



Vård- och omsorgsnämnden

**Ledamöter**

Per-Arne Öhman (M), Ordförande  
Eva Staake (S), 1:e vice ordförande  
Kjell Dufvenberg (L)  
Helene Cranser (S)  
Ingrid Andersson (S)  
Paul Ohvanainen (SD)  
Lisbeth Bolin (C)

**Ersättare**

Carl Adam Embretsen (KD)  
Marie Nordberg (-)  
Lilly-Ann Strömberg (S)

**Vård- och omsorgsnämnden** kallas till sammanträde

Dag och tid      tisdagen den 22 februari 2022, kl. 18:00

Plats              Digitalt via Teams eller i Övergransalen, Kommunhuset, Bålsta

**Ärenden**

1. Mötets öppnande och anmälan av övriga frågor  
Dnr 2022/00001
2. Ekonomiuppföljningar 2021 - Månadsuppföljning, delårsuppföljning, delårsrapport, verksamhetsberättelse  
Dnr 2021/00024, Föredragande: Sandra Sabel, Emma Fahlström, Sarah Forsberg
3. Avvikelsesrapport Hälso- och sjukvård helår 2021  
Dnr 2022/00014, Föredragande: Ylva Wendle Sundbom, Monica Lundqvist
4. Patientsäkerhetsberättelse 2021  
Dnr 2022/00015, Föredragande: Ylva Wendle Sundbom, Monica Lundqvist
5. Avvikelsesrapport social omsorg år 2021  
Dnr 2021/00031, Föredragande: Sandra Sabel, Sarah Forsberg
6. Kvalitetsberättelse 2021  
Dnr 2022/00012, Föredragande: Sandra Sabel, Sarah Forsberg
7. Rapportering år 2021, ej verkställda gynnande beslut kvartal 4  
Dnr 2021/00009, Föredragande: Sandra Sabel
8. Översyn av tillgänglighet och begränsningsåtgärder i demensverksamheterna  
Dnr 2019/00062
9. Lex Sarah- Dalängen  
Dnr 2021/00084, Föredragande: Sandra Sabel, Sarah Forsberg
10. Revidering delegationsordning för vård- och omsorgsnämnden  
Dnr 2021/00102
11. Redovisning av anmälningsärenden  
Dnr 2022/00004
12. Redovisning av delegationsbeslut  
Dnr 2022/00003
13. Information från förvaltningen  
Dnr 2022/00002
14. Övriga frågor  
Dnr 2022/00010



HÅBO  
KOMMUN

Vård- och omsorgsnämnden

KALLELSE

Datum  
2022-02-15

---

Per-Arne Öhman  
Ordförande

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens kansli  
Wilma Karlsson, Nämndsekreterare

wilma.karlsson@habo.se

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

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att utse Eva Staake (S) till justerare av dagens protokoll.
2. Vård- och omsorgsnämnden godkänner 25 februari 2022, klockan 15:00 att justera protokollet.
3. Vård- och omsorgsnämnden fastställer dagordningen med eventuella övriga frågor.

### **Sammanfattning**

Vård- och omsorgsnämnden öppnar dagens sammanträde med kontroll av närvaro. Vård- och omsorgsnämnden utser Eva Staake (S) till justerare av dagens protokoll och godkänner därefter förslaget att justera den 25 februari 2022, klockan 15:00. Eventuella övriga frågor kompletteras sist till dagordningen, därefter ska dagordningen godkännas.

Socialförvaltningen  
Förvaltningschef  
Erik Johansson, Socialchef

erik.johansson@habo.se

## Verksamhetsberättelse 2021

### Förslag till beslut

1. Vård och omsorgsnämnden beslutar att godkänna verksamhetsberättelsen 2021 och överlämnar den till kommunstyrelsen.
2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att delge kommunfullmäktige avsnitt 8.4 i verksamhetsberättelsen, som återrapportering av tilldelad tilläggsbudget utifrån statsbidraget *Säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer*.

### Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden redovisar ett överskott på cirka 9,2 miljoner kronor jämfört med budget. Det redovisade överskottet är en effekt av flera faktorer, där vissa av faktorerna är av engångskaraktär kopplade till effekter av den pågående pandemin. Det är svårt att bedöma hur pandemi och statsbidrag påverkar resultatet. Kommunfullmäktige beslutade, utifrån det generella statsbidraget *Säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer*, att tilldela vård- och omsorgsnämnden en för år 2021 tillfälligt utökad budgetram med cirka 7,5 miljoner kronor.

Covid-19 har medfört överskott i verksamheter som inte kunnat bedrivas på grund av smittorisk, men också underskott i andra verksamheter. En stor del av nämndens merkostnader orsakade av covid-19 inom området äldreomsorg har rymts inom den tilldelade tilläggsbudgeten. Resultatet påverkas också positivt till följd av att en del volymer inte motsvarat budgeterad nivå samt att staten har ersatt sjuklöner till följd av onormalt hög sjukfrånvaro.

Sammantaget kan man konstatera att nämnden 2021, delvis till följd av pandemins och statsbidragens engångseffekt, redovisar ett bättre resultat än budgeterat.

Den demografiska utvecklingen, där gruppen 80 år eller äldre beräknas fördubblas fram till år 2030, innebär stora utmaningar. Även inom LSS-området ser förvaltningen en ökande efterfrågan. Volymökningarna medför stora investeringsbehov och ökade driftkostnader. Kommunens ekonomiska läge gör utmaningarna stora.

Den enskilt största händelsen inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde är även i år att hantera konsekvenserna av den pågående pandemin. Alla verksamheter inom nämndens område har påverkats direkt eller indirekt. Året har fortsatt präglats av att minska smittspridning och förebygga svår sjukdom. Kärnuppdraget, tillgängligheten och utredningstid mot kommunens medborgare har påverkats negativt. Samverkan med region och primärvård har också intensifierats under pandemin och tagit mer resurser i anspråk än under ett normalt år.

Flera av nämndens målgrupper och medarbetare drabbas hårt av pandemin. Många har varit rädda och oroliga och allt för många har också tvingats till en oönskad isolering. Det stora fokuset på att begränsa smittspridning har medfört begränsningar i möjligheten att utföra kärnuppdraget i nämndens verksamheter. Under året har nämndens verksamheter deltagit i den omfattande vaccinationskampanjen med mycket goda resultat. Trots det rådande läget har nämnden och förvaltningen fortsatt att arbeta med utvecklingsfrågor, ofta kopplat till pandemin men också lyckats genomföra ett flera nya satsningar inom nämndens ansvarsområde, omorganiserat samt rekryterat ett antal nyckelfunktioner.

Nämndens mål är delvis uppfyllda, förvaltningen har kunnat arbeta med målen i begränsad omfattning under året och bedömer att utvecklingsarbetet kommer att behöva fortgå även under år 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 5963, daterad 2022-02-06
- Verksamhetsberättelse 2021, nr 5967, daterad 2022-02-10

**Beslut skickas till**

Kommunstyrelsen  
Kommunens revisorer  
Kommundirektör

2022-02-10 16:59



# Verksamhetsberättelse 2021

---

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 .....	8
6 Resultaträkning och ekonomisk analys nämnder bokslut .....	10
7 Driftredovisning bokslut.....	11
8 Kommentarer till driftredovisning.....	12
9 Investeringsredovisning .....	18
10Kommentarer till investeringsredovisning .....	19
11Intern kontroll .....	20
12Patientsäkerhet.....	22
13Valfrihet och konkurrens .....	22
14Förväntad utveckling.....	23

# 1 Sammanfattning

## Verksamhet

Den enskilt största händelsen inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde är även i år att hantera konsekvenserna av den pågående pandemin. Alla verksamheter inom nämndens område har påverkats direkt eller indirekt. Året har fortsatt präglats av att minska smittspridning och förebygga svår sjukdom. Kärnuppdraget, tillgängligheten och utredningstid mot kommunens medborgare har påverkats negativt. Samverkan med region och primärvård har också intensifierats under pandemin och tagit mer resurser i anspråk än under ett normalt år.

Flera av nämndens målgrupper och medarbetare drabbas hårt av pandemin. Många har varit rädda och oroliga och allt för många har också tvingats till en oönskad isolering. Det stora fokuset på att begränsa smittspridning har medfört begränsningar i möjligheten att utföra kärnuppdraget i nämndens verksamheter. Under året har nämndens verksamheter deltagit i den omfattande vaccinationskampanjen med mycket goda resultat.

Trots det rådande läget har nämnden och förvaltningen fortsatt att arbeta med utvecklingsfrågor, ofta kopplat till pandemin men också lyckats genomföra ett flera nya satsningar inom nämndens ansvarsområde, omorganiserat samt rekryterat ett antal nyckelfunktioner.

## Måluppfyllelse

Nämndens mål är delvis uppfyllda, förvaltningen har kunnat arbeta med målen i begränsad omfattning under året och bedömer att utvecklingsarbetet kommer att behöva fortgå även under år 2022.

## Ekonomi

Vård- och omsorgsnämnden redovisar ett överskott på cirka 9,2 miljoner kronor jämfört med budget. Det redovisade överskottet är en effekt av flera faktorer, där vissa av faktorerna är av engångskaraktär kopplade till effekter av den pågående pandemin. Det är svårt att bedöma hur pandemi och statsbidrag påverkar resultatet.

Kommunfullmäktige beslutade, utifrån det generella statsbidraget *Säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer*, att 2021-12-13 tilldela vård- och omsorgsnämnden en för år 2021 tillfälligt utökad budgetram med cirka 7,5 miljoner kronor.

Covid-19 har medfört överskott i verksamheter som inte kunnat bedrivas på grund av smittorisk, men också underskott i andra verksamheter. En stor del av nämndens merkostnader orsakade av covid-19 inom området äldreomsorg har rymts inom den tilldelade tilläggsbudgeten. Resultatet påverkas också positivt till följd av att en del volymer inte motsvarat budgeterad nivå samt att staten har ersatt sjuklöner till följd av onormalt hög sjukfrånvaro.

Sammantaget kan man konstatera att nämnden 2021, delvis till följd av pandemins och statsbidragens engångseffekt, redovisar ett bättre resultat än budgeterat.

Den demografiska utvecklingen, där gruppen 80 år eller äldre beräknas fördubblas fram till år 2030, innebär stora utmaningar. Även inom LSS-området ser förvaltningen en ökande efterfrågan. Volymökningarna medför stora investeringsbehov och ökade driftskostnader. 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

Den enskilt största händelsen inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde har även under 2021 varit att hantera konsekvenserna av den pågående pandemin. Alla verksamheter inom nämndens område har påverkats direkt eller indirekt. Året har fortsatt präglats av att minska smittspridning och förebygga svår sjukdom. Distansarbete och digitala möten har blivit en del av förvaltningens ordinarie verksamhetsuppdrag. Kärnuppdraget, tillgängligheten och utredningstid mot kommunens medborgare har påverkats negativt. Samverkan med region och primärvård har också intensifierats under pandemin och tagit mer resurser i anspråk än under ett normalt år. Den utökade samverkan har haft positiva effekter på vårt samarbete.

Nämndens verksamheter har deltagit i vaccinationskampanjen som inleddes under början av året och var klar i maj. Samarbetet med regionen har varit omfattande och fungerat mycket väl. Nämndens verksamheter har haft stor betydelse för kampanjens framgång och att en hög andel av enskilda som har insatser från kommunen erbjudits vaccin.

Trots hög vaccinationsgrad har verksamheterna haft ett ansträngt bemanningsläge då rekommendationen om att stanna hemma vid minsta symptom kvarstår. Den höga frånvaron har tidvis medfört att verksamheter haft svårt att upprätthålla kvalitetskraven, bland annat har det påverkat möjligheten att upprätthålla en god personalkontinuitet.

Vaccinationskampanjen har medfört lättnader, bland annat avseende besöksförbudet på särskilt boende. Flera av nämndens verksamheter har dock fortfarande varit stängda eller bedrivit verksamhet i anpassad form för att klara att upprätthålla Folkhälsomyndighetens anvisningar.

Trots det ansträngda läget har förvaltningen på nämndens uppdrag lyckats bedriva en hel del utvecklingsarbete, bland annat har en modell för anhörigstöd i form av hemvårdsbidrag införts. Andra utvecklingsprojekt har handlat om möjlighet till digitala inköp i hemtjänsten, utökning av fixartjänsten så att även vissa personer under 65 år med funktionsnedsättning kan anlita tjänsten, projektering av ett nytt äldreboende inspirerat av konceptet demensby, inrättande av ett omsättningslager av skyddsutrustning samt utveckling av utskrivningsprocessen för att trygga en god och säker hemgång från sjukhus. Planering inför starten av det nya äldreboendet på Västerhagsvägen och projektering och planering av de nya verksamheterna inom grupp- och servicebostad LSS, har också tagit resurser i anspråk under året.

Förvaltningsrättens avvisade under hösten den överklagan som lämnats in angående kommunens beslut att uppföra en gruppboende i Viby, kammarrätten har också meddelat att de inte ger prövningstillstånd, vilket gör att projekteringen och byggnation nu kan ta fart igen. Den rättsliga prövningen har dock försenat projektet och riskerar att drabba berörd målgrupp och deras anhöriga negativt.

## 4 Uppföljning kvalitet och mål

### Kritiska kvalitetsfaktorer

Ingen bedömning har kunnat göras av nämndens kritiska kvalitetsfaktorer då de brukarundersökningar som utgör grunden för kvalitetsmåten inte har genomförts under året. Brukarundersökningen inom äldreomsorg *Vad tycker äldre om äldreomsorgen* har på nationell nivå försenats och enkätinsamlingen sker under januari 2022 för år 2021/22, verksamhetsinventeringen och kartläggning gällande utformning av stöd pågår dock under hösten. Inom socialpsykiatri och LSS finns behov av att få en lägesbild kring vad våra brukare tycker inom dessa verksamheter efter genomförd nationell brukarundersökning. För att kunna genomföra en kvalitativ brukarundersökning finns behov av individuella anpassningar och en övergripande kartläggning för genomförandet. Det har inte varit genomförbart på grund av pandemin.

### 4.1 Perspektiv: Målgrupp

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



##### Analys

Den pågående pandemin har begränsat förvaltningens möjligheter att systematiskt arbeta med utvecklingsfrågor då resurserna i huvudsak gått till att hantera den rådande krisen. I förvaltningens arbete ingår det dock alltid att arbeta för att bryta social isolering och att underlätta för nämndens målgrupper att inkluderas i sociala sammanhang. Biståndsenheten arbetar aktivt med att tydliggöra när insatser beviljas för att bryta eller motverka social isolering. Förvaltningen har också tillsatt en tjänst som bland annat arbetar med att rekrytera kontaktpersoner för att öka verkställighetsgraden i dessa insatser.

Verksamheterna har under året fokuserat på att erbjuda aktiviteter av olika slag och också stöttat enskilda att upprätthålla befintliga kontakter. Inom nämndens verksamhetsområde har dock förvaltningen i begränsad omfattning kunnat arbeta med målet under året och förvaltningen bedömer att utvecklingsarbetet kommer att behöva fortskrida även under år 2022.

Nyckelindikator	Utfall 2020	Måltal	Utfall	Måluppfyllnad
Dialog med nämnd		3	3	100%

#### 4.1.2 Utvecklingsmål: Nämnden ska säkra målgruppernas inflytande på verksamhetsnivå



##### Analys

På grund av pandemin har förvaltningen haft svårt att genomföra planerade aktiviteter för att arbeta med nämndens mål. Brukarråd och andra möten har kunnat genomföras i mycket begränsad omfattning.

Förvaltningen deltar i kommunstyrelsens pensionärsråd och funktionsrättsråd och har också under året inlett ett samarbete med riksförbundet Attention som arbetar för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och deras rättigheter i samhället samt söker

samverkan med Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning (FUB). Förvaltningen har i begränsad omfattning kunnat arbeta med målet under året och förvaltningen bedömer att utvecklingsarbetet kommer att behöva fortskrida även under år 2022.

Nyckelindikator	Utfall 2020	Måltal	Utfall	Måluppfyllnad
Dialog med nämnd		3	3	100%

## 4.2 Perspektiv: Verksamhet

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

#### Bedömning



#### Analys

Nämndens verksamheter är komplexa och spänner över en stor mängd olika inriktningar och det är individens behov och förutsättningar som ska vara en avgörande utgångspunkt i planeringen av insatserna. Tillsammans ställer det stora krav på kompetens hos medarbetare och ledning för att kunna erbjuda en individualiserad stöd- service- och omsorgsverksamhet som ger den enskilde individen möjlighet att ta tillvara sina egna resurser.

Förvaltningen har genomfört en genomgång av befintliga befattningar och arbetar med att ta fram kompetensprofiler för dessa. Kompetensutvecklingsinsatser har genomförts i begränsad omfattning och många planerade kompetenshöjande insatser har pausats eller utgått på grund av den rådande pandemin.

Förvaltningen har under året genomfört ett antal nyrekryteringar och tillsatt en rad vakanta tjänster bland annat i syfte att säkerställa rätt kompetens i förvaltningen.

Förvaltningen bedömer att utvecklingsarbetet kommer att behöva fortskrida även under år 2022.

Nyckelindikator	Utfall 2020	Måltal	Utfall	Måluppfyllnad
Dialog med nämnd		3	3	100%

## 4.3 Perspektiv: Medarbetare

Nämnden har under 2021 inte haft något utvecklingsmål inom perspektivet medarbetare.

Under våren 2021 genomförde kommunen en medarbetarenkät. Resultatet har redovisats för nämnden på aggregerad nivå. Resultatet på övergripande nivå var övervägande positivt. Samtliga verksamheter har fått i uppdrag att ta fram handlingsplaner utifrån sitt resultat.

Utöver medarbetarundersökningen har en kartläggning kring tystnadskultur genomförts av företagshälsovården utifrån fackligt initiativ, i vård- och omsorgsnämndens verksamheter berörs biståndsenheten och enheten för missbruk och socialpsykiatri. Kartläggningens slutsats är att det inte råder en tystnadskultur men att det finns en psykologisk otrygghet hos medarbetare inom avdelningen för stöd till barn, unga och vuxna som skulle kunna bidra till att en tystnadskultur utvecklas.

Utifrån kommunrevisionens rekommendationer och arbetsmiljöverkets krav har Håbo kommun fastställt en rad åtgärder på kommun-, förvaltning- och chefsnivå i en kommungemensam

handlingsplan för systematiskt arbetsmiljöarbete. Samtliga chefer har under hösten 2021 gått en tredagars utbildning i *Bättre arbetsmiljö* tillsammans med skyddsombud.

#### 4.4 Perspektiv: Ekonomi

Nämnden har under 2021 inte haft något utvecklingsmål inom perspektivet ekonomi.

Nämnden har antagit två kritiska kvalitetsfaktorer inom området:

*God ekonomisk hushållning*

Nämnden redovisar ett överskott mot budget om 9,2 miljoner kronor och bedömer att kvalitetsfaktorn är uppnådd

*Korrekt underlag för god prognossäkerhet*

Nämndens prognoser har varierat under året och resultatet förbättrades med cirka 3,7 miljoner kronor mellan prognos per oktober och bokslut. Det är en avvikelse om cirka 1% mot nämndens totala budget och nämnden bedömer att kvalitetsfaktorn är uppnådd.

## 5 Volym- och resursmätt

### 5.1 Volymmätt

Mått	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Budget 2021
Antal platser särskilt boende SoL äldre			123	123
Antal beviljade timmar hemtjänst			97 350	129 000
Antal beslut om trygghetslarm			676	560
Antal platser särskilt boende LSS §9:9 – egen regi			45	45
Antal beslut Daglig verksamhet LSS			77	75
Antal beslut biståndsbedömd dagverksamhet SOL			34	28
Antal besök öppen träffpunkt Äldre				
Antal besök öppen träffpunkt socialpsykiatri				
Antal insatser i fixartjänsten				

#### Antal platser särskilt boende SoL äldre

Antal platser särskilt boende avser platser i egen regi samt den avdelning som under året köps på Villa Idun.

#### Antal beviljade timmar hemtjänst

Antalet hemtjänsttimmar är betydligt lägre än budgeterat. En av förklaringarna är att man kunna flytta in på särskilt boende ganska snart efter att man fått beslut. En annan förklaring

kan vara att man som äldre inte har vågat söka hemtjänst på grund av den rådande pandemin. Förvaltningen har under året bytt mätmetod vilket gör att utfallet innehåller färre timmar än vad som budgeterats. Förändringen av mätmetod är gjord för att säkerställa att förvaltningen på ett tydligare sätt kan redovisa den faktiskt biståndsbedömda hemtjänsttiden utan exempelvis timmar för hemsjukvård och avlösning. Förändringen avspeglas i ett betydligt lägre utfall än vad som budgeterats.

### **Antal beslut om trygghetslarm**

En ökning av antal larm har skett då fler ansökt om larm under årets början för att prioriteras i vaccinationskön, de personer som hade hemtjänst eller trygghetslarm var de som erbjöds vaccination av regionen. Trygghetslarm lämnas ut efter förenklad handläggning och ingen behovsutredning görs, uppfyller personen fastställda kriterier så beviljas larm.

### **Antal platser särskilt boende LSS §9:9 – egen regi**

Antal platser avser både grupp- och servicebostad LSS

### **Antal beslut Daglig verksamhet LSS**

Antal beslut avser hur många aktiva beslut om daglig verksamhet LSS §9:10 som är aktuella under perioden. Faktiskt antal individer som har beslut om daglig verksamhet är under perioden 74.

### **Antal beslut biståndsbedömd dagverksamhet SOL**

Verksamheten har nått kapacitetstaket under året och förvaltningen arbetar för att hitta lösningar så att insatser fortsatt kan verkställas.

### **Antal besök öppen träffpunkt Äldre**

Verksamheten har varit stängd under året.

### **Antal besök öppen träffpunkt socialpsykiatri**

Verksamheten har varit stängd eller bedrivits i begränsad omfattning med anledning av pandemin och ingen statistik redovisas.

### **Antal insatser i fixartjänsten**

Verksamheten har varit stängd under större delen året.

## 6 Resultaträkning och ekonomisk analys nämnder bokslut

tkr	Bokslut 2020	Budget 2021	Bokslut 2021	Avvikelse budget/bok slut
Externa intäkter	74 168	52 467	55 108	2 641
Interna intäkter	24 619	31 063	30 484	-579
Summa intäkter	98 787	83 530	85 592	2 062
Verksamhetsköp, bidrag, material	-82 848	-76 056	-71 413	4 643
Personalkostnader	-215 033	-246 143	-239 713	6 430
Övriga kostnader	-43 596	-46 424	-49 252	-2 828
Interna kostnader	-40 499	-47 974	-49 074	-1 100
Summa kostnader	-381 976	-416 597	-409 452	7 145
<b>Resultat</b>	<b>-283 189</b>	<b>-333 067</b>	<b>-323 860</b>	<b>9 207</b>

*Föregående års bokslut är i tabellen justerat enligt årets organisation. Budget 2021 är uppdaterad med den tilläggsbudget om 7 532 tkr som kommunfullmäktige, utifrån det generella statsbidraget Säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer, beslutade att tilldela vård- och omsorgsnämnden. (2021-12-13 KF§173)*

Nämndens externa intäkter är cirka 2,6 miljoner kronor högre än budgeterat. De högre intäkterna beror till stor del på statsbidrag för merkostnader avseende december år 2020. Intäkterna är högre till följd av statsbidrag för onormalt hög sjukfrånvaro. Intäkterna från Försäkringskassan för utförd assistans enligt SFB (Socialförsäkringsbalken) är lägre till följd av lägre volymer än förväntat. Under år 2020 redovisade nämnden stora statsbidrag för merkostnader orsakade av covid-19 samt onormalt hög sjukfrånvaro vilket medför en stor skillnad jämfört med år 2021.

De interna intäkterna är ungefär i nivå med budgeterat, även om variationer finns inom nämndens områden. Antalet timmar hemtjänst når inte budgeterad nivå vilket medför lägre interna intäkter. Personlig assistans enligt LSS utförd i kommunal regi har ökat vilket medför högre interna intäkter. De interna intäkterna är jämfört med föregående år högre till följd av att en intern köp/sälj-modell införts för personlig assistans.

Kostnaden för verksamhetsköp och bidrag är sammantaget cirka 4,6 miljoner kronor lägre än budgeterat. Köp av personlig assistans LSS redovisar lägre kostnader till följd av lägre volymer. Färre biståndsbedömda timmar hemtjänst medför en lägre kostnad för köp från privat utförare. För både köpt boende LSS och korttidsboende LSS är kostnaden lägre än budgeterat. Färdtjänst redovisar ett överskott till följd av lägre resande. Korttidsboende för äldre och boende socialpsykiatri har högre kostnader. Jämfört med föregående år är kostnaderna cirka 11,4 miljoner kronor lägre. I februari återgick verksamhet till drift i egen regi vilket medför en stor kostnadsminskning för verksamhetsköp. Kostnaden för korttidsplatser för äldre var lägre jämfört med föregående år, medan boende socialpsykiatri och boende LSS redovisar högre kostnader. Under år 2021 har resandet med färdtjänst ökat vilket medför högre kostnader jämfört med år 2020.

Kostnaden för personal är cirka 6,4 miljoner kronor lägre än budgeterat. Flera verksamheter, däribland korttidsboende och öppen träffpunkt för äldre samt daglig verksamhet LSS, har lägre personalkostnader då enheterna varit stängda eller haft reducerad verksamhet under delar av året. Hemsjukvård och rehab redovisar lägre kostnader till följd av vakanta tjänster. Både boendestöd och avlösarservice LSS redovisar lägre volymer än förväntat. Personlig

assistans samt boende LSS redovisar högre kostnader. Jämfört med föregående år är personalkostnaderna sammantaget cirka 24,7 miljoner kronor högre. Ökningen beror framför allt på att verksamhet övergått från privat regi till kommunal regi, vilket medför att den tidigare kostnaden för verksamhetsköp från privat utförare ersatts av framför allt personalkostnader. Högre kostnader återfinns också för korttidsboende äldre där nattbemanning tillsatts, samt för personlig assistans, daglig verksamhet LSS, hemsjukvård och rehab.

De övriga kostnaderna är cirka 2,8 miljoner kronor högre jämfört med budget. Högre kostnader redovisas för inhyrd personal. Högre kostnader redovisas för förbrukningsmaterial, bland annat i form av skyddsutrustning. Jämfört med föregående år är kostnaderna högre för inhyrd personal och övrig drift. Kostnaden för skyddsmaterial är lägre jämfört med föregående år.

Nämndens interna kostnader är cirka 2,8 miljoner kronor högre än budgeterat. Ett tidigare tillträde till nytt särskilt boende medför högre internhyreskostnader. Personlig assistans LSS i kommunal regi har högre volymer. Antalet timmar hemtjänst är lägre än budgeterat vilket medför en lägre kostnad för köp från kommunal utförare. Jämfört med föregående år är de interna kostnaderna cirka 5,7 miljoner kronor högre vilket främst beror på verksamhet som övergått i kommunal regi samt införandet av en intern köp/sälj-modell för personlig assistans.

## 7 Driftredovisning bokslut

### 7.1 Driftredovisning bokslut

#### *Bokslutsrapport driftbudget*

	Bokslut 2020	Budget 2021	Bokslut 2021	Avvikelse
Nämndverksamhet	-381	-394	-266	128
Nämndadministration	-385	-317	-232	85
Förvaltningsövergripande	-12 047	-11 981	-11 960	21
Hemtjänst i ord. boende	-48 572	-55 669	-53 911	1 758
Särskilt / annat boende	-75 463	-85 201	-88 367	-3 166
Korttidsboende	-13 077	-14 265	-14 106	159
Dagverksamhet	-2 992	-4 876	-3 883	993
Boendestöd	-4 472	-5 831	-4 552	1 279
Öppen verksamhet	-4 893	-5 893	-4 399	1 494
Övr insatser ord. boende	-1 054	-1 141	-1 100	41
Handläggning SoL	-4 115	-5 169	-5 857	-688
Personlig assistans	-18 678	-24 523	-24 155	368
Särskilt boende LSS	-47 708	-53 360	-51 091	2 269
Daglig verksamhet LSS	-11 099	-14 670	-12 903	1 767
Övriga insatser LSS	-3 764	-5 398	-3 188	2 210
Handläggning LSS	-1 825	-2 262	-2 307	-45
Färdtjänst	-5 524	-7 868	-7 149	719
Hälso- och sjukvård	-27 004	-34 199	-34 308	-109
Bostadsverksamhet	-135	-50	-125	-75
Summa	-283 189	-333 067	-323 860	9 207



## 8 Kommentarer till driftredovisning

Vård- och omsorgsnämnden redovisar ett överskott på cirka 9,2 miljoner kronor jämfört med budget. Det redovisade överskottet är en effekt av flera faktorer, där en del av faktorerna är av engångskaraktär kopplade till den pågående pandemin. Det är svårt att bedöma hur pandemi och statsbidrag påverkar resultatet.

Resultatet innehåller ersättning motsvarande cirka 2 miljoner kronor för merkostnader avseende december år 2020, till följd av att riksdagen i januari år 2021 beslutade att utöka ersättningsperioden.

Kommunfullmäktige beslutade på sammanträdet den 13 december, utifrån det generella statsbidraget *Säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer*, att tilldela vård- och omsorgsnämnden en för år 2021 tillfälligt utökad budgetram med cirka 7,5 miljoner kronor. Beslutet om budgetutökning innebär att budgetramen för vård- och omsorgsnämnden utökas till 333 067 tkr. Statsbidraget har till stor del använts för att finansiera merkostnader till följd av covid-19 som uppstått inom äldreomsorgen. Statsbidraget har också finansierat kostnader som annars hade behövt rymmas inom ordinarie budget.

Covid-19 har medfört överskott i verksamheter som inte kunnat bedrivas på grund av smittorisk, men också underskott i andra verksamheter.

Resultatet påverkas också positivt till följd av att en del volymer inte motsvarat budgeterad nivå samt att staten har ersatt sjuklöner till följd av onormalt hög sjukfrånvaro.

Hemtjänst i ordinärt boende redovisar sammantaget ett överskott om cirka 1,8 miljoner kronor. Antalet biståndsbedömda hemtjänsttimmar är färre än budgeterat vilket medför en lägre kostnad om cirka 3,6 miljoner kronor för köp av hemtjänst. Hemtjänst i egen regi redovisar ett underskott. Verksamheten arbetar löpande med att anpassa bemanningen utifrån given biståndsbedömd tid, men redovisar högre kostnader för personal än vad intäkten medger. Verksamhetens kostnader för att förebygga smittspridning är till stor del kompenserad med tilläggsbudget. Utfallet innehåller privat utförarens del av statsbidrag, vilket motsvarar kostnader för förebygga smittspridning av covid-19 samt kompetenshøjande insatser.

Särskilt boende/annat boende SoL redovisar ett underskott. Utfallet innehåller ej budgeterade hyreskostnader, motsvarande cirka 2 miljoner kronor för perioden november-december, för det nya äldreboendet på Västerhagsvägen. Verksamhetens kostnader för att förebygga smittspridning är till stor del kompenserad med statsbidrag i form av tilläggsbudget. Den utökade budgetramen omfattar även de extrakostnader som uppstått för utökad lokalvård till följd av arbetet med att förebygga smittspridning. Högre kostnader finns för centralbemanning samt öppnande av demensenheter. En del av äldreboendena i egen regi redovisar lägre intäkter i form av hyra och avgift för omvårdnad då ett flertal boendeplatser i somatiskt boende varit lediga under delar av året. Behovet att köpa externa platser på särskilt boende socialpsykiatri är högre än budgeterat. Under året har det tillkommit ett antal ärenden som medfört ökade placeringskostnader på grund av omfattande vårdbehov.

Korttidsboende SoL äldre redovisar ingen stor avvikelse mot budget, men stora avvikelser inom verksamhetsområdet. Korttidsboende i egen regi redovisar ett överskott till följd av att verksamheten under årets första månader delvis varit stängd samt haft begränsad kapacitet för att kunna bedriva verksamhet på ett smittskyddssäkert sätt. Förvaltningen beslutade inför år 2021 att tillsätta särskild nattpersonal på det somatiska korttidsboendet för att säkra upp det omvårdnads- och hälso- och sjukvårdsbehov som finns i korttidsverksamheten. Tidigare har nattbemanningen varit samordnad för korttids och särskilt boende. Kostnaden för nattbemanning på korttids är finansierad med statsbidrag i form av tilläggsbudget, och utgör därför ingen avvikelse. Förvaltningen har under året behövt köpa korttidsplatser till följd av

brist på demensplatser i särskilt boende, men också till följd av covid-19.

Dagverksamhet, som innefattar biståndsbedömd dagverksamhet för äldre, arbetsstöd och sysselsättning socialpsykiatri, redovisar ett överskott. Arbetsstöd redovisar lägre kostnader då verksamheten omprövat lokalbehovet och till följd av det inte genomför planerad flytt. Även kostnaderna för övrig förbrukning är lägre än budgeterat. Personalkostnader och lokalkostnader för sysselsättning socialpsykiatri är lägre än budgeterat då arbetsmarknadsenhetens verksamhet inte får helårseffekt. Överskott finns också för biståndsbedömd dagverksamhet för äldre då verksamheten till följd av covid-19 under del av året varit stängd eller bedrivits i anpassad form, samtidigt som kostnader för att förebygga smittspridning kompenseras med tilläggsbudget.

Boendestöd redovisar lägre kostnader dels för personal till följd av färre antal ärenden, dels för lokaler då verksamheten omprövat lokalbehovet och till följd av det inte genomför planerad flytt.

De öppna träffpunkterna prognostiserar lägre kostnader till följd av att verksamheten under delar av året är stängd. Förvaltningen har under året kunnat finansiera tjänsten som demensvårdskonsulent inom statsbidrag vilket medför lägre personalkostnader.

Handläggning SoL äldreomsorg redovisar ett underskott då en utökning av tjänst gjorts till följd av högre arbetsbelastning.

Verksamheten personlig assistans redovisar ett litet överskott till följd av lägre volymer än budgeterat. Utförarverksamheten arbetar löpande med att anpassa bemanningen men har svårt att möta snabba förändringar i beslutade volymer och redovisar därmed ett underskott. Verksamheten redovisar också merkostnader till följd av covid-19 vilka inte kompenseras med statsbidrag.

Särskilt boende LSS redovisar ett lägre behov av att köpa externa boendeplatser.

Verksamheten i egen regi har ett resultat i nivå med budget, men variationer mellan enheterna. Högre kostnader finns för att förebygga smittspridning som inte kompenseras med statsbidrag samt sjukfrånvaro både med och utan koppling till covid-19.

Daglig verksamhet LSS prognostiserar ett överskott. Verksamheten har lägre personalkostnader utifrån anpassade arbetstider för arbetstagare som ett led i att minimera risken för smittspridning, samt till följd av vakanta tjänster. Övriga kostnader är lägre till följd av den anpassade verksamheten under året. Verksamheten har också lägre kostnader än budgeterat för habiliteringsersättning där en del av kostnaden finansieras med statsbidrag.

För insatsen korttidsboende för barn och unga redovisar förvaltningen lägre kostnader till följd av senarelagda insatser, främst med anledning av covid-19. Även för insatserna korttidstillsyn, kontaktfamilj och avlösarservice redovisar förvaltningen lägre kostnader.

Färdtjänst redovisar ett överskott till följd av lägre resande orsakat av covid-19. Under året har dock kostnaderna ökat och närmat sig ett normalläge.

Hälso- och sjukvård prognostiserar ett litet underskott. För förbrukningsmaterial, som under pandemin delvis köps in övergripande, redovisas en kostnad som till stor del kompenseras med tilläggsbudget. Rehab prognostiserar ett överskott till följd av vakanta tjänster samt lägre kostnader för fordon. Underskott inom hemsjukvård till följd av vakanser som tillsatts med inhyrd personal. Kostnader för inhyrd sjuksköterska under sommaren för arbetet med att förebygga smittspridning kompenseras med statsbidrag i form av tilläggsbudget.

## 8.1 Ekonomiska effekter av coronapandemin

Resultatet innehåller merkostnader till följd av covid-19 motsvarande cirka 8,8 miljoner kronor. Riksdagen beslutade i januari år 2021 att utöka ersättningsperioden för merkostnader till följd av covid-19 till att även omfatta december år 2020, vilket i år 2021 medför en ersättning om cirka 2 miljoner kronor för merkostnader i december föregående år. En positiv avvikelse om cirka 800 000 kronor redovisas för lägre kostnader för färdtjänst. Sammantaget medför det en ekonomisk nettoeffekt med ökade kostnader motsvarande cirka 6 miljoner kronor.

En stor del av nämndens merkostnader inom området äldreomsorg har varit möjliga att rymma i det generella statsbidraget *Säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer*, som vård- och omsorgsnämnden tilldelades i tilläggsbudget.

Pandemin medför att en del enheter varit stängda eller haft reducerad verksamhet under delar av året vilket medför en positiv resultateffekt. Effekten är dock svår att ange i exakta belopp.

### Bokfört:

Hemtjänst redovisar merkostnader för anpassade arbetssätt för att minska risken för smittspridning. Merkostnader finns för personal, fordon och skyddsmaterial.

Särskilt boende för äldre har haft merkostnader för personal då verksamheter bemannats utöver ordinarie nivå för att begränsa smittspridning. Merkostnader för personal har uppstått i samband med karantän- och kohortvård.

Förvaltningen har under början av året behövt köpa korttidsboende för äldre till följd av att verksamhet delvis varit stängd samt haft begränsad kapacitet för att kunna bedriva verksamhet på ett smittskyddssäkert sätt. Korttidsboende i kommunal regi har högre kostnader för förstärkt nattbemanning.

Dagverksamhet för äldre har bemannat med ytterligare en personal för att kunna bedriva dagverksamhet på ett smittskyddssäkert sätt.

Merkostnader har uppstått inom personlig assistans till följd av högre personalfrånvaro än vanligt. Merkostnader finns också för skyddsmaterial.

Särskilt boende LSS redovisar högre kostnader för personal till följd av ett ökat bemanningsbehov.

Under sommaren har hemsjukvård förstärkt sjuksköterskebemanningen med hänsyn till att säkerställa bemanning och det extraarbete, i form av provtagning och läkarkontakter, som covid-19 medför. Även rehab har förstärkt bemanningen under sommaren för att säkerställa bemanning och eventuellt ökad arbetsmängd till följd av covid-19.

Förvaltningen köper till följd av covid-19 in material i form av personlig skyddsutrustning och medicinteknisk utrustning. Kostnaden är kopplad till rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket.

### Ej bokfört:

Resandet med färdtjänst har under pandemin minskat dels med anledning av Folkhälsomyndighetens rekommendation att upprätthålla social distans och dels på grund av stängda verksamheter. Det lägre resandet innebär lägre kostnader för färdtjänst.

Ekonomiska effekter i samband med pandemin, tkr	Ekonomiska effekter helår, tkr
<i>Bokfört:</i>	
Hemtjänst i ordinärt boende	-1 739
Särskilt boende SoL äldre	-2 500
Korttidsboende SoL äldre	-1 251
Dagverksamhet	-150
Personlig assistans	-1 184
Särskilt boende LSS	-698
Hälso- och sjukvård	-522
Förbrukningsmaterial; personlig skyddsutrustning och medicinteknisk utrustning	-736
Statsbidrag merkostnader dec 2020, Socialstyrelsen	2 009
<i>Ej bokfört:</i>	
Färdtjänst, lägre kostnader	798
<b>Summa</b>	<b>-5 973</b>

## 8.2 Innebär bokslutet ett underskott jämfört med budget?

Resultatet för år 2021 innebär inget underskott jämfört med budget.

Nämnden prognostiserade under början av året underskott till följd av både merkostnader orsakade av covid-19 samt osäkerheter kring statsbidrags eventuella positiva effekt på resultatet. I samband med prognoserna med underskott förtydligade förvaltningen att statsbidrag kunde komma att påverka de kommande prognoserna positivt.

Det redovisade överskottet för 2021 är en effekt av flera faktorer, där vissa av faktorerna är av engångskaraktär kopplade till den pågående pandemin. Överskottet innehåller ersättning motsvarande cirka 2 miljoner kronor för merkostnader för december 2020, till följd av att riksdagen i januari år 2021 beslutade att utöka ersättningsperioden. Ersättningen är av engångskaraktär och utgör i sin helhet en positiv avvikelse mot budget.

Överskottet beror också på den tilläggsbudget om cirka 7,5 miljoner kronor som kommunfullmäktige, utifrån det generella statsbidraget *Säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer*, beslutade att tilldela vård- och omsorgsnämnden. Statsbidraget har till stor del använts för att finansiera merkostnader till följd av covid-19 som uppstått inom äldreomsorgen. Statsbidraget har också finansierat kostnader som annars hade behövt rymmas inom ordinarie budget. Hade inte statsbidraget funnits hade nämnden troligen redovisat ett resultat ungefär i nivå med ursprunglig budget.

Sammantaget kan man konstatera att nämnden 2021 till följd av pandemins och statsbidragens engångseffekt, redovisar ett bättre resultat än budgeterat.

### **8.3 Nämndens behandling av ekonomiuppföljning**

#### **Ekonomiuppföljning februari, prognos underskott 3,3 miljoner kronor**

2021-04-06 VON§24 Dnr 2021/00024

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna ekonomiuppföljning per februari 2021 och överlämna den till kommunstyrelsen.
2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att till kommande ekonomiuppföljning återkomma med förslag på åtgärder för att prognosen ska vara i balans med budget.

#### **Ekonomiuppföljning mars, prognos underskott 5,6 miljoner kronor**

2021-05-11 VON§40 Dnr 2021/00024

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna ekonomiuppföljning per mars 2021 och överlämna den till kommunstyrelsen.
2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att till delårsuppföljning per augusti återkomma med förslag på åtgärder för att lämna en prognos i balans med budget.

#### **Ekonomiuppföljning augusti delårsrapport, överskott 4,9 miljoner kronor**

2021-10-05 VON§72 Dnr 2021/00024

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna delårsrapport per augusti 2021 och överlämna den till kommunstyrelsen.
2. Vård- och omsorgsnämnden noterar att dialog om måluppfyllelsen har skett.

#### **Tilläggsbudget år 2021 statsbidrag "Säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer" Socialstyrelsen**

2021-12-14 VON§98 Dnr 2021/00103

1. Vård- och omsorgsnämndens beslutar att fördela tilldelad tilläggsbudget i enlighet med förvaltningens förslag.

## 8.4 Tilläggsbudget med anledning av generella statsbidrag till kommunen

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att under 2021 fördela statsbidrag till landets kommuner för en äldreomsorgssatsning. Syfte med statsbidraget är att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer. För Håbo kommun motsvarar statsbidraget 7 532 tkr.

Klassificeringen av statsbidraget som generellt medför att bidraget fördelats vård- och omsorgsnämnden i form av tilläggsbudget. Tilläggsbudgeten avser endast år 2021, eftersom bidraget avser år 2021. Nämnden ska under första kvartalet 2022 återrapportera hur medlen använts till kommunfullmäktige.

Ramen för det tillfälliga budgettillskottet är utfördelad till följande verksamheter; hemtjänst i ordinärt boende, särskilt boende äldre, korttidsboende äldre, dagverksamhet för äldre, hälso- och sjukvård samt förvaltningsövergripande.

	Budget 2021	Bokslut 2021
Förvaltningsövergripande	-712	-644
Hemtjänst i ord. boende	-1 485	-1 526
Särskilt / annat boende	-2 660	-2 393
Korttidsboende	-1 585	-1 781
Dagverksamhet	-140	-137
Hälso- och sjukvård	-950	-951
	-7 532	-7 432

Utfallet har fördelat sig på följande inriktningar:

- förebygga smittspridning av covid-19, 5 122 tkr  
åtgärder: Merparten av medlen har gått till att förebygga smittspridning, dels i form av personalförstärkningar, främst för att klara karantän- och kohortvård samt hög frånvaro och belastning i verksamheterna och dels till inköp av skyddsutrustning. Pandemin har fortsatt krävt utökad skyddsnivå för medarbetare och brukare vilket medfört extraordinära inköp av skyddsutrustning. Medlen har också finansierat utökad lokalvård inom särskilt boende för äldre och korttidsboende för äldre då det under pandemin funnits krav på städning av allmänna ytor 7 dagar per vecka mot i vanliga fall 5 dagar per vecka. Även privat hemtjänstutförare har tagit del av statsbidrag för att förebygga smittspridning.
- motverka ensamhet bland äldre, 32 tkr  
åtgärder: I kommunens egen regi har insatser inom detta område finansierat med ett annat statsbidrag. Den privata hemtjänstutföraren har tagit del av statsbidraget för att påbörja arbetet med att utveckla möjlighet till digitalt kommunikationsstöd för hemtjänstkunder.
- förbättrad arbetsmiljö och arbetsvillkor, 1 376 tkr  
åtgärder: Vårdtyngden har ökat på det somatiska korttidsboendet och verksamheten har därför utökat nattbemanningen.
- förbättra samverkan mellan socialtjänst och den kommunala och regionala hälso- och sjukvården, samt förbättrad arbetsmiljö och arbetsvillkor, 644 tkr  
åtgärder: Bidraget har finansierat en tjänst som arbetat med verksamhetsutveckling under året. Enheterna inom socialförvaltningen har också tagit fram planer för förbättrad samverkan med hälso- och sjukvården. Arbetet kommer att fortgå under 2022.

- utveckla informationssäkerheten och välfärdstekniken inom äldreomsorgen, 258 tkr  
åtgärder: Kommunens alla äldreboenden utrustas med digitala anslagstavlor för att förbättra informationen till boende och besökare.

## 9 Investeringsredovisning

### Bokslut

Projekt	Total budget	Totalt utfall t o m 2021	Total prognos	Avvikelse budget/prognos	Budget 2021	Bokslut 2021	Avvikelse budget/bokslut 2021	Överförs till 2022	Överförs till 2023
4374 inventarier förvaltningsövergripande					-560	0	560		
4385 kontorsmöbler förvaltningsövergripande					-105	-156	-51		
4011 elcyklar hemtjänst					-120	-100	20		
4175 förråd till elcyklar					-30	-57	-27		
4177 inventarier Västerhagsvägen (avskrivning 5 år)					0	-68	-68		
4378 vårsängar Dalängen					-130	0	130		
4384 inventarier Västerhagsvägen (avskrivning 10 år)					0	-679	-679		
4386 vårsängar Pomona					0	-68	-68		
4387 trygghetslarm Pomona					0	-245	-245		
4380 inventarier arbetsstöd					-25	0	25		
4176 verksamhetsmöbler boendestöd					-25	0	25		
4379 kontorsmöbler boendestöd					-25	0	25		
4381 inventarier källan träffpunkt					-25	0	25		

Projekt	Total budget	Totalt utfall tom 2021	Total prognos	Avvikelse budget/prognos	Budget 2021	Bokslut 2021	Avvikelse budget/bokslut 2021	Överförs till 2022	Överförs till 2023
4173 verksamhetsmöbler ny lokal daglig verksamhet LSS					-100	-103	-3		
4174 tandemcykel daglig verksamhet LSS					-80	-97	-17		
4382 ljudabsorbenter daglig verksamhet LSS					-25	-25	0		
4383 inventarier omsättningslager					-150	-84	66		
4375 inventarier hemsjukvård					-100	0	100		
4375 inventarier rehab					-100	0	100		
4377 inventarier hjälpmedelsförråd					-150	-83	67		
Summa					-1 750	-1 765	-15		

## 10 Kommentarer till investeringsredovisning

Nämnden redovisar sammantaget ett litet underskott om 15 000 kronor jämfört med tilldelad investeringsbudget. Förvaltningen har gjort omprioriteringar i befintlig investeringsbudget utifrån att nya förutsättningar och behov uppstått.

Förvaltningsövergripande har kontorsmöbler till ett antal nya arbetsplatser köpts in.

Hemtjänsten har gjort investeringar i form av elcyklar och förvaringsmöjligheter för cyklarna.

Inventarier i form av verksamhetsmöbler och kontorsmöbler har gjorts till det nya särskilda boendet som kommer att vara klart för inflytt i början av år 2022. För särskilt boende för äldre har även investeringar gjorts i form av vårsängar och trygghetslarm.

Daglig verksamhet LSS har köpt in verksamhetsmöbler till ny verksamhetslokal, samt inventarier till omsättningslager. Även ljudabsorbenter och tandemcykel har köpts in till verksamheten.

Hjälpmedelsförrådet har köpt in utrustning till det nya lagret.





## 11 Intern kontroll



Arbetet med den interna kontrollen inom processerna *dokumentation, avvikelshantering* och *genomförande* har delvis genomförts enligt fastlagd plan och inga allvarliga brister har identifierats. Den interna kontrollen har däremot visat på utvecklingsområden. Kontrollen kopplad till brukarundersökning inom äldreomsorg, LSS och socialpsykiatri har inte genomförts enligt plan men kommer som åtgärd att ingå i nämndens plan för intern kontroll 2022. Särskild kontrollmatris med anvisning har upprättats och använts för intern kontroll 2021, för att säkerställa att kontrollen genomförs i enlighet med gällande lagstiftning, föreskrifter, allmänna råd och övriga bestämmelser.

Under år 2021 har ett kommunövergripande utvecklingsarbete pågått gällande intern kontroll, bland annat genom en ny rutin och systemstöd i Stratsys för framtagande och uppföljning av intern kontroll.

Inom socialförvaltningen har omorganisering skett under året och arbetet med att förtydliga roller och ansvar kring intern kontroll är under uppbyggnad. Under året har arbetet med intern kontroll i huvudsak hanterats inom förvaltningens stab, där verksamhetsutvecklare och verksamhetscontroller ingår. Inför år 2022 planeras implementering av nya rutiner och systemstöd inom förvaltningen.

### 11.1 Uppföljning intern kontroll

Risk	Kontroll	Uppföljningskommentar
<b>Risk att brukare upplever brister i tillgänglighet, delaktighet och bemötande</b>		Brucarundersökningen inom äldreomsorg <i>Vad tycker äldre om äldreomsorgen</i> har på nationell nivå försenats och enkätinsamlingen sker under januari 2022 för år 2021/22, verksamhetsinventeringen och kartläggning gällande utformning av stöd pågår dock under hösten. Inom socialpsykiatri och LSS finns behov av att få en lägesbild kring vad våra brukare tycker inom dessa verksamheter efter genomförd nationell brukarundersökning. För att kunna genomföra en kvalitativ brukarundersökning finns behov av individuella Anpassningar och en övergripande kartläggning för genomförandet. Det har inte varit genomförbart på grund av pandemin. Kontrollen har därmed inte kunnat genomföras i år enligt gällande internkontrollplan. Kontrollen inryms inom nämndens internkontrollplan 2022.
<b>Att brukare eller närstående inte vet var de kan vända sig för att lämna synpunkter eller klagomål</b>		Resultat av genomförd intern kontroll gällande processen avvikelshantering, kontroll genomgång av rutin för synpunkter och klagomål visar på brister i synpunkt- och klagomålshantering. De brister som har uppmärksammats bedöms medföra svårigheter att systematiskt kunna utreda klagomål och synpunkter och följa upp verksamhetens kvalitet samt minskar möjligheten för brukarnas inflytande och delaktighet. Följande åtgärder planeras; <ul style="list-style-type: none"><li>• Skapa en gemensam rutin för synpunkt och klagomålshantering</li></ul>

Risk	Kontroll	Uppföljningskommentar
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genomgång av synpunkt och klagomålshantering för medarbetare och chefer</li> <li>• Möjliggöra tillgängligheten ute i verksamheterna och anpassa innehållet för målgrupperna</li> </ul>
<b>Risk för bristande dokumentation i individärenden</b>		<p>Genomförd intern kontroll gällande processen dokumentation visar på goda resultat inom myndighetsutövning äldre, LSS och socialpsykiatri. De mindre brister som har uppmärksammats bedöms inte medföra negativa konsekvenser direkt för målgrupperna och åtgärdas endast utan åtgärd, tillsammans med granskningens resultat, till berörda verksamheter.</p> <p>Inom genomförandedokumentationen visar granskningen på brister och utvecklingsbehov inom vissa områden och följande åtgärder planeras;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetssäkra och skapa enhetlig genomförandeplansmall</li> <li>• Utbildning i social dokumentation för medarbetare och chefer</li> <li>• Ta fram stödmaterial till medarbetare/chefer</li> <li>• Utveckla stödfunktioner och digitala lösningar för dokumentation</li> </ul> <p>Förvaltningen har under året satt samman en arbetsgrupp för utveckling av social dokumentation som kommer att arbeta vidare i frågorna under år 2022.</p>
<b>Risk att avvikelser inte hanteras på ett systematiskt sätt</b>	 <p><b>Genomgång av verksamheternas avvikelshantering</b></p> <p><i>Kontroll av utredning, åtgärd och uppföljning i upprättade avvikelser i verksamheter inom äldreomsorg, LSS och socialpsykiatri både myndighet och utförare (Biståndsenheten och socialpsykiatri myndighet, hemtjänst, korttidsboende och särskilt boende inom äldreomsorg, personlig assistans, boende och daglig verksamhet inom LSS samt boendestöd och sysselsättning inom socialpsykiatri. Stickprov i upprättade avvikelser per verksamhet för perioden januari-april 2021.</i></p>	<p>Kontrollmomentet <i>genomgång av verksamheternas avvikelshantering</i> har inte genomförts i sin helhet utifrån att förvaltningen har tagit fram en ny rutin, förenklat rapporteringen av avvikelser i verksamhetssystemet samt tagit fram ett analysstöd som stöd för chefer. Implementering av detta pågår och implementeringsfasen behöver slutföras innan det kan utvärderas i sin helhet. Vidare planeras interna utbildningssatsningar för nämndens samtliga verksamheter gällande dokumentation och avvikelshantering. Parallellt pågår även en genomgång av rutin för synpunkt och klagomålshantering inom förvaltningen.</p> <p>Förvaltningen gör bedömningen att det som har framkommit i förbättringsarbetet ger tillräckligt stöd för kommande utvecklingsarbete och att kontrollen inte behöver göras i sin helhet i år. Vidare planeras att processen avvikelshantering med tillhörande kontrollmoment ingår i nämndens internkontrollplan 2023, för att följa upp effekterna av de insatser som genomförs inom området.</p>

## 12 Patientsäkerhet

Patientsäkerhetsarbetet har till stor del präglats av Covid-19 och risken för smittspridning. Lokala rutiner har utformats i enlighet med direktiv från smittskydd och vårdhygien. Vi hade en låg smittspridning i verksamheterna fram till slutet av året då smittspridningen ånyo tog fart på grund av den nya varianten omikron, så som i övriga samhället. Under 2021 har vaccination mot Covid-19 fortgått i enlighet med nationell och regional planering. Vaccinationstäckningen är god inom alla våra verksamheter. Förutom Covid-19 har fokus under 2021 varit att utveckla de rutiner och arbetsätt för kvalitetsarbetet och avvikelshantering som påbörjades under år 2020 i syfte att minska antalet vårdskador samt risken för vårdskada.

### Avvikelsehantering

Under år 2020 påbörjades ett arbete med att revidera rutin för avvikelshantering samt ett arbete för att förtydliga processen. Rutinen fastställdes under våren 2021 och anpassningar i verksamhetssystemet har också gjorts för en mer ändamålsenlig och lätthanterlig avvikelserapportering.

### Rutin för förbättringsarbete/teamarbete

Under hösten har MAS/MAR gjort en kartläggning av hur man inom SÄBO (särskilda boenden för äldre) arbetar i teamsamverkan med sjuksköterska, arbetsterapeut/fysioterapeut och omvårdnadspersonal. Vi har tittat på hur kvalitetsregister används samt hur riskbedömningar avseende fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen utförs. Under 2022 kommer rutiner att uppdateras, ett förbättringsarbete påbörjas samt eventuellt behov av utbildningsinsatser ses över.

### Lokal handlingsplan vårdhygien

Under 2021 har en lokal handlingsplan avseende vårdhygien utformats i kommunen i samråd med vårdhygien. Handlingsplanen gäller för ett år i taget. Under 2021 har fokus legat på Covid-19 under 2022 kommer även magsjuka och influensa att inkluderas.

### Lokal handlingsplan patientsäkerhet

Planering av arbetet med att utforma en lokal handlingsplan för patientsäkerhet har påbörjats. En projektplan är framtagen och arbetet startar upp i januari 2022.

### Framåtblick 2022-2023

Mål och strategier behöver ha en långsiktighet eftersom det handlar om processer som ska utvecklas och stärkas över tid. Mål och strategier sträcker sig över minst en tvåårsperiod. Det socialförvaltningens hälso- sjukvård och omsorg kommer att arbeta med framåt är;

- Stärkt patientsäkerhetsarbete
- Förebyggande och rehabiliterande arbetsätt
- Stärkt teamarbete
- Palliativ vård med god kvalité
- Patientsäker och ändamålsenlig dokumentation i hälso- och sjukvården.

## 13 Valfrihet och konkurrens

I nämndens verksamhetsområden finns valfrihet och konkurrens inom hemtjänsten enligt LOV (lagen om valfrihetssystem).

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

Avtalet med Humana avseende driften av Pomona hus 2 upphör och verksamheten återgick i kommunal regi den första februari 2021. Under 2020 har en avdelning om nio platser för särskilt boende i Enköping upphandlats av Vardaga. Den som beviljats insatsen särskilt boende äldre får, i mån av lediga lägenheter, välja utförare. Det finns en privat utförare av hemtjänst i kommunen, utföraren har dock valt att endast utföra insatser i tätorten.

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

## 14 Förväntad utveckling

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. Inga statsbidrag har ännu aviserats för att kompensera kommunerna för dessa kostnader.

Covid-kommissionens rapport och ny 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.

Nämnden har en vård- och omsorgsskuld att hantera kommande år, effekter av uteblivna eller reducerade insatser under pandemin är svår att värdera men kommer med stor sannolikhet att medföra ökande belastning på kort sikt.

Den demografiska utvecklingen, där gruppen 80 år eller äldre beräknas fördubblas fram till år 2030, innebär stora utmaningar. Utveckling 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 driftkostnader. 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 2022.

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 beräknas starta under 2022 och 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.

## **Avvikelse rapport helår 2021**

### **Förslag till beslut**

1. Vård och omsorgsnämnden godkänner rapporten.

### **Sammanfattning**

Två gånger per år redovisar förvaltningen avvikelser som inträffat inom kommunens hälso- och sjukvård och omsorg. Rapporter sammanställs per delår och helår. Avvikelse rapporten för helår redovisar det totala antalet avvikelser inom hälso- och sjukvården som under 2021 var 2038 st. I en bakåtblick de senaste tre åren är antalet avvikelser något högre än tidigare år. Fall står för 50 % av alla avvikelser och läkemedel för 40 %. Antalet rapporterade trycksår har minskat med nästan hälften under en treårsperiod. Det systematiska arbetet som görs för att förebygga fall är viktigt. Att fortsatt uppmärksamma avvikelser vid läkemedelshantering och att aktivt arbeta med att förebygga misstag är också viktigt.

### **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 5946, 2022-01-31
- Avvikelse rapport hälso- och sjukvård 2021 2022/00014

---

### **Beslut skickas till**

# Avvikelse rapport hälso- och sjukvård 2021

---

Vård- och omsorgsnämnden

## Innehållsförteckning

1 Sammanfattning av totala avvikelser, kommunala och privata vårdgivare .....	3
2 Allvarliga händelser .....	5
3 Samverkan med andra vårdgivare .....	5
4 Avvikelser per enhet.....	7
5 Sannolikhets- och konsekvensmatris .....	16



# 1 Sammanfattning av totala antalet avvikelser, kommunala och privata vårdgivare

## 1.1 Inledning

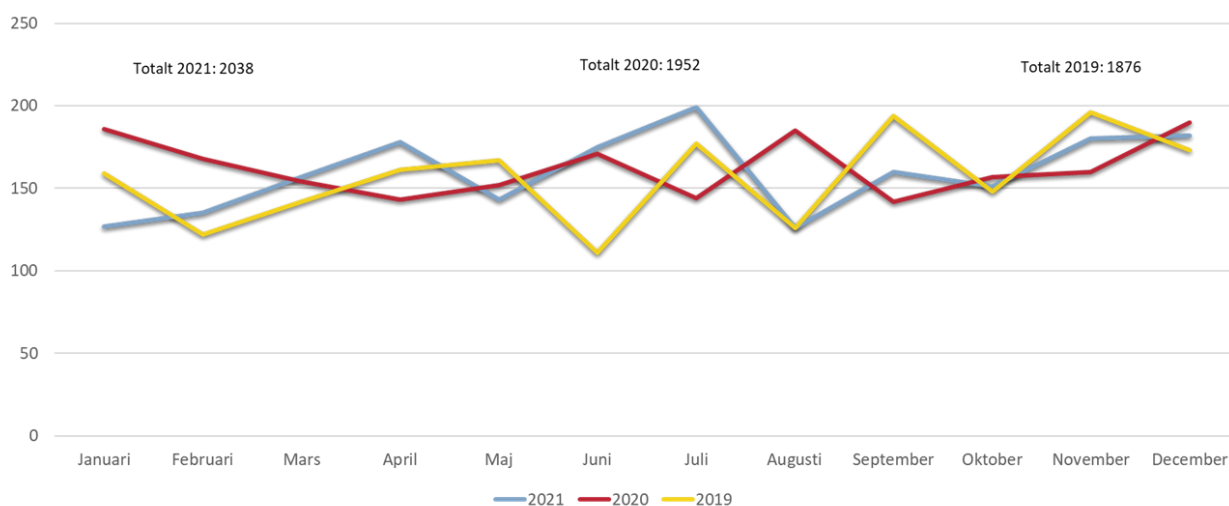
Vi kan inte få ett system helt utan avvikelser och misstag men vi kan alla hjälpas åt att få vården säkrare. Det är därför viktigt att hela tiden arbeta med att identifiera, upptäcka och förebygga misstag. Avvikelsehanteringen är en grundläggande del i ledningssystemet för att förebygga brister i verksamhetens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

### Definitioner

- **Avvikelse:** Avvikande händelse som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp. Det kan röra en persons insatser, omsorg, vård och behandling, rutiner som inte följs, bristande åtkomst till system mm.
- **Klagomål:** Kan inkomma från brukare, närstående, personal, andra vårdgivare/myndigheter, rör brister i verksamhetens kvalitet
- **Synpunkt:** Kan inkomma från brukare, närstående, personal, andra vårdgivare/myndigheter

All personal inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera avvikelser, klagomål och synpunkter. Ansvarig chef har det yttersta ansvaret för att följa upp och åtgärda brister i verksamheten som avvikelser orsakat. I ansvaret ligger också att sammanställa rapporterade avvikelser regelbundet och återkoppla till personal och att använda resultatet som ett underlag för förbättringsarbete i verksamheten. Två gånger per år ska verksamheten även göra en analys över inträffade avvikelser.

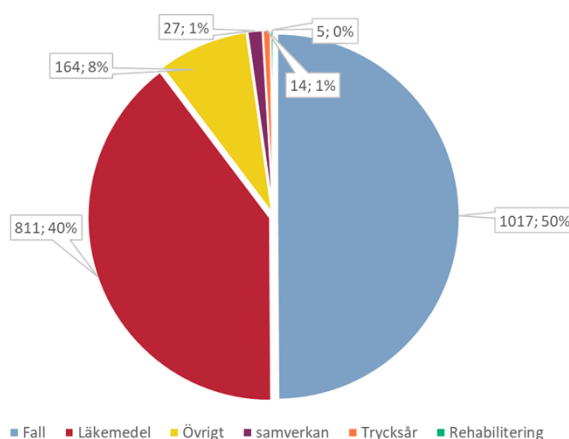
Totalt har 2595 avvikelser rapporterats i systemet och av dem är 2038 hälso- och sjukvårdsavvikelser. (78%)



*Bilden visar hälso-och sjukvårdsavvikelser 2019, 2020 och 2021.*

Antal rapporterade avvikelser har ökat något under 2021 det är 86 fler avvikelser rapporteras i år i jämförelse med 2020. Det varierar per månad hur många avvikelser som rapporteras. Under 2021 syns en topp med avvikelser i juli då det var närmare 200 avvikelser. Variationer förekommer alltid över året. Ca 50 av de inrapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelserna är rapporterade som klagomål.

## 1.2 Avvikelseområden



*Bilden visar hur avvikelser är fördelade på olika områden*

### 1.2.1 Fall

Fall står för hälften av alla avvikelser. En fallavvikelse definieras som en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om en skada inträffar eller inte. Enligt rutin ska alla sådana händelser rapporteras som en avvikelse. I jämförelse med 2020 så ligger antalet fall på ungefär samma nivåer som tidigare år, ca 1000 fallavvikelser. De flesta fall sker när en person förflyttar sig själv utan tillsyn. En mindre mängd fall handlar om, fall ur rullstol och fall ur säng. Orsaker som anges i avvikelserna är ofta individuella faktorer (den enskilde patientens förutsättningar). Av de fall som skett har 10 fall lett till allvarliga konsekvenser som frakturer och/eller sjukhusvistelse.

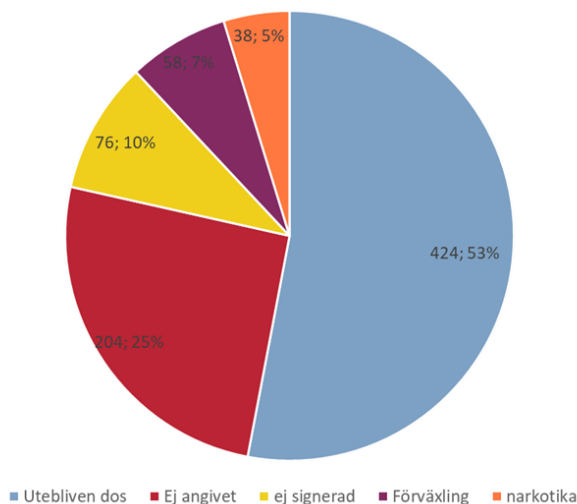
Det systematiska arbete som görs med att bedöma fallrisker och vidta åtgärder är viktigt för att minska antalet fall som sker. I våra verksamheter sker detta genom teamsamverkan med sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut samt omvårdnadspersonal. Om upprepade fall förekommer är det viktigt att se över om fallriskbedömning har gjorts på individnivå och om förebyggande individuella åtgärder vidtagits utifrån riskbedömningen? Har läkemedelsgenomgång gjorts? Har vårdmiljön en genomtänkt och adekvat utformning och utrustning för att minska risken för fall och för skador av fall?

### 1.2.2 Läkemedel

Läkemedel står för 40% av alla avvikelser. Läkemedelsavvikelser handlar om felgivna doser, utebliven läkemedelsgivning, förväxling av läkemedel, fel i hantering av narkotikaklassade läkemedel samt missar i signering. I jämförelse med 2020 så har antalet rapporterade läkemedelsavvikelser ökat något från 725 till 812 vilket är ett observandum. Men för att ge perspektiv så är det ca 300 patienter som får läkemedel ca 3 gånger per dag inom kommunens hälso- och sjukvård och omsorg. Det handlar alltså om nästan 330 000 tillfällen per år som en patient får ett läkemedel. Vid dessa tillfällen sker avvikelser i ett fåtal fall och endast några få bedöms allvarliga. Bedömningen är att vi, i stort, har en trygg läkemedelshantering. Detta har även den årliga externa granskningen från Apoteket visat.

Det finns dock ett förbättringsarbete att göra när det gäller ökad spårbarhet av läkemedel som lämnas ut, att se över hur de iordningsställs, administreras och kasseras

samt att följa upp att delegerade arbetsuppgifter utförs korrekt. Det är viktigt att verksamheterna fortsätter att uppmärksamma avvikelser och att de fortsätter att arbeta aktivt med att förebygga misstag.



*Bilden visar hur läkemedelsavvikelserna fördelats under 2021.*

### 1.2.3 Trycksår

I trycksår inräknas allt från en rodnad på huden men där huden är intakt till det som kallas fullhudskada som är ett öppet sår. 14 trycksår har rapporterats i år, hälften av dem har uppstått i den egna verksamheten, andra har uppstått hos annan vårdgivare. 2020 rapporterades 22 trycksår och 2019 rapporterades 29 st. Det ser därmed ut som trycksåren har minskat med nästan hälften på två år.

## 2 Allvarliga händelser

De avvikelser som verksamheten bedömer har en allvarlighetsgrad över en viss riskpoäng (9) ska skickas vidare till MAS/MAR för vidare utredning och ställningstagande till om det ska utredas och anmälas som vårdskada. Under 2021 har MAS/MAR fått sju avvikelser.

Ingen avvikelse har bedömts så allvarlig att det har lett till en anmälan till IVO.

- Tre avvikelser har handlat om allvarliga fall
- Två avvikelser har handlat om brister i verksamhetssystemet Treserva
- En avvikelse har handlat om brister i rehabilitering
- En avvikelse har handlat om brister kring uppföljning av delegering

I utredningarna har framkommit att avvikelserna beror på individuella faktorer vad gäller fallen, att man inte följt befintliga rutiner vid uppföljning av delegering och rehabiliteringsinsats. Vad gäller verksamhetssystemet handlar det både om brister i själva systemet och hantering av systemet. Åtgärder är vidtagna för att förhindra återupprepning.

## 3 Samverkan med andra vårdgivare

Avvikelse rapporteringen i samverkan är ett viktigt verktyg som ska bidra till förbättringar på både kort och lång sikt för både kommun och region.

Sju avvikelser har inkommit från andra vårdgivare, avvikelserna har rört samverkan i utskrivningsprocessen, bemötande, kommunikation och samverkan med akutmottagning. Alla avvikelser är hanterade och kommunicerade med berörda verksamheter.

Tretton avvikelser har skickats till andra vårdgivare, avvikelserna har rört brister i kommunikation, brister i läkemedel vid hemgång från slutenvård, brister i bedömning av rehabilitering samt felbedömning av fraktur.

Vad gäller rehabilitering i samverkan är det troligt att det är fler avvikelser som sker än de som faktiskt rapporteras. Det är väl känt och kommunicerat till slutenvården från alla kommuner att rehabiliteringsvårdkedjan inte fungerar optimalt. Behov av hjälpmedel och rehabilitering uppmärksammas inte för många patienter. När behovet inte uppmärksammas uteblir den specialiserade rehabiliteringen men också överrapporteringen till kommunens rehabilitering som ska ta emot patienten på ett tryggt sätt i hemmet. För patienten innebär det sämre förutsättningar att bibehålla god hälsa och aktivitetsförmåga. För kommunen innebär det att insatser i form av hjälpmedel och stöd i förflyttningar, personlig vård, måste ske med akututtryckningar för att avhjälpa problem som uppstått i samband med hemgång.

### **3.1 Bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet**

I hanteringen av avvikelser ingår att göra en bedömning av allvarlighetsgrad och sannolikhet. Av 2038 avvikelser har 1484 (72%) riskbedömts. Sju avvikelser har gått vidare till MAS/MAR för utredning/bedömning av vårdskada.

Allvarliga avvikelser som inträffar ska enligt rutin riskbedömas och gå vidare till MAS/MAR för kännedom och bedömning om vårdskada enligt Lex Maria. Det är mycket få avvikelser som går vidare och vi ser en risk för att det inte rapporteras i tillräcklig omfattning.

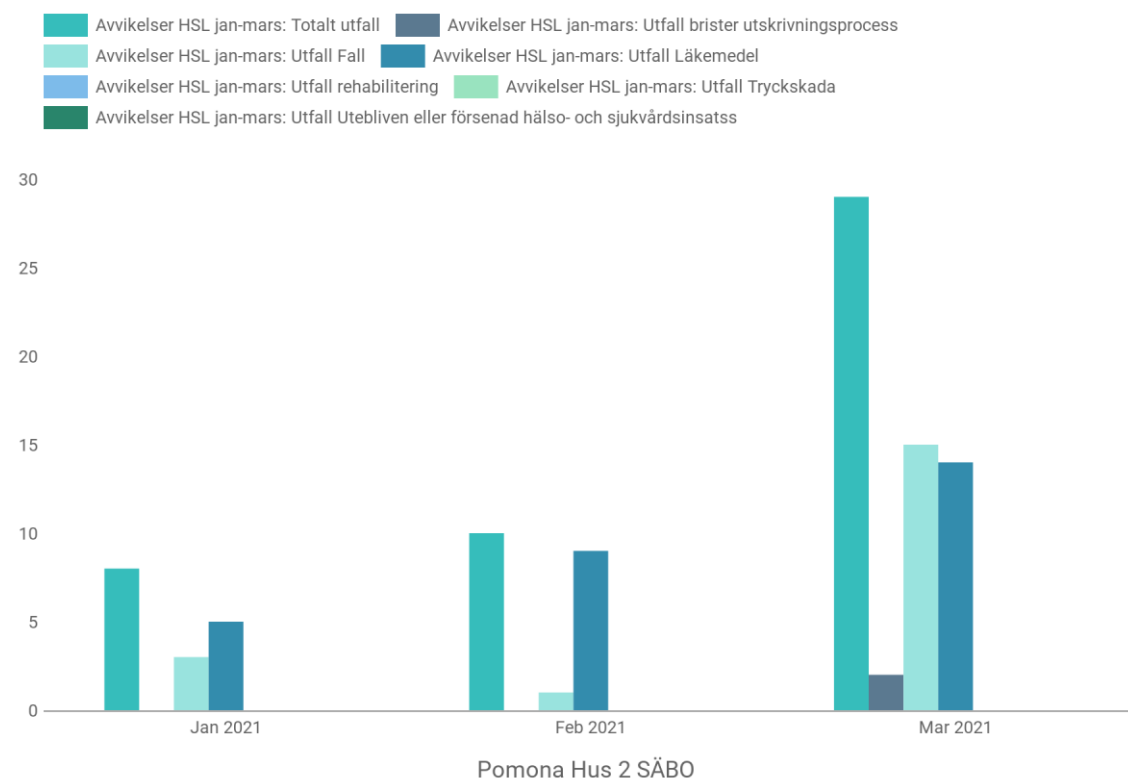
## 4 Avvikelser per enhet

Nedan följer enheternas redovisning av avvikelser.

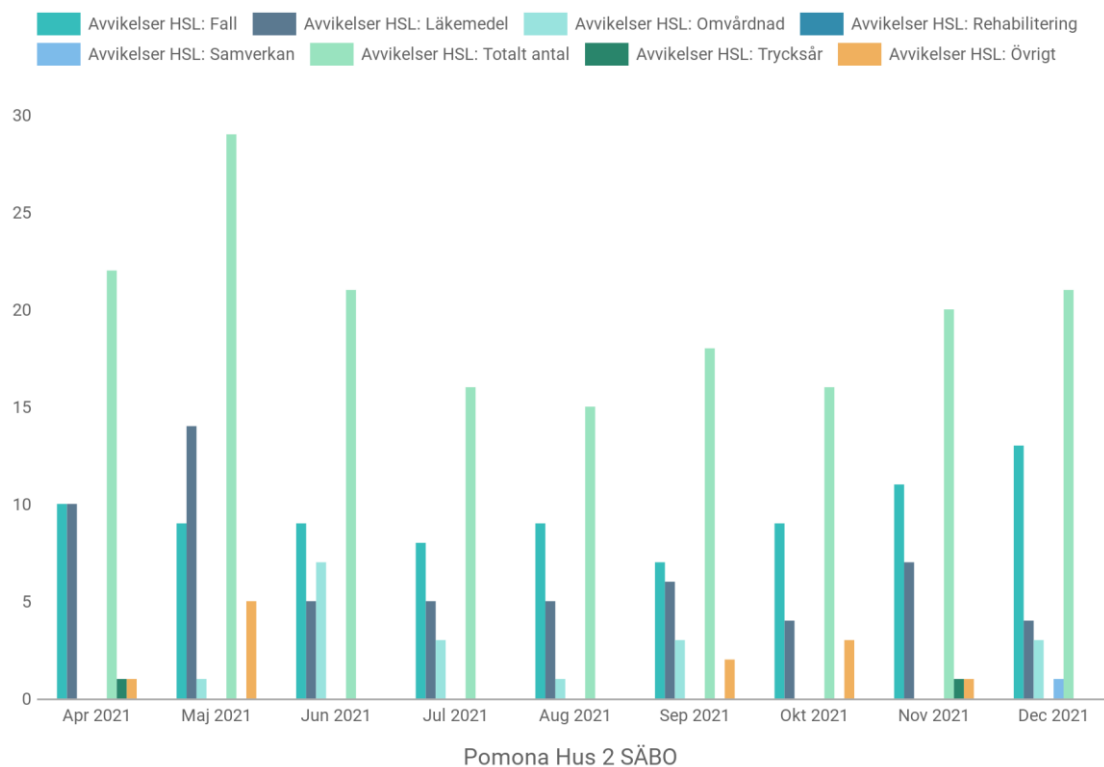
Under 2021 gjordes anpassningar i avvikelssystemet för en mer ändamålsenlig och lätthanterlig avvikelserapportering. Avvikelseområden ändrades och lades till. På grund av det redovisas två tabeller på enheternas nivå i årets rapport. En från januari-mars och en från april-december.

### 4.1 Pomona hus 2

#### Pomona hus 2 jan-mars



## Pomona hus 2 april-december



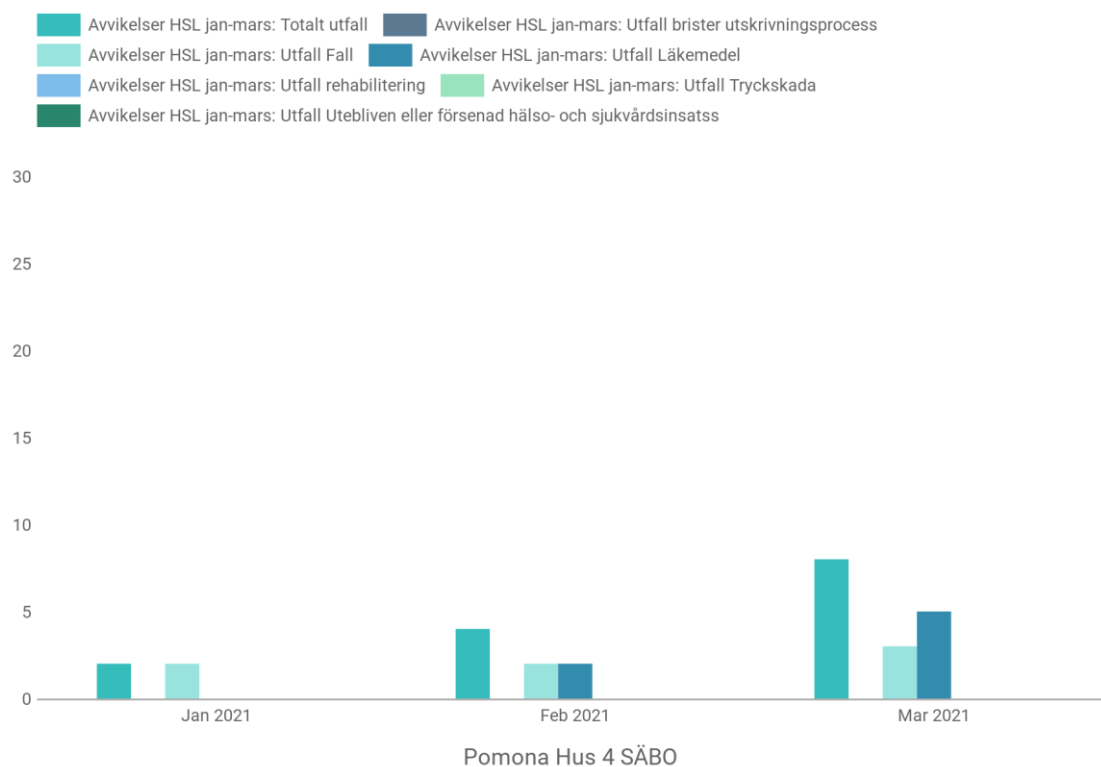
Fallen har ökat under december, ett fåtal brukare står för merparten av fallen. Inga av fallen har lett till skada eller sjukhusvistelse. Hjälpmedel och andra insatser är genomgången men vi behöver se över andra aktiviteter och hur vi kan förhindra fall.

Avvikelser som rör omvårdnad beror på utbrottet av vinterkräksjuka som vi hade i december. Det var stor personalbrist och det var inte möjligt att hålla personal i total kohort. Under perioden förekom det att vissa brukare inte fick hjälp på önskad tid utan fick vänta länge på omvårdnad. Rutiner och prioriteringar för att förhindra det har upprättats.

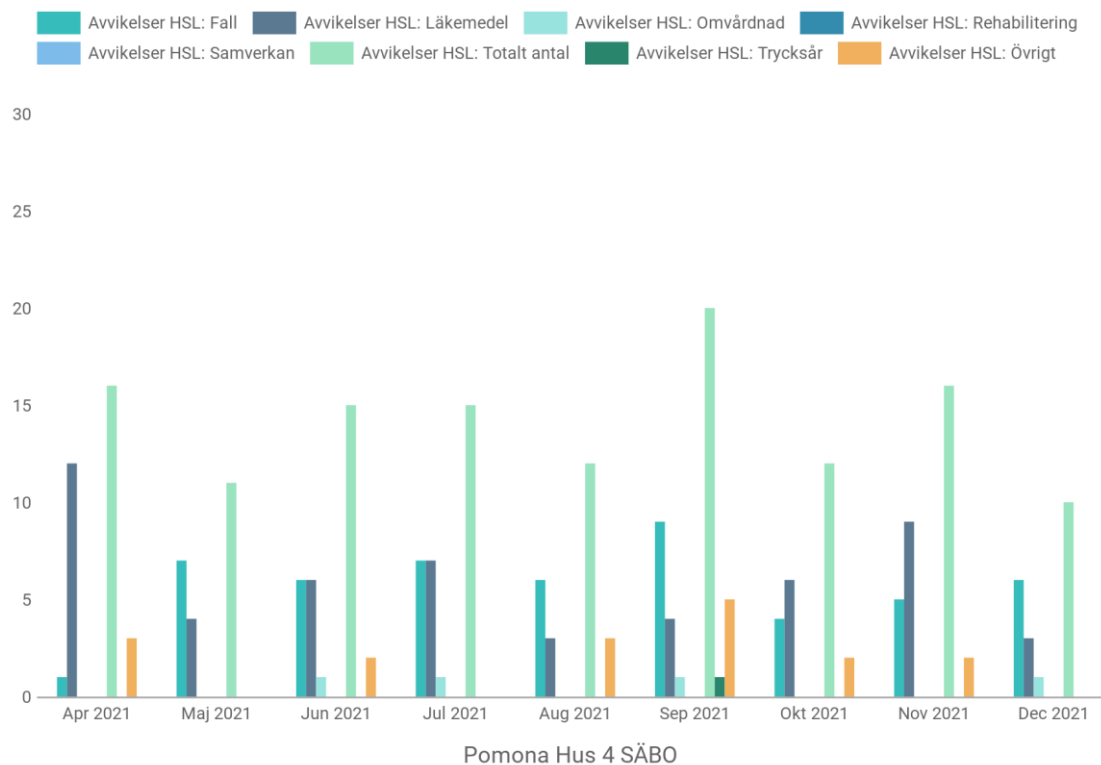
Signering av läkemedel har brutit under december, delvis beroende på personalbrist. Rutiner med prioriteringslistor har upprättats.

## 4.2 Pomona hus 4

### Pomona hus 4 jan- mars



### Pomona hus 4 april-december



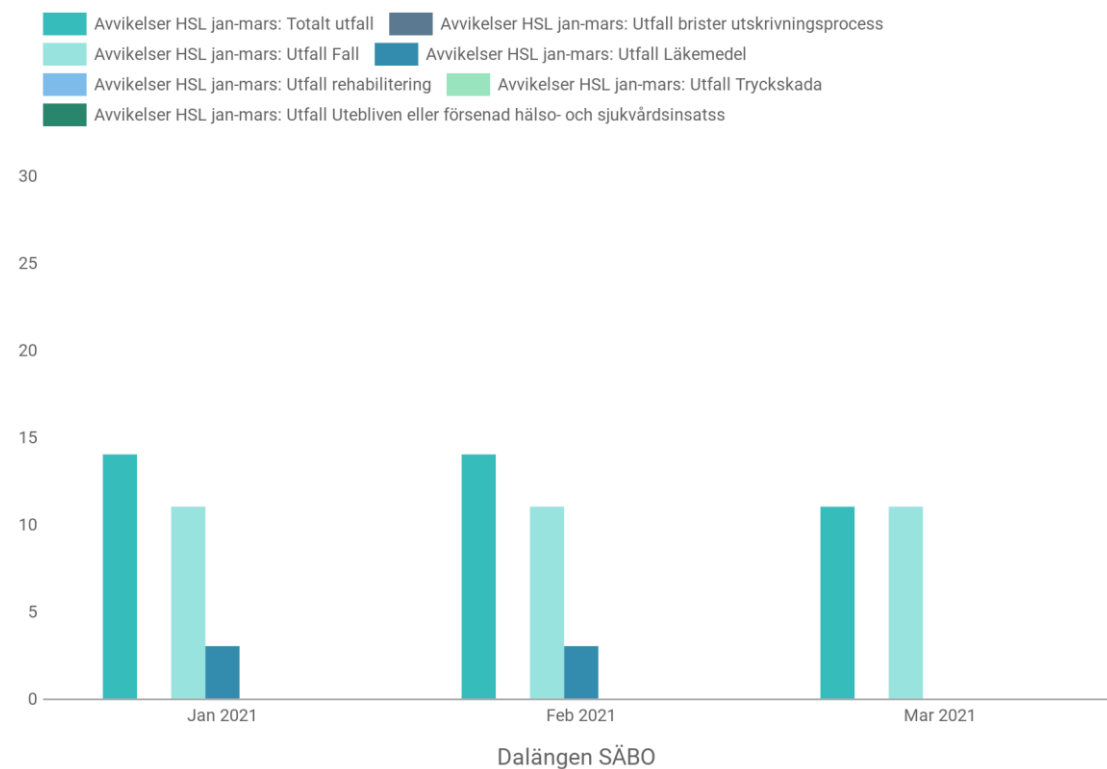
Fallen under december är ungefär på samma nivå som föregående månad. En brukare står för stor andel av fallen. Inga fall har lett till någon skada. vi arbetar kontinuerligt med att se över insatser och om vi kan förändra arbetssätt för att minska fall.

Läkemedelsavvikelserna har varit relativt få under december.

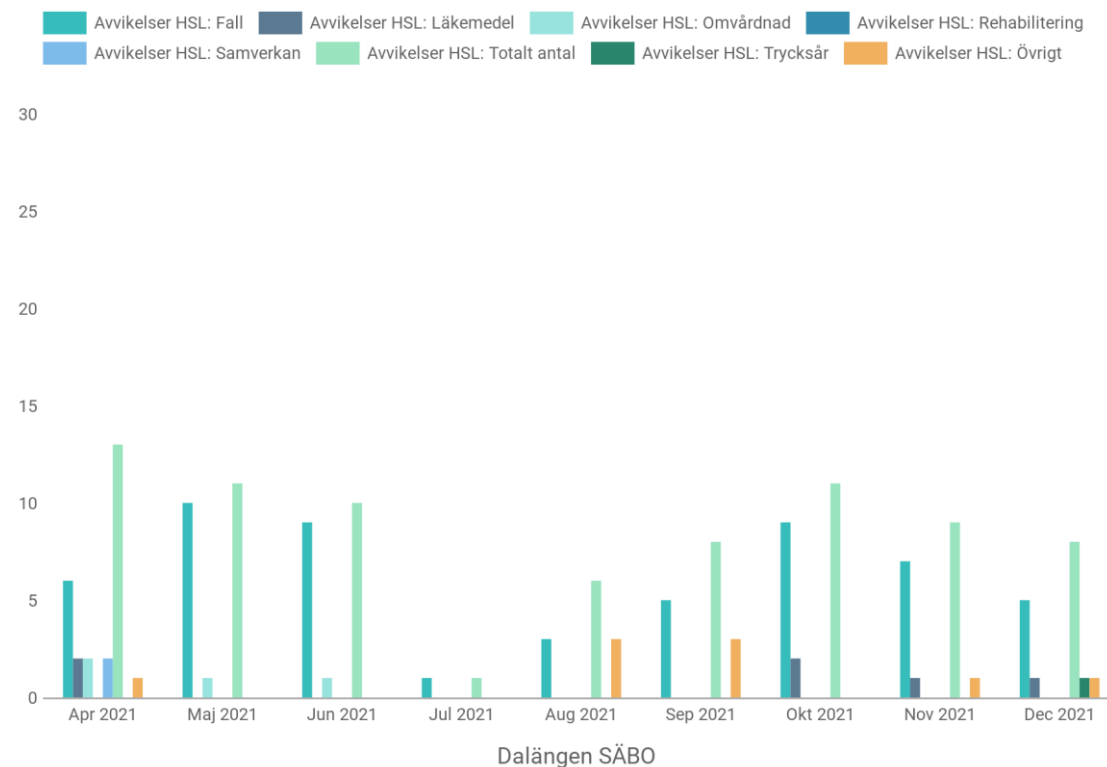
Vi kommer att se över hur vi planerar dagens arbete så att vi kan säkerställa att alla beviljade insatser blir utförda.

### 4.3 Dalängen

#### Dalängen jan-mars



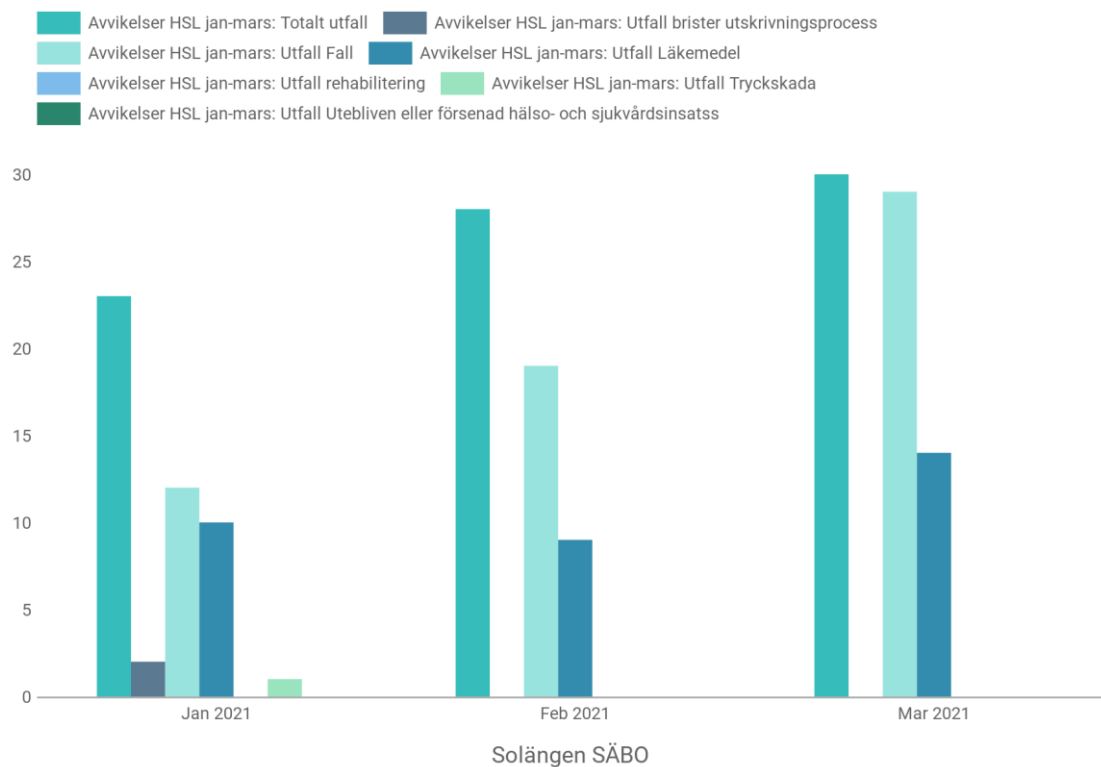
#### Dalängen april-december



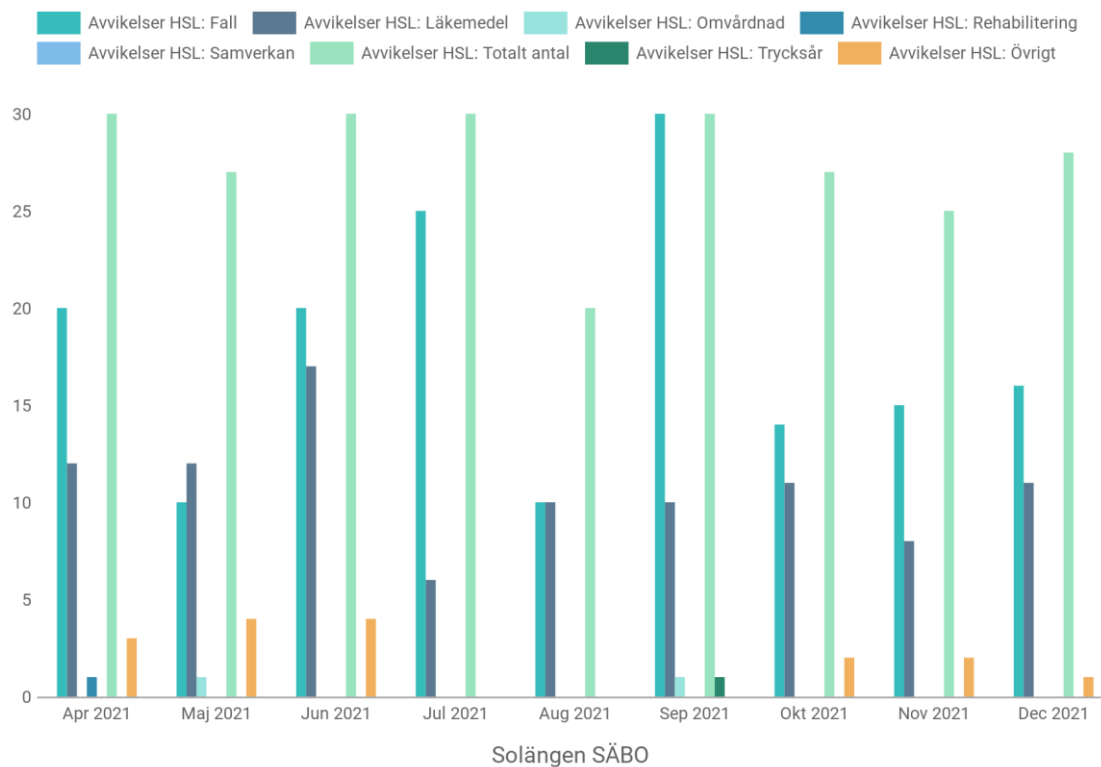


## 4.4 Solängen

### Solängen jan-mars

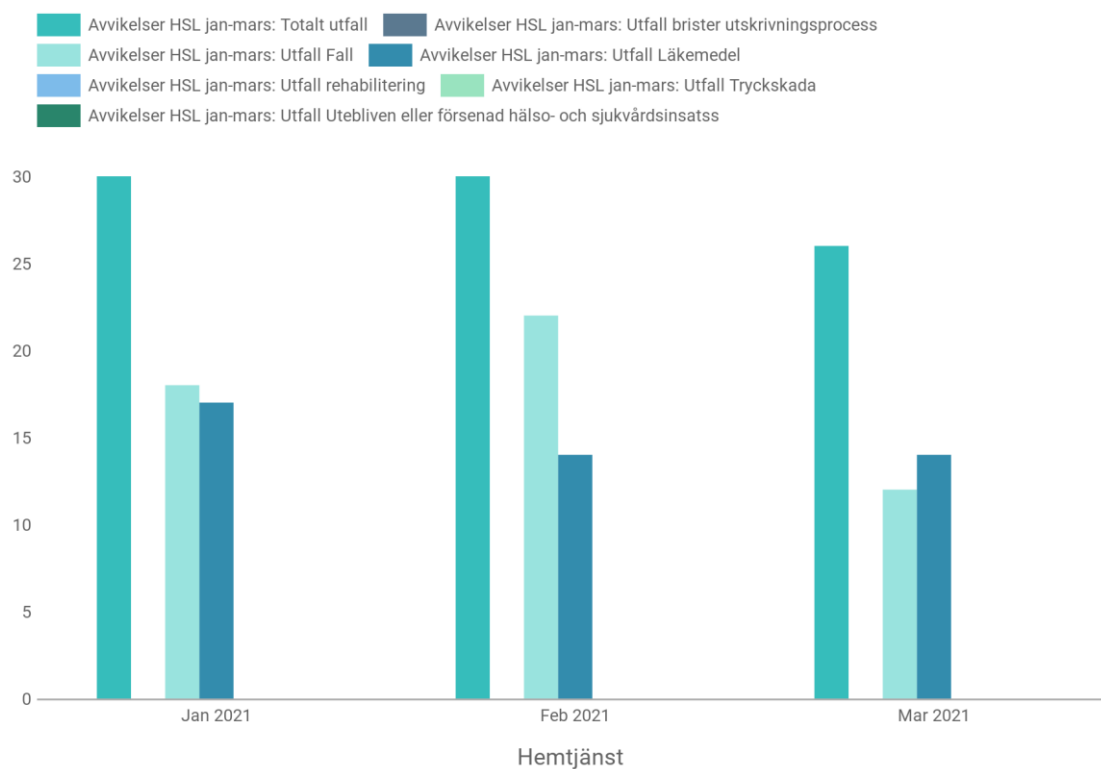


### Solängen april-december

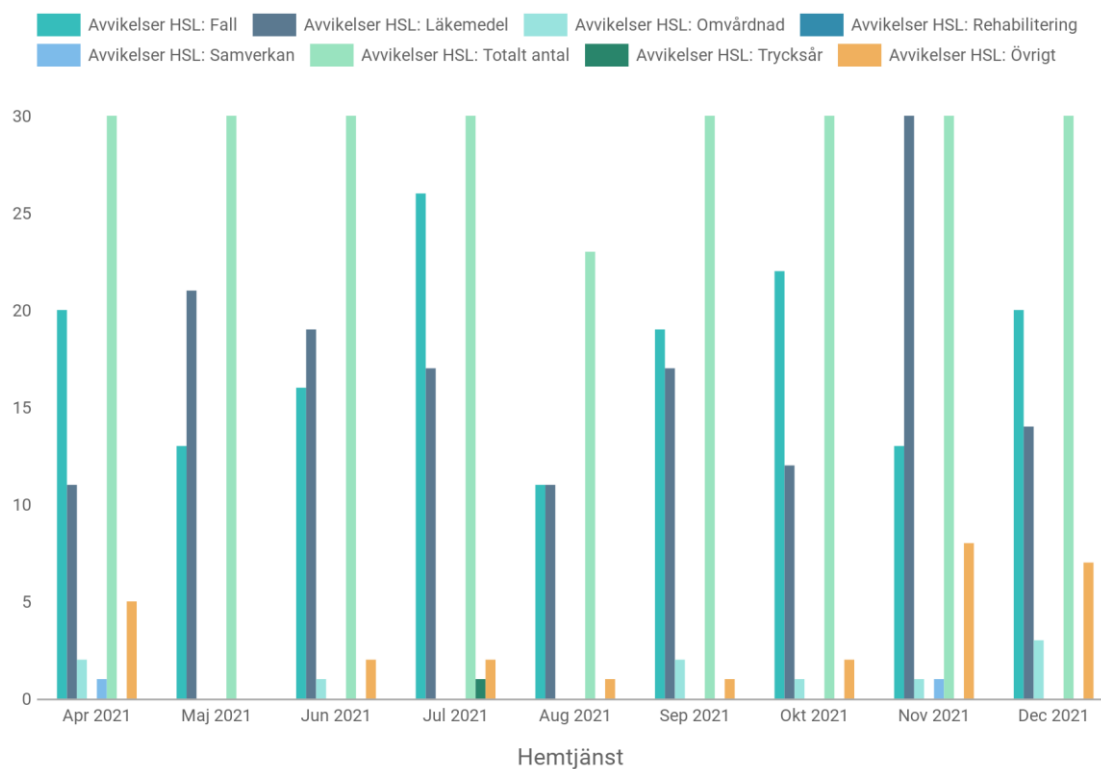


## 4.5 Hemtjänst, Kärnhuset

### Hemtjänst Kärnhuset jan-mars

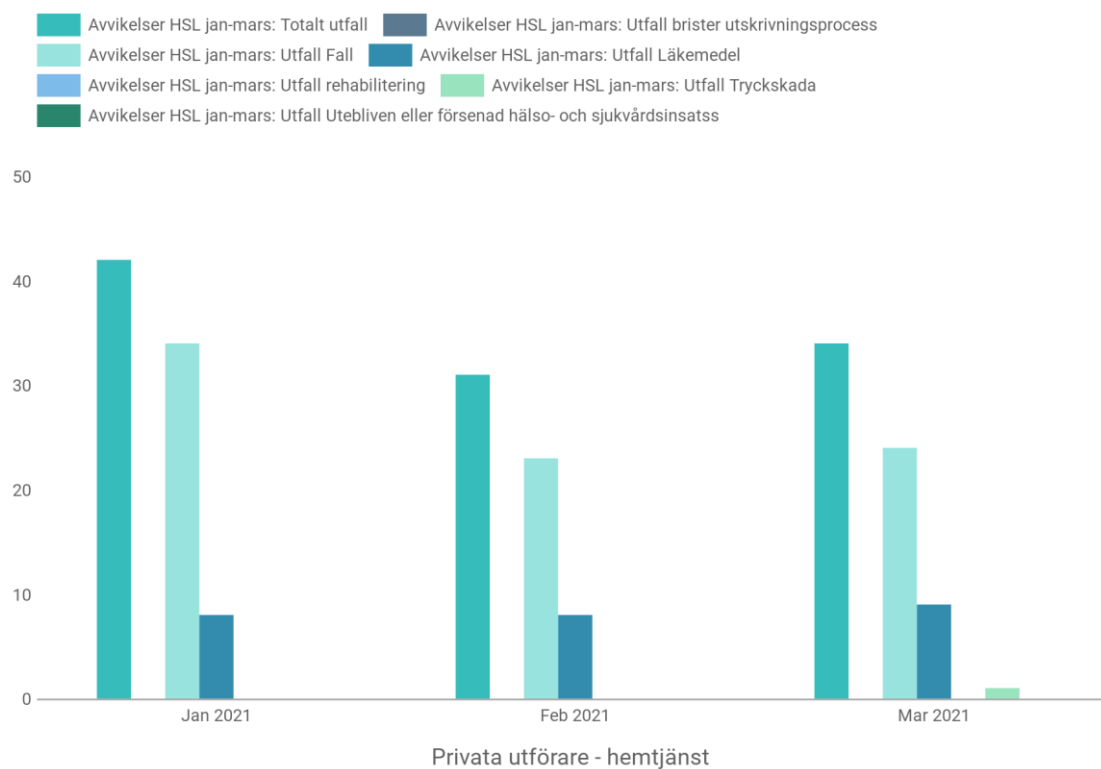


### Hemtjänst Kärnhuset april-december

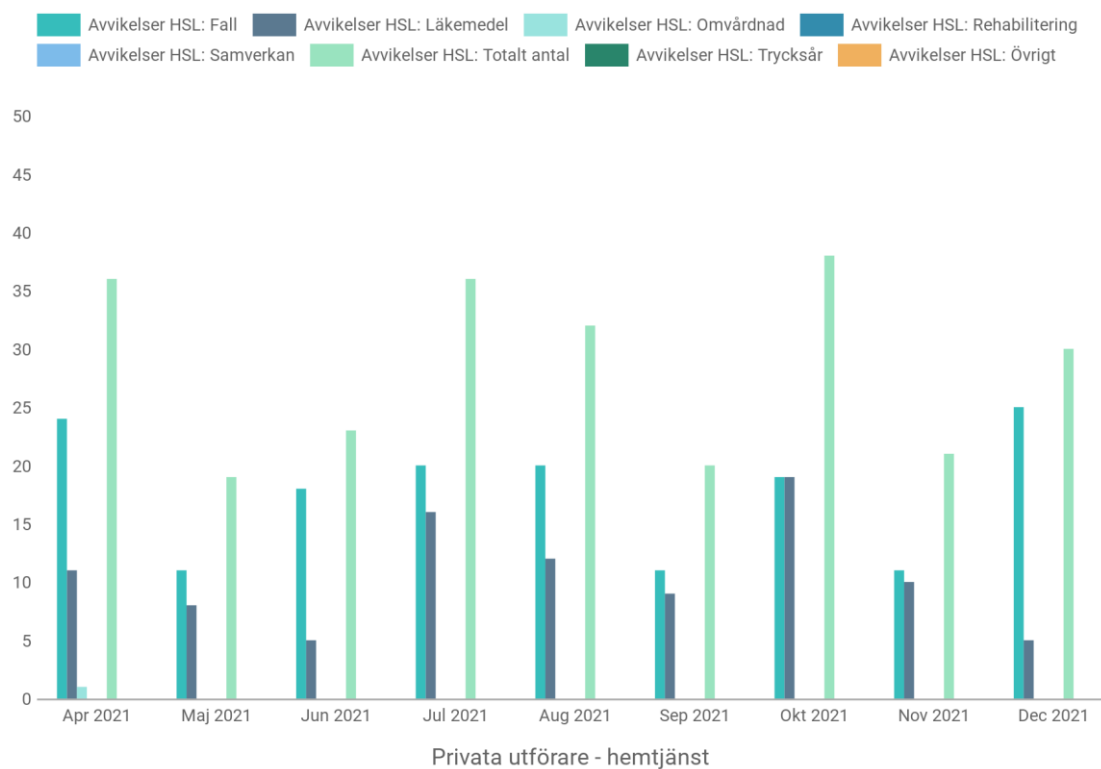


## 4.6 Hemtjänst, Buurtzorg

### Hemtjänst Buurtzorg jan-mars



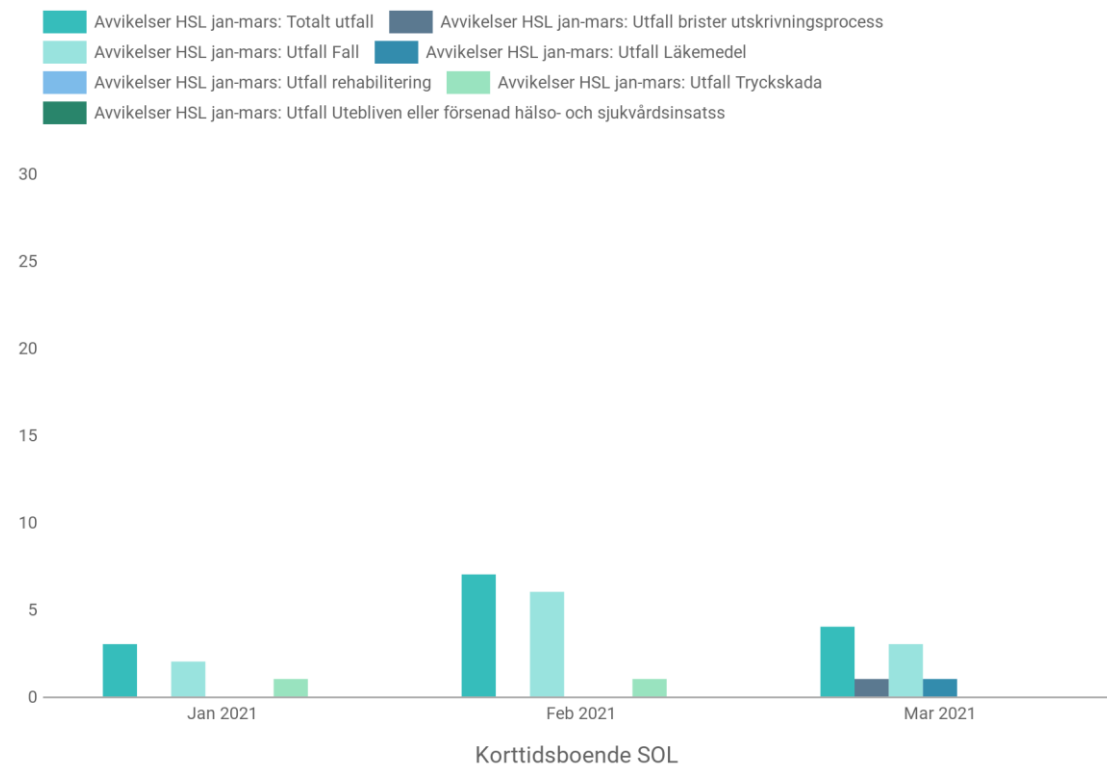
### Hemtjänst Buurtzorg april-december



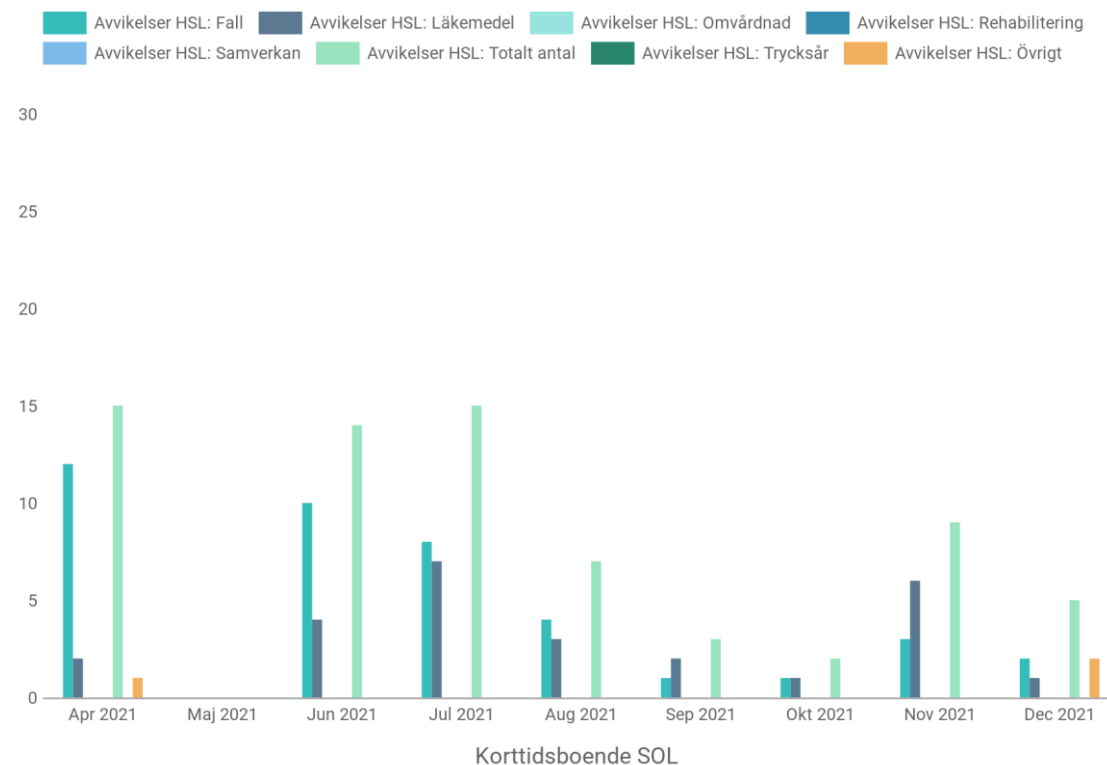
## 4.7 Korttidsboenden, äldre

Korttidsboendena finns på Pomona samt Plommonvägen 6.

### Korttidsboende jan-mars



### Korttidsboende april-december



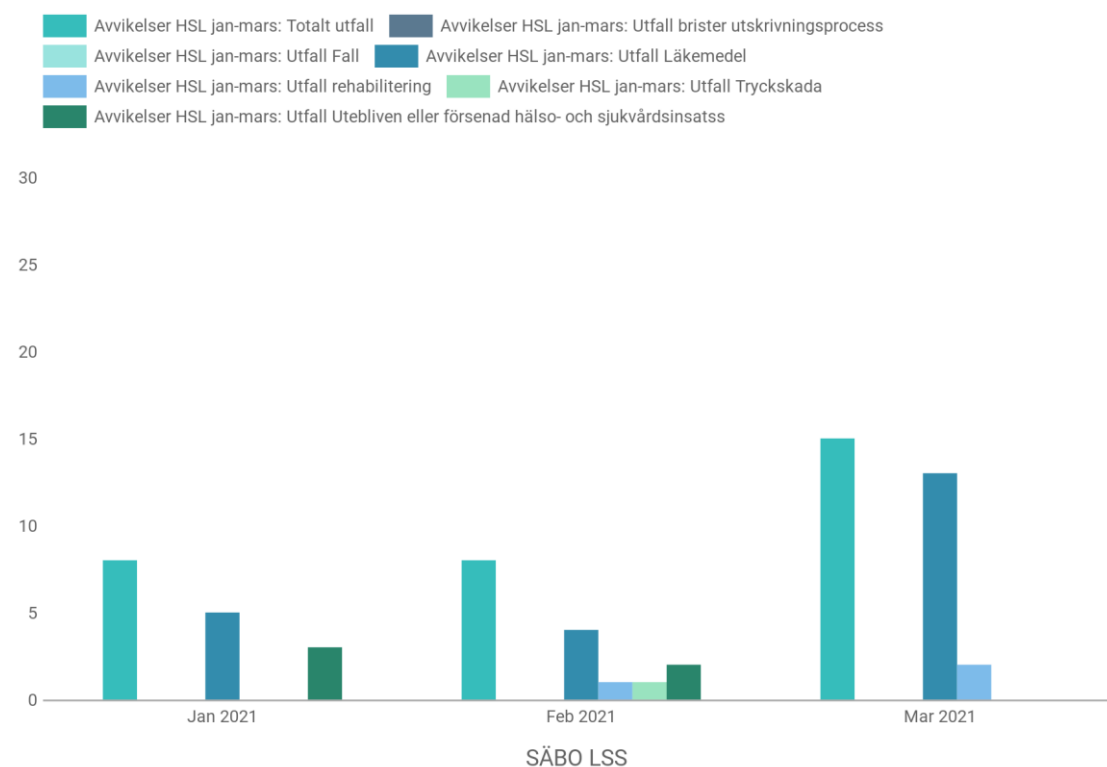
## Plommonvägen 5 och korttids Pomona

Avvikelser under december har varit ett fall. Övrig avvikelse handlar om otydlig ordination/instruktion.

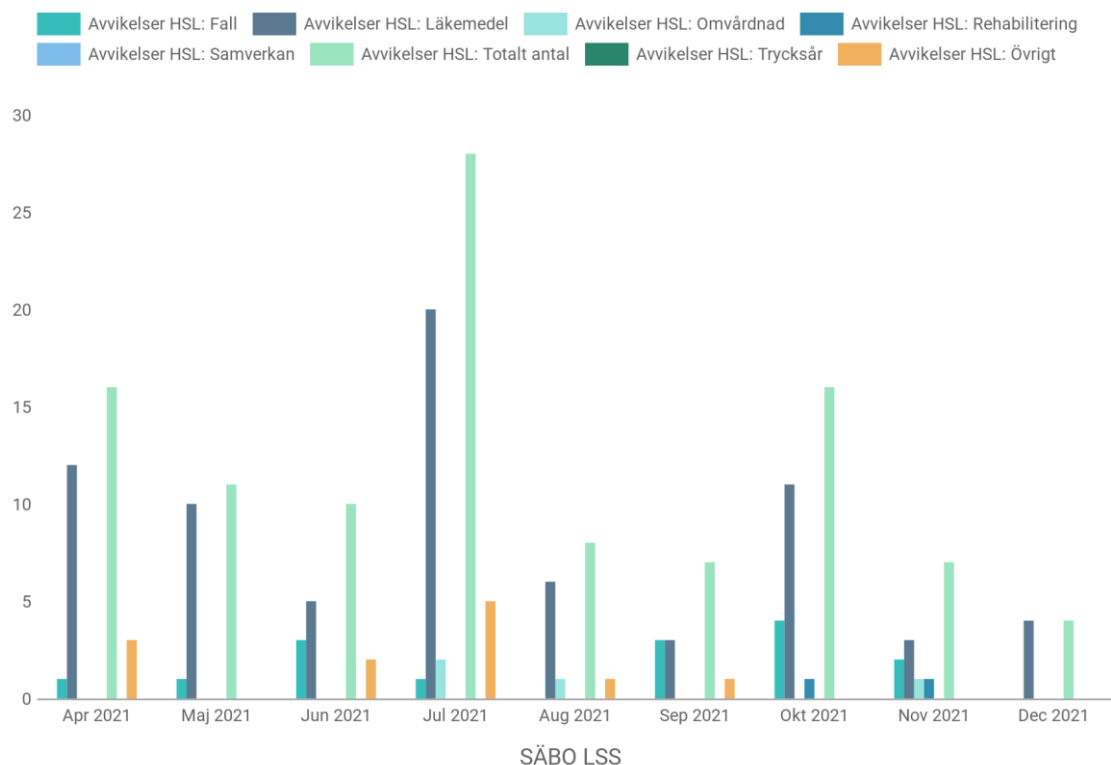
### 4.8 LSS-boenden

I LSS-boenden ingår gruppbestäderna Sjävägen och Lindegårdsvägen, servicebostaden Dalvägen, Lindegårdsbacke samt Vallvägen.

#### LSS-boende jan-mars



## LSS-boende april-december



**Dalvägen:** Läkemedelsavvikelser där läkemedel uteblivit till patienten av olika anledningar, såsom att brukare vill sitt läkemedel vid ett senare tillfälle vilket sedan missats av personalen. Verksamheten arbetar med att förbättra detta.

**Lindegårdsbacke:** Få avvikelser hälso- och sjukvård de flesta handlar om läkemedel. Antalet avvikelser är ev. något underrapporterade, det beror på att man löser situationen men inte rapporterar det som en avvikelse. Verksamheten ser över hur arbetet med avvikelshantering ska göras.

**Lindegårdsvägen:** Högre antal läkemedelsavvikelser under sommaren då verksamheten har få fast anställda på plats. Verksamheten ser över semesterplanering och säkerställer att sommarvikarier får bra introduktion.

## 5 Sannolikhets- och konsekvensmatris

Sannolikhets- och konsekvensmatrisen nedan är från handboken i grundläggande patientsäkerhetsarbete "Säkrare vård och omsorg" Sveriges kommuner och landsting (SKL), 2011.

### Konsekvensens allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad	Konsekvens	Lagrum	Exempel
Mindre	Ingen/obetydlig	HSL	Obehag eller obetydlig skada, exempel fel dosering idosett som upptäcks före överlämnandet, fallolycka utan att skada uppstått.
Mindre	Ingen/obetydlig	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse beviljad insats som ledertill mindre obehag, exempel utebliven städning eller tvätt.

Allvarlighetsgrad	Konsekvens	Lagrum	Exempel
Måttlig	Mindre allvarligskada	HSL	Övergående funktionsnedsättning, exempel uteblivandos men utan att det leder till men för patient/brukare. Feldosering. Har inte följt rutin, dock liten eller ingen konsekvens för patient/brukare. Fallolycka med måttlig skada, ej fraktur. Sjukhusbesök som inte medför inläggning. Trycksår stadium 1 och 2.
Måttlig	Mindre allvarligskada	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse av beviljad insats och/ellerbrist i bemötande som leder till obehag för patienten/brukaren, exempel utebliven veckodusch eller inköp.
Betydande	Allvarlig skada	HSL	Kvarstående måttlig funktionsnedsättning, förlängdvårdtid. Missade läkemedel som insulin, Waran och narkotikaklassade läkemedel. Förväxling av doser, feldosering. Vårdrelaterade infektioner. Fallolyckamed större skada, exempel fraktur. Trycksår stadium 3 och 4.
Betydande	Allvarlig skada	SoL/LSS	Brister i omsorg/avvikelse av beviljad insats och/ellerbrist i bemötande som leder till omfattande obehag för patienten/brukaren, exempel utebliven tillsyn eller personlig hygien då det finns omfattande behov.
Mycket hög,katastrofal	Dödsfall	HSL	Dödsfall eller större, kvarvarandefunktionsnedsättning, exempel fallskada med dödsfall som följd.
Mycket hög,katastrofal	Mycket allvarligskada	SoL/LSS	Fysiska, psykiska, sexuella eller ekonomiskaövergrepp. Brist i omsorgen som utgör ett hot mot enskilda liv, hälsa eller säkerhet. Brott mot sekretesslagen.

Sannolikhet för att det inträffar	Hur ofta?
Mycket liten	Kan inträffa en gång per år
Liten	Kan inträffa varje månad
Stor	Kan inträffa varje vecka eller en på tio tillfällen
Mycket stor*	Kan inträffa dagligen eller en på tre tillfällen

\*Gäller händelser som inte görs dagligen eller varje vecka, exempel injektioner var 3:e månad eller städning var 14:e men där sannolikheten är stor att händelsen upprepas.

## **Patientsäkerhetsberättelse 2021**

### **Förslag till beslut**

1. Vård och Omsorgsnämnden godkänner rapporten

### **Sammanfattning**

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren årligen skriva en Patientsäkerhetsberättelse. Den redovisar hälso- och sjukvårdens och omsorgens, strategier, mål och resultat i arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

År 2021 har fortsatt inneburit stora utmaningar inom hälso- och sjukvården och omsorgen relaterat till Covid 19. Patientsäkerhetsarbetet har till stor del präglats av risken för smittspridning, rutiner och följsamhet till vårdhygieniska riktlinjer. Vaccinationer har fortgått i enlighet med nationell och regional planering.

Förutom Covid 19 har fokus varit att fortsätta utveckla rutiner och arbetssätt för kvalitetsarbete och avvikelshantering som påbörjades under 2021 i syfte att minska antalet vårdskador samt risken för vårdskada.

### **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**

Patientsäkerheten följs upp löpnade under året.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 5940, daterad 2022-01-31
- Patientsäkerhetsberättelsen år 2021 VON 2022/00015

---

### **Beslut skickas till**



# Patientsäkerhetsberättelse 2021

Vård- och omsorgsnämnden

## Innehållsförteckning

1 Sammanfattning .....	3
2 Organisation för patientsäkerhetsarbetet .....	5
3 Samverkan för att förebygga vårdskador .....	7
4 Patienters och närståendes delaktighet .....	9
5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
6 Klagomål och synpunkter .....	9
7 Egenkontroll .....	10
8 Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....	10
9 Riskanalys.....	11
10 Utredning av händelser - vårdskador.....	13
11 Informationssäkerhet .....	13
12 Resultat och analys .....	14
13 Avvikelser .....	15
14 Klagomål och synpunkter .....	16
15 Händelser och vårdskador.....	16
16 Mål och strategier för kommande år .....	16

# 1 Sammanfattning

År 2021 har fortsatt inneburit stora utmaningar inom socialförvaltningens hälso- sjukvård och omsorg. Patientsäkerhetsarbetet har till stor del präglats av Covid-19 och risken för smittspridning. Lokala rutiner gällande vårdhygien samt smittskydd har utformats i enlighet med direktiv från smittskydd och vårdhygien inom Region Uppsala. Följsamheten har varit god och vi hade en låg smittspridning i verksamheterna fram till slutet av året då smittspridningen på nytt tog fart på grund av den nya varianten omikron, såsom i övriga samhället.

Under 2021 har vaccination mot Covid 19 fortgått i enlighet med nationell och regional planering. När det gäller personer boende på SÄBO har merparten under hösten 2021 fått en tredje dos. Vaccinationstäckningen är god inom alla våra verksamheter. Förutom Covid 19 har fokus under 2021 varit att fortsätta att utveckla de rutiner och arbetssätt för kvalitetsarbetet och avvikelshantering som påbörjades under år 2020 i syfte att minska antalet vårdskador samt risken för vårdskada.

I patientsäkerhetsberättelsen 2020 uppgav vi att vi under 2021 skulle arbeta med nedanstående strategier, mål och aktiviteter;

- Revidera rutin kring avvikelser för att förtydliga avvikelseprocessens syfte och olika delar.
- Ta fram rutin för förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård med inkluderande metodstöd.
- Påbörja arbetet med en lokal handlingsplan för patientsäkerhet som sträcker sig över 5 år
- Utarbeta en handlingsplan för vårdhygien

## 1.1 Avvikelsehantering

Under år 2020 påbörjades ett arbete med att revidera rutin för avvikelshantering samt ett arbete för att förtydliga processen. Rutinen fastställdes under våren 2021 och har implementerats i verksamheterna med hjälp av MAS/MAR/kvalitetsutvecklare. Anpassningar i verksamhetssystemet har gjorts för en mer ändamålsenlig och lätthanterlig avvikelserapportering. Stöd till chefer för hur man på en mer övergripande nivå kan analysera avvikelser har också tagits fram.

## 1.2 Rutin för förbättringsarbete/teamarbete

Under hösten har en kartläggning genomförts i hur man inom äldreomsorgen särskilda boenden arbetar i teamsamverkan och med riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Den visar att man i de flesta verksamheter arbetar med riskbedömningar men arbetssättet varierar. Det finns ett behov av att se över rutiner, arbetssätt och utbildning kring teamarbete och riskbedömningar.

## 1.3 Lokal handlingsplan vårdhygien

Under 2021 har en lokal handlingsplan avseende vårdhygien utformats i kommunen i samråd med vårdhygien. Handlingsplanen gäller för ett år i taget. Under 2021 har fokus legat på Covid-19 under 2022 kommer även magsjuka och influensa att inkluderas.

## 1.4 Lokal handlingsplan patientsäkerhet

Planering av arbetet med att utforma en lokal handlingsplan för patientsäkerhet har påbörjats. En projektplan är framtagen och arbetet startar upp i januari 2022.

## 1.5 Övrigt som genomförts för att stärka patientsäkerheten

Fortsatt arbete med att säkerställa att hantering av lyft och lyftsele är säker genom obligatorisk utbildning, praktiskt och teoretiskt. Utbildningspaketet togs fram och implementerades under 2020 och har fortgått under 2021. Totalt har 180 personer deltagit sedan start.

Fortbildning i dokumentation i patientjournal och i ICF, (klassifikationer för vårdokumentation) har genomförts för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

## 1.6 Framåtblick 2022-2023

Mål och Strategier behöver ha en långsiktighet eftersom det handlar om processer som ska utvecklas och stärkas över tid. Mål och strategier sträcker sig över minst en tvåårsperiod.

Det socialförvaltningens hälso- sjukvård och omsorg kommer att arbeta med framåt är

- Stärkt patientsäkerhetsarbete
- Förebyggande och rehabiliterande arbetssätt
- Stärkt teamarbete
- Palliativ vård med god kvalitet
- Patientsäker och ändamålsenlig dokumentation i hälso- och sjukvården.

### 1.6.1 Övergripande mål och strategier

Det övergripande målet för patientsäkerhetsarbetet är att minska risken för vårdskador. Definitionen på vårdskada är en fysisk eller psykisk skada som inträffat i vården och som kunde ha undvikits om rätt åtgärder hade vidtagits.

Övergripande strategier för att minska risk för vårdskador inom kommunens hälso- och sjukvård:

- Hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål
- Riskbedömningar (Senior Alert, BPSD, palliativregistret)
- Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner
- Egenkontroll läkemedelshantering
- Egenkontroll medicintekniska produkter

Avvikelsehanteringen syftar till att identifiera brister i verksamheten som kan leda till vårdskada. I det ingår att analysera händelserna utifrån ett system- och individperspektiv och identifiera bakomliggande orsaker. Målet är att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet samt ge underlag för beslut om åtgärder för att förhindra/begränsa att liknande händelser inträffar på nytt.

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.

Riskbedömningar för att förebygga risker för fall, undernäring, tryckskada och ohälsa i munnen samt blåsdysfunktion (Senior Alert) sker genom teamsamverkan på särskilda boenden SOL. Inom demensvården används kvalitetsregistret BPSD som är ett nationellt kvalitetsregister med syfte och mål att genom multiprofessionella åtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) med mål att minska lidande och öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom.

Kommunens demensvårds-konsulent har under 2021 gått en utbildning och har nu möjlighet att utbilda omvårdnadspersonalen i BPSD.

För att minska risken för smittspridning i vården genomförs mätningar av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler genom egenkontroller. På SÄBO görs månadsvis mätning som rapporteras in till Sveriges kommuner och regioner (SKR) och följs upp på respektive enhet.

Läkemedelshantering inklusive delegering följs upp årligen av extern granskare från Apoteket. I denna granskning deltar MAS, enhetschef/representant från verksamheten samt ansvarig sjuksköterska.

Kontroll av medicintekniska produkter innebär bland annat inspektion av lyftselar, uppföljning och kontroll av individuellt förskrivna hjälpmedel på särskilt boende SoL samt kontroll av basutrustning såsom sängar, personlyftar.

## **2 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.

### **Förändring av organisation på socialförvaltningen**

Ny organisation sedan 2021 där MAS/MAR funktion ingår i Socialförvaltningens stab. I socialförvaltningens stab ingår även förändringsledare, närvårdsstrateg, systemförvaltare samt kvalitetsutvecklare.

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

Verksamhetschef hälso-och sjukvård, HSL, 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 HSL 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 och att personalen har den kompetens som behövs i verksamheten (HSL).

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 ledningsansvar och uppföljningsansvar för den avdelning denna är chef för. Inom socialförvaltningen finns idag tre avdelningar, Avdelningen för stöd till barn, unga och vuxna, Avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet,, Avdelningen för stöd, omsorg och socialpsykiatri.

### **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**

#### **Vårdhygien**

All vård och omsorg ska vara av god kvalitet enligt socialtjänstlagen(2001:453), SOL och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. 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 utbrott av magsjuka och besöker kommunen och träffar enhetschefer, hygienombud och medicinskt ansvarig sjuksköterska med jämna mellanrum.

### **Strama**

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**

Smittskyddsensheten vid Region Uppsala arbetar med att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och från människor i Uppsala län. Övervakning av anmälningspliktiga sjukdomar, smittspårning, utbildning, information till både offentliga och privata aktörer samt direkt till allmänheten i Uppsala län. Verksamheten regleras enligt smittskyddslagen.

## **3 Samverkan för att förebygga vårdskador**

Region Uppsala och länets kommuner (inklusive Håbo kommun) 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. Inom denna organisation deltar MAS och MAR i ett antal grupper, bland annat:

### **Patientsäkerhetsgruppen**

Syftet 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**

Lokal samverkansgrupp där representant från Familjeläkarna, Bålstadoktorn, Akademiska sjukhuset, psykiatrimottagningen, lasarettet i Enköping, MAS/MAR samt närvårdsstrateg ingår. Med 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 och är ett sätt att sprida lärdomar utifrån inträffade avvikelser.

### **3.1 Lokal samverkansgrupp patientsäkerhet i Uppsala Län (LSG)**

Syftet med samverkansgruppen är att uppnå en jämlik och kunskapsbaserad hälso-och sjukvård utan vårdskador, nedan är exempel på arbetsområden för gruppen.

- Identifiera oönskade variationer i länet och ge förslag till förbättringsåtgärder. Utveckla mål, handlingsplaner och rekommendationer, prioritera fokusområden, genomföra risk- och konsekvensbedömningar
- 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 Håbo kommun deltar.

### **3.2 Lokalt redaktionsråd**

Varje kommun i Uppsala län ska utse en lokalredaktör som har ansvar för hanteringen av de lokala samverkandokumenterna inom Vård i Samverkan (ViS). I Håbo är MAS sedan 2021 lokalredaktör. 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 4 gånger per termin.

### **3.3 Lokal samverkan rehabilitering och hjälpmedel**

Under året har revidering av lokal rutin för samverkan rehabilitering, habilitering och hjälpmedel för Håbo, Enköping och Lasarettet i Enköping gjorts. Det har tydliggjort ansvar och arbetsuppgifter för respektive vårdgivare i rehabiliteringsprocessen.

Under året har också ett arbete i samverkan mellan Håbo kommun, Enköpings kommun och Nära vårds verksamhet habiliteringen gjorts. En gemensam lokal rutin har tagits fram för samverkan kring individer med behov av rehabilitering och hjälpmedel. Syftet med den lokala rutinen har varit att tydliggöra ansvarsfördelning och samverkan på lokal nivå för att säkerställa att patienters behov av rehabilitering och hjälpmedel tillgodoses.

### **3.4 MAS nätverket**

Under 2021 har medicinskt ansvariga sjuksköterskor från alla kommuner i länet haft regelbundna möten för att diskutera gemensamma områden och förhållningssätt, framförallt gällande Covid 19 men även andra frågor har diskuterats. 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. Samverkan ger bättre beslutsunderlag.

### **3.5 Införande av nytt vårdinformationssystem - Cosmic Link**

Regionen fattade 2019 ett beslut om att byta system för samverkan mellan aktörer inom Region Uppsala och regionens kommuner från nuvarande system Prator till Cosmic Link. Cosmic Link som system ska stödja samverkan mellan aktörer i samband med plan för utskrivning- och/eller samordnad individuell plan (SIP).

MAS och MAR har under 2021 deltagit i regional projektgrupp samt lokal projektgrupp inför införandet av Cosmic Link. Superanvändare har utsetts och gått webbaserad utbildning om systemet. Driftsättningen som var planerad till november 2021 är blev uppskjuten till 8 mars 2022 då man under projektets gång identifierat att det saknas möjlighet att stödja verksamheterna på det sätt som Prator har gjort. Ett intensivt arbete i regional samverkan pågår inför driftstart för att ta fram processer och rutiner som stöd.



## 4 Patienters 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. Det är en fråga att arbeta vidare med inom socialförvaltningen. I framtagandet av lokal handlingsplan för patientsäkerhet som kommer att påbörjas 2022, kommer ombudsman för äldre- och funktionsnedsatta var med som representant för patient/brukare.

## 5 Hälsa- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal som arbetar inom vård och omsorg har 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. I Socialförvaltningen finns en riktlinje för avvikelser, klagomål och synpunkter inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter som övergripande beskriver hur avvikelser ska hanteras och vilket ansvar olika roller har i verksamheten. För verksamheter inom vård och omsorg finns en rutin som beskriver arbetssättet med avvikelser.

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.

Utveckling av avvikelshantering har skett under 2021 där vikten av att analysera de händelser som inträffar ur ett helhetsperspektiv för att kunna vidta adekvata åtgärder har betonats. Enhetscheferna inom socialförvaltningens verksamheter har informerats om detta via de olika ledningsgrupperna där MAS/MAR samt kvalitetsutvecklare deltagit. MAS/MAR har i den senaste avvikelserapporterna sett att de har skett en utveckling i hur rapporterna skrivs.

## 6 Klagomål och synpunkter

De klagomål och synpunkter som kommer direkt till verksamheterna hanteras i första hand av enhetschef på den enhet där patienten vårdats. Klagomål och synpunkter är en del av avvikelshantering och ska rapporteras i avvikelssystemet.

Allvarliga klagomål ska komma medicinskt ansvariga till känna. Medicinskt ansvariga gör en vidare utredning samt bedömer om klagomålet har medfört eller riskerat att medföra en allvarlig vårdskada och därmed ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Inget av de klagomål som har inkommit under 2021 har föranlett en anmälan till IVO. En sammanställning av avvikelserapporten presenteras av MAS/MAR för vård- och omsorgsnämnden två gånger per år. MAS informeras om inkomna klagomål till patientnämnden och vidtar de åtgärder som är nödvändiga.

## 7 Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Observationsmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler SÄBO	1 ggr/månad	Sveriges kommuner och regioner, SKR
Självskattning av följsamhet basala hygienrutiner och klädregler, övriga enheter förutom SÄBO	2 ggr/år	Protokoll
HALT - mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning	1 ggr/år	Senior Alert
Infektionsregistrering av vårdrelaterade infektioner	1 ggr/månad	Vårdhygien
Hygienrund, SÄBO	1 ggr/år	Protokoll vårdhygien
Egenkontroll läkemedelshantering, SÄBO samt ordinärt boende	2 ggr/år	Protokoll

## 8 Åtgärder för att öka patientsäkerheten

Under 2021 har ett fortsatt stort arbete lagts ned på att minska risken för smittspridning av Covid-19 i våra verksamheter. MAS har haft en tät kontakt med företrädare för regionen däribland vårdhygien och smittskydd. Rutiner och riktlinjer har regelbundet uppdaterats enligt direktiv från regionen.

I juni 2021 fick MAS i uppdrag av vård- och omsorgsnämnden att utreda vad resultatet i Öppna jämförelser 2020 som visade på en ökad förskrivning av olämpliga läkemedel samt ökad mängd läkemedel till patienter, + 75 i Håbo kommun kunde bero på. MAS påbörjade ett utredningsarbete under våren 2021 för att se över vad detta kunde bero på. I denna utredning intervjuades enhetschef, sjuksköterskor samt förskrivare.

För att kartlägga hur man på enheterna arbetar med teamarbete har MAS och MAR under hösten 2021 deltagit på teamträffar på Solängen, Dalängen, samt på Pomona hus 2 och 4. Målet har varit att identifiera framgångsfaktorer för teamarbete för att kunna förbättra kvaliteten på våra insatser. Arbetet kommer att fortsätta under 2022.

I samband med utskrivning från slutenvård finns risk för uteblivna eller fördröjda hälso-sjukvårdsinsatser. MAS/MAR enhetschef HSL och enhetschef BIB har under 2021 påbörjat en översyn av arbetet inom Håboteamet samt en översyn av rutinen "Rutin för samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården, för personer i Håbo kommun". MAS/MAR/verksamhetsutvecklare har tagit ett beslut att avvakta med att uppdatera rutinen tills dess Cosmic Link införs i mars 2022.

### Åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten

Vård- och omsorgspersonalen har genomgått utbildningar kring basala hygienrutiner. Rutiner gällande Covid 19 och hanteringen av denna har kontinuerligt uppdaterats. En lokal handlingsplan gällande vårdhygien har antagits av vård- och omsorgsnämnden. Av egenkontroll basal hygien och klädregler framgår att enheterna på ett bra sätt följer de rutiner avseende vårdhygien som finns framtagna.

För att komma till rätta med de överförskrivningar som uppmärksammats har en rutin för årliga läkemedelsgenomgångar avseende patienter i ordinärt boende, inskrivna i

kommunens hemsjukvård som är + 75 år med 5 läkemedel eller fler insatta, tagits fram under hösten 2021 i samverkan med Familjeläkarna samt Bålstadoktorsnäs vårdcentraler.

Det kontinuerliga arbetet med att utföra riskbedömningar har fortsatt under året. Personalen på särskilt boende för äldre inklusive korttidsplatser har under året genomfört riskbedömningar för att minska risken för tryckskada, fall, undernäring samt ohälsa i munnen på flertalet av de boende.

Avvikelsehanteringen har utvecklats och under året har nya rutiner tagits fram och anpassningar i verksamhetssystemet har gjorts. Enhetscheferna inom kommunens hälso- och sjukvård och omsorg har informerats om vikten av att analysera avvikelserna utifrån ett helhetsperspektiv för att kunna hitta rätt åtgärder att sätta in för att minska risk för vårdskador.

Fortbildning i dokumentation i patientjournal och ICF (klassifikation för vårddokumentation) har genomförts för arbetsterapeut och fysioterapeut.

Obligatorisk utbildning för hantering av lyft och lyftsele har fortgått under 2021.

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

Apoteket AB har under hösten 2021 genomfört granskning på följande enheter; Pomona hus 2, Pomona hus 4, Solängen samt Dalängen. Resultatet visar, liksom 2020, att läkemedelshanteringen i huvudsak fungerar bra och är trygg men att det fortsatt finns förbättringsåtgärder. Det gäller bland annat att öka spårbarheten av läkemedel. I sjuksköterskans uppgift ingår att vara noggrann med att signera alla händelser där läkemedel lämnas ut, iordningställs och administreras samt att följa upp att delegerade arbetsuppgifter utförs korrekt. Det finns även behov av att se över befintlig läkemedelsrutin när det gäller kassation av läkemedel samt hanteringen av destruerade läkemedel. Arbetet med att förbättra läkemedelshanteringen kommer att fortsätta under 2022.

### **Lokal plan för patientsäkerhet**

MAS/MAR har under året påbörjat en planering för att utforma en lokal handlingsplan när det gäller patientsäkerhet. Den lokala handlingsplanen ska utgå från nationell handlingsplan för patientsäkerhet som finns på nationell nivå och som gäller 2020-2024. Material har inhämtats från Socialstyrelsen och från Sveriges kommuner och landsting. Ett första möte med socialförvaltningens ledning är inplanerat i januari 2022 för att komma vidare i processen.

## **9 Riskanalys**

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

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Inom socialförvaltningens hälso- och sjukvård och omsorg saknas en gemensam struktur för hur vi gör riskanalyser utifrån patientsäkerhet. Riskanalyser genomförs inom vissa områden men vi behöver hitta ett mer strukturerat arbetssätt.

De risker som MAS/MAR under 2021 har identifierat listas nedan.

### **Identifierade risker i verksamheten 2021**

Covid 19 och hanteringen av pandemin har haft en stor påverkan på arbetssituationen inom alla våra verksamheter. Folkhälsomyndigheten/Region Uppsalas rekommendation om att vara hemma vid minsta symtom har gjort att det under perioder varit kort om personal.

En ny organisation inom socialförvaltningen har inneburit delvis nya arbetssätt och nyanställningar på alla nivåer, såväl inom ledning- chef och verksamhetsnivå. Under 2021 har det varit många chefsbyten på enhetsnivå och vi har även sett en omsättning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och svårigheter att rekrytera. I samband med chefsbyten samt omsättning av personal finns en risk att viktig kunskap om verksamheten försvinner vilket tar tid att bygga upp på nytt.

MAS/MAR har under 2021 uppmärksammat hur inrapportering till kvalitetsregister minskat, att kompetensutveckling av legitimerad personal samt omsorgspersonal inte prioriteras, att teamarbetet inte har prioriteras inom vissa verksamheter. Vi har också sett brister i följsamhet till delegeringsrutinen.

För att komma till rätta med de uppmärksammade bristerna kan det vara av vikt att se över introduktionen av nyanställd personal. En bra överlämning, en välfungerande introduktion och ett tydligt ledarskap är viktigt. Vi ser att introduktionen behöver förbättras på alla nivåer, för ledning, chefer, vård- och omsorgspersonal. Det är känt att arbetsmiljöfaktorer såsom hög arbetsbelastning kan påverka patientsäkerheten. Det är därför viktigt att även se över arbetsmiljön.

Patientsäkerhets- respektive arbetsmiljöområdet regleras av olika lagstiftning. Men det finns likheter, främst inom områdena

- riskbedömningar
- åtgärder
- handlingsplaner
- utredningar och anmälningar
- årliga uppföljningar

Att arbeta integrerat med arbetsmiljö och patientsäkerhet kan förstärka effekten av arbetet. Det kan också bidra till en helhetssyn och delaktighet.

### **Lokaler**

Hygiensjuksköterska från vårdhygien inom regionen har under 2021 granskat Solängen, Pomona hus 4 samt korttids Pomona 2:5 och kommit med åtgärdsförslag som bör tas om hand under 2022. På Solängen kvarstår brister som uppmärksammades redan under 2017.

Vårdhygien har bedömt att lokalerna på Pomona till viss del är undermåliga ur ett vårdhygieniskt perspektiv, vilket ger ökad risk för vårdrelaterade infektioner. Pomona drabbades i december 2021 av ett magsjukesutbrott vilket stärker vårdhygiens bedömning. Utbrottet hade stor påverkan på verksamheten men har nu avklingat. Vidare uppmärksammades att det fanns brister i personalens följsamhet till basala hygienrutiner. Vårdhygien betonar vikten av att personalen kan omvandla teoretisk kunskap till praktisk.

Ett nytt särskilt boende för äldre kommer att öppna i februari 2022 på Västerhagsvägen och tanken är att merparten av de boende/patienterna från Pomona kommer att flytta dit. Verksamheten behöver under 2022 arbeta vidare med att förbättra det vårdhygieniska arbetet. En förhoppning är att de vårdrelaterade infektionerna därmed kommer att minska.

## **10 Utredning av händelser – vårdskador**

Under 2021 har ingen vårdskada rapporterats till MAS/MAR som bedömts vara av den allvarlighetsgraden att den föranlett en anmälan till IVO enligt lex Maria. De fåtal allvarliga avvikelser som MAS/MAR fått kännedom om har bland annat handlat om boende som skadat sig i samband med fall på boendet trots att rimliga och adekvata fallförebyggande åtgärder vidtagits. Dessa har inte bedömts som vårdskada. Allvarliga avvikelser som inträffar i verksamheterna ska, enligt rutin, riskbedömas och gå vidare till MAS/MAR för kännedom samt bedömning om vårdskada. Det är mycket få avvikelser som går vidare till MAS/MAR och vi ser en risk att de inte rapporteras i tillräcklig omfattning.

## **11 Informationssäkerhet**

I september 2021 skedde en incident i vårt journalsystem Treserva. Ett antal journalanteckningar hade felaktigt skrivits i testversionen av Treserva istället för produktionsmiljön. Det är inte känt att någon patient kommit till skada på grund av händelsen. Åtgärder vidtogs omgående. Testmiljön är inte längre tillgänglig för alla användare. Förvaltningsledning, MAS/MAR, systemförvaltare, IT samt kommunens dataskyddsombud informerades. En anmälan om negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter gjordes till läkemedelsverket.

En annan incident inträffade i samband med en uppgradering av NPÖ (nationell patientöversikt) vilket innebar att legitimerad personal inte hade tillgång till att ta del av patientinformation i NPÖ under en hel vecka.

Dessa två händelser uppmärksammade oss på att det saknades en tydlig organisation för de system som används inom den kommunala hälso- sjukvården och omsorgen och som MAS/MAR tidigare delvis bevakat.

### **Åtgärder**

De system som används inom hälso- och sjukvården ska framöver förvaltas av systemförvaltare i samarbete med systemadministratör. Delar av de arbetsuppgifterna har tidigare legat på MAS/MAR men har under hösten 2021 flyttats över. För ett förbättrat informationssäkerhetsarbete är ett tydligare samarbete mellan systemförvaltare och IT under uppbyggnad. En ny förvaltningsövergripande rutin angående skyddande av personuppgifter har utarbetats av kvalitetsutvecklare.

### **Utförda riskanalyser**

Inför att IVO begärde in 125 patientjournaler som skulle laddas upp i PDF format via en säker länk gjordes en bedömning tillsammans med IT, systemadministratör gällande mellanlagring på våra egna servrar. Detta bedömdes möjligt att göra på ett säkert sätt och patientjournalerna laddas upp utan incident.

## Loggkontroller samt journalgranskning

Logg kontroll Treserva samt loggkontroll NPÖ har utförts under 2021 men inte i tillräcklig omfattning. En ny rutin har tagits fram i december 2021 för att säkerställa att loggkontroller sker i den omfattning vi är skyldiga till. Egenkontroll av HSA (patientkatalog) är utfört.

## Journalgranskning

Under 2021 har MAS/MAR granskat 5 slumpmässigt utvalda journaler per yrkeskategori. Patientjournalen ska spegla innehållet i de viktigaste delarna i vården och de olika steg i vårdprocessen som sker med patienten; bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering. I granskning av 10 slumpmässigt utvalda patientjournaler framgår framförallt förbättringsområden när det gäller beskrivning av bakgrunden till patientens vård. Det saknas också till viss del uppgift om hur och när uppföljning av beslutade åtgärder som är fördelade till baspersonal sker. En uppföljning av detta kommer att ske under 2022.

## 12 Resultat och analys

### 12.1 Egenkontroll

Mål	Strategier	Åtgärd	Resultat	Analys
Rätt läkemedel till rätt person vid rätt tid	Egenkontroll läkemedelshandling enligt rutin 2 ggr/år	Ansvarig ssk genomför egenkontroll	Egenkontroll har utförts inom SÄBO och hemsjukvård	Av egenkontrollerna framkom bland annat avvikelser gällande temperatur läkemedelsrum som under sommaren legat för högt. Vidare framkom förbättringsbehov när det gäller aktuella ordinationshandlingar, kontroll av narkotika, städning av läkemedelsvagnar samt nyckelhantering. Extern granskning av apoteket har utförts och åtgärder planeras utifrån den granskningen under 2022.
God vårdhygien inom vård och omsorg	Mätning av följsamhet till basala hygien och klädregler 1 ggr/månad ( BHK)  Hygienrond	BHK görs av omvårdnadspersonal Självskattning inom hemsjukvård/hemtjänst  Hygienrond en gång/årligen på SÄBO	Egenkontroller BHK samt självskattning samt hygienrond har utförts i varierande grad	En del verksamheter har inte rapporterat enligt rutin till BHK men av vad som rapporterats framgår i stort god följsamhet till basala kläd- och hygienregler. Påminnelse har gått ut till verksamheterna om vikten av god vårdhygien samt vikten av att vidta åtgärder där det

Mål	Strategier	Åtgärd	Resultat	Analys
				brister
Förhindra smittspridning	Utarbeta en handlingsplan för god Vårdhygien	MAS har under 2021 utarbetat en handlingsplan för god vårdhygien i samråd med vårdhygien	Handlingsplan fastställd i VoN hösten 2021	Verksamheterna har tagit del av handlingsplanen. Viktigt att hålla handlingsplanen levande, följa upp att verksamheterna har kännedom om den och om vikten av att vidta åtgärder där det brister. Handlingsplanen ska utvärderas 1 gång per år
Förbättrad dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen	Genom journalgranskning se över förbättringsområden och komma med förslag på åtgärder	Ny mall för journalgranskning utformad av MAS/MAR för att uppmärksamma förbättringsområden vad gäller dokumentation	Journalgranskning utförd av MAS/MAR under hösten 2021 av 10 slumpmässigt utvalda patientjournaler	Av granskningen framgår brister när det gäller beskrivning av bakgrunden till patientens vård. Det saknas också till viss del uppgift om hur och när uppföljning av beslutade åtgärder som är fördelade till omvårdnadspersonal sker. En uppföljning av detta kommer att ske under 2022

### 13 Avvikelser

Totalt har 2038 avvikelser inom hälso-och sjukvård rapporterats under 2021.

Avvikelserna har legat på ungefär samma nivåer de tre senaste åren. En liten ökning syns 2021. Fall står för 50% av avvikelserna och läkemedel står för 40%.

Fallavvikelserna ligger på samma nivå som tidigare år medan läkemedelsavvikelserna har ökat något. Om det är möjligt att få ned antalet fall och läkemedelsavvikelser är ett arbete som verksamheterna behöver titta närmare på. Vad gäller läkemedel så är brist i följsamhet till rutiner den vanligaste bakomliggande orsaken. Vi behöver förstå varför det ser ut som det gör, beror det på att man gör misstag, att man inte känner till rutiner eller att det inte finns tillräckliga rutiner.

Vad gäller fall så anges ofta individuella faktorer som orsak till fallen. Ett fall är undvikbart om det i utredningen av fallet visar sig att lämpliga förebyggande åtgärder inte har vidtagits. Av de fall som sker är det viktigt att se över om det finns handlingsplaner för att undvika fall.

En avvikelse som rör området delegering har uppmärksammats, avvikelsen är inte färdigutredd men det handlar om att delegeringar inte har följts upp i tid. Det är mycket viktigt att verksamheterna säkerställer att delegeringar följs upp regelbundet och systematiskt samt att det finns personal som kan ta emot delegeringar.

Avvikelser i samverkan är ett viktigt verktyg för att bidra till förbättringar på både kort och lång sikt inom kommun och region. 20 avvikelser i samverkan med regionen har hanterats.

Två avvikelser som rör dokumentationssystemet Treserva har rapporterats en avvikelse handlar om brist i systemet där sjuksköterskor inte haft tillgång till hela patientjournalen för vissa patienter. Den andra avvikelsen handlar om att testmiljön använts för journalanteckningar. Åtgärder har vidtagits för att förhindra ett återupprepande.

## 14 Klagomål och synpunkter

Vi har generellt få klagomål inrapporterade i vårt avvikelssystem. Rapporteringen av klagomål och synpunkter har dock ökat. 2021 rapporterades 55 synpunkt/klagomål i vårt avvikelssystem Treserva. Av de 31 klagomål som registrerats som klagomål gällande hälso- och sjukvård har åtgärder dokumenterats i 14 fall. Klagomålen handlar om uteblivna eller försenade hälso-och sjukvårdsinsatser, hjälpmedel, utebliven information, m.m. Åtgärder som vidtas i verksamheten: klagomålen tas upp med berörda, diskuteras på APT, rutiner ses över av ansvariga.

Inför 2022 behöver socialförvaltningen titta vidare på hur klagomål och synpunkter inom våra verksamheter. Det är viktigt att klagomål och synpunkter från patienter och närstående tas om hand och följs upp på ett strukturerat sätt.

## 15 Händelser och vårdskador

IVO har under 2021 utfört en nationell tillsynsinsats avseende medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende (SÄBO). IVO har i denna tillsyn begärt in 125 patientjournaler avseende vårdtagare boende på SÄBO i Håbo kommun under perioden januari 2019 - till och med juni 2021. Dessa har skickats in till IVO i oktober 2021.

IVO har även utfört en särskild tillsynsinsats på Pomona hus 4 med syfte att ta reda på hur säkra besök har kunnat genomföras på boendet efter den 1 oktober 2020 (när det nationella besöksförbudet togs bort). Inom denna tillsyn har IVO samtalat med chef, personal, och boende. I tillsynen framkom delvis motstridiga uppgifter gällande hur de säkra besöken gått till. I beslutet från IVO uppmärksammades vård- och omsorgsnämnden på att vi i vissa fall på ett otillåtet sätt begränsat besök.

## 16 Mål och strategier för kommande år

Mål och Strategier behöver ha en långsiktighet därför är mål och strategier över minst en två årsperiod. De områden som hälso-och sjukvård och vård och omsorgen behöver arbeta med framåt är:

- Stärkt patientsäkerhetsarbete
- Förebyggande och rehabiliterande arbetssätt
- Stärkt teamarbete
- Palliativ vård med god kvalité
- Dokumentation Hälso-och sjukvårdsåtgärder



### **Ta fram lokal Handlingsplan patientsäkerhet**

Den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för är en stor och viktig del av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har tagit fram en nationell handlingsplan som sträcker sig 2020-2024 med mål att stärka patientsäkerheten. Då patientsäkerhetsarbetet ser olika ut i landets kommuner och regioner behöver handlingsplanen brytas ner och anpassas hos respektive region respektive kommun. Kommunerna behöver ta fram egna handlingsplaner och etablera principer, prioriteringar och mål för patientsäkerhetsarbetet. Målet är god och säker vård överallt, alltid och att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

Ett arbete avseende utformandet av lokal handlingsplan för patientsäkerhet inom socialförvaltningen Håbo kommun kommer att påbörjas under 2022. MAS och MAR leder projektet.

### **Utveckla vården och omsorgen till att bli mer förebyggande och rehabiliterande**

Inom Socialförvaltningen ska verksamheter arbeta på ett sätt som stödjer möjligheten för människor att bibehålla och stärka förmågor och funktioner. Utgångspunkten är vad som är viktigt för den enskilde och dennes behov och förutsättningar.

Proaktiva arbetssätt för att bibehålla grad av självständig behöver utvecklas. Rehabiliteringsinsatser behöver påbörjas i ett tidigt skede för att förebygga framtida behov av hjälp. Det är också viktigt att tydliggöra en gemensam grundläggande värdegrund för ett rehabiliterande förhållningssätt.

### **Stärkt teamarbete**

Utveckla teamarbetet inom vård och omsorg och det systematiska arbetssättet att förebygga ohälsa och vårdskador.

### **Dokumentation Hälso-och sjukvårdsåtgärder**

Utveckla dokumentation i patientjournal genom kompetensutveckling och ny metod för journalgranskning för legitimerad personal. Samt genom att säkerställa informationsöverföring av hälso-och sjukvårdsordinationer till utförarpersonal.

### **Palliativ vård**

En god palliativ vård förutsätter att personalen har tillräcklig kunskap för att möta patienternas olika behov. Av gemensam ViS riktlinje för kommun och region framgår att varje huvudman ansvarar för att personalen får adekvat utbildning- och fortbildning i palliativ vård. Inom region Uppsala erbjuder palliativa konsultationsteamet (PKT), sedan 2021, en utbildning till och för palliativa ombud. PKT har ett länsövergripande uppdrag för palliativ vård inom regionen. Syftet med att utbilda palliativa ombud är att skapa nätverk för erfarenhetsutbyte och att stärka kompetens kring palliativ vård. Målet är att bevara och sprida kunskap både i den egna organisationen men även mellan organisationer.

Då enhetscheferna inom kommunens hälso- och sjukvård och omsorg uppgav att de under hösten 2021 inte hade förutsättningar att utse palliativa ombud eller låta dessa gå utbildning via PKT under hösten 2021 så är detta istället planerat att ske under 2022. Rekommendationen är att det utbildas två palliativa ombud per boende/hemsjukvård en sjuksköterska samt en undersköterska/fysioterapeut/arbetsterapeut. Utbildningen kommer att hållas löpande av PKT inom regionen.

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sandra Sabel, verksamhetscontroller  
Sarah Forsberg, verksamhetsutvecklare  
0171-525 00  
sandra.sabel@habo.se  
sarah.forsberg@habo.se

## **Avvikelse rapport social omsorg helår 2021**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna förvaltningens avvikelse rapport för helår 2021.

### **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 2021.

### **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 med underlag till nämnden under år 2022.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 5954, daterad 2022-02-01
- Avvikelse rapport social omsorg helår 2021 nr 5929, daterad 2022-01-28

### **Beslut skickas till**

Verksamhetscontroller och verksamhetsutvecklare socialförvaltningens stab

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sandra Sabel, verksamhetscontroller  
Sarah Forsberg, verksamhetsutvecklare  
0171-525 00  
sandra.sabel@habo.se  
sarah.forsberg@habo.se

## **Vård- och omsorgsnämndens rapport om avvikelser, klagomål och synpunkter helår 2021**

### **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. 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 2021, 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 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.

En avvikelse kan ses som en händelse som inträffar och inte stämmer med befintliga rutiner eller förväntat händelseförlopp. Det kan röra en persons insatser, omsorg, dokumentation eller myndighetsutövande. 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 avvikelsemodule. Avvikelseerna 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 rapporteras vidare till förvaltningens stab för utredningen enligt lex Sarah i enlighet med 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS. Enhetschef ansvarar för att rapportera händelser som kan anses vara risk för eller missförhållanden och händelserna utreds vidare av verksamhetsutvecklare.



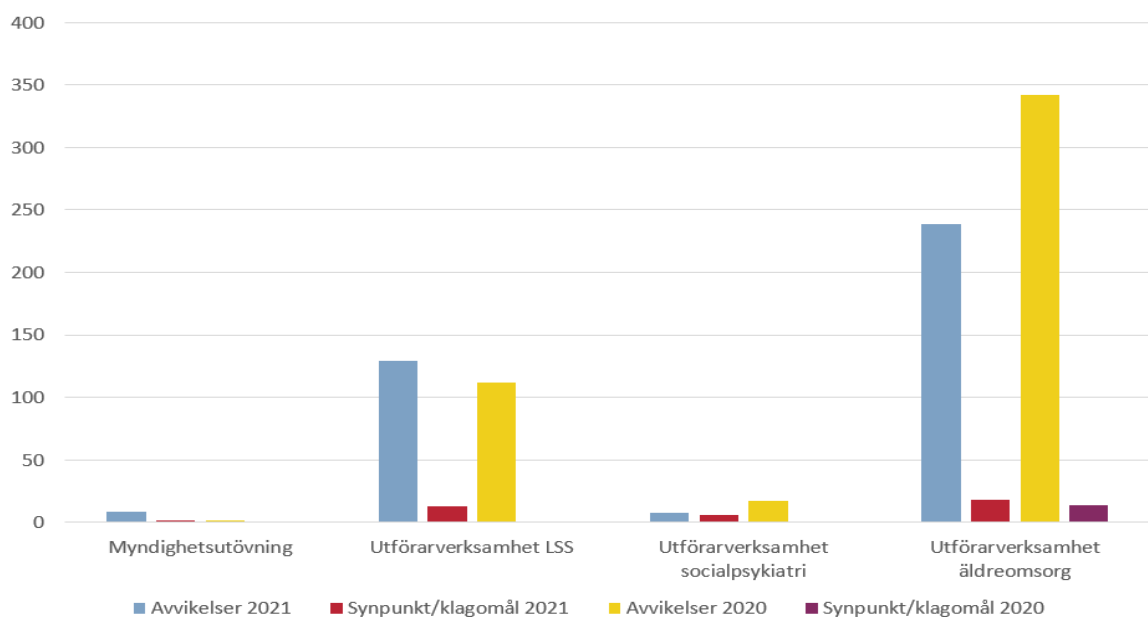
## Rapporterade avvikelser, synpunkter och klagomål under perioden 1 januari – 31 december 2021

För perioden har totalt 423 avvikelser, synpunkter och klagomål upprättats och tagits emot inom nämndens verksamheter att jämföra med föregående års rapporteringsfrekvens 489. Det totala antalet särskiljer sig inte i någon större omfattning mellan åren men pandemin har haft en viss påverkan utifrån att vissa verksamheter har varit helt eller delvis stängda under olika perioder under åren 2020/2021. Totala antalet avvikelser, synpunkter och klagomål torde ha varit högre på helår sett till omfattning av verksamheter.

Under året har utvecklingsarbete skett gällande avvikelshantering där rutin har reviderats och anpassats för att underlätta identifiering av avvikelser. Vidare har analysstöd för chefer framtagits som stöd i analysarbetet av avvikelser. Inom delar av nämndens verksamheter har även utbildningsinsatser genomförts under året för medarbetare och chefer gällande avvikelshantering och social dokumentation.

2021 gjordes även anpassningar i avvikelsemodulen för en mer ändamålsenlig och lätthanterlig avvikelserrapportering. Avvikelseområden ändrades och lades till. På grund av det har årets avvikelserapporter sett annorlunda ut och jämförelser och trender har inte kunnat följas på samma sätt. Utifrån dessa förändringar görs endast jämförelse i antal avvikelser, synpunkter och klagomål mellan 2021 och föregående år. Vilket nedan bild visar, per verksamhetsområde. Inom utförarverksamhet äldreomsorg har de skett en markant minskning av rapporterade avvikelser, vilket kan förklaras genom att vissa verksamheter varit stängda men också en skiftande kontinuitet av styrning och ledning på grund av chefsbyten.

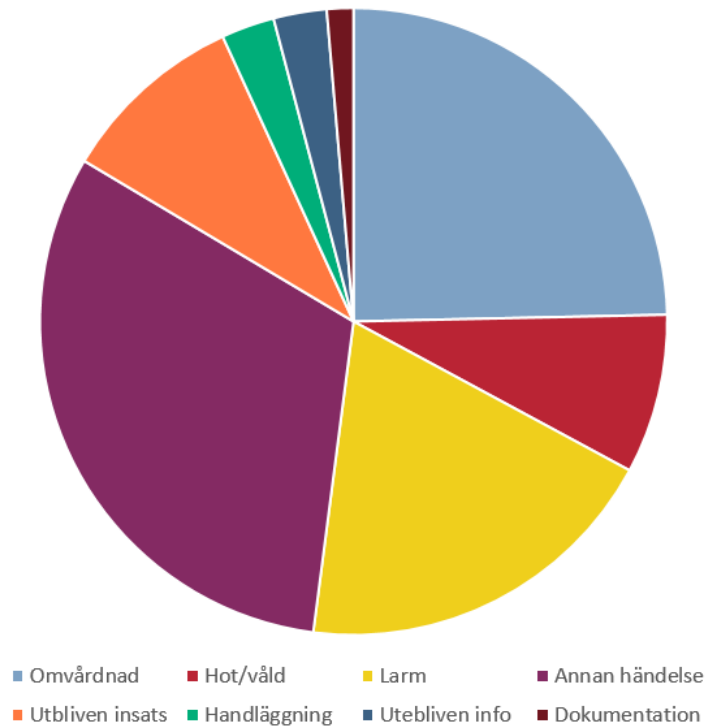
Avvikelser, synpunkt/klagomål 2021 respektive 2020





Sammanställning av avvikelser på aggregerad nivå (det vill säga nämndens samtliga verksamheter som rapporterar avvikelser) görs från och med 1 april utifrån områdena dokumentation, bemötande, verksamhetssystem, omsorg och övrigt. Nedan bild visar inom vilka områden avvikelser har redovisats på aggregerad nivå under perioden januari-mars 2021 utifrån tidigare indelning. Under årets första tre månader kan vi se att det varit flest avvikelser rapporterade inom områdena annan händelse, omvårdnad och larm. Under året har förbättringsåtgärder vidtagit främst inom utförarverksamhet, särskilt boende äldreomsorg gällande larm samt hot/våld mellan brukare. Vilket lett till en minskad avvikelsefrekvens inom dessa områden.

Områden jan-mars 2021

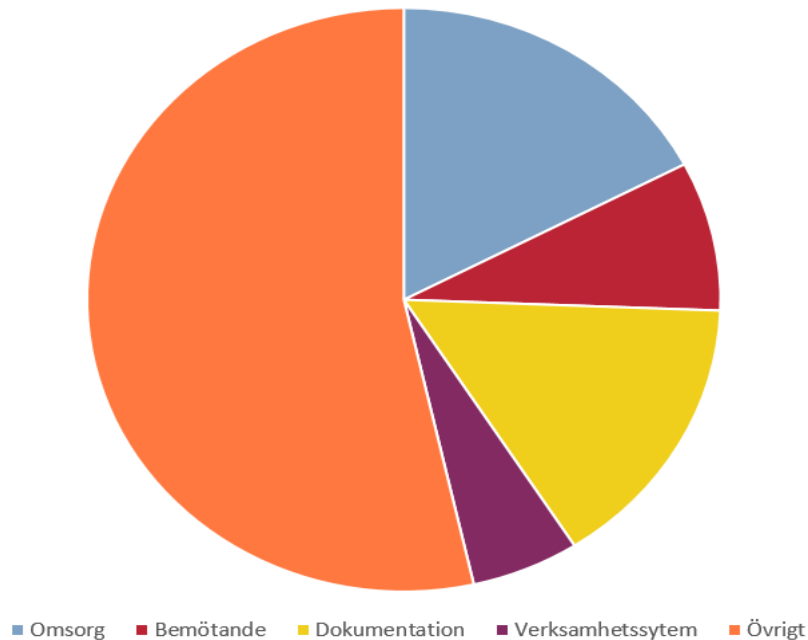




Under april till december har fördelningen av avvikelser varit enligt nedanstående. Flest avvikelser har rapporterats inom område övrigt (136 st) följt av omsorg (44 st) och dokumentation (39 st). Utmärkande är att över hälften av avvikelserna sammanställs på aggregerad nivå inom område övrigt, vilket försvårar analysen men på övergripande nivå kan vi se att det rör om bristande följsamhet till rutiner och att avvikelser som upprättats inom området istället borde ha dokumenterats i social journal.

Positivt för årets avvikelserrapportering är att flertalet verksamheter själva sett brister i social dokumentation och rapporterat in det som avvikelser. Detta skapar goda förutsättningar för förbättringsarbete inom området.

Områden april - dec 2021



### Myndighetsutövning inom socialpsykiatri, LSS, äldreomsorg och färdtjänst

Inom myndighetsutövning inryms enheten för socialpsykiatri och Biståndsenheten.

Enheten för socialpsykiatri har inte rapporterat några avvikelser för perioden. I jämförelse med föregående år är rapporteringsfrekvensen detsamma.

Biståndsenheten har totalt rapporterat in tio avvikelser under året, inom handläggning äldreomsorg, varav en av dem avser brister i utskrivningsplaneringen från sjukhuset, vilket har rapporterats vidare till slutenvården enligt gällande rutin. Avvikelserna finns främst inom område verksamhetssystem. Verksamheten har sett över sitt arbetssätt gällande tillgång i verksamhetssystemet vid inhyrd personal, liknande avvikelser har därefter inte inträffat. Ingen av avvikelserna har rapporterats som allvarliga. I jämförelse med föregående år har enheten en viss ökning av rapporterade avvikelser (jmf 2 st 2020).



### **Utförarverksamhet inom LSS**

Inom utförarverksamhet LSS inryms daglig verksamhet, personlig assistans, gruppbostäderna Självägen, Vallvägen 2, Vallvägen 4 och Lindegårdsvägen samt servicebostäderna Dalvägen och Lindegårdsbacke.

#### *Daglig verksamhet*

Verksamheten har varit stängd helt eller delvis under delar av 2021 på grund av pandemin. Under året har fyra avvikelser rapporterats in. Avvikelseerna inryms till största del inom området dokumentation där verksamheten har identifierat ett utvecklingsbehov gällande utformningen av mål i genomförandeplaner och har påbörjat ett förbättringsarbete. Ingen av avvikelserna har rapporterats in som allvarlig. I jämförelse med föregående års rapportering har verksamheten en likvärdig rapporteringsfrekvens (jmf 3 st 2020).

#### *Personlig assistans*

Inom personlig assistans har det för perioden rapporterats in totalt 16 avvikelser. Avvikelseerna inryms till större delen inom områdena omsorg och övrigt. Verksamheten har identifierat behov av kompetenshöjande insatser hos medarbetare gällande avvikelshantering. Ingen av avvikelserna har rapporterats in som allvarlig. I jämförelse med föregående års rapportering har verksamheten en minskad rapporteringsfrekvens (jmf 31 st 2020). Vilket kan förklaras med att det inom verksamheten finns behov av att tydliggöra vad som är en avvikelse och vad som till exempel är en händelse av vikt och behöver dokumenteras i social journal. Under året har verksamheten sett en ökning av avvikelser inom hälso- och sjukvård vilket föranlett ett tydligare arbetssätt inom verksamheten som även genererar en positiv påverkan på avvikelshantering inom social omsorg.

#### *Självägen*

Under året har verksamheten rapporterat in 84 avvikelser. Avvikelseerna inryms till största del inom området övrigt där verksamheten har identifierat utvecklingsbehov gällande följsamhet till rutiner, framtagandet av rutiner och introduktion för nyanställda. Verksamheten har under året påbörjat förbättringsarbete för att förhindra uppkomsten av liknande händelser. Det har även framkommit att verksamheten fortsatt behöver arbeta med implementering av rutin samt förtydliga vad som ska rapporteras som avvikelser för medarbetare då det framkommit att en del av de inrapporterade avvikelserna inte kan klassificeras som avvikelser. Ingen av avvikelserna har rapporterats in som allvarlig. I jämförelse med föregående års rapportering har verksamheten en markant ökad rapporteringsfrekvens (jmf 17 st 2020), detta kan delvis bero på det identifierade behovet av förtydligande gällande vad som klassas som en avvikelse.

#### *Vallvägen 2*

Verksamheten har under året en inrapporterad avvikelse inom området dokumentation. Avvikelsen har inte rapporterats som allvarlig. Verksamheten har under året identifierat en underrapportering av avvikelser där orsaken bedöms vara okunskap hos medarbetare om hur avvikelser ska rapporteras. Verksamheten planerar att ha detta som ett utvecklingsprojekt och utbildningssatsning under 2022. I jämförelse med föregående års rapportering har verksamheten en likvärdig rapporteringsfrekvens (jmf 2 st 2020).



#### *Vallvägen 4*

Under året har verksamheten rapporterat in 17 avvikelser. Avvikelserna inryms till största del inom områdena dokumentation, bemötande och verksamhetssystem. Ingen av avvikelserna har rapporterats som allvarlig. Verksamheten har kunnat identifiera brister i kommunikation mellan medarbetare som en orsak till avvikelser och arbetar med att förbättra detta. I jämförelse med föregående års rapportering har verksamheten en minskad rapporteringsfrekvens (jmf 37 st 2020).

#### *Lindegårdsvägen*

Verksamheten har under året en inrapporterad avvikelse. Avvikelsen har inte rapporterats som allvarlig. Verksamheten har under året identifierat en underrapportering av avvikelser och arbetar med att förbättra det. I jämförelse med föregående års rapportering har verksamheten en likvärdig rapporteringsfrekvens (jmf 4 st 2020).

#### *Dalvägen*

Under året har verksamheten rapporterat in tre avvikelser. Avvikelserna inryms inom området omsorg. Ingen av avvikelserna har rapporterats som allvarlig. Verksamheten har under året identifierat en underrapportering av avvikelser och arbetar med att förbättra det samt även identifierat ett utvecklingsbehov kring hanteringen av avvikelserna i verksamhetssystemet Treserva, främst gällande uppföljning och avslut. I jämförelse med föregående års rapportering har verksamheten en likvärdig rapporteringsfrekvens (jmf 2 st 2020).

#### *Lindegårdsbacke*

Under året har verksamheten rapporterat in tre avvikelser. Avvikelserna inryms till största del inom området omsorg. Ingen av avvikelserna har rapporterats som allvarlig. Verksamheten har under året identifierat en underrapportering av avvikelser och arbetar med att förbättra det. I jämförelse med föregående års rapportering har verksamheten en minskad rapporteringsfrekvens (jmf 16 st 2020).

### **Utförarverksamhet inom socialpsykiatri**

Verksamheter inom socialpsykiatri är boendestöd och arbetsstöd.

#### *Boendestöd*

Under året har verksamheten rapporterat in sex avvikelser. Avvikelserna inryms främst inom området verksamhetssystem. Inga avvikelser har rapporterats som allvarliga. I jämförelse med föregående års rapportering har verksamheten likvärdig rapporteringsfrekvens (jmf 10 st 2020). Verksamheten arbetar med att öka kännedom i arbetsgruppen kring vad som är en avvikelse utifrån identifierad underrapportering.

#### *Arbetsstöd*

Verksamheten har under året rapporterat två avvikelser under perioden. Inga avvikelser har rapporterats som allvarliga. I jämförelse med föregående år har verksamheten en minskad rapportering av avvikelser (jmf 7 st 2020). Verksamheten arbetar med att öka kännedom i arbetsgruppen kring vad som är en avvikelse utifrån identifierad underrapportering.





### **Utförarverksamhet inom äldreomsorg**

Inom utförarverksamhet äldreomsorg egen regi inryms särskilda boendena Pomona hus 2, Pomona hus 4, Solängen och Dalängen, korttidsboende Pomona 4 (P4) och Plommonvägen 6 (P6) samt biståndsbedömda dagverksamheten för äldre och hemtjänst Kärnhuset.

#### *Pomona hus 2*

Inom verksamheten har totalt fyra avvikelser rapporterats under året. Avvikelseerna är främst inom området omsorg. Inga avvikelser har rapporterats som allvarlig. Verksamheten har identifierat utvecklingsbehov gällande avvikelser inom social omsorg och att det råder en underrapportering. Verksamheten bedrevs under 2020 på entreprenad av Humana varvid jämförelser inte görs gällande föregående års rapporteringsfrekvens.

#### *Pomona hus 4*

Under året har totalt 46 avvikelser rapporterats inom verksamheten. Merparten av avvikelser inryms inom området dokumentation, vilket är ett identifierat utvecklingsområden inom verksamheten. Inga avvikelser har rapporterats som allvarlig. I jämförelse med föregående år har verksamheten samma rapporteringsfrekvens (jmf 46 st 2020).

#### *Solängen*

Inom verksamheten har totalt 33 avvikelser rapporterats under perioden. Främst inom området övrigt. Inga avvikelser har rapporterats som allvarliga men verksamheten har dock under året mottagit ett klagomål som föranledde en vidare utredning enligt lex Sarah. Utredning påvisade inget missförhållande men verksamheten upprättade en handlingsplan med aktuella förbättringsåtgärder. I jämförelse med föregående år har verksamheten en minskad rapporteringsfrekvens (jmf 71 st 2020). Vilket kan förklaras till viss del genom att verksamheten har genomfört förbättringsåtgärder gällande hot/våld mellan brukare och funktionalitet kring larm.

#### *Dalängen*

Under året har verksamheten totalt rapporterat 59 avvikelser. Majoriteten av avvikelser avser områden dokumentation och övrigt. Avvikelseerna handlar till viss del om brister i och följsamhet till rutiner. Orsak bakom detta kan förklaras av personalomsättning och flertal chefsbyten. En av avvikelserna har bedömts som allvarlig och utretts vidare enligt lex Sarah. Utredningen visade på ett allvarligt missförhållande och händelsen anmäldes vidare till IVO under hösten 2021. Verksamheten har vidtagit och planerat att vidta åtgärder kopplade till händelse. Verksamhetsutvecklare tillsammans med ansvarig chef kommer att genomföra en uppföljning inom första kvartalet 2022. I jämförelse med föregående års rapportering har det skett en ökning (jmf 37 st 2020). Verksamheten har under året berörts av chefsbyten och hög personalomsättning vilket ses som en orsak till brister i följsamhet till rutiner.

#### *Korttidsboende P4*

Verksamheten har under perioden rapporterat totalt tre avvikelser, samtliga avser området omsorg. Inga avvikelser har rapporterats som allvarliga. I jämförelse med föregående år har verksamheten en minskad rapporteringsfrekvens (jmf 14 st 2020).



### *Korttidsboende P6*

Verksamheten har rapporterat totalt 12 avvikelser under året. Avvikelse inryms främst inom områden omsorg och övrigt. Inga avvikelser har rapporterats som allvarliga. Verksamheten har i jämförelse med föregående år en ökad rapporteringsfrekvens (jmf inga 2020). Verksamheten var stängd under del av året 2020.

### *Dagverksamhet äldre*

Under året har verksamheten rapporterat totalt tre avvikelser inom områdena omsorg och övrigt. Inga avvikelser har rapporterats som allvarliga. Två av dessa avvikelser bedöms inte vara brister inom verksamheten utan brister hos leverantör för resor. Verksamheten har likvärdig rapporteringsfrekvens som tidigare år (jmf 1 st 2020).

### *Kärnhuset*

Verksamheten har under perioden rapporterat totalt 61 avvikelser, främst inom områdena omsorg och övrigt. Inga avvikelser har rapporterats som allvarliga men en händelse har utretts vidare utifrån misstanke om missförhållande. Utredningen visade på att händelsen inte borde ha rapporterats som en avvikelse från normal rutin och att det inte förelåg ett missförhållande. I jämförelse med föregående år har verksamheten en minskad rapporteringsfrekvens (jmf 123 st 2020). Minskningen kan delvis förklaras av att verksamheten under 2020 hade ett enskilt ärende med många avvikelser, där förbättringsåtgärder vidtagits. Vidare förklaring kan vara att samtliga medarbetare under hösten 2021 genomgått en intern utbildning gällande avvikelsehantering för att tydliggöra vad en avvikelse är och när det ska rapporteras. Verksamheten har tidigare rapporterat avvikelser som mer är av karaktären tillbud samt social dokumentation.

### **Privata utförare, hemtjänst**

#### *Buurtzorg*

Under året har verksamheten rapporterat in 18 avvikelser. De rapporterade avvikelserna inryms främst inom området övrigt. Ingen av avvikelserna har rapporterats som allvarlig. I jämförelse med föregående årsrapportering har verksamheten en minskad rapporteringsfrekvens (jmf 34 st 2020).

### **Samverkan med andra vårdgivare**

Avvikelse rapportering i samverkan med andra vårdgivare redovisas i avvikelse rapport hälso- och sjukvård helår 2021.

### **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 2021 har ett klagomål från enskild inkommit via kommunens Kontaktcenter. Förvaltning har återkopplat till den som lämnat in klagomålet. Det är en minskning av synpunkter/klagomål som inkommit denna väg i jämförelse med föregående år (jmf 28 st 2020).

Inom nämndens verksamhetsområde har även två klagomål lämnats av enskilda till förvaltningen under året, gällande vaccinationer och slarv med tider inom hemtjänsten. Ett klagomål har under året inkommit via IVO för vidare hantering av berörd



utförarverksamhet, även denna från enskild. Klagomålet avser utformning av individanpassat stöd.

Inom myndighetsutövning har Biståndsenheten mottagit klagomål gällande dokumentation och bemötande i ett enskilt ärende. Klagomålen har utretts och bedömts att inte vara allvarliga och inga brister har identifierats. Enheten för socialpsykiatri har inga registrerade synpunkter/klagomål för året.

Inom nämndens utförarverksamheter har 34 synpunkter/klagomål registrerats i verksamhetssystemet. Detta är en ökning i jämförelse med tidigare år (jmf 16 st 2020). Synpunkterna/klagomål är fördelat 16 stycken inom äldreomsorg, 12 stycken inom LSS samt sex stycken inom socialpsykiatri. Inkomna synpunkter/klagomål under perioden rör främst områdena omvårdnad, bemötande, handläggning och övrigt. Verksamheterna har i första hand vidtagit åtgärder i form av enskilda samtal, arbetsplatsdiskussion samt förändringar i rutiner. Den vanligast vidtagna åtgärden är enskilt samtal.

I december 2020 lämnade nämnden yttrande och begärda handlingar till IVO i ett tidigare klagomålsärende från närstående till brukare inom äldreomsorgen. Under juni 2021 meddelade IVO sitt beslut i ärendet. Efter att ha utrett klagomålet konstaterar IVO vissa brister men avslutar ärendet och meddelar att de kan komma att följa vilka eventuella åtgärder som vårdgivaren har genomfört med anledning av de identifierade bristerna.

Av internkontroll som utfördes under 2021, gällande genomgång av rutin för synpunkter och klagomål, kan konstateras att information gällande synpunkter och klagomål inte finns tillgänglig i verksamheterna för brukare och anhörig på en tillräcklig nivå samt att strukturen och rutinen behöver tydliggöras och förbättras.

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

Under året har tre händelser skett som har utretts enligt lex Sarah inom nämndens verksamhetsområde äldreomsorg. Av dessa rapporterade händelser har en inom Dalängens särskilda boende anmälts vidare till IVO, då utredning enligt lex Sarah visade på att otillåten tvångs- och begränsningsåtgärd förekommit och därmed bedömts vara ett allvarligt missförhållande. IVO inledde därefter en tillsyn som avsåg uppföljning av nämndens lex Sarah-anmälan. Tillsynen inrymde även granskning av nämndens arbete för att säkerställa kvaliteten i utredningarna som görs enligt lex Sarah. Syfte med tillsynen var att följa upp om de redovisade åtgärderna har vidtagits och om de har fått avsedd effekt samt om åtgärderna har spridits i verksamheten. IVO har under januari 2022 meddelat att de inte har uppmärksammat några brister inom det område som tillsynen har omfattat efter nämndens yttrande och IVO avslutar därmed ärendet. Uppföljning inom verksamheten kommer dock att ske av verksamhetsutvecklare tillsammans med ansvarig chef under första kvartalet 2022.

För de andra två händelserna, inom Kärnhuset och Solängen, har utredningarna inte påvisat något missförhållande. Däremot har förbättringsåtgärder identifierats, dels gällande arbetsflöde vid avvikelserapportering samt följsamhet kring rutiner och social dokumentation. Åtgärder har dels skett i direkt anslutning till händelserna men finns med i det fortsatta förbättringsarbetet med tillhörande plan för uppföljning.



Utifrån nämndens volym av verksamheter görs bedömningen att det kan finnas en risk för en underrapportering gällande lex Sarah och att det finns fortsatt behov av kompetensutveckling hos chefer och medarbetare.

### **Fortsatt utvecklingsarbete**

Efter genomförd sammanställning av årets avvikelser, synpunkter och klagomål kan konstateras att förvaltningen behöver arbeta vidare med social dokumentation, följsamhet till rutiner samt vad som ska rapporteras som avvikelser. Hantering av synpunkter och klagomål samt tillgängligheten för målgrupperna är också ett utvecklingsområde som förvaltningen kommer att arbeta vidare med under 2022. Unika händelser som skett under året av mer allvarlig karaktär har en plan för uppföljning och ett vidare arbete utifrån dessa händelser är att sprida kunskap inom nämndens samtliga verksamheter för att på så sätt förhindra att missförhållande uppstår på nytt.

Majoriteten av nämndens verksamheter har god vana att rapportera avvikelser men det finns också verksamheter som behöver få en ökad vana och trygghet i avvikelshantering och rapportering om missförhållande enligt lex Sarah. Årets resultat visar på att utbildningsinsatser och introduktion kring avvikelser och lex Sarah behöver ske årligen och i samband med introduktion av nyanställda, både för medarbetare och chefer. För att säkerställa kvaliteten inom nämndens verksamheter behöver arbetet med avvikelshantering fortsätta att utvecklas genom kontinuerlig dialog på enheterna/verksamheterna kring de avvikelser och rapporter om missförhållande som upprättas eller där de saknas, som ett lärande och aktivt systematiskt förbättringsarbete. Där fokus också behöver vara att dela med sig inom liknande verksamheter för att öka kvaliteten övergripande.

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sandra Sabel, verksamhetscontroller  
Sarah Forsberg, verksamhetsutvecklare  
0171-525 00  
sandra.sabel@habo.se  
sarah.forsberg@habo.se

## **Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsberättelse 2021**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna kvalitetsberättelsen för år 2021.

### **Sammanfattning**

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. Syftet med kvalitetsberättelsen är främst att beskriva arbetet med att säkra kvaliteten inom nämndens verksamheter samt beskriva det utvecklingsarbete som genomförts under året.

### **Ärendet**

I kvalitetsberättelsen sammanfattas utfört kvalitet- och utvecklingsarbete, uppnådda resultat och effekter samt kommande behov av 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**

Nämndens verksamheter genomför kontinuerliga uppföljningar och förbättrande åtgärder löpande. Kvalitetsberättelsen sammanställs vid årets slut och redovisas i början av nästkommande år.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 5927, daterad 2022-01-28
- Rapport, nr 5893, daterad 2022-01-17

---

### **Beslut skickas till**

Förvaltningschef  
Avdelningschefer och administrativ chef  
Stödfunktioner inom socialförvaltningens stab

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sandra Sabel, verksamhetscontroller  
Sarah Forsberg, verksamhetsutvecklare  
0171-525 00  
sandra.sabel@habo.se  
sarah.forsberg@habo.se

## **Rapport, vård- och omsorgsnämndens kvalitetsberättelse 2021**

### **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. I kvalitetsberättelsen sammanfattas även uppnådda resultat och effekter samt kommande behov av förbättringsarbete.

Utöver de kvalitetsaspekter som beskrivs i denna kvalitetsuppföljning utifrån Socialtjänstlagen (SoL), och lagens om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) sammanställs årligen en Patienssäkerhetsberättelse utifrån nämndens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (HsL).

### **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**

Vård- och omsorgsnämnden har på uppdrag från kommunfullmäktige ansvar för att tillgodose Håbo kommuns invånare 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 2021**

Pandemin har fortsatt påverkat nämndens verksamheter i varierande grad under året och arbetet har till stor del fokuserats på att minska smittspridning och förebygga svår sjukdom hos både nämndens målgrupper och medarbetare och säkerställa grunduppdraget.

Ur ett utvecklingsperspektiv har pandemin skapat bättre förutsättningar till ett ökat distansarbete och möjlighet till digitala lösningar, vilket har blivit en del av förvaltningens ordinarie arbetsätt. Kärnuppdraget och tillgängligheten mot kommunens medborgare har dock påverkats negativt. Samverkan med region och primärvård har intensifierats under pandemin och tagit mer resurser i anspråk än under ett normalt år. Den utökade samverkan har haft positiva effekter på vårt samarbete men omfördelning av resurser förvaltningsövergripande har haft en negativ påverkan på planerat förbättringsarbete, enligt föregående års identifierade utvecklingsområden och arbetsplan.

Trots det ansträngda läget har förvaltningen på nämndens uppdrag lyckats bedriva en hel del utvecklingsarbete, bland annat har en modell för anhörigstöd i form av hemvårdsbidrag införts. Andra utvecklingsprojekt har handlat om möjlighet till digitala inköp i hemtjänsten, utökning av fixartjänsten så att även vissa personer under 65 år med funktionsnedsättning kan anlita tjänsten, projektering av ett nytt äldreboende inspirerat av konceptet demensby, inrättande av ett omsättningslager av skyddsutrustning samt utveckling av utskrivningsprocessen för att trygga en god och säker hemgång från sjukhus.

## **Förvaltningsövergripande**

### *Gemensam förvaltningsdag – chefer, stab och kansli*

Under hösten 2021 har socialförvaltningens chefer, stab och kansli haft två gemensamma förvaltningsdagar. Vid förvaltningsdagarna har gruppen arbetat med Håbo kommuns ledord, förvaltningens värdegrund och arbetat fram handlingsplaner för respektive avdelning. Handlingsplanerna har inkluderat avdelningarnas målsättning och gemensamma arbete som ligger i närtid. De uppsatta handlingsplanerna har resulterat i att flera avdelningar skapat gemensamma forum för samverkan. Kansliet har fastställt och för förvaltningen tillgängliggjort de stödfunktioner de kan tillhandahålla vilket under året har publicerats på Intranätet. Vidare har en gemensam styrgrupp och arbetsgrupp för våld i nära relationer skapats där ledningsfunktioner och medarbetare inom respektive avdelning ingår.

### *Stab och kansli*

Förvaltningens organisationsförändring, med stab och kansli, började gälla från och med 1 januari 2021. I den nya organisationen har frågor som rör kvalitet och utveckling hanterats inom förvaltningens stab med övergripande strategiska uppdrag samt verksamhetsnära operativt arbete. Kansliet utgör sedan sin uppstart en central stödfunktion gentemot hela förvaltningen.

Förvaltningskansliet ansvarar för förvaltningens administration, nämndsadministration, sekretariat, registratur och övriga administrativa stöd- och servicefunktioner och har

Socialförvaltningen

under 2021 arbetat med att fastställa sin organisation internt utifrån de olika arbetsområden och funktioner som kansliet har. Uppstartsarbetet har inneburit både förändrat och förnyade arbetssätt utifrån olika roller och uppdrag. Utvecklingsarbetet har varit utbrett med större förändringar inom kommunikation via nyhetsbrev, kontinuerlig omvärldsbevakning och förbättrad tillgänglighet till supportfunktioner via systemadministratörer.

Förvaltningens stab har under 2021 arbetat med utveckling- och kvalitetsfrågor inom hela förvaltningens verksamhet. Stabsfunktionerna har arbetat systematiskt och processorienterat för att stödja kärnverksamheterna, identifiera behov, initiera åtgärder och aktivt deltagit i utvecklingsarbetet som exempelvis utbildningsåtgärder, större utredningsuppdrag samt remiss- och projektarbeten i olika former för att driva och stärka utvecklingsarbetet.

#### *Arbetsmiljö*

Utifrån kommunrevisionens rekommendationer och arbetsmiljöverkets krav har Håbo kommun fastställt en rad åtgärder på kommun-, förvaltning- och chefsnivå i en kommungemensam handlingsplan för systematiskt arbetsmiljöarbete. Implementeringen av handlingsplanen sker i projektform via styrgrupp och arbetsgrupper och socialförvaltningen deltar i projektet. Projekt SAM startades upp under 2021 och pågår under 2022 med uppföljning under hösten 2022. Förvaltningens arbetsgrupp leder arbetet med att samordna och implementera sju större aktiviteter på förvaltningsnivå samt nio övergripande aktiviteter på chefsnivå utöver de aktiviteter som ligger på kommunnivå i handlingsplanen. Samtliga chefer har under hösten 2021 gått en tredagars utbildning i *Bättre arbetsmiljö* tillsammans med skyddsombud.

Under våren 2021 genomförde kommunen en medarbetarenkät. Resultatet har redovisats för nämnden och resultatet på övergripande nivå var övervägande positivt. Utöver medarbetarundersökningen har en kartläggning avseende tystnadskultur genomförts av företagshälsovården utifrån fackligt initiativ, inom nämndens verksamhetsområde berörs Biståndsenheten och enheten för missbruk och socialpsykiatri. Kartläggningens slutsats är att det inte råder en tystnadskultur men att det finns en psykologisk otrygghet hos medarbetare inom avdelningen för stöd till barn, unga och vuxna som skulle kunna bidra till att en tystnadskultur utvecklas. Kartläggningen påpekar att man som chef kan behöva reflektera kring hur man beskriver intentioner och beslut och gör gränsdragningar, så att det inte upplevs som nedtystning samt en rekommendation om att fortsätta arbeta med värdegrunden och det sociala arbetet. Mot bakgrund av det genomfördes en avdelningsgemensam dag för alla medarbetare kring resultatet av kartläggningen samt ett arbete kring gemensam värdegrund och det sociala arbetet. Medarbetarundersökning har genererat lokala handlingsplaner för respektive enhet och uppföljning av kartläggningen kommer att ske löpande 2022.

#### *Verksamhetssystem*

Nämndens verksamheter arbetar och dokumenterar i verksamhetssystemet Treserva. Under året har två systemadministratörer anställts i det nyinrättade kansliet, vilka arbetar deltid med verksamhetsnära systemstöd, utbildning och support. I och med omorganisationen pågår en förflyttning av flera av de system som socialförvaltningen använder till dessa funktioner med systemförvaltaren som huvudansvarig. Fokus under



Socialförvaltningen

2021 har varit att samordna de olika systemen, uppdatera rutiner och kontaktvägar samt överflytta ansvaret till de nya funktionerna. Under 2021 har arbetet och projektet kring upphandling av nytt verksamhetssystem påbörjats och rekrytering av projektledare pågår. Nytt verksamhetssystem beräknas vara upphandlat och driftsatt till slutet av år 2023.

Under året har förvaltningen anpassat stödmaterial och inrättat nya valbara områden och aktiviteter i avvikelsemodulen i verksamhetssystemet Treserva. Detta för att skapa bättre förutsättningar för avvikelshantering samt bidra till en säkrare analys av det rådata som framöver kan tas ut ur verksamhetssystemet. Ett utvecklingsarbete har även påbörjats under året att ta fram lathundar för uttag av data från verksamhetssystemet som ligger till grund för kvalitetsundersökningar som nämndens verksamheter deltar i på nationell nivå, för att säkerställa korrekta underlag. Arbetet behöver färdigställas under 2022.

Inför 2022 bedöms behov av förbättrad introduktion samt löpande utbildningar för medarbetare finnas då internkontrollen påvisar att social dokumentation inom nämndens utförarverksamheter saknas eller är bristfällig. Förklaringar bakom detta är bland annat att det inom vissa verksamheter saknas digitala lösningar och att det finns en avsaknad av en gemensam mall för genomförandeplan och stödmaterial för social dokumentation samt förutsättningar för direkt journalföring.

#### *Styrdokument*

Inom förvaltningens samtliga verksamhetsområden pågår kontinuerligt ett arbete med att upprätta och revidera olika styrdokument, mallar, informationsblad, stödmaterial, checklistor och broschyrer i takt med förändrade arbetssätt, nya direktiv, ändrad lagstiftning och nya projekt. Förvaltningen har dock identifierat ett behov av att samordna arbetet med att aktualitetspröva och tillgängliggöra övergripande styrdokument än mer och i enlighet med SOSFS 2011:9 (*Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*). Förvaltningen planerar att genomföra det mer intensifierade arbetet med översyn och tillgänglighet av styrdokument under 2022.

Under 2021 har förvaltningen fortsatt arbetet i den gemensamma plattform som skapades under 2020 för chefer och medarbetare inom nämndens verksamheter för covid-19 relaterade styrdokument. På Intranätet under förvaltningens egen sida (*Socialförvaltningens styrdokument med anledning av covid-19*) har arbetet fortlöpt med att uppdatera förvaltningens information och styrdokument som stöd till medarbetare för hur arbetsuppgifter ska utföras och vägledning inför beslut för chefer.

I juni 2021 har ett tillägg gjorts i nämndens delegationsordning gällande hemvårdsbidrag då insatsen har införts på försök under året. Under hösten 2021 påbörjades ett mer fördjupat arbete med nämndens delegationsordning. Förvaltningens stab och kansli har reviderat större delar av delegationsordningen i syfte att bland annat avlasta nämnden från rutinärenden, påskynda handläggning av ärenden samt låta nämnden hantera större och mer principiellt viktiga ärenden. Delegationsordningen planeras för antagande i januari nämnd 2022.

Socialförvaltningen

En riktlinje har även upprättats för att säkerställa att förvaltningens medarbetare kan hantera personuppgifter på rätt sätt, höja säkerhetstänkandet vid hanteringen av skyddade personuppgifter och säkerställa en ändamålsenlig hantering och behörighetsstyrning av personuppgifter. Riktlinjen, *personuppgiftshantering samt hantering av skyddade personuppgifter inom socialförvaltningen*, har under 2021 antagits av både vård- och omsorgsnämnden och socialnämnden.

Framtagande av en gemensam rutin för handhavande av privata medel inom nämndens verksamheter har under året påbörjats. Det som kvarstår är en juridisk översyn samt implementering i verksamhet, vilket planeras genomföras under 2022. Under året har en rutin och nytt arbetssätt gällande rapportering av ej verkställda gynnande beslut tagits fram för fortsatt implementering under kvartal ett 2022. Vidare har rutinen för avvikelshantering reviderats under året. Tillägg av stödmaterial har upprättats och bifogats rutinen. Förvaltningen har även upprättat styrdokument med anvisningar för analysarbetet för chefer och har tillfört detta i kommunens styrning- och ledningsverktyg, Stratsys. I samband med att införandet av hemvårdsbidrag som insats upprättades en rutin som beskriver villkor och ersättningsmodell för hemvårdsbidrag som stöd för beslutsfattare inom Biståndsenheten.

Förvaltningen har under året identifierat behov av revidering av allmänna villkor inom kundvalet hemtjänst och riktlinje för *Biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen för äldre och funktionshindrade*. Översyn pågår inom förvaltningen. Under året har en utsedd arbetsgrupp för utvecklingsarbete gällande social dokumentation inom utförarverksamhet identifierat att en ny verksamhetsnära rutin behöver upprättas och arbetet kommer att fortgå under 2022.

#### *Processkartläggning*

Under 2021 har delar av förvaltningens kärnprocesser inom nämndens verksamheter tillgängliggjorts och publicerats på Intranätet. Verksamhetsutvecklare har under 2021 föreslagit plan för det fortsatta arbetet med processkartläggningar som godkänts av förvaltningens ledningsgrupp. Flera funktioner ingår i projektarbetet med att aktualitetspröva, revidera och publicera förvaltningens kärnprocesser. Projektet påbörjades under hösten 2021 med en omfattande genomlysning av förvaltningens samtliga uppritade processer. Vidare har samtliga uppritade processer strukturerats och sorterats in i kommunens gemensamma förvaringsplats i systemet 2c8 i enlighet med Klassa 2.0 vilket är Håbo kommuns klassificeringsstruktur. Arbetet kommer fortgå under 2022 med projektplanens olika moment internt som externt i samverkan med andra förvaltningar via kommunens kvalitetsgrupp.

#### *Effektiv och nära vård*

För att hälso- och sjukvården och den kommunala vård- och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet, och samtidigt kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov på ett bättre sätt, krävs en omställning i hela vårdkedjan. Ett omställningsarbete pågår för att vården ska komma närmare medborgaren/brukaren. Målet med omställningen är att medborgaren får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. En målbild för Effektiv och nära vård är framtagen och alla kommuner i länet tillsammans med Region Uppsala har ställt sig bakom den. Som ett led i arbetet att utveckla en ny vårdstruktur har en förändringsledare tillträtt under hösten 2021. Förändringsledaren har sin organisatoriska tillhörighet inom socialförvaltningen och

Socialförvaltningen

ingår i ett länsgemensamt nätverk med förändringsledare och andra aktörer från länets kommuner i arbetet med målbilden för Effektiv och nära vård 2030. Ett antal medarbetare från förvaltningsledningen har under 2021 deltagit i SKR´s utbildning om förändringsledning inom god och nära vård.

Kommunen deltar via förvaltningens förändringsledare i projektet *Vård i hemmet*. Under arbetets gång har det identifierats ett antal processer som inte fungerar väl och ojämlikheter i länet. Detta har resulterat i att olika delprojekt har bildats, vilka är *rehabprocessen, läkemedelshantering vid utskrivning från sjukhus, delat medicinskt ansvar, patientcentrerad resurssamordning* och *samverkan kring specialiserad hemsjukvård*.

Ytterligare projekt som har haft sin uppstart under 2021 är kring samsjuklighet. En kartläggning och genomlysning pågår inom socialtjänst, kommunens primärvård, psykiatri, SiS, frivården och flertal andra aktörer för att inventera de ingångar och insatser som finns tillgängliga för målgruppen med samsjuklighet. Resultat från kartläggningen är tänkt vara färdigställd under februari 2022 varpå en åtgärdsplan kommer att upprättas för att effektivisera arbetet och säkerställa rätt stöd hos rätt instans för målgruppen. Håbo kommun kan komma att utses som en pilotkommun i det fortsatta projektarbetet under 2022.

Under 2021 har även arbete påbörjats med att implementera ett nytt Vis-dokument (vård i samverkan) för ökad brukarmedverkan på individ och verksamhetsnivå samt så har samverkan skett med Äldremottagningen, som är ett pilotprojekt drivet av Familjeläkarnas vårdcentral på uppdrag av regionen.

Under 2022 kommer projektet *"Förstärkt geografiskt hälsouppdrag"* igång vilket kommer innebära att förvaltningen ansvarar för att knyta rätt aktörer inom kommunen till projektet. Hälsouppdraget innefattar samverkansarbete med olika samarbetspartners avseende livsstilsfrågor i arbetet mot ett mer hälsosamt liv.

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

Under året har enheterna behövt ställa om och anpassa insatser till nämnden målgrupper utifrån att utförarverksamheter har varit helt eller delvis stängda. Detta har medfört att andra insatser beviljats den enskilde, där det varit aktuellt, för att säkerställa att behoven tillgodoses. Inom Biståndsenheten har en nyinrättad tjänst tillsatts under december 2020, servicehandläggare, som främst arbetar med rekrytering och tillsättning av kontaktpersoner. Tjänsten har kommit till som ett led i att säkerställa att gynnande beslut kring insatsen kontaktperson verkställs inom skälig tid. Under hösten har Biståndsenheten påbörjat ett metodutvecklande arbete kring bedömning- och förtydligande av olika insatser. I juli 2021 startade ett projekt inom Biståndsenheten kring hemvårdsbidrag, projektet fortskrider under 2022.

Medarbetare inom enheten för missbruk och socialpsykiatri samt Biståndsenheten har under året deltagit i olika kompetenshöjande insatser i form av fördjupningsutbildning inom färdtjänst/riksfärdtjänst, 2-dagarsutbildning inom personlig assistans samt heldagsutbildning inom våld i nära relationer. Under tidig höst påbörjades en regiongemensam handledning, via FOU, för att handläggare med olika teman; stress, samverkan, etiska dilemman och motivera till förändring. Demensvårdskonsulenterna har

Socialförvaltningen

under året deltagit i 4-dagarsutbildning om BPSD-registret och fått certifiering som utbildare. Under året har kartläggning påbörjats kring behov av BPDS-utbildning inom nämndens verksamheter.

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

Under året har verksamheterna behövt anpassa sig utifrån pandemin och ställa om sitt arbete och hitta andra lösningar för att kunna möta målgruppernas behov. Lösningar som arbetats fram under året är bland annat digitala inköp, medicinskåp och planeringskalendrar och mobil dokumentation. Planering och förberedande arbete gällande det nya särskilda boendet Västerhagsvägen har genomförts under året, vilket har krävt förvaltningsgemensamma resurser och inflyttning sker i början av 2022. Under året har en genomlysning av insatsen tillsyn natt genomförts, detta har medfört korrigeringar av beslut samt utökning av digital tillsyn.

På grund av omställning under pandemin så har samarbetet mellan den öppna träffpunkten och dagverksamhet för äldre utökats. Detta har lett till en positiv utveckling inom dagverksamheten som har kunnat tillgodogöra sig nya idéer för verksamhetsinnehåll för målgruppen. Samverkan med kultur- och fritid under året har medfört att verksamheterna har kunnat erbjuda målgruppen musikunderhållning och liknande aktiviteter utomhus för att säkerställa utbudet av sociala aktiviteter på ett säkert sätt.

Under året har verksamheterna identifierat behov av kompetenshöjande insatser avseende avvikelshantering, främst vad gäller uppföljning och återkoppling. Inom verksamheterna hemtjänst Kärnhuset och personlig assistans har utbildningssatsningar genomförts under året gällande social dokumentation, för samtliga medarbetare. Som ett led i utvecklingsarbetet kring social dokumentation har Dalängens särskilda boende fungerat som en referensverksamhet i ett projekt som inrymmer ny mall för genomförandeplan och inrättande av en stödfunktion på verksamhetsnivå i dokumentationsfrågor. Projektet fortskrider under 2022.

Under året har förvaltningen arbetat fram en organisationsförändring inom avdelningen vilket innebär att enheterna inom hemtjänst i egen regi och personlig assistans/avlösarservice/ledsagarservice bildar en egen avdelning. Organisationsförändringen gäller från och med 1 januari 2022 och avdelningarna kommer att heta *avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet* samt *avdelningen för hemtjänst och personlig assistans*.

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

Avdelning är ny från och med 1 januari 2021 och under året har bland annat tjänsterna avdelningschef och verksamhetsutvecklare rekryterats och tillsatts. Stödfunktionens uppdrag är att verka för en ökad kvalitet i verksamheterna genom praktiskt metodfokus med utgångspunkt i lagstiftning och verksamhetsutveckling.

Daglig verksamhet LSS, öppen träffpunkt Källan och fixartjänsten har under året påverkats i stor grad av pandemin och har i perioder varit helt stängda eller haft anpassad verksamhet. Daglig verksamhet har dock under året utökat sitt uppdrag och utvidgat utbudet av aktiviteter och arbetsinriktningar till gagn för målgruppen.

Socialförvaltningen

Planerade projekt avseende utvecklingsarbete gällande kompetensprofiler och kompetensutvecklingsplaner har inte kunnat genomföras enligt plan men planeras att återupptas när pandemins effekter har avtagits. Satsningen på pedagogiska resurser och tydliggörande pedagogik (Verktygslådan) har under året gett ökad kvalitet gällande stödet på individnivå inom särskilt boende LSS. Interna utbildningsinsatser, via stödfunktioner inom avdelningen, har genomförts inom LSS- verksamheterna gällande social dokumentation, AKK (alternativ kompletterande kommunikation) och LSS lagstiftningens grundprinciper.

Arbetsstödet inom socialpsykiatri har under året ställt om sin verksamhet för att kunna möta målgruppen behov trots pågående pandemi. Verksamheten har kunna erbjuda stöd i hemmet som ett alternativ. Medarbetare inom boendestöd har under året genomgått utbildningar inom social dokumentation och suicidprevention.

Under året har verksamheterna arbetsstöd och boende LSS utvecklat samarbetet med Attention vilket har medfört ett utökat aktivitetsutbud för målgrupperna.

### **Kompetenshöjande satsningar och utvecklingsprojekt med extern finansiering**

Under året har utvecklingsmedel rekviderats/ansökts och tilldelats inom nämndens verksamhetsområde.

Inom ramen för statsbidraget *äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus* har digitala satsningar genomförts tillsammans med kommunens IT-avdelning. Medlen har bidragit till att utvecklingsarbete har kunnat genomföras i form av bland annat projekt inom hemtjänst egen regi, app för social dokumentation.

Medel från Socialstyrelsen gällande att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom har bland annat gått till kompetenshöjande insatser för personal, investeringar i digitala hjälpmedel och utvecklingsarbete av demensvården inom flertalet av verksamheterna inom äldreomsorg och anhörigstöd.

Satsningen *Äldreomsorgslyftet* har för året inneburit att två medarbetare inom hemtjänst egen regi under arbetstid studerat till undersköterska.

Medel för säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer har använts till att möjliggöra förbättringar och utveckling inom arbetsmiljö och arbetsvillkor, samverkan mellan socialtjänst och den kommunala hälso- och sjukvården samt förebyggande arbete gällande smittspridning av covid-19.

Statsbidrag för *God och Nära vård* har använts till att finansiera funktionerna närvårdsstrateg och förändringsledare effektiv och nära vård samt del av år tjänsten som utvecklingsledare inom äldreomsorgen där fokus har varit att ta till vara digital utveckling i planeringen av vårt nästa boende för personer med demenssjukdom. Inköp har gjorts för att utrusta ett friskvårdsgym för att stärka bibehållande av funktioner och verka fallförebyggande primärt till personer i ordinärt boende. För målgruppen som har hjälp av den kommunala primärvården har inköp gjorts i form av digitala läkemedelsskåp samt en typ av ultraljudsutrustning för att undvika urintappningar i de fall det inte är nödvändigt. Medlen har också använts till att bekosta utbildning till

Socialförvaltningen

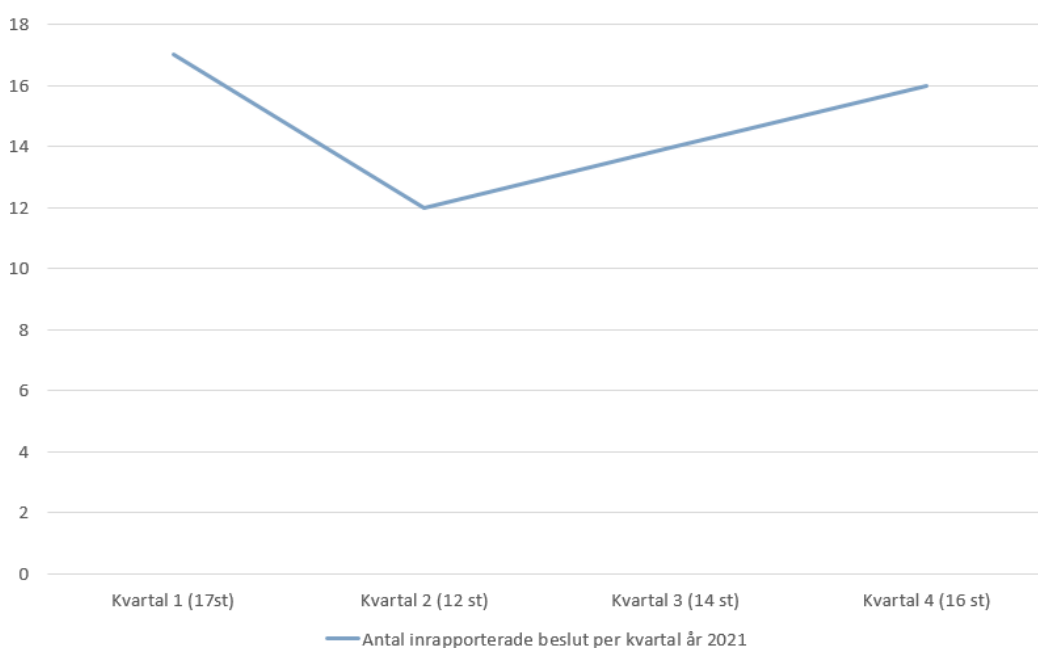
silviasjuksköterska till en av kommunens sjuksköterskor som jobbar på särskilt boende för personer med demenssjukdom.

Tilldelade medel gällande att främja ett hållbart arbetsliv (Återhämtningsbonusen) har under året gått till att finansiera förvaltningens projekt *Heltid som norm* som syftar till att förbättra arbetsmiljön för vårdbiträden och undersköterskor inom äldreomsorgen genom att inrätta en ny arbetstidsmodell. Under året har arbete genomförts i att utreda och kartlägga förutsättningar och behov inför implementering av heltids som norm. Under hösten har rekryteringar genomförts till bemanningscentral som startar upp i årsskiftet 2021/22. Projektarbetet fortskrider under år 2022.

### Ej verkställda gynnande beslut

Under 2021 har totalt 59 beslut rapporterats till IVO inom verksamhetsområdena äldreomsorg och LSS, socialpsykiatri har inte haft några ej verkställda gynnande beslut under året. Dessa rapporteringar kan avse beslut som inte har verkställts, avbrott som skett i tidigare verkställigheter eller där verkställighet skett i tidigare inrapporterade ärenden. I början av året rapporterades det för kvartal ett in 17 beslut till IVO och kvartalsrapporteringen har därefter inte haft några större differenser i antal. I samband med årets sista kvartalsrapportering (kvartal fyra) är antalet 16 beslut, varav 14 av dem är fortsatt ej verkställda. I och med att verksamheter som tidigare varit helt eller delvis stängda på grund av pandemin har återupptagit ordinarie verksamhet under året har många beslut återrapporterats som verkställda, främst under kvartal tre 2021. Det är en markant minskning i antal rapporterade beslut i år i jämförelse med föregående år (exempel kvartal fyra 2020, 33 st.).

Antal inrapporterade beslut per kvartal år 2021



Det kvarstår ett par beslut från inrapporteringen för kvartal fyra med koppling till pågående pandemi, där dröjsmålet till verkställighet är relaterat till covid-19. Där enskilda valt att avvakta/pausa med sina insatser för att minimera risk för smitta. Under

## Socialförvaltningen

Året har det även funnits svårigheter i att verkställa vissa insatser utifrån de individuella behov som krävs för varje enskilt ärende men också utifrån att enskilda tackat nej till erbjudanden. Pandemin har även medfört svårigheter i att rekrytera lämpliga uppdragstagare.

Nämnden har under året yttrat sig i två ärenden gällande ej verkställda gynnande beslut. Dessa beslut avser insatserna kontaktperson och daglig verksamhet enligt LSS. IVO har i ärendet gällande insatsen kontaktperson bedömt att kommunen dröjt oskäligt länge med att verkställa beslutet och nämnden inväntar förvaltningsrättens avgörande. I det andra ärendet avseende insatsen daglig verksamhet inväntar nämnden IVO's beslut.

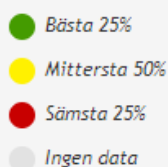
I samband med inrapportering till tillsynsmyndighet har det uppmärksamats att arbetsflödet inte fungerar i sin helhet för att återkommande rapportera ärenden som inte verkställs samt att rapportering missas i ärenden. Som ett led i systematiskt förbättringsarbete har förvaltningen under 2021 arbetat fram en ny rutin och arbetsätt gällande rapportering av ej verkställda gynnande beslut. Detta för att säkerställa uppföljningsansvaret hos myndighetsutövande tjänsteperson och genom det förhindra oskäliga dröjsmål i verkställighet. Det nya arbetssättet gör det även möjligt att på enhetsnivå följa upp över tid hur arbetet med att verkställa gynnande beslut fortgår och därmed kunna vidta lämpliga åtgärder när det behövs, både på individ- och verksamhetsnivå. Implementeringen är påbörjad och planeras att vara klar under första kvartalet 2022.

### Kvalitetsundersökningar

Förvaltningen rapporterar statistiska underlag till olika nationella undersökningar. Vissa av resultaten presenteras i Kolada och rapporten Kommunens kvalitet i korthet, KKiK, andra i Socialstyrelsen officiella statistik.

### Stöd och omsorg

	2018	2019	2020	2021
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	13	11	10	11
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	68	83	123	121
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, medelvärde		360		



Resultaten från Kommunens kvalitet i korthet visar på att Håbo fortsatt ligger bland de 25 % bästa kommunerna i landet gällande personalkontinuitet i hemtjänst. Kommunen har legat stabilt med liknande resultat under flera år.

Väntetiden i antal dagar i medelvärde för inflytt till särskilt boende har minskat något från föregående år men kommunen befinner sig fortfarande bland de 25 % sämsta i landet. Mätningen genomförs under första halvåret. En förklaring till 2021 års resultat kan vara svårigheter i att erbjuda plats på särskilt boende under pågående pandemi.

Socialförvaltningen

Utvecklingsnyckeltalet *väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende för vuxna* inom LSS har inte lämnats in för år 2021 på grund av sekretess, de är för få till antal.

### **Brukarundersökningar**

Nämndens verksamheter inom särskilt boende för äldre och hemtjänst har under flera år genomfört Socialstyrelsens nationella brukarundersökning *Vad tycker äldre om äldreomsorgen?* Undersökningen har på nationell nivå försenats och enkätinsamlingen påbörjas under januari 2022 för år 2021/22. Verksamhetsinventeringen och förberedande arbete för att öka svarsfrekvensen (främst inom särskilt boende) har dock genomförts under hösten. Förvaltningen har gått ut med ett gemensamt informationsmaterial till berörda verksamheter och annonserat i lokaltidningen samt externa webben. Vissa planerade insatser för att öka svarsfrekvensen har inte kunnat genomföras enligt plan utifrån rådande restriktioner kopplade till pandemin. Under 2022 kommer redovisning av resultaten att göras på verksamhetsnivå utifrån Socialstyrelsens mall för återkoppling.

Under 2020 beslutade förvaltningen att SKR´s nationella brukarundersökning inom funktionshinderområdet skulle genomföras vartannat år med start under hösten 2021. Detta för att få en lägesbild kring målgruppernas uppfattning av det stöd och den omsorg som ges. För att kunna genomföra en kvalitativ brukarundersökning finns behov av individuella anpassningar och en övergripande kartläggning för genomförandet och det arbetet har inte varit genomförbart 2021 på grund av pandemin. Under året har dock förberedelser påbörjats inför genomförande under 2022. Brukarundersökningarna kommer att arbetas vidare med, bland annat genom nämndens utvecklingsmål. Resultaten kommer även följas upp genom intern kontroll för 2022.

### **Missförhållande enligt lex Sarah**

Under året har tre händelser skett som har utretts enligt lex Sarah inom nämndens verksamhetsområde äldreomsorg. Av dessa rapporterade händelser har en anmälts vidare till IVO, då utredning enligt lex Sarah visade på att otillåten tvångs- och begränsningsåtgärd förekommit och därmed bedömts vara ett allvarligt missförhållande. För samtliga händelser har förbättringsåtgärder identifierats som dels har åtgärdats i direkt anslutning till händelserna men också som finns med i det fortsatta förbättringsarbetet med tillhörande plan för uppföljning. Utifrån nämndens volym av verksamheter gör förvaltningen bedömningen att det kan finnas en risk för en underrapportering gällande lex Sarah. Utifrån detta ser förvaltningen att det finns behov av kompetensutveckling hos chefer och medarbetare kring lex Sarah.

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

IVO har under 2021 utfört en nationell tillsynsinsats avseende medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende. IVO har även utfört en särskild tillsynsinsats på Pomona hus 4 med syfte att ta reda på hur smittsäkra besök har kunnat genomföras på boendet efter den 1 oktober 2020. Dessa tillsyner redovisas inte i denna rapport utan i nämndens *Patientsäkerhetsberättelse 2021*.

IVO inledde under hösten en tillsyn inom nämndens verksamhet särskilt boende för äldre. Tillsynen avsåg en uppföljning av nämndens tidigare lex Sarah-anmälan som handlade om tvångs- och begränsningsåtgärder på Dalängens särskilda boende.



Tillsynen inrymde även granskning av nämndens arbete för att säkerställa kvaliteten i utredningarna som görs enligt lex Sarah. Syfte med tillsynen var att följa upp om de redovisade åtgärderna har vidtagits och om de har fått avsedd effekt samt om åtgärderna har spridits i verksamheten. IVO har under januari 2022 meddelat att de inte har uppmärksammat några brister inom det områden som tillsynen har omfattat efter nämndens yttrande och IVO avslutar därmed ärendet. Uppföljning inom verksamheten kommer dock att ske av verksamhetsutvecklare under första kvartalet 2022.

### **Intern kontroll**

Den interna kontrollen för vård- och omsorgsnämndens verksamheter har redovisats i särskild rapport till nämnd, se *Rapport, återrapportering intern kontroll 2021* VON 2021/00007 nr 5681.

Arbetet med den interna kontrollen inom processerna dokumentation, avvikelshantering och genomförande har delvis genomförts enligt fastlagd plan och inga allvarliga brister har identifierats. Den interna kontrollen har däremot visat på utvecklingsområden. Nedan specificeras planerade åtgärder som kommer att genomföras under 2022;

- Skapa en gemensam rutin för synpunkt och klagomålshantering
- Genomgång av synpunkt och klagomålshantering för medarbetare och chefer
- Möjliggöra tillgängligheten ute i verksamheterna och anpassa innehållet för målgrupperna gällande synpunkter och klagomål
- Kvalitetssäkra och skapa enhetlig genomförandeplansmall
- Utbildning i social dokumentation för medarbetare och chefer
- Ta fram stödmaterial till medarbetare/chefer gällande dokumentation
- Utveckla stödfunktioner och digitala lösningar för dokumentation

### **Uppföljning av identifierade utvecklingsområden för år 2021**

Under 2021 har flera nyrekryteringar av verksamhetsutvecklare och förändringsledare ägt rum vilket påverkat möjligheten till att fullt ut arbeta med kvalitetsarbete på grund av vakanser och utformning av ny organisation och det är först under andra delen av året som arbetet har kunnat ta fart.

Arbetet med flera av de identifierade utvecklingsområdena finns beskriva under egna rubriker. Det rör bland annat arbetet med processer och rutiner, styrdokument och arbetet med avvikelshantering på medarbetare- och aggregerad nivå samt rapportering av ej verkställda beslut. Övriga områden presenteras nedan:

- Arbetet med att färdigställa och implementera en kvalitetsmanual för det systematiska kvalitetsarbetet har inte fortskridit under år 2021 utan kommer att återupptas och färdigställas under första kvartalet 2022.
- Arbetet med att revidera riktlinjer för social dokumentation, avvikelshantering och lex Sarah samt implementering i verksamhet har inte genomförts under 2021 utan kommer att färdigställas under 2022.

Socialförvaltningen

- Arbetet med att ta fram arbetsmodeller för införandet av nya verksamheter, teambaserad samverkan internt och för uppföljning av tillsyner samt revisioner har inte genomförts under året men planeras att arbeta vidare med under 2022.
- Genomgång och uppföljning av utredningsmodellen IBIC har inte genomförts enligt planering och arbetet behöver fortgå under 2022.
- Arbete med att följa upp ersättningsmodellen inom kundvalet hemtjänst (LOV) har påbörjats genom nämndens utredningsuppdrag VON § 60 2021/00033 och förväntas genomföras under 2022.

### **Identifierade områden för kvalitets- och utvecklingsarbete år 2022**

Nedan punkter är en sammanställning, förvaltningens arbetsplan, för det fortsatta förbättringsarbetet under de kommande åren.

- Våld i nära relation
- Kvalitetsledningssystem
- Styrdokument
- Social dokumentation utförarverksamhet
- IBIC - utredningsmodell
- Lex Sarah (arbetsflöde och utbildning)
- Klagomål och synpunkter
- Avvikelsehantering
- Implementera den kommundemensamma handlingsplanen i det systematiska arbetsmiljöarbetet
- Utveckla arbetet med volym- och resursmätt
- Arbetsmodeller för införande av nya verksamheter, teambaserad samverkan internt och uppföljning av tillsyner och revisioner.
- Nollvision tvångs- och begränsningsåtgärder samt utveckling av utomhusmiljö särskilt boende för äldre

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sandra Sabel, Verksamhetscontroller  
0171-538 61  
sandra.sabel@habo.se

## **Rapportering år 2021, kvartal 4, ej verkställda gynnande beslut**

### **Förslag till beslut**

1. Vård och omsorgsnämnden godkänner förvaltningens rapport av verkställighet av beslut och överlämnar den till kommunfullmäktige och kommunens revisorer för kännedom.

### **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.

### **Ärendet**

För kvartal fyra, år 2021, har totalt 16 beslut rapporterats in till IVO inom nämndens verksamhetsområde. Två beslut är enligt SoL och 14 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 fyra är det totalt 14 beslut som är fortsatt ej verkställda.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär inga ekonomiska konsekvenser eller behov av finansiering.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Nämnden följer kontinuerligt upp gynnande beslut som fattats, och rapportering sker fyra gånger per år till IVO. Kommunfullmäktige och kommunens revisorer delges nämndens rapporter.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 5901, daterad 2022-01-24
- Yttrande nr 5900, daterad 2022-01-24

### **Beslut skickas till**

Kommunstyrelsen och kommunens revisorer

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sandra Sabel, Verksamhetscontroller  
0171-538 61  
sandra.sabel@habo.se

## **Rapportering år 2021, kvartal 4, ej verkställda gynnande beslut**

### **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 fyra, år 2021, har totalt 16 beslut rapporterats in till IVO inom nämndens verksamhetsområde. Två beslut är enligt SoL och 14 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 fyra är det totalt 14 beslut som är fortsatt ej verkställda.

### **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 ett par beslut från inrapporteringen för kvartal fyra med koppling till pågående pandemi, där dröjsmålet till verkställighet är relaterat till covid-19. Där enskilda valt att avvakta/pausa med sina insatser för att minimera risk för smitta. Dessa beslut återfinns inom LSS, insatser så som avlösarservice och daglig verksamhet.

### **Beslut enligt SoL, funktionsnedsättning**

För kvartal fyra har inga beslut rapporterats in inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

### **Beslut enligt SoL, äldreomsorg**

För kvartal fyra har totalt två beslut rapporterats in inom äldreomsorg, varav ett av dem är nytt för denna rapporteringsperiod. Båda dessa inrapporterade 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 båda fallen har den enskilde erbjudits plats på särskilt boende i Håbo kommun men har tackat nej och vill avvakta.

### **Beslut enligt LSS**

För kvartal fyra har totalt 14 beslut rapporterats in inom LSS, varav sju av dem är nya för denna rapporteringsperiod. Av dessa inrapporterade beslut är det totalt 12 som vid rapporteringen är fortsatt ej verkställda. Besluten avser insatserna korttidsvistelse, avlösarservice, ledsagarservice, boende vuxna

och daglig verksamhet. I majoriteten av besluten som inte är verkställda beror dröjsmålet på att enskilda tackat nej till erbjudande alternativt att det är svårt att hitta lämpliga uppdragstagare som kan matcha den enskildes behov. Från föregående inrapporteringsperiod har en ökning av ej verkställda beslut skett främst för insatsen ledsagarservice.

Totalt två beslut enligt LSS har för kvartal fyra rapporterats in som verkställda och är därmed avslutade efter denna rapportering. Ett beslut avser insatsen korttidsvistelse (kontaktfamilj) och ett beslut avser insatsen kontaktperson.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Inspektionen för vård- och omsorg, IVO, har rätt i enlighet med 28 a § LSS, att ansöka om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten där det dröjt oskäligt lång tid att verkställa 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 beslut 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.

### **Uppföljning**

Nuvarande och eventuellt kommande förändringar i verkställigheten följs upp på individnivå.

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sarah Forsberg, Verksamhetsutvecklare  
0171464352  
sarah.forsberg@habo.se

## **Översyn av tillgänglighet och begränsningsåtgärder i demensverksamheterna**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden ger förvaltningen i uppdrag att tillsammans med fastighetsavdelningen genomföra en förstudie gällande miljön på Solängens särskilda boende.

### **Sammanfattning**

I november 2019 beslutade nämnden att beställningen av en fördjupad utredning av fastighetsavdelningen, avseende tillgänglighetsanpassning på Solängens särskilda boende, avbryts i avvaktan på resultatet av en mera övergripande utredning gällande tillgänglighet och begränsningsåtgärder i demensverksamheterna.

Förvaltningen ser att det är av vikt att förstudien återupptas tillsammans med fastighetsavdelningen då tillgängligheten på Solängens särskilda boende bedöms vara en prioriterad fråga, för att komma till rätta med identifierad tillgänglighetsproblematik på boendet, och därmed behöver fortgå parallellt med den övergripande utredningen gällande tillgänglighet och begränsningsåtgärder.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Beslutet innebär en estimerad kostnad på 50 000 kronor för en förstudie. Beslutet bedöms inrymmas inom tilldelad budgetram.

### **Barnperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan ur ett barnperspektiv.

### **Näringslivsperspektivet**

Beslutet har ingen påverkan på näringslivet.

### **Uppföljning**

Återrapportering av förstudien sker till nämnd senast juni 2022.

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 5975, daterad 2022-02-09
- Beslut VON § 37, 2019-02-26, beställning till fastighetsavdelningen
- Beslut VON § 112, 2019-11-05, utredningsuppdrag till förvaltningen
- Beslut VON § 113, 2019-11-05, avbrott beställning till fastighetsavdelningen

### **Beslut skickas till**

Fastighetschef, Centralt stöd och service  
Avdelningschef, Avdelningen för äldreomsorg och sjukvård i hemmet  
Verksamhetsutvecklare, Socialförvaltningens stab

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens stab  
Sandra Sabel, verksamhetscontroller  
0171-525 00  
sandra.sabel@habo.se

## **Tjänsteskrivelse, IVO beslutar att avsluta ärende om tillsyn**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden noterar Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) beslut om att avsluta ärendet om tillsyn.

### **Sammanfattning**

Under oktober 2021 meddelar IVO att de inleder tillsyn för att följa upp lex Sarah-anmälan som handlade om tvångs- och begränsningsåtgärder på Dalängens särskilda boende samt för att granska nämndens arbete med att säkerställa kvaliteten i utredningarna som görs enligt lex Sarah.

Nämnden har därefter yttrat sig till IVO och redovisat de åtgärder som har vidtagits och planeras vidtas. Förvaltningens stödfunktioner tillsammans med ansvarig chef inom berörd verksamhet kommer att genomföra en uppföljning under första kvartalet 2022.

### **Ärendet**

IVO meddelar i sitt beslut att de inte har uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat och att de därför avslutar ärendet. Som skäl för beslutet anger IVO att tillsynen har visat på följande;

- Nämnden har säkerställt att personalen har den kompetens som krävs för att utreda lex Sarah.
- Verksamheten har genomfört eller planerat för att genomföra åtgärderna.
- Verksamheten har följt upp eller har planerat för att följa upp om åtgärderna har gett avsedd effekt.
- Kunskap om händelserna och vidtagna åtgärder har spridits i nämndens verksamheter.

### **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 5953, daterad 2022-02-01
- Inspektionen för vård och omsorg beslut nr 5917, daterad 2022-01-24

**Beslut skickas till**

Enhetschef Dalängens särskilda boende



## BESLUT

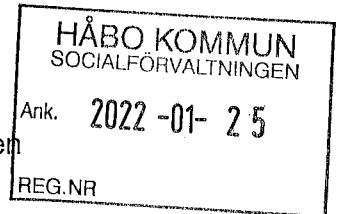
2022-01-24

Dnr 3.5.1-36246/2021-7

1(4)

Ert dnr VON 2021/00084 nr  
5887

Håbo kommun  
Vård-och omsorgsnämnden  
746 80 Bålsta



## Ärendet

Uppföljning av redovisade åtgärder i en lex Sarah-anmälan från vård-och omsorgsnämnden i Håbo kommun. Syftet med uppföljningen har varit att följa upp om de redovisade åtgärderna har vidtagits och om de har fått avsedd effekt samt om åtgärderna har spridits i verksamheten. IVO har även granskat nämndens arbete för att säkerställa kvaliteten i nämndens lex Sarah-utredningar.

## Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inte uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat. IVO avslutar därför ärendet.

## Skälen för beslutet

IVO:s tillsyn har visat följande:

- Nämnden har säkerställt att personalen har den kompetens som krävs för att utreda lex Sarah.
- Verksamheten har genomfört eller planerat för att genomföra åtgärderna.
- Verksamheten har följt upp eller har planerat för att följa upp om åtgärderna har gett avsedd effekt.
- Kunskap om händelserna och vidtagna åtgärder har spridits i nämndens verksamheter.

*Nämnden har säkerställt att personalen har den kompetens som krävs för att utreda lex Sarah*

IVO:s bedömning är att nämnden har säkerställt att personalen har den kompetens som krävs för att utreda lex Sarah i enlighet med gällande lagstiftning. Av 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) SoL, framgår att ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas. Av 5 kap. 2-5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah framgår bl.a. att en utredning ska utvisa bakomliggande orsaker till missförhållandet som nämnden

HÅBO KOMMUN SOCIALFÖRVALTNINGEN	
Ank.	2022 -01- 25
REG.NR	

har identifierat, d.v.s. orsaker som går att relatera till organisationen i sig eller ledningen och styrningen av en verksamhet och som bidragit till att ett missförhållande inträffar.

Av nämndens yttrande framgår bl.a. att nämndens kvalitetsledningssystem inte var tillgängligt under tiden för utredningsförfarandet och utredaren kände inte till nämndens riktlinje för lex Sarah. Dessa brister är åtgärdade. Vidare framgår att en ny mall för lex Sarahutredning har tagits fram som ett led i att säkerställa kvaliteten och innehållet i framtida utredningar.

Av yttrandet framgår också att kompetensen säkerställs redan i rekrytering av utsedda funktioner som ska utreda lex Sarah. De anställda inom förvaltningens stab har möjlighet till att utbilda sig ytterligare inom lex Sarah genom t. ex. externa utbildningar, internt material och gällande föreskrift. Vidare arbetar staben med kollegiala avstämningar och feedback gällande lex Sarah-utredningar för att säkerställa kvaliteten och innehållet i dessa. Förvaltningens stab har även ansvaret att genomföra internutbildningar kring avvikelshantering och lex Sarah för övriga funktioner inom förvaltningen, som t.ex. personal och chefer. IVO menar att detta är i enlighet med nämndens ansvar att säkerställa att det för utförandet av uppgifter inom socialtjänsten finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet vilket framgår av 3 kap. 3 § SoL.

#### *Verksamheten har genomfört eller planerat för att genomföra åtgärderna*

IVO:s bedömning är att nämnden har genomfört eller planerat för att genomföra de redovisade åtgärderna. Enligt 5 kap. 7 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Av nämndens yttrande framgår att de vidtagit eller planerat för att genomföra de åtgärder som redovisats i lex Sarah-anmälan (dnr 3.1.2-34466/2021). Det framgår bl.a. att en samordnarfunktion har återinsatts med syfte att bl.a. vägleda personalen i utmanande situationer och att vara nära och ett lättillgängligt stöd för personalen i det dagliga arbetet. Vidare framgår att verksamhetsutvecklaren tillsammans med enhetschef har genomfört en kartläggning för att identifiera om det förekommer andra tvångs- och begränsningsåtgärder inom verksamheten. Uppföljning kommer att ske kontinuerligt inom verksamheten med stöd av verksamhetsutvecklare och demensvårdskonsult. Personalen har även workshops med olika teman, som tex bemötande, arbetssätt för att förhindra tvångs- och begränsningsåtgärder. Sedan oktober 2021 har personalen metodspecifik handledning av demensvårdskonsulenten.

Av yttrandet framgår även att nämnden sedan tidigare har gett förvaltningen i uppdrag att utreda möjligheten att öka tillgängligheten och minska begränsningsåtgärder i verksamheter för personer med demenssjukdom, en kartläggning och utredning pågår.

HÅBO KOMMUN <sup>3(4)</sup>	
SOCIALFÖRVALTNINGEN	
Ank.	2022 -01- 2 5
REG.NR	

*Verksamheten har följt upp eller har planerat för att följa upp om åtgärderna har gett avsedd effekt*

IVO:s bedömning är att nämnden har följt upp eller planerat för att följa upp att åtgärder har gett avsedd effekt. Av 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9 framgår att den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll i den omfattning som krävs för att säkerställa kvaliteten.

Av nämndens yttrande framgår att de åtgärder som redovisades i lex Sarah-anmälan följdes upp under december månad tillsammans med samtlig personal, enhetschef, samordnare och demensvårdskonsulent. Vidare framgår att åtgärderna har visat positiv effekt utifrån minskade sjukskrivningar och rapporterat välbefinnande hos personalen vilket leder till ökad kvalitet för de enskilda. Uppföljning av kartläggningen och utredningen av att öka tillgänglighet och begränsningsåtgärder kommer att redovisas för nämnden under första kvartalet 2022.

*Kunskap om händelserna och vidtagna åtgärder har spridits i nämndens verksamheter*

IVO bedömer att kunskaper om händelsen och vidtagna åtgärder har spridits i nämndens verksamheter i syfte att liknande händelser inte ska ske igen. IVO menar att lärdomar av lex Sarah-utredningar sprids i verksamheten för att kunna leva upp till kraven i 3 kap. 3 § tredje stycket SoL, där det framgår att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. I 7 kap. 1 § SOSFS 2011:5 framgår att den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska ha rutiner för att fullgöra sina skyldigheter avseende lex Sarah. I allmänna råd till denna bestämmelse anges att det av dessa rutiner bl.a. bör framgå vem som ska ta ställning till vilka personer i verksamheten som ska informeras och hur de ska informeras om en rapport och de åtgärder som har vidtagits.

Av nämndens yttrande framgår att frågeställningar för att uppmärksamma tvångs- och begränsningsåtgärder behandlas inom förvaltningens ledningsgrupper inom både äldreomsorg och funktionshinderområdet. Det framgår vidare av yttrandet att händelsen har lett till att etiska överväganden i arbetsgruppen diskuteras och ökad medvetenhet kring vad tvångs- och begränsningsåtgärder är.

## Underlag

- Lex Sarah-anmälan med dnr 3.1.2-34466/2021
- Yttrande från nämnden

## Ytterligare information

Utifrån att IVO tagit del av lex Sarah-anmälan (3.1.2-34466/2021) gällande uppgifter om tvångs- och begränsningar vid Dalängens särskilda boende i Håbo kommun, inledde IVO

HÄBO KOMMUN SOCIALFÖRVALTNINGEN	
Ank.	2022 -01- 25
REG.NR	

en tillsyn. Syftet med tillsynen har varit att följa upp att nämndens redovisade åtgärder har vidtagits, om dessa har fått avsedd effekt samt om åtgärderna har spridits i verksamheten. I tillsynen har IVO har även granskat nämndens arbete för att säkerställa kvaliteten i nämndens lex Sarah-utredningar.

---

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Pernilla Wiklund. Inspektören Cecilia Askerskär Philipsson har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Therese Berglind har varit föredragande.

Socialförvaltningen  
Förvaltningschef  
Erik Johansson, Socialchef

erik.johansson@habo.se

## Revidering av delegationsordning för vård- och omsorgsnämnden

### Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden antar delegationsordning VON2021/00102 nr 5966
2. Vård- och omsorgsnämnden upphäver tidigare delegationsordning VON2021/00102.

### Sammanfattning

Nämndens delegationsordning behöver revideras under följande punkter:

*8.1 Tecknande av socialförvaltningens namn vid köp, avtal eller kontrakt.*

Ändringen avser linjering med kommunstyrelsens delegationsordning

*8.7 Beslut om ansökan och avstående från ansökan av riktade statsbidrag, utvecklings-medel och övriga bidrag*

Ändringen underlättar hantering av bidragsansökningar

*8.8 Upphandlingsbeslut inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde.*

Ändringen avser linjering med kommunstyrelsens delegationsordning

*15. Personal*

Ändringen avser reglering av ansvaret för systematiskt arbetsmiljöarbete.

### 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 5964, daterad 2022-02-06
- Revidering delegationsordning vård- och omsorgsnämnden, daterad 2022-02-07

### Beslut skickas till

Delegater på socialförvaltningen

Hemsidan för publicering

DELEGATIONSORDNING FÖR

# Vård- och omsorgsnämnden



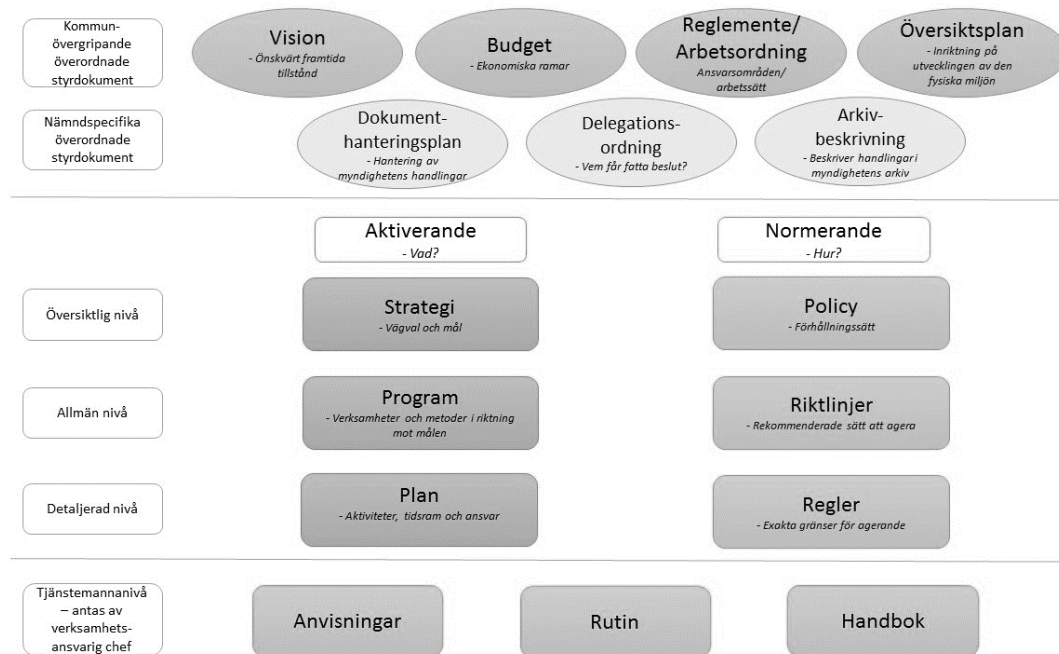
**Antaget av** Vård-och omsorgsnämnden

**Antaget**

**Giltighetstid** Tills beslut om upphävande

**Dokumentansvarig** Administrativ chef

## Håbo kommuns styrdokumentshierarki



**Diarienummer**

VON 2021/00102 nr 5966

**Gäller för**

Vård- och omsorgsnämnden

**Tidpunkt för aktualitetsprövning**

Ses över vid behov, minst en gång årligen

**Ersätter tidigare versioner**

VON 2021/00102 antagen 2022-01-25 §5

**Relaterade styrdokument**

Reglemente för vård- och omsorgsnämnden



## Innehållsförteckning

Förkortningar	4
Allmänna bestämmelser	5
Rätt att besluta	5
Inskränkningar i rätten att delegera	5
Ersättare för delegat	5
Vidaredelegering	6
Verkställighet	6
Vid jäv hos delegat	6
Ärenden av principiell beskaffenhet eller av större vikt	6
Anmälan av delegationsbeslut	6
Formella krav på delegationsbeslut	7
Överklagandetid	7
Brådskande ärenden	7
Allmänna juridiska ärenden	8
Rättidsprövning, omprövning och rättelse	9
Offentlighets- och sekretesslagen, utlämnande av handlingar	10
Anmälan/ansökan till polisen	11
Anmälan till överförmyndaren	11
Yttranden till myndigheter, domstol m fl	11
Behandling av personuppgifter enligt GDPR	12
Avtal, ekonomi och upphandling	13
Överflyttning/mottagande av ärende	14
Biståndsbedömning SoL/äldre och övriga med omvårdnadsbehov	14
Biståndsbedömning funktionsnedsatta	15
Färdtjänst och riksfärdtjänst	18

Stöd vid våld i nära relationer	18
Patientsäkerhetslag, med mera	18
<b>Personal</b>	19

### Förkortningar

SoL	Socialtjänstlagen
SoF	Socialtjänstförordning
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
FL	Förvaltningslagen
KL	Kommunallagen
OSL	Offentlighets- och sekretesslag
FB	Föräldrabalken
ÄB	Äktenskapsbalken
BrB	Brottsbalken
SFS	Statens författningssamling
TF	Tryckfrihetsförordningen
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SB	Socialförsäkringsbalken
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner

## Allmänna bestämmelser

De juridiska förutsättningarna för delegering inom nämnd finns i kommunallagen (KL). Beslut som fattas med stöd av delegation är formellt sett ett beslut av nämnden. Beslutet kan **inte återkallas** eller omprövas av nämnden, men överklagas på samma sätt som nämndens beslut. Syftet med att delegera beslutanderätt är att avlasta nämnderna från rutinärenden och att påskynda handläggning av ärenden samt att låta nämnderna hantera större och mer principiellt viktiga ärenden. Beslut som fattas av en tjänsteperson utan delegering i ärendet saknar laga verkan.

### Rätt att besluta

Enligt 6 kap 37 § och 7 kap 5 § KL får nämnden delegera sin beslutanderätt till ett utskott, en ledamot eller ersättare eller till en anställd inom kommunens organisation. Gemensamt beslutsfattande får enbart ske av ett formellt utskott. Tjänstepersoner kan inte fatta beslut gemensamt. Endast en tjänsteperson kan alltså vara delegat i ett beslut.

Rätt att fatta beslut på delegation innebär inte att delegaten är skyldig att fatta beslut. Om delegaten anser ärendet svårbedömt eller av annan orsak inte vill besluta i ärendet kan det överlämnas till närmaste chef för beslut.

För beslut som står angivna under avsnitt 1-9 gäller delegationen förvaltningsövergripande. För beslut som står angivna under avsnitt 10-19 gäller delegationen endast de tjänstepersoner som är verksamma inom den enhet som ansvarar för ärendet. Vid ansökan om bistånd ska avslagsbeslut fattas av samma delegat som krävs för bifall.

Viktigt att tänka på: Om en ärendetyp inte finns med i delegationsordningen innebär det att beslut fattas av vård- och omsorgsnämnden.

### Inskränkningar i rätten att delegera

Följande typer av ärenden får enligt 6 kap. 38 § KL inte delegeras:

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats,
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden, eller
5. ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

### Ersättare för delegat

Delegat i delegationsordningen anges i lägsta nivå. För tjänstemannadelegat innebär detta att överordnad tjänsteperson kan fatta beslut även i alla ärenden delegerade till lägre tjänsteperson. En person som är tillförordnad på samma tjänst som en delegat har också samma beslutanderätt som denne. Om ingen ersättare har utsetts formellt eskaleras delegationsrätten till närmaste högre befattning i följande turordning:

1. enhetschef,
2. avdelningschef,
3. förvaltningschef,
4. nämnd.

## Vidaredelegering

Enligt 7 kap 6 § KL kan förvaltningschef vidaredelegera sin beslutanderätt till en annan anställd. Beslut fattade på vidaredelegation ska anmälas till förvaltningschefen. Villkor för vidaredelegeringen är att förvaltningschefen anger vilken delegat (befattning) som fått beslutanderätten samt att beslut som fattats på sådan vidaredelegation även ska anmälas till nämnden enligt punkten *Anmälan av delegationsbeslut*.

## Verkställighet

I kommunala sammanhang talar man ofta om skillnaden mellan nämndbeslut och förvaltningsbeslut (verkställighet). Med nämndbeslut avses beslut fattade av nämnd eller beslut fattade av delegat med stöd av delegering från nämnd. Dessa beslut ska kunna överklagas i enlighet med de regelverk som framgår av kommunallagen och/eller i speciallagstiftning.

Med förvaltningsbeslut, eller verkställighet, menas beslut som får fattas av anställd utan att det normalt anmäls till nämnden. Ett förvaltningsbeslut är normalt ett ställningstagande som styrs av regler, riktlinjer, arbets- och rutinbeskrivningar som i sin tur redan är beslutade. Exempel på verkställighet är att debitera avgifter utifrån en redan fastställd taxa, utbetala bidrag utifrån ett fastställt regelverk med mera. Rena verkställighetsbeslut kan inte överklagas.

## Vid jäv hos delegat

När jäv föreligger för delegaten ska beslut istället fattas av delegat i högre befattning enligt ordningen ovan.

## Ärenden av principiell beskaffenhet eller av större vikt

Delegationerna i denna delegationsordning avser generellt rutinärenden som *inte* är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt. I sådana ärenden ska beslut fattas av nämnden. Denna bedömning görs av delegaten i varje enskilt fall. Detta innebär att en delegat ska överlämna ett ärende till nämnden om ärendets beskaffenhet och karaktär kräver detta, till exempel om delegaten känner osäkerhet vid handläggningen eller om nämndens inställning i frågan inte är känd.

## Anmälan av delegationsbeslut

Samtliga beslut som fattas på delegation ska enligt 6 kap. 37 § KL skriftligen anmälas. Därmed blir besluten offentliggjorda så att allmänheten har en möjlighet att överklaga de aktuella delegationsbesluten enligt laglighetsprövning. Ett delegationsbeslut som inte anmäls vinner aldrig laga kraft enligt kommunallagen. Ett annat syfte med anmälan är att nämndens ledamöter ska få en fortlöpande information om vilka ärenden som har avgjorts genom delegationsbeslut.

Beslut som rör individärenden ska skriftligen anmälas till förvaltningschef. Om beslutet är fattat i verksamhetssystemet Treserva anmäls det automatiskt till förvaltningschef genom att en datalista med dessa beslut hålls tillgänglig för förvaltningschef inför varje nämnd.

Beslut som rör allmänna ärenden anmäls till nästa sammanträde med vård- och omsorgsnämnden. Om beslutet är fattat i verksamhetssystemet Ciceron anmäls det automatiskt till nämnd genom delegationslista som tas fram ut systemet av nämndsekreterare. För övriga beslut ansvarar beslutsfattaren/delegaten för att delegationsbeslutet lämnas in till nämndsekreteraren.

Även beslut som är fattade efter vidaredelegation ska anmälas. Anmälan sker först till förvaltningschef, som i sin tur sedan anmäler till nämnd.

Beslut som fattas i personalärenden anmäls till kommunstyrelsen som är personalansvarig nämnd.

### **Formella krav på delegationsbeslut**

Delegationsbeslut *ska* vara skriftliga och innehålla uppgifter om:

- vem som har fattat beslutet,
- när beslutet har fattats,
- vilket beslut som har fattats och
- vad beslutet avser

Det är delegatens ansvar att se till att fattade delegationsbeslut skickas till berörda parter och att besluten blir anmälda till nämnden. Delegaten kan försäkra sig om det sistnämnda genom att använda rätt mall i kommunens dokument- och ärendehanteringssystem. Besluten söks då ut inför varje sammanträde och en sammanställning av delegationsbesluten görs av nämndsekreteraren.

### **Överklagandetid**

Ett kommunalt beslut kan överklagas på olika sätt. Om beslutet överklagas med stöd av förvaltningslagen börjar överklagandetiden gälla från dess att den person beslutet gäller har tagit del av beslutet (så kallat förvaltningsbesvär). Överklagandetiden är tre veckor. Om ärendet överklagas med stöd av kommunallagen (så kallad laglighetsprövning) räknas tiden för överklagande från den tidpunkt då protokollet vid vilket delegeringsbeslutet anmälts har anslagits på kommunens anslagstavla. Överklagandetiden är tre veckor.

### **Brådskande ärenden**

Enligt 6 kap 39 § kommunallagen får en nämnd uppdra åt ordföranden att besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas. Sådana beslut ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde. Observera att om det föreligger ett uttryckligt delegationsförbud i lag tar det över kommunallagens generella möjligheter till ordförandebeslut.

Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
<b>1.</b>	<b>Allmänna juridiska ärenden</b>			
1.1	Beslut i särskilt brådskande fall då nämndens avgörande inte kan avvaktas	6 kap. 39 § KL	Ordförande i vård- och omsorgsnämnden	Ska användas restriktivt och redovisas separat vid efterföljande nämnd.  Observera att om det föreligger ett uttryckligt delegationsförbud i lag tar det över kommunalagens generella möjligheter till ordförandebeslut.
1.2	Beslut om att föra talan i ärenden eller mål vid allmän domstol eller förvaltningsdomstol	10 kap 2 § SoL	Enhetschef	När en tjänsteman utses att föra nämndens talan
1.3	Beslut att utse ombud att föra nämndens talan	10 kap 2 § SoL	Enhetschef	Fullmakt till sakkunnig eller annan tjänsteman skrivs för varje enskild domstolsförhandling.
1.4	Beslut att överklaga/föra talan till högre rätt när annan myndighet fattat beslut som går nämnden emot		Avdelningschef	Gäller inte i ärenden som avser myndighetsutövning mot enskilda i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt
1.5	Beslut om att föra talan om ersättning hos förvaltningsrätt om återkrav enligt 9 kap 2 § 1 st SoL och enligt 9 kap. 2 § 2st SoL	9 kap. 3 § SoL	Enhetschef	Avser bl.a. förskott på förmån
1.6	Avvisande av ombud	14 § FL	Biståndshandläggare/LSS-handläggare/Socialsekreterare	
1.7	Beslut om risk för och/eller missförhållande i vård- och omsorgsnämndens verksamhet	14 kap 6 § SoL 24 e § LSS	Förvaltningschef	

Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
	(lex Sarah)			
1.8	Anmälan till Inspektionen för vård- och omsorg om allvarligt missförhållande i socialnämndens verksamhet (Lex Sarah).	14 kap 7§ SoL 24 f § LSS	Förvaltningschef	Redovisas separat vid efterföljande nämnd
1.9	Beslut om att ersätta enskild person för egendomsskada vid myndighetsutövning som förorsakats av personal upp till ett belopp av 10 000 kr	3 kap. 2 § skadeståndslagen	Förvaltningschef	
<b>2.</b>	<b>Rättidsprövning, omprövning och rättelse</b>			
2.1	Beslut huruvida ändring ska ske samt ändring av beslut	37 § FL- och 38 § FL	Delegaten i ursprungsbeslutet	Ej överklagat beslut
2.2	Ändring av beslut som har överklagats	38 § FL och 39 § FL	Delegaten i ursprungsbeslutet	
2.3	Prövning av att överklagandet skett i rätt tid och avvisning av överklagande som kommit in för sent.	45 § 1 st. FL	Delegaten i ursprungsbeslutet	
2.4	Avvisning av överklagande som kommit in för sent om det överklagade beslutet har meddelats av nämnden.	45 § 1 st. FL	Enhetschef	Om ursprungsbeslutet fattats av nämnden görs rättidsprövning av ansvarig handläggare och avvisningsbeslut av enhetschef.

Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
2.5	Överlämnande och vid behov yttrande till förvaltningsdomstol med anledning av överklagat beslut	46 § FvL	Delegaten i ursprungsbeslutet	Beslutet avser myndighetsutövning mot enskild.
2.6	Beslut om rättelse av uppenbar oriktighet till följd av skrivfel, räknefel eller liknande förbiseende i beslut meddelat på delegation.	36 § FL	Delegaten i ursprungsbeslutet	Gäller vid beslut som innebär myndighetsutövning.
<b>3.</b>	<b>Offentlighets- och sekretesslagen, utlämnande av handlingar</b>			
3.1	Beslut att helt eller delvis avslå begäran att få ta del av allmänna handlingar i allmänna ärenden enligt tryckfrihetsförordningen (offentlighetsprincipen).	2 kap. 14 § TF	Administrativ chef	Att lämna ut handlingen räknas som verkställighet.  Delvis avslag kan exempelvis innebära att text ”maskas” (stryks över).
3.2	Beslut att helt eller delvis avslå begäran om utlämnande av allmänna handlingar i individärenden till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild.	2 kap. 14 § TF, 6 kap. 2-5, 7 §§ OSL 10 kap 3 § OSL 10 kap 13,14 §§ OSL 25 kap §§ 1-2, 5-7 OSL 26 kap §§ 1-6, 13, 14a OSL	Enhetschef	Att lämna ut handlingen räknas som verkställighet och ska göras av den som har handlingen i sin vård. Respektive enhetschef beslutar avseende handling för vars vård de svarar. Delvis avslag kan exempelvis innebära att text ”maskas” (stryks över).
3.3	Beslut om sekretess för uppgift i anmälan om någons personliga förhållanden, i förhållande till den som anmälan eller utsagan avser (sekretessbeläggning av anmälare/uppgiftslämnare).	26 kap 5 § OSL	Enhetschef	
3.4	Beslut att lämna ut uppgifter ur personregister till statliga myndigheter i forsknings-	12 kap 6 § SoL	Avdelningschef	



Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
	syfte			
<b>4.</b>	<b>Anmälan/ansökan till polisen</b>			
4.1	Beslut om polisanmälan angående vissa brott mot underårig samt vissa grövre brott	12 kap 10 § SoL. 10 kap 21-24 §§ OSL	Enhetschef	För polisanmälan angående vissa brott mot underåriga ska samråd ske med Barnahus.
4.2	Beslut om polisanmälan angående brott mot egen verksamhet	12 kap 10 § SoL 10 kap 23,24 §§ OSL	Enhetschef	Gäller hot och/eller våld mot tjänsteman samt egendomsskada.
4.3	Beslut om polisanmälan angående bidragsbrott	12 kap. 10 § SoL, 10 kap.2 § OSL och 6 § Bidragsbrottslagen (2007:612)	Enhetschef	
<b>5.</b>	<b>Anmälan till överförmyndaren</b>			
5.1	Beslut om anmälan till överförmyndaren om behov av förmyndare, god man/förvaltare	5 kap 3 § SoF 15 § p. 6 LSS	Biståndshandläggare/socialsekreterare/ LSS-handläggare	
5.2	Beslut om anmälan till överförmyndaren om att behov av förmyndare, god man/förvaltare inte längre föreligger	5 kap 3 § SoF 15 § p. 6 LSS	Biståndshandläggare/socialsekreterare/ LSS-handläggare	
<b>6.</b>	<b>Yttranden till myndigheter, domstol m fl</b>			
6.1	Beslut att avge eller avstå från att avge nämndens yttrande i allmänna ärenden av mindre vikt och då nämndens beslut inte		Ordförande, vård- och omsorgsnämnden	Restriktiv tillämpning

Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
	kan avvaktas på grund av kort remisstid.			
6.2	Yttrande till förvaltningsdomstol med anledning av överklagat beslut		Delegaten i ursprungsbeslutet	Beslutet avser inte myndighetsutövning mot enskilda i ärende av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt (jfr. RÅ 1994 ref 67).
6.3	Yttrande till förvaltningsdomstol i ärenden där IVO har ansökt om särskild avgift	16 kap 6c § SoL 28 c § LSS	Förvaltningschef	
6.4	Yttrande i ärenden om förordnande av god man eller förvaltare för någon som fyllt 16 år	11 kap. 16 § 2 st. FB	Enhetschef	
6.5	Yttrande till överförmyndarnämnden	11 kap 16 § FB	Biståndshandläggare/socialsekreterare	
6.6	Föra nämndens talan och avge yttrande hos IVO - i individärenden som rör myndighetsutövning/beslut - i individärenden som rör verkställighet - i icke verkställda beslut		Enhetschef Avdelningschef Enhetschef	Redovisas separat vid efterföljande nämnd Övriga ärenden från IVO, exempelvis tillsynsärenden, beslutas av vård-och omsorgsnämnden Komplettering på yttrande i pågående ärendeska inte beslutas i nämnd
<b>7.</b>	<b>Behandling av personuppgifter enligt GDPR</b>			
7.1	Beslut att ingå personuppgiftsbiträdesavtal Den som är behörig att ingå avtal till vilket	Art. 28.3 dataskyddsförordningen	Den som är behörig att ingå avtal till vilket ett	

Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
	ett personuppgiftsbiträdesavtal bifogas		personuppgiftsbiträdesavtal bifogas	
7.2	Anmälan till tillsynsmyndighet (IMY) om personuppgiftsincident	Artikel 33 dataskyddsförordningen	Förvaltningschef	I samråd med dataskyddsombud
<b>8.</b>	<b>Avtal, ekonomi och upphandling</b>			
8.1	Tecknande av socialförvaltningens namn vid köp, avtal eller kontrakt.		Enhetschef	Det samlade avtalsvärdet får ej överskrida attestgräns. Regleras kommunövergripande i Kommunstyrelsens delegationsordning under avsnitt Upphandlingar.
8.2	Tecknande av samverkansavtal med kommuner, regioner och statliga myndigheter.		Förvaltningschef	Om överenskommelsen så anger ska vård- och omsorgsnämndens ordförande teckna samverkansavtalet.
8.3	Avskrivning eller nedsättning av fordran inom nämndens ansvarsområde -upp till 0,5 prisbasbelopp		Förvaltningschef	När det efter utredning står klart att betalningsmottagaren saknar förmåga att reglera sin skuld, ex dödsbo Beloppsgränsen avser per fordran och person
8.4	Anstånd med betalning av fordran		Förvaltningschef	
8.5	Beslut om att helt eller delvis efterge ersättningskyldighet enligt 8 kap. 1 § första och andra stycket SOL	9 kap 4 § SoL	Avdelningschef	
8.6	Beslut om avgiftsbefrielse	8 kap 1 § SoL, 9 kap 2-3 §	Enhetschef	
8.7	Beslut om ansökan och avstående från ansökan av riktade statsbidrag, utvecklingsmedel och övriga bidrag			När godkännande av vård- och omsorgsnämnden erfordras ska ansökan föregås av beslut av vård- och omsorgsnämnden.

Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
	-som riktar sig till flera avdelningar -som riktar sig till en avdelning		Förvaltningschef Avdelningschef	<del>Ansökan och avstående från ansökan av riktade statsbidrag, utvecklingsmedel och övriga bidrag som påverkar verksamhetens omfattning och finansiering under en längre period beslutas av vård- och omsorgsnämnden.</del>
8.8	Upphandlingsbeslut inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde.		<b>Enhetschef</b>	Regleras kommunövergripande i Kommunstyrelsens delegationsordning under avsnitt Upphandlingar.
<b>9.</b>	<b>Överflyttning/mottagande av ärende</b>			
9.1	Beslut om framställning om överflyttning av ärende till annan kommun	2a kap 10-11 § § SoL	Enhetschef	
9.2	Beslut i fråga om mottagande av ärende från annan kommun	2a kap 10 § SoL	Enhetschef	
9.3	Beslut om att överklaga, avvisad överflyttning av ärende till annan kommun, till IVO	2a kap 11 § SoL	Avdelningschef	
<b>10.</b>	<b>Biståndsbedömning SoL/äldre och övriga med omvårdnadsbehov</b>			
10.1	Beslut om bistånd i form av hemtjänst	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	Se kommunens riktlinjer
10.2	Beslut om bistånd i form av kontaktperson	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
10.3	Beslut om bistånd i form av särskilt boende	4 kap 1 § SoL 5 kap 5 § SoL	Enhetschef	Se kommunens riktlinjer.

Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
10.4	Beslut om bistånd i form av korttidsplats	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	Se kommunens riktlinjer.
10.5	Beslut om trygghetslarm utan biståndsbedömning	4 kap 2 a § SoL	Servicehandläggare	Se kommunens riktlinjer. För kommuninvånare över 68 år som inte har någon service- eller annan omvårdnadsinsats.
10.6	Beslut om bistånd i form av ledsagarservice	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	Se kommunens riktlinjer.
10.7	Beslut om bistånd i form av hemvårdsbidrag	4 kap 2 § SoL	Biståndshandläggare	Se Rutin hemvårdsbidrag
10.8	Beslut om service utan behovsprövning	7 § Lag om vissa kommunala befogenheter	Servicehandläggare	Se kommunens rutin. För kommuninvånare över 75 år som inte har några omvårdnadsinsatser.
10.9	Fastställa avgiftsunderlag	8 kap 4 § SoL	Administratör	Beslutet gäller vilka inkomster som ska medräknas i fastställande av avgiften för hemtjänst
10.10	Fastställa förbehållsbeloppet	8 kap 6-8 § SoL	Administratör	Beslutet gäller vilka individuella utgifter som ska medräknas i fastställande av avgiften för hemtjänst
10.11	Fastställa avgift för hemtjänst	8 kap 5§ SoL p 1	Administratör	Fastställande av avgift utifrån avgiftsutrymmet och biståndsbedömda insatser dock maximerat till en tolfedel av 0,48 gånger basbeloppet per månad. Se kommunens riktlinjer
10.12	Fastställa boendeavgift	8 kap, 5§ p.2 SoL	Administratör	Maximerat till en tolfedel av 0,50 gånger prisbasbelopp per månad. Se kommunens riktlinjer
10.13	Beslut om köp av insats, särskilt boende, korttidsboende eller daglig verksamhet, i annan kommun eller hos annan vårdgivare		Enhetschef	
10.14	Beslut om att inleda utredning (vuxna)	11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
<b>11.</b>	<b>Biståndsbedömning funktionsnedsatta</b>			

Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
11.1	Beslut om att ingå avtal med vårdgivare enligt 17 § LSS	17 § LSS	Avdelningschef	
11.2	Beslut om personkretstillhörighet	1 och 7 §§ LSS	LSS-handläggare	Se kommunens riktlinjer
11.3	Biträde av personlig assistent	7 § och 9 § LSS	LSS-handläggare	Se kommunens riktlinjer
11.4	Ekonomiskt stöd för att bekosta personlig assistent vid tillfälligt utökade behov	7 § och 9 § p. 2 LSS	LSS-handläggare	Se kommunens riktlinjer
11.5	Ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för personlig assistent	7 § och 9 § p. 2 LSS	LSS-handläggare	Se kommunens riktlinjer
11.6	Ledsagarservice	7 § och 9 § p. 3 LSS	LSS-handläggare	Se kommunens riktlinjer
11.7	Biträde av kontaktperson	7 § och 9 § p. 4 LSS	LSS-handläggare	Se kommunens riktlinjer
11.8	Avlösarservice i hemmet	7 § och 9 § p. 5 LSS	LSS-handläggare	Se kommunens riktlinjer
11.9	Korttidsvistelse	7 § och 9 § p. 6 LSS	LSS-handläggare	Se kommunens riktlinjer
11.10	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov.	7 § och 9 § p. 7 LSS	LSS-handläggare	Se kommunens riktlinjer
11.11	Beslut om boende i familjehem för barn och ungdomar	7 § och 9 § p. 8 LSS	Enhetschef	Se kommunens riktlinjer.
11.12	Beslut om arvode och omkostnadsersättning till externa resurser (familjehem, kontaktfamilj och kontaktperson) - enligt SKR riktlinjer - utöver SKR riktlinjer		Familjehemssekreterare Enhetschef	Se aktuellt cirkulär från SKR  Ersättning vid förlorad arbetsinkomst beslutas av Vård- och omsorgsnämnden
11.13	Beslut om boende i bostad med särskild service för barn och ungdomar	7 § och 9 § p. 8 LSS	Enhetschef	Se kommunens riktlinjer.

Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
11.14	Beslut om boende i bostad med särskild service för vuxna	7 § och 9 § p. 9 LSS, 5 kap 7 § SoL	Enhetschef	Se kommunens riktlinjer.
11.15	Beslut om daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig	7 § och 9 § p. 10 LSS	LSS-handläggare	Se kommunens riktlinjer
11.16	Beslut om upphörande av insats enligt LSS		LSS-handläggare	
11.17	Beslut om återbetalningsskyldighet	12 § LSS	LSS-handläggare	
11.18	Förhandsbesked om rätt till insats enligt LSS för person som inte är bosatt i kommunen	16 § 2, 3 st LSS	LSS-handläggare	
11.19	Beslut om att utreda behoven för enskild på tillfälligt besök i kommunen och besluta om insatser enligt LSS	16 § 4 st LSS	LSS-handläggare	
11.20	Beslut om avgift från föräldrar vars barn är under 18 år och får omvårdnad i ett annat hem än det egna	20 § LSS, 5 § LSS-förordning 6 kap 2-4 § SoF.	LSS-handläggare/administratör	
11.21	Beslut om att anmäla behov av ersättning för personlig assistent till försäkringskassan	110 kap 6 § 3 p SFB	LSS-handläggare	Gäller under förutsättning att den enskilde ansökt om personlig assistent enligt LSS
11.22	Beslut om köp av insats, särskilt boende, korttidsboende eller daglig verksamhet, i annan kommun eller hos annan vårdgivare		Enhetschef	
11.23	Beslut om att inleda utredning (vuxna)	11 kap 1 § SoL	LSS-handläggare	
11.24	Beslut om bistånd i form av arbete, sysselsättning, rehabilitering, för psykiskt funktionshindrade	4 kap 1 § SoL	Socialsekreterare	
11.25	Beslut om bistånd i form av boendestöd för psykiskt funktionshindrade	4 kap 1 § SoL	Socialsekreterare	
11.26	Beslut om kontaktperson för psykiskt funktionshindrade	4 kap 1 § SoL	Socialsekreterare	

Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
<b>12.</b>	<b>Färdtjänst och riksfärdtjänst</b>			
12.1	Beslut om tillstånd till färdtjänst och riksfärdtjänst enligt riktlinjer.	Lag om färdtjänst 6,7 §§ Lag om riksfärdtjänst 4,5 §§	Färdtjänsthandläggare	Beslut om tillstånd till färdtjänst utöver riktlinjer fattas av Vård- och omsorgsnämnden
12.2	Beslut om ledsagare	Lag om färdtjänst 8§ Lag om riksfärdtjänst 6 §	Färdtjänsthandläggare	
<b>13.</b>	<b>Stöd vid våld i nära relationer</b>			
13.1	Beslut om att inleda utredning (vuxna)	11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare/socialsekreterare	
13.2	Beslut om öppenvårdsinsatser i egen kommun (vuxna)	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare/socialsekreterare	
13.3	Beslut om bistånd i form av skyddat boende (vuxna)	4 kap 1 § SoL	Enhetschef	
<b>14.</b>	<b>Patientsäkerhetslag, med mera</b>			
14.1	Beslut om risk för och/eller vårdskada	3 kap 5 § Patientsäkerhetslagen	Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) / Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)	
14.2	Beslut om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av händelse som medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada.	3 kap 5 § Patientsäkerhetslagen	Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) / Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)	
14.3	Anmälan till IVO om leg personal som inte kan utöva sitt yrke tillfredsställande	3 kap 7 § Patientsäkerhetslagen	Förvaltningschef	
14.4	Anmälan till IVO om kommunal drift av verksamhet inom socialtjänstens område eller för personer med funktionsnedsättning. Gäller hem eller öppen verksamhet för vård un-	7 kap 1 § p 1-4 SoL	Förvaltningschef	



Nr	Beslut	Lagrum	Delegat	Anmärkning
	der en begränsad del av dygnet			
14.5	Anmälan till IVO om verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område.	2 kap 1 § Patientsäkerhetslagen	Förvaltningschef	
14.6	Uppgiftslämnande till smittskyddsläkare	6 kap 9-12 §§ Smittskyddslag	Enhetschef	
15.	<b>Personal</b>			
15.1	Systematiskt arbetsmiljöarbete	Arbetsmiljölagen (1977:1160), Lag (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet (MBL), Föreskrifter (AFS 2001:1, AFS 2015:4), Håbo kommuns samverkansavtal	Enhetschef	Enhet

---slut--

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens kansli  
Wilma Karlsson, Nämndsekreterare

wilma.karlsson@habo.se

## **Redovisning av anmälningsärenden**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att anmälningsärendena för perioden 2022-01-04- 2022-02-21 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.

### **Ärendet**

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. Se nedan:

5918 Handlingar för ärende 202200212, Årsrapport 2021, Ombudsman för äldre och funktionsnedsatta

5923 Protokollsutdrag beslut-202100506-KS-§176

5960 Informationsmissiv gällande reviderad rutin om begränsad behandling inom Region Uppsala

5961 LIVE-sändning – Förebygg suicid och våga fråga

5968 Brev från Kammarrätten i Stockholm i 8843-21

Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens kansli  
Wilma Karlsson, Nämndsekreterare

wilma.karlsson@habo.se

## **Redovisning av delegationsbeslut**

### **Förslag till beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att delegationsbeslut för perioden 2022-01-04- 2022-01-31 är redovisade.

### **Sammanfattning**

Delegationsbeslut att redovisa för perioden:

Protokoll delegationsbeslut nr 5884 daterad 2022-02-01 – *återrapporterade delegationsbeslut till förvaltningschef avseende enskilda ärenden för perioden 2022-01-04-2022-01-31.*

Ordförandebeslut, *Avstående från ansökan av prestationsbaserat statsbidrag för att minska andelen timanställningar inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre, 2022-01-31*

Ordförandebeslut, *Ansökan om prestationsbaserade medel till kommuner som utökat bemanningen av sjuksköterskor på särskilda boenden, 2022-01-31*

### **Beslutsunderlag**

- Denna tjänsteskrivelse nr 5955, daterad 2022-02-01
- Protokoll delegationsbeslut nr 5957 daterad 2022-02-01 – *återrapporterade delegationsbeslut till förvaltningschef avseende enskilda ärenden för perioden 2022-01-04-2022-01-31.*

Socialförvaltningen  
Enligt vård- och omsorgsnämndens delegation

## Delegationsbeslut nr 5957 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 2022-01-04-2022-01-31
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, bostad med särskild service, boendestöd, särskilt boende, stödboende/placering, korttidsvistelse, korttidsboende, växelvårdsboende, daglig verksamhet, dagverksamhet, sysselsättning, kontaktperson, personlig assistans, avlösarservice, hemtjänst, hemsjukvård, assisterad egenvård, färdtjänst, riksfärdtjänst, biståndsbedömt trygghetslarm, trygg hemgång, arbetsstödsinsats och avgiftsbeslut.

#### Beslutsunderlag

- De enskilda besluten återfinns i verksamhetssystemet Treserva för aktuell period, *sekretess*.

---

Detta protokoll delges som delegationsbeslut till vård- och omsorgsnämnden den 2022-02-22.

Protokollet signeras digitalt via systemet Verified av  
Förvaltningschef Erik Johansson

## Verification

Transaction ID	B15rR2UAt-SJeE8Ah8At
Document	Protokoll över återrapporterade beslut i enskilda ärenden, VON 2022-02-22.pdf
Pages	1
Sent by	Wilma Karlsson

## Signing parties

Erik Johansson	erik.johansson@habo.se	Action: Sign	Method: Email
----------------	------------------------	--------------	---------------

## Activity log

**E-mail invitation sent to erik.johansson@habo.se**  
2022-02-01 15:06:20 CET,

**Clicked invitation link Erik Johansson**  
Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/97.0.4692.99  
Safari/537.36 Edg/97.0.1072.76,2022-02-01 17:14:36 CET,IP address: 212.112.54.2

**Document signed by Erik Johansson** erik.johansson@habo.se  
2022-02-01 17:14:45 CET,IP address: 212.112.54.2

Verified ensures that the document has been signed according to the method stated above.  
Copies of signed documents are securely stored by Verified.



Socialförvaltningen  
Socialförvaltningens kansli  
Wilma Karlsson, Nämndsekreterare

wilma.karlsson@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 stöd till barn, unga och vuxna**

Information köläge  
Åsen

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

Information Västerhagsvägen  
Det blå ljuset

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

Ny servicebostad  
Öppning efter pandemin

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

Pågående rekryteringar  
Läget i hemtjänsten

### **Gemensam förvaltningsinformation**

Pandemiläget