhetssystem .....	6
Digitalisering .....	7
Styrdokument .....	7
Processkartläggningar .....	8
Effektiv och nära vård .....	9
Arbetsmiljö .....	10
Systematiskt kvalitetsarbete .....	11
Kvalitetsundersökningar .....	11
Brukarundersökningar.....	12
Intern kontroll.....	19
Egenkontroll.....	20
Missförhållande enligt lex Sarah .....	20
Patientsäkerhetsarbete inklusive vårdskada enl. Lex Maria.....	22
Ej verkställda beslut.....	22
Granskning av tillsynsmyndighet, Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	23
Avdelningen för stöd till barn, unga och vuxna.....	23
Avdelningen för hemtjänst och personlig assistans.....	23
Avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri .....	25
Avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet .....	26

## **Syfte med kvalitetsberättelsen**

Syftet med kvalitetsberättelsen är främst att beskriva arbetet med att säkra kvaliteten inom nämndens verksamheter samt beskriva det utvecklingsarbete som genomförts under året och identifierade utvecklingsområden. I verksamhetsberättelsen som upprättas varje år redovisas måluppfyllelse utifrån nämndens grunduppdrag, målarbete och samtliga aktiviteter som genomförts uppställda till utvecklingsmålen eller som kvalitetsmått kopplade till grunduppdragets kritiska kvalitetsfaktorer. Denna kvalitetsberättelse bör därför läsas tillsammans med verksamhetsberättelsen eller ses som ett komplement till den för att få en helhetsbild över förvaltningens genomförda satsningar och arbete.

## **Vad är kvalitet inom socialtjänsten?**

Verksamhet som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade är skyldiga att ha ett ledningssystem för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, i enlighet med SOSFS 2011:9, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska ge stöd i att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det ska även bidra till att händelser som kan leda till missförhållande eller vårdskada eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten kan förebyggas. Ledningssystemets grunder utgår från fastställande av processer och rutiner, riskanalyser, egenkontroller, utredning av avvikelser, klagomål och synpunkter samt förbättrande åtgärder.

Kvalitet definieras i SOSFS 2011:9 2 kap. 1§ som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för en verksamhet enligt:

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade
- beslut som meddelas med stöd av sådana föreskrifter

Det systematiska kvalitetsarbetet handlar både om att fortsätta göra sådant som fungerar, men även förändra och utveckla det som vi kan göra ännu bättre.

## **Vård- och omsorgsnämndens ansvar 2022**

Vård- och omsorgsnämnden har på uppdrag från kommunfullmäktige ansvar för att tillgodose Håbo kommuns invånares behov av vård, omsorg och service enligt socialtjänstlagen, SoL, lagen om stöd och service till funktionshindrade, LSS och hälso- och sjukvårdslagen, HSL.

Vård- och omsorgsnämnden är ytterst ansvarig för att nämndens verksamheter drivs med god kvalitet.

## Kvalitet- och utvecklingsarbete 2022

### Förvaltningsövergripande

Förvaltningen har under året jobbat med ett omfattande projekt för verksamhetsstyrning, målarbete och uppföljning inför 2023. Som ett led i utvecklingsarbetet föreslogs en långsiktig plan för nämndens verksamheter i arbetet med grunduppdraget. Förvaltningen föreslog ett förstärkt och heltäckande arbete för att kunna säkerställa att nämndens verksamheter på ett strukturerat sätt jobbar med grunduppdragets samtliga fyra perspektiv (målgrupp, verksamhet, medarbetare och ekonomi) enligt kommunens styrmodell. Nämnden har tidigare inte haft uppställda utvecklingsmål eller kvalitetsmätt kopplade till samtliga perspektiv i grunduppdraget, vilket dels påverkat styrningen och genomförandet av arbetet internt dels visat sig i olika rapporter avseende nämndens måluppfyllelse och arbete med grunduppdraget externt. Det innebär att arbetet som bedrivits inom förvaltningen inte har kunnat följas eller redovisas systematiskt kopplade till specifika kvalitetsmätt, indikatorer och mål eftersom de inte uppställts i verksamhetsplaner tidigare år. Den föreslagna planen antogs i nämnden under juni 2022.

<b>Antagen plan</b>
Utvecklingsmål uppställs för respektive perspektiv i grunduppdraget
Utvecklingsmålen löper under en mandatperiod – årlig översyn och fastställande enligt beslut i nämnd.
Årlig översyn av aktiviteter uppställda till utvecklingsmålen (återrapportering och bedömning/måluppfyllelse rapporteras löpande till nämnd)
Kritiska kvalitetsfaktorer löper under en mandatperiod, översyn sker dock kontinuerligt utifrån förändrad lagstiftning, förordningar, reglemente m.m.
Volym- och resursmätt löper under en mandatperiod
Kvalitetsmätt ska uppställas för respektive kvalitetsfaktor: årlig översyn av förvaltningen, presenteras i årlig verksamhetsplan

Förvaltningen har under hösten 2022 arbetat med att verkställa planen. Genomförandet har skett i olika steg och delmoment för att kunna inkludera flera hundra medarbetare i arbetet. Under hösten har strategiska funktioner från stab, kansli och ekonomi haft en gemensam planeringsdag med workshops tillsammans med förvaltningens ledningsgrupp. Syftet med dagen var att arbeta fram förslag på grunduppdragets innehåll: kritiska kvalitetsfaktorer, nyckelindikatorer, kvalitetsmätt, utvecklingsmål, volym- och resursmätt samt arbeta med kvalitet och kontroll kopplat till riskprocesser inom nämndens verksamheter.

Samtliga deltagare genomförde ett förarbete inför dagen och vidarearbete efter planeringsdagen. Under projektets gång har även samtliga enhetschefer haft en gemensam dag tillsammans med förvaltningens ledningsgrupp och strategiska

funktioner från stab och kansli för genomgång av grunduppdraget och vidarearbete med verksamheternas tillänkta aktiviteter för 2023. Varje verksamhet arbetade fram gemensamma inriktningsområden kopplat till föreslagna utvecklingsmål utifrån sitt verksamhetsområde. Vidare har verksamheterna därefter haft planeringsdagar tillsammans med sina medarbetargrupper för att gå igenom grunduppdraget och jobba fram enhetsspecifika aktiviteter kopplade till grunduppdragets samtliga perspektiv.

Det innehåll som förvaltningen arbetat fram har sin grund i kommunens antagna strategier, policys, planer och mål, vilket nämnden åligger att efterleva. Därtill även har förvaltningen utgått ifrån ålagda skyldigheter, anvisningar och direktiv bl.a. från SKR, Socialstyrelsen, kunskapsguiden, lagstiftning, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som reglerar och har stor verkan på nämndens verksamheter. Innehållet har bl.a. utgjort underlaget verksamhetsplan 2023 som nämnden fattar beslut om under första kvartalet 2023.

Med anledningen av det nya arbetssättet där grunduppdraget blir mer heltäckande kommer en översyn ske av kvalitetsberättelsens upplägg och innehåll vid nästa års redovisning. Kvalitetsberättelsen kommer för år 2023 redogöra för det systematiska kvalitetsarbetet och inte aktiviteter kopplade till nämndens utvecklingsmål, vilket istället kommer kunna redovisas mer omfattande i verksamhetsberättelsen.

Under hösten beslutades att socialförvaltningen skulle delas upp i två förvaltningar. LSS-verksamheterna, inklusive personlig assistans och socialpsykiatris utförarverksamheter flyttar från vård- och omsorgsnämnden till socialnämnden fr.o.m. 2023-01-01. Ytterligare organisationsförändringar som träder in fr.o.m. årsskiftet är att en ny enhet, system- och digitaliseringsenheten, kommer ha sin organisatoriska tillhörighet inom vård- och omsorgsförvaltningen samt att centralbemanningen flyttar till myndighetsavdelningen. För att säkra att verksamheterna i det dagliga arbetet fortsatt kan upprätthålla och tillhandahålla gott stöd, service och omsorg under förändringen har ett omfattande planeringsarbete och genomförande ägt rum inför uppdelningen. Arbetet har omfattat förändringar avseende organisation (övergripande såväl som på avdelnings- och enhetsnivå), reglemente, delegationsordning, styrdokument i övrigt, verksamhetssystem, stödsystem, avtal, omlokalisering m.m. Riskanalyser och riskbedömningar har skett i flera omgångar inom berörda verksamheter med anledning av organisationsförändringarna. Arbetet beräknas pågå under större delen av 2023 för att samtliga förändringar ska kunna slutföras enligt plan.

Utöver de förändringar som hört till förvaltningsuppdelningen har verksamheterna i kommunhuset fått nya arbetsplatser. Flytten har berört merparten av förvaltningens medarbetare i kommunhuset och flertal verksamheter har flyttat till landstingshuset, däribland Centralbemanningen. Omdaningen har skett under oktober 2022.

Förvaltningen har även genomfört en stor satsning på att utveckla och förbättra den sociala dokumentationen. En arbetsgrupp har tagit fram nya styrdokument och rutiner under hösten hölls utbildning för cirka 340 medarbetare, mer information om satsningen finns beskrivet under olika avsnitt i denna rapport.

### **Verksamhetssystem**

Ett stort pågående projekt under året har varit att planera och implementera den organisatoriska förändringen från en till två förvaltningar i berörda system.

Nämndens verksamheter arbetar och dokumenterar individärenden i verksamhetssystemet Treserva. Därtill finns ett antal plattformar och system kopplade till ärendeberedning, kvalitetsledningssystem och verksamhetsplanering, styrning och uppföljning. I och med att flera av socialförvaltningens digitala system flyttats över till utsedda funktioner med systemförvaltaren som huvudansvarig har fokus under året legat på att samordna de olika system som förvaltas i gruppen samt upparbeta ett fungerande systemstöd för verksamheterna. Utvecklingen av samtliga verksamhetssystem har fortsatt pågått parallellt med förändringarna i samordningen. Uppdatering av informationsmaterial och utbildning för personal har pågått under året.

Under 2022 har en projektledare rekryterats till förvaltningen för att hålla i projektet kring upphandling av verksamhetssystem. Arbetet har fortlöpt och under året har både enskilda och gemensamma möten gällande processkartläggning och kravställan inför upphandlingen ägt rum. Arbetsgrupper utifrån roll och funktion har tillsatts som kontinuerligt sett över de verksamhetsspecifika processerna i handläggningen och utförandet av ärenden och insatser. Under våren skickades ett flertal RFler (Request for information) ut till olika leverantörer av verksamhetssystem. Leverantörerna Alfa eCare, Cambio Welfare Systems, CGI Sverige, Pulsen omsorg och Tieto Sweden presenterade sina system (Omega, Viva, Treserva, Combine, Evry) för förvaltningen. Upphandlingens införande kommer att pågå under 2023.

Specifikt för nämndens verksamhetsområde har förvaltningen infört dokumentationsstöd genom dokumentation i Treservas app, d.v.s. i mobila enheter. Appen är en förenklad version av det som går att göra i utförarwebben idag (stationärt) och kommer ge stora möjligheter till ett mobilt arbetssätt. I dagsläget går det att dokumentera, skriva avvikelser samt skicka meddelanden i appen.

För att säkerställa användarens behörighet att logga in och ta del av information så används en säker netid-lösning vilket fungerar ungefär som legitimering med bank-id. Den förbättrade dokumentationen via appen medför kvalitetsförbättringar som brukaren gynnas av genom tydligare och säkrare uppföljning. Den ger oss också bättre underlag för beslut samtidigt som hanteringen av information blir både effektivare och säkrare.

Fler fördelar med appen är att stress hos personal kan minska då anteckningarna skrivs på plats hos omsorgstagaren, att risken för förlust av information blir mindre och det blir lättare att koncentrera sig på nästa arbetsuppgift när den första är helt avklarad. Ytterligare en positiv effekt är att personalens kompetens kan höjas ännu mer och att äldres inflytande och delaktighet ökar, vilket ger nöjdare och tryggare omsorgstagare. Treserva-appen har implementerats i sin helhet på hemtjänsten och under december 2022 har införande påbörjat inom Personlig assistans och LSS-verksamhet. Uppstartsmöten har även genomförts för införande av signering av delegerade uppgifter i appen.

Som ett led i utvecklingen av social dokumentation så har verksamhetssystemet anpassats för att stödja det arbetet. Systemförvaltare har även haft genomgång av

dokumentation i Treserva tillsammans med utsedda dokumentationsstödjare. Lathundar för ändamålet har skapats för att underlätta introduktion av nya medarbetare.

Implementeringen av Cosmic Link har pågått under året. Cosmic Link är ett kommunikationsverktyg för samordning av vård- och omsorgsplanering mellan regionen, privata vårdgivare och kommun. Cosmic Link används för samordnad individuell plan (SIP), vid in- och utskrivning från slutenvård samt för individer som behöver stöd med samordning. Cosmic Link används i samverkan mellan Region Uppsala och länets 8 kommuner för en säker och effektiv kommunikation mellan huvudmännen.

### **Digitalisering**

Under 2022 anställdes en digitaliseringssamordnare med huvuduppgift att analysera och kartlägga de funktioner som behöver gå från analogt till digitalt arbete. Huvuduppgiften 2022 har varit att säkerställa de krav från SKR som behöver implementeras innan 2023, som tex digital signering med app-funktion. Denna app-funktion är startad i projekt och implementering kommer att påbörjas under december 2022.

En kartläggning av system inom socialförvaltningen är genomförd och presenterad för berörda förvaltningar.

För att stärka arbetet i hela kommunen har digitaliseringsstrateg byggt upp ett digitaliseringsråd för att kunna skapa och förverkliga idéer över förvaltningsgränser. Här finns en representant med från nästa alla förvaltningar. Tanken är att få igång stora projekt som e-arkiv och e-tjänster ut till med borgare.

Vidare har året 2022 bestått av att hjälpa seniorer att lära sig hantera Bankid och inköp på nätet. Utbildningar har genomförts och Region Uppsala har varit delaktiga i dessa under hösten 2022.

Material och formalia är framtaget för kommande digitaliseringsprojekt på Västerhagsvägen där vi tagit fram VR-filmer för äldre och personer med demensdiagnos för att få en mer realistisk vardag. VR är ett sätt att se verkligheten i bild och/eller ljud utan att behöva vara på plats. Du kan vända dig om och se vad som finns bakom dig, vad som finns ovan och under. Som att du kliver in i bilden eller filmen. När du tar en VR-bild eller video så fångas allt som är runt kameran, 360 grader.

En digital satsning inom grupp- och servicebostäder enligt LSS har genomförts under året. Projektet, som är en digital tjänst, kallas för Boet och syftar till att ge ökat digitalt stöd i hemmet via surfplattor. Genom applikation Boet i surfplattan kan man se sina rutiner och aktiviteter med hjälp av bilder och text. I appen går det även att lägga till checklistor, bildstöd och tidshjälpmedel – allt för att göra vardagen mer begriplig och hanterbar för användaren. Mer om projektet framgår under avsnittet Avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri.

### **Styrdokument**

Inom förvaltningens verksamhetsområden pågår kontinuerligt ett arbete med att upprätta och revidera olika styrdokument och tillhörande stödmaterial i takt med förändrade arbetssätt, nya direktiv, ändrad lagstiftning och nya projekt.

Under året har ett arbete med att ta fram en lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Flera delar av förvaltningen är representerade. Avdelningschefer, enhetschefsrepresentanter från hemtjänst, personlig assistans och särskilda boenden, biståndsenheten, undersköterskor, legitimerad personal och ombudsman för äldre och funktionsnedsatta har deltagit. Patientsäkerhet innebär att skydda människor från att komma till skada inom vård och omsorg. Socialstyrelsen har tagit fram en nationell handlingsplan som kommuner och regioner ska utgå ifrån i sitt arbete med att ta fram lokala handlingsplaner för patientsäkerhet. Visionen är god och säker vård överallt och alltid.

Under året har även följande riktlinjer/styrdokument reviderats eller tillkommit;

1. Riktlinjer för hanteringen av avvikelser, utredning av Lex Sarah samt utredning av vårdskada enligt Lex Maria
2. Riktlinjer för biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen för äldre och funktionshindrade
3. Riktlinjer för arbetet med våld i nära relationer
4. Riktlinjer för social dokumentation för kommunala utförare inom äldre- och funktionshinderområdet
5. Riktlinjer för medicintekniska produkter
6. Riktlinje för Rehabilitering kommunal primärvård
7. Riktlinjer för skyddsåtgärder inom vård och omsorg
8. Handlingsplan god vårdhygien i vård och omsorg

### **Processkartläggningar**

Under år 2021 påbörjades ett arbete med förvaltningens processkartläggningar genom en upprättad projektplan. Genomförandet och implementeringen pågick fram till och med våren 2022 med ett nytt arbetssätt och uppdaterade processkartläggningar. Med anledningen av samtliga organisatoriska förändringar på förvaltning-, avdelning- och enhetsnivå som planerats för och pågått under 2022 pausades projektet i slutfasen. De organisatoriska förändringarna har stor påverkan på de processkartläggningar som finns upprättade och publicerade varför ett omtag med samtliga processkartläggningar kommer behöva ske när hela organisationen är satt och förvaltningarnas verksamheter arbetar mer fristående från varandra. Idag finns möjlighet för medarbetare att ta del av specifika processkartläggningar men dessa har inte döpts om eller kopplats till de två nya förvaltningar som gäller fr.o.m. 2023 utan hänvisar specifikt till socialförvaltningen eftersom det inte byggts en egen databas för vård- och omsorgsförvaltningen. Omtaget kommer kräva resurser och planering från flera funktioner inom förvaltningen och behöver ske i samverkan med kommunstyrelsen för att både socialförvaltningen och vård- och omsorgsförvaltningen ska ha processkartläggningar för sina verksamhetsområden fristående från varandra även om processerna är likalydande.

Förvaltningen har istället omdirigerat tillgängliga resurser i arbetet med processkartläggningar under hösten till två andra prioriterade områden. Resurserna har omfördelats till arbetet med processkartläggningar inför kravspecifikation kopplat till upphandling av verksamhetssystem samt de organisatoriska förändringarna i verksamhetssystemet för en rättssäker handläggning, dokumentation och utförande av individärenden, uppdrag och insatser för verksamheternas målgrupper. Arbetet fortgår även under 2023 då förändringarna fortsatt pågår.



**Effektiv och nära vård**

Sedan ett antal år tillbaka arbetar samtliga kommuner i länet tillsammans med Region Uppsala för att ställa om den befintliga vården. Omställningen kallas för Effektiv och nära vård 2030 och innehåller fyra målområden: nära, effektiv, hälsofrämjande/förebyggande och samskapande. En målbild för Effektiv och nära vård är framtagen och alla kommuner i länet tillsammans med Region Uppsala har ställt sig bakom den. Omställningen är en förutsättning för att hälso- och sjukvården och den kommunala vård- och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet. Den behövs också för att kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov. Som ett led i arbetet med att utveckla en ny vårdstruktur tillträdde en förändringsledare under hösten 2021. Förändringsledaren har sin organisatoriska tillhörighet inom socialförvaltningen och ingår i ett länsgemensamt nätverk med förändringsledare och andra aktörer från länets kommuner i arbetet med Effektiv och nära vård 2030. Samverkan lokalt sker via den lokala tjänsteledningen. Under året har fem samverkanstillfällen ägt rum och ett utvecklingsarbete av mötesformen har påbörjats.

Under 2022 har arbetet med Effektiv och nära vård 2030 fortskridit. Några medarbetare har deltagit i SKR:s utbildning om förändringsledning inom god och nära vård och några tjänstepersoner har deltagit i en stor mässa gällande omställningsarbetet och digitalisering. Kommunen deltar även via förvaltningens förändringsledare i projektet Vård i hemmet. Under året har Region Uppsala valt att pausa vissa delprojekt inom Vård i hemmet för att i stället kraftsamla kring delprojektet specialiserad palliativ vård i hemmet. Inom delprojektet har man testat ett nytt arbetssätt i form av systeminnovationslabb. Resultatet av detta föll ut väl, varför stödet kommer användas i fler delar av omställningen. Under 2022 har Region Uppsala och länets kommuner också arbetat med frågan kring en överenskommelse om digitala mötesplattformar. Beslut förväntas tas under 2023.

Region Uppsala har de senaste två åren drivit pilotprojektet Äldremottagning. I Håbo har Familjeläkarnas vårdcentral varit pilot och det finns en mycket stor nöjdhet hos målgruppen. Under 2022 fattades beslut om att Äldremottagningar ska breddinföras på samtliga vårdcentraler i länet under 2023. Utöver detta har Håbo kommun tillsammans med andra samverkanspartner kartlagt insatser för personer med samsjuklighet. Region Uppsala har tillsatt två pilotkommuner för att utveckla arbetet med samverkan kring dessa individer. Håbo kommun är inte en av pilotkommunerna, men det kan bli aktuellt att testa arbetssättet under 2023.

Utifrån delmålet samskapande har Region Uppsala och länets kommuner beslutat att fler Samordnad individuell plan (SIP) ska genomföras. Under året har det därför gjorts en kartläggning av användandet av SIP i Håbo. Det framkom att det finns många goda samverkansformer, men att användandet av SIP generellt var lågt. Därför hölls en utbildning i SIP för medarbetare inom Håbo kommun, Region Uppsala och Vårdcentralerna. Utbildningstillfället var under en halvdag och det fanns fyra tillfällen att välja mellan. Sammanlagt deltog över 90 personer på utbildningen. Upplägget för utbildningen var genomgång av bakgrunden till SIP, SIP-processen, SIP i Cosmic Link samt praktiska övningar. En vecka senare hölls även ett dialogforum; "Future Café" för att se över förutsättningarna för SIP i Håbo och kunna ringa in vilka utmaningar och möjligheter som finns. Chefer och tjänstepersoner från Håbo kommun och båda vårdcentralerna deltog.

Under året har kommunen använt God och nära vård medel för att arbeta med omställningen. Exempelvis har digital mötesutrustning köpts in till kommunens hemsjukvård och rehab. Utöver det har hemsjukvården också handlat in olika digitala hjälpmedel för att kunna erbjuda vissa kontroller i hemmiljö. Medarbetare inom hemsjukvården och rehab har även gått sårutbildning respektive förflyttningsutbildning.

En del av Effektiv och Nära vård 2030 är införandet av Vårdcentrum Håbo/Enköping. Diskussioner har pågått under året, men i huvudsak på politisk nivå. Vårdcentrum är en ny vårdnivå som innehåller bland annat vårdcentral, vissa specialistmottagningar, jourmottagning, tandvård, labb och röntgen. Vårdcentrum fungerar också som bas för mobila team och erbjuder närvårdsplatser där patienten kan få inläggande vård på primärvårdsnivå. Arbetet med vårdcentrum beräknas intensifieras under 2023. Utöver vårdcentrum beräknas arbetet med förstärkt geografiskt hälsouppdrag, egenmonitorering och patientkontrakt starta upp under 2023.

### **Arbetsmiljö**

Utifrån kommunrevisionens rekommendationer och arbetsmiljöverkets krav har Håbo kommun fastställt en rad åtgärder på kommun, förvaltnings- och enhetsnivå i en kommungemensam handlingsplan för systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM. Implementeringen av handlingsplanen har skett i projektform, där förvaltningen har en egen arbetsmiljöprojektgrupp.

Arbetet med SAM startades upp i januari 2022 och kommer fortsättningsvis pågå löpande. Förvaltningen följer årshjulet för SAM och har under 2022 arbetat med OSA, Fysisk arbetsmiljö och årlig uppföljning. Arbetet med den sista delen i årshjulet "Hälsomål" sträcker sig 2022/2023 över årsskiftet och beräknas gå upp till nämnd i februari 2023. Samtliga chefer och skyddsombud har gått en två- eller tredagars utbildning i Bättre arbetsmiljö. Utbildningen kommer fortsättningsvis hålla två gånger per år för nya chefer och skyddsombud.

Under augusti/september genomförde kommunen en medarbetarundersökning. Det var ett relativt lågt deltagande jämfört med tidigare år, framförallt inom socialförvaltningen. Detta kan bero på att påminnelser inte gått ut i samma utsträckning som tidigare år. Svarefrekvensen för socialförvaltningen var 45 %. Resultatet har redovisats för nämnden på en övergripande nivå då resultat per nämndområde inte har gått att få ut. Överlag visade undersökningen på relativt goda resultat men samtidigt på bra uppslag till utvecklingsarbete, vilket sker per verksamhetsområde via lokala handlingsplaner.

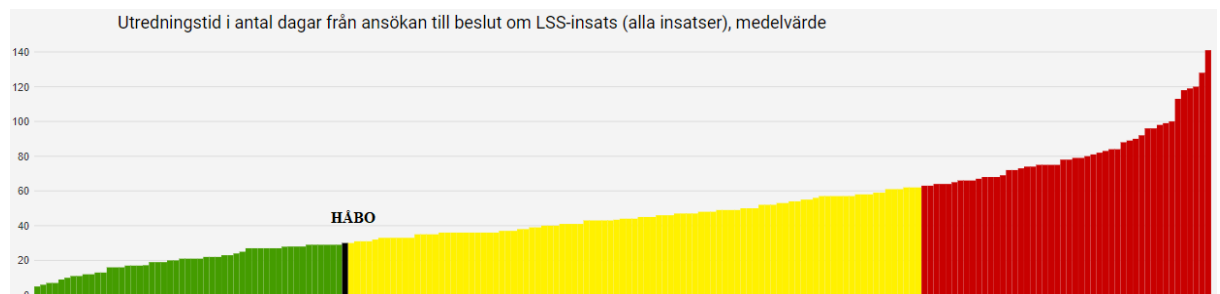
Kommunen har under andra halvåret tecknat och implementerat ett nytt samverkansavtal med flertalet av de fackliga organisationer som har medlemmar i kommunen. Det nya avtalet tydliggör vikten av tidig dialog och ökat medinflytande, ömsesidigt ansvar, vad som är samverkansfrågor och inte och vad som sker när parterna inte är överens. I avtalet regleras också formerna för samverkan samt syftar till att säkra efterlevnad av lagstiftning gällande medbestämmande- och arbetsmiljöfrågor. Till avtalet hör även tillämpningsrutiner som handlar om innehåll och syfte med arbetsplatsträffar (APT), samverkan vid organisationsförändringar och chefsrekryteringar bland annat.

Arbetet med att förbättra introduktion har påbörjats, en så kallad on- och off-boarding som är en övergripande introduktionsplan inom kommunen. Arbetet har påbörjats lokalt inom förvaltningen men är ett arbete som fortsätter in i 2023.

## Systematiskt kvalitetsarbete

### Kvalitetsundersökningar

Förvaltningen rapporterar statistiska underlag till olika nationella undersökningar. Vissa av resultaten publiceras i Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) och i projektet Kommunens kvalitet i korthet, KKiK, andra redovisas i Socialstyrelsens officiella statistik och öppna jämförelser.



Grafen visar kommunens resultat, vilket är precis på gränsen till att hamna bland de 25% i landet.

	2020	2021	2022
<b>Boende</b>			
Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslut om LSS-insats (alla insatser), medelvärde	42	38	30

Inom myndighetsutövningen har verksamheten aktivt arbetat för att förkorta utredningstiderna, vilket fallit väl ut. Resultaten visar att medelvärdet på utredningstiderna har sjunkit med 8 dagar i jämförelse med föregående år.

Utvecklingsnyckeltalet väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende för vuxna inom LSS har inte kunnat lämnas in för år 2022. De har varit för få till antalet och kan till följd av sekretess inte redovisas.

	2020	2021	2022
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	10	11	16
Personalkontinuitet, hemtjänsttagare som möter fler än 20 personal under 14 dagar, andel (%)	3	4	6
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	123	121	85
Väntetider från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, väntat längre än 90 dagar (%)	87	63	30

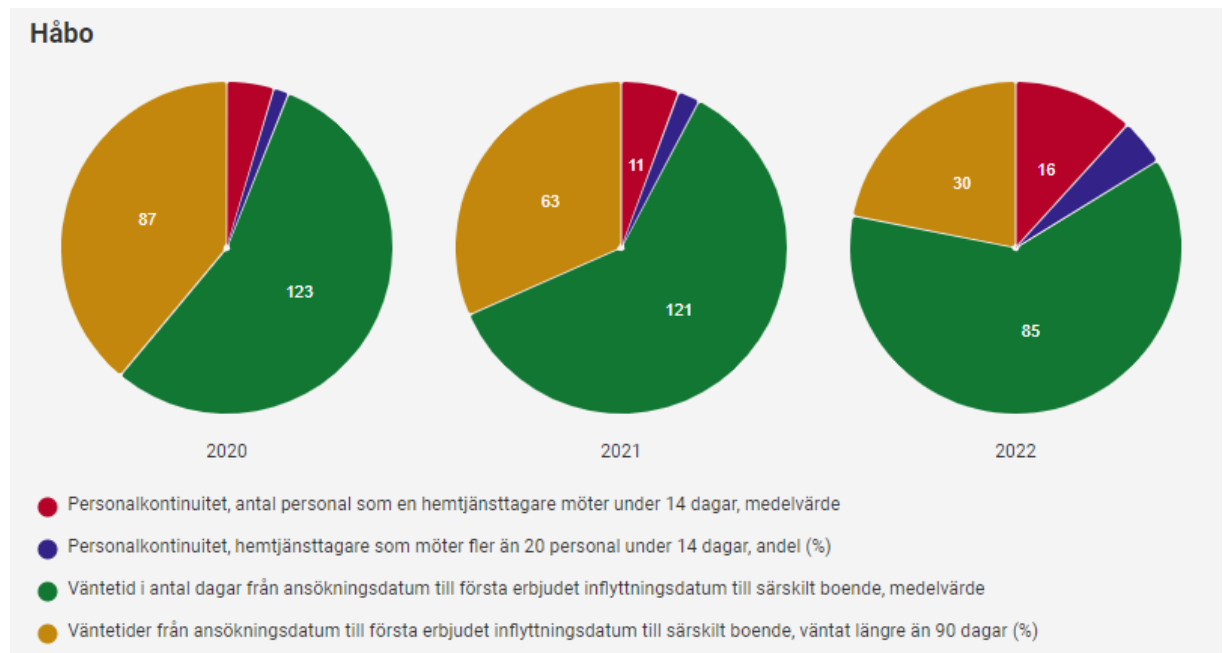
- Bästa 25%
- Mittersta 50%
- Sämsta 25%
- Ingen data

### Äldreomsorg, särskilt boende och hemtjänst

Kommunens resultat för medelvärdet på antal personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar har ökat till följd av det utmanande rekryteringsläget och

personalomsättningen inom hemtjänsten. Kommunens resultat förhåller sig dock fortsatt bland de mittersta 50 % i landet. Endast 6% av hemtjänsttagarna möter fler än 20 personal, resultatet ligger fortsatt bland de 25 % bästa kommunerna i landet.

Nyckeltalen väntetider inom särskilt boende har förbättrats avsevärt. Den procentuella skillnaden för väntetid 90> dagar 2022 jämfört med året innan hamnar på 33 %. Medelvärdet i antal dagar har sjunkit med 36 dagar. En förklaring är det nyöppnade boendet på västerhagsvägen som möjliggjort till kortare väntetider.



*Cirkeldiagrammen visar kommunens utveckling de senaste åren.*

### Brukarundersökningar

Under 2022 har brukarundersökningar genomförts inom funktionshinderområdet (omfattar utförarverksamheterna boenden och boendestöd, daglig verksamhet, sysselsättning samt personlig assistans) såväl som inom äldreomsorgen (SÄBO och hemtjänst). Brukarundersökningarna är en viktig del i förvaltningens kvalitetsarbete.

Nämndens verksamheter inom särskilt boende för äldre och hemtjänst har under flera år genomfört Socialstyrelsens nationella brukarundersökning *Vad tycker äldre om äldreomsorgen?* Undersökningen 2021 försenades på nationell nivå och genomfördes i slutändan inte. Enkätinsamlingen påbörjades under januari 2022 för verksamhetsåret. I resultattabellen framgår jämförelsetal för den senast genomförda undersökningen (2020) och de innevarande resultaten för år 2022. Resultaten publicerades under våren 2022 och återfinns förutom på socialstyrelsens hemsida även på koladas hemsida.

Svarsfrekvensen nationellt 2020 jämfört med 2022 förhåller andelsmässigt i % relativt lika, med marginell ökning 2022. Aggregerad analys av resultaten över tid kan därför i relation till svarsfrekvensen anses som ganska tillförlitlig.

**Svarsfrekvens – hemtjänst, särskilt boende (säbo) och totalt.**

Andel i procent (%) som besvarat undersökningen under åren.

Undersökningen gjordes inte 2021.

Svarsfrekvens	2020	2022
Totalt	48	51
Hemtjänst	57	59
Säbo	40	43

Nyckeltal	Håbo 2020	Håbo 2022	Alla kommuner 2022
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - aktiviteter och känsla av ensamhet, medelvärde (nöjdhet övergripande)	70	67	63
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	71	52	50
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - besväras ofta av ensamhet, andel (%)	32	18	24
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, förtroende och trygghet, medelvärde	70	63	61
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	85	78	77
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, andel (%)	100	92	92
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - få kontakt med personalen på boendet, andel (%)	81	75	79
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	94	75	78
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - information om förändringar, andel (%)	70	25	45
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%)	45	35	40
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trivs med rum/lägenhet, andel (%)	67	83	70

Ett flertal av nyckeltalen i tabellerna avser övergripande frågeområden – det finns därmed fler underliggande nyckeltal att ta del av på koladas hemsida. Kommunens resultat förhåller sig relativt jämförbar med riksvärdet för majoriteten av nyckeltalen, med marginell positiv utfall för nämndens verksamheter både inom hemtjänst och särskilt boende.

De två nyckeltal med större avvikelser inom särskilt boende avser möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål samt information om förändringar. Resultaten 2022 påvisar dels försämring i jämförelse med utfall 2020 (kraftig försämring för nyckeltal information) samt lägre resultat vid jämförelse med riksvärde 2022.

Förbättringsresultat framgår för nyckeltalet *trivsel med rum/lägenhet* både vid jämförelse med resultaten 2020 och jämfört med riksvärde 2022. Nöjdheten har ökat med 16 % år under 2020 till 2022 och utfall år 2022 ligger 13% högre än riksvärdet. Ytterligare en positiv förbättring gäller för nyckeltalet *ensamhet*. Resultaten 2022 jämfört med 2020 har förbättrats med 14 % och ligger i jämförelse med riksvärdet 6 % bättre till, även om det fortsatt är ett utvecklingsområde.

Nyckeltal	Håbo 2020	Håbo 2022	Alla kommuner 2022
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	90	85	88
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - information om förändringar, andel (%)	65	65	62
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, andel (%)	97	96	96
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - besväras ofta av ensamhet, andel (%)	15	14	13
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - få kontakt med hemtjänstpersonalen, andel (%)	85	81	78
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%)	92	89	89
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	88	89	85
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%)	66	64	61
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen kommer på avtalad tid, andel (%)	82	85	82
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%)	90	86	87
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet påverka tider, andel (%)	65	61	51

Inom hemtjänsten förhåller sig resultaten generellt lika i procentuellt utfall över åren och jämfört med riksvärdet.

Möjlighet att påverka tid förhåller sig marginellt lägre jämfört med 2020 men 10 % högre jämfört med riksvärdet. Trots resultaten är det ett utvecklingsområde med hänsyn till att nästan 40% av svaranden inte anser att de har möjlighet att påverka tider. Två andra identifierade utvecklingsområden, även om resultaten förhåller relativt lika över tid, är i likhet med särskilt boende information om förändringar samt möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål. Utfall för de övriga nyckeltalen ligger i procentuellt andel ganska högt trots pandemin, vilket är mycket positivt.

Vid jämförelser, tolkning och analys är det viktigt att beakta ett flertal aspekter. Bland de faktorer som kan påverka utfallet och tolkningen vid analys är ex. att undersökningen 2020 ägde rum i början på pandemin, d.v.s. innan folkhälsomyndighetens rekommendationer och regeringens restriktioner var betydande/genomgripande eller hunnit ge större effekt. Detta jämfört med undersökningen 2022 där pandemins effekter med stor sannolikhet påverkat resultaten.

Socialstyrelsen, som analyserat resultaten på en nationell nivå sedan 2013, har även konstaterat att resultaten 2020 var ovanligt positiva jämfört med tidigare år. Något som man får ta hänsyn till generellt men i synnerhet vid större (negativa) differenser. Det ska här även tydliggöras att undersökningen äger rum under de första månaderna in på året. Under 2022 började verksamheterna återgå till "normalläge" efter pandemiåren och majoriteten av de satsningar och projekt som genomförts under året har skett under det senare halvåret 2022, d.v.s. efter att brukarundersökningen ägt rum. Satsningarna kan ge effekter inför undersökningen 2023 men likväl beaktas vid orsaksanalys av resultaten 2022.

Omställningen under pandemin har också ökat både kraven på och möjligheten till digitalisering och andra kreativa lösningar för målgrupperna. Som exempel kan här nämnas arbetet med att bryta social isolering under perioder där isolering och distans varit utgångsläget för en del verksamheter. Positiva resultat kan därför i sammanhanget delvis förklaras med att verksamheterna har verkat för utökad digitalisering och infört andra kreativa lösningar som gett effekt. Verksamheterna har därmed kunnat bibehålla goda resultat.

Nämndens verksamheter inom funktionshinderområdet har genomfört SKR´s nationella brukarundersökning under hösten 2022. Ett antal enkäter kopplade till de olika verksamhetsområdena användes. Enkäternas fokusområden var tillgänglighet, information, delaktighet och bemötande. Under första halvåret genomfördes ett förarbete på förvaltning-, avdelning- och enhetsnivå inför undersökningen bl.a. med enhetsinventering, anmälan, avtalssigining, informationsblad, nyhetsbrev, anvisningar och webinarium – läs mer under avsnittet *Avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri*.

Resultaten från brukarundersökningen inkom via enkätfabriken strax innan årsskiftet 2022/2023. Resultaten visar på goda utfall såväl som på utvecklingsområden. För några verksamheter har svarsfrekvensen inte varit helt tillfredställande vilket kan försvåra analysen och efterföljande åtgärdsarbete. För verksamheter där svarsfrekvensen är låg, bör svaren därför tolkas med viss försiktighet. Verksamheterna har arbetat med att särskilda satsningar för att möjliggöra för samtliga inom målgruppen att kunna delta. Trots det kvarstår utmaningar i att säkerställa delaktighet på lika villkor för personer med svåra begränsningar till följd av sin sjukdom och/eller funktionsvariation.

Får du bestämma...?				Bryr sig personalen om dig?			
Frågan ställs inte i alla enkäter				Frågan ställs inte i alla enkäter			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	88%	80%	20	Ja	94%	96%	24
Ibland	9%	16%	4	Ibland	6%	4%	1
Nej	3%	4%	1	Nej	1%	0%	0
Får du den hjälp du vill ha...?				Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?			
Frågan ställs inte i alla enkäter				Frågan ställs inte i alla enkäter			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	87%	92%	23	Alla	89%	96%	24
Ibland	11%	8%	2	Några	11%	4%	1
Nej	2%	0%	0	Ingen	0%	0%	0
Förstår personalen vad du säger?				Vet du vem du ska prata med om något är dåligt?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	88%	92%	23	Ja	78%	88%	22
Några	11%	8%	2	Nej	22%	12%	3
Ingen	0%	0%	0				
Känner du dig trygg med personalen?				Trivs du...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	85%	80%	20	Ja	90%	88%	22
Några	15%	20%	5	Ibland	10%	12%	3
Ingen	1%	0%	0	Nej	1%	0%	0

Boendestöd SoL – svarsfrekvens 57%

Får du bestämma...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	77%	69%	29
Ibland	19%	26%	11
Nej	4%	5%	2
Får du den hjälp du vill ha...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	87%	71%	30
Ibland	11%	29%	12
Nej	2%	0%	0
Är det du gör på din dagliga verksamhet viktigt för dig?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	84%	76%	32
Ibland	12%	19%	8
Nej	3%	5%	2
Bryr sig personalen om dig?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	90%	88%	37
Ibland	8%	12%	5
Nej	2%	0%	0
Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	79%	76%	32
Några	19%	19%	8
Ingen	1%	5%	2

Förstår personalen vad du säger?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	80%	81%	34
Några	18%	12%	5
Ingen	2%	7%	3
Känner du dig trygg med personalen?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	85%	90%	38
Några	13%	10%	4
Ingen	2%	0%	0
Är du rädd för något...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Aldrig	77%	81%	34
Ibland	19%	12%	5
Ofta	4%	7%	3
Vet du vem du ska prata med om något är dåligt?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	91%	98%	41
Nej	9%	2%	1
Trivs du...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	86%	79%	33
Ibland	12%	19%	8
Nej	2%	2%	1

Daglig verksamhet LSS – svarsfrekvens 66%

Får du bestämma...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	77%	83%	20
Ibland	17%	13%	3
Nej	5%	4%	1
Får du den hjälp du vill ha...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	81%	71%	17
Ibland	14%	25%	6
Nej	4%	4%	1
Bryr sig personalen om dig?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	82%	83%	19
Ibland	13%	13%	3
Nej	5%	4%	1
Vet du vem du ska prata med om något är dåligt?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	86%	91%	21
Nej	14%	9%	2
Trivs du...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	82%	87%	20
Ibland	12%	13%	3
Nej	6%	0%	0

Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	69%	91%	21
Några	28%	9%	2
Ingen	3%	0%	0
Förstår personalen vad du säger?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	71%	64%	14
Några	26%	27%	6
Ingen	3%	9%	2
Känner du dig trygg med personalen?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	76%	83%	19
Några	20%	13%	3
Ingen	4%	4%	1
Är du rädd för något...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Aldrig	67%	64%	14
Ibland	26%	32%	7
Ofta	7%	5%	1

Gruppbostad LSS – svarsfrekvens 75%





Har du varit med och bestämt vilka som är dina assistenter?				Känner du dig trygg med personalen?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	53%	67%	4	Alla	82%	100%	6
Några	27%	17%	1	Några	17%	0%	0
Ingen	20%	17%	1	Ingen	1%	0%	0
Får du den hjälp du vill ha...?				Kan du göra det du vill med hjälp av dina assistenter?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	88%	100%	6	Ja	74%	100%	6
Ibland	11%	0%	0	Ibland	22%	0%	0
Nej	1%	0%	0	Nej	3%	0%	0
Bryr sig personalen om dig?				Vet du vem du ska prata med om något är dåligt?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	91%	100%	6	Ja	82%	50%	3
Ibland	8%	0%	0	Nej	18%	50%	3
Nej	1%	0%	0				
Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?				Trivs du...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	78%	83%	5	Ja	85%	100%	6
Några	21%	17%	1	Ibland	13%	0%	0
Ingen	1%	0%	0	Nej	2%	0%	0
Förstår personalen vad du säger?							
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022				
Alla	74%	83%	5				
Några	24%	17%	1				
Ingen	2%	0%	0				

Personlig assistans – svarsfrekvens 50%

Får du bestämma...?				Känner du dig trygg med personalen?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	82%	68%	15	Alla	71%	71%	15
Några	15%	32%	7	Några	26%	19%	4
Ingen	3%	0%	0	Ingen	3%	10%	2
Får du den hjälp du vill ha...?				Är du rädd för något...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	77%	55%	12	Aldrig	66%	71%	15
Ibland	19%	32%	7	Ibland	28%	19%	4
Nej	4%	14%	3	Ofta	6%	10%	2
Bryr sig personalen om dig?				Vet du vem du ska prata med om något är dåligt?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	83%	77%	17	Ja	83%	81%	17
Ibland	14%	14%	3	Nej	17%	19%	4
Nej	3%	9%	2				
Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?				Trivs du...?			
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022	Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	68%	82%	18	Ja	76%	68%	15
Några	31%	18%	4	Ibland	21%	27%	6
Ingen	2%	0%	0	Nej	3%	5%	1
Förstår personalen vad du säger?							
Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022				
Alla	70%	64%	14				
Några	28%	23%	5				
Ingen	2%	14%	3				

Servicebostad LSS – svarsfrekvens 100%

## Får du bestämma...?

Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	81%	91%	20
Några	17%	9%	2
Ingen	2%	0%	0

## Får du den hjälp du vill ha...?

Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	90%	95%	21
Ibland	9%	5%	1
Nej	1%	0%	0

## Bryr sig personalen om dig?

Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	92%	100%	21
Ibland	7%	0%	0
Nej	1%	0%	0

## Pratar personalen med dig så att du förstår vad de menar?

Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	85%	100%	21
Några	14%	0%	0
Ingen	1%	0%	0

## Förstår personalen vad du säger?

Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	88%	100%	21
Några	12%	0%	0
Ingen	1%	0%	0

## Känner du dig trygg med personalen?

Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Alla	87%	95%	20
Några	13%	5%	1
Ingen	1%	0%	0

## Är du rädd för något...?

Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Aldrig	80%	76%	16
Ibland	18%	24%	5
Ofta	2%	0%	0

## Vet du vem du ska prata med om något är dåligt?

Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	93%	95%	20
Nej	7%	5%	1

## Trivs du...?

Svarsalternativ	Nationellt 2022	Andel 2022	Antal 2022
Ja	88%	81%	17
Ibland	11%	19%	4
Nej	1%	0%	0

Systemställning SoL – svarsfrekvens 65%.

Arbetet med brukarundersökningen, i synnerhet analys och åtgärder, har tidigare varit eftersatt. Förvaltningens resurser för ändamålet har till större del gått till den praktiska delen av genomförandet och mindre utrymme har funnits till utvecklingsarbete – höja svarsfrekvens och bedriva förbättringsåtgärder utifrån utfall. Verksamheterna hinner inte ta del av resultat och genomföra förbättringsarbete innan det är dags för nästa års undersökning. Med anledning av detta har det inför 2023 uppställts tydliga kvalitetsmål i verksamhetsplanen för brukarundersökningar och kvalitetsundersökningar.

Verksamheterna kommer att genomföra större brukarundersökningar inom Funktionshinderområdet vartannat år och fokusera på analysarbete, åtgärdsplaner och satsningar utifrån utfall vartannat år. På så sätt kan verksamheterna bedriva och upprätthålla det systematiska kvalitetsarbetet genom att planera, genomföra, följa upp och analysera arbetet och resultaten. Kvalitetsundersökningarna (KKiK) och brukarundersökning inom äldreomsorgen (särskilt boende och hemtjänst) kommer dock fortsatt genomföras varje år då genomförandet inte förläggs ut till enskilda verksamheter. Arbetet med analys och handlingsplaner för respektive verksamhet utifrån 2022 års resultat kommer att genomföras under 2023 och följas upp genom uppställda kvalitetsmål som är föreslagna.

Som en del av det finska förvaltningsområdet har också en undersökning påbörjats under året för att kartlägga behovet av finstalande äldreomsorg i Håbo kommun. Undersökningen riktar sig till den som är sverigefinländare i kommunen. Förvaltningen har tagit fram enkäter på svenska och finska för att undersöka efterfrågan och behov av äldreomsorgens utformning för målgruppen sverigefinländare i kommunen. Svaren på enkäten hjälper förvaltningen att upprätthålla en kunskapsbaserad verksamhet i arbetet med framtida utveckling, planering och utformning av insatserna inom äldreomsorgen

utifrån faktiska behov. Kartläggningen genomförs av förvaltningen tillsammans med ansvarig för finskt förvaltningsområde i kommunen.

### **Intern kontroll**

Arbetet med internkontrollen för år 2022 har genomförts enligt plan. Återrapportering har skett till nämnd under december 2022. Utfall på samtliga kontroller och åtgärdsplaner återfinns i ärendet med diarienummer: 2021/00100 och i rapport nr 6590 som hör till ärendet. Nämnden rapporterar även årligen in en analys och utvärdering av systemet och rutiner för intern kontroll till kommunstyrelsen, vilket kommer genomföras under kvartal 1, 2023. Här redogörs istället för hur arbetat med den interna kontrollen genomförts under 2022.

Inför genomförandet av intern kontroll påbörjas under våren arbetet med upprättande av frågeformulär, stödmaterial, matriser och mallar för respektive kontroll- och processområde samt de moment som ingår i internkontrollplanen. Under perioden juli-augusti genomfördes internkontroll 2022. Utfall redovisades övergripande i samband med delårsuppföljningen och registreras även i ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet. Förvaltningens ledningsgrupp erhöll en genomgång av utfallet för att kunna arbeta internt med sina verksamheter och upprätta åtgärdsplaner. Den slutliga rapporten inklusive åtgärderna gick upp i nämnd enligt rutin, vanligtvis vid årets slut om inte allvarliga brister identifieras, vilket i så fall rapporteras till nämnd omgående.

Parallellt med återrapportering av intern kontroll 2022 genomfördes arbetet med framtagande av internkontrollplan för kommande år. Resultaten av innevarande års internkontroll påverkar huruvida kontrollområden fortsatt föreslås inrymmas i kommande års internkontrollplan eller inte. Förvaltningen genomför även riskbedömning med tjänstemän och politiker vid olika tillfällen för att identifiera risker inom nämndens verksamheter som är av vikt för grunduppdraget – d.v.s. för verksamheten såväl som för målgrupperna. Riskbedömningarna med tillhörande riskanalyser genomfördes under september för tjänstemännen och oktober för politikerna. I samband med tjänstemännens riskbedömningar valde förvaltningen ut ett par internkontrollområden för kommande år. När riskbedömning genomfördes med nämnden diskuterades de kontrollområden som både tjänstemännen och nämnden valt ut för interkontrollplan kommande år. Utifrån dialogen och riskbedömningarna sammanställdes det dels i kvalitetsledningssystemet, dels i ärendet internkontrollplan som bereds till nämnd för beslut. Riskbedömningarna och kontrollområdena kompletterades med specifika kontrollmoment och kontrollpunkter, vilket redovisats i internkontrollplanen för 2023.

Under 2021 hade totalt 7 lednings-, stöd, och kärnprocesser identifierats med 10 tillhörande risker. Inom området patientsäkerhet och kommunal hälso- och sjukvård fanns ytterligare 13 lednings-, stöd, och kärnprocesser identifierade med 13 tillhörande riskanalyser. I och med det förstärkta arbetet med mål och grunduppdrag under 2022 har det också bedrivits ett utvecklingsarbete med riskprocesser, riskanalyser och riskbedömning. Totalt 21 lednings-, stöd, och kärnprocesser har identifierats och bedömts med 36 tillhörande risker som analyserats, därtill har även 12 lednings-, stöd- och kärnprocesser identifierats med 12 tillhörande risker som analyserats vilka endast avser kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheterna inom nämndens försorg. Dessa

har inte riskbedömts av politiker utan uppställs enligt rutin med egenkontroller utifrån gällande lagstiftning. Det har således blivit en markant förbättring vid jämförelse med föregående år i processgången och utfallet utifrån det systematiska kvalitetsarbetet. Processgången och arbetet med intern kontroll bedöms därmed ha varit kvalitetssäkrad och fungerat mycket väl under året.

### **Egenkontroll**

Olika egenkontroller har uppställts och genomförts inom myndighetsutövningen såväl som i utförarverksamheter. Arbetet under 2022 har primärt bestått i att verksamheterna systematiskt ska börja genomföra egenkontroller inom SoL/LSS ett antal gånger om året enligt gällande lagbestämmelser – ett område som varit eftersatt. Egenkontrollerna inom utförarverksamhet har avsett granskning av social dokumentation och genomförandeplaner. Inom myndighetsutövningen har uppställts specifika kontrollområden avseende bl.a. dokumentation, rättssäkerhet, behovsprövning och delaktighet/kommunicering. Samtliga genomförda egenkontroller sammanställs i upprättade matriser som sedan analyseras på verksamhetsnivå för att identifiera mönster och utvecklingsområden. Respektive verksamhet vidtar åtgärder om egenkontrollerna påvisar brister.

Inför 2023, i samband med arbetet med mål och grunduppdrag, har processen och rutinen för egenkontroller utvecklats och intensifierats. Det finns för samtliga utförarverksamheter (ej öppen ingång) och inom enheterna för myndighetsutövning verksamhets- och områdesspecifika kontroller upprättade i matriser som det ska rapporteras i. Förutom att fler kontrollområden och fler verksamheter inkluderas finns det särskilda kvalitetsmått uppställda avseende egenkontroller i verksamhetsplanen för 2023. Uppföljning, analys och åtgärdsarbetet kommer därmed bli mer heltäckande och hanteras mer systematiskt.

Egenkontroller utifrån HSL har kontinuerligt genomförts under året och redovisas i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

### **Missförhållande enligt lex Sarah**

Under året har sju händelser skett som har utretts enligt lex Sarah inom nämndens verksamhetsområden. Tre inom avdelningen för äldreomsorg och hälso- och sjukvård (Dalängen), två inom avdelningen för hemtjänst och personlig assistans (Kärnhuset) och två inom avdelningen för stöd omsorg och socialpsykiatri (Sjövägen och Vallvägen 4).

Av de sju rapporterade händelserna som utretts enligt lex Sarah har fyra anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utifrån att de bedömts utgöra påtaglig risk för allvarligt missförhållande. I samtliga av de fyra anmälda händelserna har IVO beslutat att avsluta ärendet och bedömt att nämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet samt vidtagit nödvändiga åtgärder. För samtliga händelser har förbättringsåtgärder identifierats som dels har åtgärdats i direkt anslutning till händelserna men som också finns med i verksamheternas fortsatta förbättringsarbete med tillhörande plan för uppföljning.

Under 2021 genomfördes utbildningssatsningar gällande avvikelser och lex Sarah inom förvaltningen. Vidare gjordes en revidering av rutinen för avvikelshantering och tillägg av stödmaterial upprättades till rutinen.

I jämförelse med tidigare år har rapporteringsfrekvensen och antalet utredningar enligt lex Sarah under 2022 ökat. Ökningen bedöms bero på en ökad medvetenhet kring missförhållande, utifrån de satsningar som gjorts under 2021, samt delvis på den ansträngda situationen inom hemtjänstens verksamhet under 2022. Att verksamheter i större utsträckning kan identifiera händelser som ska utredas medför att åtgärder vidtas och verksamheten, som en del i sitt systematiska kvalitetsarbete, kan arbeta för att förhindra att liknande missförhållanden kan upprepas.

	2020	2021	2022
Genomförda utredningar enligt lex Sarah	6	3	7
Genomförda utredningar enligt lex Sarah som anmälts till IVO <sup>1</sup>	1	1	4

Utifrån nämndens volym av verksamheter och resultatet av genomförd internkontroll gör förvaltningen bedömningen att det kan finnas en risk för en underrapportering gällande lex Sarah. För att minska risken för underrapportering ser förvaltningen att det finns behov av kontinuerlig kompetensutveckling kring lex Sarah. Detta arbete har påbörjats under 2022 genom att enhetschefer, legitimerad personal och medarbetare erbjudits stödjande tillfällen vid implementering av styrdokument och inom utvalda områden så som t.ex. avvikelshantering, lex Sarah och utredningsförfarandet enligt lex Sarah. Stödjande tillfällen kommer framöver att fortgå samt planeras in kontinuerligt i form av så kallade öppna forum.

Arbetet med att revidera riktlinje för avvikelshantering och lex Sarah samt implementering i verksamhet har genomförts under 2022. Riktlinjen riktar sig till samtliga medarbetare inom nämndens ansvarsområde och syftar till att socialförvaltningen ska hantera avvikelser, lex Sarah och vårdskada enligt lex Maria utifrån gällande lagar och förordningar. Ansvarsfördelningen i utredningsprocessen för lex Sarah har ändrats i och med ny riktlinje. Utredningsansvaret har förflyttats till enhetschef i syfte att öka kunskap och medvetenhet på enhetsnivå, för att åtgärder arbetas fram och hanteras mera verksamhetsnära samt för att skapa förutsättningar för enhetschef att bedriva det systematiska kvalitetsarbetet som enheterna är ålagda genom lagar och förordning.

Under året har rutin och lathund för avvikelshantering och lex Sarah samt utredningsmall och övriga stöddokument reviderats och arbetats fram utifrån de ändringar som tillkommit i samband med antagandet av ny riktlinje. Rutinen,

---

<sup>1</sup> Händelser som utifrån utredning bedömts som allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande och därav anmälts till IVO.

utredningsmallen och övriga stöddokument är praktiska hjälpmedel som syftar till att beskriva arbetets gång när en avvikelse/ missförhållande upptäcks, rapporteras, utreds och följs upp inom förvaltningen. Förvaltningen har även tagit fram ett nytt utbildningsmaterial att använda vid utbildning av lex Sarah på enhetsnivå. Vidare har förvaltningen även hållit i genomgångar tillsammans med avdelningarnas enhetschefer gällande utredningsförfarandet vid lex Sarah utifrån ändrat utredningsansvar, nytt styrdokument och nya framtagna stödmaterial.

Förvaltningen har identifierat ett behov av att utveckla former för att återföra kunskap från utredningar mellan verksamhetsområden i syfte att dra lärdom från utredningar, sprida kunskap om händelser och åtgärder för att minska risken att liknande händelser inträffar igen i verksamheterna.

### **Patientsäkerhetsarbete inklusive vårdskada enl. Lex Maria**

I verksamhetsberättelsen 2022 återfinns avsnitt om patientsäkerhetsarbetet och HSL-avvikelser. Förvaltningen upprättar även årligen en patientsäkerhetsberättelse, vilket är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbete som har skett under det gångna året. I den går att lära mer om vilka åtgärder som gjorts för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

### **Ej verkställda beslut**

Under år 2022 har totalt nio beslut rörande SOL, äldreomsorg rapporterats som ej verkställda beslut till IVO. Samtliga beslut avser insatsen särskilt boende. Under de första tre kvartalen rapporterades de som ej verkställda beslut utifrån att de enskilda tackat nej till erbjudandena. Det fjärde kvartalet rapporterades fyra nya beslut med anledning av platsbrist på grund av ombyggnation. Inga beslut enligt SoL, funktionsnedsättning har under året rapporterats.

Under året har totalt 76 beslut enligt LSS, rapporterats. Besluten avser i stort insatserna kontaktfamilj, kontaktperson och avlösarservice samt ledsagarservice. I samtliga fall har nämnden inte kunnat rekrytera lämpliga uppdragstagare. Pandemin bidrog till svårigheter att rekrytera kontaktfamiljer och kontaktpersoner, utförare till avlösarservice och ledsagarservice och det har varit svårt att komma i gång efter den. Arbetssätt och metoder för rekrytering har således sett över och särskilda rekryteringsinsatser har genomförts i syfte att skapa en bank av tänkbara uppdragstagare. En annan aspekt är att se över bedömningskriterierna för aktuella insatser då det i flera fall är svårigheter att rekrytera adekvata uppdragstagare utifrån de behov som det enskilda barnet har.

Där rapporteringen avser beslut om daglig verksamhet har i samtliga fall den enskilde tackat nej till erbjudanden av olika personliga skäl. Fyra beslut avser bostad enligt 9:9 LSS vuxna och där är platsbrist orsaken till att beslutet ej verkställts.

Som ett led i systematiskt förbättringsarbete arbetade förvaltningen under 2021 fram en ny rutin och arbetssätt, för att säkerställa uppföljningsansvaret hos myndighetsutövande tjänsteperson och genom det förhindra oskäliga dröjsmål i verkställighet gällande rapportering av ej verkställda gynnande beslut. Under 2022 har den nya rutinen implementerats bedömningen är att det nya arbetssättet gör det möjligt att på enhetsnivå följa upp hur arbetet med att verkställa beslut fortgår och därmed kunna vidta lämpliga åtgärder när det behövs, både på individ- och verksamhetsnivå. En annan effekt är att

fler beslut som inte är verkställda rapporteras då enheten själva ansvarar för inrapporteringen och detta har medfört en ökad medvetenhet.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har under året inkommit med fem begäran om yttrande då de överväger att ansöka om utdömmande av särskild avgift hos förvaltningsrätten för ett ej verkställt gynnade beslut i enlighet med 16 kap 6a§ SoL.

Under året har IVO ansökt om utdömmande av särskild avgift hos förvaltningsrätten i två ärenden. Nämnden har tidigare yttrat sig i ärendet och bedömer att handläggningen har varit passiv och tagit oskäligt lång tid. Nämnden inväntar utfall i ärendet från förvaltningsrätten.

### **Granskning av tillsynsmyndighet, Inspektionen för vård och omsorg (IVO)**

Inga tillsynsärenden har tillkommit under året.

### **Avdelningen för stöd till barn, unga och vuxna**

Under våren, samtidigt som Buurtzorg (privat hemtjänstutförare) avslutade sitt avtal med kommunen, övergick biståndsenheten till att använda Cosmic Link istället för prator. Implementeringen av det nya systemet pågick parallellt med omställningen inom hemtjänsten samtidigt som det funnits vakanta tjänster. Biståndsenhetens primära fokus under hösten har därför varit att upprätthålla det systematiska kvalitetsarbetet med rättssäkerhet, avvikelshantering och åtgärdsarbete kopplat till myndighetsutövningens processer. Läs mer under avsnitt Hemtjänst och personlig assistans.

Under hela året 2022 har avdelningen haft vakanta handläggartjänster med anledning av att det är svårt att rekrytera medarbetare som har socionomutbildning eller annan utbildning som är likvärdig. Detta har inneburit att verksamheterna i stor utsträckning varit tvungna att ha inhyrd personal. Verksamhetsförändringar eller satsningar har därför inte kunnat genomföras i någon högre utsträckning men för att kunna möta medborgarnas behov på ett bättre sätt, i takt med ökad efterfrågan, så har verksamheten utökats med ytterligare en demensvårdskonsulent.

Inom enheten för missbruk och socialpsykiatri har det genomförts genomlysning av verksamhet och målgruppsarbete utifrån rättssäker handläggning och resurseffektivisering. Arbetet omfattar en nogsam genomgång av handlägningsprocessen för att kvalitetssäkra utredningsprocess såväl som behovsprövning, likvärdiga bedömningar och beslut. Verksamheten har genom egenkontroller, internkontroll och genomlysning identifierat behov av att se över processgången i sin helhet för det arbete som bedrivs för målgruppen. Arbetet har tagit fart på enhetsnivå tillsammans med medarbetargruppen.

### **Avdelningen för hemtjänst och personlig assistans**

Under mars/april 2022 sa den privata hemtjänstutföraren Buurtzorg (f.d. Grannvård) upp sitt avtal med kommunen och upphörde helt med sin verksamhet i Håbo. De hemtjänstbrukare som valt Buurtzorg som utförare behövde då successivt föras över till kommunens egen hemtjänst – Kärnhuset. Detta medförde för Kärnhuset att inom loppet av 6 veckor med 25 % av ordinarie personal att både rekrytera och introducera nya medarbetare enligt alla principer verksamheten normalt har. Under juni fördubblades

således hemtjänstens uppdrag och gick från 400 planerade besök varje dag klockan 7-22 till 800 besök. Personalstyrkan behövde därför utökas till 100 undersköterskor fördelade i 4 team med var sin chef och samordnare.

Fr.o.m. mitten av maj t.o.m. mitten av augusti jobbade hemtjänsten primärt med akuta åtgärder för att få verksamheten att gå ihop. Den stående utmaningen under året har varit det tuffa rekryteringsläget, framför allt att rekrytera undersköterskor med körkort, vilket är en svårighet i hela landet. Verksamheten har till följd av det ansträngande läget inte haft förutsättningar att alltid få ihop logistiken kring de uppdrag som behövt verkställas. Det har, av naturliga skäl, lett ett ökat inflöde av avvikelser - något som verksamheten ändå kunnat identifiera, rapportera och ständigt arbeta för att undanröja. Medarbetarengagemanget har varit en av de viktigaste framgångsfaktorerna i att hemtjänsten trots situationen kunnat hålla ihop verksamheten i den utsträckning som de gjort. Hela hemtjänsten har gjort stora ansträngningar för att möta målgruppernas behov på bästa möjliga sätt och verkställa samtliga uppdrag som hemtjänsttagarna haft rätt till.

Inom avdelningen har det ändå kunnat genomföras ett antal projekt under året. Verksamheten har använt statsbidraget Äldreomsorgslyftet bl.a. till den stora satsningen inom social dokumentation. Samtliga ordinarie personal, ca 60 medarbetare, har genomgått utbildning i social dokumentation. På avdelningen har även dokumentationsombud införts för att fortsatt stödja medarbetarna kring social dokumentation. Treserva-appen har också möjliggjort till att all omvårdnadspersonal numera dokumenterar i journalen och inte i daganteckningar, vilket höjt rättssäkerheten och har positiva effekter för brukare eftersom dokumentationen kan ske i realtid tillsammans med brukaren.

Verksamheten har även genomfört en ytterligare kompetenshöjande satsning, inom området palliativ vård – en del av länets satsning. Palliativ vård är en vårdform, ett förhållningssätt och ett kompetensområde med syftet att möta behov hos den enskilda människan (patienten) och hos närstående när sjukdom eller ålder gör att livet går mot sitt slut. Samtliga enheter har utsett palliativa ombud som har gått en fördjupad utbildning tillsammans med sjuksköterskorna. All omvårdnadspersonal har genomgått en webbutbildning. Utbildningen är ett samarbete med Akademiska sjukhusets palliativa konsultteam.

Genom Äldreomsorgslyftet har tre medarbetare genomfört undersköterskeutbildning och flertal chefer har genomfört ledarskapsutbildning via högskolan i Borås. Ledarskapsutbildningen för äldreomsorgens chefer bidrar till ökad kunskap om den nationella värdegrunden för äldre och arbetet med etik och värdegrundsfrågor. Kursen tar även upp lagstiftningen på området samt styrdokument som ledningsstöd och tillämpningen av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I kursen bearbetas dessutom olika ledarskaps- och organisationsteorier samt förbättringskunskap, utvärdering och evidensbaserad praktik. Allt med målet om god kvalitet för den äldre personen.



## **Avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri**

Pandemin har fortsatt påverkat verksamheterna i varierande grad under året och arbetet har fortsatt med att minska smittspridning och förebygga svår sjukdom hos både brukare och medarbetare, dock inte med samma dignitet som tidigare år vilket inneburit en positiv påverkan på avdelningens utvecklings- och kvalitetsarbete.

Avdelning har under året, för att kvalitetssäkra utförandet, tagit fram ett gemensamt koncept för alla avdelningens verksamheter ”För de vi är till för”. Förutom verksamhetsidé förtydligar konceptet avdelningens mål, hur vi ser på ett gott ledar- och medarbetarskap samt vilken kompetens som behövs i alla led.

Ett utbildningshjul är framtaget som en basutbildning för alla medarbetare. Utbildningen innehåller bland annat lagstiftning, diagnoskunskap, alternativ och kompletterande kommunikation (AKK), tydliggörande pedagogik samt lågaffektivt bemötande.

Avdelningens har med ett stort fokus under året fortsatt att arbeta med övergång från ett vård- och omsorgstänk till ett mer pedagogisk synsätt. Antalet stödpedagoger har ökat från fem till elva, och alla enheter har nu minst en pedagog. Avdelningens verksamhetsutvecklare har startat och ansvarar för ett stödpedagogforum vars syfte är att upprätthålla, utveckla samt implementera avdelningens mål för att ge förutsättningar för varje brukares rätt till att få leva sitt bästa liv. Införandet av arbetet med stödpedagoger har varit en förutsättning för årets kvalitetsutvecklingsarbete där pedagogerna haft en aktiv roll i genomförandet.

Ett digitalt verksamhetsstöd för LSS-boende, BOET har i projektform testats under året på tre enheter. Det är ett pedagogiskt stöd för individen som möjliggör ökat självbestämmande och inflytande, större valfrihet och ökad känsla av delaktighet. Det är även ett stöd för personalen så man kan ge rätt stöd, på rätt sätt, vid rätt tillfälle. Några av stödpedagogerna har varit essentiella i införandet. De har fungerat som Boet-ombud för att utbilda medarbetare, stötta brukare samt individanpassa det digitala stödet. Projektet har slagit väl ut och kommer att redovisas separat.

En satsning gjordes under hösten för att möjliggöra för brukarna att ta del av valet 2022. Stödpedagoger startade en val-grupp för att planera och genomföra insatser kopplade till demokrati och val. Detta resulterade primärt i två projekt – ett där brukare fick möjligheten att känna på hur det känns att rösta i ett så kallat simulerat val, det andra genom två studiecirkel i samarbete med Vuxenskolan.

Stödpedagogerna har även haft en viktig roll i att möjliggöra SKR:s brukarundersökning. De har tillsammans med verksamhetsutvecklare samordnat, planerat samt fungerat som frågeassistenter för att alla som vill och kan ska få delta i undersökningen. Stödpedagogerna har även varit behjälpliga utanför avdelningen genom att ta kontakt, informera och hjälpa kommunmedborgare med personlig assistans att få möjligheten att svara på enkäterna.

Utifrån interkontrollens resultat så har en stor satsning gjorts under hösten på att utbilda alla medarbetare kring socialdokumentation. Alla enheter har nu utsedda och utbildade

dokumentationsombud som stöd för övriga medarbetare. Det finns dock fortfarande utvecklingsområden i dokumentationsarbetet bland annat kring följsamhet och hur stödet ges för att öka den enskildes självständighet.

Inom daglig verksamhet (LSS) så har åtta nya arbetstagare tillkommit under året. Fyra arbetstagare har fått hjälp och stöd till att gå vidare till lönearbete. Samverkan mellan arbetsstödet, arbetsmarknadsenheten samt daglig verksamhet LSS har också ökat för att kunna bredda och stärka möjligheterna för den enskilde till en mer anpassad stegförflyttning mot uppsatta mål.

Den 23 november hade socialpsykiatrins tre enheter, arbetsstöd, boendestöd och träffpunkten Källan, en invigning med öppet hus för att fira att man fått nyrenoverade lokaler. Det blev en fin tillställning som uppskattades av både gäster och samverkanspartners på Källan.

### **Avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet**

Under 2022 har en ny enhet organiserats på avdelningen, Centralbemanningen. Under pandemin centraliserades bemanningen som en beredskap för stort personalbortfall. Med goda erfarenheter och gott resultat beslutades det på avdelningen att permanent fortsätta att centralt hantera rekrytering av timanställda ersättare samt att arbeta sammanhållande och övergripande med all vakanshantering inom äldreomsorgen. Resurser från enheternas administrativa del fördes över till Centralbemanningen där 2 bemanningskoordinatorer anställdes. Som ett ytterligare steg rekryterades en 3:e koordinator till enheten under andra halvåret, i och med det hanteras även hemtjänsten i den centrala bemanningen. Centralbemanningen är en förutsättning och viktigt nav i Heltidsresan där resurser behöver optimeras för att nå goda resultat.

Centralbemanningen ansvarar för frånvaroanmälan och hantering av de uppkomna vakanserna i alla verksamheter inom äldreomsorgen, såväl akut uppstådda som planerade. Tidigare hanterades dessa lokalt på varje boende och enhet. Genom den nya organiseringen har det frigjorts tid för samordnare och personer ute i verksamheterna att använda de befintliga resurser de förfogar över till arbetet med målgruppen istället. Centralbemanningen intervjuar och rekryterar alla timanställda ersättare som behövs ute i verksamheterna. De har också ett nära och tätt samarbete med personal ute på boenden där målet är att tillsätta ersättare med bra matchning utifrån behovet så att målgruppen kan få bästa tänkbara stöd och hjälp. Centralbemanningen organiseras fr.o.m. 1 januari 2023 under myndighetsavdelningen.

Håbo kommuns stjärnmärkning av verksamheter påbörjades under 2022. Stjärnmärktutbildningen är en utbildningsmodell i fyra steg som vänder sig till särskilda boenden, dagverksamheter, hemtjänst- och biståndshandläggare. Genom utbildningen har personalen fått kunskap och verktyg för att kunna utveckla det personcentrerade arbetet på sin arbetsplats. När minst 80 procent av personalen genomfört de fyra utbildningsstegen och arbetsplatsen arbetar utifrån utbildningsmodellens intentioner tilldelas den diplommet Stjärnmärkt. Stjärnmärkningen omprövas sedan varje år.

All personal på Solängen, Dalängen, Västerhagsvägen, Plommonvägen 6 och Pomonas korttidsboende 4:4. genomförde utbildningen, inklusive enhetschefer, samordnare, sjuksköterskor och rehab. De somatiska enheterna har deltagit för att arbeta med 0-vision för begränsningsåtgärder. I början av december 2022 var alla grupper och enheter helt klara med utbildningen och tilldelades diplommet Stjärnmärkt. Det är ett bevis för att medarbetarna har fått grundläggande kunskap om demenssjukdomar och verktyg för att arbeta personcentrerat, något som har högsta prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Verksamheterna inom avdelningen har i likhet med avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri samt avdelningen för hemtjänst och personlig assistans deltagit i projektet avseende social dokumentation och har utsett dokumentationsombud på respektive verksamhet. Avdelningen har även varit delaktig i den palliativa satsningen och har på samma sätt som inom avdelningen för hemtjänst och personlig assistans genomgått utbildningar och förstärkt den goda vården och omsorgen för äldre och sjuka i livets slutskede.

Västerhagsvägens äldreboende öppnade upp för inflyttning februari 2022. Västerhagsvägen har av Oral Care AB (Sveriges största mobila tandvårdsföretag) fått utmärkelsen Guldtanden 2021/2022 i Region Uppsala, tack vare personalens engagemang för en god munhälsa hos sina boende. En bra munhälsa skapar förutsättningar för en bra allmänhälsa och en bättre livskvalitet – vilket också står i det diplom som personalen tog emot på boendet den 10 maj.

Inom Hemrehab hemsjukvård har sjuksköterskegruppen startat en kvalitetsgrupp för att arbeta med lokala rutiner samt implementera och förbättra arbetssätt inom verksamheterna. Omvårdnadspärm och nytt stödmaterial inför delegering till omvårdnadspersonalen har upprättats. Omvårdnadspärmen innehåller beskrivande exempel på tillvägagångssätt i olika omvårdnadssituationer och vid olika uppgifter. Informationsblad från sjuksköterskor och rehab-personal har även upprättats med viktig information som är nödvändig att känna till - vilket tilldelas nyanställda för att upprätthålla följsamhet och god kvalitet i arbetet.

Verksamheten har även startat arbetet med en läkemedelsgrupp som kontinuerligt arbetar med förbättrade arbetssätt gällande läkemedel. Införandet av digitala läkemedelsskåp har även påbörjats. Digitala läkemedelsskåp innebär en ökad kontroll över läkemedelshanteringen och hemsjukvårdens ansvar kan på så sätt kvalitetssäkras. Verksamheten Hemrehab-Hemsjukvård har under året delats upp i två enheter.

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sarah Wenne, Verksamhetsutvecklare  
0171464352  
sarah.wenne@habo.se

## **Avvikelse rapport SoL och LSS år 2022**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna förvaltningens avvikelse rapport SoL och LSS för helår 2022.

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämndens verksamheter ska upprätta avvikelser vid brister i verksamheten, ta emot och utreda klagomål och synpunkter och sammanställa och vidta förbättrande åtgärder utifrån det.

### **Ärendet**

Rapporten redovisar sammanställning över rapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål inom social omsorg (SoL och LSS) under helår 2022. Sammanställningen påvisar en markant ökning av upprättade avvikelser och synpunkter/klagomål på aggregerad nivå. Diskrepansen bedöms till största del bero på de omfattande förändringen under 2022 inom hemtjänsten samt till viss del på att nämndens verksamheter under 2021 till stora delar var stängda på grund av pandemin, vilket medförde en lägre rapportering.

Rapporteringsfrekvensen för avvikelser och synpunkter/klagomål är för majoriteten av enheterna högre under 2022 än tidigare år. Förvaltningen bedömer inte att detta, för merparten av verksamheterna, föranleds av en försämrad kvalitet hos enheterna utan att tidigare utvecklingsåtgärder har medfört att enheterna ökat sin medvetenhet kring avsteg från kvaliteten vilket lett till den ökade inrapporteringen av avvikelser. Att enheterna i större utsträckning kan identifiera avvikelser skapar goda förutsättningar för förbättringsarbete.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning. Förvaltningen kommer att fortsätta sammanställa och analysera avvikelser, klagomål och synpunkter på aggregerad nivå till nämnd även under år 2023.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6700, daterad 2022-12-08
  - Rapport, Vård- och omsorgsnämndens rapport om avvikelser, klagomål och synpunkter helår 2022 nr 6701, daterad 2022-12-08
-



Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sarah Wenne, Verksamhetsutvecklare  
0171464352  
sarah.wenne@habo.se

## Rapport, Vård- och omsorgsnämndens rapport om avvikelser, klagomål och synpunkter helår 2022

### Inledning

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utan dröjsmål dokumentera, utreda, avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande enligt 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 e § lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Detta sker genom avvikelserrapportering, synpunkt- och klagomålshantering samt anmälan om missförhållande enligt lex Sarah. Vi kan inte få ett system helt utan avvikelser och misstag men vi kan hjälpas åt att få stödet och omsorgen säkrare. Det är enbart när avvikelser uppmärksammas som verksamheterna ges möjlighet att åtgärda och förebygga händelserna. Att rapportera, utreda och följa upp avvikelser, synpunkter och klagomål är ett viktigt led i det systematiska förbättringsarbetet inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter. I denna rapport redovisas verksamheternas rapporterade avvikelser, inkomna synpunkter och klagomål samt vidtagna åtgärder och analys på aggregerad nivå för perioden 1 januari – 31 december 2022, både inom myndighetsutövning och utförarverksamhet.

### Bakgrund

Vård- och omsorgsnämndens verksamheter ska i enlighet med 5 kap. 3§ SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ta emot och utreda avvikelser, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Dessa ska sammanställas och analyseras för att kunna se brister eller mönster som indikerar att det kan finnas brister i verksamhetens kvalitet. Verksamheterna behöver även vidta åtgärder för att liknande händelser inte riskerar att inträffa på nytt. Av SOSF 2011:9 definieras avvikelser enligt nedan:

- En avvikelse uppstår om verksamhet inte når upp till *kvalitet* – dvs. inte efterlever lag, krav och mål i föreskrifter eller i beslut.
- En avvikelse uppstår om verksamheten inte arbetar i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.
- Identifierade avvikelser ska *åtgärdas*.
- Identifierade avvikelser ska leda till att processer och rutiner ses över utifrån rapporterade avvikelser och hindra att det inträffade uppstår på nytt.
- Det systematiska förbättringsarbetet är inte till för att hitta syndabockar – utan för att lära sig av uppkomna misstag.

En avvikelse kan därav ses som en händelse som inträffar och inte stämmer med befintliga rutiner eller förväntat händelseförlopp. Det kan exempelvis röra en persons insatser, omsorg, dokumentation eller myndighetsutövande. Av fastställd rutin ska avvikelser upprättas av förvaltningens medarbetare och utreds av närmsta chef, men kan även inkomma från andra vårdgivare, till exempel regionen vid brister i samverkan. För det finns en särskild överenskommelse; vård i samverkan (ViS).

Rapporterade avvikelser ska bedömas utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet att händelsen kan inträffa på nytt genom en riskmatris i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet. Avvikelsena bedöms i ett värde mellan 1-4 inom både allvarlighetsgrad och sannolikhet. 1 ses som mindre allvarlighetsgrad och 4 som katastrofal. Sannolikheten utgår från värde 1 som anses som mycket liten och 4 som mycket stor sannolikhet att det kan inträffa. Poängen i riskanalysen multipliceras med varandra som sedan ger en total poäng som bedömer händelsens riskvärde. Avvikelser som bedöms med ett riskvärde över åtta ska utredas vidare enligt lex Sarah i enlighet med 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS.

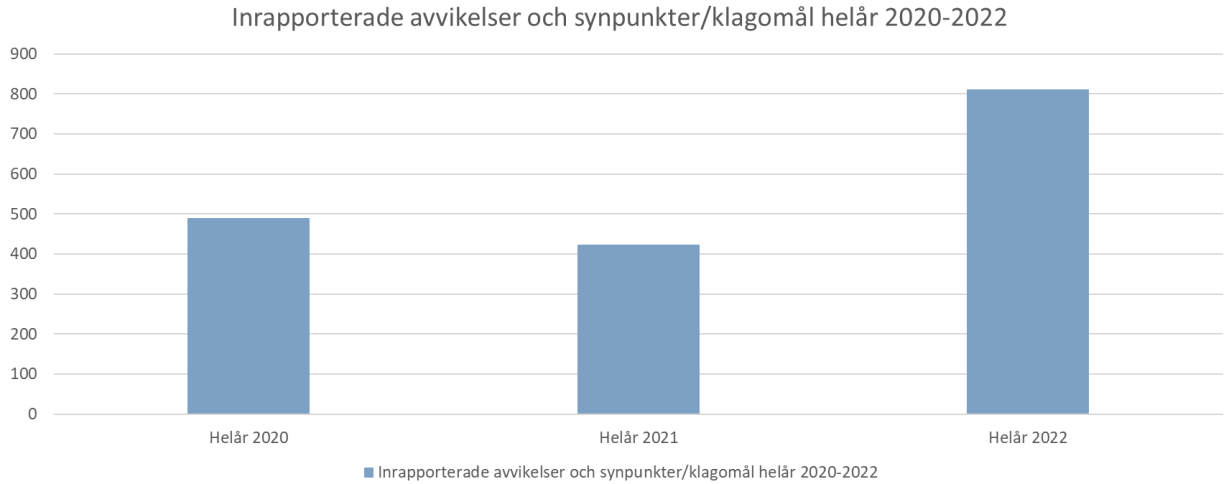
### **Rapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål under perioden 1 januari – 31 december 2022**

För perioden har totalt 812 avvikelser, synpunkter/klagomål upprättats inom nämndens samtliga verksamheter som rapporterar avvikelser, att jämföra med tidigare års rapporteringsfrekvens som 2021 var 423 stycken samt 2020 var 489 st. På aggregerad nivå medför detta en markant ökning av upprättade avvikelser och synpunkter/klagomål. Diskrepansen bedöms till största del bero på den omfattande förändring och den under 2022 ansträngda situationen inom hemtjänsten, vilket lett till kraftigt ökad frekvens av avvikelser, synpunkter och klagomål inom verksamheten. Diskrepansen bedöms även till viss del bero på att nämndens verksamheter under 2021 till stora delar var stängda på grund av pandemin, vilket medförde en lägre rapportering.

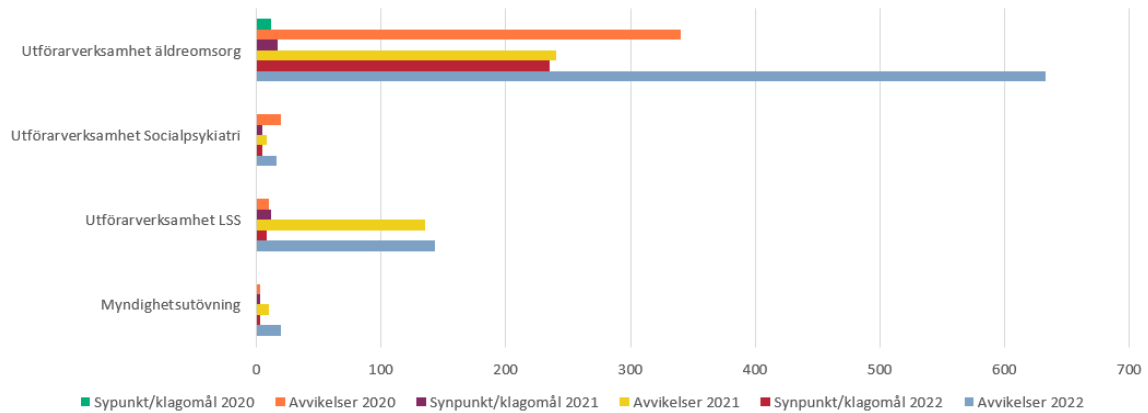
Merparten av avvikelserna inryms inom område *utförarverksamhet äldreomsorg* vilket är förvaltningens största område sett till antalet brukare och insatser. Den markanta ökningen av avvikelser och synpunkter/klagomål härleds till den ovan beskrivna situationen inom hemtjänsten.

Rapporteringsfrekvensen för avvikelser och synpunkter/klagomål är för majoriteten av enheterna högre under 2022 än tidigare år. Fåtalet enheter har en lägre rapporteringsfrekvens än tidigare år. Förvaltningen bedömer inte att detta, för merparten av verksamheterna, föranleds av en försämrad kvalitet hos enheterna utan att tidigare utvecklingsåtgärder har medfört att enheterna ökat sin medvetenhet kring avsteg från kvaliteten vilket lett till den ökade inrapporteringen av avvikelser. Att enheterna i större utsträckning kan identifiera avvikelser skapar goda förutsättningar för förbättringsarbete.

Nedan bild visar fördelningen av den totala inrapporteringen av avvikelser och synpunkter/klagomål under perioden 2020- 2022.

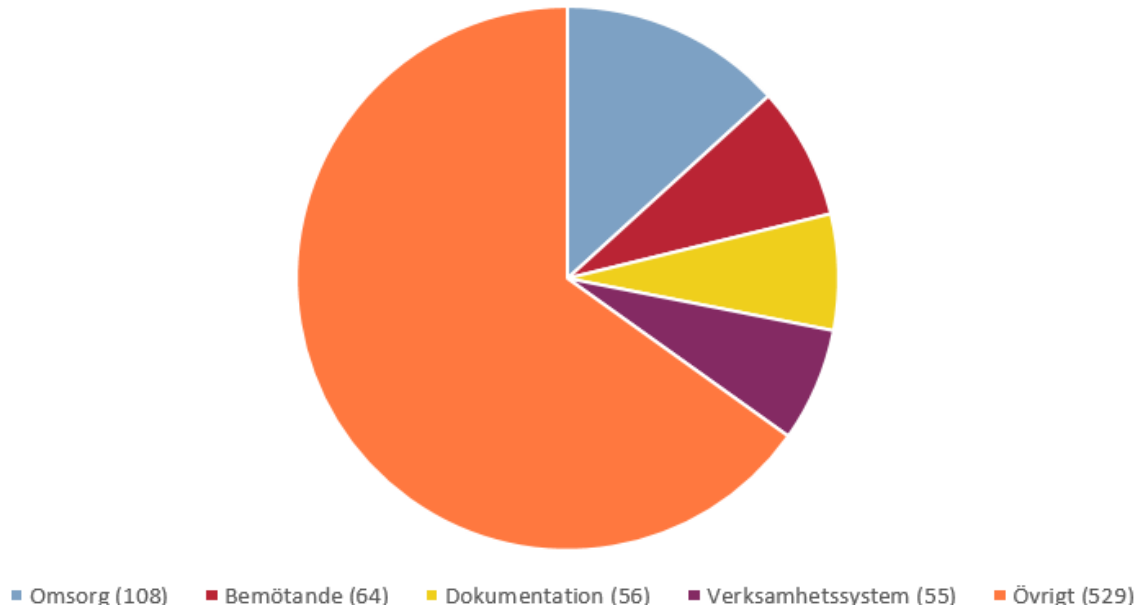


Nedan bild visar fördelningen av avvikelser och andel synpunkter och klagomål mellan åren 2020 – 2022.



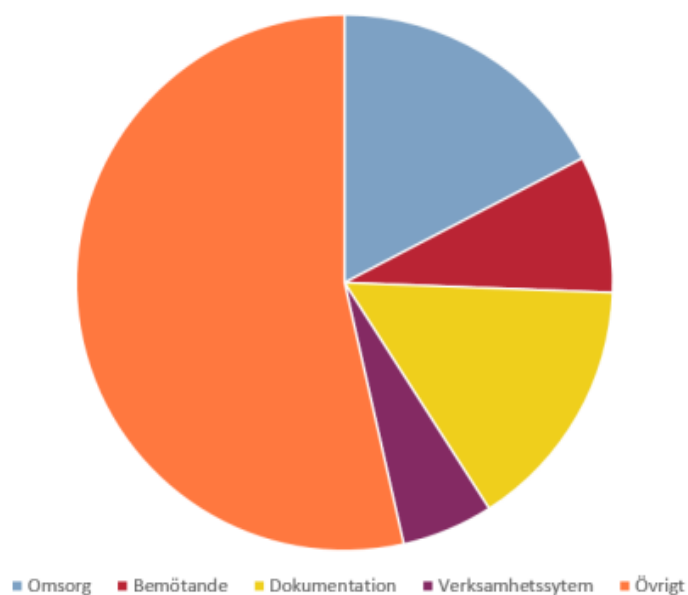
Sammanställning av avvikelser på aggregerad nivå görs utifrån områdena *dokumentation, bemötande, verksamhetssystem, omsorg och övrigt*. Område *övrigt* är en sammanslagning av områdena *synpunkter/klagomål, handläggning, våld och övergrepp, larm* samt *samverkan*. Under perioden januari – december 2022 är fördelning av avvikelser enligt nedanstående.

### Fördelning områden helår 2022



Områdesindelningen för avvikelser justerades i april 2021 varav jämförelse enbart är möjlig för perioden april – december 2021. Under perioden är fördelning av avvikelser enligt nedanstående.

### Områden april - dec 2021





Fördelningen mellan de olika områdena är till stora delar likalydande mellan 2022 och 2021. 2021 identifierades utvecklingsbehov inom nämndens verksamheter vad gäller dokumentation, detta utifrån upprättade avvikelser inom området. För helår 2022 kan vi se en något minskad rapportering av avvikelser vad avser dokumentation, vilket kan vara en effekt av vidtagna förbättringsåtgärder i verksamheterna. Vid analys kan även ses en något ökad rapportering av avvikelser inom område verksamhetssystem. Förvaltningen ser att detta kan ha kopplingar till den utbildningsinsats gällande social dokumentation som genomfördes under hösten 2022 där frågan kring behörighet till verksamhetssystem kom att aktualiseras på enheterna.

Utmärkande är att över hälften av avvikelserna sammanställs inom område övrigt, vilket försvårar analysen. På övergripande nivå kan vi se att det i majoritet rör sig om synpunkter/klagomål som härleds till brister i följsamhet till rutiner, samt uteblivna eller försenade besök/insatser. En förbättringsåtgärd som kommer att genomföras under 2023 är att inrapporteringen av avvikelser på enhetsnivå sker inom samtliga rapporteringsområden i syfte att underlätta kommande analysarbete.

Vissa av nämndens verksamheter har i sin analys identifierat en viss underrapportering samt att det finns kunskapsbrist gällande avvikelshantering. Förvaltningen planerar därför att genomföra genomgångar/utbildningsinsatser kring avvikelshantering löpande under 2023. Förvaltningen har kunnat identifiera ett behov av stöd på enhetsnivå vid uthämtningen av data från verksamhetssystemet och analysarbetet i samband med del- och helårsrapportering. Vid genomgång av avvikelshanteringen har förvaltningen under året även kunna konstatera ett utvecklingsbehov gällande riskbedömningar. Förvaltningen har utifrån detta förtydligat förfarandet gällande riskbedömning av avvikelser i samband med revidering av rutinen för avvikelshantering och planerar att följa upp riskbedömning och avvikelshanteringen i internkontroll 2023.

**Myndighetsutövning inom socialpsykiatri, LSS, äldreomsorg och färdtjänst**  
Inom myndighetsutövning inryms enheten för socialpsykiatri och Biståndsenheten.

#### *Enheten för socialpsykiatri*

Inom enheten för socialpsykiatri har totalt 8 avvikelser rapporterats för perioden. Ingen avvikelse har rapporterats som allvarlig. Avvikelserna inryms inom område dokumentation samt fyra (4) avvikelser som berör samverkan med regionen och området bemötande. Verksamheten har framfört dessa avvikelser till regionen och regionen har utifrån dessa händelser vidtagit åtgärder. Verksamheten har mottagit och registrerat en (1) synpunkt/klagomål. I jämförelse med helår 2021 (jfr 0 st 2021) har rapporteringsfrekvensen ökat.

#### *Biståndsenheten*

Biståndsenheten har under perioden rapporterat 12 avvikelser, varav 2 avvikelser som inkommit som synpunkt/klagomål. Ingen avvikelse har rapporterats som allvarlig. Avvikelserna inryms inom områdena dokumentation (4) och bemötande (8). Rapporteringsfrekvensen är i jämförelse med helår 2021 likvärdig (jmf 10 st 2021). Enhetens medarbetare har under våren gått utbildning i avvikelshantering. Verksamheten har under året haft en stor andel inhyrd personal vilket bedöms ha påverkat inrapporteringen av avvikelser. Enheten har identifierat ett utvecklingsområde

kring att öka medvetenheten kring synpunkter och klagomål hos brukare och att informationsinsatser kring detta behöver genomföras på enheten.

### **Utförarverksamhet inom LSS**

Inom utförarverksamhet LSS inryms daglig verksamhet, personlig assistans, gruppboendena Sjövägen, Vallvägen 2, Vallvägen 4 och Lindegårdsvägen samt serviceboendena Dalvägen, Lindegårdsbacke och Björkvallen.

#### *Daglig verksamhet*

Verksamheten var stängd under januari månad utifrån pandemin. Inom daglig verksamhet har det under perioden rapporterats totalt 21 avvikelser inom LSS. Avvikelseerna inryms inom område omsorg (3), verksamhetssystem (7), dokumentation (8) samt övrigt (3). Rapporteringsfrekvensen i jämförelse med helår 2021 (jfr 4 st 2021) är högre vilket delvis kan härledas till att verksamheten under år 2022 varit öppen i större utsträckning samt ökad medvetenhet kring avvikelseanmälan. Orsak bakom avvikelseerna grundar sig främst i brister i följsamhet till rutin, vilket har medfört brist i omsorg eller utebliven insats. De avvikelser som avser verksamhetssystem är kopplade till tillgång och behörighet. Verksamheten har identifierat att bakomliggande orsaker till avvikelserna ofta är kopplade till implementeringen av nya rutiner, vika på grund av verksamhetens utformning ofta förändras. Åtgärder som vidtagits under året utifrån identifierade orsaker är organisatoriska förändringar för att skapa bättre förutsättningar till följsamhet av rutin samt översyn av arbetsmetod och miljöanpassningar utifrån identifierade brister i bemötande. Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Vid genomgång av verksamhetens avvikelseanmälan framkommer en god kvalitet i deras bedömning och väl genomförd analys.

#### *Personlig assistans*

Inom personlig assistans har det för perioden rapporterats in totalt fyra (4) avvikelser, varav 1 inkommit som synpunkt/klagomål, inom området övrigt. Ingen avvikelse har rapporterats som allvarlig. Rapporteringsfrekvensen är i jämförelse med helår 2021 (jfr 16 st 2021) lägre. Verksamheten arbetar löpande med sin avvikelsehantering, till exempel på gemensamma möten och via nya samverkansmetoder med hemsjukvården och rehabiliteringen vilket föranlett ett tydligare arbetssätt och förväntas påverka avvikelsehanteringen positivt.

#### *Sjövägen*

Under perioden har verksamheten rapporterat in 77 avvikelser, varav 3 inkommit som synpunkter/klagomål, inom områdena dokumentation (7), bemötande (4), omsorg (7) och övrigt (59). Av avvikelseerna är det en händelse som bedömts som allvarlig och har utretts vidare enligt lex Sarah. Verksamhetens rapporteringsfrekvens är likvärdig i jämförelse med 2021 (jfr 84 st 2021). Inom verksamheten har det identifierats brister i följsamhet till rutiner och arbetssätt. Utbildnings- och handledningsinsatser har därför genomförts under våren. Åtgärder som vidtagits under året utifrån identifierade bakomliggande orsaker är tillsättning av pedagogiska resurser och översyn av mötesstruktur samt justering av arbetsstruktur gällande rutiner och genomförandeplaner.

#### *Vallvägen 2*

Verksamheten har mottagit och registrerat en (1) synpunkt/klagomål. Inga andra avvikelser inom LSS har rapporterats för perioden. Rapporteringsfrekvensen är likvärdig vid jämförelse föregående helår (jfr 1 st 2021). Inom verksamheten har det

identifierats bristande kunskap i avvikelshantering och verksamheten har under hösten genomfört utbildningssatsning med efterföljande dialog kring området. Detta i syfte att öka medvetenhet och på så sätt öka rapporteringsfrekvensen.

#### *Vallvägen 4*

Inom verksamheten har totalt 18 avvikelser, varav 3 inkommit som synpunkt/klagomål. Avvikelseerna inryms inom områdena omsorg (3), verksamhetssystem (1), bemötande (6), dokumentation (1) samt övrigt (7). En av dessa har bedömts allvarlig och utretts vidare enligt lex Sarah. Verksamheten har mottagit och registrerat tre (3) synpunkter/klagomål. Rapporteringsfrekvensen är likvärdig vid jämförelse med föregående helår (jfr 17 st 2021). Inom verksamheten har det identifierats bristande kunskap i avvikelshantering och under hösten har satsningar gjorts för att öka medvetenheten gällande vad en avvikelse är och tillvägagångssättet vid rapportering. Verksamheten planerar att förtydliga genomförandeplaner i syfte att lättare kunna identifiera avvikelser. Orsak bakom avvikelserna grundar sig främst i bristande följsamhet till rutin.

#### *Lindegårdsvägen*

Verksamheten har under perioden fem (5) rapporterade avvikelser inom områdena omsorg (3) och övrigt (2). Ingen avvikelse har rapporterats som allvarlig och verksamheten har en likvärdig rapporteringsfrekvens i jämförelse med föregående helår (jfr 1 st 2021). Verksamheten planerar att förtydliga genomförandeplaner i syfte att lättare kunna identifiera avvikelser.

#### *Dalvägen*

Under perioden har verksamheten rapporterat 9 avvikelser inom områdena omsorg (7) och övrigt (2). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig. Rapporteringsfrekvensen är likvärdig i jämförelse med föregående helår (jfr 3 st 2021). Verksamheten har identifierat att den låga rapporteringsfrekvensen delvis beror på bristande introduktion av nyanställda gällande avvikelshantering. Verksamheten har även identifierat att införandet av Boet (digitalt verksamhetsstöd för LSS boenden) har minskat förekomsten av uteblivna eller försenade insatser. Utbildningssatsningar under hösten har medfört en ökad medvetenhet och kunskap kring avvikelserrapportering.

#### *Lindegårdsbacke*

Verksamheten har rapporterat totalt 8 avvikelser inom områdena omsorg (5), övrigt (2) och dokumentation (1). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig. Verksamheten har en likvärdig rapporteringsfrekvens i jämförelse med helår 2021 (jfr 3 st 2021). Inom verksamheten har det identifierats ett utvecklingsbehov gällande introduktionen av avvikelshantering för nyanställda. Avvikelseerna som har rapporterats har till stor del handlat om att stöd inte getts vid rätt tidpunkt. Inom verksamheten pågår ett arbete med implementering av Boet som kommer underlätta i planeringen av stöd framöver. Verksamheten har tagit fram handlingsplaner för identifierade avvikelser gällande hot och våld.

#### *Björkullen*

Verksamheten startade i december månad 2022 och har utifrån det inte några upprättade avvikelser rapporterade för perioden.

**Utförarverksamhet inom socialpsykiatri**

Verksamheter inom socialpsykiatri är boendestöd och arbetsstöd.

*Boendestöd*

Boendestödet har under perioden 8 rapporterade avvikelser, varav 5 inkomna synpunkter/klagomål. Dessa berör områdena dokumentation (1), bemötande (3), verksamhetssystem (2), omsorg (2). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig. Rapporteringsfrekvens är likvärdig med föregående helår (jfr 6 st 2021). Verksamheten har identifierat ett utvecklingsbehov gällande avvikelshantering, registrering och medvetenheten hos brukare gällande synpunkter och klagomål. Verksamheten har rekryterat metodansvarig i syfte att stärka upp kvalitetsarbetet inom verksamheten i frågor som bland annat rör bemötande och dokumentation.

*Arbetsstöd*

Verksamheten har under perioden rapporterat 8 avvikelser inom områdena verksamhetssystem (6), dokumentation (1) och övrigt (1). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig. Verksamheten har en likvärdig rapporteringsfrekvens i jämförelse med föregående helår (jfr 2 st 2021). Avvikelserna grundar sig till största del på brister i verksamhetssystemet. Inom verksamheten görs bedömningen att antalet rapporterade avvikelser är lägre än förväntat. Verksamheten har identifierat ett utvecklingsbehov gällande avvikelshantering samt registreringen och medvetenheten hos brukare gällande synpunkter och klagomål. Verksamheten har under 2022 flyttats och ligger numera under Arbetsmarknadsenheten.

**Utförarverksamhet inom äldreomsorg**

Inom utförarverksamhet äldreomsorg egen regi inryms särskilda boendena Pomona hus 2, Pomona hus 4, Västerhagsvägen A, Västerhagsvägen B demens, Västerhagsvägen C-F, Solängen och Dalängen, korttidsboende somatik (Pomona) och korttidsboende demens (Plommonvägen 6)) samt dagverksamheten Ängsgården och hemtjänst Kärnhuset.

*Pomona hus 2*

Verksamheten har mottagit och registrerat en (1) synpunkt/klagomål. Inga andra avvikelser inom SoL har rapporterats för perioden. Verksamheten övergick till Västerhagsvägen under februari månad år 2022.

*Pomona hus 4*

Verksamheten har under januari månad rapporterat sju (7) avvikelser inom området övrigt (7), varav flertalet har rört hot och våld situationer mellan brukare. Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Verksamheten övergick till Västerhagsvägen under februari månad år 2022.

*Västerhagsvägen A*

Inom verksamheten har det för perioden februari – december rapporterats 13 avvikelser inom området dokumentation (11) och övrigt (2). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig. Verksamheten har utifrån sin analys identifierat en underrapportering av avvikelser och har inplanerat förbättringsarbete gällande avvikelshandlingen samt social dokumentation.

### *Västerhagsvägen B demens*

För perioden februari – december har verksamheten rapporterat 5 avvikelser inom områdena dokumentation (2) och bemötande (1) och övrigt (2). Ingen av avvikelserna har bedömts som allvarlig. Verksamheten har utifrån sin analys identifierat en underrapportering av avvikelser och har inplanerat förbättringsarbete gällande avvikelshandlingen samt social dokumentation.

### *Västerhagsvägen C-F*

Verksamheten har under perioden februari – december rapporterat 36 avvikelser, varav 10 inkommit som synpunkt/klagomål, Avvikelse inryms inom områdena dokumentation (1), bemötande (8), verksamhetssystem (8), omsorg (3) och övrigt (16). Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Förbättringsarbete som utförts på verksamheten är framtagande av nya rutiner. Verksamheten har identifierat en underrapportering gällande SoL avvikelser, utvecklingsbehov gällande registreringen av avvikelser samt behov av att arbeta vidare med medarbetares förståelse gällandet syftet med avvikelser som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamheten planerar att arbeta vidare med dessa frågor samt förbättringsarbete gällande social dokumentation.

### *Solängen*

Under perioden har verksamheten rapporterat totalt 40 avvikelser, varav 1 inkommit som synpunkt/klagomål, inom områdena dokumentation (1), bemötande (9), verksamhetssystem (6), omsorg (1) samt övrigt (23). Inom området övrigt är det i majoritet händelser som rör hot och våld mellan brukare. Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Verksamheten har en likvärdig rapporteringsfrekvens i jämförelse med helår 2021 (jfr 33 st 2021). Under året har verksamheten arbetat mer systematiskt med att öka kunskapen inom de olika områden som berör SoL avvikelser. Efter insatsen kan verksamheten se en ökad rapportering. Åtgärder som vidtagits under året utifrån inkomna avvikelser är byte av larmsystem samt att frågor gällande bemötande lyfts på verksamhetsmöten då dessa står för stor del av de inrapporterade avvikelserna.

### *Dalängen*

Verksamheten har för perioden rapporterat 28 avvikelser, varav 1 inkommit som synpunkt/klagomål, inom områdena dokumentation (1), verksamhetssystem (19) och övrigt (8). Tre händelse har utretts vidare enligt lex Sarah. I jämförelse med helår 2021 är rapporteringsfrekvensen lägre (jfr 59 st 2021). Inom område övrigt rör avvikelserna främst händelser i form av hot och våld där verksamheten upprättat handlingsplan med aktuella förbättringsåtgärder så som handledning, extra resurser samt beställning av så kallade ”hotellås” till verksamheten. Verksamheten har utifrån sin analys identifierat en underrapportering av avvikelser och har inplanerat förbättringsarbete gällande avvikelshandlingen samt social dokumentation.

### *Korttidsboende somatik (Pomona)*

För perioden har verksamheten rapporterat 10 avvikelser, varav 2 inkommit som synpunkt/klagomål, inom områdena bemötande (3), verksamhetssystem (1), omsorg (2) och övrigt (4). Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Verksamhetens rapporteringsfrekvens är likvärdig i jämförelse med helår 2021 (jft 3 st 2021). Inom verksamheten har dokumentationsombud utsetts och utbildats vilka planeras att arbeta vidare med kvalitetsförbättringar. Orsak bakom avvikelserna grundar sig främst i brister

i följsamhet till rutin, vilket har medfört brist i omsorg eller utebliven insats. Åtgärder som vidtagits under året utifrån identifierade orsaker är organisatoriska förändringar för att skapa bättre förutsättningar till följsamhet av rutin så som förändringar i mötesstrukturen och arbetsförfarandet gällande rutiner.

#### *Korttidsboende demens (Plommonvägen 6)*

Verksamheten har under perioden rapporterat 35 avvikelser, varav 1 inkommit som synpunkt/klagomål, inom områdena bemötande (3), verksamhetssystem (1), omsorg (17) och övrigt (14). Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Verksamhetens rapporteringsfrekvens har ökat i jämförelse med föregående helår (jfr 12 st 2021), vilket kan vara ett resultat av verksamhetens tidigare utvecklingsarbete gällande avvikelshantering. Inom verksamheten har dokumentationsombud utsetts och utbildats som planeras att arbeta vidare med kvalitetsförbättringar. Orsak bakom avvikelserna grundar sig främst i brister i följsamhet till rutin, vilket har medfört brist i omsorg eller utebliven insats samt avvikelser gällande larm. Åtgärder som vidtagits under året utifrån identifierade orsaker är organisatoriska förändringar för att skapa bättre förutsättningar till följsamhet av rutin så som förändringar i mötesstrukturen och arbetsförfarandet gällande rutiner.

#### *Dagverksamhet Ångsgården*

Under perioden har verksamheten rapporterat 5 avvikelser inom områdena omsorg (4) och övrigt (1). Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig. Verksamheten har en likvärdig rapporteringsfrekvens i jämförelse med helår 2021 (jfr 3 st 2021). Orsak bakom avvikelserna grundar sig främst i brister i följsamhet till rutin och till största del i samverkan med hemtjänsten. Åtgärder som vidtagits är nya samverkansformer och tätare dialog mellan verksamheten och medarbetare, samordnare och enhetschef för hemtjänsten.

#### *Hemtjänst Kärnhuset (inkl nattpatrullen)*

Verksamheten har under perioden rapporterat 453 avvikelser, varav 219 inkommit som synpunkt/klagomål. Avvikelseerna är fördelade inom områdena bemötande (15), verksamhetssystem (4), omsorg (51), dokumentation (13) samt övrigt (370). Inom området övrigt inryms samtliga synpunkter/klagomål som till majoritet består av försenad eller utebliven insats samt avvikelser som rör larm och samverkan. Övergripande har avvikelser som uppstått under perioden främst bestått av försenade eller uteblivna besök/insatser. Mottagna synpunkter och klagomål har i majoritet inkommit under juli och augusti månad. I jämförelse med helår 2021 har verksamheten en markant ökning av avvikelser (jfr 61 st 2021), vilket kan härledas till den ökade volym av brukare som verksamheten mottagit utifrån att den privata hemtjänstutföraren avslutade sitt avtal med kommunen och de utmaningar verksamheten haft kopplat till den händelsen. Två av händelserna har bedömts som allvarlig och utretts vidare enligt Lex Sarah. Utifrån rapporterade avvikelser och uppmärksammande utmaningar i övertagandet av brukare och genomförande av insatser har verksamheten vidtagit flertalet nödvändiga åtgärder så som t.ex. extern lösning för städning och tvätt, nytt arbetssätt gällande inköpsförfarandet och hanteringen av matlådor. Verksamheten planerar att arbeta vidare med dessa frågor för att hitta ett fungerande och hållbart arbetssätt.

**Privat utförare hemtjänst**

Kommunens privata utförare inom hemtjänst under 2022 var Buurtzorg. Buurtzorg sa upp sitt avtal med kommunen under våren 2022. Nedan redovisning av avvikelser är därför endast för perioden januari - maj. Verksamheten har under perioden rapporterat 16 avvikelser inom områdena dokumentation (1), omsorg (3) samt övrigt (12). Ingen avvikelse har bedömts som allvarlig.

**Samverkan med andra vårdgivare**

Avvikelseberättelser i samverkan med andra vårdgivare redovisas i avvikelseberättelse hälso- och sjukvård delår 2022.

**Synpunkter och klagomål**

Verksamhet som bedrivs inom socialtjänst eller enligt LSS ska ta emot och utreda synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras företrädare och anhöriga, personal, andra vårdgivare med flera i enlighet med SOSFS 2011:9 5 kap. 3§.

Under perioden har 13 synpunkter inkommit till förvaltningen via kommunens Kontaktcenter. De klagomål som rör nämndens verksamhetsområde är kopplade till hemtjänsten (4), nybyggnation av äldreboende (2), maten på Solängens äldreboende (2), bemötande av privatperson (1), nya skärmar på Solängen (1) samt Pomonas gym (1). Det är en ökning av synpunkter och klagomål som inkommit denna väg i jämförelse med föregående år (jfr 3 st 2021)

Sju (7) klagomål via IVO (Inspektionen för vård och omsorg), har under perioden januari till september inkommit, registrerats och vidarebefordrats för vidare hantering av berörd verksamhet. Dessa klagomål berör boendeverksamheter inom både äldreomsorg och LSS samt hemtjänst. Majoriteten av dessa klagomål kommer från anhörig och avser klagomål gällande utformning av individuellt stöd och omsorg samt bemötande. Under perioden september till december har förvaltningen kunnat uppmärksamma en brist i registrering på förvaltningsnivå och i sammanställningen av inkomna klagomål via IVO. Inkomna synpunkter/klagomål har vidarebefordrats till berörd verksamhet och har på verksamhetsnivå registrerats i verksamhetssystemet och hanterats enligt rutin. De identifierade bristerna gäller förvaltningens registrering och sammanställning. Förvaltningen har identifierat detta och ett förbättringsarbete för att förtydliga processen för registrering och sammanställning har påbörjats.

Den verksamhet som särskiljer sig gällande omfattning av synpunkter och klagomål är för helår 2022 hemtjänsten. Där har det skett en markant ökning av inkomna synpunkter och klagomål från brukare och anhöriga. Förvaltningen bedömer att det beror på det ansträngda läget i och med volymökningen av brukare i samband med övertagande från privat utförare samt att förvaltningen har möjliggjort ett tydligare och mera tillgängligt tillvägagångssätt för hemtjänstens brukare och anhöriga att inkomma med synpunkter och klagomål. Förvaltningen har under sommaren startat upp en telefonlinje som kan ta emot samtal från enskilda alla dagar i veckan, mellan klockan 8-20. Organisationen kring detta samarbetar med hemtjänsten för att snabbt kunna vidta nödvändiga åtgärder både på organisatorisk nivå och individnivå. Hemtjänsten har även under året informerat och förtydligat för brukare hur de kan inkomma med synpunkter och klagomål till verksamheten.

Under året har förvaltningen uppmärksammat att synpunkter och klagomål inte alltid kommer verksamhetsansvarig chef tillkänna i första hand. Vilket försvårar möjligheten till direkt återkoppling med kort hanteringstid samt att det systematiska arbetet ute i verksamheterna inte får rätt förutsättningar.

Efter genomförd sammanställning av årets avvikelser, synpunkter och klagomål framkommer fortsatt behov av att arbeta vidare med tillgängligheten för brukare/anhörig i nämndens samtliga verksamheter vad gäller synpunkt- och klagomålshantering. Arbetet är påbörjat inom förvaltningen.

### **Allvarliga händelser och klagomål som utretts enligt lex Sarah**

Under året har sju händelser skett som har utretts enligt lex Sarah inom nämndens verksamhetsområden. Tre inom avdelningen för äldreomsorg och hälso- och sjukvård (Dalängen), två inom avdelningen för hemtjänst och personlig assistans (Kärnhuset) och två inom avdelningen för stöd omsorg och socialpsykiatri (Sjövägen och Vallvägen 4).

Av de sju rapporterade händelserna som utretts enligt lex Sarah har fyra anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (Kärnhuset 2, Sjövägen 1, Dalängen 1) utifrån att de bedömts som påtaglig risk för allvarligt missförhållande. I samtliga av de fyra anmälda händelserna har IVO beslutat att avsluta ärendet och bedömt att nämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet samt vidtagit nödvändiga åtgärder.

För samtliga händelser har förbättringsåtgärder identifierats som dels har åtgärdats i direkt anslutning till händelserna men som också finns med i verksamheternas fortsatta förbättringsarbete med tillhörande plan för uppföljning.

Under 2021 genomfördes utbildningssatsningar gällande avvikelser och lex Sarah i samtliga av förvaltningens ledningsgrupper på avdelningsnivå. Vidare gjordes en revidering av rutinen för avvikelshantering och tillägg av stödmaterial upprättades till rutinen.

I jämförelse med tidigare år har rapporteringsfrekvensen och antalet utredningar enligt lex Sarah ökat under 2022. Ökningen bedöms bero på en ökad medvetenhet kring missförhållande, utifrån de satsningar som gjorts under 2021, samt delvis på den ansträngda situationen inom hemtjänstens verksamhet under 2022. Att verksamheter i större utsträckning kan identifiera händelser som ska utredas medför att åtgärder vidtas och verksamheten, som en del i sitt systematiska kvalitetsarbete, kan arbeta för att förhindra att liknande missförhållanden kan upprepas.



	2020	2021	2022
Genomförda utredningar enligt lex Sarah	6	3	7
Genomförda utredningar enligt lex Sarah som anmälts till IVO <sup>1</sup>	1	1	4

Utifrån nämndens volym av verksamheter och resultatet av genomförd internkontroll gör förvaltningen bedömningen att det kan finnas en risk för en underrapportering gällande lex Sarah. För att minska risken för underrapportering ser förvaltningen att det finns behov av kontinuerlig kompetensutveckling i frågan. Detta arbete har påbörjats under 2022 genom att enhetschefer, legitimerad personal och medarbetare erbjudits stödjande tillfällen vid implementering av styrdokument och inom utvalda områden så som t.ex. avvikelshantering, lex Sarah och utredningsförfarandet enligt lex Sarah. Stödjande tillfällen kommer framöver att fortgå samt planeras in kontinuerligt i form av så kallade öppna forum.

Arbetet med att revidera riktlinje för avvikelshantering och lex Sarah samt implementering i verksamhet har genomförts under 2022. Riktlinjen riktar sig till samtliga medarbetare inom nämndens ansvarsområde och syftar till att socialförvaltningen ska hantera avvikelser, lex Sarah och vårdskada enligt lex Maria utifrån gällande lagar och förordningar. Ansvarsfördelningen i utredningsprocessen för lex Sarah har ändrats i och med ny riktlinje. Utredningsansvaret har förflyttats till enhetschef i syfte att öka kunskap och medvetenhet på enhetsnivå, för att åtgärder arbetas fram och hanteras mera verksamhetsnära samt för att skapa förutsättningar för enhetschef att bedriva det systematiska kvalitetsarbetet som enheterna är ålagda genom lagar och förordning.

Under året har rutin och lathund för avvikelshantering och lex Sarah samt utredningsmall och övriga stöddokument reviderats och arbetats fram utifrån de ändringar som tillkommit i samband med antagandet av ny riktlinje. Rutinen, utredningsmallen och övriga stöddokument är praktiska hjälpmedel som syftar till att

---

<sup>1</sup> Händelser som utifrån utredning bedömts som allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande har anmälts till IVO.

beskriva arbetets gång när en avvikelse/ missförhållande upptäcks, rapporteras, utreds och följs upp inom förvaltningen.

Förvaltningen har identifierat ett behov av att utveckla former för att återföra kunskap från utredningar mellan verksamhetsområden i syfte att dra lärdom från utredningar, sprida kunskap om händelser och åtgärder för att minska risken att liknande händelser inträffar igen i verksamheterna.

### **Genomförda åtgärder inom hemtjänst**

Under året har en stor mängd avvikelser inträffat inom hemtjänsten, i majoritet har avvikelserna inkommit under sommarhalvåret. Bakgrunden till detta är i korthet att kommunen återtagit hemtjänstuppsdrag från privat utförare under våren och därmed dubblerat antal brukare och besök. Det har under perioden varit en mycket ansträngd situation där det har saknats stora mängder personal. Situationen har inneburit svårigheter i utförandet av insatser och mängden avvikelser, synpunkter och klagomål har påvisat allvarlighetsgraden av läget. Verksamheten tillsammans med förvaltningen har löpande vidtagit nödvändiga åtgärder för att säkerställa kvaliteten i utförandet.

Under sommaren samordnades samverkansmöten mellan ansvariga enhetschefer, medicinskt ansvariga, verksamhetsutvecklare samt avdelningschef för att tillsammans identifiera risker, bevaka att åtgärder genomfördes och följa situationen utifrån patientsäkerhet och missförhållande, detta i syfte att förhindra upprepning och förekomst av allvarliga händelser. Medicinskt ansvariga tillsammans med verksamhetsutvecklare genomförde under perioden en granskning av avvikelser som rapporterades för att identifiera om de avvikelser som skett medfört allvarliga konsekvenser. Vid denna granskning noterades en förbättring inom avvikelserrapporteringen, dels en ökning av korrekt rapportering av avvikelser samt att avvikelse i större utsträckning har rapporterat i direkt anslutning till händelse. I och med att avvikelser upprättats i direkt anslutning till händelse har också medfört att åtgärder har kunnat vidtas i snabbare utsträckning.

### **Sammanfattning**

Under 2022 har flertalet utbildningsinsatser och kvalitetsförbättrande insatser så som ny riktlinje och reviderad rutin, genomförts. Utfallet påvisar att dessa insatser har gett en positiv effekt på enhetsnivå. Detta då medvetenheten hos medarbetare kring god kvalitet i genomförandet av stöd och omsorg har ökat. Detta medför att antalet avvikelser ökar. Ökningarna av registrerade avvikelser påvisar även att en tillåtande rapporteringskultur råder i merparten av verksamheterna.

Det framtida utvecklingsarbetet gällande avvikelserrapporteringen, som en del av det systematiska kvalitetsarbetet, bedöms till del behöva riktas mot hanteringen och framtagande av åtgärder och uppföljningen av dessa. Detta för att arbetet ska få en mera förebyggande karaktär och på så sätt bidra till en förbättrad kvalitet.

Trots den positiva utvecklingen gällande rapporteringsfrekvensen bedöms det fortsatt finnas en viss underrapportering. Denna bedömning stöds av de utförda egenkontroller som gjorts, resultat från internkontrollen samt de analyser som gjorts på respektive enhetsnivå.

Det vilar ett stort ansvar på förvaltningen att stimulera och uppmuntra till att medarbetare känner sig trygga i att upprätta avvikelser då det bidrar till att identifiera vilka utvecklings- och utbildningsbehov som föreligger inom verksamheten och syftar inte till att hitta syndabockar. Arbetet med att stimulera och uppmuntra bidrar även till att bibehålla den positiva utvecklingen.

Utifrån dessa konstateranden ser förvaltningen ett fortsatt behov av utbildning och stödjande insatser. Nämndens verksamheter behöver även utveckla det systematiska kvalitetsarbetet genom att använda händelser av en mer allvarlig karaktär i lärande och förebyggande syfte både inom den egna verksamheten och över verksamhetsgränser.

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Monica Lundquist, Medicinskt ansvarig för  
rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

## **Avvikelse rapport hälso- och sjukvård år 2022**

### **Förslag till beslut**

1. Vård och omsorgsnämnden godkänner rapporten.

### **Sammanfattning**

Totalt har det under året rapporterats 2540 hälso-och sjukvårdsavvikelser. En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är att identifiera och förebygga misstag, avvikelshanteringen är en grundläggande del i att förebygga brister i verksamhetens kvalitet. Verksamheterna arbetar aktivt med att rapportera, utreda och åtgärda avvikelser inom hälso-och sjukvård.

Under 2022 har antalet avvikelser ökat i jämförelse med de två senaste åren och läkemedelsavvikelser är det område som ökat mest. Fallavvikelser har minskat något, likaså trycksår. Ökningen av antalet avvikelser framför allt läkemedel och omvårdnad är relaterat till hemtjänstens ansträngda situation sedan övertaget från privat utförare i juni 2022.

Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet är viktigt för att identifiera risker för vårdskada/allvarlig vårdskada. Under 2022 bedömdes ca 60% av avvikelserna vilket är lägre än året innan. Ingen avvikelse har lett till allvarlig vårdskada som anmälts till Inspektionen för vård och omsorg.

Avvikelser i samverkan hanteras enligt Riktlinje för avvikelser i samverkan (VIS)  
Totalt har 18 avvikelser hanterats.

Utifrån de avvikelser som inträffar finns förbättringsområden för att fortsatt stärka patientsäkerhet inom flera områden.

### **Ärendet**

Avvikelse rapport helår 2022

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6814, daterad 2023-01-25
- Avvikelse rapport helår 2022 VON 2022/00068

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

## **Avvikelse rapport hälso-och sjukvård helår 2022.**

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

## Innehåll

<b>Definitioner och förkortningar</b>	<b>3</b>
<b>Inledning</b>	<b>4</b>
<b>Del 1 Sammanfattning avvikelser på aggregerad nivå</b>	<b>5</b>
<i>Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet</i>	6
<i>Redovisning per avvikelseområde</i>	8
Läkemedel	8
Fall	9
Trycksår	9
Hjälpmedel	9
Rehabilitering	10
Samverkan	10
Allvarliga händelser	10
Viktiga åtgärder för att stärka patientsäkerhet och minska risk för vårdskada	11
<b>Del 2 Redovisning av avvikelser per verksamhetsområde</b>	<b>12</b>
<i>Hemsjukvård och rehabilitering</i>	12
<i>Särskilda boenden enligt SoL</i>	12
Dalängen	13
Solängen	13
Västerhagsvägen	14
<i>Korttids- och växelvårdsboende</i>	15
Korttids somatik	15
Korttids demens	15
Dagverksamhet äldre	16
<i>Hemtjänst</i>	16
<i>Verksamheter inom LSS</i>	18
Gruppboendestäder enligt LSS	18
Serviceboendestäder enligt LSS, Dalvägen och Lindegårdsbacke	19
Boendestöd	19
Personlig assistans	19
Daglig verksamhet	20

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

## Definitioner och förkortningar

Allvarlig vårdskada – En händelse som leder till kvarstående besvär, måttlig funktionsnedsättning eller fraktur. En allvarlig vårdskada innebär bestående lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso-och sjukvården.<sup>1</sup>

Avvikelse – En händelse som inte stämmer med en normal rutin och förväntat vårdförlopp. Det kan exempelvis röra en persons insatser, omsorg, vård och behandling, rutiner som inte följs eller bristande åtkomst till system.

Fall - En händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om det leder till en skada eller inte.

IVO- Inspektionen för vård och omsorg

Lex Maria – Anmälan om allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg

LSS – Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

MAS – Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAR – Medicinskt ansvarig för rehabilitering

SoL – Socialtjänstlag (2001:453)

Trycksår – Ett trycksår innebär allt från rodnad på huden men där huden är intakt till det som kallas för fullhudskada som är ett öppet sår

ViS – Vård i samverkan

---

<sup>1</sup> Patientsäkerhetslagen 2010:659

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

## **Inledning**

Vi kan inte få ett system helt utan avvikelser och misstag men vi kan alla hjälpas åt att få vården säkrare. Det är därför viktigt att hela tiden arbeta med att identifiera, upptäcka och förebygga misstag. Avvikelsehanteringen är en grundläggande del i ledningssystemet (2011:9) för att förebygga brister i verksamhetens kvalitet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) anger att vårdgivaren ska utreda avvikelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada.

Inom begreppet avvikelser ingår också klagomål och/eller synpunkter som berör verksamhetens kvalitet. Dessa klagomål kan inkomma från brukare, närstående, personal eller andra vårdgivare/myndigheter.

All personal inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera avvikelser, klagomål och synpunkter. Rapporterade avvikelser ska bedömas utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet att händelse skulle kunna inträffa igen. Avvikelser som bedöms som allvarliga och som skulle kunna innebära allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska även bedömas av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Ansvarig chef har det yttersta ansvaret för att följa upp och åtgärda brister som avvikelser orsakat i verksamheten. I chefsansvaret ingår att sammanställa rapporterade avvikelser regelbundet och återkoppla till personal samt använda resultatet som ett underlag för förbättringsarbete i verksamheten. Två gånger per år ska verksamheterna även göra en analys över inträffade avvikelser. I del två av denna avvikelserrapport återfinns en sammanfattning av de enskilda verksamheternas analys.



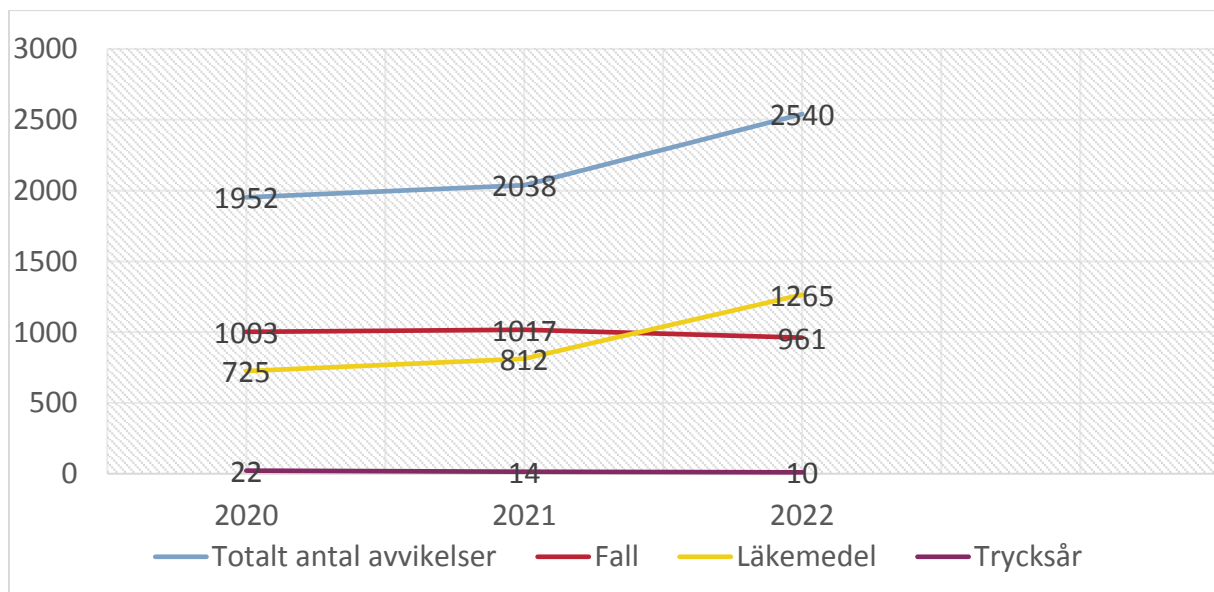
Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

## Del 1 Sammanfattning avvikelser på aggregerad nivå

Totalt har 2540 hälso-och sjukvårdsavvikelser rapporterats, i det ryms även 35 klagomål och synpunkter. I jämförelse med de senaste två åren har antalet rapporterade avvikelser ökat. En trolig orsak till ökningen kan vara att den kommunala hemtjänsten övertog verksamhet från privat hemtjänstutförare sommaren 2022, vilket fördubblade hemtjänsten. Övertagandet ledde till en ansträngd situation för dem, vilket till viss grad fortfarande råder.

En annan möjlig orsak är också att verksamheterna rapporterar avvikelser i högre utsträckning.

**Bild 1.** Totala antalet avvikelser och antal fall, läkemedel, trycksår i jämförelse de tre senaste åren



Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

## Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet

En viktig del i hantering av avvikelser är att bedöma hur allvarliga avvikelserna är. Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet görs utifrån en gemensam matris som finns i rutin om avvikelshantering.<sup>2</sup>

De avvikelser som sammantaget får ett riskvärde över åtta bedöms som allvarliga och ska skickas vidare till MAS och MAR för vidare utredning om allvarlig vårdskada. Under 2022 har fyra avvikelser inkommit, vilket kan anses lågt. Det är viktigt att MAS och MAR får kännedom om händelser som är allvarliga, därför har en ny rutin tagits fram som innebär att alla avvikelser med en allvarlighetsgrad som är betydande eller katastrofal ska vidare till MAS och MAR oavsett sannolikhet.

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

*Bild 2. Visar den riskmatris som finns i avvikelssystemet där bedömning av sannolikhet och allvarlighetsgrad registreras.*

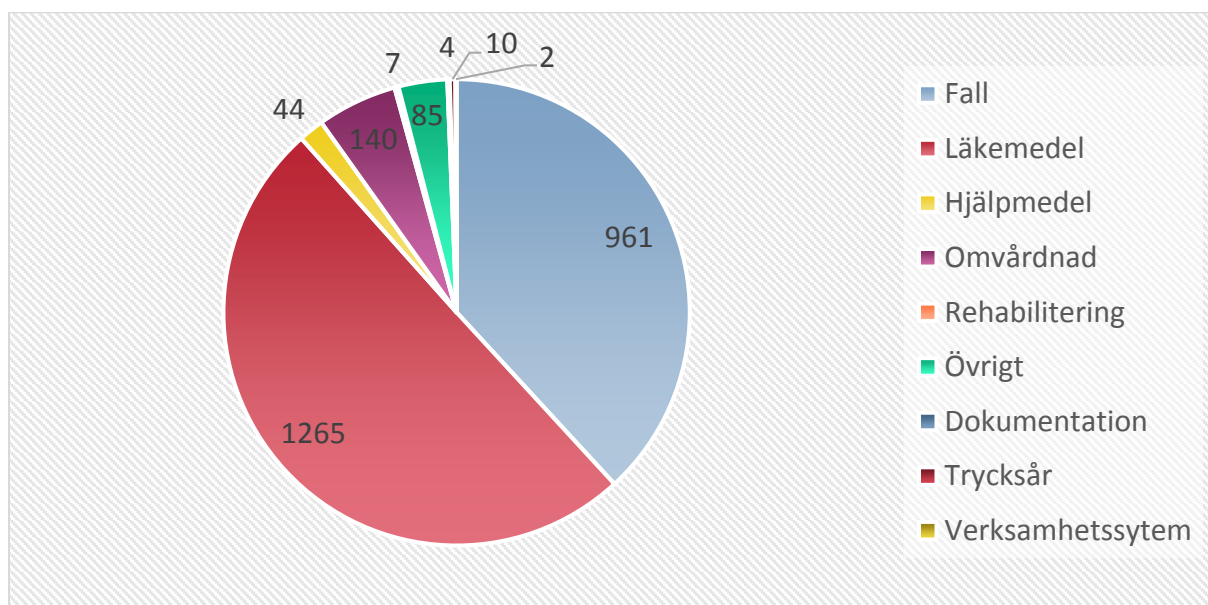
Under år 2022 har cirka 60 % av avvikelserna bedömts och under år 2021 bedömdes cirka 70 % av avvikelserna. Det innebär att vi inte vet hur många avvikelser som är allvarliga. Av de som är bedömda år 2022 är 6 % rapporterade med betydande allvarlighetsgrad.

<sup>2</sup> Allvarlighetsgrad och sannolikhet matris, rutin avvikelshantering

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

De största avvikelserområdena är läkemedel och fall vilket följer samma mönster som tidigare år och även hur det ser ut nationellt.

**Bild 3.** Visar inom vilka områden avvikelser rapporterats år 2022



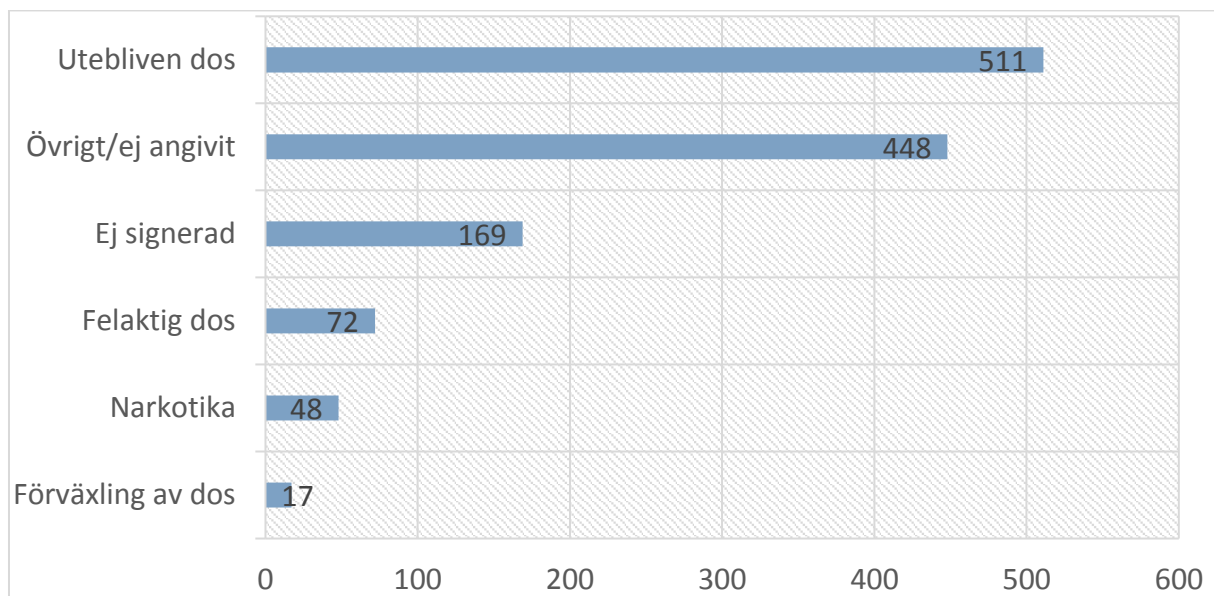
Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

## Redovisning per avvikelseområde

### Läkemedel

Läkemedel är det största avvikelseområdet och det är cirka 450 fler rapporterade läkemedelsavvikelser i år jämfört med förra året. Avvikelserna handlar om uteblivna doser, missar i signering, felaktiga doser, incidenter i samband med narkotikaklassade läkemedel, förväxling av doser. (Se bild 4)

**Bild 4.** *Fördelning av avvikelser läkemedel*



MAS har genomfört stickprovskontroller på några läkemedelsavvikelser som har rapporterats med allvarlighetsgrad betydande under år 2022. Det förekommer avvikelser som berör utebliven dos, då brukare/patient inte fått sitt läkemedel. Två av dessa beror på utebliven insats från verksamhet. Det förekommer också rapporteringar om att omsorgspersonalen missat att signera givet läkemedel. Två rapporteringar handlar om att brukaren/patienten fått felaktig dos. Vid samtliga rapporterade avvikelser har kontakt skett med antingen sjuksköterska och/eller samordnare. Orsakerna till läkemedelsavvikelser är ofta den mänskliga faktorn, stress och att man glömmer. Digital signering skulle säkerställa momentet och underlätta för personal att göra rätt i alla moment. Det är viktigt att man i delegeringsutbildning betonar att administrering och signering samt övervakning av läkemedelsintag hör ihop. Ett läkemedel kan inte betraktas som givet om inte alla delar skett.

Inom området narkotikaklassade läkemedel är det ingen avvikelse som lett till allvarliga konsekvenser för patienten, däremot har brister i rutiner uppmärksammats vilket verksamheterna arbetar med att förbättra.

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

Det är stora mängder läkemedel som varje dag lämnas ut inom den kommunala hälso-och sjukvården, cirka 330 000 tillfällen per år. Avvikelse sker i ett fåtal fall och några av dessa avvikelser bedöms som allvarliga. Bedömningen är att vi, i stort, har en trygg läkemedelshandling- Det finns förbättringsarbeten att göra när det gäller ökad spårbarhet av läkemedel som lämnas ut, att se över hur de iordningsställs, administreras och kasseras. Att delegering av läkemedel fungerar på ett säkert och effektivt sätt är också ett arbete som är viktigt att prioritera. Fortsatt arbete med att uppmärksamma avvikelser och aktivt arbete med att förebygga misstag är mycket viktigt.

Inom hemtjänsten har det under sommaren varit många avvikelser kring läkemedel.

### **Fall**

Totalt har 961 fallavvikelser rapporterats i år (se bild 3). Jämfört med år 2020 och år 2021 är det cirka 50 färre avvikelser. Av dessa har 16 fall rapporterats med allvarliga konsekvenser.

En granskning av åtta fallavvikelser som inträffat på särskilda boenden för äldre har genomförts, där konsekvensen av fallen inneburit frakturer. I granskade patientjournaler framgår att det finns fallriskplaner med åtgärder insatta för att förhindra fall. Därmed är dessa avvikelser inte att betrakta som allvarlig vårdskada som hade kunnat undvikas.

Det systematiska arbetet med att bedöma fallrisker och vidta åtgärder som görs inom särskilda boenden enligt SoL är ett viktigt arbetssätt för att förebygga fall. Det görs i gruppsamverkan mellan sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omsorgspersonal. Inom ordinärt boende är det systematiska arbetssättet inte lika utvecklat.

### **Trycksår**

Tio trycksår har rapporterats, samtliga har uppkommit på den egna verksamheten. Antalet trycksår har minskat jämfört med de senaste två åren (se bild 1).

I det systematiska arbetet med att förebygga trycksår ingår att göra en riskbedömning och att vidta adekvata åtgärder. Tryckavlastande madrasser och dynor är viktiga åtgärder. Andra åtgärder är lägesändringar, att tillgodose och följa upp näring och vätskebehov samt förebyggande hudvård. Kunskap och stöd till vård- och omsorgspersonal i att tidigt upptäcka risker för trycksår och stöd i omvårdnads- och hjälpmedelsåtgärder är också viktigt för att förebygga trycksår.

### **Hjälpmedel**

Inom hjälpmedelsområdet har 46 avvikelser rapporterats (se bild 3). Det handlar om brister i funktioner, hjälpmedel som går sönder till exempel rollatorer som tappar hjul. Det handlar också om brister i handhavande av olika hjälpmedel som sittdynor som vänts fel, trycksårförebyggande madrasser med luft som inte kontrollerats och hantering av olika överflyttningshjälpmedel.

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

Hjälpmedel och medicintekniska produkter är en stor del i vård och omsorg. Att all personal så som vård- och omsorgspersonal, legitimerad personal och chefer har kunskap om hjälpmedelshandling och vilket ansvar som åligger olika professioner är viktigt för en säker vård och omsorg. Otillräcklig kunskap om hjälpmedelsfunktion och användning kan innebära patient-säkerhetsrisker liksom bristande underhåll och kontroll.

Ingen av de rapporterade avvikelserna har orsakat någon skada för person.

### **Rehabilitering**

Inom rehabiliteringsområdet har fyra avvikelser på uteblivna rehabiliteringsinsatser rapporterats (se bild 3). Det handlar om gång/förflyttningsträningar som inte blivit genomförda. Det är troligt att det är ett underrapporterat område, då det är känt sedan tidigare att följsamhet till rehabiliteringsordinationer är lägre än till läkemedelsordinationer. Det är särskilt noterbart när det är ont om tid och resurser. Utebliven insats orsakar ofta ingen skada kortsiktigt men får konsekvenser på längre sikt.

### **Samverkan**

Avvikelseberättelserna i samverkan är ett viktigt verktyg som ska bidra till förbättringar på både kort och lång sikt för både kommunen och regionen. Kommunen följer fastställt ViS dokument<sup>3</sup>.

Tio avvikelser har inkommit till oss från andra vårdgivare. Avvikelseberättelserna har handlat om brister i samband med utskrivning, brister i hemtjänstinsatser, felhantering vid provtagning och brister i kommunikation.

18 avvikelser har skickats till andra vårdgivare. Avvikelseberättelserna har rört brister i läkemedelshandling, brister i samordning vid utskrivning och brister i följsamhet, delat medicinskt ansvar, brister i samordning SIP, svårighet att få kontakt med psykiatrimottagning.

### **Allvarliga händelser**

Ingen avvikelse har lett till en allvarlig vårdskada enligt Lex Maria. Som tidigare nämnts har endast fyra avvikelser skickats vidare för kännedom till MAS och MAR vilket innebär att det kan vara underrapporterat.

Hemtjänstens ansträngda situation har under året inneburit risker i patientsäkerheten och risk för allvarlig vårdskada. Situationen i hemtjänsten har dock successivt förbättrats och förbättringsarbete pågår.

---

<sup>3</sup> [Avvikelsehantering i Samverkan \(ViS\)](#)

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

Vad gäller antalet läkemedelsavvikelser så har det varit en betydande ökning vilket som helhet är en allvarlig händelse, det har dock inte rapporterats någon avvikelse som varit så allvarlig att de lett till utredning.

### **Viktiga åtgärder för att stärka patientsäkerhet och minska risk för vårdskada**

Utifrån de avvikelser som inträffar kan vi se att det finns förbättringsområden för att fortsatt stärka patientsäkerheten och minska risken för att en person med insatser från vård och omsorg drabbas av vårdskada.

- Fortsätta att rapportera avvikelser samt stärka och stödja personal i avvikelserarbetet.
- Fortsätta att arbeta förebyggande med riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen
- Utveckla ett förebyggande arbetssätt även i ordinärt boende
- Säkerställa att medarbetare, oavsett profession, inom alla verksamheter får introduktion/kunskap i sådant som påverkar patientsäkerheten, vilket innefattar allt från kunskap i avvikelshantering och dokumentation till hjälpmedels och läkemedelshantering
- Följa läkemedelsavvikelser-kopplat till förbättringsåtgärder som digital signering, läkemedelsskåp

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

## Del 2 Redovisning av avvikelser per verksamhetsområde

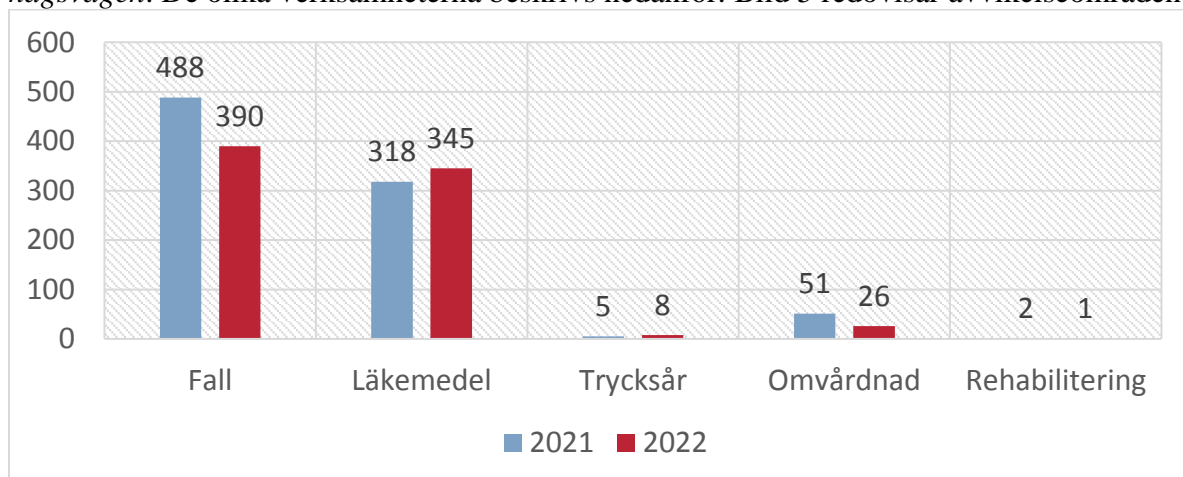
Verksamheternas ansvariga chefer har genomfört analyser inom sin egen verksamhet för året 2022. Nedanför beskrivs en sammanfattning av verksamheterna *Hemsjukvård och rehabilitering, Särskilda boenden (SÄBO) äldre enligt SoL, Korttids- och växelvårdsboende, Hemtjänst* och *Verksamheter inom LSS*.

### Hemsjukvård och rehabilitering

Sammanfattningsvis beskriver verksamheten hemsjukvård och rehabilitering att de har en god kvalitetsnivå då rapporterade avvikelser och åtgärder följs upp kontinuerligt i samarbete med enhetschefer, legitimerad personal och omsorgspersonal. Verksamheten har dessutom olika gemensamma möten där avvikelser diskuteras.

### Särskilda boenden enligt SoL

Inom särskilda boenden (SÄBO) äldre finns verksamheterna *Dalängen, Solängen* och *Västerhagsvägen*. De olika verksamheterna beskrivs nedanför. Bild 5 redovisar avvikelseområden.



**Bild 5.** Visar avvikelseområden för särskilda boenden SoL i en jämförelse mellan 2021-2022

Verksamheterna beskriver att de har regelbundna kvalitetsråd/avvikelseråd i grupsamverkan där de arbetar med att identifiera orsaker till avvikelser samt åtgärder till förbättringar.

Sammanfattningsvis beskrivs att verksamheternas läkemedelsavvikelser består i hög grad av missar i signering av givna läkemedel. Åtgärder för att komma till rätta med det är samarbete med sjuksköterskor och uppföljning av delegeringar samt utbildning i att arbeta säkert med läkemedel. Fallavvikelser förekommer på alla särskilda boenden men arbete med att förhindra fall sker systematiskt.



Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

### **Dalängen**

Verksamheten Dalängen har totalt 128 rapporterade avvikelser varav 71 % har en bedömning. Orsak till avsaknad bedömning anges vara att några avvikelser inte är färdigutredda.

Förekomsten av läkemedelsavvikelser där personalen missat att överlämna läkemedel och/eller missat signera givet läkemedel antas bero på brister i följsamhet till rutin. Fyra läkemedelsavvikelser är bedömda som allvarliga och åtgärder för att förhindra framtida avvikelser har varit att sjuksköterska och chef samtalat enskilt med berörd omsorgspersonal, då även rutiner lyfts fram. Andra åtgärder har varit att avvikelser tas upp i möten där hela verksamheten deltar samt att kvalitetsråd hålls tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal. Överlag förekommer ett nära samarbete mellan verksamheten och sjuksköterskor samt rehabiliteringspersonal. Utvecklingsmöjligheterna anges vara fler omsorgspersonal med delegering samt möjligheten till digital signering, vilket kan underlätta vid läkemedelsförfarandet.

Det finns två avvikelser med fall som är bedömda som allvarliga. Avvikelser med fall har framförallt skett vid förflyttning och vid försämring i brukarens sjukdom. För att förhindra fall genomför verksamheten ett preventivt arbete samt har översyn av hjälpmedel där behov finns.

Det finns en avvikelse som berör trycksår på en brukare som skrevs ut från sjukhus.

Verksamheten har inga avvikelser som berör omvårdnad, samverkan och rehabilitering. Verksamheten beskriver att det är ett område som de behöver utveckla och diskutera i gemensamma möten.

### **Solängen**

Verksamheten Solängen har totalt 177 rapporterade avvikelser, varav 87 är rapporterade på läkemedel. Den vanligaste läkemedelsavvikelsen är att omsorgspersonalen missat att signera givna läkemedel, vilket antas bero på brister i följsamhet till rutin. För att minska antalet avvikelser förs en kontinuerlig dialog och information mellan sjuksköterska och personal.

Verksamheten har flera avvikelser rapporterade gällande fall där två avdelningar är överrepresenterade i antal och de flesta avvikelser rör ett fåtal brukare som har nedsatt insikt i egen förflyttningsförmåga. För att förhindra fall genomför verksamheten ett preventivt arbete i form av bedömning av individuella hjälpmedel och rörelselarm samt tätare frekvens av tillsyn.

Arbetet kring avvikelser sker tvärprofessionellt i grupp där alla deltar i diskussioner kring avvikelser och åtgärder. Verksamheten utvecklar även olika kvalitetsfaktorer som exempelvis att sjuksköterska tillsammans med undersköterska reviderar delegeringar samt att omsorgspersonal genomgår utbildning kring läkemedel. Några har även genomgått utbildning kring palliativ vård.

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

## **Västerhagsvägen**

Verksamheterna på Västerhagsvägen innefattar *Avdelning A-B* samt *Avdelning C-F*. Nedanför beskrivs de olika avdelningarna.

### **Avdelning A-B - Demens**

Verksamheten Västerhagsvägen A-B har totalt 114 rapporterade avvikelser, varav 70 % är bedömda. Orsak till avsaknad bedömning anges vara att några avvikelser inte är färdigutredda. Några läkemedelsavvikelser har avslutats utan bedömning.

De vanligaste läkemedelsavvikelsena är att omsorgspersonalen missat att överlämna läkemedel och/eller missat signera givet läkemedel, vilket antas bero på brister i följsamhet till rutin. En läkemedelsavvikelse har bedömts som allvarlig. För att minska antalet avvikelser förs en dialog och information mellan sjuksköterska och personal. Utvecklingsmöjligheterna anges vara fler omsorgspersonal med delegering samt möjlighet till digital signering, vilket kan underlätta vid läkemedelsförfarandet.

Det har förekommit registrering av fall, men inget fall är bedömt som allvarlig. Avvikelser med fall har framförallt skett vid förflyttning och vid försämring i brukarens sjukdom. För att förhindra fall genomför verksamheten ett preventivt arbete samt har översyn av hjälpmedel där behov finns.

Verksamheten har inga avvikelser som berör trycksår, omvårdnad och rehabilitering. Verksamheten beskriver att det är ett område som de behöver utveckla och samtala kring i gemensamma möten.

Arbetet kring avvikelser sker regelbundet i grupp där diskussioner hålls kring avvikelser och åtgärder som kan leda till förbättring.

### **Avdelning C-F**

Verksamheten på Västerhagsvägen C-F har totalt 228 rapporterade avvikelser, varav 93 % är bedömda. Några läkemedelsavvikelser har avslutats utan bedömning. Sex avvikelser är bedömda som betydande men har en låg sannolikhetsgrad.

163 av avvikelserna är rapporterade på läkemedel varav en är bedömd som allvarlig. De vanligaste läkemedelsavvikelsena är att omsorgspersonalen missat att signera givet läkemedel, vilket antas bero på brister i följsamhet till rutin då de glömmer att ta med sig signeringspärmen. För att minska antalet avvikelser förs en dialog och information mellan sjuksköterska och personal, både individuellt och i grupp. Utvecklingsmöjligheterna anges vara möjlighet till digital signering, vilket kan underlätta vid läkemedelsförfarandet.

Verksamheten utvecklar även olika kvalitetsfaktorer som exempelvis att sjuksköterska tillsammans med undersköterska reviderar delegeringar samt att personal genomgår utbildning kring läkemedel. Flera har även genomgått utbildning kring palliativ vård.

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

Verksamheten har 67 rapporterade fallavvikelser, där 2 har lett till skada och sjukhusvård. För att förhindra fall genomför verksamheten ett preventivt arbete samt har översyn av hjälpmedel där behov finns.

Tolv avvikelser har registrerats inom omvårdnad, där alla varit av olika karaktär. Olikheterna har gjort det svårt för verksamheten att genomföra adekvata åtgärder för att förhindra liknade händelser i framtiden.

Verksamheten har få antal rapporterade avvikelser som berör rehabilitering och samverkan och de beskriver att det är ett område som de behöver samtala kring och utveckla i gemensamma möten.

Arbetet kring avvikelser sker regelbundet i en tvärprofessionell grupp där diskussioner förs kring avvikelser och förbättringsåtgärder.

### **Korttids- och växelvårdsboende**

Inom korttids- och växelvårdsboende finns verksamheterna *Korttids somatik* och *Korttids demens* samt *Dagverksamhet äldre*. Verksamheterna beskriver att övervägande rapporterade avvikelser beror på brister i följsamhet till rutiner. De beskriver också att de arbetar med att förebygga avvikelser exempelvis genom att ha samverkan med andra verksamheter och regelbundna möten mellan olika personalkategorier där avvikelser och åtgärder diskuteras.

Nedanför beskrivs de olika verksamheterna.

#### **Korttids somatik**

Verksamheten korttids somatik har 65 rapporterade avvikelser och ingen är bedömd som allvarlig. Det finns 21 läkemedelsavvikelser rapporterade och de vanligaste är att omsorgspersonalen missat att överlämna läkemedel, att de givit fel dos eller att det saknats läkemedel i dosett. Bedömning till orsaken är brister i följsamhet till rutin.

Det finns 30 fall rapporterade i verksamheten och ingen har bedömts som allvarlig. De flesta fallen inträffade inne på brukarens rum när omsorgspersonalen inte var närvarande.

Det förekommer rapporterade avvikelser kring hjälpmedel och medicintekniska produkter. I dessa fall handlar det om brist på utbildning kring hantering av syrgas.

#### **Korttids demens**

Verksamheten Dagverksamhet äldre har sex rapporterade avvikelser, varav ingen är bedömd som allvarlig. Det finns en registrerad läkemedelsavvikelse vilket handlade om att omsorgspersonalen missat att överlämna läkemedel.

Det förekommer fem avvikelser som berör samverkan mellan olika verksamheter vilket lett till brist i omsorg och/eller utebliven insats. Åtgärder i dessa har varit samtal och samverkan.

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

### Dagverksamhet äldre

Verksamheten Dagverksamhet äldre har sex rapporterade avvikelser, varav ingen är bedömd som allvarlig. Det finns en registrerad läkemedelsavvikelse vilket handlade om att omsorgspersonalen missat att överlämna läkemedel.

Det förekommer fem avvikelser som berör samverkan mellan olika verksamheter vilket lett till brist i omsorg och/eller utebliven insats.

Orsaken till de flesta avvikelser har bedömts som brister i följsamhet till rutiner och för att åtgärda det har samtal och samverkan skett med olika verksamheter och olika personalkategorier.

### Hemtjänst

Avvikelsena har ökat i hemtjänsten under år 2022 jämfört med år 2021 (se bild 6). En möjlig orsak kan vara att hemtjänsten fördubblades i och med övertagandet av kunder från Buurtzorg som skedde successivt under april, maj och juni.

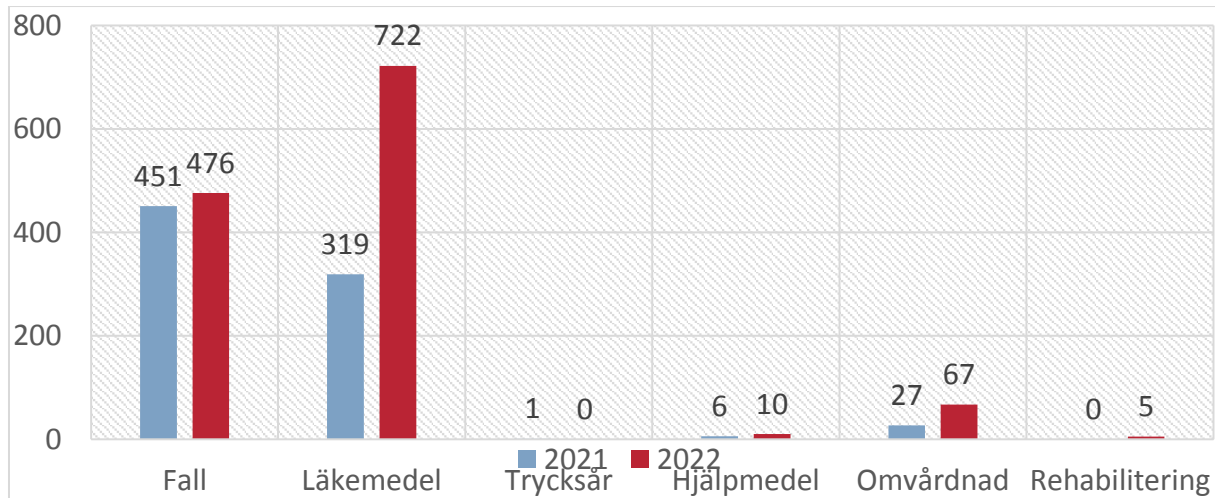


Bild 6. Visar antalet avvikelser hemtjänst per område i jämförelse med år 2021 och år 2022.

Verksamheten beskriver att läkemedels och omvårdnadsavvikelser har ökat mycket under senare delen på året. Det kan bero på optimering av scheman som genomförts och som lett till minskad tid hos brukare. Tiden har behövt justeras tillbaka då det inte var patientsäkert att tid för insatser minskat.

Det vanligaste felet i läkemedelshandlingen är utebliven dos eller ej signerad läkemedelsgivning. Orsakerna till det har varit brister i planering av personal och att det inte har funnits tillräckligt många med delegering. En annan orsak har varit att ny och tillfällig personal saknat tillräcklig kompetens.

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

Cirka 60 % av avvikelserna är riskbedömda och den största anledningen till att det inte är fler bedömda är att verksamheten inte haft ett tillräckligt utvecklat samarbete med hemsjukvård och rehab för avvikelshantering och bedömning av avvikelser. Sex avvikelser har bedömts som allvarliga.

Mycket arbete har genomförts och pågår fortfarande för att säkerställa och förbättra kvalitet och patientsäkerhet. Exempelvis har planeringen digitaliserats och för att säkerställa en säker hälso- och sjukvård har planeringen granskats av legitimerad personal. Verksamheten har utökat antalet omsorgspersonal och vidtagit åtgärder för att säkerställa att personal har rätt kompetens. En strukturerad och regelbunden samverkan mellan chefer för hälso-och sjukvård och hemtjänst är viktig för att förebygga brister och för att säkerställa god kvalitet och patientsäkerhet. Arbete pågår för att hitta former för bra samverkan.

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

## Verksamheter inom LSS

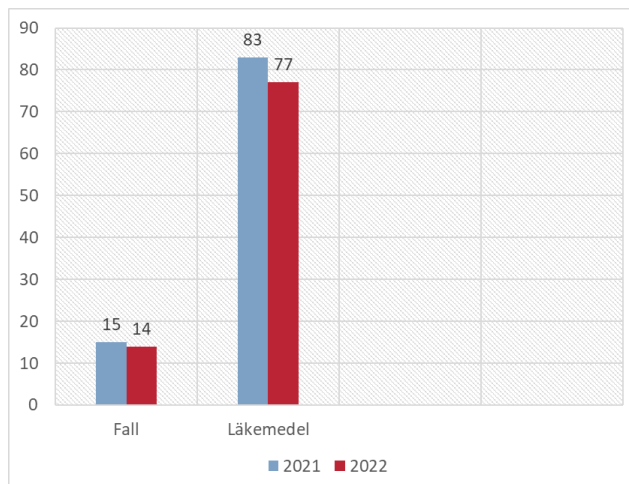
Inom utförarverksamheten LSS inryms *Gruppbofstäder enligt LSS, Servicebostäder enligt LSS, Boendestöd, Personlig assistans* och *Daglig verksamhet*. Nedanför redovisas verksamheternas analys av rapporterade avvikelser.

Nedan redovisas verksamheternas rapportering av avvikelser.

### Gruppbofstäder enligt LSS

Gruppbofstäderna enligt LSS är *Vallvägen 4, Vallvägen 2, Lindegårdsvägen* och *Sjövägen*.

Verksamheterna skiljer sig åt vad gäller hälso- och sjukvårdsavvikelser. Vallvägen 4 är den verksamhet som har flest avvikelser hälso- och sjukvård vilket förklaras med att personer som bor där har mer hälso- och sjukvårdsinsatser. Vallvägen 2 och Lindegårdsvägen har få avvikelser. Totalt sett har både fall och läkemedel minskat jämfört med 2021 (se bild 7)



**Bild 7.** Visar antal fall och läkemedel inom gruppbofstäder enligt LSS i jämförelse mellan år 2021 och år 2022.

### Vallvägen 4

Verksamheten Vallvägen 4 beskriver hur de kontinuerligt arbetar med att minska läkemedelsavvikelser genom att ta upp dem på arbetsplatsträffar och påminna varandra om vikten av att hantera läkemedel rätt. Det förekommer också några fallavvikelser som de systematiskt arbetar med att undvika. Avvikelse som inte syns i statistiken rör rehabiliteringsinsatser för personer som behöver insatser både i hemmet och på daglig verksamhet där det förekommer brister i signering av insats. Verksamheten arbetar tillsammans för att komma till rätta med det och säkerställa att patient inte blir utan insats.

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

### **Vallvägen 2**

Verksamheten Vallvägen 2 har få avvikelser relaterat till att hälso-och sjukvårdsbehoven inte är stora. De läkemedelsavvikelser som sker handlar om att omsorgspersonalen inte kontrollerat läkemedelistor ordentligt. Det rapporteras inga avvikelser vad gäller läkemedel som insulin och narkotika.

### **Lindegårdsvägen**

Verksamheten Lindegårdsvägen har få hälso-och sjukvårdsavvikelser. I slutet av året har emellertid avvikelserapporteringen ökat kring utebliven dos läkemedel och missade signeringar av läkemedel. Detta kan vara som ett resultat av ökad kunskap om avvikelserapportering efter genomgången utbildning i social dokumentation och avvikelshantering.

Med förbättrad följsamhet till rutiner och att medicinskåp kommer finnas i lägenheterna är förhoppningen att avvikelserna ska bli färre

### **Sjövägen**

Verksamheten Sjövägen beskriver att felaktig signering av givet läkemedel är vanligt förekommande, men de har återkommande samtal och utbildning med sjuksköterska. Verksamheten har också gemensamma möten för att lyfta olika frågor. Ett viktigt arbetsområde är att skapa tydlighet kring hälso- och sjukvårdsinsatser och speciellt vid inflyttning av nya brukare.

### **Servicebostäder enligt LSS, Dalvägen och Lindegårdsbacke**

Servicebostäderna Dalvägen och Lindegårdsbacke har få hälso- och sjukvårdsavvikelser och övervägande, tolv stycken, är kring läkemedel. Jämfört med år 2021 så är det ungefär lika många.

Tolkning av vad som är en hälso-och sjukvårdsavvikelse och inte har förtydligats. De avvikelser som sker handlar om utebliven signering i samband med utlämning av läkemedel. Verksamheten planerar att införa läkemedelsskåp i lägenheterna, vilket bedöms leda till säkrare hantering av läkemedel.

### **Boendestöd**

Under året har totalt 25 avvikelser rapporterats av verksamheten Boendestöd, varav cirka hälften är läkemedelsavvikelser. Läkemedelsavvikelserna handlar om uteblivna signeringar eller att enskilda brukare inte tagit emot läkemedel av olika skäl. Läkemedelshanteringen har ändrats under året och brukarens läkemedel har flyttat över till den egna lägenheten istället för att förvaras i boendestödslokalen. Det har inneburit en minskning i antalet missade signeringar.

### **Personlig assistans**

Verksamheten Personlig assistans beskriver att antalet avvikelser har ökat under året relaterat till förbättrad samverkan med legitimerad personal, då avvikelser regelbundet hanteras. Utveckling av digital dokumentation i brukarens hem kommer att göra det möjligt att hantera avvikelser direkt när de uppstår vilket underlättar och ökar förutsättningar för att avvikelser

Socialförvaltningen  
MAS Anne-May Ryytty  
MAR Monica Lundquist

rapporteras. Verksamheten redovisar 6 fallavvikelser och 16 läkemedelsavvikelser, 2 trycksår, och 12 omvårdnadsavvikelser.

### **Daglig verksamhet**

Verksamheten har få hälso-och sjukvårdsavvikelser, 1 fall, 1 läkemedel, 3 omvårdnad, 3 rehabilitering, 1 samverkan. Ingen avvikelse är bedömd som allvarlig. De bakomliggande orsakerna till avvikelserna antas bero på att verksamheten under året öppnat upp efter pandemin och att rutiner och arbetssätt återigen måste implementeras. En annan orsak är också att verksamhetens målgrupp förändras och behov och uppdrag behöver anpassas. Ännu en orsak återfinns i vissa brister i samverkan mellan hälso-och sjukvården och verksamheten. Åtgärder har vidtagits i form av förändring i organisation, förändring och implementering av rutiner och samverkan med hälso-sjukvården.



Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Monica Lundquist, Medicinskt ansvarig för  
rehabilitering  
0171-526 59  
monica.lundquist@habo.se

## **Patientsäkerhetsberättelse 2022**

### **Förslag till beslut**

1. Vård och omsorgsnämnden godkänner rapporten *Patientsäkerhetsberättelse år 2022*.

### **Sammanfattning**

Alla medarbetare inom vård och omsorg har ett gemensamt ansvar för att vården ska vara så god och säker som möjligt och patientens delaktighet är en av grundstenarna. Vårdskador går inte helt att undvika men genom lärande från det som händer i verksamheten kan förbättrande och förebyggande åtgärder vidtas. Det finns förbättringsområden för att stärka patientsäkerheten inom flera områden, bland annat när det gäller följsamhet till riktlinjer och rutiner kring vårdhygien och egenkontroll läkemedel där det under året inte utförts kontroller i den omfattning som riktlinjerna och rutinerna anger. Att i högre grad arbeta aktivt förebyggande genom risk- och konsekvensanalyser är också ett utvecklingsområde.

#### *Åtgärder som genomförts är bland annat:*

- Palliativa ombud har utsetts i alla verksamheter samt genomgått utbildning.
- Inom särskilda boenden för äldre och hemsjukvården har genomförts eller påbörjats kontroller av medicintekniska produkter
- Introduktion i lyfthantering och förflyttningsteknik hålls och genomförs löpande.
- Nära samverkan mellan hemsjukvårdens sjuksköterskor och hemtjänsten för att säkerställa delegering av läkemedel.
- Förebyggande arbete för att minska risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen genomförs i flera verksamheter.
- Arbete med att ta fram lokal handlingsplan för patientsäkerhet har påbörjats.

### **Ärendet**

Enligt 3 kap § 10 i Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år, vilka åtgärder som gjorts och vilka resultat som nåtts.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

**Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning.

**Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6846, 2023-02-06
  - Patientsäkerhetsberättelse VON 2023/00018 nr 6824
-

## Innehåll

RAPPORT .....	1
Sammanfattning.....	2
Organisation för patientsäkerhetsarbetet .....	3
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	5
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Avvikelser, klagomål och synpunkter .....	7
Egenkontroller och andra åtgärder för att stärka patientsäkerheten.....	8
Informationssäkerhet .....	13
Riskanalyser.....	14
Analys.....	15
Mål och strategier för kommande år.....	16

## Sammanfattning

Enligt 3 kap § 10 i Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen är en beskrivning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet som har skett under föregående år, vilka åtgärder som gjorts och vilka resultat som nåtts.

Patientsäkerhet handlar om att patienter inte ska skadas i samband med kontakt med hälso- och sjukvård och vård och omsorg. Alla medarbetare inom vården och omsorgen har ett gemensamt ansvar för att vården ska vara så god och säker som möjligt och patientens delaktighet är en av grundstenarna. Vårdskador går inte helt att undvika men genom lärande från det som händer i verksamheten kan förbättrande och förebyggande åtgärder vidtas. Det handlar också om att arbeta aktivt förebyggande genom risk- och konsekvensanalyser inför verksamhetsförändringar och att ta tillvara och sprida kunskap från inträffade händelser.

Under år 2022 har inga systematiska risk- och konsekvensanalyser utifrån patientsäkerhet genomförts när det gäller förändringar i verksamheten. Det har inte under år 2022 rapporterats några avvikelser/klagomål som varit så allvarliga att de utretts som vårdskada vilket eventuellt kan bero på att det är underrapporterat. Fler allvarliga händelser behöver komma medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR) tillkänna för vidare utredning om vårdskada. Ändringar i rutin och arbetssätt har genomförts för att möjliggöra detta.

Det finns förbättringsområden för att stärka patientsäkerheten inom många områden, bland annat när det gäller följsamhet till riktlinjer och rutiner kring vårdhygien och egenkontroll läkemedel där det under året inte utförts kontroller i den omfattning som riktlinjerna och rutinerna anger. Att i högre grad arbeta aktivt förebyggande genom risk- och konsekvensanalyser är ett utvecklingsområde.

Under året har personalomsättning, svårighet att rekrytera personal och en ansträngd situation i hemtjänsten inneburit risker i patientsäkerhet och kvalitet. De tre senaste åren har också Covid-19 präglat verksamheterna och inneburit stora påfrestningar för alla patienter och personal. Det är rimligt att tänka att en del av de områden där vi ser brister beror på en eftersläpning av åtgärder och insatser som kom i andra hand under pandemin.

För att stärka patientsäkerhet och kvalitet har åtgärder genomförts, bland annat:

- Palliativa ombud har utsetts i alla verksamheter samt genomgått utbildning.
- Inom särskilda boenden för äldre och hemsjukvården har genomförts eller påbörjats kontroller av medicintekniska produkter
- Introduktion i lyfthantering och förflyttningskunskap hålls och genomförs löpande
- Nära samverkan mellan hemsjukvårdens sjuksköterskor och hemtjänsten för att säkerställa delegering av läkemedel.
- Förebyggande arbete för att minska risk för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen genomförs i flera verksamheter.
- Arbete med att ta fram lokal handlingsplan för patientsäkerhet har påbörjats.

## **Organisation för patientsäkerhetsarbetet**

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:) framgår att vårdgivaren ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I det ansvaret ingår bland annat att se till att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens och att utreda och anmäla händelser som kan leda till vårdskada.

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för ledningen av kommunens hälso- och sjukvård. De ansvarar också för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det är vårdgivaren som bestämmer verksamhetschefens arbetsuppgifter, det vill säga vilka befogenheter, rättigheter och skyldigheter denne ska ha.

### **Verksamhetschef hälso-och sjukvård**

Verksamhetschef hälso-och sjukvård, HSV, har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. I Håbo kommun är det idag socialchef som är verksamhetschef HSV för den kommunala hälso- och sjukvården.

Av 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår att verksamhetschef hälso- och sjukvård ansvarar för att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (mar)**

MAS samt MAR ansvarar för att författningar och andra regler är kända och efterlevs inom den kommunala hälso- och sjukvården. De ansvarar också för att nödvändiga direktiv, instruktioner och rutiner finns för sjukvårds- och rehabiliteringsverksamheten. Samt att personalen har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på hälso-och sjukvårdsverksamheten.

Enligt 4 kap. 6 § första stycket hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, ansvarar MAS för att:

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Av 11 kap. 4 § Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, framgår att om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### **Avdelningschef**

Avdelningschefen har ett lednings- och uppföljningsansvar av hälso-och sjukvården för de verksamheter som ingår i avdelningen.

### **Enhetschef**

Enhetschefen leder, samordnar, driver verksamheten på dennes enhet. Enhetschefen ska ha kunskap om de lagar och förordningar som finns på området och leda arbetet med att uppnå en god vård. På varje enhet ska det finnas ett forum för kvalitets- och förbättringsarbete samt forum för individuell planering av vård och omsorg.

### **Legitimerad personal samt omsorgspersonal**

All hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget yrkesansvar gentemot patienten med krav på att arbetet ska ske enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att var och en bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Det innebär också ansvar för underlåtenhet att fullgöra en uppgift. Omvårdnadspersonal och personliga assistenter som fått delegering att utföra en medicinsk arbetsuppgift blir hälso- och sjukvårdspersonal när de utför uppgiften.

### **Stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet**

För att kunna genomföra patientsäkerhetsarbete med god kvalitet finns det olika stödfunktioner att tillgå vilka beskrivs nedan.

### **Vårdhygien**

All vård och omsorg ska vara av god kvalitet enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). I hälso- och sjukvårdslagen innebär god kvalitet också god vårdhygienisk standard. Sektionen för Vårdhygien på Akademiska sjukhuset har som en uppgift att stödja kommunerna i arbetet kring god vårdhygien och smittskydd. De ger bland annat råd vid nybyggnation av särskilda boenden samt råd vid utbrott av magsjuka och andra infektionssjukdomar. De besöker också kommunen och träffar enhetschefer, hygienombud och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### **Strama**

Strama är en nationell organisation med syftet att samverka mot antibiotikaresistens. Den lokala stramagruppen i Region Uppsala samarbetar med sektionen på vårdhygien på Akademiska sjukhuset och stöder kommunerna att minska antalet infektioner och antibiotika-användning.

### **Smittskydd**

Smittskyddsmyndigheten vid Region Uppsala regleras enligt smittskyddslagen. Enheten arbetar med att förebygga och minska spridning av smittsamma sjukdomar till och från människor i Uppsala län. De övervakar anmälningspliktiga sjukdomar och genomför smittspårning. De genomför utbildning och ger information till offentliga och privata aktörer samt direkt till allmänheten i Uppsala län.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

Region Uppsala och länets kommuner ingår i en samverkansorganisation inom området hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO). Denna samverkansorganisation har som mål att, med individen i fokus, stimulera och underlätta aktiv samverkan och dialog. Vård i Samverkan, ViS, är samlingsnamnet för de styrande dokument som stödjer samarbetet mellan huvudmännen och verksamheterna, både på politisk- och tjänstemannanivå.

### **Patientsäkerhetsgruppen**

Syftet med patientsäkerhetsgruppen är att verka för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i samverkan mellan regionen och kommunerna. Gruppen behandlar avvikelser vid vårdens övergångar, exempel vid utskrivning från slutenvården.

### **Närvårdsgrupp äldre**

Närvårdsgrupp äldre är en lokal samverkansgrupp där representant från Familjeläkarna, Bålstadoktorn, Akademiska sjukhuset, psykiatrimottagningen, lasarettet i Enköping, MAS/MAR samt närvårdsstrateg ingår. Målsättning är att ha patienten i fokus för bättre samverkan. I närvårdsgruppen finns möjlighet att ta upp de avvikelser i samverkan som inträffat och de åtgärder som vidtagits för förbättrad samverkan vilket är ett sätt att sprida lärdomar utifrån inträffade avvikelser.

### **Lokal samverkansgrupp (LSG)-Patientsäkerhet**

Syftet med samverkansgruppen är att arbeta för en jämlik och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård utan vårdskador. Exempel på arbetsområden för gruppen är att: identifiera oönskade variationer i länet och ge förslag till förbättringsåtgärder, stödja och samordna aktiviteter för implementering av nya riktlinjer inom patientsäkerhet, stödja lokala programområden i patientsäkerhetsfrågor, vara länken till den nationella- och sjukvårdsregionala samverkansgruppen inom patientsäkerhet och därmed vara länets mottagare för nationella kunskapsdokument gällande patientsäkerhet. Gruppen består av representanter från Regionens alla förvaltningar samt MAS/MAR representation från kommunerna. MAR från Håbo kommun deltar.

### **Lokalt redaktionsråd**

Varje kommun i Uppsala län ska utse en lokalredaktör som har ansvar för hanteringen av de lokala samverkandokumentet inom Vård i Samverkan (ViS). År 2022 hade närvårdsstrateg och MAS ett gemensamt ansvar och samarbete som lokalredaktör. År 2023 fortsätter samarbetet i viss utsträckning. Uppdraget innebär att bereda ärenden till Redaktionsrådet, bistå vid remisshantering av övergripande dokument och verka för informationsspridning lokalt. Redaktionsrådet ansvarar för uppdatering och beredning av de länsgemensamma samverkansdokumenten. Lokalredaktörerna ses tillsammans med Redaktionsrådet fyra gånger per termin. År 2022 startade redaktionsrådet ett arbete med att finna vägar för att förbättra implementeringen av samverkansdokument. Ett arbete som kommer att fortsätta under år 2023.

### **Nätverk för MAS/MAR och Hjälpmedel**

Under år 2022 har medicinskt ansvariga sjuksköterskor från alla kommuner i länet haft regelbundna möten för att diskutera gemensamma områden och förhållningssätt, exempelvis olika infektioner, hygien och palliativ vård. Samverkan mellan de olika

kommunerna inom Region Uppsala har stor betydelse för en mer jämlik och säker vård. Innan beslut tas i HSVO har de ofta diskuterats i MAS nätverket.

Under 2022 har nätverk för MAR inrättats. Nätverket består av MAR från flera av länets kommuner. Nätverket träffas en gång per månad med syfte att samverka, belysa och inventera viktiga frågor inom rehabiliteringsområdet. Under året har arbete genomförts med att ta fram gemensamt styrdokument för rehabilitering inom kommunal vård. I Håbo kommun har styrdokumentet antagits som Riktlinje för rehabilitering kommunal primärvård.

Det finns också ett gemensamt nätverk för MAS och MAR för samverkan och stöd i gemensamma frågor. Nätverket är ingen beslutande grupp men fungerar som remissinstans och kunskapskälla i patientsäkerhetsfrågor inom kommunal vård.

Hjälpmedelsansvariga i länet som finns i alla kommuner i länet har ett nätverk där frågor inom hjälpmedelsområdet samverkas, belyses och inventeras. Under 2022 har nätverket tagit fram gemensamma kriterier för förskrivning av olika hjälpmedelsgrupper. Kommunernas riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel skiljer sig därmed inte åt vad gäller kriterier och vilka behov som ska tillgodoses.

### **Vårdinformationssystem, Cosmic Link**

För samverkan mellan vårdgivare i region och kommun används vårdinformationssystem, Cosmic Link som driftsattes mars 2022. Systemet stödjer samverkan mellan aktörer i samband med plan för utskrivning- och/eller samordnad individuell plan (SIP). I verksamheten idag används systemet framför allt i samband med planering av utskrivning efter slutenvårdsvistelse. För samordning kring SIP har systemet inte börjat användas. Det finns behov av att strukturera organisationen för vilka aktörer i kommunen som ska arbeta i systemet samt att ta fram rutiner och stöd för arbetssättet.

### **Patients och närståendes delaktighet**

Enligt 4 § 3 kap. Patientsäkerhetslagen framgår att vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. När allvarliga händelser inträffar ska patient och närstående involveras i utredningen. Vid mindre allvarliga avvikelser ska patient och närstående informeras.

I förvaltningen finns ingen övergripande samverkansstruktur där patienter och närstående ingår vad gäller patientsäkerhet. I arbetet med att ta fram en lokal handlingsplan för patientsäkerhet har det framkommit som en prioriterad åtgärd att involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet. I arbetet med att kartlägga nuläget inför framtagande av handlingsplan patientsäkerhet så deltog ombudsman för äldre och funktionsnedsatta.

I enskilda ärenden när allvarliga händelser inträffar finns det rutiner för att ansvarig chef informerar och involverar patient och närstående.



## Avvikelser, klagomål och synpunkter

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är att identifiera vårdskador och förebygga risker för att vårdskador inträffar. Avvikelser och klagomålshantering är en grundläggande del i att förebygga brister i verksamhetens kvalitet och risker i patientsäkerhet. Avvikelser och klagomålshantering är en grundläggande del i att förebygga brister och risker i verksamhetens kvalitet patientsäkerhet. All personal som arbetar inom vård- och omsorg har därför en skyldighet att rapportera händelser som kan medföra en skada eller riskerar att medföra en skada för den enskilde. Därför har all personal som arbetar inom vård och omsorg en skyldighet att rapportera händelser som kan medföra en skada eller riskerar att medföra en skada för den enskilde. I den skyldigheten ingår också att ta emot klagomål och hantera dessa. Alla medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen ska ha kännedom om sin rapporteringsskyldighet och tillgång till avvikelssystem för att kunna rapportera avvikelser och klagomål.

Totalt har 2540 hälso-och sjukvårdsavvikelser rapporterats under 2022, vilket är en ökning i jämförelse med de två senaste åren då det var 2038 avvikelser år 2021 och 1952 avvikelser år 2020. Läkemedelsavvikelser är det område där det inträffar flest avvikelser inom och det som ökat mest. Det har rapporterats 35 klagomål under året och jämfört med år 2021 har det minskat, då det inkom 55 klagomål.

Patientnämnden tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående och om den enskilde så önskar så förmedlas informationen till aktuell vårdgivare. Från Patientnämnden har i år tre ärenden inkommit till kommunen. Samtliga har kommunicerats med berörd verksamhet. Ärendena har rört fördröjd läkemedelshantering, brister i omvårdnad och brister i omvårdnad/integritet.

Avvikelser i samverkan mellan kommun och region är ett viktigt verktyg för att förhindra risker i vårdkedjan. Avvikelser som inkommit till oss har bland annat handlat om brister i följsamhet till rutiner, brister i kommunikation och brister i hemtjänstinsatser. Avvikelser som vi har skickat till regionen handlar om bland annat brister i läkemedelshantering, brister i delat medicinskt ansvar samt brister i kontakt med psykiatrimottagningen

För att stödja processer för avvikelshantering och underlätta implementering av avvikelshanteringsarbetet har det genomförts digitala informations- och dialogmöten, så kallade öppna forum som vänder sig till alla medarbetare som hanterar avvikelser.

### Utredning av händelser-vårdskador

Allvarliga avvikelser och klagomål ska vidarebefordras till MAS/MAR för kännedom vilka bedömer om händelsen har medfört eller riskerat att medföra en allvarlig vårdskada och därmed behöver utredas och anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under 2022 har ingen avvikelsetlett till utredning om allvarlig vårdskada vilket kan vara underrapporterat.

En ny riktlinje för avvikelshantering och anmälan om vårdskada/missförhållande har tagits fram och rutin för avvikelshantering har reviderats. I dessa förtydligas att avvikelser/klagomål som bedöms med betydande eller katastrofal allvarlighetsgrad ska vidare till MAS/MAR för ställningstagande till utredning om vårdskada. Anledningen

till förtydligandet är att säkerställa att avvikelser som lett till vårdskada inte missas.

## **Egenkontroller och andra åtgärder för att stärka patientsäkerheten**

Under året har det genomförts ett antal egenkontroller och andra åtgärder i syfte att stärka patientsäkerheten.

### **Egenkontroller**

Verksamheterna arbetar kontinuerligt med att förbättra kvaliteten inom vård och omsorg. En viktig del i arbetet är att utföra olika egenkontroller. En del av egenkontrollerna återfinns i kommunens lokala handlingsplan kring vårdhygien som utarbetades i samråd med regionens arbetsgrupp för Vårdhygien. Andra egenkontroller finns i lokala riktlinjer eller rutiner som exempelvis läkemedelshantering inom vård och omsorg eller riktlinjer för hantering och användning av medicintekniska produkter. Det förekommer också att egenkontroller initieras av någon samverkanspartner eller stödfunktion

Lokal handlingsplan för vårdhygien samt lokala riktlinjer och rutiner granskas och revideras regelbundet. Genomförda egenkontroller registreras i olika protokoll och/eller aktuella rapporteringssystem som finns i olika databaser och/eller skickas till fastställda personer/enheter.

### *Vårdhygien*

- Observationsmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom särskilt boende (SÄBO)-äldre två gånger per månad.
- Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom övriga enheter en gång per månad.
- Nationell observationsmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom SÄBO-äldre en gång per år.
- HALT – mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning SÄBO-äldre en gång per år. Rapport sammanställs nationellt och återkopplas till kommunen.
- Infektionsregistrering SÄBO-äldre en gång per månad. Rapport sammanställs av Vårdhygien Uppsala och återkopplas till kommun.
- Handlingsplan för utbrott av smittsamma sjukdomar SÄBO och övriga verksamheter en gång per år.
- Hygienrund SÄBO-äldre en gång per år.

Vid granskning av verksamheternas egenkontroller kring basala hygienrutiner och klädregler framkommer det att en del har missat att rapportera enligt rutin. Vissa har haft tekniska problem med att rapportera i aktuellt system. Övervägande av dem som rapporterat visar god följsamhet till rutiner. Några verksamheter har rapporterat mindre följsamhet till rutiner. De uppger dock att de planerar att arbeta kring vårdhygien under år 2023, med möten, diskussioner och utbildningar. Påminnelser har gått ut till verksamheterna om vikten av god vårdhygien och följsamhet till riktlinjer och rutiner.

Verksamheterna har genomfört handlingsplaner för utbrott av smittsamma sjukdomar i varierad grad. Här har det varit oklart vilka enheter som ska genomföra detta och var det ska skickas, då vissa enheter ska skicka planen till Smittskydd och andra endast till

MAS. Planen för år 2023 är att förtydliga och förenkla i aktuellt rapporteringssystem samt utöka antalet verksamheter som bör genomföra handlingsplaner, eftersom många patienter och brukare är sårbara och drabbas särskilt hårt av sjukdomar.

Egenkontrollen kring hygienrund SÄBO-äldre har utförts i varierad grad under år 2022. De verksamheter som genomfört hygienrund har påvisat vissa brister som planeras följas upp/åtgärdas under år 2023. De verksamheter som missat att genomföra hygienrund planerar att genomföra hygienrund år 2023. Eftersom vårdhygien och miljö är viktiga faktorer för att minska vårdrelaterade infektioner (VRI) planeras för år 2023 att utöka antalet verksamheter som bör genomföra hygienrund.

#### *Läkemedelshantering*

Egenkontroll av läkemedelshantering på SÄBO och ordinärt boende ska göras två gånger per år. Alla enheter har inte genomfört kontroller i den omfattning som rutinen anger och en anledning som anges är personal- och tidsbrist.

Vid granskning av de egenkontroller som gjorts framkommer mindre avvikelser som handlar om förekomst av gamla läkemedel, några patienter saknar aktuell ordinationshandling, enstaka missade kontroller av kylskåpstemperatur, en avsaknad temperaturlista, enstaka missade signeringar på lista för nyckelhantering, en avsaknad lista för nyckelhantering och en missad kontroll av narkotika.

#### *Genomgång av medicintekniska produkter*

Alla medicintekniska produkter som används i verksamheterna ska kontrolleras regelbundet. Syftet med kontrollen är att säkerställa att hjälpmedel som används är säkra att använda. Individuellt förskrivna hjälpmedel för personer inom särskilda boenden enligt SoL/LSS kontrolleras enligt rutin en gång per år. För sängar och lyftar som är basutrustning på särskilda boenden ska besiktning göras av upphandlad leverantör enligt rutin.

Egenkontrollen inom särskilda boenden SoL visar att vissa verksamheter har genomfört samtliga kontroller, i andra verksamheter har dessa genomförts till viss del. Hemsjukvården har upprättat rutiner och till viss del genomfört kontroller av hemsjukvårdens basförråd.

Inom särskilda boenden LSS och daglig verksamhet har ingen rapportering gjorts om att kontroller är genomförda. I verksamheterna finns färre medicintekniska produkter än inom SoL verksamhet vilket kan vara orsaken till att kontrollmomentet inte är rapporterat.

#### *Periodisk Inspektion av lyftselar*

Lyftselar följs upp och kontrolleras två gånger per år enligt leverantörens anvisning. Syftet med kontrollen är att följa upp att hjälpmedlet fungerar för brukaren och att inga defekter som kan innebära risker uppstått. Alla förskrivna lyftselar har följts upp, 14 lyftselar har vid kontroll kasserats på grund av slitage och ålder.

#### *Uppföljning av elrullstol*

Förskrivna elrullstolar följs upp en gång per år. Syftet med kontrollen är att följa upp behovet och körförmåga för att säkerställa att elrullstol används på ett säkert sätt. Förskrivna elrullstolar har följts upp under året.

#### **Andra åtgärder som vidtagits för att stärka patientsäkerheten**

Nedan beskrivs ett antal åtgärder som genomförts under året.

### *Palliativa ombud*

Alla särskilda boenden, korttids och hemtjänst har utsett palliativa ombud som har genomgått utbildning av regionens palliativa konsultteam. Rehabiliteringspersonal har inte några palliativa ombud utsedda. Utbildningen uppfattas som mycket positiv och stärker medarbetarna i arbetet med palliativa patienter. Det finns ännu ingen tydlig roll och ansvarsbeskrivning för ombuden vilket verksamheterna planerar att ta fram.

### *Utbildning i hantering av lyft och lyftsele (lyftlicens)*

Hantering av lyft är ett riskmoment och skador som inträffar sker oftast på grund av fel i handhavande. För att säkerställa att personal som hanterar lyft och lyftsele har kunskap om hantering och risker ska all ny vård och omsorgspersonal genomgå utbildning i lyftlicens och förflyttningkunskap. Utbildningen ska därefter repeteras efter tre år. Rehabiliteringen håller löpande under året utbildningar som verksamheterna anmäler sig till. Under året har ca 80 personer genomgått utbildningen.

### *Delegeringar läkemedel*

För att säkerställa att vård och omsorgspersonal i hemtjänsten kan arbeta säkert med läkemedel har en nära samverkan mellan hemsjukvårdens sjuksköterskor och hemtjänsten etablerats. Det genomförs täta delegeringsutbildningar och samverkan sker kring avvikelshantering inom läkemedelsområdet.

### *Åtgärder för att minska smittspridning*

För att minska smittspridningen av olika infektionssjukdomar har verksamheterna följt rutiner och riktlinjer från Vårdhygien Uppsala. Verksamheterna har också fått stöd av Vårdhygien och smittskydd för att kunna hantera olika utbrott av smitta samt fått råd kring smittspårning.

Vaccinationstäckningen är god inom verksamheterna, då vaccination mot Covid-19 och influensa fortgått i enlighet med nationell och regional planering samt i samråd med patientansvarig läkare.

### *Förebyggande arbete med riskbedömningar-vårdprevention*

SÄBO-äldre har ett sedan många år ett inarbetat arbetssätt med att göra riskbedömningar för fall, trycksår, munhälsa och undernäring i registret Senior Alert. I slutet av 2021 påbörjade MAS/MAR en inventering av arbetet med riskbedömningar på alla boenden med målsättning att uppdatera rutiner och struktur för det förebyggande arbetet. Det har inte fortgått under år 2022 på grund av avsaknad av MAS. I uppföljning med chefer på särskilda boenden i slutet av 2022 framkommer att Solängen och Dalängen arbetar systematiskt med riskbedömningar. Västerhagsvägen och korttidsboendena har börjat eller är på väg att börja. Det finns behov av kunskapsinhämtning och stöd i struktur i arbetssättet. Data som finns i registret används inte i förbättringsarbete vilket är ett av huvudsyftena med att använda registret för riskbedömningar. Under 2023 kommer MAS/MAR att revidera rutiner och stödmaterial till verksamheterna.

### *Läkemedelshantering, extern granskning av Apoteket AB*

Läkemedelshantering inklusive delegering följs upp årligen av extern granskare från apoteket i samarbete med enhetschef, MAS och ansvarig sjuksköterska. Under året har granskning genomförts på följande enheter: Västerhagsvägen, Hemsjukvården och LSS boenden Vallvägen 2 och 4, Dalvägen, Lindegårdsbacke, Lindegårdsvägen och

Sjövägen. På tre verksamheter har den externa granskningen inte kunnat genomföras, trots att besök varit planerade. Omständigheter som sjukdom har påverkat.

Resultatet av de granskningar som är genomförda, visar, liksom år 2021, att läkemedelshanteringen i huvudsak är god och säker, dock finns det vissa förbättringsåtgärder. Det gäller bland annat att säkerställa att ordinationerna är fullständiga, korrekta och aktuella med tillhörande läkemedel- och signeringslista samt att förtydliga vissa lokala läkemedelsrutiner när det gäller hantering av narkotikapläster och läkemedel utanför läkemedelsförråd/skåp. Arbetet med att förbättra läkemedelshanteringen kommer att fortsätta under år 2023.

#### *Lokaler- Hygienrond*

Hygiensjuksköterska från Vårdhygien Region Uppsala har ett uppdrag att granska kommunens SÄBO-äldre var fjärde år tillsammans med ansvarig enhetschef, hygienombud och MAS. Under år 2022 har granskning skett av SÄBO Västerhagsvägen som öppnade sin verksamhet i februari. Vid nybyggnationen av Västerhagsvägen inbjöds inte Vårdhygien att delta i den omfattning som de önskade.

Vårdhygien har vid granskningen bedömt att det finns ökad risk för spridning av olika smittor på grund av att desinfektionsrum, kök och tvättstuga saknar separata tvättställ som endast används till handtvätt. I allmänna utrymmen finns möbler i textilmaterial, vilket försvårar rengöring och ökar risk för smittspridning. Vidare saknas det tillräckligt med skåp med dörrar vilket gör det svårt att förvara material utifrån olika renlighetsgrad. Vårdhygien har kommit med olika åtgärdsförslag som verksamheten planerar att genomföra till viss del under 2023.

#### *Hygienombud*

Hygienombudets roll är att stötta verksamheten i vårdhygieniska frågor och delge kunskap till medarbetare på arbetsplatsen. Målsättningen är att minska vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Hygienombud ska utses inom alla verksamheter och genomföra utbildning via Vårdhygien Uppsala. Alla hygienombud i samtliga kommuner i Uppsala träffas regelbundet. Hygiensjuksköterska och ombuden i kommunen har träffats under två gånger under året. Vårdhygien har också träffat enhetschefer.

#### *Lokal handlingsplan för patientsäkerhet*

Socialstyrelsen har tagit fram en handlingsplan för att stödja och stärka patientsäkerheten och bidra till att förebygga att patienter ska drabbas av vårdskada. Utifrån den nationella handlingsplanen ska varje vårdgivare ta fram en lokal handlingsplan.

Arbete med att kartlägga nuläget, identifiera och prioritera områden har påbörjats under året och gjorts tillsammans i bred förankring i olika verksamheter. Målet var att under året komma så långt som att ta fram själva handlingsplanen men på grund av hög arbetsbelastning har arbetet pausats. Områden som identifierats som i behov av prioritering hittills är:

- Patientmedverkan i utveckling av processer och arbetssätt, för ökad riskmedvetenhet och beredskap, patienten som medskapare, patientens delaktighet i den egna vården, patientperspektiv i analys lärande och utveckling.



- Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador
- Verktyg metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete
- Analyser som möjliggör lärande och lärande från analyser och det egna arbetet
- En god säkerhetskultur

Arbetet återupptas igen under 2023 med en ny arbetsgrupp med fler perspektiv där förankring i ledningsgrupp och verksamhet är viktigt.

## Informationssäkerhet

Vårdgivare ska säkerställa att det finns rutiner och processer som säkerställer att kraven för informationssäkerhet följs. Det innebär att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren ska vara tillgängliga för den som är behörig, otillgänglig för den som inte är behörig samt vara spårbara.

## Behörigheter

Medarbetare ska tilldelas behörigheter i verksamhetssystem som Treserva, Cosmic Link, Pascal, Nationell patientöversikt (NPÖ), Senior Alert med mera utifrån yrkesroll och ansvar. Vid anställning ska ansvarig chef anmäla vilka system medarbetare ska ha behörighet till. Vid anställningens upphörande ska behörigheter tas bort. Det finns ett förbättringsarbete att göra för att på ett mer kvalitetssäkrat sätt hantera behörigheter.

## Loggkontroller

Vårdgivaren ska via loggning aktivt, regelbundet och kontinuerlig genomföra uppföljningar på vilka patienter som medarbetarna gjort sökningar på. Medarbetare ska informeras om att loggning utförs och att det är endast tillåtet att ta del av uppgifter som är nödvändiga för att utföra uppgiften. Om personal tar del av uppgifter utöver vad arbetet kräver kan han eller hon göra sig skyldig till dataintrång. På begäran ska vårdgivaren lämna ut vilka som haft åtkomst till patients personuppgifter. Syftet med loggkontroller är att förebygga otillåten tillgång till patientinformation. På begäran ska vårdgivaren lämna ut vilka som haft åtkomst till patients personuppgifter.

Granskning av loggkontroller som genomförts under en dag i december 2022 för legitimerad personal inom hemsjukvård och rehab i patientjournalen, Treserva och NPÖ, visar inget anmärkningsvärt.

## Journalgranskning

Under år 2022 har MAS granskat 15 slumpmässigt utvalda patientjournaler skrivna av sjuksköterskor. I aktuellt patientjournalssystem som finns i kommunens hälso- och sjukvård benämns patientjournalen som hälsoärende. Hälsoärendet ska återge patientens bakgrund, hälsotillstånd och mående samt de viktigaste delarna i vården som sker med patienten. En viktig del är vårdplaner, som i hälsoärendet benämns som hälso- och sjukvårdprocesser. Dessa processer ska ge en samlad bild av patientens behov, mål och insatser som han eller hon får. De ska också ge en beskrivning hur och när dessa ska utvärderas. I journalsystemet genomförs processerna utifrån olika faser som utredning, bedömning, åtgärda och följa upp. I granskning av patientjournaler framgår att de flesta innehåller olika hälso- och sjukvårdsprocesser. Det förekommer förbättringsområden när det gäller beskrivning av bakgrund och aktuellt hälsotillstånd till patientens vård. Det saknas också till viss del uppgift om när och hur utvärdering av beslutade åtgärder som är fördelade till omsorgspersonal ska ske.

## Risicanalyser

Av 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS) framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Förvaltningen har idag inget strukturerat sätt att arbeta med risk- och konsekvensanalyser vid verksamhetsförändringar utifrån hur det kan påverka patientsäkerhet och kvalitet. Bristen på adekvata analyser påverkar verksamheternas möjlighet till beredskap att hantera problem, eller nyttja möjligheter som finns och som kan uppstå.

Vid granskning av verksamheten och i dialog med ansvariga chefer identifieras några områden där det hade varit värdefullt att genomföra risk- och konsekvensanalyser. Dessa områden är: *Byte av personal, Övertagande av privat hemtjänst och optimering/översyn av schan i hemtjänsten.*

### *Byte av personal*

Under året har det varit många byten av chefer på olika enhetsnivåer. Det har även varit omsättning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt svårigheter att rekrytera kvalificerad personal. I och med detta kan viktig kunskap om verksamheten ha försvunnit, och risk finns för minskad kvalitet och hotad patientsäkerhet. Det kan dessutom ta lång tid innan kunskapen och kompetensen byggs upp igen.

### *Övertagande av privat hemtjänst*

Sommaren 2022 övertog den kommunala hemtjänsten verksamhet från en privat hemtjänstutövare, vilket fördubblade hemtjänsten på kort tid. Övertagandet ledde till en ansträngd situation för dem, vilket till viss grad fortfarande råder. Hemtjänstens ansträngda situation har under året inneburit risker i patientsäkerheten och risk för allvarlig vårdskada. Situationen i hemtjänsten har dock successivt förbättrats och förbättringsarbete pågår.

### *Optimering/översyn av schan i hemtjänst*

Under hösten 2022 genomfördes en så kallad optimering/översyn av hemtjänstpersonalens schan, där HSL-insats och SoL-insats sammanslogs. Detta ledde till minskad tid hos brukare att utföra HSL-insats på ett tryggt och säkert sätt. Tiden har behövt justeras tillbaka då det inte var patientsäkert att tid för insatser minskat.



## Analys

Verksamheterna har under året påverkats av flera chefsbyten och omsättning av hälso- och sjukvårdspersonal. Under året har det också varit en utmaning för verksamheterna att rekrytera personal, både legitimerad personal och vård och omsorgspersonal med rätt kompetens. Funktionen Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har saknats delar av året, konsult har dock funnits att tillgå och funktionen tillsattes i slutet av året. Sammantaget kan omsättning och brist på personal ha påverkat patientsäkerhet och kvalitet eftersom det innebär att förbättringsarbeten avstannar, rutiner och riktlinjer innehåller inte uppdateras, egenkontroller utförs inte i den omfattning som anges.

Att ledningssystemets styrdokument, rutiner och processer inte är tillräckligt kända och tillgängliga för ny personal såväl medarbetare som chefer gör det svårt att säkra att kunskap om genomförande finns.

De tre senaste åren har Covid-19 präglat verksamheterna och inneburit stora påfrestningar för patienter såväl som personal. Trots det har utvecklingsarbete och förbättringar i viss mån fortgått. Det är rimligt att tänka att en del av de områden som har brister beror på en eftersläpning av åtgärder och insatser som kom i andra hand under pandemin.

### *Risikanalyser*

I förvaltningen finns idag inget strukturerat sätt att arbeta med riskanalyser på ett systematiskt förebyggande sätt vad gäller patientsäkerhet. Det innebär att vi inte på aggregerad nivå arbetar med att förebygga risker vilket gör att vi inte har ett systematiskt sätt att förhindra att vårdskador uppstår. Vi avvikelshanterar och reagerar när en avvikelse skett. Att utifrån identifierade risker ta fram handlingsplaner med åtgärder är viktigt för att minimera risker/skador men också för att medvetandegöra och skapa förståelse och acceptans för förändringar som sker. Att tillvarata olika verksamheters och personals kunskap och erfarenhet är nödvändigt för att få ett helhetsperspektiv.

### *Vårdhygien*

Under februari öppnades ett nytt särskilt boende (SÄBO) för äldre i kommunen. Lokalerna har granskats av Vårdhygien i Uppsala som påtalade några brister som kan leda till ökad risk för spridning av smitta. Bristerna kanske hade kunnat undvikas om Vårdhygien hade fått erbjudandet att delta i nybyggnationen i den omfattning som de önskade.

### *Läkemedel*

Läkemedelsavvikelsena har under 2022 ökat, framför allt inom hemtjänsten vilket troligtvis beror på den ansträngda situation som hemtjänsten befunnit sig i. För att förhindra fel i läkemedelshanteringen genomförs olika åtgärder. Åtgärder som pågår är bland annat nära samverkan mellan hemsjukvårdens sjuksköterskor och hemtjänst för delegeringsutbildningar och avvikelshantering. App för signering av läkemedel kommer att införas successivt under året. Införandet av läkemedelsskåp har påbörjats. Uppföljning hur dessa åtgärder påverkar antalet läkemedelsavvikelser kommer att ske.

## Mål och strategier för kommande år

Mål och strategier ska vara långsiktiga och bör därför sträcka sig över flera år. Viktiga mål som hälso-sjukvården och vård och omsorg bör arbeta mot de närmaste fyra åren.

### Mål 2023-2027

- Patientsäkerhet ska ha en tydlig förankring i verksamheter och ledning inom vård och omsorg samt förankring hos alla medarbetare.
- Patientmedverkan och personcentrering ska genomsyra vården och omsorgen.
- Vården och omsorgen ska vara förebyggande och hälsofrämjande.
- Det systematiska kvalitetsarbetet ska prioriteras för att säkerställa god kvalitet och minska risk för vårdskador.

### Strategier för att nå målen:

- Arbeta fram en handlingsplan för patientsäkerhet med förankring hos vårdgivare, ledning och medarbetare, där handlingsplanen hålls levande och handlingsplanens åtgärder revideras årligen i samband med patientsäkerhetsberättelsen.
- Fortsatt arbete med lokal handlingsplan för vårdhygien utifrån ny författning om smittskydd. Handlingsplanen ska samverkas och förankras hos vårdgivare, ledning och medarbetare samt revideras årligen.
- Kartlägga, inventera och utveckla patientmedverkan och personcentrering.
- Kartlägga, inventera och utveckla förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt, bibehålla och stärka där det finns och utveckla inom områden där det inte finns.
- Stärka och stödja personal i avvikelshantering, identifiera vad i avvikelshanteringen som behöver förbättras. Följa hur åtgärder som digital signering och läkemedelsskåp påverkar säkerheten i läkemedelshanteringen.
- Förebygga risk för vårdskador genom risk och händelseanalys.
- Säkerställa att medarbetare oavsett profession har kunskap om sådant som påverkar patientsäkerheten. Allt från avvikelshantering, läkemedelshantering, vårdhygien, hjälpmedelshantering. Utveckla stöd och implementering av rutiner och nya arbetssätt.



Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Jenny Storm, verksamhetsutvecklare/ enhetschef  
0171 - 468 483  
jenny.storm@habo.se

## Rapportering ej verkställda gynnande beslut år 2022

### Förslag till beslut

1. Vård och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens rapportering av ej verkställda gynnande beslut och överlämnar den till kommunfullmäktige och kommunens revisorer för kännedom.

### Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden är enligt 16 kap. 6 h § Socialtjänstlagen (SoL) och 28 h § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) skyldiga att varje kvartal rapportera till fullmäktige om gynnande beslut som ej blivit verkställda. Rapportering görs även till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Beslut som avses är biståndsbeslut enligt SoL och LSS som inte blivit verkställda inom tre månader från dagen för beslut. För kvartal 4, år 2022, har totalt 23 beslut rapporterats in till IVO inom nämndens verksamhetsområde. Fem beslut är enligt SoL och 18 beslut enligt LSS. Dessa rapporteringar kan avse beslut som inte har verkställts, avbrott som skett i tidigare verkställigheter eller där verkställighet skett i tidigare inrapporterade ärenden. Efter inrapporteringen för kvartal 4 är det totalt 21 beslut som är fortsatt ej verkställda.

För denna rapportering har en ökning av ej verkställda gynnande beslut ökat. Det är främst beslut enligt SOL, äldreomsorg, särskilt boende som har öka. Detta beror på att en ombyggnation i en verksamhet bidragit till dröjsmål till av verkställighet

### Ärendet

Av rapporten med nr 6816 framgår vilka beslut som är rapporterade till IVO inom respektive beslutsgrund.

### Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Inspektionen för vård- och omsorg, IVO, har rätt i enlighet med 28 a § LSS, att ansöka om utdömmande av särskild avgift hos förvaltningsrätten där det dröjt oskäligt lång tid att verk-ställa beslut för enskild. Den särskilda avgiften varierar beroende på insatsens karaktär och omfattning, samt utifrån hur långt dröjsmålet är.

Nämnden har tidigare yttrat sig till IVO i ett ärende avseende ej verkställt beslut om insatsen kontaktperson enligt LSS. IVO har därefter ansökt hos förvaltningsrätten i Uppsala om särskild avgift. IVO yrkar i sin ansökan att förvaltningsrätten beslutar att Håbo kommun ska betala en särskild avgift om 28 100 kronor. IVO anger som grund att Håbo kommun har dröjt oskäligt lång tid med att verkställa ett be-slut om insats och att kommunen därför ska åläggas att betala en särskild avgift enligt 28 a § första stycket lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I yttrandet till förvaltningsrätten framförs att nämnden går med på vad som begärs i ansökan och att nämnden inte har något mer att tillägga målet. Nämnden inväntar förvaltningsrättens avgörande.

Nämnden har även yttrat sig till IVO i ett ärende avseende ej verkställt beslut om insatsen daglig verksamhet LSS. Nämnden inväntar IVO´s beslut i ärendet.

I december 2022 begärde IVO yttrande i tre beslut enligt LSS. Två ärenden rör avlösarservice och en kontaktfamilj. I båda fallen har det varit svårrekryterat av lämpliga uppdragstagare. Socialnämnden har yttrat sig i samtliga ärenden till IVO.

IVO har även hos förvaltningsrätten ansökt om särskild avgift på 2800 kr utifrån ej verkställt gynnande beslut enligt LSS avseende avlösarservice. Socialnämnden har yttrats sig i målet att man medger ansökan.

#### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

#### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

#### **Uppföljning**

Nuvarande och eventuellt kommande förändringar i verkställigheten följs upp på individnivå..

#### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6817, daterad 2023-01-28
- Rapportering av ej verkställda gynnande beslut, år 2022, kvartal 4, daterad 2023-01-28 nr 6816

---

#### **Beslut skickas till**

Kommunfullmäktige  
Kommunens revisorer

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Jenny Storm, verksamhetsutvecklare  
0171 - 468 483  
jenny.storm@habo.se

## **Rapportering ej verkställda gynnande beslut, år 2022, kvartal 4**

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden är enligt kap. 16 § 6 h Socialtjänstlagen (SoL) och § 28 h lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) skyldiga att varje kvartal rapportera till fullmäktige om gynnande beslut som ej blivit verkställda. Rapportering görs även till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Beslut som avses är biståndsbeslut enligt SoL och LSS som inte blivit verkställda inom tre månader från dagen för beslut. För kvartal 4, år 2022, har totalt 23 beslut rapporterats in till IVO inom nämndens verksamhetsområde. Fem beslut är enligt SoL och 18 beslut enligt LSS. Dessa rapporteringar kan avse beslut som inte har verkställts, avbrott som skett i tidigare verkställigheter eller där verkställighet skett i tidigare inrapporterade ärenden. Efter inrapporteringen för kvartal 4 är det totalt 21 beslut som är fortsatt ej verkställda.

För denna rapportering har en ökning av ej verkställda gynnande beslut ökat. Det är främst beslut enligt SOL, äldreomsorg, särskilt boende som har öka. Detta beror på att en ombyggnation i en verksamhet bidragit till dröjsmål till av verkställighet.

### **Förändringar i verkställighet med anledning av covid-19**

Kommunernas rapportering ska ske som vanligt men eventuella förändringar i verkställighet med anledning av covid-19 ska framgå i individrapporten som skickas till IVO. Det kvarstår inga beslut från inrapporteringen för kvartal tre med koppling till pandemin, där dröjsmålet till verkställighet är relaterat till covid-19.

### **Beslut enligt SoL, funktionsnedsättning**

För kvartal 4 har inga beslut rapporterats in inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

### **Beslut enligt SoL, äldreomsorg**

För kvartal 4 har totalt nio beslut rapporterats in inom äldreomsorg, varav fem är rapporterade även vid tidigare rapporteringsperiod. Samtliga beslut är fortsatt ej verkställda och avser insatsen särskilt boende för äldre. Dröjsmålet med verkställighet är i dessa beslut inte relaterade till covid-19. I samtliga ärenden som tidigare rapporterats har den enskilde erbjudits plats vid flera tillfällen på särskilt boende i Håbo kommun men har tackat nej och vill avvakta av olika personliga skäl. De fyra nytillkomna besluten avser särskilt boende och där anledningen är att det saknas platser till följd av ombyggnation.

## **Beslut enligt LSS**

För kvartal 4 har totalt 15 beslut rapporterats in inom LSS, varav inget nytt beslut för denna rapporteringsperiod. Av samtliga inrapporterade beslut är det totalt 13 som vid rapporteringen är fortsatt ej verkställda och två är rapporterade som verkställda. De två besluten avser bostad för vuxna enligt 9:9 LSS. Ett beslut som ej verkställts avser kontaktperson där uppdragstagaren sa upp sitt uppdrag och den enskilde inte haft en kontaktperson från 220930. Ny kon-taktperson är erbjuden och matchningsträff är inboka i januari 2023. Tre beslut avser avlösars-service i hemmet där samtliga beslut 6år avbrott i verkställighet på grund av att utföraren sagt upp uppdraget och ny uppdragstagare/ utförare har inte kunnat rekryteras. Ett beslut avser avbrott i verkställighet utifrån korttidsplats och ny plats har inte kunnat erbjudas av kommunen.

Två beslut avser ledsagarservice där en tackat nej till erbjudande och det andra beslutet inte kunnat verkställas utifrån rekryteringssvårigheter.

Tre beslut avser daglig verksamhet där samtliga enskilda tackat nej till erbjudande. "

## **Ekonomiska konsekvenser**

Inspektionen för vård- och omsorg, IVO, har rätt i enlighet med 28 a § LSS, att ansöka om utdömmande av särskild avgift hos förvaltningsrätten där det dröjt oskäligt lång tid att verk-ställa beslut för enskild. Den särskilda avgiften varierar beroende på insatsens karaktär och omfattning, samt utifrån hur långt dröjsmålet är.

Nämnden har tidigare yttrat sig till IVO i ett ärende avseende ej verkställt beslut om insatsen kontaktperson enligt LSS. IVO har därefter ansökt hos förvaltningsrätten i Uppsala om särskild avgift. IVO yrkar i sin ansökan att förvaltningsrätten beslutar att Håbo kommun ska betala en särskild avgift om 28 100 kronor. IVO anger som grund att Håbo kommun har dröjt oskäligt lång tid med att verkställa ett be-slut om insats och att kommunen därför ska åläggas att betala en särskild avgift enligt 28 a § första stycket lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I yttrandet till förvaltningsrätten framförs att nämnden går med på vad som begärs i ansökan och att nämnden inte har något mer att tillägga målet. Nämnden inväntar förvaltningsrättens avgörande. Nämnden har även yttrat sig till IVO i ett ärende avseende ej verkställt beslut om insatsen daglig verksamhet LSS. Nämnden inväntar IVO´s beslut i ärendet.

I december 2022 begärde IVO yttrande i tre beslut enligt LSS. Två ärenden rör avlösarservice och en kontaktfamilj. I båda fallen har det varit svårrekryterat av lämpliga uppdragstagare. Socialnämnden har yttrat sig i samtliga ärenden till IVO.

IVO har även hos förvaltningsrätten ansökt om särskild avgift på 2800 kr utifrån ej verkställt gynnande beslut enligt LSS avseende avlösarservice. Socialnämnden har yttrats sig i målet att man medger ansökan.

## **Uppföljning**

Nuvarande och eventuellt kommande förändringar i verkställigheten följs upp på individnivå.

Vård- och omsorgsförvaltningen

Karin Johansson, Ekonom  
0171-52505  
karin.johansson@habo.se

## **Budget och mål 2023 samt plan 2024-2025**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna förvaltningens förslag till budget och mål 2023 samt plan 2024-2025 och överlämnar beslutet till kommunfullmäktige.
2. Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt förvaltningen att presentera en bruttolista om möjliga effektiviseringsåtgärder inom nämndens verksamhetsområde.

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsförvaltningen har arbetat enligt nämndens plan för målarbete. Planen antogs under juni 2022 och utgår från Håbo kommuns styrmodell. I verksamhetsplanen beskrivs vård- och omsorgsnämndens grunduppdrag med tillhörande kritiska kvalitetsfaktorer, uppställda kvalitetsmått, resurs- och volymmått och nämndens fyra utvecklingsmål för att säkerställa en kvalitativ verksamhet utifrån nämndens ansvarsområde.

De föreslagna utvecklingsmålen utgår från de fyra perspektiven som ingår i nämndens grunduppdrag, målgrupp, verksamhet, medarbetare och ekonomi, och beaktar samtidigt kommunfullmäktiges mål. Uppföljning av utvecklingsmålen kommer återspeglas till nämnden under året.

Vård- och omsorgsnämnden tilldelas för år 2023 en budgetram på cirka 248,8 miljoner kronor, vilket motsvarar en ökning med cirka 8,5 miljoner kronor jämfört med budgetramen för år 2022.

De åldersgrupper som har störst påverkan på kostnadsutvecklingen inom vård- och omsorgsnämnden är kommuninvånarna i åldern 80 år eller äldre. Åldersgruppen med personer som är 80 år eller äldre beräknas att öka med 36 procent mellan åren 2022 och 2025. Detta kan jämföras med kommunens totala befolkningsökning, som mellan samma år beräknas till ungefär 6 procent.

Vård- och omsorgsnämndens verksamheter står inför stora utmaningar, tilldelad budgetram ger enbart utrymme för en mycket konservativ och återhållsam beräkning av årets förväntade volymer och kostnader. En konservativ bedömning i samband med budgetarbete riskerar att medföra att behoven inte kommer att rymmas i den tilldelade ramen. Förvaltningen kommer noga att följa den ekonomiska utvecklingen och nämnden kan komma att behöva fatta beslut om effektiviseringsåtgärder. Flera av nämndens verksamheter har redan under år 2022 svårt att hålla tilldelad budgetram och förvaltningen befarar att kommande effektiviseringar kan behöva handla om sänkta ambitionsnivåer och sänkta kvalitetskrav. Det kan innebära reviderad hållning gällande till exempel subventioner, taxor och avgifter samt riktlinjer för biståndsbedömning.



Nämnden behöver hitta och införa innovativa sätt att bedriva verksamhet kostnadseffektivt, både avseende arbetssätt och eventuellt alternativa driftsformer.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Nämndens budgetram medger en mycket konservativ resurssättning av verksamheten. Årets budgetramar medför en risk att verksamheten får svårt att hantera volymförändringar och andra oförutsedda kostnadsökningar, finansiering av sådana effekter behöver ske inom nämndens budgetram.

Det anstränga ekonomiska läget medför att nämnden behöver besluta om effektiviseringsåtgärder under verksamhetsåret.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Uppföljning av budget och mål sker löpande under året i enlighet med av kommunfullmäktig fastställd plan.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6875, daterad 2023-02-17
- Budget och verksamhetsplan 2023, plan 2024-2025

---

### **Beslut skickas till**

Ekonomienhet

2023-02-21 11:36



# **Budget och verksamhetsplan 2023, plan 2024-2025**

Vård- och omsorgsnämnden

## Innehållsförteckning

1 Uppdrag och ansvarsområde.....	3
2 Kvalitet och mål.....	5
3 Budget 2023, plan 2024-2025.....	11
4 Plan för valfrihet och konkurrens.....	21
5 Bilaga: Taxor och avgifter i Håbo kommun år 2023 .....	21
6 Resursfördelningssystem.....	22

# 1 Uppdrag och ansvarsområde

Vård- och omsorgsnämnden har det politiska ansvaret för kommunens verksamheter inom äldreomsorgen, färdtjänst samt den kommunala primärvården, kommunal hälso- och sjukvård.

Den demografiska förändringen är den enskilt viktigaste faktorn att följa vid bedömning av volymer och kostnader för vård- och omsorgsnämndens verksamheter. Därutöver finns andra mer svårprognostiserade faktorer såsom till exempel ändrade beteenden i ansökningar om bistånd.

De åldersgrupper som har störst påverkan på kostnadsutvecklingen inom vård- och omsorgsnämnden är kommuninvånarna i åldern 80 år eller äldre. Åldersgruppen med personer som är 80 år eller äldre beräknas att öka med 36 procent mellan åren 2022 och 2025. Detta kan jämföras med kommunens totala befolkningsökning, som mellan samma år beräknas till ungefär 6 procent. På lite längre sikt beräknas antalet äldre över 80 nästintill att fördubblas fram till år 2030. Kommunen har då inte en äldre befolkning än riksnittet men ligger mer i linje med hur det ser ut i jämförbara kommuner.

Den demografiska utvecklingen medför en kraftig volymökning gällande verksamheter inom äldreomsorgen. Volymökningarna medför både stora investeringsbehov och ökade driftskostnader. Den stora volymen ny verksamhet kommer också med stor sannolikhet att påverka nämndens verksamheters nettokostnadsavvikelse negativt. Volymökningarna medför både stora investeringsbehov och ökade driftskostnader.

Start och uppbyggnad av ny verksamhet medför stora utmaningar avseende finansiering av investeringar och driftskostnader men också i form av organisatoriska utmaningar, inte minst kompetensförsörjning.

Nämndens personalgrupper har ansträngts hårt under pandemin och flera av de stora fackförbundens löneavtal löper ut under perioden, det är rimligt att anta att kommande avtalsrörelser kommer att medföra ökade personalkostnader. Verksamhetsvolymerna ökar snabbt och kompetensförsörjning av verksamheten kommer att bli en stor utmaning. Nämnden behöver vidta åtgärder för att fortsatt vara en attraktiv arbetsgivare då konkurrensen om medarbetarna stadigt ökar. God arbetsmiljö, delaktighet och utvecklingsmöjligheter är viktiga faktorer i det arbetet och nämnden har ett fortsatt behov av att arbeta med utvecklingsfrågor för att locka till sig medarbetare i en omfattning som täcker de kommande behoven. Förväntade förändringar gällande anställningsvillkor för medarbetare kommer att medföra ökade kostnader. Under år 2022 har nämnden intensifierat arbetet med att öka andelen heltidsanställda inom äldreomsorgen och det finns en stark politisk vilja att prioritera åtgärder för att heltidsarbete ska utgöra norm inom vård- och omsorg - en snabb omställning riskerar att på kort sikt medföra ökade kostnader för nämnden.

De senaste åren har staten tillfört medel i form av ökade statsbidrag, både riktade och generella. Osäkerheter gällande statsbidragens utformning och anvisningar gör att det blir svårt att förutse bidragens effekt på nämndens finansiering. Det är också svårt att använda medlen strategiskt då de ofta tilldelas kortsiktigt och med snäva definitioner av vad de kan och får användas till.

Den nationella omställningen av vården, God och nära vård, ger en ändrad ansvarsfördelning mellan region, primärvård och kommun. Nämnden har ansvaret för det kommunala sjukvårdsuppdraget, kommunal primärvård, och ändrad ansvarsfördelning medför med stor sannolikhet ökade kostnader. Det finns i nuläget ingen plan för finansiering eller omfördelning av skattemedel för att täcka kommunens ökade kostnader. Arbetet med effektiv och nära vård 2030 kommer att intensifieras under de kommande åren. Äldreomsorgens och hemsjukvårdens organisation och förutsättningar kommer också med stor sannolikhet även att förändras och påverkas av nationella beslut i spåren av pandemin, en helt ny lagstiftning,

äldreomsorgslag, har aviserats av regeringen.

Resvanorna med färdtjänst har kraftigt förändrats under rådande pandemi. Förvaltningens bedömning är att resandet kommer att återgå till ett normalläge.

Förvaltningen ser ett fortsatt stort behov av att utveckla välfärdsteknik. Vidare ser förvaltningen ett fortsatt behov att systematiskt följa och utveckla kvaliteten inom nämndens verksamhetsområden.

Upphandling av nytt verksamhetssystem kommer att ta mycket tid och fokus i anspråk. Arbetet startar under år 2022 och pågår minst fram till årsskiftet 2023-2024.

Förändringar i socialtjänstlagen kommer att påverka nämndens målgrupper, hur och i vilken omfattning är svårt att bedöma då lagstiftningen inte ännu är formellt fastslagen. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten införs 2022 och 2023 blir det lagkrav på att kontakten ska ha en undersköterskeutbildning. Kommunen kommer också att åläggas ett större obligatoriskt ansvar för förebyggande arbete.

Även om pandemin covid-19 förändras och inte längre klassificeras som en samhällsfarlig sjukdom kommer fortsatt vård och omsorg att påverkas. Anvisningar från folkhälsomyndigheten och smittskydd kommer att påverka verksamheterna även kommande år i form av ändrade rutiner och krav på nya arbetssätt och anpassningar av lokaler och övriga förutsättningar. Personal rekommenderas fortsatt att stanna hemma vid minsta symtom vilket kommer att påverka personalkostnaderna inom nämndens område då sjukfrånvaron kommer att öka. Inga statsbidrag har ännu aviserats för att kompensera kommunerna för dessa kostnader.

Nämnden har fortsatt subventioner inom bland annat hyresområdet, avgifter för mat och matlådor samt trygghetslarm, med ökade insatsvolymerna ökar också nämndens kostnader för subventioner. Nämnden driver också viss förebyggande verksamhet i form av öppen träffpunkt och delar varje år också ut föreningsbidrag. Förvaltningen rekommenderar nämnden att revidera både taxor, avgifter och subventioner.

Nämndens verksamheter är komplexa och spänner över en stor mängd olika inriktningar. Det ställer stora krav på kompetens hos förvaltningens medarbetare och ledning för att kunna erbjuda en personcentrerad och individualiserad stöd- service- och omsorgsverksamhet. Handläggningsresurser kommer att behöva tillföras för att kunna möta ärendemängd och utvecklingsbehov.

Nämnden kommer de närmaste åren att ha ökande volymer. Nämndens verksamhet är till stor del obligatorisk verksamhet, kostnaderna i den obligatoriska verksamheten styrs i första hand av ambitionsnivåer och kvalitetskrav.

Socialtjänstförordningen reglerar nämndens grunduppdrag och därutöver tillkommer även annan lagstiftning och föreskrifter, nationella riktlinjer samt kommunala styrdokument.

Nämnden ansvarar även för personal-, ekonomi- och målsättningsfrågor samt utvärdering och utveckling av verksamheten.

## 2 Kvalitet och mål

### 2.1 Perspektiv: Målgrupp

#### 2.1.1 Kritisk kvalitetsfaktor: Professionellt bemötande och tillgänglighet

##### Beskrivning av kvalitetsfaktorn

Kommunikation inom och mellan nämndens verksamheter ska präglas av professionalitet och ett gott bemötande både internt och externt. Bemötandet ska präglas av respekt, ödmjukhet och empati.

Ett gott bemötande har avgörande betydelse för verksamhetens kvalitet. Kontakten och dialogen med personer som erhåller stöd hos verksamheten ska bygga på respekt för människors lika värde, individens självbestämmande och integritet. Mötet mellan personalen och enskilda personer är avgörande för att skapa en förtroendefull relation. Tillgänglighet, kommunikation och ett gott bemötande inom verksamheten är en viktig faktor för att främja och utveckla samarbete, förtroende, tillit, en jämlik hälsa, vård och omsorg, patientsäkerhet samt möjliggöra till full delaktighet oberoende av den enskildes sjukdomstillstånd, språkkunskaper och funktionsvariationer.

Tillgänglig information och kommunikation bidrar till att det är lätt att läsa, höra, se och förstå bl.a. för de personer som erhåller stöd. De nationella målen för funktionshinderpolitiken omfattar uttrycket full delaktighet vilket innebär att verksamheten även behöver ta hänsyn till personens individuella behov av anpassad information och kommunikation eller kommunikationsstöd. Tillgänglighet handlar också om att ta hänsyn till olika hinder som geografiska avstånd eller att miljön ute eller inne är anpassad utifrån den enskildes behov samt att möten ska hållas i lokaler där alla kan delta på lika villkor.

Kvalitetsmätt
Brukarundersökning Socialstyrelsen
Brukarundersökning FoU Socialtjänst

#### 2.1.2 Kritisk kvalitetsfaktor: Effektiv och rättssäker handläggning, utförande och dokumentation

##### Beskrivning av kvalitetsfaktorn

Ett ärende ska handläggas så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts. En effektiv och rättssäker handläggning, genomförande och dokumentation är en viktig och avgörande del i det professionella och lagstadgade sociala arbete som bedrivs inom förvaltningens myndighetsutövning såväl som utförarverksamhet. De bärande principerna för handläggningen och genomförandet är helhetssyn, självbestämmande, integritet, flexibilitet, inflytande, tillgänglighet, delaktighet, närhet och kontinuitet. Effektivitet utvecklas även med smarta lösningar, ökad digitalisering med viss del automatisering samt ständiga förbättringar i arbetsprocesserna.

Dokumentationen och den enskildes rätt till insyn i ärenden som rör myndighetsutövning och utförande stärker den enskildes skydd mot felaktig eller bristande myndighetsutövning och genomförande. Dokumentationen är dessutom nödvändig för intern kontroll och statlig tillsyn liksom vid överprövning av beslut i överinstans. Den underlättar också en individuell uppföljning av om den enskilde får den insats som den är berättigad till enligt beslutet samt

att insatsen ges i enlighet med fastställda och lagstadgade kvalitetskriterier och normer enligt t.ex. SoL, LSS, HSL.

Kvalitetsmätt
Egenkontroller handläggning & dokumentation
KKiK

### 2.1.3 Kritisk kvalitetsfaktor: Personcentrerat arbets- och förhållningsätt

#### Beskrivning av kvalitetsfaktorn

Avser personcentrerad vård och omsorg, personcentrerad social omsorg och ett personcentrerat arbets- och förhållningsätt.

För samtliga begrepp gäller att vården och omsorgen ska utgå från personens förmågor, behov och förutsättningar. Personcentrering handlar också om att ta tillvara den enskildes och närståendes erfarenheter och kunskaper, att heller aldrig objektifiera en person till en sjuk kropp, ett tillstånd eller en diagnos. Eftersom personcentrering alltid måste utgå från individen så betyder personcentrering i praktiken olika saker, i olika situationer, för olika individer.

Ett personcentrerat förhållningsätt och arbetssätt är kärnan i omställningen till Nära vård och den sociala omsorgen i stort. Det innebär att både vård och omsorg ska ske i överenskommelse mellan den enskilde och utföraren för att säkerställa egenmakt, inflytande, jämlikhet och medskapande.

Kvalitetsmätt
Egenkontroller delaktighet

### 2.1.4 Utvecklingsmål: Vård- och omsorgsnämnden ska verka för att de insatser som ges är av god kvalitet med utgångspunkt i den enskildes behov, önskemål och delaktighet, i bred samverkan med andra nämnder, vårdgivare, myndigheter och civilsamhället.

#### Strategi för att uppnå målet

För att säkra god kvalitet och delaktighet inom nämndens verksamheter ska öppna jämförelser, enkät- och brukarundersökningar, domar och rättspraxis vara vägledande för den kunskapsbaserade verksamheten, dess styrning och uppföljning. Verksamheten ska kontinuerligt bedriva utvecklingsarbete för att höja kvalitén på insatser och tjänster (t.ex. genom digitalisering eller andra innovativa lösningar).

Nämndens verksamheter ska aktivt verka för att öka samverkan och skapa bra förutsättningar för samverkan internt såväl som externt. Det kan uppnås genom att upprätta och implementera olika handlingsplaner mellan interna och externa aktörer tillsammans med den enskilde (t.ex. SIP, genomförandeplaner, handlingsplaner), utveckla t.ex. upphandlingsunderlagen till att avspegla adekvata behov för målgruppen vid samverkan med företag men också att nyttja olika samverkansformer med målgruppens behov i fokus (forum för nätverk, medborgarforum, råd m.fl.). I arbetet ska antagna planer och strategier kring delaktighet och tillgänglighet beaktas (t.ex. plan för full delaktighet).

Nyckelindikator
Effekter av genomförda aktiviteter och insatser

Aktivitet
Översyn styrdokument, evidensbaserade metoder och arbetssätt
Satsning inom förstärkt samverkan och nyttjande av evidensbaserade metoder

## 2.2 Perspektiv: Verksamhet

### 2.2.1 Kritisk kvalitetsfaktor: Kunskapsbaserad

#### Beskrivning av kvalitetsfaktorn

Att bedriva verksamhet med kvalitet inbegriper att utforma insatser och verksamheter utifrån bästa tillgängliga kunskap som hämtas från forskning, från den enskilde och från praktiken (evidensbaserad praktik). I en evidensbaserad praktik ingår också att kontinuerligt följa upp arbetet, både på individ- och verksamhetsnivå med syftet att hela tiden förbättra och utveckla arbetet.

I den nya socialtjänstlagen kompletteras nuvarande målbestämmelser med att socialtjänsten även ska främja människors jämställda levnadsvillkor, ha ett förebyggande perspektiv där man särskilt ska beakta behovet av tidiga och förebyggande insatser och stärka arbetet med systematisk uppföljning. Vidare innebär den nya socialtjänstlagen att kvalitet och kunskapsstyrning blir än mer framträdande och ska genomsyra all socialtjänstverksamhet t.ex. genom bestämmelser om personals utbildningsnivå, erfarenhet och lämplighet samt särskilda krav på att verksamhet inom social-tjänsten bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, ett s.k. kunskapsbaserad socialtjänst.

Kvalitetsmått
Öppna jämförelser/Enhetsundersökning

### 2.2.2 Kritisk kvalitetsfaktor: Systematiskt kvalitetsarbete

#### Beskrivning av kvalitetsfaktorn

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Även egenkontroller betonas där den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten. Föreskrifterna och de allmänna råden lyfter fram dessa olika sätt genom vilka den som bedriver verksamhet kan få kännedom om de resultat verksamheten uppnår och om förekomsten av eventuella avvikelser. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen. Därigenom uppnås en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet.

Inom nämndens verksamhet bedrivs hälso- och sjukvård. Att upprätthålla god patientsäkerhet är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och definieras som ”skydd mot vårdskada” i patientsäkerhetslagen. Patientsäkerhet handlar alltså om att patienter inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. Patienter ska heller inte skadas på grund av att vården inte genomför de åtgärder som är motiverade med hänsyn till patientens tillstånd.



Det gäller oavsett vart hälso- och sjukvården bedrivs .

Informationssäkerhet (grunden i GDPR) handlar om att förhindra att information läcker ut, förvanskas eller förstörs. Det handlar också om att göra information lättillgänglig när den behövs och för rätt person vilket förutsätter effektiva och kvalitativa stödsystem. Ett systematiskt arbete med informationssäkerhet syftar i stort till att informationssäkerheten över tid anpassas efter interna och externa förutsättningar, och som därigenom upprätthåller en lämplig skyddsnivå och säker hantering över tid.

Ett systematiskt kvalitetsarbete omfattar även vikten av följsamhet, spårbarhet och uppföljning avseende upphandlingar och avtal. Verksamheten måste säkerställa att rättsliga och praktiska parametrar för upphandlingar och avtal efterlevs och vidtas samt bedriver ett systematiskt förbättringsarbete där det krävs.

Kvalitetsmått
Antal klagomål och avvikelser SoL/LSS
Antal klagomål och avvikelser HSL
Egenkontroller HSL

### 2.2.3 Kritisk kvalitetsfaktor: Samordning, samverkan och samarbete

#### Beskrivning av kvalitetsfaktorn

Samordning innebär att koordinera resurser och arbetsinsatser för att få högre kvalitet och större effektivitet i vården och omsorgen. Samverkan är något som sker inom och mellan olika enheter, myndigheter och samhällsaktörer. Det kan till ex. handla om aktivt utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter. Samarbete är ett gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift. Det kan handla om att olika yrkesgrupper hjälps åt med insatser till en enskild.

För personer som behöver flera olika vård- och omsorgsinsatser från flera olika utförare behöver vården och omsorgen vara både individanpassad, samordnad och kontinuerlig och ske i en obruten kedja av insatser. Det här förutsätter ett fungerande samarbete och en samordning mellan de olika aktörerna.

I både i hälso- och sjukvårdslagen, HSL, socialtjänstlagen, SoL, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, regleras ansvar för att aktivt arbeta med samverkan. Reglerna om samordning och samverkan avser samordning och samverkan på organisationsnivå såväl som på individnivå.

Inom flera områden finns även en lagstadgad skyldighet att upprätta särskilda författningsreglerade planer för enskilda individer som ställer krav samordning eller samverkan i de fall den enskilde får stöd och hjälp från olika aktörer är t.ex. Samordnad individuell plan i SoL och HSL, Individuell plan enligt LSS, Habiliteringsplan- och rehabiliteringsplan enligt HSL, Vårdplan vid placering i ett HVB eller ett familjehem, Genomförandeplan för barn och unga som placeras i familjehem eller HVB, Samordnad individuell plan enligt lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Det åligger dock nämndens samtliga verksamheter, oberoende av lagreglering, att samverka internt såväl som externt med andra huvudmän, samhällsorgan, organisationer och civilsamhället så att den enskilde får ändamålsenligt stöd och hjälp.

Kvalitetsmått
Interna samverkansformer
Externa samverkansformer

## 2.2.4 Utvecklingsmål: Vård- och omsorgsnämnden ska verka för att vården och omsorgen i kommunen ska utvecklas till att bli mer förebyggande och hälsofrämjande.

### Strategi för att uppnå målet

Verksamheten ska bedriva ett arbete i linje med de nya lagändringarna inom socialtjänsten och äldreomsorgen. Utgångspunkten i arbetet ska grunda sig i evidensbaserad praktik och metoder. Verksamheten ska även arbeta med kommunala strategier och planer (hållbarhetsstrategi, strategi för hälsosamt åldrande m.fl.).

Nyckelindikator
Effekter av genomförda insatser och aktiviteter

Aktivitet
Genomlysning av verksamhet

## 2.3 Perspektiv: Medarbetare

### 2.3.1 Kritisk kvalitetsfaktor: En god och lärande arbetsmiljö

#### Beskrivning av kvalitetsfaktorn

Genom ett systematiskt arbetsmiljöarbete kan vi jobba med att stärka för-utsättningar för en god, kreativ och utvecklande arbetsmiljö som gynnar utveckling av arbetsplatsen såväl som våra anställda. Det åligger samtliga anställda att främja ett gott medarbetarskap, ledarskap och självledarskap. Arbetet omfattar både social och organisatorisk arbetsmiljö. Ex. personlig utveckling, villkor, förutsättningar, ledning, styrning, kommunikation, delaktighet, krav, resurser och ansvar.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet ska även ingå som en naturlig del i det dagliga arbetet på enheter och avdelningar liksom i vår planering och uppföljning av verksamheten.

Genom regelbundna medarbetarsamtal, medarbetarundersökningar och en god samverkan med fackliga representanter mäter vi bland annat medarbetarnas välmående, uppfattning om engagemang, verksamhetens attraktionskraft, ledarskap och medarbetarskap.

Kvalitetsmätt
Medarbetarundersökning

### 2.3.2 Kritisk kvalitetsfaktor: Säkerställa rätt kompetens för uppdraget

#### Beskrivning av kvalitetsfaktorn

Kompetens tar tid att bygga upp och behöver ständigt säkerställas, underhållas och utvecklas. Kompetensförsörjning är en strategisk fråga vilket kräver ett långsiktigt och verksamhetsgemensamt perspektiv. Strategin för kompetensförsörjning stöds av ett systematiskt arbetssätt som möjliggör en effektiv rekrytering och kompetensutveckling som möter verksamhetens och målgruppens behov på kort och lång sikt. Strategisk kompetensförsörjning innebär att ta tillvara och utveckla medarbetarnas och organisationens kompetens för att uppnå verksamhetens mål. Kompetensgap som uppstår behöver kontinuerligt analyseras och omsättas i kompetensförsörjnings- och utvecklingsplaner.

Strategisk försörjning av kompetens är en fortlöpande process för att säkerställa att rätt och

tillräcklig kompetens finns för att kunna genomföra våra uppdrag på ett effektivt sätt och enligt överenskommen kvalitet.

Vi har en kontinuerlig omvärldsbevakning för att vara rustade inför förväntade eller snabba förändringar som påverkar vår verksamhet. Att följa det allmänna läget på arbetsmarknaden inom vårt verksamhetsområde är viktigt och särskilt inom de sektorer där vi behöver specialistkompetens. Det handlar också om att vara uppmärksam på signaler om förändringar av politiken på områden som berör förvaltningens verksamhet. Våra uppdrag och mål, ekonomiska förutsättningar, förändringar i omvärlden med bland annat teknikutveckling är huvudfaktorer som tillsammans påverkar vilken kompetens vi behöver säkerställa och rekrytera idag och imorgon.

Kvalitetsmätt
Kunskaps- och kompetenshöjning

### **2.3.3 Utvecklingsmål: Vård- och omsorgsnämnden ska genom ett systematiskt arbetsmiljöarbete säkerställa en god arbetsmiljö för nämndens medarbetare**

#### **Strategi för att uppnå målet**

För att säkerställa en god arbetsmiljö ska nämnden följa årshjulet för det årliga systematiska arbetsmiljöarbetet. Det löpande systematiska arbetsmiljöarbetet ska ingå som en naturlig del i nämndens, förvaltningens och verksamhetens planering och dagliga genomförande. Det systematiska arbetsmiljöarbetet ska ske enligt metodiken för SAM vilket innebär att undersöka, riskbedöma, åtgärda samt följa upp.

Nyckelindikator
Effekter av genomförda insatser och aktiviteter

Aktivitet
Förstärkt arbete med arbetsrätt och hälsofrämjande arbetsvillkor
Introduktionsplan och rollbeskrivning
Heltid som norm och utbildning i arbetsrätt

## **2.4 Perspektiv: Ekonomi**

### **2.4.1 Kritisk kvalitetsfaktor: God ekonomisk hushållning**

#### **Beskrivning av kvalitetsfaktorn**

God ekonomisk hushållning handlar om att hushålla med kommunens resurser genom god resurssättning, planering utifrån givna ekonomiska förutsättningar, prioriteringar, spårbarhet och kostnadsmedvetenhet.

Det kan inbegripa extern finansiering och inköp enligt kommunens riktlinjer (ex. avtal, upphandlingar och inköp i övrigt).

Kvalitetsmätt
Ekonomiskt utfall, avvikelse från budget

## 2.4.2 Kritisk kvalitetsfaktor: Prognossäkerhet

### Beskrivning av kvalitetsfaktorn

Träffsäkra analyser är avgörande för att leverera hög kvalitet på den ekonomiska uppföljningen. De ekonomiska underlagen ska vara tillförlitliga vilket säkerställs genom god kännedom om trender, demografiska förändringar samt kongruens mellan prognos och utfall.

Verksamheten ska ha koll på samtliga finansieringsmöjligheter, som exempelvis statsbidrag. Om det finns extern finansiering ska detta beaktas i planeringen löpande under året.

Kvalitetsmått
Prognosavvikelse

## 2.4.3 Utvecklingsmål: Vård- och omsorgsnämnden ska genom ett proaktivt arbetssätt effektivisera den ekonomiska resursanvändningen

### Strategi för att uppnå målet

Verksamheten ska genom god ekonomiplanering och hållning effektivisera resurserna. Analysarbete ska genomföras bakåt och framåt för att följa och förutspå förväntade volym och kostnadsutvecklingar. Underlaget ska användas vid prognosarbete såväl som vid budgetering (resurs, fördelning). Uppföljning av avtalstrohet ska genomföras. Viktiga frågeställningar att beakta är: Vad levereras? Är det effektivt? Optimal resursanvändning? Hur höjer vi kostnadsmedvetenheten? Verksamheten ska inhämta kunskap genom omvärldsbevakning inom det egna verksamhetsområdet som kan ha påverkan på ekonomin.

Nyckelindikator
Effekter av genomförda aktiviteter och insatser

Aktivitet
Utbildningssatsning i analysmetoder
Förstärkt analys- och prognosarbete

## 3 Budget 2023, plan 2024-2025

### 3.1 Volym- och resursmått

#### 3.1.1 Volymmått

Mått	Utfall 2021	Budget 2022	Prognos 2022	Budget 2023	Plan 2024	Plan 2025
Antal inkomna aktualiseringar Bistånd	542	980		986		
Antal inledda utredningar Bistånd	708	966		971		
Antal biståndsbedömda hemtjänststimmar LOV	94 934	101 000		123 000	130 000	136 400
Antal unika besökare Öppen träffpunkt						
Antal platser Särskilt boende SoL		127		118	140	140
Antal personer med beslut om trygghetslarm i ordinärt boende	625					
Antal trygghetslarm i ordinärt boende						

Mått	Utfall 2021	Budget 2022	Prognos 2022	Budget 2023	Plan 2024	Plan 2025
Antal unika personer med färdtjänstbeslut (exklusive riksfärdtjänst)	606					
Antal unika personer med tillsyn via nattkamera						
Antal pågående uppdrag inom hemsjukvård i ordinärt boende						

Förvaltningen har reviderat volymmåtten inför 2023. Ett par av måtten är nya och där redovisas inget utfall 2021 eller budget/prognos för 2022.

## 3.2 Driftbudget

### 3.2.1 Driftbudget

Verksamhet, tkr	Bokslut 2021	Prognos 2022	Budget 2022	Förändr 22/23	Budget 2023	Plan 2024	Plan 2025
Vård- och omsorgsnämnd	-266	-398	-398	23	-375	-375	-375
Nämndadministration	-232	-288	-277	-343	-620	-620	-620
Förvaltningsövergripande	-13 017	-15 921	-14 157	-4 988	-19 145	-19 145	-19 145
Hemtjänst i ord. boende SoL	-53 911	-68 104	-53 885	-2 953	-56 838	-61 438	-65 438
Särskilt / annat boende SoL	-82 005	-92 508	-94 299	2 417	-91 882	-105 923	-122 483
Korttidsboende SoL	-14 105	-15 992	-17 485	2 391	-15 094	-15 094	-15 094
Dagverksamhet	-1 954	-2 244	-2 233	-554	-2 787	-2 787	-2 787
Öppen verksamhet	-3 913	-5 101	-5 445	-242	-5 687	-5 687	-5 687
Övriga insatser SoL	0	0	0	0	0	0	0
Handläggning SoL	-4 454	-4 800	-4 900	-1 257	-6 157	-6 157	-6 157
Färdtjänst	-7 149	-8 362	-8 587	-9	-8 596	-8 596	-8 596
Hälsa- och sjukvård	-34 308	-38 879	-38 591	-2 937	-41 528	-44 928	-44 928
Bostadsverksamhet	-125	-200	-50	0	-50	-50	-50
Ospecificerad effektivisering							-8 665
Summa	-215 439	-252 797	-240 307	-8 452	-248 759	-270 800	-300 025

Den 1 januari år 2023 genomförs en omorganisation mellan socialnämnd och vård- och omsorgsnämnd. För att nämnderna ska ha jämförbara värden mellan åren är bokslut 2021, prognos 2022 samt budget 2022 justerade utifrån den nya organisationen.

### 3.2.2 Driftbudget

Vid årsskiftet 2022/2023 genomförs en omorganisation mellan vård- och omsorgsnämnd och socialnämnd. Omorganisationen innebär att verksamhet inom socialpsykiatri SoL samt verksamhet inom lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som tidigare tillhört vård- och omsorgsnämnden flyttas till socialnämnden. Förändringen innebär att vård- och omsorgsnämnden omvandlas till en äldrenämnd som även ansvarar för kommunens hemsjukvård och hemrehabilitering. Förändringen innebär också att den tidigare förvaltningen som arbetade med både vård- och omsorgsnämnd samt socialnämnd delas upp i två olika förvaltningar, en tillhörande respektive nämnd. Förändringen innebär att vård- och omsorgsnämndens budgetram för år 2023 blir lägre än för år 2022. För att värdena ska vara jämförbara mellan åren är bokslut 2021, prognos 2022 samt budget 2022 justerade utifrån den

nya organisationen.

Vård- och omsorgsnämnden tilldelas för år 2023 en budgetram på cirka 248,8 miljoner kronor, vilket motsvarar en utökning med cirka 8,5 miljoner kronor jämfört med budgetramen för år 2022.

### **Vård- och omsorgsnämnd**

Här redovisas kostnader för den politiska verksamheten i nämnden, exempelvis arvoden till ledamöter och andra kostnader förknippade med nämndverksamhet.

### **Nämndadministration**

Här redovisas kostnader för nämndsekreterare, arkiv och registratur.

### **Förvaltningsövergripande**

Här redovisas personalkostnader för förvaltningschef, avdelningschefer, centralbemanning, system- och digitaliseringsgrupp samt övergripande stödfunktioner. Vissa delar av den övergripande organisationen tillhör organisatoriskt antingen vård- och omsorgsnämnd eller socialnämnd men samtliga funktioner utgör resurs för båda nämnderna.

### **Hemtjänst i ordinärt boende SoL**

Här redovisas kostnader för insatsen hemtjänst enligt socialtjänstlagen. Insatserna som omfattas är bland annat hemtjänst i form av omvårdnad och service, trygghetslarm och hemvårdsbidrag.

### **Särskilt boende SoL**

Med särskilt boende avses boendeformer för service och omvårdnad som kommunen ska inrätta för äldre personer som behöver särskilt stöd. Här redovisas kostnaden för kommunens äldreboenden samt kostnad för eventuellt köp av externa platser.

### **Korttidsboende SoL**

Som korttidsboende avses bistånd i form av tillfälligt boende. Kostnader för utskrivningsklara enligt kommunens betalningsansvar redovisas också här. Här redovisas kostnaden för kommunens korttidsboenden, kostnad för köp av externa platser samt eventuell kostnad för utskrivningsklara.

### **Dagverksamhet**

Dagverksamhet är en behovsprövad insats i form av sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering under dagtid utanför den egna bostaden. Här redovisas kommunens biståndsbedömda dagverksamhet för äldre.

### **Öppen verksamhet**

Öppen verksamhet är generellt inriktade verksamheter som i första hand arbetar förbyggande och är avsedda för personer 65 år och äldre och där ett deltagande inte förutsätter ett biståndsbeslut. Här redovisas kostnader för öppen träffpunkt Pomona, demensvårdskonsulent, anhörigstöd och fotvård.

### **Övriga insatser i ordinärt boende SoL**

Här redovisas kostnader för den biståndsbedömda insatsen kontaktperson för äldre. I samband med omorganisationen mellan nämnderna har budgeten för kontaktpersoner för äldre felaktigt flyttats till socialnämnden. Budget motsvarande detta kommer att flyttas över till vård- och omsorgsnämnden i början av år 2023.

### **Handläggning SoL**

Här redovisas kostnader för biståndsbedömning.

### **Färdtjänst**

Här redovisas kostnader för färdtjänst och riksfärdtjänst, samt handläggning av färdtjänst. Färdtjänst och riksfärdtjänst beslutas enligt lagen om färdtjänst eller lagen och riksfärdtjänst.

### **Hälso- och sjukvård**

Här redovisas kostnader för hemsjukvård, hemrehab, hjälpmedel och omsättningslager, samt övriga hälso- och sjukvårdskostnader.

### Bostadsverksamhet

Här redovisas kostnader för förmedlingen av hyreslägenheter på Plommonvägen 8 och Plommonvägen 10.

### 3.3 Förändringar i driftbudget

Förändring, tkr	Kategori	2023	2024	2025
Budget 2022		-240 307	-240 307	-240 307
<b>Förändringar per verksamhet</b>				
Vård- och omsorgsnämnd				
Vård- och omsorgsnämnd	Övrig förändring	35	35	35
Nämndadministration				
Nämndsekreterare	Övrig förändring	-334	-334	-334
Förvaltningsövergripande				
Centralbemanning, utökning bemanningskoordinator	Demografi	-560	-560	-560
Förvaltningschef, omfördelning till 100%	Övrig förändring	-457	-457	-457
Avdelningschef myndighetsavdelning, omfördelning till 100%	Övrig förändring	-666	-666	-666
Förvaltningsövergripande, nytt verksamhetssystem samt system- och licenskostnader	Övrig förändring	-3 044	-3 044	-3 044
Hemtjänst i ord. boende SoL				
Hemtjänst, volymökning	Demografi	-4 283	-8 783	-12 783
Hemtjänst trygghetslarm, volymökning	Demografi	-480	-580	-580
Hemtjänst, förändrat nattavtal	Lag och förordning	-320	-320	-320
Hemtjänst, drivmedel och korrigerig budget medel för kompetensutveckling	Övrig förändring	-117	-117	-117
Hemtjänst trygghetslarm, införande av avgift	Övrig förändring	750	750	750
Finansiering med statsbidrag	Övrig förändring	2 485	2 485	2 485
Särskilt / annat boende SoL				
Särskilt boende SoL äldre, korrigerig ingångsvärde budget 2022	Demografi	-5 175	-5 175	-5 175
Särskilt boende SoL äldre, optimerad bemanning	Övrig förändring	3 452	3 452	3 452
Särskilt boende SoL äldre, volymförändring köp	Demografi	7 660	7 660	7 660
Särskilt boende SoL äldre, ny verksamhet	Demografi	0	-14 041	-30 601

Förändring, tkr	Kategori	2023	2024	2025
Särskilt boende SoL äldre, nytt nattavtal	Lag och förordning	-750	-750	-750
Särskilt boende SoL äldre, justering av hyreskostnad mellan verksamheter	Övrig förändring	-2 243	-2 243	-2 243
Särskilt boende, justering av hyresnivåer	Övrig förändring	1 119	1 119	1 119
Finansiering med statsbidrag	Övrig förändring	514	514	514
Korttidsboende SoL				
Korttidsboende SoL äldre, volymförändring köp	Demografi	875	875	875
Korttidsboende SoL äldre, flytt av verksamhet samt utökad antal platser	Demografi	-370	-370	-370
Korttidsboende SoL äldre, nytt nattavtal	Lag och förordning	-105	-105	-105
Korttidsboende SoL äldre, justering av hyreskostnad mellan verksamheter	Övrig förändring	2 291	2 291	2 291
Finansiering med statsbidrag		84	84	84
Dagverksamhet				
Dagverksamhet äldre, volymökning	Demografi	-511	-511	-511
Öppen verksamhet				
Demensvårdskonsulent, volymökning	Demografi	-671	-671	-671
Anhörigstöd,	Övrig förändring	-61	-61	-61
Öppen verksamhet, förändrad hyreskostnad	Övrig förändring	75	75	75
Öppen verksamhet, justering av hyreskostnad mellan verksamheter	Övrig förändring	-48	-48	-48
Finansiering med statsbidrag	Övrig förändring	587	587	587
Övriga insatser ordinärt boende				
Kontaktpersoner, omorganisation till SN	Övrig förändring	25	25	25
Handläggning SoL				
Handläggning SOL, omorganisation av avgiftshandläggning	Övrig förändring	-1 355	-1 355	-1 355
Handläggning SOL, omorganisation till SN	Övrig förändring	253	253	253
Färdtjänst				
Färdtjänst	Övrig förändring	9	9	9



Förändring, tkr	Kategori	2023	2024	2025
Hälsa- och sjukvård				
Hemsjukvård och hemrehab, volymökning	Demografi	-3 475	-7 777	-7 777
Hemsjukvård, borttag av tilläggsbudget år 2022 generellt statsbidrag	Övrig förändring	832	832	832
Hemsjukvård, tilläggsbudget år 2023 generellt statsbidrag	Övrig förändring	-902	0	0
Hemsjukvård och hemrehab, förändrad lokalkostnad	Övrig förändring	85	85	85
Hemrehab, fordon	Övrig förändring	-145	-145	-145
Omsättningslager, minskad förbrukning	Övrig förändring	250	250	250
Finansiering med statsbidrag		1 301	1 301	1 301
Löne- och PO-påläggsökning	Löneökning	-5 062	-5 062	-5 062
Budget till förfogande	Övrig förändring	0	0	-8 665
<b>Summa förändringar jämfört med budget 2022</b>		<b>-8 452</b>	<b>-30 493</b>	<b>-59 718</b>
Summa budget		-248 759	-270 800	-300 025

Förändringarna i tabellen utgår för samtliga år från budget 2022.

Vård- och omsorgsnämnden tilldelas för år 2023 en budgetram på cirka 248,8 miljoner kronor, vilket motsvarar en utökning med cirka 8,5 miljoner kronor jämfört med budgetramen för år 2022. För år 2024 föreslås ramen utökas med ytterligare cirka 22 miljoner kronor vilket motsvarar en budgetram på cirka 270,8 miljoner kronor, och för år 2025 en utökning med ytterligare cirka 29,2 miljoner kronor vilket motsvarar en budgetram på 300,0 miljoner kronor.

### Behov av effektiviseringar

Vård- och omsorgsnämndens verksamheter står inför stora utmaningar, tilldelad budgetram ger enbart utrymme för en mycket konservativ och återhållsam beräkning av årets förväntade volymer och kostnader. En konservativ bedömning i samband med budgetarbete riskerar att medföra att behoven inte kommer att rymmas i den tilldelade ramen. Förvaltningen kommer noga att följa den ekonomiska utvecklingen och nämnden kan komma att behöva fatta beslut om effektiviseringsåtgärder. Flera av nämndens verksamheter har redan under år 2022 svårt att hålla tilldelad budgetram och förvaltningen befarar att kommande effektiviseringar kan behöva handla om sänkta ambitionsnivåer och sänkta kvalitetskrav. Det kan innebära reviderad hållning gällande till exempel subventioner, taxor och avgifter samt riktlinjer för biståndsbedömning.

Nämnden behöver hitta och införa innovativa sätt att bedriva verksamhet kostnadseffektivt, både avseende arbetssätt och eventuellt alternativa driftsformer.

### Optimerad bemanning och heltidsresan

Verksamheten har tagit fram en modell som standardiserar personalkostnader beräknat utifrån verksamhetens behov. Beräkningen kommer framåt att ligga till grund för personalbudget i särskilt boende för äldre. Optimerad personalbemanning är en förutsättning för att verksamheten ska rymmas i tilldelad budgetram. Att optimera bemanningen innebär att så

långt det är möjligt anpassa schemaläggning och bemanning till verksamhetens behov. En optimerad bemanning riskerar att bli så precis att den ökar verksamhetens sårbarhet vilket kan leda till negativa effekter i form av ökad belastning på medarbetare och upplevd sänkt kvalitet för brukare, bland annat riskerar det att ge viss negativ effekt på de enskildas möjlighet att välja vilken tid man önskar sin hjälp.

Förvaltningen har inrättat en centralbemanning för att kunna ta ett helhetsgrepp om bemanningen och arbeta effektivt med optimerad schemaläggning och personalplanering. Kostnaderna för centralbemanningen är budgeterade i 2023 års budget. Kommunens nuvarande systemstöd för att hantera optimerad bemanning, försystem till lönesystemet, ger inte det systemstöd som behövs för att nämndens verksamheter fullt ut ska kunna arbeta med optimerad bemanning. Förvaltningen ser det som angeläget att kommunen prioriterar att tillgodose verksamhetens behov av ett fungerande och bemanningssystem.

Sveriges kommuner och regioner har träffat avtal med den fackliga organisationen kommunal om att öka andelen inom vård och omsorg som arbetar heltid, heltid ska bli den nya normen genom den så kallade heltidsresan.

Förvaltningen har fått i uppdrag av nämnden att öka andelen medarbetare som arbetar heltid. En sådan ökning kräver en standardiserad schemaläggning för att medarbetare behöver kunna flyttas mellan olika verksamheter för att nyttja medarbetarens ökade tjänstgöringsgrad.

Bruttokostnaden om samtliga medarbetare som idag arbetar deltid ska erbjudas att arbeta heltid uppgår till cirka 18 miljoner kronor. Nettokostnaden är svår att beräkna då en sådan åtgärd medför ett personalöverskott vissa tider och dagar. Hur väl verksamheten kan matcha det överskottet mot verksamhetens faktiska behov av att ersätta frånvaro av exempelvis vid ledighet och sjukfrånvaro är helt avgörande för nettokostnaden.

Förvaltningen har under 2022 påbörjat arbetet med införandet av heltidsresan, som syftar till att fler medarbetare ska erbjudas möjligheten att arbeta heltid. Ett första steg har varit att erbjuda samtliga berörda medarbetare inom äldreomsorgen att öka sin sysselsättningsgrad. Verksamheten ska följa nettokostnadsutvecklingen under kvartal ett och två för vidare ställningstagande till fortsatt införande av heltidsresan.

Förvaltningen bedömer dock att det finns en stor risk att uppföljningen kommer att visa att de ökade kostnader som heltidsresan medför inte ryms i tilldelad budgetram. Ska heltidsresan genomföras fullt ut bedömer förvaltningen att nämnden behöver en betydande anslagsökning.

### **Vård- och omsorgsnämnd**

Det avsatta budgetutrymmet för vård- och omsorgsnämnden minskas för att anpassa budgetramen efter förväntad kostnadsnivå.

### **Nämndadministration**

Utrymmet för nämndadministration omfattar en tjänst som nämndsekreterare i budget för år 2023.

### **Förvaltningsövergripande**

Omorganisationen med uppdelning till en vård- och omsorgsförvaltning respektive en socialförvaltning medför att tjänst som förvaltningschef finansieras med 100% av vård- och omsorgsnämnden. Omprioriteringar av befintliga tjänster i samband med omorganisation finansierar den utökade tjänsten. På samma sätt finansieras utökningen till 100% för tjänsten som avdelningschef myndighetsavdelning.

Förvaltningens centralbemanning utökas med en bemanningskoordinator för att rymma fler verksamheter i centralbemanningens ansvarsområde.

Förvaltningsövergripande i vård- och omsorgsnämnden finns ansvar och budget för både vård- och omsorgsnämndens och socialnämndens system och licenskostnader. Nämndens verksamhetssystem behöver upphandlas, arbetet är påbörjat under 2022 och kommer att

fortsätta under år 2023. Budgeten är utökad till år 2023 för att rymma ökade kostnader för införande av nytt verksamhetssystem samt tillkommande kostnader för dels befintliga licensers kostnadsökning samt kostnader för nya licenser.

### **Hemtjänst i ordinärt boende SoL**

Förvaltningen har analyserat hur insatserna för brukare fördelar sig åldersmässigt i kombination med förväntad befolkningsutveckling och beräknar utifrån detta en volymökning av antal biståndsbedömda timmar inom hemtjänstens kundval. Budgeten för hemtjänst behöver därför utökas från år 2023 och framåt med förväntad volymförändring.

Hemtjänst i ordinärt boende kommer under 2023 att arbeta vidare med optimerad bemanning och heltidsresan.

Förvaltningen har påbörjat en genomlysning av hemtjänsten. En första bedömning indikerar att ersättningsnivåerna kan behöva justeras och förvaltningen föreslår därför att ett budgetutrymme reserveras för en eventuell revidering.

Hemtjänsten har under år 2022 haft stora svårigheter både ekonomiskt och kvalitetsmässigt. Ett intensivt arbete är påbörjat för att nå en ekonomi i balans men det finns fortsatt många osäkerhetsfaktorer inför 2023, där rekrytering utgör en av de mest betydande. Förvaltningen har fattat beslut om en tätare och mer omfattande ekonomi- och verksamhetsuppföljning för verksamhetsområdet hemtjänst. Nämnden kommer löpande att hållas uppdaterade om utvecklingen.

Ökade volymer inom hemtjänst trygghetslarm medför en ökad budget för licenser och inköp av larm.

Nämnden får ökade kostnader då heltidsmättet för medarbetare som arbetar vaken natt har sänkts. Budgetramen för hemtjänst natt är kompenserad för att möta den kostnadsökning som det förändrade nattmättet medför.

Nämnden avsätter medel för kompetensutveckling samt medel för ökade drivmedelskostnader samt utökning av fordon till följd av volymökningar.

Budgeten förutsätter att en avgift på trygghetslarm införs.

Förvaltningen har bedömt att kostnader kan finansieras med riktade statsbidrag. Effekten av detta är medräknat i redovisad budget.

### **Särskilt boende SoL**

Budget för särskilt boende i egen regi korrigeras till följd av en för lågt tilldelad budgetram för nystartad verksamhet år 2022. Förvaltningen har bedömt att kostnader kan finansieras med riktade statsbidrag. Effekten av detta är medräknat i redovisad budget.

Särskilt boende SoL kommer under 2023 att arbeta vidare med optimerad bemanning och heltidsresan.

### *Platsbehov*

Uppdaterad behovsanalys ger ett förväntat lägre behov av platser än vad som tidigare budgeterats. Nämndens avtal om platser i särskilt boende löper ut vid halvårsskiftet. I budget finns dessa kostnader för fortsatt köp under den tidsperioden. Förvaltningen har också omförhandlat avtalet med leverantören för att kunna använda platserna även som korttidsplatser under avtalstiden. Förvaltningen tar i budgeten höjd för ett förhöjt behov av platser under 2024 och utreder möjligheten att omfördela och konvertera platser för att få bättre driftsekonomi i verksamheten.

### *Ändrat heltidsmätt för medarbetare som arbetar natt*

Nämnden får ökade kostnader då heltidsmättet för medarbetare som arbetar vaken natt har sänkts. Budgetramen för särskilt boende natt är kompenserad för att möta den kostnadsökning som det förändrade nattmättet medför.

### *Hyreskostnader*

Budgeten för hyreskostnader korrigeras mellan verksamhetsområden då nytillkomna lokaler under 2022 används annorlunda än vad som budgeterats. En flytt av budget görs från korttidsboende till särskilt boende.

Utifrån SKR:s rekommendationer att kommuner inte ska subventionera hyror i särskilt boende för äldre rekommenderar förvaltningen nämnden att revidera hyressättningen. Kommunens fastighetsavdelning bereder ett ärende gällande ny modell för beräkning av fördelning av ytor i särskilda boenden för äldre. En revidering av hyresnivåer behöver utgå ifrån fastighetsavdelningens nya modell. Förvaltningen har i budget 2023 räknat med att en hyresrevidering medför en ökad intäkt under andra halvan av år 2023.

### **Korttidsboende SoL**

Korttidsplatserna kommer under året att behöva flytta till tillfälliga lokaler med anledning av ombyggnation av befintliga lokaler. I budget 2023 har hänsyn tagits till en ökad kostnad till följd av detta. Korttidsplatserna i egen regi kommer att utökas i samband med flytt av verksamheten. Budgeten för köp av korttidsplatser är minskad med anledning av ovan samt ett lägre utfall i 2022.

Budgeten för hyreskostnader korrigeras mellan verksamhetsområden då nytillkomna lokaler under 2022 används annorlunda än vad som budgeterats. En flytt av budget görs från korttidsboende till särskilt boende.

Förvaltningen har bedömt att kostnader kan finansieras med riktade statsbidrag. Effekten av detta är medräknat i redovisad budget.

### **Dagverksamhet**

Utökning av budget för att möta volymökning i verksamheten.

### **Öppen verksamhet**

Utökning av budget med demensvårdskonsulent till följd av volymökning.

Förvaltningen har bedömt att kostnader kan finansieras med riktade statsbidrag. Effekten av detta är medräknat i redovisad budget.

### **Handläggning SoL**

Inom området handläggning SoL görs en omorganisation av avgiftshandläggning, då den flyttar från förvaltningsövergripande till handläggning. Budgeten för avgiftshandläggning innehåller till följd av volymförändringar utrymme för förstärkning. Budgetutrymmet för handläggning SoL äldreomsorg är oförändrat jämfört med år 2022.

### **Hälso- och sjukvård**

Hemsjukvård och hemrehab påverkas av den demografiska förändringen samt att nya verksamheter startar, vilket medför behov av utökningar av sjuksköterska samt arbetsterapeut och fysioterapeut. För hemrehab innebär den ökade volymen också behov av fler fordon.

Hemsjukvård har under år 2023 en tilläggsbudget motsvarande 902 tkr till följd av det generella statsbidraget "*Prestationsbaserat statsbidrag till kommuner i syfte att utöka bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden*" som sträcker sig över år 2022 och 2023.

Förvaltningen har bedömt att kostnader kan finansieras med riktade statsbidrag. Effekten av detta är medräknat i redovisad budget.

### **Löne- och PO-påläggsökning**

Den konstaterat ökade kostnaden för personalomkostnadspålägg samt den förväntade ökade kostnaden för löneökningar redovisas på en samlad rad för år 2023. Nämnden redovisar en beräknad löneökningskostnad om 2% för 2023, beräkningen är konservativ då flera avtal löper ut och allt tyder på att kostnaderna för nya avtal kommer att hamna högre än 2%.

## Budget till förfogande år 2025

I tabellen finns ett icke fördelat budgetutrymme i 2025. Start av ny verksamhet inom flera av nämndens verksamhetsområden och aviserade ändringar i lagstiftning, medför med stor sannolikhet kostnadsökningar. Vid analystillfället är det dock svårt att specificera var kostnadsökningarna kommer att uppstå. Förvaltningen har därför valt att inte detaljplanera kostnadsfördelningen.

### 3.4 Investeringar

Kommunfullmäktige beslutar om totalbudget för fleråriga projekt över 5 miljoner kronor. Därutöver beslutar kommunfullmäktige om årligt ramanslag för övriga investeringar.

För fleråriga projekt som är beslutade i årets budgetprocess är beloppen angivna i kolumnen "Total budget, beslut i budget 2023".

För projekt som startar år 2024-2025 samt övriga investeringar år 2024-2025, ska beloppen ses som en plan, och beslut om budget sker i nästkommande budgetprocess.

Investeringar markerade med (P) är preliminära och saknar genomförandebeslut.

Projekt, tkr	Total budget , tidigare beslutad	Total budget , beslut i budget 2023	Total budget , för beslut 2024-2025	Akkumulerat utfall t o m 2021	Budget 2022	Budget 2023	Plan 2024	Plan 2025
<b>Fleråriga projekt med totalbudget</b>								
<b>Övriga investeringar</b>								
Inventarier särskilt boende SoL äldre, befintlig verksamhet						-300		
Inventarier särskilt boende SoL äldre, ny verksamhet							-3 500	
Inventarier korttidsboende SoL äldre, befintlig verksamhet						-400		
Inventarier hälso- och sjukvård, befintlig verksamhet						-100		
Inventarier hemtjänst i ord. boende SoL, befintlig verksamhet						-100		
Inventarier förvaltningsövergripande, befintlig verksamhet						-200		
Inventarier år 2024-2025, befintliga verksamheter					-7 100		-1 200	-1 100
Summa	0	0	0	0	-7 100	-1 100	-4 700	-1 100

### Beskrivning och motivering till investeringar

#### Övriga investeringar

Investeringsbudget finns avsatt till nämndens befintliga verksamheter. Korttidsboende kommer att ha ett investeringsbehov i form av inventarier då verksamheten kommer att flytta till nya lokaler under året. Särskilt boende kommer att genomföra inköp av bland annat nya vårdssängar. Investeringsbudget finns också avsatt till verksamhet inom hälso- och sjukvård, hemtjänst samt förvaltningsövergripande.

Investeringsbudget för inventarier till nytt särskilt boende för äldre finns avsatt i investeringsbudget för år 2024.

## 4 Plan för valfrihet och konkurrens

I nämndens verksamhetsområde finns valfrihet och konkurrens genom LOV (Lag om valfrihetssystem), i hemtjänsten.

I den plan för valfrihet och konkurrens som finns har förvaltningen redovisat att även fotvård är möjligt att konkurrensutsätta. Även inom verksamhetsområdet särskilt boende för äldre finns förutsättningar att konkurrensutsätta verksamhet.

Både färdtjänst och riksfärdtjänst är upphandlat enligt LOU.

## 5 Bilaga: Taxor och avgifter i Håbo kommun år 2023

Här redovisas en sammanställning av taxor och avgifter för budgetåret. Taxor och avgifter kommer att justeras under våren 2023. Beslut om eventuella förändringar i taxor och avgifter fattas i separata ärenden.

Insatser i hemmet	enhet	år 2022	år 2023
Hemtjänst nivå 1, max 4 timmar och 59 min per månad	kr/månad	15 % av maxtaxa - 326 kr	15 % av maxtaxa- 354 kr
Hemtjänst nivå 2, från 5 timmar till 9 timmar och 59 min per månad	kr/månad	35 % av maxtaxa - 760 kr	35 % av maxtaxa-826kr
Hemtjänst nivå 3, från 10 timmar till 14 timmar och 59 min per månad	kr/månad	55 % av maxtaxa - 1194 kr	55 % av maxtaxa- 1298kr
Hemtjänst nivå 4, från 15 timmar till 24 timmar och 59 min per månad	kr/månad	70 % av maxtaxa - 1519 kr	70 % av maxtaxa- 1651kr
Hemtjänst nivå 5, från 25 timmar till 34 timmar och 59 min per månad	kr/månad	85 % av maxtaxa - 1845 kr	85 % av maxtaxa- 2005 kr
Hemtjänst nivå 6, över 35 timmar per månad	kr/månad	en tolfte del av 0,5392 gånger prisbasbeloppet - 2170 kr	en tolfte del av 0,5392 gånger prisbasbeloppet - 2359 kr
Extra avgift för städning (om beslutet innehåller insatsen städning)	kr/månad	200 kr	200 kr
Avlösning - de ej biståndsbedömda fria 20 timmarna är avgiftsfria, biståndsbedömda timmar räknas in i avgiften för hemtjänstnivån			
Hemsjukvård	kr/månad	300 kr	300 kr
<b>Korttidsboende - äldre</b>	<b>enhet</b>	<b>år 2022</b>	<b>år 2023</b>
Omvårdnad på korttidsboende	kr/dygn	50 kr	50 kr
Måltider på korttidsboende, samtliga måltider	kr/dygn	100 kr	100 kr

<b>Insatser i hemmet</b>	<b>enhet</b>	<b>år 2022</b>	<b>år 2023</b>
<b>Särskilt boende - äldre</b>	<b>enhet</b>	<b>år 2022</b>	<b>år 2023</b>
Omvårdnad på särskilt boende (maxtaxa)	kr/månad	2 170 kr (maxtaxa år 2022)	2 359 kr (maxtaxa år 2023)
Måltider på särskilt boende, samtliga måltider	kr/månad	3 000 kr	3 000 kr
<b>Måltider</b>	<b>enhet</b>	<b>år 2022</b>	<b>år 2023</b>
Matlådor, biståndsbeslut	kr/styck	50 kr	50 kr
Matlådor, personer 65 år och äldre	kr/styck	70 kr	70 kr
Matlådor, personer under 65 år	kr/styck	70 kr	70 kr
Måltid restaurangen, personer 65 år och äldre	kr/styck	75 kr	75 kr
Måltid restaurangen, personer under 65 år	kr/styck	85 kr	85 kr
<b>Fotvård</b>	<b>enhet</b>	<b>år 2022</b>	<b>år 2023</b>
Fotvård, personer över 65 år	kr/besök	420 kr	420 kr
Fotvård, personer under 65 år	kr/besök	520 kr	520 kr
<b>Resor</b>	<b>enhet</b>	<b>år 2022</b>	<b>år 2023</b>
Färdtjänst	kr/resa	35 % av taxameterbelo pp, dock lägst 50 kr, högst 150 kr	35 % av taxameterbelo pp, dock lägst 50 kr, högst 150 kr
Riksfärdtjänst	kr/resa	Från 105 kr (0- 100 km) till 755 kr (resor över 1501 km)	Från 105 kr (0- 100 km) till 755 kr (resor över 1501 km)
Arbetsresor/resor för studier	månadsavgift	motsvarar avgift för kollektivtrafik	motsvarar avgift för kollektivtrafik
<b>Bårtransport</b>	<b>enhet</b>	<b>år 2022</b>	<b>år 2023</b>
Bårtransport av avliden, vardag	kr/transport	2 050 kr	2 050 kr
Bårtransport av avliden, övrig tid	kr/transport	2 495 kr	2 495 kr


## 6 Resursfördelningssystem

Nämnden har ett system för valfrihet inom hemtjänst. Privata utförare och egen regin ersätts på ett likvärdigt sätt, privata utförare kompenseras med högre ersättning per timme på grund av momskompensation.

Vård- och omsorgsförvaltningen  
Rebecca Olsson, Nämndsekreterare

rebecca.olsson@habo.se

## **Arvodering verksamhetsbesök**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att arvodering utgår för den besöksdag som planeras i äldreomsorgens verksamheter. Vid övriga eventuella verksamhetsbesök utgår inte arvodering.
2. Nämnden beslutar att finansiering av dagen sker genom omfördelning av medel planerade att användas för kompetensutveckling.

### **Sammanfattning**

Arvode för verksamhetsbesök utgår enligt beslut fattat i kommunfullmäktige 2022-12-12 § 211, endast för förrättning där beslut om deltagande fattats av nämnd. Nämnden har uttryckt önskemål om verksamhetsbesök och behöver därför ta ställning till huruvida besöken ska arvoderas eller inte.

Det är angeläget att erbjuda nämndens ledamöter tillfälle att besöka nämndens verksamheter. På uppdrag av nämnden har förvaltningen planerat en dag för verksamhetsbesök. För att möjliggöra att så många ledamöter som möjligt kan delta föreslås arvode utgå för denna dag.

Övriga verksamhetsbesök är inte en obligatorisk aktivitet och därmed utgår ingen arvodering då det inte ryms inom årets budgetram.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär att årets resultat belastas med en kostnad om cirka 20 000 kronor.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6868, daterad 2023-02-10
  - Arvodesregler fastställda av kommunfullmäktige den 2022-12-12, § 112 nr 6877, daterad 2023-02-17
-

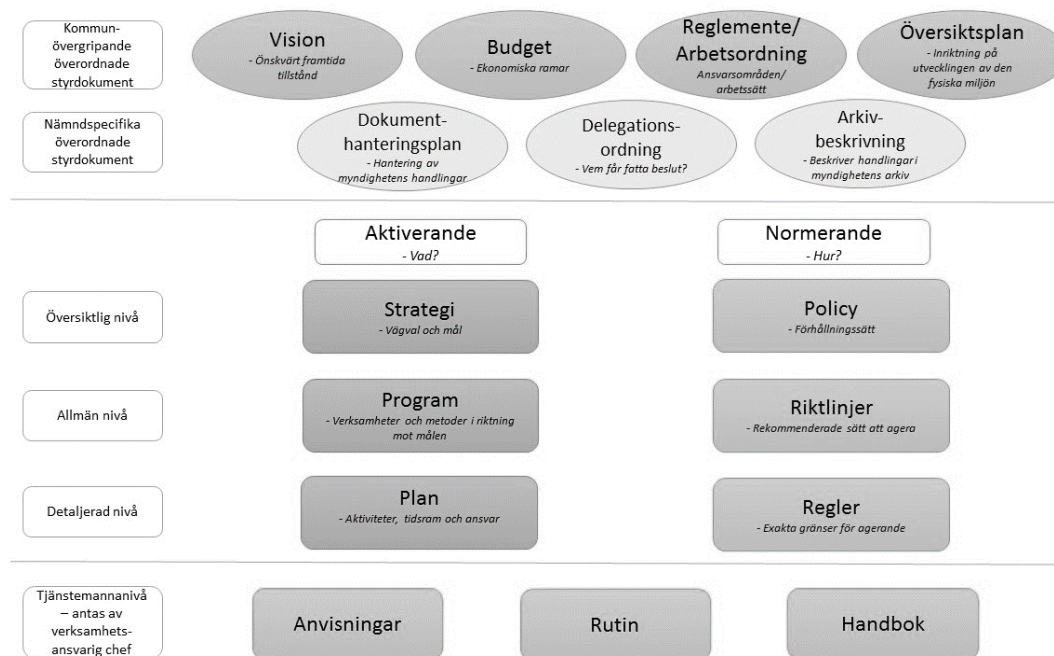


# Arvodes- regler



<b>Antaget av</b>	Kommunfullmäktige
<b>Antaget</b>	2022-12-12 § 211
<b>Giltighetstid</b>	Tillsvidare
<b>Dokumentansvarig</b>	Kanslichef

## Håbo kommuns styrdokumentshierarki



**Diarienummer** 2022/01480 KS

**Gäller för** Förtroendevalda

**Tidpunkt för aktualitetsprövning** -

**Ersätter tidigare versioner** Kommunfullmäktige 2018-12-10 § 165

**Relaterade styrdokument** -

## **Arvodesregler för Håbo kommun**

### **§ 1 Tillämpningsområde**

Dessa bestämmelser gäller för förtroendevalda enligt 4 kap. 1 § kommunallagen:

- Ledamöter och ersättare i kommunfullmäktige
- Ledamot i beredning som utsetts av kommunfullmäktige
- Ledamöter och ersättare i kommunstyrelsen
- Ledamöter och ersättare i nämnd, utskott, kommitté, etc. som utsetts av kommunfullmäktige eller med kommunfullmäktiges bemyndigande
- Ledamöter och ersättare i beredning, utskott, kommitté, råd, etc. som utsetts av nämnd
- Förtroendevalda revisorer
- Ledamöter och ersättare i de kommunala bolagens styrelser<sup>1</sup>

### **§ 2 Ersättningsformer**

Ersättning kan utgå i form av:

- Årsarvode, sammanträdesarvode, justeringsarvode och förrättningsarvode
- Kostnadsersättning som traktamente, reseersättning och övriga ersättningar
- Ersättning för förlorad arbetsinkomst,
- Ersättning för förlorad semesterförmån
- Ersättning för förlorad pensionsförmån
- Jourersättning

### **§ 3 Ersättningarnas storlek**

Kommunfullmäktige beslutar särskilt om ersättningarnas storlek enligt bilaga 1.

### **§ 4 Uppräknings**

Basbeloppen i bilaga 1 ska uppräknas efter det gällande årets inkomstbasbelopp (IBB).

### **§ 5 Årsarvode**

Fasta årsarvoden utgår enligt bilaga 1.

De fasta årsarvodena inkluderar generell ersättning för det ansvar och de uppgifter som allmänt följer med uppdraget såsom:

- Överläggningar med tjänsteman

---

<sup>1</sup> Gäller under förutsättning att bolagets stämma har fattat beslut att anta dessa regler.



- Genomgång och beredning av ärenden med sekreterare
- Sammanträden
- Protokolljustering
- Eventuella besökstider
- Uppvaktningar och representation
- Deltagande i kurs eller konferens
- Deltagande i besiktning eller inspektion
- Information och studiebesök
- Beslutsfattande i delegerade ärenden med undantag av de beslut som fattas under jourtjänstgöring inom socialnämnden
- Information till egen partigrupp
- Besök på förvaltning för utanordning eller påskrift av annan handling
- Överläggning med icke kommunalt organ
- Engagemang i övrigt i anslutning till uppdraget exempelvis tillfälliga arbetsgrupper

Förtroendevald med årsarvode har inte rätt till sammanträdesarvode eller arvode för förrättning inom kommunen, som berör samma nämnd eller instans som årsarvodet avser.<sup>2</sup>

Förtroendevalda revisorer och vice ordförande i fullmäktige, nämnder och bolag är undantagna och har både grundersättning enligt bilaga 1, samt sammanträdes- och förrättningsarvode för uppdrag i nämnder och bolag.

För att det inte ska råda något tvivel kring om ersättning ska utgå vid möten och förrättningar ska det alltid tydligt framgå i kallelse eller motsvarande i vilken egenskap som de förtroendevalda kallas.

För årsarvoderad förtroendevald som på grund av till exempel sjukdom är förhindrad att utföra sitt uppdrag under en tid som överstiger fyra veckor ska arvodet minska i motsvarande proportion. Den som istället utövar uppdraget ska erhålla arvodet.

Förtroendevald som fullgör uppdrag på heltid eller betydande del av heltid<sup>3</sup> har rätt att varje år ta ut ledighet motsvarande den semester som en arbetstagare med motsvarande ålder och tjänstgöringsgrad har rätt till enligt allmänna bestämmelser (AB), utan att arvodet reduceras.

## § 6 Sammanträdesarvode

Förtroendevalda har rätt till arvode per sammanträde enligt den nivå som fullmäktige fastslagit i bilaga 1. Olika sammanträden som följer direkt efter varandra med uppehåll understigande en timme ersätts som ett sammanträdestillfälle.

---

<sup>2</sup> Valnämndens ordförande har dock rätt till sammanträdes- och förrättningsarvode under valår.

<sup>3</sup> Med betydande del av heltid avses uppdrag motsvarande arvode om 40 % av basbeloppet enligt bilaga 1 eller mer.

Högst två (2) sammanträdesarvoden betalas ut per dag.

Förtroendevald som uppstår årsarvode äger inte rätt till sammanträdesarvode som berör samma nämnd eller instans som årsarvodet avser.

### **§ 7 Förrättningsarvode**

Med förrättning avses deltagande i:

- Konferens, kurs, verksamhetsbesök eller liknande kommunal angelägenhet
- Överläggning med förvaltningschef eller annan anställd vid det kommunala organen förtroendevalde själv tillhör
- Överläggning med annan myndighet
- Fullgörande av granskningsuppdrag inom ramen för revisionsuppdraget

Förtroendevald som uppstår årsarvode äger inte rätt till förrättningsarvode för förrättning som berör samma nämnd eller instans som årsarvodet avser.

Övriga förtroendevalda har rätt till arvode enligt den nivå som fullmäktige fastslagit i bilaga 1. Under en och samma dag utges högst två (2) förrättningsarvoden.

Förrättningsarvode utges till förtroendevald efter beslut om deltagande av nämnd eller i förekommande fall av ordförande i berörd nämnd.

Ledamöter i kommunfullmäktige har rätt till verksamhetsbesök. Detta ska ske i samråd med ordföranden för berörd nämnd/styrelse samt gruppledare innan verksamhetsbesök bokas in. En ledamot får maximalt två dagar/år göra verksamhetsbesök.

Borgerlig begravningsförrättare äger rätt till dubbelt förrättningsarvode i samband med begravning.

Borgerlig vigselförrättare äger rätt till förrättningsarvode i samband med vigsel.

### **§ 8 Justeringsarvode**

Vid protokollsjustering utges arvode per justerat protokoll enligt bilaga 1. Förtroendevald som uppstår årsarvode äger inte rätt till justeringsarvode för justering som berör samma nämnd eller instans som årsarvodet avser.

### **§ 9 Förlorad arbetsinkomst**

Förtroendevald som inte fullgör uppdrag på heltid eller på betydande del av heltid är berättigad till ersättning för förlorad arbetsinkomst. I Håbo kommun innebär detta att alla förtroendevalda enligt § 1 har rätt till förlorad arbetsinkomst med undantag för de förtroendevalda som innehar uppdragen som kommunalråd eller oppositionsråd.

För att ersättning för förlorad arbetsinkomst ska utgå krävs:

- Att den förtroendevalde har förlorat arbetsinkomst eller motsvarande på grund av sammanträde eller förrättning som föranletts av uppdraget.



- Att sammanträdet eller förrättningen finns med i den uppräkningsberättigade förrättningar eller sammanträden som finns angivet i detta regelverk.
- Att den förtroendevalde kan styrka sin förlust av arbetsinkomst eller motsvarande i enlighet med de anvisningar som kommunen utfärdar.

Med arbetsinkomst likställs i detta sammanhang arbetsmarknads- eller socialförsäkringsbaserade ersättningar och andra liknande ersättningar och bidrag som reduceras till följd av förtroendeuppdraget.

Har den förtroendevalde uppdrag på tid som är ledig tid, med undantag för kompensations- eller semesterdag, i dennes vanliga anställning äger denne ingen rätt till ersättning för förlorad arbetsinkomst. Av detta följer också att en förtroendevald som byter arbetspass i sin anställning för att få ledig tid när man ska ha sitt uppdrag i kommunen, inte har rätt till ersättning för förlorad arbetsinkomst.

#### *Anställd:*

För förtroendevald som har ett anställningsförhållande med en arbetsgivare ska inkomstbortfall styrkas genom inlämnande av ett intyg från arbetsgivaren. Intyget ska visa att den förtroendevalde är anställd och att den förtroendevalde förlorar arbetsinkomst för deltagande i politiska sammanträden och förrättningar. Belopp behöver inte anges. Intyg lämnas till kommunen en gång per år eller vid förändrade anställningsförhållanden.

#### *Egen företagare:*

För förtroendevald som bedriver näringsverksamhet som egen företagare ska följande vara uppfyllt för att ersättning ska utgå:

- Den förtroendevalde bedriver en aktiv näringsverksamhet, det vill säga att verksamheten är registrerad för F-skatt och är registrerad i momsregistret.

#### *Ersättningens storlek:*

Ersättning för förlorad arbetsinkomst utbetalas enligt schablon fastställd i bilaga 1. Kan den förtroendevalde tydligt påvisa att denne förlorat belopp överstigande schablonen ska istället detta belopp ersättas. Ersättning per dag begränsas till maxbeloppet för förlorad arbetsinkomst enligt bilaga 1.

Schablonenlig ersättning för förlorad arbetsinkomst kan utgå för högst 8 timmar per dygn om inte schemaläggning av arbetstiden påvisar annat förhållande.

Förtroendevald som har oregelbunden arbetstidsförläggning har rätt att få ersättning för förlorad arbetsinkomst för arbetspass som skäligen måste avstås i anslutning till sammanträdet.

### **§ 10 Resekostnadsersättning**

Ersättning för reskostnader med egen bil utbetalas om avståndet från den förtroendevaldes fasta bostad eller arbetsplats överstiger 3 kilometer (enkel väg).

Resersättning utgår för sammanträde och förrättning som berättigar till arvode. För årsarvoderade där kommunen tillhandahåller arbetsplats utgår ingen reseersättning till och

från denna. Därutöver utbetalas ersättning för resa för att justera protokoll i styrelse, nämnd eller utskott.

Kostnader för resor ersätts enligt de bestämmelser som gäller i det kommunala bilersättningsavtalet – BIA.

### **§ 11 Traktamenten**

Förtroendevald, som har merkostnad för kost och logi i samband med förrättning utanför kommunen, har rätt till ersättning i enlighet med kommunala traktamentsavtalet - TRAKT 04.

### **§ 12 Barntillsynskostnader**

Ersättning utbetalas för styrkta kostnader som uppkommit till följd av deltagande vid sammanträden eller förrättning för tillsyn av barn som vårdas i den förtroendevaldas hem och som ej fyllt 12 år.

Om särskilda skäl föreligger kan ersättning utbetalas även för äldre barn.

### **§ 13 Vård av person med funktionsnedsättning eller svår sjukdom**

Ersättning utbetalas för styrkta kostnader som uppkommit till följd av deltagande i sammanträde eller förrättning för vård och tillsyn av person med funktionsnedsättning eller svårt sjuk person som vistas i den förtroendevaldes bostad.

### **§ 14 Funktionsnedsatt förtroendevalds särskilda kostnader**

Ersättning utbetalas till funktionsnedsatt förtroendevald för de särskilda kostnader som uppkommit till följd av deltagande i sammanträde eller förrättning och som inte ersatts på annat sätt. Här ingår styrkta kostnader för till exempel resor, ledsagare, tolk, hjälp med inläsning och uppläggning av handlingar och liknande.

### **§ 15 Övriga kostnader**

För styrkta kostnader utöver vad som avses i §§ 12-14 utbetalas ersättning om den förtroendevalde kan visa att särskilda skäl föreligger för dessa kostnader.

Frågor om ersättning enligt denna paragraf ska prövas av kommunstyrelsen.

### **§ 16 Begäran om ersättning**

Vid begäran om ersättning ska den förtroendevalde själv fylla i sina uppgifter och anspråk om ersättning via den kanal som Håbo kommun tillhandahåller, samt styrka dessa uppgifter genom intygande på eget ansvar. Ordförande i aktuell instans ska sedan kontrollera uppgifterna innan de går vidare till löneenheten för behandling inför utbetalning.

Sammanträdesarvode och justeringsarvode enligt § 6 och § 8 för protokollförda sammanträden utgår automatiskt och behöver inte begäras. Den förtroendevaldes närvaro och rätt till sammanträdesarvode respektive justeringsarvode fastställs genom upprop, eller via annan teknisk lösning, samt genom anteckning på protokollets förstasida.

Förlorad arbetsinkomst enligt § 9 ska redovisas i hela timmar. Reseersättning enligt § 10 ska redovisas i hela kilometer.

För att få ersättning enligt §§ 10-15 skall den förtroendevalde styrka sina förluster eller kostnader. Underlag för förluster eller kostnader skall anmälas till tjänstgörande sekreterare.

Berörd förvaltning ansvarar för att, till lönefunktionen, rapportera uppgifterna för utbetalning, enligt givna instruktioner.

Ersättningsbegäran ska inlämnas snarast, dock senast två (2) månader efter sammanträde eller förrättning.

### **§ 17 Utbetalning**

Årsarvode/fasta arvoden utbetalas med en tolfedel per månad. Övriga arvoden och ersättningar utbetalas månadsvis i efterskott.

### **§ 18 Tolkning och tillämpning**

Kommunstyrelsen beslutar om tolkning och tillämpning av dessa bestämmelser.

### **§ 19 Semesterförmån**

Förtroendevald som inte har uppdrag på heltid eller betydande del av heltid har rätt till ersättning för förlorad semesterförmån. Ersättningen omfattar ett belopp på 12 % av den sammanlagda ersättningen för förlorad arbetsinkomst. Ersättning enligt denna paragraf är inräknad i schablonersättningen för förlorad arbetsinkomst (bilaga 1).

### **§ 20 Pensionsförmån**

Förtroendevalda som inte har uppdrag på heltid eller betydande del av heltid har rätt till ersättning för förlorad pensionsförmån. Ersättningen utbetalas i form av ett procentpåslag om 4,5 % av den sammanlagda ersättningen för förlorad arbetsinkomst som den förtroendevalde erhåller. Ersättning enligt denna paragraf är inräknad i schablonersättningen för förlorad arbetsinkomst (bilaga 1).

Samtliga förtroendevalda har även rätt att stärka sin framtida pension genom att växla arvode mot pension. Sådan ansökan ska inges till kommunens personalavdelning.

Ytterligare föreskrifter gällande förtroendevalda och pension finns i kommunens bestämmelser om omställningsstöd och pension för förtroendevalda (OPF-KL)

### **§ 21 Jourersättning**

Ledamot i socialnämnden till vilken nämnden delegerat rätten att besluta i ärenden som är så brådskande att nämndens beslut inte kan avvaktas och som under av nämnden angivna veckor ska finnas tillgänglig för prövning av sådana frågor äger rätt till jourersättning per verkställd jourvecka, enligt bilaga 1.

### **§ 22 Avvikelsehantering**

Kommunen äger rätt att genomföra stickprovskontroller för att verifiera begärda ersättningar. Avvikelse hanteras av personal- och förhandlingsutskottet på delegation från kommunstyrelsen.



**Bilaga 1**
**Årsarvoden**

Basbelopp = 1200% av gällande års inkomstbasbelopp

Månadsarvodet uppgår därmed till den procentandel av inkomstbasbeloppet som anges i tabellen.

<b>Organ</b>	<b>Procenttal</b>	<b>Kommentar</b>
<b><i>Kommunfullmäktige</i></b>		
Ordförande	12 % av basbelopp	
Gruppledare - grundstöd	12 % av basbelopp	Till alla partier som inte tillsätter ordförandeposten eller oppositionsrådsposten i kommunstyrelsen
Gruppledare – mandatstöd	2 % av basbelopp	Till alla partier som inte tillsätter ordförandeposten eller oppositionsrådsposten i kommunstyrelsen
<b><i>Kommunstyrelsen</i></b>		
Ordförande	110 % av basbelopp	Ingår att vara ordförande i KSAU
Kommunalråd	100% av basbelopp	
Kommunalråd	50% av basbelopp	
<b><i>Sociala frågor</i></b>		
Ordförande i socialnämnden	12 % av basbelopp	
Ordförande i vård- och omsorgsnämnden	12 % av basbelopp	
<b><i>Barn- och utbildning</i></b>		
Ordförande i barn- och utbildningsnämnd	24 % av basbelopp	

<b>Miljö och bygg</b>		
Ordförande i bygg- och miljönämnden	8 % av basbelopp	
<b>Kultur- och fritidsnämnden</b>		
Ordförande i kultur- och fritidsnämnden	8 % av basbelopp	
<b>Arvode för kommunfullmäktige, nämnder och bolag</b>		
Vice ordföranden	2 % av basbelopp	Sammanträdes- och förrättningsarvode utgår (gäller även för bolag)
<b>Val</b>		
Ordförande i valnämnden	4 % av basbelopp	Gäller endast valår. Valnämndens ordförande har rätt till sammanträdes- och förrättningsarvode.
<b>Revision</b>		
Ordförande i revisionen	3 % av basbelopp	Sammanträdes- och förrättningsarvode utgår (gäller även för bolag)
Revisorer	2 % av basbelopp	Sammanträdes- och förrättningsarvode utgår (gäller även för bolag)
<b>Kommunala bolag</b>		
Ordförande Håbohus AB	8 % av basbelopp	

**Sammanträdesarvoden**

Gäller för	Procenttal	Kommentar
Ledamöter och ersättare (inkluderat kommunala bolag)	1,5 % av basbelopp	
Vice ordförande i nämnd och bolag som tjänstgör som ordförande	3 % av basbelopp per sammanträde	

**Förrättningsarvode**

<b>Gäller för</b>	<b>Procenttal</b>	<b>Kommentar</b>
Ersättning vid förrättning	1,5 % av basbelopp	

**Justeringsarvode**

<b>Gäller för</b>	<b>Procenttal</b>	<b>Kommentar</b>
Justering	0,5 % av basbelopp	

**Ersättning för förlorad arbetsinkomst**

<b>Gäller för</b>	<b>Procenttal</b>	<b>Kommentar</b>
Högsta belopp som ersätts per dag	5 % av basbelopp	Ersättning för förlorad pensionsförmån samt semesterförmån är inräknat i beloppet.
Schablonbelopp per timme	0,45 % basbelopp	Ersättning för förlorad pensionsförmån samt semesterförmån är inräknat i beloppet.

**Jourersättning inom socialnämnden**

Jourersättning per verkställd jourvecka	3,5 % av bas per verkställd vecka.	
---	------------------------------------	--

Vård- och omsorgsförvaltningen  
Rebecca Olsson, Nämndsekreterare  
rebecca.olsson@habo.se

## **Genomlysning av hemtjänsten med stöd av extern utredare**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt förvaltningen att genomföra en genomlysning i hemtjänstens verksamhet med stöd av extern utredare.

### **Sammanfattning**

Med anledning av det ekonomiska underskott som redovisas i hemtjänsten uppdrar Vård- och omsorgsnämnden åt förvaltningen att med hjälp av en extern utredare utföra en genomlysning i hemtjänstens verksamhet i syfte att kartlägga situationen och bereda underlag för åtgärder.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Åtgärden syftar till att hitta åtgärder för att på kort och lång sikt nå ett resultat i balans med tilldelad budgetram.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv då genomlysningen inte medför några direkta åtgärder som påverkar enskilda.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har inte någon direkt påverkan på näringslivet i detta skede. Beroende på vad genomlysningen visar kan näringslivet komma att påverkas i ett senare skede.

### **Uppföljning**

Förvaltningen håller nämnden informerad med löpande information under nämndsammanträdena som sammanfaller med genomlysningens fortgång.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6876, daterad 2023-02-17

---

### **Beslut skickas till**

Kommundirektör  
Ekonomichef



Vård- och omsorgsförvaltningen  
Rebecca Olsson, Nämndsekreterare  
rebecca.olsson@habo.se

## **Redovisning av anmälningsärenden år 2023**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att anmälningsärendena för perioden 2022-01-24 – 2023-02-27 är redovisade.

### **Sammanfattning**

Nämndens politiker ska ges möjlighet att ta del av inkomna handlingar, såsom beslut från kommunstyrelse, fullmäktige, domar, begäran om yttranden, synpunkter och andra skrivelser och dokument av större vikt.

Mot bakgrund av ovan kan nämndens politiker löpande ta del av inlagda handlingar i Assistenten. Perioden löper mellan datumen för nämndens sammanträden och läggs löpande in till VON Anmälningsärenden fram till dagen före nämndsammanträdet. Handlingar fylls löpande på i Assistenten, VON Anmälningsärenden fram till periodens slut. Respektive handling kommer sen att redovisas i vård- och omsorgsnämndens protokoll.

### **Ärendet**

Det som framkommit i beredningen är följande:

Nr 6806 Uppdrag: 2023/00112, Uppföljning: strategi för hälsosamt åldrande

Nr 6810 VB: Inbjudan till klimatdialog - en utbildning för beslutsfattare

Nr 6811 VB: Platser på SiS – inbjudan till webbsändning 6 februari

Nr 6879 Expediering 2022/01691 Uppföljning och insyn av privata utförare – uppföljning av nämndernas programarbete

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6807, daterad 2023-01-24
-

Vård- och omsorgsförvaltningen  
Rebecca Olsson, Nämndsekreterare  
rebecca.olsson@habo.se

## **Redovisning av delegationsbeslut**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att delegationsbeslut för perioden 2023-01-10 till och med 2023-02-06 är redovisade.

### **Sammanfattning**

Följande delegationsbeslut redovisas:

-Delegation - Protokoll nr 6840, återrapporterade enskilda beslut, 2023-01-10-2023-02-06

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 6841, daterad 2023-02-06
  - Delegation - Protokoll nr 6840, återrapporterade enskilda beslut, 2023-01-10-2023-02-06
-

Vård- och omsorgsförvaltningen  
Enligt vård- och omsorgsnämndens delegation

## Delegationsbeslut nr 6840 återrapportering

Protokoll över återrapporterade delegationsbeslut i enskilda ärenden

### Beslut

1. Förvaltningschef undertecknar protokollet att delegationsbesluten i gruppen bistånd enligt socialtjänstlagen är återrapporterade till förvaltningschef för perioden 2023-01-10 – 2023-02-06.
2. Protokollet anslås på kommunens digitala anslagstavla samt delges nämnden på kommande sammanträde.

### Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2019-01-22 § 14 att utifrån kommunallagen 7 kap. 8 § överlåta återrapportering av myndighetsbeslut till förvaltningschef som i sin tur återrapporterar detta protokoll tillbaka till nämnden.

Förvaltningschef återrapporterar i sin tur detta protokoll tillbaka till nämnden.

### Grupp av myndighetsbeslut att återrapportera till förvaltningschef:

Inleda och avsluta utredning, särskilt boende, korttidsboende, växelvårdsboende, dagverksamhet, sysselsättning, kontaktperson, avlösarservice, hemtjänst, hemsjukvård, assisterad egenvård, färdtjänst, riksfärdtjänst, biståndsbedömt trygghetslarm, trygg hemgång, arbetsstödinsats, hemvårdsbidrag och avgiftsbeslut.

Antal beslut och respektive insats:

- Inleda utredning: 99
- Avsluta utredning: 87
- Särskilt boende: 5
- Korttidsboende: 18
- Växelvårdsboende: 2
- Dagverksamhet: 6
- Kontaktperson: 0
- Hemtjänst: 80 (inklusive ledsagning 9, inklusive avlösarservice 2)
- Assisterad egenvård: 0
- Färdtjänst: 40

- Riksfärdtjänst: 8
- Biståndsbedömt Trygghetslarm: 37
- Hemvårdsbidrag: 1

**Beslutsunderlag**

- De enskilda besluten återfinns i verksamhetssystemet Treserva för aktuell period, *sekretess*.

---

Detta protokoll delges som delegationsbeslut till vård- och omsorgsnämnden den 2022-02-28.

Protokollet signeras digitalt via systemet Verified av  
Förvaltningschef Erik Johansson





# Document history

COMPLETED BY ALL:

15.02.2023 14:12

SENT BY OWNER:

Rebecca Olsson · 14.02.2023 15:48

DOCUMENT ID:

rkZOVkmFTi

ENVELOPE ID:


ryd4kmtps-rkZOVkmFTi

DOCUMENT NAME:

Delegation - Protokoll över återrapporterade beslut i enskilda ärenden, VON 2022-02-28.pdf

2 pages

## Activity log

RECIPIENT	ACTION*	TIMESTAMP (CET)	METHOD	DETAILS
1. Erik Johansson	 Signed	15.02.2023 14:12	Email	IP: 212.112.39.34
erik.johansson@habo.se	Authenticated	15.02.2023 14:12	Low	IP: 212.112.39.34

\* Action describes both the signing and authentication performed by each recipient. Authentication refers to the ID method used to access the document.

## Custom events

No custom events related to this document

Verified ensures that the document has been signed according to the method stated above. Copies of signed documents are securely stored by Verified.

To review the signature validity, please open this PDF using Adobe Reader.



GDPR  
compliant



eIDAS  
standard



PAdES  
sealed



Vård- och omsorgsförvaltningen  
Rebecca Olsson, Nämndsekreterare  
rebecca.olsson@habo.se

## **Information från förvaltningen**

### **Förslag till beslut**

1. Vård och omsorgsnämnden tackar för informationen.

### **Sammanfattning**

Socialförvaltningen presenterar aktuell information till Vård- och omsorgsnämnden.

### **Avdelningen för hemtjänst**

Utfasning utav personalexpressen

Rekryteringsläget

Info kring lokaler

### **Avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet**

Ny tillförordnad chef

Ny chef på korttidsboende och dagverksamhet

Heltidsresan

Information Lex Sarah

Information om 112-appen

### **Myndighetsavdelningen**

Köläget

Färdtjänstupphandlingen

### **Förvaltningsövergripande**

Staben

Besök av Arbetsmiljöverket

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.



**Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

**Uppföljning**

Beslutet kräver ingen uppföljning.

**Beslutsunderlag**

– Denna tjänsteskrivelse nr 6847, daterad 2023-02-06

---

## Uppdrag och verkställighet - Dec 2022 (Vård- och omsorgsnämnden inkl. underliggande)

Ärendetyp	Uppdrag/verkställighet	Uppdragsgivare	Uppdragstagare	Ansvarig	Status + Kommentar
Uppdrag	<p><b>Uppdrag avseende psykosocial arbetsmiljö inom vård och omsorg</b> (Kommunstyrelsen) Ärendenummer 2020/00186 Beslutsdatum 2020-06-01 § 139</p> <p>1. Kommunstyrelsen uppdrar till förvaltningen att säkerställa att den psykosociala arbetsmiljön tas i beaktande och att stöd tas med framåt för personal inom vård och omsorg.</p>	Kommunstyrelsen	<b>Kommunstyrelsens förvaltning</b>		
	<p><b>Översyn av tillgänglighet och begränsningsåtgärder i demensverksamheterna</b> (Vård- och omsorgsnämnden) Diarienummer 2019/00062 Beslutsdatum 2019-11-05 § 112 Förvaltningen får i uppdrag att utreda möjligheten att öka tillgängligheten och minska begränsningsåtgärder i verksamheter för personer med demenssjukdom</p> <p>Beslutsdatum 2022-02-22 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att tillsammans med fastighetsavdelningen genomföra en förstudie gällande miljön på Solängens särskilda boende. Beslutsdatum 2022-04-05 1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens förslag på planerade åtgärder för att minska tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheter för personer med demenssjukdom. 2. Vård- och omsorgsnämnden godkänner angiven tidsplan för planerade åtgärder.</p> <p>Med anledning av ovanstående avbryts uppdraget - Fördjupad utredning av tillgänglighetsanpassning på Solängen Diarienummer 2019/00013 Beslutsdatum 2019-11-05 § 113</p> <p>Beslutsdatum 2022-08-30 § 79 1. Vård- och omsorgsnämnden noterar informationen 2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att fortsätta utreda möjligheten att utöka tillgängligheten till utemiljön på Solängen. 3. Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen att återkomma med lägesrapport till nämnden i december 2022.</p>		<b>Socialförvaltningen</b>		
Uppdrag	<p><b>Motion: Utveckla LOV i Häbo</b> (Vård- och omsorgsnämnden) Ärendenummer: 2021/100 Beslutsdatum: 2021-02-22 § 22</p> <p>Kommunfullmäktige beslutar att överlämna motionen till kommunstyrelsen för beredning</p>	Kommunfullmäktige	<b>Kommunstyrelsen</b>		

Ärendetyp	Uppdrag/verkställighet	Uppdragsgivare	Uppdragstagare	Ansvarig	Status + Kommentar
Uppdrag	<p><b>Medborgarförslag: Ett äldreboende för finsktalande äldre i Håbo</b> (Vård- och omsorgsnämnden)</p> <p>Diarienummer: 2021/00394 Beslutsdatum: 2021-11-08 §129</p> <p>Kommunfullmäktige beslutar att överlämna medborgarförslaget till vård- och omsorgsnämnden för beredning och beslut.</p>	Kommunfullmäktige	<b>Vård- och omsorgsnämnden</b>		
Uppdrag	<p><b>Strategi för hälsosamt åldrande i Håbo 2022-2025</b> (Vård- och omsorgsnämnden)</p> <p>Diarienummer: 2019/00302 Beslutsdatum: 2021-11-08 §144</p> <p>Kommunfullmäktige beslutar att uppdra till samtliga nämnder att genomföra uppdragen i Strategi för ett hälsosamt åldrande enligt bilaga 1.</p>	Kommunfullmäktige	<b>Kommunstyrelsen, Vård- och omsorgsnämnden, Socialnämnden, Kultur- och fritidsnämnden, Bygg- och miljönämnden, Barn- och utbildningsnämnden</b>		
	<p><b>Motion: Nytt flyktingpolitiskt program</b> (Vård- och omsorgsnämnden)</p> <p>Dnr: 2022/1009 KF 2022-06-13 §87 Diarienummer: VON 2022/00052</p>	Kommunfullmäktige			
	<p><b>Hyresmodell vård- och omsorgsboenden</b> (Vård- och omsorgsnämnden)</p> <p>Ärendenummer VON 2021/00018 beslutsdatum 2021-04-06 § 24 1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att i samverkan med kommunens fastighetsavdelning ta fram ett förslag till hyressättningsmodell för kommunens vård- och omsorgsverksamheter.</p> <p>2. Modellen ska vara klar att ta i bruk 2022</p>	Nämnd	<b>socialförvaltningen</b>		

Ärendetyp	Uppdrag/verkställighet	Uppdragsgivare	Uppdragstagare	Ansvarig	Status + Kommentarer
	<p><b>Utredning hemvårdsbidrag (Utredning anhörigpeng) (Vård- och omsorgsnämnden)</b>            Ärendenummer VON 2020/00044            Beslutsdatum 2020-09-29 § 78 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att utreda möjligheten att införa någon form av anhörigpeng till anhöriga som vårdar en närstående i hemmet.            Beslutsdatum 2021-04-06 § 25 1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att på försök införa insatsen hemvårdsbidrag            2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att försöket ska pågå 2021-07-01 till 202-07-01. En utvärdering ska göras efter 6 respektive 12 månader.            Beslutsdatum 2022-01-25 §3 1. Vård- och omsorgsnämnden noterar förvaltningens utvärdering av insatsen hemvårdsbidrag.            2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att försöksperioden för insatsen hemvårdsbidrag förlängs till och med 2022-10-31</p> <p>Beslutsdatum 2022-08-30 § 78            1. Vård- och omsorgsnämnden noterar förvaltningens slutliga utvärdering av insatsen hemvårdsbidrag.            2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att förlänga försöksperioden till 2022-11-30.            3. Vård- och omsorgsnämnden hemställer hos kommunfullmäktige att insatsen hemvårdsbidrag permanentas i verksamhet enligt förvaltningens förslag.            4- Vård- och omsorgsnämnden beslutar, vid ett bifall från kommunfullmäktige, att förslagna åtgärder vidtas av förvaltningen i samband med att insatsen permanentas och att hemvårdsbidrag fortskrider efter försöksperiodens slut samt implementeras i ordinarie verksamhet.</p>	Nämnd	Socialförvaltningen		
	<p><b>Utredning av fixartjänst för personer under 65 år (Vård- och omsorgsnämnden)</b>            Ärendenummer VON 2020/00043            Beslutsdatum 2020-09-29 §77 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att utreda möjligheten att utvidga målgruppen för den så kallade fixartjänsten, att även omfatta personer under 65 år.            Beslutsdatum 2021-04-06 1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att på försök utöka målgruppen för fixartjänsten till att också omfatta personer under 65 år med en funktionsnedsättning som medför en ökad fallrisk.            2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att utökningen av målgruppen ska gälla under ett år och följas upp efter sex månader och utvärderas efter tolv månader.            3. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ändringen träder i kraft när fixartjänsten åter öppnar.</p>	Nämnd	Socialförvaltningen		
	<p><b>Utredning hemtjänst och hemsjukvård (Vård- och omsorgsnämnden)</b>            Ärendenummer VON 2021/00033            Beslutsdatum 2021-05-11 § 41 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att återkomma med förslag på utredningsdirektiv för att genomföra en översyn av avtalsvillkor, riktlinjer och ersättningsmodell för hemtjänst och hemsjukvård.            Beslutsdatum 2021-08-31 § 60 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att genomföra en översyn i enlighet med förvaltningens tjänsteskrivelse nr 5420 och återkomma med förslag på åtgärder.</p>	Nämnd	Socialförvaltningen		

Ärendetyp <b>Uppdrag/verkställighet</b>	Uppdragsgivare	Uppdragstagare	Ansvarig	Status + Kommentar
<p><b>Motion: Tillagningskök</b> (<i>Vård- och omsorgsnämnden</i>)  2022/01015  KF 2022-06-13 §93  Ärendenummer VON 2022/00058</p>	Kommunfullmäktige	<b>Kommunstyrelsen</b>		
<p><b>Motion: Satsningar inom vård och omsorg</b> (<i>Vård- och omsorgsnämnden</i>)  Ärendenummer VON 2021/00094</p>	Nämnd			
<p><b>Distanslarm</b> (<i>Vård- och omsorgsnämnden</i>)  Ärendenummer VON 2021/00109  Beslutsdatum 2021-12-14 § 112 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att se över om det går att utöka räckvidden för larm utanför bostaden och att förvaltningen ska återkomma med svar under första halvåret år 2022.  Beslutsdatum 2022-05-03 § 39 Vård- och omsorgsnämnden tackar för informationen  Beslutsdatum 2022-06-14 § 57 1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att fortsätta utreda ett möjligt införande av distanslarm.  2. Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att återkomma med förslag på en övergångslösning för brukare inom hemtjänsten till nämnden i augusti.</p> <p>Beslutsdatum 2022-08-30 § 80  1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens tidsplan för fortsatt utredning av ett möjligt införande av distanslarm.  2. Vård- och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens förslag på temporär lösning gällande distanslarm.</p>	Nämnd	<b>socialförvaltningen</b>		

Ärendetyp	Uppdrag/verkställighet	Uppdragsgivare	Uppdragstagare	Ansvarig	Status + Kommentar
	<p><b>kartläggning av framtida behov av äldreomsorg för finsktalande personer (Vård- och omsorgsnämnden)</b>            Ärendenummer VON 2022/00022            Beslutsdatum 2022-04-05 §29 Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt socialförvaltningen att tillsammans med ansvarig för finskt förvaltningsområde genomföra en fördjupad kartläggning kring efterfrågan och kommande behov av äldreomsorg för finsktalande personer i Håbo</p>	Nämnd	Socialförvaltningen		
	<p><b>Utredning utveckla språkfärdigheter inom SÄBO och hemtjänst (Vård- och omsorgsnämnden)</b>            Ärendenummer VON 2022/00041            Beslutsdatum 2022-04-05 § 36 Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att utreda införandet av språktest som komplettering till socialstyrelsens allmänna råd. Utredningen ska även belysa möjligheterna för anställda på SÄBO och inom hemtjänst att vid behov utveckla sina språkfärdigheter i svenska på betald tid. Utredningen ska, utöver tillsvidareanställda, även omfatta anställda vikarier och inhyrd personal. KPR och KFR ska vara remissorgan för utredningen. Förvaltningen ska återkomma med tidsplan för utredningen under nästa sammanträde.</p> <p>Beslutsdatum 2022-06-14 § 56 1. Vård- och omsorgsnämnden tar del av informationen och godkänner förvaltningens tidsplan för utredning.            2. Vård- och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens förslag att i avvaktan på socialstyrelsens utredning, gällande språkbedömningsstöd, införa interna språktester som ett komplement vid nyrekrytering.</p>	Nämnd	Socialförvaltningen		
	<p><b>Anskaffa cykelgarage (Vård- och omsorgsnämnden)</b>            Ärendenummer VON 2022/00042</p> <p>Beslutsdatum 2022-05-03 § 48 Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt förvaltningen att anskaffa cykelgarage eller motsvarande för parcykel i anslutning till SÄBO Västerhagsvägen. Tillfällig uppställningsplats i kommunförrådet eftersträvas om cykelgaraget inte kan stå klart före 15/6 2022. Vid behov samverkas det med pensionärsföreningarnas kontaktperson i cykelärendet.</p>	Nämnd	Socialförvaltningen		
	<p><b>Medborgarförslag: Håbo kommun ser över och implementerar Krisrutin Emma för att säkerställa stöd och hjälp till anhöriga efter inträffat suicid (Vård- och omsorgsnämnden)</b>            D.nr: 2022/01244            KF 2022-09-26 §99</p>	Kommunfullmäktige	Socialförvaltningen		



Ärendetyp <b>Uppdrag/verkställighet</b>	Uppdragsgivare	Uppdragstagare	Ansvarig	Status + Kommentar
<b>Medborgarförslag: aktivitetscoach på äldreboenden och LLS-boenden. (Vård- och omsorgsnämnden)</b> Dnr 2022/01460, KF 2022-11-07 § 131	Kommunfullmäktige	<b>Vård- och omsorgsnämnden</b>		

---