Sammanträde med socialnämnden

Tid: Torsdag den 25 mars 2021, kl 08:30.

Plats: Distanssammanträde, se separat information. Mötessal i kommunhuset är Tilassalen.

Ordförande: Kerstin Eskhult (C)

Sekreterare: Josefin Lindström

Förhinder: Ledamot som inte kan delta vid sammanträdet kan mejla till josefin.lindstrom@knivsta.se.

Slutet sammanträde

Sammanträdet är slutet.

Föredragningslista

Dnr

1. Upprop

2. Justering

3. Godkännande av dagordning

Beslutsärende, sekretess

4. Individärende (sekretess)

Handlingar har skickats ut per post.

Informationsärenden

5. Verksamhetsinformation – Barn och unga

6. Aktuellt från förvaltningen

a) Covid-19-läget inklusive vaccinering
b) Feriejobb
c) Arbetsmarknadsprojekt
d) Förstudie om eventuell omlokalisering av myndighetsområdet och Råd och stöd
e) Lokalerna Vilhelms gård och Estrids gård
f) Strategiskt kommunikationsstöd

Beslutsärenden

7. Verksamhetsuppföljning LOV hemtjänst egen regi, Enheten hemvård **SN-2020/95**

Tjänsteutlåtande 2021-02-08
Rapport

8. Rapport gällande ej verkställda gynnande beslut kvartal fyra 2020 **SN-2021/46**

Tjänsteutlåtande 2021-02-11
Rapport

9. Patientsäkerhetsberättelse (Socialnämnden) för 2020 **SN-2021/63**

Tjänsteutlåtande 2021-03-05
Patientssäkerhetsberättelse 2020

10. Tillitsreform inom hemtjänsten

Skrivelse

11. Ekonomisk uppföljning per sista februari för socialnämnden 2021 **SN-2021/4**

Tjänsteutlåtande 2021-03-12
Ekonomisk uppföljning per februari 2021
Uppföljningsmallen 2021

12. Budgetdialog för socialnämnden den 29 april

13. Anmälan av delegationsbeslut

- Protokoll från socialnämndens individutskott 2021-03-11.
- Delegationslista ur Siebel; beviljade insatser SoL, LSS, färdtjänst 2021-02-01–2021-02-28.
- Delegationslista ur Procapita; IFO-beslut 2021-02-01–2021-02-28.

Knivsta kommun

Handläggare	Tjänsteskrivelse	Diarienummer
Ulrika Brugård	2021-02-08	SN-2020/95
Socialt ansvarig samordnare		

Socialnämnden

Verksamhetsuppföljning LOV hemtjänst egen regi, Enheten hemvård

Förslag till beslut
Enheten hemvård ska skriftligen redovisa hur de avser att arbeta med de krav på åtgärder och utvecklingsområden som presenteras i rapporten vid nämndens sammanträde 2021-05-27.

Sammanfattning av ärendet
Verksamhetsuppföljning har genomförts av den del av enheten för Hemvård som bedriver hemtjänst i egenregi utifrån LOV. Det gäller hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvård som utförs av omvårdnadspersonal, men inte den del av verksamheten som utförs av legitimerad personal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, eller den öppna mötesplatsen Lyckträffen. Uppföljningen har genomförts av Kvalitets- och utvecklingsavdelningen inom Vård- och omsorgskontoret.

Verksamhetsuppföljningen visar att Enheten Hemvård har både styrkor och brister i kvaliteten vad gäller verksamheten inom LOV hemtjänst. I huvudsak fungerar verksamheten bra, följer lagar, föreskrifter, förfrågningsunderlag och styrdokument inom Knivsta kommun. Inom vissa områden finns brister som kräver åtgärder, eller områden där det finns utvecklingsmöjligheter.

Det som fungerar särskilt väl är enhetens egen uppföljning av planering och utförda insatser, att de gör förändringar direkt då de ser att det behövs, samt att de tar kontakt med Biståndsenheten för uppföljning av insatsbeslutet. Verksamheten har god samverkan inom enheten och med andra verksamheter inom Knivsta kommun och andra verksamheter som är av vikt. Hemvård har en stabil personalgrupp med genomgående kompetens enligt förfrågningsunderlag. Verksamheten har de styrande visionerna, mål och värdegrund inbyggda i planeringssystem och genomförandeplaner, så att de blir en naturlig del av arbetet.

Inom några områden finns krav på åtgärder samt utvecklingsområden, särskilt gällande arbete med genomförandeplaner, kontaktmannaskap, dokumentation samt systematiskt kvalitetsarbete, se sammanställning nedan.

Bakgrund
Socialnämnden har ett ansvar att säkerställa att verksamheten har en god kvalitet. Ansvaret gäller både för verksamhet i egen regi och de externa som kommunen har avtal med. Socialnämnden har ett ansvar att se till att samtliga utförare bedriver sin verksamhet i enlighet med gällande lagstiftning och utifrån ingångna avtal.
Socialnämnden har beslutat om en modell för uppföljning och kontroll av kvalitet inom upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet. Samma modell gäller för kommunens egna verksamheter (egen regi). Uppföljningen sker enligt, av socialnämnden, fastlagd uppföljningsplan och ingår i den interna kontrollen.

Knivsta kommun

Åtgärdskrav och utvecklingsområden
Utifrån uppföljningen har det identifierats sådant som måste åtgärdas och möjliga utvecklingsområden. Verksamheten ska ta fram en plan för hur de avser att arbeta med de krav på åtgärder och utvecklingsområden som presenteras. Det är ledningen för Vård- och omsorgskontoret, som ansvarar för att godkänna innehållet i åtgärdsplanen, innan den lämnas vidare till socialnämnden. Det är nämnden som avgör när åtgärdsplanen ska redovisas för nämnden.

För att följa uppdraget utifrån förfrågningsunderlag krävs att Enheten Hemvård genomför åtgärder gällande de åtgärdsområden som lyfts i kapitel 11 i rapporten och även finns i förteckning nedan. I samband med avtalsuppföljningen har även utvecklingsområden uppmärksammats. Dessa är inte ett krav enligt förfrågningsunderlag och måste inte åtgärdas, men kan bidra till en högre kvalitet i verksamheten.

Åtgärdskrav och utvecklingsområden som presenterats i rapporten utifrån avtals- och verksamhetsuppföljningen

	Krav på åtgärder	**Förslag på utvecklingsområde**
Arbetssätt, metoder och bemötande	-Säkerställ att samverkan mellan brukare och personal så långt möjligt bygger på kontaktmannaskap. -Säkerställ att verksamheteten förstår hur personalbemanningen är anpassad utifrån biståndsbeslut så att samtliga brukare får den service och omvårdnad som de har rätt till.	-Skapa samsyn och förståelse inom verksamheten över hur planeringsverktyget ska användas och förstås, samt ha samsyn över vilken tid som behövs för att utföra de olika arbetsmomenten.
Dokumentation och informationsöverföring	- Säkerställ att verksamheten har en samsyn vad gäller tidsplanering, tidsåtgång och teknisk utrustning för att dokumentation ska ske i enlighet med lag, föreskrifter, allmänna råd och förfrågningsunderlag. - Säkerställ att verksamheten har samsyn över den tid som behövs för informationsöverföring.	
Genomförandeplaner	-Säkerställ att mål för insatsen enligt nämndens beslut framkommer. -Säkerställ att det framkommer när planen har fastställts samt hur och när uppföljning ska ske. -Säkerställ att det framkommer vilken hänsyn som har tagits till brukarens synpunkter och önskemål. -Säkerställ att det framkommer om brukaren har haft möjlighet att ha med en närstående eller inte, samt närståendes deltagande. -Säkerställ att det framkommer vem hos utföraren som ansvarar för genomförandet av varje aktivitet.	-Genom att tydliggöra vilken hänsyn som tagits till brukarens synpunkter och önskemål och på vilket sätt denne varit delaktigt i framtagandet av genomförandeplanen kan jag-form undvikas i genomförandeplanerna.

Knivsta kommun

	-Säkerställ att det framkommer hur samverkan ska ske. -Säkerställ att genomförandeplan upprättas för varje brukare, att det sker inom 14 dagar och att den vid behov revideras därefter. -Säkerställ att genomförandeplaner görs tillgängliga för Biståndsenheten. -Revidera verksamhetens rutiner och eventuellt andra stöddokument, så att den helt och hållet stämmer överens med de allmänna råden, och förfrågningsunderlaget.	
Samverkan	-Säkerställ att verksamheten har de samverkansrutiner och överenskommelser som verksamheten behöver.	
Övrigt utifrån Bistånds-enheten		-Att verksamheten arbetar för en högre personalkontinuitet mot den enskilda brukaren, det vill säga att så få hemtjänstpersonal som möjligt möter samma brukare. -Att ge handledning och utbildning av personal i hur möta och bemöta olika brukares behov och önskemål samt vikten att följa överenskommelser i genomförandeplan. -Att erbjuda språkstöd vid behov. -Att ge handledning och utbildning för att höja kvaliteten på matlagningsstöd till brukare. -Att i samverkan med Biståndsenheten se över kontaktvägarna mellan enheterna.
Systematiskt kvalitetsarbete	-Säkerställ att verksamheten har de rutiner som behövs och att rutiner är väl kända och efterföljs i verksamheten. -Säkerställ följsamhet till ledningssystem och styrdokument. -Säkerställ att verksamheten har de samverkansrutiner och överenskommelser som verksamheten behöver. -Säkerställ att verksamheten på APT återger återkoppling om övergripande statistik för att medarbetare ska göras delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet. I teammöten tas avvikelser upp kring de enskilda brukarna. Vid	-Att arbeta mer systematiskt med hanteringen av synpunkter och klagomål, oavsett vilken väg det inkom till verksamheten. -Hantera alla avvikelsetyper i avvikelseråd.

	APT ska det ges återkoppling om trender och systematiska brister och ledningen behöver från APT tar med sig medarbetarnas förslag och idéer på det och vilka utmaningar verksamheten behöver arbeta med generellt. -Nyttja den ökade rapporteringen av fallincidenter till att också analysera och dra slutsatser om viktiga åtgärdsområden på övergripande nivå för att förebygga fall. - Se till att hantera brister i basala hygienrutiner som avvikelser. Sammanställ också dessa i Stratsys HSL-avvikelsedel.	
Basal hygien	-Återkoppla resultaten oftare och tydligare till medarbetare samt vad som är effektmål och processmål gällande följsamheten.	
Kontakt med legitimerad personal	-Efterfråga hos legitimerad personal om muntlig genomgång av rutin för att kontakta sjuksköterska respektive rehabiliteringspersonal under introduktionen och för upp det på den nya checklistan. -Se över handledarrollen utifrån vad som framkommer från ledningens svar jämfört med medarbetares svar om när man blir handledare.	
Förflyttningsutbildning		För dialog med rehabiliteringspersonal om att följa med till brukare för att instruera på plats främst där det är svårare/ mer komplexa förflyttningar.
Medicinsk produkter, MTP	-Säkerställ att medarbetare rengör apparatur och utrustning enligt tillverkarens anvisningar. Om detta är oklart för respektive produkt kontaktas sjuksköterska eller vårdhygien för råd.	-Diskutera tillsammans med legitimerad personal betydelsen av vad medarbetare inte uppfattar som någon systematik, kring kompetens att hantera MTP.

Ekonomisk konsekvensanalys
Föreslaget beslut bedöms inte leda till några ekonomiska konsekvenser utöver befintlig budgetram.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Underlag för beslut
Tjänsteutlåtande 2021-02-08
Rapport verksamhetsuppföljning av LOV hemtjänst egen regi Enheten Hemvård

Knivsta kommun

Beslutet ska skickas till
Akten
Socialchef
Enheten Hemvård
Områdeschef utförare
Kvalitets- och utvecklingschef
Administrativ chef, VoO-kontoret
MAS
MAR
SAS

Catrin Josephson
Socialchef

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☐ Nej **X**

Förklara oavsett svar.

Ärendet gäller verksamhetsuppföljning av hemtjänstverksamhet inom äldreomsorgen.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☐

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument **X**

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

Verksamhetsuppföljning av LOV hemtjänst egen regi Enheten Hemvård

Knivsta kommun

SN-2020/95

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Sammanfattning 2

2. Bakgrund 3

3. Syfte 3

4. Genomförande och metod 3

5. Beskrivning av verksamheten 4

6. Uppföljning av kvalitet 5

7. Systematiskt kvalitetsarbete 12

8. Uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård 16

9. Biståndsenheten 20

10. Arbetsmiljö och personalfrågor 21

11. Slutsatser, åtgärdspunkter och utvecklingsområden 24

VERKSAMHETSUPPFÖLJNING

1. Sammanfattning

Verksamhetsuppföljning har genomförts av den del av enheten för Hemvård som bedriver hemtjänst i egenregi utifrån LOV[1]. Det gäller hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvård som utförs av omvårdnadspersonal, men inte den del av verksamheten som utförs av legitimerad personal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, eller den öppna mötesplatsen Lyckträffen. Uppföljningen har genomförts av Kvalitets- och utvecklingsavdelningen inom Vård- och omsorgskontoret, kvalitets- och utvecklingschef (KUC) Marja Hedin, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Susanne Ahlman, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) Marini Adams och socialt ansvarig samordnare (SAS) Ulrika Brugård. Verksamhetskontroller Karin Allard och Elin Yilmaz har medverkat som sakkunniga.

Uppföljningen bygger på granskning av styrdokument, rutiner och övriga dokument som används inom verksamheten, enkät som verksamhetsledningen har svarat på, enkät och intervju med kommunens biståndsenhet, samt på intervjuer med personal och ledning. Bedömningen görs utifrån enhetens dokument, gällande lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd och förfrågningsunderlag LOV Knivsta kommun.[2]

Verksamhetsuppföljningen visar att Enheten Hemvård har både styrkor och brister i kvaliteten vad gäller verksamheten inom LOV hemtjänst. I huvudsak fungerar verksamheten bra, följer lagar, föreskrifter och styrdokument inom Knivsta kommun.

Verksamhetens ledning är insatt i Knivsta kommuns mål och styrdokument, värdighetsgarantier och Socialnämndens strategi för vård och omsorg.[3] Ledningssystem och uppföljning av verksamheten finns.

Det som fungerar särskilt väl inom den granskade verksamheten hos Enheten Hemvård är egen uppföljning av planering och utförda insatser, att de gör förändringar direkt då de ser att det behövs, samt att de tar kontakt med Biståndsenheten för uppföljning av insatsbeslutet. Verksamheten har god samverkan inom enheten och med andra verksamheter inom Knivsta kommun och andra verksamheter som är av vikt. Hemvård har en stabil personalgrupp med genomgående kompetens enligt förfrågningsunderlag. Verksamheten har de styrande visionerna, mål och värdegrund inbyggda i planeringssystem och genomförandeplaner, så att de blir en naturlig del av arbetet.[4]

Inom några områden finns krav på åtgärder samt utvecklingsområden, särskilt gällande arbete med genomförandeplaner, kontaktmannaskap, dokumentation samt systematiskt kvalitetsarbete.

---

[1] Lag (2008:962) om valfrihetssystem, Förfrågningsunderlag enligt lagen om valfrihetssystem SN-2018/154, LOV

[2] Socialtjänstlag (2001:453) (SoL), hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2002:9 Bostad med särskild service för vuxna enligt 9:9 LSS, lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, Förfrågningsunderlag SN-2018/154, arbetsmiljölag (1977:1160)

[3] Förfrågningsunderlag SN-2018/154 avsnitt 3.8.

[4] Förfrågningsunderlag SN-2018/154

Utifrån uppföljningen identifierades utvecklingsområden och åtgärdspunkter vilka redovisas under kapitel 11. Verksamheten ska, utifrån dessa, ta fram en handlingsplan utifrån krav på åtgärder och utvecklingsområden. Det är ledningen för Vård och omsorgskontoret, som ansvarar för att godkänna innehållet i åtgärdsplanen innan den lämnas vidare till nämnd. Det är sedan socialnämnden som avgör när åtgärdsplanen ska redovisas för nämnden.

2. Bakgrund

Inom socialnämndens ansvarsområde utförs vissa delar av verksamheten i egen regi och andra delar av externa utförare. Socialnämnden har ett ansvar att se till att samtliga verksamheter inom nämndens ansvarsområde bedriver sin verksamhet i enlighet med gällande lagstiftning, uppdrag och utifrån ingångna avtal. Socialnämnden har beslutat om en modell för uppföljning och kontroll av kvalitet inom upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet. Samma modell gäller för kommunens egna verksamheter och uppföljningen sker enligt en plan som fastslagits av socialnämnden.

I modellen för uppföljning som socialnämnden beslutat ingår att den uppföljda verksamheten, utifrån vid avtalsuppföljningen identifierade åtgärdspunkter och utvecklingsområden, tar fram en åtgärdsplan. Ledningen för Enheten Hemvård ansvarar för att åtgärdsplanen redovisas skriftligt för socialnämnden, som beslutar om när redovisningen av åtgärdsplanen ska ske.

3. Syfte

Uppföljningen syftar till att bedöma hur väl enheten Hemvård arbetar med verksamhetsutveckling, brukarfokus och utför sitt uppdrag i Knivsta kommun, samt i enlighet med gällande lagstiftning och författningar.[5]

4. Genomförande och metod

Denna uppföljning har genomförts av Kvalitets och utvecklingsavdelningen inom Vård- och omsorgskontoret, kvalitets- och utvecklingschef (KUC) Marja Hedin, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Susanne Ahlman, Marini Adams, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS) Ulrika Brugård. Verksamhetskontroller Karin Allard och Elin Yilmaz har medverkat som sakkunniga. Tillsammans bildar dessa Uppföljningsgruppen. Planering och genomförande har skett gemensamt i uppföljningsgruppen. MAS och MAR har ansvarat för att följa upp verksamhetens arbete inom ramen för HSL[6]. KUC och SAS har ansvarat för övriga delar. SAS har haft huvudansvaret för att återkoppla och skriva rapporten.

Inför uppföljningen har uppföljningsgruppen tagit del av relevanta dokument ur kommunens system, samt begärt viss dokumentation från verksamheten, såsom av ledningen ifylld enkät och avidentifierade

[5] Socialtjänstlag (2001:453), hälso- och sjukvårdslag (2017:30), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, Förfrågningsunderlag SN-2018/154, arbetsmiljölag (1977:1160) samt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Vård och omsorg SN-2015/397

[6] Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

genomförandeplaner. Exempel på dokument som inhämtats från kommunens system är verksamhetsplan, verksamhetsberättelse, ledningssystem, kundenkät, samt rutinbeskrivningar. Biståndsenheten besvarade en enkät och intervjuades om verksamheten.

Uppföljningsgruppen genomförde under september 2020 en intervju med verksamhetens ledning och en med medarbetare. Både ledning och medarbetare har haft möjlighet att sakgranska anteckningarna från den intervju de själva deltog i innan rapporten sammanställdes. Utförarens verksamhetschef har fått möjlighet att faktagranska rapporten innan den slutfördes och skickades vidare till socialnämnden. Rapporten ska sedan redovisas för verksamheten, socialchefen och socialnämnden.

Utifrån uppföljningen identifierades utvecklingsområden och åtgärdspunkter vilka redovisas under kapitel 11. Verksamheten ska, utifrån dessa, ta fram en handlingsplan utifrån krav på åtgärder och utvecklingsområden. Det är ledningen för Vård och omsorgskontoret, som ansvarar för att godkänna innehållet i åtgärdsplanen innan den lämnas vidare till nämnd. Det är sedan socialnämnden som avgör när åtgärdsplanen ska redovisas för nämnden.

5. Beskrivning av verksamheten

Den granskade hemtjänstverksamheten Enheten Hemvård drivs i egen regi av Knivsta kommun, utifrån förfrågningsunderlag LOV.[7] Verksamheten ansvar för hemtjänst mellan 07.00-22.00, därefter ansvarar nattpatrullen inom Estrids gård för hemtjänstinsatser. I enheten Hemvård bedrivs även den öppna mötesplatsen Lyckträffen samt den kommunala hälso- och sjukvården sedan januari 2020. Den del som granskas gäller hemtjänst och delegerad hälso- och sjukvård som utförs av omvårdnadspersonal, men inte den del av verksamheten som utförs av legitimerad personal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, eller den öppna mötesplatsen Lyckträffen

I verksamhetsberättelse för 2019 och verksamhetsplan för 2020 framkommer att hemtjänstens uppdrag är att utföra beviljade insatser utifrån socialtjänstlagen, till de som valt att dessa insatser ska utföras av Knivsta kommuns hemtjänsts egen regi. Hemtjänsten utför även delegerade arbetsuppgifter via hemsjukvården. Verksamheten ska utifrån beställning från Biståndsenheten i Knivsta kommun, tillhandahålla hemtjänst, i form av omvårdnads- och serviceinsatser enligt socialtjänstlagen, i ordinärt boende för personer i den omfattning som framgår av kommunens biståndsbeslut samt utföra delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen.[8] enligt villkoren i förfrågningsunderlag[9], som revideras vid behov. Verksamheten utgår från lokaler centralt i Knivsta.

Organisation

Enheten Hemvård leds av en enhetschef, en biträdande enhetschef samt två samordnare (1,5 årsarbetare). Biträdande enhetschef har fokus på hemtjänsten inom verksamheten. Enhetschef och biträdande enhetschef finns tillgängliga under kontorstider. Under icke kontorstider finns arbetsledare jourtid om personalen behöver bistås med åtgärder som inte kan vänta tills ordinarie chef är i tjänst. Enheten har även tre undersköterskor som arbetar med planering.

[7] Förfrågningsunderlag SN-2018/154
[8] Socialtjänstlag (2001:453), samt hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
[9] Förfrågningsunderlag SN 2018/154

48 årsarbetare arbetar inom hemtjänsten. Av dessa är 42 utbildade undersköterskor, 3 vårdbiträden genomför undersköterskeutbildning. Enhetschef och biträdande enhetschef har andra utbildningar/examen. Personalomsättningen är låg.

6. Uppföljning av kvalitet

I följande avsnitt redovisas vad som framkommit av uppföljningen, utifrån verksamhetens dokumentation samt de intervjuer som genomförts. Efter varje underrubrik finns också en kommentar om verksamhetens arbete. Kommentaren bygger på lagstiftning, författningar, förfrågningsunderlag och ledningssystem inom Vård- och omsorgskontoret, Knivsta kommun.[10]

Vision, mål och värdighetsgarantier

Mål:

I verksamhetsplanen för 2019 och för 2020 framgår mål för verksamheten, från övergripande kommunal och socialnämndsnivå, nedbrutet till enhetsaktiviteter. I verksamhetsberättelse för 2019 följs detta upp med måluppfyllelse.

Ledningen berättar att de är väl insatta i kommunfullmäktige och socialnämndsmål och arbetar med dessa. Enhetschef går igenom målen med enheten under APT. De bryter ner målen till aktiviteter inom verksamheten.

Medarbetarna uppger att det är ledningen som är mest insatt och arbetar med verksamhetens mål.

Värdegrund

I ”Socialnämndens strategi för Vård och omsorg” [11] framgår att verksamheten bygger på värden som anges i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagens målparagrafer. Vård och omsorg i Knivsta ska kännetecknas av:

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad verksamhet
- Tillgänglighet
- Effektivitet

I strategidokumentet anges även vad arbetet ska inriktas på exempelvis vad gäller insatser för målgruppen äldre och anhöriga. Enligt ledningen går de igenom värdegrunden på APT då och då, det har dock inte gjorts under 2020.

[10] Socialtjänstlag (2001:453), hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, Förfrågningsunderlag SN-2018/154, arbetsmiljölag (1977:1160),

[11] Socialnämndens strategi för Vård och omsorg, SN 2016/99

Värdighetsgaranti:

I Knivsta kommun finns lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen[12] där det bland annat framkommer vad den enskilde kan förvänta sig av hemtjänstverksamheten. Dessa utgår från den nationella värde grunden inom socialtjänstens omsorg om äldre.[13] Att leva ett värdigt liv och att känna välbefinnande är kärnan i värdegrunden. För äldreomsorgen och hemtjänsten finns kvalitetsdeklaration, som enheten Hemvård följer.[14]

Enheten Hemvård presenterar på kommunens hemsida att de erbjuder serviceinsatser, personlig omvårdnad och delegerad hemsjukvård dygnet runt. Verksamheten värnar om att den enskilde ska få fortsätta att leva ett så självständigt liv som möjligt under trygga är förhållanden. Bemötandet är respektfullt och tar hänsyn till den enskildes integritet. En plan för hur, när och var insatserna ska genomföras, en så kallad genomförandeplan, tas fram tillsammans med den enskilde och en kontaktman utses som har ett särskilt ansvar för att ha en nära kontakt med den enskilde. När verksamheten gör besök i hemmet bär personalen en namnskylt med sitt namn och kommunens logga väl synligt. Hemtjänsten har ett nära samarbete med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter.[15]

Ledningen berättar att de går igenom värdighetsgarantierna på APT, utifrån uppkomna frågor. Den finns även med i arbetet med genomförandeplaner, där värdighetsgarantierna blir tydliga.

Medarbetarna berättar att de i verksamheten inte brukar prata om värdighetsgarantierna, men det som tas upp i värdighetsgarantierna är sådant som de går igenom och tar med i genomförandeplanen med brukaren. I verksamhetens planeringsverktyg TES, som används praktiskt i det dagliga arbetet, framgår värdighetsgarantierna, exempelvis om brukaren vill att personal ska knacka på dörren innan de går in.

Kommentar

Enheten Hemvård bedöms bedriva ett gott arbete vad gäller att arbeta med och följa vision, mål, värdegrund, värdighetsgarantier, kvalitetsdeklarationer och Socialnämndens strategi för vård och omsorg. [16]

Arbetssätt, metoder och bemötande

När Hemvård får en beställning/uppdrag från Biståndsenheten bekräftar de mottagandet och utser en kontaktman till den nya brukaren. Kontaktmans uppdrag är att kontakta brukaren och inleda en kontakt för att kunna verkställa insatsen och upprätta en genomförandeplan. Kontaktman är med vid uppföljningar av insatsen. Kontaktman har ett särskilt ansvar för att ha en nära kontakt med brukaren.

En vanlig arbetsdag börjar med gemensam rapporteringstid, där personalen går igenom vad som hänt runt de enskilda och vad som ska göras under dagen. Medarbetarna upplever att den planerade rapporteringstiden är något för kort, vilket gör att de blir något försenade redan vid uppstart av dagen ut till

---

[12] Lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen, SN 2016/250, https://knivsta.se/download/18.298d3d1f16d8b550c9447fbb/1571906118607/V%C3%A4rdighetsgarantier%20%C3%A4ldreomsorgen.pdf,

[13] Äldreomsorgens nationella värdegrund, https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-3-1.pdf

[14]https://knivsta.se/download/18.2f78fade16d6d345dffaf/1569497010744/Lokala%20v%C3%A4rdighetsgarantier%20f%C3%B6r%20%C3%A4ldreomsorgen,%20kvalitetsdeklaration.pdf

[15] https://knivsta.se/stod-och-omsorg/hjalp-i-hemmet/hemtjanst/godkanda-leverantorer/knivsta-kommun

[16] Se 5 kapitlet 4 § socialtjänstlagen, SOSFS 2011:9, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Förfrågningsunderlag SN-2018/154 avsnitt 3.1 och 3.2

brukarna. Efter rapporteringen ger var och en sig av till dagens besök hos brukare. Det blir cirka 7-15 besök på en arbetsdag. Medarbetarna upplever även att tiden hos brukaren, och restiden, är planerad med för kort tid, vilket bidrar till att de upplever att de inte hinner ge insatserna på det sätt de önskar och att bemötandet inte heller blir på det sätt de vill.

Varje medarbetare, omvårdnadspersonal, är kontaktman till cirka fem brukare. Medarbetarna berättar att deras planeringssystem tyvärr inte utgår från vem som är kontaktman till vilken brukare. Detta medför att brukaren sällan har besök av sin kontaktman. Brukare och anhöriga kan påverka vilken personal som ska arbeta med brukaren.

Verksamheten har dialog med brukarna för att säkerställa att alla de beviljade insatserna planeras och utförs. Mycket fokus kommer under kommande året att ligga på insatserna ledsagning och avlastning vilket har varit insatser som varit svåra att utföra i den utsträckning som de är beviljade. Verksamheten arbetar med schemaplaneringsverktyget Time Care, TES, för att säkerställa att rätt antal personal jobbar vi rätt tid och dag. För att planera insatserna hemma hos verksamhetens brukare används TES och det är även via TES som verksamheten registrerar de utförda besöken. Varje morgon går administrativ personal igenom gårdagens/helgens planering och utfallet. Detta för att säkerställa att besöken genomförts enlig plan och för att upptäcka eventuella avvikelser, samt följa upp om förändring behöver göras i insatserna utifrån hur resultatet blev. Vid behov av förändring Biståndsenheten för eventuell uppföljning.

I intervjuerna framkommer en osäkerhet över vilka rutiner verksamheten har och var de finns digitalt. De känner till att det finns pärmar med rutiner och att det finns rutindokument på olika strategiska platser i lokalen. Medarbetarna berättar att de har ansvar att själva gå igenom rutinerna vid behov. Ledningen uppger att de för en tid sedan genomförde en kartläggning av vilka rutiner de har. De uppger att det finns ett behov att utforma tydliga rutiner kring i stort sett alla delar. Verksamheten har påbörjat arbetet med att förtydliga och skapa rutiner.

Ledningen berättar att verksamheten informerar anhöriga om den öppna mötesplatsen Lyckträffen och anhörigcirklar som finns där, som ett stöd för anhöriga. De informerar även om möjlighet att ansöka om avlösning för stöd och hjälp.

Ledningen berättar att de i samverkan mellan hemtjänst, kommunala hälso- och sjukvården samt biståndshandläggningen har möten flera gånger per vecka för att planera arbete som behöver göras utifrån brukare som är på väg hem från sjukhusvård.

Kommentar

Utifrån dokumentation och intervjuer bedöms verksamhetens arbetssätt, metoder och bemötande vara välfungerande och på det stora hela överensstämma med gällande lagstiftning[17], föreskrifter, allmänna råd och verksamhetens avtal med Knivsta kommun.[18] Frågan om verksamhetens rutinarbete tas upp i avsnitt 7, Systematiskt kvalitetsarbete.

Brukaren ska ges kontinuitet vad gäller personal. Samverkan mellan brukaren och personalen ska framförallt bygga på kontaktmannaskap. I uppföljningen framkommer att Hemvård arbetar med detta och att kontaktman är den som upprättar genomförandeplan med den enskilde och är med vid uppföljningar.

[17] Socialtjänstlag (2001:453), samt hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
[18] 1 kapitlet 1 § socialtjänstlagen samt 5 kapitlet 4 § socialtjänstlagen, Förfrågningsunderlag SN-2018/154

Ledningen uppger att kontaktman har ett särskilt ansvar för att ha en nära kontakt med brukaren. Dock framkommer det att det är sällan som brukaren träffar sin kontaktman, då det inte tas hänsyn i planeringssystemet till kontaktman. Verksamheten behöver säkerställa att samverkan mellan brukare och personal så långt det är möjligt bygger på kontaktmannaskap[19]

- Säkerställ att hela verksamheten förstår hur personalbemanningen är anpassad utifrån biståndsbeslut så att samtliga brukare får den service och omvårdnad som de har rätt till.[20]

Medarbetarna beskriver att den planerade tiden inte räcker till för att genomföra de beviljade och planerade insatser med den kvalitet som medarbetarna önskar att de kan ge. De menar att det inte heller finns tillräckligt tid inplanerat för dokumentation och informationsöverföring. Ledningen uppger att planeringsverktyget kan försvåra för medarbetarnas förståelse av hur tiden är planerad och hur de ska förhålla sig till den.

Det finns ett behov att verksamheten säkerställ att hela verksamheten förstår hur personalbemanningen är anpassad vid varje tillfälle så att samtliga brukare får den service och omvårdnad som de har rätt till utifrån biståndsbeslut.[21] Ett utvecklingsområde är att skapa samsyn och förståelse inom verksamheten över hur planeringsverktyget ska användas och förstås, samt ha samsyn över vilken tid som behövs för att utföra de olika arbetsmomenten.[22]

Delaktighet och integritet

Vid intervjun med medarbetarna framkom det att de är väl medvetna om att sekretess gäller. De talar om brukarna vid rapporteringstillfällen och då det behövs utanför denna tid ser de till att göra det utan att det finns obehöriga där. Ibland behöver de informera varandra om brukarna via telefon, då anger de inte namn för att inte bryta sekretess.

Arbetet med brukarens delaktighet påbörjas direkt vid första kontakt och i arbetet med att upprätta genomförandeplan. För att värna den enskildes integritet och delaktighet talar personalen med brukarna om hur just de vill ha det. Utifrån det gör de planering och genomför olika aktiviteter på det sätt som passar den enskilde, så långt det är möjligt. Personalen gör vad de kan för att brukarna ska känna att de är värdefulla. För att hjälpa brukarna att bibehålla och utveckla sina förmågor låter personalen brukaren göra så mycket som de kan själva. De får göra träningspass och uppmuntras att röra sig.

Ledningen berättar att om verksamheten uppmärksammar att någon är beviljad insatser för något som de i praktiken klarar av att göra själva, så återkopplar de till biståndshandläggare för uppföljning. Eventuellt kan insatstiden då minskas. Verksamheten vill inte att de enskilda har mer tid beviljad än vad som faktiskt ska och behöver utföras.

Kommentar

Verksamhetens arbete med delaktighet och integritet direkt mot brukare är välfungerande, samt i enlighet med socialtjänstlagen och avtalet med Knivsta kommun.[23]

---

[19] Förfrågningsunderlag SN-2018/154 avsnitt 4.2

[20] Förfrågningsunderlag SN-2018/154 avsnitt 3.2, 3.8, Förfrågningsunderlag SN-2019/349

[21] Förfrågningsunderlag SN-2018/154 avsnitt 3.2, 3.8, Förfrågningsunderlag SN-2019/349

[22] Förfrågningsunderlag SN-2018/154

[23] Se 1 kapitel 1 § socialtjänstlagen och 15 kapitlet 3 § socialtjänstlagen, samt Förfrågningsunderlag SN-2018/154 avsnitt 3.1 och 3.2

Aktiviteter och kost

Brukarna får stöd till aktiviteter genom att verksamheten samarbetar med vänkretsen och öppna dagverksamheten Lyckträffen. Samarbete med andra exempelvis PRO[24] sker via Lyckträffen. Många brukare har beviljad insats i form av promenader och sociala samvaro.

Medarbetarna berättar att Lyckträffen och dagverksamheten för dementa Smultronstället, är viktiga verksamheter för de äldre. Där får de aktiviteter och socialt utbyte. Tyvärr är dessa verksamheter stängda för fysiska besök under pandemin.

Hemtjänsten har utifrån biståndsbeslut hand om att leverera matlådor till brukare och har rutiner för matdistribution. Brukare kan även få hjälp av hemtjänstpersonalen att beställa hem mat och andra varor via ett avtal som kommunen har för inköp till hemtjänstbrukare. Maten levereras hem till brukaren av företaget. Brukare kan utifrån biståndsbeslut få hjälp med enkel tillredning av mat genom hemtjänstpersonalen. Biståndshandläggare berättar i uppföljningen, se avsnitt 9, Biståndsenheten, att brukare hör av sig utifrån bekymmer gällande kvaliteten på matlagningsstöd.

Kommentar

Verksamhetens arbete kring aktiviteter och kost överensstämmer med socialtjänstlagen och förfrågningsunderlag.[25]

Dokumentation och informationsöverföring

Dokumentation sker av varje medarbetare på kontoret i det digitala verksamhetssystemet. Ledningen följer upp att dokumentation faktiskt genomförs. Deras uppskattning är att åtminstone 90% av det som ska dokumenteras faktiskt dokumenteras. Dokumentation är ett ska-krav utifrån brukarsäkerheten och ingår i arbetsuppgifterna. Planerarna följer upp vid arbetspass början och slut att alla har kommit och att man dokumenterar.

Enligt planering kommer planeringsverktyget TES kopplas samman med dokumentationssystemet och få en funktion som medför att ett arbetspass inte kan avslutas utan att dokumentation har genomförts.

Informationsöverföring sker vid rapporteringsmöte på morgonen. Då går de gemensamt igenom dokumentation från de tre senaste dagarna gällande brukarna. Vid arbetspassen som börjar senare på dagen ansvarar varje medarbetar för att själv läsa vad som hänt, berättar ledningen.

Inom kort ska verksamheten börja använda surfplattor för dokumentation ute hos brukarna, vilket ger möjlighet att direkt dokumentera när något inträffar, samt söka upp information som behövs. Det kommer även underlätta brukarens delaktighet i dokumentationen.

Informationsöverföring sker framförallt vid rapporteringstiderna vid arbetspassens början, enligt medarbetarna. Vid rapporteringstillfällena finns sjuksköterska med. Medarbetarna uppger att tid inte finns inom arbetstiden så det räcker för dokumentation, utan de upplever att de måste använda sin fritid för att dokumentera. Ett annat problem med dokumentation är att flera av datorerna inte fungerar och de övriga räcker inte till för medarbetarna. När de inte dokumenterar blir det en avvikelse. Medarbetarna

[24] Pensionärernas riksförbund, PRO

[25] Se 1 kapitel 1 § socialtjänstlagen och 5 kapitlet 4 § socialtjänstlagen, Se avtal och Förfrågningsunderlag SN-2018/154 om Aktiv och meningsfull tillvaro samt aktiviteter och utevistelse, samt om Mat och måltider.

menar att det skulle vara positivt att kunna dokumentera ute hos brukarna istället för att behöva vänta till dess att de är på kontoret.

Rutiner gällande dokumentation finns och är tillgängliga i arbetsvardagen. De säger att rutiner saknas för hur dokumentation ska göras i de fall verksamhets-/dokumentationssystemet inte är i funktion, men i praktiken dokumenterar de i en almanacka och en bok vad som har hänt då.

Enligt ledningen hör medarbetarna av sig till dem så fort något inträffat. I första hand ringer de till dem. Medarbetarna hör inte av sig via e-post.

Information mellan medarbetare och chef sker framförallt skriftligt eller via APT, enligt medarbetarna.

Kommentar

Uppföljningen visar att det finns risk att dokumentationen och informationsöverföringen inom Enheten Hemvård inte fullt ut är i enlighet med föreskrifterna och de allmänna råden kring, eller helt i enlighet med förfrågningsunderlaget. [26] Rutiner finns som stöd för dokumentation och informationsöverföring. Den dokumentation som sker genomförs fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål. [27]

Ledningen följer upp att medarbetarna dokumenterar och uppfattar att 90% av det som ska dokumenteras blir dokumenterat. Medarbetarna å sin sida upplever att det inte finns tid under arbetspassen att göra den dokumentation som ska göras. Risk finns därmed att dokumentationen blir bristfällig. I denna uppföljning har ingen journalgranskning skett, med undantag av två genomförandeplaner, se i följande avsnitt.

Medarbetarna uppger att datorerna som finns tillgängliga inte räcker till för att medarbetarna ska hinna dokumentera när de är på kontoret. Dessutom är flera datorer ur funktion utan att åtgärdas enligt medarbetarna. Verksamheten har beställt surfplattor för att förbättra dokumentationsförutsättningar inom verksamheten.

Ledningen behöver säkerställa att det i verksamheten finns en samsyn vad gäller tidsplanering, tidsåtgång och teknisk utrustning så att dokumentation kan ske i enlighet med lag, föreskrifter, allmänna råd och förfrågningsunderlag. Ledningen behöver också säkerställa att det finns en samsyn i verksamheten över den tid som behövs för informationsöverföring.

Genomförandeplaner

När beställning kommer i verksamhetssystemet från Biståndsenheten tar Enheten Hemvård emot den och bekräftar genom att kvittera. Kontaktman och brukare upprättar en genomförandeplan tillsammans. Om brukaren vill är även närstående med. Brukaren är på så sätt delaktig i planeringen av hur och när insatserna ska genomföras och överenskommelsen dokumenteras i genomförandeplanen[28]. Verksamheten har rutiner för arbetet med genomförandeplanen, enligt medarbetarna. Brukaren får ett exemplar och hemtjänsten behåller ett. Genomförandeplanen följs upp en gång per år, eller oftare utifrån förändringar. Dokumenten delas med biståndshandläggarna i verksamhetssystemet.

Ledningen uppger att det är för kort tid med två veckor för att hinna upprätta en genomförandeplan, men den påbörjas i alla fall inom denna tid genom att de kommer överens (med den enskilde) om hur insatsen ska genomföras. De uppger att mycket förändringar kan ske under första tiden av insatsen, varför

[26] SOSFS 2014:5, 11 kap. 5 § SoL, Förfrågningsunderlag SN-2018/154
[27] 4 kapitlet 8, 9 §§ SOSFS 2014:5

förändringar kan behövas innan det är klart.

I arbetet med genomförandeplanerna tydliggörs värdighetsgarantierna i praktiken. Den enskilda brukaren är i fokus, berättar ledningen. Där är de med och bestämmer själva. De har som rutin att skriva genomförandeplanen i Jag-form, så att det ska vara tydligt att det inte ska vara personalens ord i genomförandeplanen. Genomförandeplanen läggs in i TES, för att finnas med som underlag för planering och genomförande. Omvårdnadspersonalen har tillgång till den information som finns i TES när de är ute hos brukaren.

Inför denna uppföljning skickades två avidentifierade genomförandeplaner in för granskning från verksamheten. Innehållet i dessa genomförandeplaner har analyserats utifrån Socialstyrelsens allmänna råd om genomförandeplaner. [29] I tabellen nedan under kolumnen ”Uppfyllt?” innebär svaret ja att de genomförandeplaner som granskats har det som Socialstyrelsens anser bör framgå av en genomförandeplan. Svaret delvis innebär att åtminstone en av de granskade genomförandeplanerna har det som efterfrågas, eller att alla har vissa delar av det som efterfrågas men saknar andra delar. Svaret nej betyder att information om det som efterfrågas saknas i de granskade genomförandeplanerna.

Genomförandeplanerna har ett respektfullt språk. Granskningen visar att det framkommer när genomförandeplanen är upprättad, men inte när den är fastställd, eller när den ska följas upp. I förklarande text på blanketten anges: ” Om målen behöver revideras t.ex. vid väsentlig förändring av behov skrivs ny plan.” Mål och delmål finns delvis angivet, övergripande mål enligt biståndsbeslut finns inte med. Men mål och delmål för insatsen genom utföraren finns med för varje aktivitet, liksom hur det ska utföras. Det framkommer inte vem, person eller funktion, som ska göra vilken del av insatsens utförande. Det saknas uppgifter om samverkan med andra, såsom hälso- och sjukvården eller biståndshandläggningen.

I mallen finns rubriker/fält för att ange på vilket sätt den enskilde varit med i upprättandet av genomförandeplanen och vilka som deltagit vid upprättandet. I beskrivning anges att ”planen upprättas och uppdateras vid behov av dig/legal företrädare och godkänd behörig utförare”. Det anges inte att närstående kan vara med, om de inte är legal företrädare. I den ena av de granskade genomförandeplanerna framgår att verksamheten har samrått med den enskilde och make/maka i utformandet av genomförandeplanen. Under rubriken ”Behov” anges, i de båda granskade dokumenten tidpunkt för när respektive aktivitet ska genomföras, däremot anges inte vilka behov som aktiviteterna ska täcka, med några få undantag.

Vad som bör framgå av en genomförandeplan enligt Socialstyrelsens allmänna råd:	Uppfyllt?
Vilket eller vilka mål som gäller för insatsen enligt nämndens beslut	Nej*
Om insatsen innehåller en eller flera aktiviteter hos utföraren, vilket eller vilka mål som gäller för varje aktivitet	Ja
Vem hos utföraren som ansvarar för genomförandet av varje aktivitet	Nej
När och hur olika aktiviteter ska genomföras	Ja
Hur utföraren ska samverka med nämnden, andra utförare eller andra huvudmän, t.ex. hälso- och sjukvården, skolan eller Arbetsförmedlingen	Nej
När och hur insatsen som helhet eller olika aktiviteter som ingår i insatsen ska följas upp	Nej
Om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till hans eller hennes synpunkter och önskemål	Delvis
Vilka andra personer som har deltagit i arbetet med att upprätta genomförandeplanen	Delvis
När planen har fastställts, och när och hur planen ska följas upp	Nej**

*Mål från beslut, uppdraget, finns inte, men mål och delmål hos utföraren.

**Anges när den är upprättad men inte fastställd

[29] 6 kapitlet 2 § SOSFS 2014:5

Kommentar

Verksamhetsuppföljningen visar att det saknas innehåll, helt eller delvis, i den granskade genomförandeplanen för att den ska överensstämma med Socialstyrelsens allmänna råd om genomförandeplaner, se ovan.[30] Utifrån förfrågningsunderlaget[31] framkommer det att genomförandeplan ska innehålla det som framgår av SOSFS 2014:5. En åtgärdspunkt blir därför att verksamhetens rutiner och eventuellt andra stöddokument uppdateras så att den helt och hållet stämmer överens med de allmänna råden, och förfrågningsunderlaget.

Ett av löftena i Knivsta kommuns värdighetsgarantier för hemtjänst handlar om genomförandeplaner[32]. ”En plan för hur, när och var insatserna ska genomföras, en så kallad genomförandeplan, tas fram tillsammans med dig inom två veckor. Om du vill kan en närstående delta vid mötet. Dina behov, förutsättningar och önskemål styr insatsens utformande. Genomförandeplanen följs upp regelbundet.”

Utifrån ovanstående framkommer det att följande innehåll saknas i de granskade genomförandeplanerna:

- Det framkommer inte vilken hänsyn som har tagits till brukarens synpunkter och önskemål.
- Det framkommer inte alltid om brukaren har haft möjlighet att ha med en närstående eller inte.
- Det framkommer inte hur och när uppföljning ska ske.

Genom att tydliggöra vilken hänsyn som tagits till brukarens synpunkter och önskemål och på vilket sätt denne varit delaktigt i framtagandet av genomförandeplanen kan jag-form undvikas, utan att ge avkall på att det är den enskilde brukarens behov och önskan som styr insatsen.

I förfrågningsunderlaget kravställs att genomförandeplan ska upprättas inom sju dagar från att beslutet har mottagits. I reviderat förfrågningsunderlag för LOV i hemtjänsten[33] som trädde i kraft 2020-03-01, finns krav på att upprätta genomförandeplan inom 14 dagar från att beslut mottagits, varför det inte blir en åtgärdspunkt att verksamheten inte följt de sju dagarna. Däremot uppger ledningen att det är för kort tid med 14 dagar, men att de åtminstone hinner påbörja genomförandeplanen inom den tiden. En genomförandeplan ska upprättas inom 14 dagar. Vid behov av revidering ska revidering genomföras. Vilket blir en åtgärdspunkt för verksamheten.

Enligt förfrågningsunderlaget ska genomförandeplan delges till Biståndsenheten. Enligt verksamheten delar de dokumentet via verksamhetssystemet med Biståndsenheten. Enligt uppgifter från Biståndsenheten, se avsnitt 9, får inte de del av genomförandeplanerna. Det blir en åtgärdspunkt för verksamheten att försäkra sig om att genomförandeplanerna är tillgängliga för Biståndsenheten.

7. Systematiskt kvalitetsarbete

Som stöd i sitt arbete att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten har enheten Hemvård, Vård- och omsorgskontoret ett ledningssystem[34] med ett digitalt system, Stratsys. Där görs planering, rapportering och sammanställning av exempelvis avvikelser, risk- och konsekvensanalyser med mera. Verksamheten har olika rutiner, såsom för nyckelhantering, genomförandeplanarbete, kontaktmannaskap.

[30] 6 kapitlet 2 § SOSFS 2014:5
[31] Förfrågningsunderlag SN 2018/154 avsnitt 3.2
[32] Förfrågningsunderlag SN 2018/154
[33] SN 2020/10
[34] SN 2015/397

Tillgång till rutinerna berättar medarbetarna att de har via pärmar och liknande på kontoret. Rutiner tas fram och revideras på olika sätt. De arbetar med dem på APT, i teammöten och i andra sammanhang. De säger att de inte känner till om de har tillgång till rutiner via datorerna, nätverket. De har inte tillgång till dem digitalt via telefonerna. De har genomgång av rutinerna vid introduktion. Var och en kan vid behov gå igenom rutinerna.

Ledningen berättar att de överlag behöver arbeta vidare med utforma fler och tydligare rutiner och planerar att göra det kontinuerligt framöver. Rutinerna finns tillgängliga i pärm på kontoret. De är osäkra på om rutinerna finns digitalt tillgängliga för medarbetarna. Längre fram kommer alla rutiner finnas tillgängliga via det digitala ledningssystemet, som alla kommer att nå.

Samverkan

Verksamheten samverkar dagligen med Biståndsenheten och med legitimerad personal inom hemsjukvården. Enheten har även samarbete med arbetsförmedlingen, arbetsmarknadsenheten inom Vård- och omsorgskontoret. Samarbete finns även med olika verksamheter för utbildning av undersköterskor i syfte att säkerställa personalrekrytering. För samverkan med invånarna i Knivsta kommun har verksamheten en informationssamverkan med organisationer och förbund som är kopplade till mötesplatsen Lyckträffen.

Medarbetarna berättar att de upplever att de tidigare hade bättre samarbete med biståndshandläggarna när de regelbundet kom till verksamheten.[35] De har samverkan med korttids då vissa brukare har avlastning, växelvård där. Samverkan finns också med väntjänst och Räddningstjänst. Medarbetarna har även kontakt med färdtjänst, då de hjälper brukare.

Kommentar

Verksamheten har god samverkan med andra delar av verksamheten och andra verksamheter som är av vikt. I uppföljningen har det inte framkommit några skriftliga rutiner eller överenskommelser gällande samverkan, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem.[36] Ett åtgärdskrav är att Enheten Hemvård säkerställer att det har de samverkansrutiner och överenskommelser som verksamheten behöver.[37]

Brukarnöjdhet

Verksamheten följer brukarnöjdheten genom socialstyrelsens brukarenkät. Brukarnas nöjdhet följs även upp i det dagliga arbetet genom att verksamheten har en kontinuerlig dialog med de brukare som önskar detta. Information lämnas hos brukaren om att lämna synpunkter.

Kommentar

Verksamheten bedriver ett gott arbete kring att mäta samt följa upp brukarnöjdheten vilket går i linje med förfrågningsunderlaget, samt Socialstyrelsens allmänna råd för egenkontroll.[38]

Egenkontroll

Verksamheten arbetar med egenkontroll på flera sätt. De gör bland annat dagliga egenkontroller av de utförda och beviljade insatserna som brukarna får. De bedömer om förändringar i planeringen och

[35] Numera sker mötena mellan Hemvård och Biståndsenheten framförallt digitalt

[36] 4 kapitlet 5 § SOSFS 2011:9 och Förfrågningsunderlag SN-2018/154 om Samverkan

[37] Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Vård och omsorg SN-2015/397

[38] Förfrågningsunderlag SN-2018/154, 5 kapitlet 2 § SOSFS 2011:9

genomförandet behöver göras, om det finns behov att påkalla uppföljning av Biståndsenheten. De jämför utförda tiden med planerade och beviljade tiden för insats. De mäter på så sätt produktivitetsnivån.

Dokumentation följs upp med de enskilda medarbetarna i medarbetardialog för att säkerställa att dokumentationen håller den kvalitet som lagar och förordningar efterfrågar och kräver. Verksamheten gör även andra egenkontroller exempelvis för att säkerställa att mat och matlådor som enhetens personal levererar till brukarna håller de livsmedelskrav som gäller, samt genomför egenkontroll av bashygien och arbetsmiljöfrågor.

I det fall egenkontroller visar att det finns behov att åtgärda något så sker detta genast, enligt ledningen.

Kommentar

Verksamhetens arbete med egenkontroll går i linje med förfrågningsunderlaget med, samt Socialstyrelsens allmänna råd för egenkontroll.[39]

Synpunkter och klagomål

Rutin och blankett finns för synpunkter och klagomål. Material lämnas till brukarna.

Under 2019 finns sju registrerade synpunkter och klagomål gällande hemtjänstens insatser. I huvudsak gällande trafikfrågor med vad den klagande bedömt vara hemtjänstbilar.

Ledningen berättar att de får in synpunkter och klagomål via kommunens diarium, liksom via andra vägar, exempelvis via kontaktcenter. Alla synpunkter och klagomål diarieförs inte. Verksamheten tar kontakt med alla som lämnar in synpunkt eller klagomål. De följer upp med berörd personal och informeras på APT.

Informationsbroschyr delas ut till brukarna gällande synpunkter och klagomål, enligt medarbetarna. När synpunkter och klagomål inkommer pratar de om det i teammöten om vd de kan förändra och göra bättre. Medarbetarna dokumenterar i verksamhetssystemet om en brukare har haft synpunkter.

Kommentar

Uppföljningen visar att det finns ett behov av att arbeta mer systematiskt med hanteringen av synpunkter och klagomål, då det inte sker på samma sätt beroende på vilken väg det inkom till verksamheten. Behov finns att verksamheten säkerställer följsamhet till ledningssystem och styrdokument. [40]

Avvikelser och lex Sarah

Ledningen uppger att de har rutiner för avvikelsehantering och att personalen är insatt i dem. Utredning görs av enhetschef. För HSL-avvikelser har de avvikelseråd, se nedan. I utredningen kommer verksamheten fram till åtgärder som behöver göras. Rutiner och blanketter för lex Sarah-hantering finns. Stöd finns tillgänglig i Kvalitets- och utvecklingsavdelningen.

Under 2019 finns 29 rapporterade sociala avvikelser inom verksamheten. Majoriteten handlar om utebliven insats. Under 2019 genomfördes två lex Sarah utredningar som båda resulterade i beslut att inte anmäla till inspektionen för vård och omsorg, då bedömning gjordes att det inte förelåg allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden.

---

[39] Förfrågningsunderlag SN-2018/154, 5 kapitlet 2 § SOSFS 2011:9

[40] Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Vård och omsorg SN-2015/397, Synpunkts- och klagomålshantering i Knivsta kommun, KS-2009/475, Förfrågningsunderlag SN-2018/154, 5 kapitlet 2 § SOSFS 2011:9

Verksamheten har enligt ledningen, inte arbetat mycket med sociala avvikelser, men har nu börjat göra det. Det resulterar i att fler avvikelserapporter görs. Samordnaren utreder vad som hänt. Planerare utreder när det handlar om frågor som berör tidsplaneringen exempelvis. Vid allvarligare avvikelser involveras enhetschef och biträdande enhetschef. Verksamheten har avvikelseråd som arbetar med HSL-avvikelserna, se mer om detta nedan. Avvikelserådet har varit pausat en period under pandemin.

När de får en avvikelse som kan vara en möjlig lex Sarah kontaktar ledningen socialt ansvarig samordnare för att gemensamt bedöma. I det fall det blir en lex Sarah rapport utreds den i samarbete och därefter följs åtgärder upp.

Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvårdsområdet

Viktigt lärande som gör skillnad för brukare

Ledningen menar att det blivit en lärdom att kunna underlätta för brukare och medarbetare vid förflyttning, med hjälp av akutlyften. Hjälpmedlet används dock inte. Personalen är van vid att ta hjälp av kollegor istället.

Medarbetare berättar att det vid fallincidenter inte är möjligt att ta med akutlyften. Den är stor och tung och svår att ta med sig i trappor och ibland får den inte plats i brukarens lägenhet. Medarbetare berättar att de på tidigare arbetsplats hade de en Razer (uppresningshjälpmedel)som gick att ta med i en ryggsäck. Enligt ledningen sker lärandet generellt vid teammöten och vid avvikelseråden. Sammanställning görs av avvikelserna för att se mönster. Enligt ledningen sker lärande generellt vid teammöten, avvikelseråd och APT.

Medarbetare beskriver att var det länge sedan de kollade på avvikelserna. De pratar annars om det på teammöten, då rehabiliterings personal är med och de kan ha diskussion. Däremot inte på APT eftersom de inte pratar om brukarna på APT. Förut tittade de på statistiken också, men det var senast förra året. Alla kan inte vara med på teammöten eftersom vissa behöver vara ute hos brukarna och jobba.

Medarbetare beskriver att ibland genererar avvikelser snabbare förbättring av åtgärder kring en brukare än kommunicering om samma sak i vardagsarbetet, men lyfter att rehab brukar vara snabba att hörsamma medarbetare och säkerställa rätt åtgärder.

Fallincidenter ökning med 60% första halvåret

Ledningen anger att det handlar om att fler registrerar avvikelser nu än tidigare. Ledningen har varit väldigt tydlig med att personalen ska dokumentera om fallincidenter och skriva avvikelser, även på brukare som faller många gånger. I det senare gör man avvikelser på samtliga fall för samma brukare. HSL-personalen har också varit med på teammöten och informerat kring fall.

Enligt medarbetare arbetar de fallförebyggande och personalen ska rapportera till ombud om de ser risker - och risker rapporteras i verksamhetssystemet.

Rehab åker på hembesök om risker rapporterats och de ser på miljön, om mattor finns och så vidare. Kontaktpersonen ska undersöka vilka risker som finns men de tittar framförallt utifrån arbetsmiljö vilka risker som finns.

Sjuksköterska är också med på teammöten när de diskuterar fall och hur det gick till när någon ramlat.

Läkemedelsavvikelser minskning med 70% första halvåret
Medarbetare berättar att de nu har dagsköterskor som är med på rapporttiden som påminner om medicinerna. På kvällen har de sjuksköterska på plats som försöker vara med och hjälpa till för att personalen ska slippa ringa joursköterskor, vilket ger en sammantaget bättre situation och bättre ”kom ihåg”.

Kommentar

Verksamheten bedriver ett gott arbete kring kvalitetsfrågor och går i linje med Vård- och omsorgskontorets ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, samt Socialstyrelsens allmänna råd för egenkontroll. [41] Dock finns några krav på åtgärder och områden med utvecklingsmöjlighet.

Uppföljningen visar ett behov av att tydliggöra rutiner och göra dem tillgängliga för verksamheten framförallt digitalt, men även i pärmar och på annat sätt om det är funktionellt för verksamheten. Behov finns att säkerställa att verksamheten har de rutiner som behövs och att rutiner är väl kända och efterföljs i verksamheten.[42]

Ledningen är medveten om att de inte har arbetat fullt ut med sociala avvikelser, men har nu påbörjat detta arbete. Avvikelserådet har varit pausat under en period på grund av pågående pandemi. Enligt rutin för avvikelsehantering ska avvikelseråd eller liknande finnas inom verksamheten. Alla avvikelsetyper ska hanteras i avvikelseråd eller liknande.

Krav på åtgärd är att på APT återge återkoppling om övergripande statistik för att medarbetare ska göras delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet. [43] I teammöten tas avvikelser upp kring de enskilda brukarna. Vid APT ska det ges återkoppling om trender och systematiska brister och ledningen behöver från APT tar med sig medarbetarnas förslag och idéer på det och vilka utmaningar verksamheten behöver arbeta med generellt.

Krav på åtgärd finns gällande fallincidenter och basal hygien:

> Nyttja den ökade rapporteringen av fallincidenter till att också analysera och dra slutsatser om viktiga åtgärdsområden på övergripande nivå för att förebygga fall.
>
> Se till att hantera brister i basala hygienrutiner som avvikelser. Sammanställ också dessa i Stratsys HSL-avvikelsedel.

8. Uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård

Basal hygien

Föreskrift om basal hygien (SOSFS 2015:10) omfattar socialtjänst. Enligt överenskommelse mellan kommuner och regionen samt vårdhygien finns angivet mål om 100% följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Enligt föreskrift om ledningssystem (SOSFS 2011:9) anges att egenkontroller ska upprättas för att säkerställa verksamhetens kvalitet.

[41] Förfrågningsunderlag SN 2018/154, 3 kapitlet arbetsmiljölagen, samt 5 kapitlet 2 § SOSFS 2011:9
[42] Förfrågningsunderlag SN-2018/154 avsnitt 3.
[43] Rutin för avvikelsehantering

Egenkontroll
Observationsmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler utförs sedan maj 2020. Två nya hygienombud är utsedda. Basal hygien följs upp på HSL- ledningsmöte[44] varannan månad. Exempel på vidare åtgärd är att på sittande möte se till att varje medarbetare direkt, från samordnare, får ett e-brev om vad som brister. Vidare ska det tas upp på teammöten och den dagliga morgonrapporten. En av medarbetarna anger att den hört talas om målet för följsamheten. Eftersom resultatet inte visats på gruppnivå vet medarbetare inte exakt hur de ligger till i följsamheten. Det som beslutats om konkreta förbättringsåtgärder är att de ska påminna varandra om att göra rätt.

Åtgärd:
Återkoppla resultaten oftare och tydligare till medarbetare samt vad som är effektmål och processmål gällande följsamheten.

Läkemedelshantering

Delegering
I vilken omfattning omsorgspersonal delegeras ansvar för hälso- och sjukvårdsuppgifter, och vilken typ av uppgifter, påverkar hur åtgärder hos brukare kan säkerställas, vid sidan av sjuksköterskans övergripande ansvar för läkemedelshanteringen. Det är väldigt få, max fem personer, som inte har delegering i någon omfattning. Förbättringar har gjorts för att bemanningen ska ha kontroll över vilken personal som har vilken delegering och kan utföra delegerad hälso- och sjukvård hos den specifika brukaren. Det är också fler personer nu än tidigare som har delegering för dialyshantering, vilket krävdes för säkerheten kring det utförandet.

Medarbetare bekräftar att planeringen tidigare inte tagit hänsyn till vilka som har delegeringar men nu planerar de efter det och många fler har delegering, vilket medarbetare förklarar minskat antal avvikelser. Se avsnitt om avvikelsehantering inom hälso- och sjukvårdsområdet sidorna 15-18.

Kontakt med legitimerad personal

Introduktion
Checklista finns men hela introduktionen ska revideras. Nu kommer det att ställas högre krav på att ny personal läser materialet som ska ingå och checklistan ska bli mer utförlig. Där ska också signeras att man tagit del av materialet. Man får bara gå dubbelt med van personal som också är van vid att hantera ny personal. Sjuksköterska är inte med i introduktionen av ny omvårdnadspersonal. Sjuksköterska är med på morgonmöten. På teammötet är också de olika professionerna inom hälso- och sjukvård med.
Kontaktvägar till legitimerad personal
Ledningen har aldrig upplevt att det varit något problem att få kontakt med sjuksköterska. Men i den nya introduktionen ska det stå med som checkpunkt hur man tar kontakt med sjuksköterska. Ny personal ska också få tid med HSL-personalen, vid sidan av kommande delegeringssamtal. Information ska finnas om vad de olika professionerna gör. Den som man går introduktion med ska också informera om kontaktvägarna och att man ska ta kontakt vid ändrat hälsotillstånd hos brukare.

Medarbetare anger att rehab ska kontaktas vid fall. Om brukare börjar må dåligt så ska sjuksköterska kontaktas. De har en checklista som finns vid introduktion, men där finns ingen information gällande kontaktvägar med rehab eller sjuksköterska. Informationen ges endast i samband med delegering.

[44] Verksamhetschef hälso- och sjukvård, områdeschef utförare, enhetschef Hemvård, enhetschef Estrids gård, närvårdsstrateg, MAS och MAR.

Medarbetarna berättar att de vid introduktionen fick väldigt lite papper. Redan efter ett par månader fick en av medarbetarna vara handledare och hade då inte någon aning om ”pappersbiten”, och kunde därför inte ge den bästa introduktionen. De borde också få handledning kring hur man ska introducera andra.

Åtgärd:
- Efterfråga hos legitimerad personal om muntlig genomgång av rutin för att kontakta sjuksköterska respektive rehabiliterings personal under introduktionen och för upp det på den nya checklistan.

- Se över handledarrollen utifrån vad som framkommer från ledningens svar jämfört med medarbetares svar om när man blir handledare.

Ordinationer från legitimerad personal och dokumentation

Kännedom om ordinationer från legitimerad personal

Medarbetare ser i TES[45] vad de ska göra. Planerare på enheten lägger in uppgifter i TES. Medarbetare fyller också i ordinationen i genomförandeplan. HSL följer upp om det blir gjort. Avvikelse skrivs om uppgiften inte utförs.

Inom hemtjänsten måste personal vara så pass bra i svenska språket att man ensam kan gå hem till brukarna. Ytterst få behöver stöttning med språket. När man skriver en genomförandeplan så kan man ta hjälp av en kollega med formuleringar. Ibland kan det vara svårt att förstå HSL-dokumentationen för medarbetare när det är fackspråk såsom latinska namn. När det händer får de fråga sjuksköterska om hjälp att förstå. Dokumentation sker i journalsystemet.

Om det finns betydande kommunikationssvårigheter anger ledningen att de blir varse om det via brukarna. Ett annat sätt är att i det dagliga följa upp att alla dokumenterar, genom sökning i dokumentationssystemet, vilket görs minst en gång per år i och med medarbetarsamtalen. Men detta sker även kontinuerligt eftersom de läser upp dokumentationen högt vid rapporttid. Genom det ser och hör de om någon dokumentation är bristfällig och om stöd och hjälp behövs.

Medarbetare berättar att de vid sidan av läkemedelshantering exempelvis från sjukgymnasten får papper på hur övningarna ska gå till och hur ofta. Dessa papper ska signeras.

Förflyttningsutbildningar

Utbildning sker generellt en gång per år. Delar av team-möten används för att rehabiliteringspersonal ska instruera hur olika hjälpmedel fungerar i olika förflyttningssituationer. Ledningen vill att rehabiliteringspersonalen följer med ut till brukare och visar, men vet inte hur långt de kommit med detta. Förflyttningsutbildning för vikarier inför sommarperiod 2020 anordnades i samarbete med rehabiliteringspersonal och MAR. Ingen förflyttningsutbildning för påfyllnad har genomförts i år.

Medarbetare berättar att de fått utbildning några gånger, men nu var det länge sedan. De glömmer hur de ska göra. Uppfräschning behövs. De fick utbildning när de var nya, har inte fått någon utbildning kring detta i år.

[45] Digitalt planeringsverktyg, TES

Lyftlicens
Antalet personer som har lyftlicens är många, vilket underlättas av att verksamheten har en hög personalkontinuitet. Planeraren går igenom så den som ska hantera lyften har licens. Den som har gått utbildning kan ansvara för lyfthanteringen hos specifik brukare och instruera medhjälparen. Enhetschef vill diskutera kravställan om lyftlicens inom nuvarande LOV avtal.

En av medarbetarna tror att hen gått utbildningen för lyftlicens men vet inte om hen blev godkänd. De tycker att alla skulle behöva ha lyftlicens. På teammöten så har de börjat med att rehab visar hur man använder lyften. Rehab ska kunna följa med hem till brukarna för att instruera på plats, men det har inte hänt.

> Utvecklingsområde
> För dialog med rehabiliteringspersonal om att följa med till brukare för att instruera på plats främst där det är svårare/mer komplexa förflyttningar.

Medicintekniska produkter, MTP

En akutlift finns i själva verksamheten.

Kompetens att hantera produkter
Vid förflyttningsutbildningen samt vid de veckovisa teammötena går de igenom hur medicintekniska produkter ska hanteras. Beroende på vad som behöver visas så visar rehab det. Det är mindre grupper på teammöten vilket är bra för då är det lättare för medarbetare att ställa frågor. Medarbetare anger att de har fått lära sig muntligt och lärt sig på skolan, men de har ingen skriftlig information i övrigt. Annars brukar det finnas instruktion hur man ska placera rullstolen vid förflyttningar. De lär sig hur de ska göra allteftersom, men upplevelsen är att det inte finns någon systematik.

Hjälpmedel och hygien
Medarbetare beskriver att när en brukare inte själv kan rengöra exempelvis sin rullstol genomför personal daglig rengöring. Personal rengör även toalettstolar dagligen.

Vid fråga till medarbetare om de känner till att det finns individuell skriftlig information kring varje lyft och lyftsele (utprovningsprotokoll) svarar de att de sett sådan samt att den ska sättas i rummet.

Turner, (överflyttningsplattform) fungerar bra och där finns ett protokoll.

Medicinteknisk apparatur och utrustning
Medarbetare använder termometrar och blodsockerapparater. De spritas av efter användning. Det är inget som de brukar prata om, det tas för givet att alla gör det.

Åtgärd:
Säkerställ att medarbetare rengör apparatur och utrustning enligt tillverkarens anvisningar.
Om detta är oklart för respektive produkt kontaktas sjuksköterska eller vårdhygien för råd.

Utvecklingsområde:
Diskutera tillsammans med legitimerad personal betydelsen av vad medarbetare inte uppfattar som någon systematik, kring kompetens att hantera MTP.

VIS i Uppsala län[46]

VIS dokument ska följas inom alla kommuner och i Region Uppsala. De dokument som är relevanta för respektive verksamhet ska implementeras.

En sortering görs utifrån vad som berör verksamheten. Information till medarbetare ges via nyhetsbrev, på rapporttid och att enhetens rutiner revideras om det krävs.

9. Biståndsenheten

Biståndsenheten och enheten Hemvård har tre digitala möten varje vecka för gemensam planering. Varje handläggare har kontakt med hemtjänsten. Framförallt med samordnarna och med planeringsteamet. Handläggarna har inte så ofta kontakt med enhetschefen.

Biståndsenheten uppger att den omvårdnad som den enskilde får generellt fungerar bra. Biståndsenheten menar att kvaliteten är bra eller till och med mycket bra. De får inte genomförandeplaner från hemtjänst egen regi. Biståndsenheten för fram att det verkar som om inte alla brukare har genomförandeplan.

Brukare och anhöriga är till stor del nöjda med insatserna från verksamheten, men Biståndsenheten får in samtal från brukare och anhöriga som inte är nöjda. Det handlar exempelvis om att brukare anser att hemtjänstpersonal inte vet hur ett socialt acceptabelt beteende är, såsom att man ska knacka på dörren innan man går in. Eller att hemtjänstpersonalen inte behärskar svenska språket i tillräcklig omfattning. Ett annat bekymmer gäller kvaliteten på matlagningsstöd. Mest synpunkter kommer in gällande de brukare som är i början på en demens. Biståndsenheten återkopplar till hemtjänstens samordnare när de får in någon synpunkt/klagomål. De hänvisar även enskilda att direkt ta kontakt med berörd på hemtjänsten.

Verksamheten är snabb på att ta emot beställningarna/uppdragen från biståndsenheten och verkställa insatserna. Biståndshandläggarna upplever att de har en bra dialog med hemtjänsten i egen regi. De hör av sig och har dialog om förändrade behov. De meddelar om den enskilde skulle behöva få en utökning, ledsagning eller något annat, men ansöker inte åt dem. De hör också av sig om de bedömer att insatsen kan minska i omfattning. Verksamheten är bra på att omfördela den beviljade tiden, så att den räcker till det den enskilde behöver.

Förbättringsförslag som inkommit från Biståndsenheten är:

- Att samordnarnas roller ses över, då de verkar ha svårt att räcka till för att ha den kontroll som behövs.
- Säkerställa att genomförandeplaner finns för alla brukare och att de görs tillgängliga för handläggningen hos Biståndsenheten.
- Att se över hur en högre personalkontinuitet går att få.

Kommentar

Verksamhetens samverkan med Biståndsenheten, mottagande och verkställande av beställning/uppdrag, kommunikation gällande förändrade behov hos den enskilde överensstämmer med socialtjänstlagen och förfrågningsunderlaget enligt LOV med Knivsta kommun.[47]

---

[46] Vård i samverkan, VIS

[47] Socialtjänstlag (2001:453) (SoL), Förfrågningsunderlag SN-2018/154

Genomförandeplaner ska finnas för alla brukare och insatser och delges Biståndsenheten för den vidare handläggningen och uppföljningen av biståndet, men så sker inte, enligt ovanstående uppgifter. Därmed blir det ett åtgärdskrav för verksamheten att säkerställa att alla brukare har en genomförandeplan och att de alltid görs tillgängliga för Biståndsenheten.[48]

Utvecklingsområden är:

- Att verksamheten arbetar för en högre personalkontinuitet mot brukaren, det vill säga att så få hemtjänstpersonal som möjligt möter samma brukare.
- Att ge handledning och utbildning av personal i hur möta och bemöta olika brukares behov och önskemål samt vikten att följa överenskommelser i genomförandeplan.
- Att erbjuda språkstöd vid behov.
- Att ge handledning och utbildning för att höja kvaliteten på matlagningsstöd till brukare.
- Att i samråd med Biståndsenheten se över kontaktvägarna mellan enheterna.

10. Arbetsmiljö och personalfrågor

Enheten hemvård består av 48 årsarbetare varav enhetschef (100%), Biträdande enhetschef (100%) och samordnare (150%), övriga är omvårdnadspersonal. 42 av dem har undersköterskeutbildning. Tre vårdbiträden är under pågående undersköterskeutbildning. Ett vårdbiträde arbetar enbart med serviceuppdrag inom enheten.
Enhetschefs utbildning: Legitimerad arbetsterapeut, 180 högskolepoäng
Biträdande enhetschefs utbildning: 180 högskolepoäng från diverse kurser samt aspirantprogram, Knivsta kommun.
Enheten har en relativt låg personalomsättning.

Många av de vikarier verksamheten anlitar är undersköterskor. Bemanningen planeras utifrån de insatser som brukarna behöver ha utförda, med stöd av planeringsverktyget TES.[49] Hemvård samverkar med Estrids gård och personalpool, för effektivare bemanning.

Verksamheten arbetar med extratjänster för personer på väg in i på arbetsmarknaden och med andra arbetsmarknadsinsatser i samarbeten med arbetsförmedling och arbetsmarknadsenheten inom Vård- och omsorgskontoret. Hemvård ser över möjligheten att införa språkombud.

Enligt ledningen fungerar samarbetet mellan enhetschef och medarbetarna tillfredsställande, men kan vara bättre. Majoriteten av medarbetarna är enbart inne på kontoret en stund när de börjar och slutar sitt arbetspass, samt vid matpaus. Ledningen upplever att det är svårt att nå ut med skriftlig information. Det är svårt att få till en kommunikation inom hemtjänsten. Samordnaren är nära medarbetarna och har en bra kommunikation. De tar upp det som behöver tas upp, både det som är bra och det som inte är det. Ledningen berättar vidare att samarbetet och kommunikationen mellan medarbetarna, omvårdnadspersonalen, fungerar bra.

Medarbetarna säger att samarbetet mellan enhetschef och medarbetar kan uppfattas olika. De får svar på frågor som de ställer. De träffar inte ledningen så ofta. De upplever att de hade mer kontakt tidigare. Medarbetarna har mest kontakt med planerare och samordnare.

---

[48] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, Förfrågningsunderlag SN-2018/154
[49] Digitalt system för schemaplanering och insatsregistrering, TES

Medarbetarna säger att de har ett nära samarbete kollegorna emellan. De äter tillsammans, hjälper varandra vid behov. De har kontakt under dagen genom telefon. Samarbetet mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal fungerar väl. De ses varje vecka på teammöten då de tar upp frågor om brukare.

Ledningen tar upp att det är svårt att få till att anmälningar av tillbud sker i den omfattning som faktiskt är. De uppfattar däremot att alla arbetsskador rapporteras in.

Medarbetarna berättar att det sällan händer tillbud, men att de vet hur de ska rapportera. Enligt dem så har verksamheten inte några skriftliga rutiner för detta. De talar om arbetsmiljön under APT.

Kommentar

Styrdokument och rutiner finns för arbetsmiljöarbete. Det framkommer att ledning och medarbetare har en god kommunikation, men både enhetschef och medarbetare uppger att kommunikationen mellan enhetschef och medarbetare kan bli bättre.

Verksamheten bedöms uppfylla de krav som gäller avseende arbetsmiljöansvar.[50]

Risksituationer, brand, hot och våld

Enheten Hemvård har rutiner för att bedöma risksituationer. Rutiner finns för situationer med brand, elavbrott och så vidare.

I verksamheten arbetar de med risk- och konsekvensanalyser både utifrån övergripande nivå och utifrån de enskilda brukarna berättar ledningen. Vad gäller brand kan de informera brukarna i de fall de uppmärksammar att en förbättring skulle behöva genomföras. De kan dock inte själva förändra något i de enskildas hem. Ledningen är osäker på om de har skriftlig rutin gällande hot och våld.

Medarbetarna berättar att de har gått kurs via räddningstjänsten gällande brand och HLR[51]. De har inte haft några tillbud under senaste året.

Pandemin har varit en kris i verksamheten och de har fått utbildning, information utifrån det. De har fått planera och strukturera om i verksamheten för att fungera säkrare under pandemin. En annan kris inom verksamheten var värmebölja föregående somrar. Då fick de information och rutiner på hur de skulle hantera situationen med de äldre.

Kommentar

Verksamheten arbetar i enlighet förfrågningsunderlag.[52]

Kompetens

Medarbetarna går återkommande utbildningar inom verksamhetsområdet, såsom brand- och HLR-utbildning, förflyttningsutbildning och utbildning speciellt riktad mot mobila liftar. Medarbetare med ombudsroller genomgår även utbildningar inom deras områden. Under hösten 2019 fick medarbetarna en utbildning i stresshantering och arbetsmiljö.

---

[50] Förfrågningsunderlag SN 2018/154
[51] Hjärt- och lungräddning, HLR
[52] Förfrågningsunderlag SN 2018/154

Det finns en personlig plan för varje medarbetare som de går igenom vid medarbetardialogen. Planen för enheten är att fortsätta arbetet med stress- och arbetsmiljöarbetet som påbörjats under hösten. De kommer genomföra utbildningen ”Första hjälpen i psykisk hälsa”, vilket enheten Socialpsykiatri kommer hålla i.

Medarbetarna säger att det skulle behöva mer utbildningar inom verksamheten. De föreslår utbildning inom BPSD[53]. De har tillgång till webbaserade utbildningar. Har haft föreläsningar om stresshantering samt hot och våld. Medarbetarna uppger att de tidigare har tagit fram individuella utvecklingsplaner, men de menar att de inte har aktuella planer. Medarbetare introducerar nya medarbetare, exempelvis genom att nya får gå dubbelt med dem ett tag.

Kommentar

Personalen inom verksamheten har genom utbildning och eller erfarenhet kompetens i enlighet med avtalet med Knivsta kommun.[54]

Handledning

Vid behov finns det möjlighet att erbjuda handledning till hemtjänstpersonalen. Både intern och extern handledning är möjlig.

Medarbetarna uppger att de vid behov får handledning av gruppledare och planerare.

Kommentar

Verksamhetens möjlighet till handledning för personalen bedöms vara i linje med förfrågningsunderlag.[55]

[53] Beteendemässiga och psykiska symtom, BPSD, https://bpsd.se/

[54] Förfrågningsunderlag SN 2018/154, SOSFS 2011:12

[55] Förfrågningsunderlag SN 2018/154 om Personalens kompetens och kompetensutveckling, SOSFS 2011:12

11. Slutsatser, åtgärdspunkter och utvecklingsområden

Verksamhetsuppföljningen visar att Enheten Hemvård, som utför hemtjänst i egen regi utifrån förfrågningsunderlag, har både styrkor och brister i kvaliteten. I huvudsak fungerar verksamheten bra, följer lagar, föreskrifter och styrdokument inom Knivsta kommun. Inom vissa områden finns brister som kräver åtgärder, eller områden där det finns utvecklingsmöjligheter. Detta framgår dels av det ledning och medarbetare beskriver vid intervjuerna, verksamhetens dokumentation, samt utifrån de enkätsvar som inkommit från Biståndsenheten.

Identifierade styrkor

Det som fungerar särskilt väl inom den granskade verksamheten Enheten Hemvård är egen uppföljning av planering och utförda insatser, att de gör förändringar direkt då de ser att det behövs, samt att de tar kontakt med Biståndsenheten för uppföljning av insatsbeslutet. Verksamheten har god samverkan inom enheten och med andra verksamheter inom Knivsta kommun och andra verksamheter som är av vikt. Hemvård har en stabil personalgrupp med genomgående kompetens enligt förfrågningsunderlag. Verksamheten har de styrande visionerna, mål och värdegrund inbyggda i planeringssystem och genomförandeplaner, så att de blir en naturlig del av arbetet.[56]

Åtgärdskrav och utvecklingsområden avseende utförandet av kvalitet

Arbetssätt, metoder och bemötande

Krav på åtgärd

- Säkerställ att samverkan mellan brukare och personal så långt som möjligt bygger på kontaktmannaskap.[57]
- Säkerställ att hela verksamheten förstår hur personalbemanningen är anpassad utifrån biståndsbeslut så att samtliga brukare får den service och omvårdnad som de har rätt till.[58]

Utvecklingsområde

-Skapa samsyn och förståelse inom verksamheten över hur planeringsverktyget ska användas och förstås, samt ha samsyn över vilken tid som behövs för att utföra de olika arbetsmomenten.[59]

Dokumentation och informationsöverföring

Krav på åtgärd

- Säkerställ att verksamheten har en samsyn vad gäller tidsplanering, tidsåtgång och teknisk utrustning för att dokumentation ska ske i enlighet med lag, föreskrifter, allmänna råd och förfrågningsunderlag.
- Säkerställ att verksamheten har samsyn över den tid som behövs för informationsöverföring.

Genomförandeplaner

Krav på åtgärd

- Säkerställ
    - att mål för insatsen enligt nämndens beslut framkommer.

[56] Förfrågningsunderlag SN-2018/154
[57] Förfrågningsunderlag SN-2018/154 avsnitt 4.2
[58] Förfrågningsunderlag SN-2018/154 avsnitt 3.2, 3.8, Förfrågningsunderlag SN-2019/349
[59] Förfrågningsunderlag SN-2018/154

- att det framkommer när planen har fastställts samt hur och när uppföljning ska ske.
- att det framkommer vilken hänsyn som har tagits till brukarens synpunkter och önskemål.
- att det framkommer om brukaren har haft möjlighet att ha med en närstående eller inte, samt närståendes deltagande.
- att det framkommer vem hos utföraren som ansvarar för genomförandet av varje aktivitet.
- att det framkommer hur samverkan ska ske.
- att genomförandeplan upprättas för varje brukare, att det sker inom 14 dagar och att den vid behov revideras därefter.
- att genomförandeplaner görs tillgängliga för Biståndsenheten.

-Revidera verksamhetens rutiner och eventuellt andra stöddokument, så att den helt och hållet stämmer överens med de allmänna råden, och förfrågningsunderlaget.[60]

Utvecklingsområde

- Genom att tydliggöra vilken hänsyn som tagits till brukarens synpunkter och önskemål och på vilket sätt denne varit delaktigt i framtagandet av genomförandeplanen kan jag-form undvikas i genomförandeplanerna.

Övrigt utifrån uppgifter från Biståndsenheten

Utvecklingsområde

- Att verksamheten arbetar för en högre personalkontinuitet mot den enskilda brukaren, det vill säga att så få hemtjänstpersonal som möjligt möter samma brukare.
- Att ge handledning och utbildning av personal i hur möta och bemöta olika brukares behov och önskemål samt vikten att följa överenskommelser i genomförandeplan.
- Att erbjuda språkstöd vid behov.
- Att ge handledning och utbildning för att höja kvaliteten på matlagningsstöd till brukare.
- Att i samverkan med Biståndsenheten se över kontaktvägarna mellan enheterna.
- Att se över samordnarnas roller för att kunna fortsätta ha bra kvalitet och utveckla verksamheten.

Systematiskt kvalitetsarbete

Krav på åtgärd

- Säkerställ att verksamheten har de rutiner som behövs och att rutiner är väl kända och efterföljs i verksamheten.[61]
- Säkerställ följsamhet till ledningssystem och styrdokument. [62]
- Säkerställ att verksamheten har de samverkansrutiner och överenskommelser som verksamheten behöver.[63]
- Säkerställ att verksamheten på APT återger återkoppling om övergripande statistik för att medarbetare ska göras delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet. [64] I teammöten tas

[60] 6 kapitlet 2 § SOSFS 2014:5, Förfrågningsunderlag SN-2018/154
[61] Förfrågningsunderlag SN-2018/154, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Vård och omsorg SN-2015/397
[62] Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Vård och omsorg SN-2015/397, Synpunkts- och klagomålshantering i Knivsta kommun, KS-2009/475
[63] Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Vård och omsorg SN-2015/397, 4 kapitlet 5 § SOSFS 2011:9 och Se avtal och Förfrågningsunderlag SN-2018/154
[64] Rutin för avvikelsehantering

avvikelser upp kring de enskilda brukarna. Vid APT ska det ges återkoppling om trender och systematiska brister och ledningen behöver från APT tar med sig medarbetarnas förslag och idéer på det och vilka utmaningar verksamheten behöver arbeta med generellt.
- Nyttja den ökade rapporteringen av fallincidenter till att också analysera och dra slutsatser om viktiga åtgärdsområden på övergripande nivå för att förebygga fall. [65]
- Se till att hantera brister i basala hygienrutiner som avvikelser. Sammanställ också dessa i Stratsys HSL-avvikelsedel.

Utvecklingsområde
- Att arbeta mer systematiskt med hanteringen av synpunkter och klagomål, oavsett vilken väg de inkom till verksamheten.
- Hantera alla avvikelsetyper i avvikelseråd.

Åtgärdskrav och utvecklingsområden avseende utförandet av hälso- och sjukvård

Basal hygien

Krav på åtgärd
- Återkoppla resultaten oftare och tydligare till medarbetare samt vad som är effektmål och processmål gällande följsamheten.

Kontakt med legitimerad personal

Krav på åtgärd
- Efterfråga hos legitimerad personal om muntlig genomgång av rutin för att kontakta sjuksköterska respektive rehabiliterings personal under introduktionen och för upp det på den nya checklistan.
- Se över handledarrollen utifrån vad som framkommer från ledningens svar jämfört med medarbetares svar om när man blir handledare.

Förflyttningsutbildning

Utvecklingsområde
För dialog med rehabiliteringspersonal om att följa med till brukare för att instruera på plats främst där det är svårare/mer komplexa förflyttningar.

Medicintekniska produkter, MTP

Åtgärd
- Säkerställ att medarbetare rengör apparatur och utrustning enligt tillverkarens anvisningar. Om detta är oklart för respektive produkt kontaktas sjuksköterska eller vårdhygien för råd.

Utvecklingsområde
- Diskutera tillsammans med legitimerad personal betydelsen av vad medarbetare inte uppfattar som någon systematik, kring kompetens att hantera MTP.

[65] Rutin för avvikelsehantering

Knivsta kommun

Handläggare
Ulrika Brugård
Socialt ansvarig samordnare

Tjänsteskrivelse
2021-02-11

Diarienummer
SN-2021/46

Socialnämnden

Rapport gällande ej verkställda gynnande beslut kvartal fyra 2020

Förslag till beslut

1. Socialnämnden godkänner rapporten över ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen (SoL), samt gynnande beslut enligt 9 § lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), som under årets andra rapporteringsperiod, avslutad 31 december 2020, inte verkställts inom tre månader från beslut eller där avbrott i verkställighet pågått mer än tre månader, i enlighet med nämndens rapporteringsskyldighet enligt 16 kap 6 f-h §§ SoL samt 28 h § LSS.
2. Socialnämnden överlämnar rapporteringen av ej verkställda gynnande beslut för kvartal fyra 2020 till kommunfullmäktige samt till kommunrevisorer.

Sammanfattning av ärendet

Enligt socialtjänstlagen (SoL) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska socialnämnden kvartalsvis rapportera de gynnande beslut om bistånd som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), och överlämna sammanställning till kommunfullmäktige samt till kommunrevisionen. I föreliggande handlingar finns en sammanställning över ej verkställda beslut, vilken typ av insats be-slutet avser och skälen till att beslutet inte har verkställts, eller skäl till avbrott i verkställighet.

Rapporten för fjärde kvartalet 2020 handlar om ej verkställda gynnande beslut som under årets fjärde rapporteringsperiod, avslutad 31 december 2020, inte verkställts inom tre månader från beslut eller där avbrott i verkställighet pågått mer än tre månader. Utifrån pandemin har antalet ej verkställda beslut ökat och avbrott i verkställighet har ökat markant, men minskat något under kvartal fyra. Totalt har tjugofem (25) beslut rapporterats, varav sjutton (17) återrapporterades. Arton (18) insatser har haft avbrott mer än tre månader.

Bakgrund

Enligt 16 kap § 6 h SoL ska socialnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till kommunfullmäktige över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller för beslut som inte verkställs på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. Enligt LSS § 28h gäller en motsvarande rapporteringsskyldighet för beslut om insatser enligt 9 § LSS. Rapporten ska innehålla tidpunkten för beslutet, vilken typ av bistånd beslutet gäller, skälen för dröjsmålet, samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut. Det skall också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män.

För det fjärde kvartalet 2020 rapporterades:

- Totalt har tjugofem (25) beslut rapporterats, varav sjutton (17) återrapporterades och åtta (8) nya beslut rapporterades.

Knivsta kommun

- Tretton (13) insatser inom äldreomsorgen har haft avbrott mer än tre månader, gällande dagverksamhet och hemtjänst. Det samma gäller fyra (4) inom omsorg för personer med funktionsnedsättning och en (1) inom individ- och familjeomsorgen.
- Fem (5) beslut som tidigare rapporterats som ej verkställt har verkställts under perioden.
- Sju (7) beslut har avslutats av annan anledning.
- Sju (7) beslut har rapporterats som ej verkställda.
- Sexton (16) beslut gäller äldreomsorg.
- Tre (3) beslut inom funktionshinderområdet, LSS
- Tre (3) beslut inom funktionshinderområdet, SoL OF
- Tre (3) beslut gäller individ- och familjeomsorg.
- Besluten gäller tio (10) män, elva (11) kvinnor. Av dessa är tre (3) barn.
- Den tid som förflutit från gynnande beslut, alternativt avbrott i verkställighet är från knappt fyra (4) månader upp till drygt tio (10) månader.

Se vidare i ”Rapport gällande ej verkställda gynnande beslut kvartal fyra 2020”, som även ger en sammanställning för helåret 2020.

Ekonomisk konsekvensanalys
Föreslaget beslut bedöms inte leda till några ekonomiska konsekvenser utöver befintlig budgetram.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Övriga underlag för beslut
Tjänsteutlåtande 2021-02-11
Rapport gällande ej verkställda gynnande beslut kvartal fyra 2020

Beslutet ska skickas till
Akten
Kommunfullmäktige
Revisorer
Enhetschefer inom Vård- och omsorgskontoret
Områdeschef myndighet
Områdeschef utförare
Socialchef

Catrin Josephson
Socialchef

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☐ Nej ☒

Förklara oavsett svar.

Beslutet handlar om rapportering av beslut som inte verkställts.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☐

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☒

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

Handläggare
Ulrika Brugård

Datum
2021-02-05

Diarienummer
SN-2021/46

Rapport gällande ej verkställda gynnande beslut kvartal fyra 2020

Bakgrund

Socialnämnden är skyldig att rapportera till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och kommunens revisorer[1] om beviljat bistånd enligt 4 kapitlet 1 § socialtjänstlagen (SoL) och insatser enligt 9 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) inte har verkställts tre månader efter beslut. Nämnden ska även rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader. Socialnämnden ska fortsätta att rapportera ett ej verkställt beslut tills beslutet är verkställt eller avslutat av annan anledning. Om IVO bedömer att insatsen inte verkställts inom skälig tid kan myndigheten ansöka om utdömande av en särskild avgift hos förvaltningsrätten.

Enligt SoL samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade LSS ska socialnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till kommunfullmäktige över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller för beslut som inte verkställs på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. Enligt LSS § 28h gäller en motsvarande rapporteringsskyldighet för beslut om insatser enligt 9 § LSS.

Rapporten ska innehålla tidpunkten för beslutet, vilken typ av bistånd beslutet gäller, skälen för dröjsmålet, samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut. Det ska också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män.

Rapporten för fjärde kvartalet 2020 handlar om ej verkställda gynnande beslut som under årets fjärde rapporteringsperiod, avslutad 31 december 2020, inte verkställts inom tre månader från beslut eller där avbrott i verkställighet pågått mer än tre månader. Rapporten är även en sammanställning för helår 2020. Utifrån pandemin har antalet ej verkställda beslut ökat och avbrott i verkställighet har ökat markant.

Sammanställning av ej verkställda gynnande beslut för fjärde kvartalet 2020

Beslut om insats ska verkställas inom tre månader och vid avbrott ska de åter verkställas inom tre månader. Under kvartal fyra 2020, har antalet ej verkställda beslut och avbrott i verkställighet minskat något jämfört med det tidigare kvartalet, efter en markant ökning med anledning av pågående pandemi, framförallt inom äldreomsorgen. De beslut som rapporterats inom individ- och familjeomsorgen har andra orsaker än pandemin, såsom uppskjutna möten mellan den enskilde, handläggare och utförare.

Totalt har tjugofem beslut rapporterats, varav sjutton återrapporterades, åtta rapporterades för första gången. Verksamheten har verkställt fem beslut som tidigare rapporterats som ej verkställda. Sju beslut har av olika skäl avslutats under kvartal fyra, utan att verkställas, för att behovet har förändrats och den enskilde inte längre har behov av den insatsen eller att insatsen inte längre räcker till för att täcka behoven. Flera insatsbeslut har avslutats efter avbrott då beslutstiden utgått och den enskilde inte ansökt om förlängning.

Liksom under kvartal tre gäller den största andelen äldreomsorg, sexton av tjugofem. Inom äldreomsorg återfinns skäl för avbrott eller ej verkställt beslut i den pågående pandemin. Antingen för att enskilda tackat nej till insatser på grund av oro för pandemin eller att dagverksamhet för dementa är stängd med anledning av pandemin. Ett beslut inom omsorg om personer med funktionsnedsättning, LSS, gäller beslut som inte har verkställts inom tre

[1] 16 kap 6f § SoL, 28 f § LSS

månader, då biståndsbeslutet gällt insats som skulle ske längre fram i tiden än tre månader från beslut, vilket gör att de måste rapporteras in till IVO, som ej verkställda inom tre månader, men med hänvisning till orsak. Beslutet har verkställts enligt planering och beslutsformulering. Fem av tjugofem beslut har annan orsak till att det ej verkställts eller har avbrott än den pågående pandemin.

Besluten gäller tio män och elva kvinnor. Tre av dessa är barn. Tretton beslut kvarstår att återrapportera vid kommande kvartal. Den tid som förflutit från gynnande beslut, alternativt avbrott i verkställighet är från knappt fyra månader upp till drygt tio månader.

Tabell: Sammanställning av ej verkställda gynnande beslut kvartal 4 2020

Beslut	Typ	Skäl	Vidtagna åtgärder, i väntan på, övrigt	Man	Kvinna	Datum för avbrott	Verkställt	Avslutas av annat skäl	Tid från beslut/ avbrott
200612	SoL ÄO, dagv	Dagv stängd pandemi	Erbjudits insatser, tackat nej		X			201008	118
200330	SoL ÄO, dagv	Dagv stängd pandemi	Erbjudits insatser, tackat nej		X				302
	SoL ÄO, dagv	Dagv stängd pandemi	Erbjudits insatser, tackat nej		X	200317			315
	SoL ÄO, dagv	Dagv stängd pandemi	Erbjudits insatser, tackat nej		X	200317			315
200409	SoL ÄO, dagv	Dagv stängd pandemi	Erbjudits insatser, tackat nej	X					292
	SoL ÄO, dagv	Dagv stängd pandemi		X		200317		201031	228
	SoL ÄO, dagv	Dagv stängd pandemi	Erbjudits insatser, tackat nej	X		200317		201221	279
	SoL ÄO, htj	Tackar nej, oro pandemi		X		201003			118
	SoL ÄO, htj	Tackar nej, oro pandemi	Tillsyn		X	200701			209
	SoL ÄO, htj	Tackar nej, oro pandemi	Anhörig bistår	X		200316	201118		247
	SoL ÄO, htj	Tackar nej, oro pandemi	Veckovis avstämning	X		200401			300
	SoL ÄO, htj	Tackar nej, oro pandemi	Veckovis avstämning		X	200613		200930	109
	SoL ÄO, htj	Tackar nej, oro pandemi	Tackar nej till annat		X	200313			319
	SoL ÄO, htj	Tackar nej, oro pandemi	Tar periodvis emot viss serviceinsats		X	200313		201031	232
	SoL ÄO, avl	Tackar nej, oro pandemi	Anhörig bistår	X		200316	201118		247
	SoL ÄO, avl	Tackar nej, oro pandemi	Veckovis avstämning	X		200401			300
	SoL OF, bos	Tackar nej, oro pandemi		X		200422		201217	239
	SoL OF, htj	Tackar nej, oro pandemi	Veckovis avstämning	X		200327			305
200618	SoL OF, boende	Planerat boende öppnade inte	HVB placering, därefter omplacering till boende		X		201101		136
200528	LSS 9:3	Bifall from 201001		X			201001		126
	LSS 9:3	Uppdragstagare slutar. Enskild ville avvakta		X		201001			118

Postadress: 741 75 Knivsta ● Besöksadress: Knivsta kommunhus, Centralvägen 18
Telefon: 018-34 70 00 ● Fax: 018-38 07 12 ● E-post: knivsta@knivsta.se
www.knivsta.se ● Org. nr. 212 000-3013

	LSS 9:5	Uppdragstagare slutar. Enskild ville avvakta		X		201001			118
200709	SoL IFO öv	Resursbrist			X			201203	147
200727	SoL IFO öv	Resursbrist			X				184
	SoL IFO kf	Uppdragstagare slutar. Enskild ville avvakta. Tackade sen nej.			X	200827		210125	151

ÄO=äldreomsorg, OF=omsorger om personer med funktionsnedsättning, htj=hemtjänst, dagv=dagvård, avl=avlösning i hemmet, säbo=särskilt boende, vxv=växelvård, öv=öppenvård, bos=boendestöd, fb=familjebehandling, ass=assistent, kp=kontaktperson, kf=kontaktfamilj VST=verkställighet
Varje beslut är en rad, som kan ha flera rapporter till IVO, för att det exempelvis skickats in en rapport om att beslutet ej är verkställt och därefter blir verkställt och rapporteras som verkställt.
Resursbrist för att matchande uppdragstagare ej funnits.

Sammanställning av ej verkställda gynnande beslut för helår 2020

Under året har antalet beslut som inte har verkställts inom tre månader från beslut och avbrott som pågått minst tre månader markant. Den största ökningen skedde mellan kvartal två och tre. I och med att dagverksamheten för dementa varit stängd har nya beslut inte kunnat verkställas och de pågående har avbrott i verkställighet. Även annan verksamhet har varit tvungen att stänga kort period på grund av pandemi. Inom hemtjänsten och omsorgen om personer med funktionsnedsättning har enskilda tackat nej till insatser för att de själva och anhöriga inte vågar ta emot insatsen på grund av oro för smitta. Några har senare åter tackat ja till insatsen. Ett flertal individer har inte ansökt om förlängt bistånd då tiden för beslutet upphört. I och med det har beslut avslutats utan att verkställas. Några har behövt mer omfattande insatser och därmed har aktuellt avslutats utan att verkställas. Med anledning av detta syns en minskning mellan kvartal tre och fyra gällande avbrott och ej verkställda beslut. Sammantaget är att antalet ej verkställa beslut och avbrott fortsatt högt.

Tabell: Sammanställning av ej verkställda gynnande beslut 2020

	Kvartal 1 2020	Kvartal 2 2020	Kvartal 3 2020	Kvartal 4 2020
Ej verkställda	3	4	10	7
Avbrott	2		20	18
Avslutade	0	3	7	7
Nu verkställda	0	5	5	5
Totalt antal rapporter*	5	12	33	25
Män*	1	5	15	10
Kvinnor*	3	4	12	11
Barn			4	3
Beslut SoL ÄO	1	4	21	16
Beslut SoL OF	1		4	3
Beslut LSS OF	0	5	4	3
Beslut SoL IFO	3	1	1	3

*Samma person kan ha flera beslut som rapporteras. Samma beslut kan ha flera rapporter.

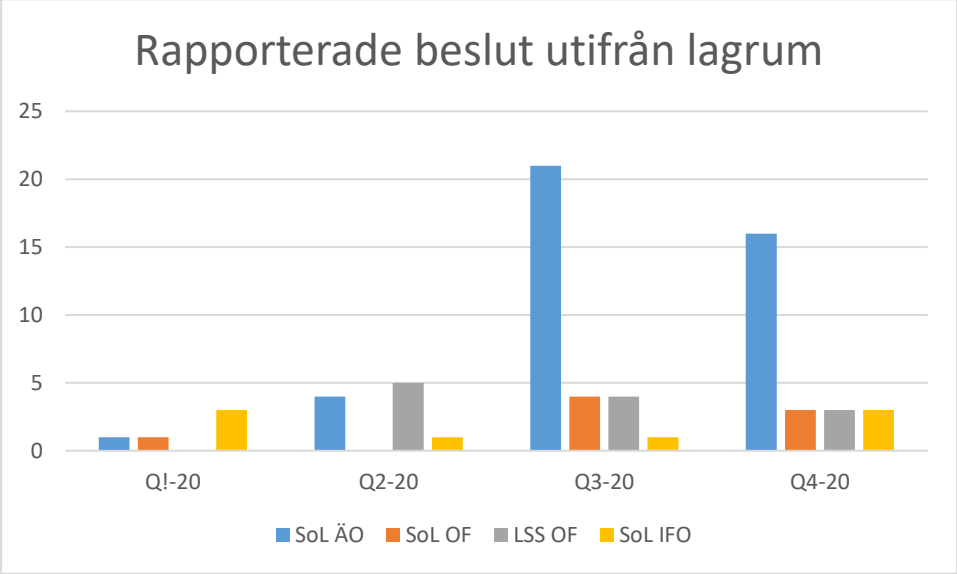
Tabell: Rapporterade beslut under 2020

Visar att sju beslut inte har verkställts inom tre månader för kvartal fyra, mot tio föregående kvartalet. Insatser med avbrott som ökat markant från noll till 20 i kvartal tre har minskat något till 18.

*Verkställt = Rapporterat som verkställt vid kvartalsrapportering,
efter att tidigare ha rapporterats som ej verkställt.

Tabell: Verksamhetstyp för de rapporterade besluten

Visar för året ökningen av beslut inom äldreomsorgen som behövt rapporteras till IVO, från någon enstaka per kvartal till nuvarande 16 beslut. En mindre ökning av rapporterade beslut syns inom området omsorgen om personer med funktionsnedsättning SoL.



DOM

Under 2020 meddelades två domar hos Förvaltningsrätten i Uppsala med beslut att Knivsta kommun åläggs att till staten betala en särskild avgift enligt 16 kap. 6 a § SoL för underlåtenhet att inom skälig tid verkställa beslut om bistånd. Avgift om 30 100 kronor vardera för det två besluten.

Volymtrend för insatsbeslut

Mellan 2018 och 2019 ökade insatsbesluten med 33 procent.[2]

Lagrum	2018	2019
SoL 4:1*	230	340
LSS 9	131	139
SoL + LSS	361	479

*exklusive ekonomiskt bistånd

Analys

2020 började med en fortsatt nedgång av antalet gynnande beslut som ej verkställts, fem beslut rapporterades under första kvartalet. För fjärde kvartalet rapporterades tjugofem beslut. Sedan mars månad befinner vi oss i en pandemi, vilket har bidragit till att flera beslut inte kunnat verkställas i tid eller att avbrott har uppstått. Framförallt för att enskilda vill avvakta verkställighet under pandemin, eller väljer att tillgodose sina behov på annat vis. I vissa fall beror det på att verksamheten under viss period inte kan ta emot brukare beroende på sjukdomsutbrott inom verksamheten med risk för smittspridning. Vilket har varit fallet när växelvården hade stängt en tid, samt när korttidsboende och särskilt boende har haft intagningsstopp.

Den verksamhet som har haft den längsta stängningen är dagverksamheten för dementa. Vilket har pågått sedan mitten av mars 2020, med anledning av smittrisk både i samband med transporter och i verksamheten, där det är svårt att få till social distansering, samt att verksamhetens lokaler är förlagda i ett särskilt boende, dit det en period varit besöksförbud. De enskilda har erbjudits avlastning i hemmet och utökade hemtjänstinsatser, men flertalet har tackat nej. Ett par har fått utökade behov och beviljats särskilt boende och flyttat in. Därmed har dagverksamhets-insatsen avslutats. Inför kommande beslut om dagverksamheten ska vara fortsatt stängd eller inte, kan det behöva övervägas om det finns andra tillräckligt säkra sätt att genomföra insatser som kan tillgodose de behov som ligger till grund för beslut om dagverksamhet.

Vad gäller exempelvis hemtjänstinsatser kan det finnas skäl att överväga om det går att göra andra justeringar av insatserna för att trygga de enskilda som tackar nej på grund av oro för smitta, så att de vågar ta emot den hjälp de är i behov av. Det kan annars föreligga risk för att de enskildas tillstånd försämras och att de kommer behöva mer ingripande insatser tidigare än annars. Det är viktigt att följa upp de enskilda ärendena och göra en uppdaterad behovsbedömning och eventuellt ändra insatsbeslut.

Under året har ett flertal barn behövt vänta på att få sina insatser verkställda av skäl som inte är relaterade till pandemin. Även tidigare har insatser gällande barn inte verkställts inom rimlig tid, ofta gällande insatser med uppdragstagare. För att verkställa insatser för barn inom rimlig tid har berörda enheter påbörjat en översyn av processer och rutiner för att säkerställa en effektivare verkställighet genom att se över allt från rekrytering till att i nära samverkan med vårdnadshavare utforma hur uppdraget kan utföras på bästa vis hos brukaren.

Rapporteringen visar även att det finns ett behov att se över rutiner för informationsöverföring och samverkan mellan berörda enheter i samband med uppstart, förändring och avslut av insatsbeslut.

Ulrika Brugård
Socialt ansvarig samordnare

[2] Samma individ kan ha flera insatsbeslut under året, så detta betyder inte att det har varit en 33-procentig ökning av personer som fått insatser.

Postadress: 741 75 Knivsta ● Besöksadress: Knivsta kommunhus, Centralvägen 18
Telefon: 018-34 70 00 ● Fax: 018-38 07 12 ● E-post: knivsta@knivsta.se
www.knivsta.se ● Org. nr. 212 000-3013

Knivsta kommun

Handläggare
Susanne Ahlman
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Tjänsteskrivelse
2021-03-05

Diarienummer
SN-2021/63

Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse (Socialnämnden) för 2020

Förslag till beslut
Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2020.

Sammanfattning av ärendet
Patientsäkerhetsberättelsen beskriver det systematiska arbetet utifrån de punkter som anges i tjänsteutlåtandet under ”Bakgrund”. Det prioriterade målet för hälso- och sjukvården 2020 blev att skydda den enskilde från smittspridning på grund av Corona pandemin. Ökad samverkan med regionen och länsstyrelsen beskrivs samt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Inom hälso- och sjukvårdens struktur förändrades organiseringen av leg. personal från och med årsskiftet. Enheten för hemsjukvård och rehabilitering upphörde och enhetschef för hemvård respektive särskilt boende Estrids gård övertog chefsansvaret.
Inom avvikelsehanteringen ökade antalet avvikelseregistreringar betydligt vilket till största del beror på att fallincidenter inom hemtjänst egen regi börjat registreras i den omfattning som krävs. En ökning av brister i iordningställandet av läkemedel bidrog också till viss del. Fallincidenter på Estrids gård minskade vilket kan förklaras med lägre beläggning av platser på grund av pandemin. Skadefrekvensen gällande fraktur vid fall är låg och har ytterligare minskat något sedan föregående år. Inom läkemedelshanteringen ökade uteblivna doser på Estrids gård ytterligare. Det motiverar införande av digital signering, vilket varit en planerad strategi.

En anmälan enligt Lex Maria gjordes som redovisades för nämnd under året.
Inga konkreta vårdskador konstaterades under året.

Fastställda mål är inte nådda och följer med vidare till kommande år. Ett av de nya målen är att möjliggöra bevarande av fysiska funktioner vid nedsatt gångförmåga. Strategi för detta är träning på distans med digitalt stöd.

Bakgrund
Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659) ska vårdgivare årligen dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska finnas tillgänglig för den som vill ta del av den.

Patientsäkerhetsberättelsen är en del av det ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som vårdgivaren är skyldig att inrätta (SOSFS 2011:9).

Patientsäkerhetsberättelsen ska redovisa följande områden inom patientsäkerhetsarbetet;
- Organisering
- Struktur för egenkontroll, avvikelsehantering, synpunkter och klagomål

Knivsta kommun

- Samverkan
- Patientens delaktighet
- Riskanalys
- Informationssäkerhet
- Resultat och analys
- Mål och strategier för kommande år

Ekonomisk konsekvensanalys
Införande av digital signering har hanterats utifrån statligt tillskjutna pengar under pandemin.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Övriga underlag för beslut
Tjänsteutlåtande 2021-03-05
Patientsäkerhetsberättelse (Socialnämnden) för 2020

Beslutet ska skickas till
Akten
Enhetschef Hemvård
Enhetschef Estrids gård
Enhetschef S:t Maria
Verksamhetschef Svensk kvalitetsvård Knivsta
Verksamhetschef LOV Attendo Knivsta
Områdeschef utförare egen regi
Kvalitets- och utvecklingschef
Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Catrin Josephsson
Socialchef

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☐ Nej ☒

Förklara oavsett svar.

Förklaring:

Under 2020 erhöll vuxna personer hälso- och sjukvård från kommunens egen regi.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☐

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☐

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

Knivsta kommun

Patientsäkerhetsberättelse för 2020

Socialnämnden

SN - 2021/63

Upprättad av:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Susanne Ahlman

Medicinskt ansvarig för rehabilitering, Marini Adams

Innehållsförteckning

1 INLEDNING ... 3

2 OMFATTNING ... 4

3 SAMMANFATTNING ... 5

4 STRUKTUR ... 6

4.1 Övergripande mål och strategier ... 6

4.2 Organisation och ansvar ... 6

4.3 Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning ... 6

4.4 Samverkan för att förebygga vårdskador ... 7

4.5 Patienters och närståendes delaktighet ... 8

4.6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet ... 8

4.7 Klagomål och synpunkter ... 8

4.8 Egenkontroll ... 8

5 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten ... 9

5.1 Riskanalys ... 9

5.2 Informationssäkerhet ... 9

5.3 Utredning av händelser och vårdskador ... 9

6 RESULTAT OCH ANALYS ... 10

6.1 Riskanalys ... 10

6.2 Egenkontroller ... 10

6.3 Avvikelsehantering ... 11

6.4 Klagomål och synpunkter ... 12

6.5 Mål och strategier ... 13

7 MÅL OCH STRATEGIER 2021 OCH FRAMÅT ... 15

1 INLEDNING

Varje vårdgivare är skyldig att upprätta en patientsäkerhetsberättelse årligen utifrån lagstiftning om patientsäkerhet (SFS 2010:659) och föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Socialnämnden är vårdgivare för kommunens hälso- och sjukvård i egen regi.

2 OMFATTNING

Patientsäkerhetsberättelsen omfattar hemsjukvård på Estrids gård och i hemvård ordinärt boende, LOV hemtjänst, LSS gruppboende S:t Maria, personlig assistans, daglig verksamhet och socialpsykiatri.

Extern utförare av hälso- och sjukvård i avtal med kommunen har eget ansvar för att upprätta patientsäkerhetsberättelse och att ha egen Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

3 SAMMANFATTNING

Det prioriterade målet för hälso- och sjukvården 2020 blev att skydda den enskilde från smittspridning på grund av Corona pandemin. Samverkan med regionen utökades i stor omfattning. Lokalt förankrades ny information och nya rutiner. En övergripande handlingsplan för vård och omsorg upprättades i Knivsta. Säkerställande av skyddsutrustning var intensivt under våren och Länsstyrelsen ledde samverkan kring detta.

Inom hälso- och sjukvårdens struktur förändrades organiseringen av leg. personal från och med årsskiftet. Enheten för hemsjukvård och rehabilitering upphörde och enhetschef för hemvård respektive särskilt boende Estrids gård övertog chefsansvaret.

Egenkontrollen månatlig observationsmätning av följsamhet till basala hygienrutiner visade stor variation, både på följsamheten och antalet mätningar, mellan enheter och inom enheter över tid. Det finns verksamheter som lyckats vända negativ trend till hög följsamhet. Kvaliteten på själva mätningarna har varierat inom en verksamhet vilket gör resultat svårbedömda.

Avvikelseregistreringar ökade med 40 % vilket till största del beror på att fallincidenter inom hemtjänst egen regi börjat registreras i den omfattning som krävs, vilket inte gjorts tidigare år. En ökning av brister i iordningställandet av läkemedel bidrar till en viss ökning totalt. Skadefrekvensen gällande fraktur är låg och har ytterligare minskat något sedan föregående år. Inom läkemedelshanteringen ökade uteblivna doser på Estrids gård ytterligare. Det motiverar införande av digital signering, vilket varit en planerad strategi.

En anmälan enligt Lex Maria gjordes.

Två klagomål hanterades. ett där hemvården behövde förtydliga regler och bedömningar kring ett visst tekniskt hjälpmedel samt ett där svar kring hjärtstartare gavs. Sakfrågan i ärendet hanterades också i länets patientsäkerhetsgrupp.

Inga konkreta vårdskador konstaterades under året.

Fastslagna mål och strategier har i vissa delar omarbetats för 2021 och framåt. Ett nytt mål är bland annat att möjliggöra bevarande av fysiska funktioner vid nedsatt gångförmåga, med hjälp av strategin träning på distans med digitalt stöd. Bedömning görs att det oavsett pandemi alltid finns behov av att ha mål och strategier för basal hygien.

4 STRUKTUR

4.1 Övergripande mål och strategier

Förutom det lagstadgade och föreskrifters krav på hälso- och sjukvårdens patientsäkerhet var de övergripande målen och strategierna under 2020 enligt följande ur patientsäkerhetsberättelsen 2019:

- Säkerställa individuella riskbedömningar för fall, nutrition och trycksår
- Utöka kompetens kring hantering av lyft vid förflyttningar
- Skydda den enskilde från smittspridning
- Förbättrad avvikelsehantering
- Minskat antal uteblivna läkemedelsdoser

Corona pandemin innebar omprioriteringar i hela organisationen, och "skydda den enskilde från smittspridning" blev det prioriterade målet.

4.2 Organisation och ansvar

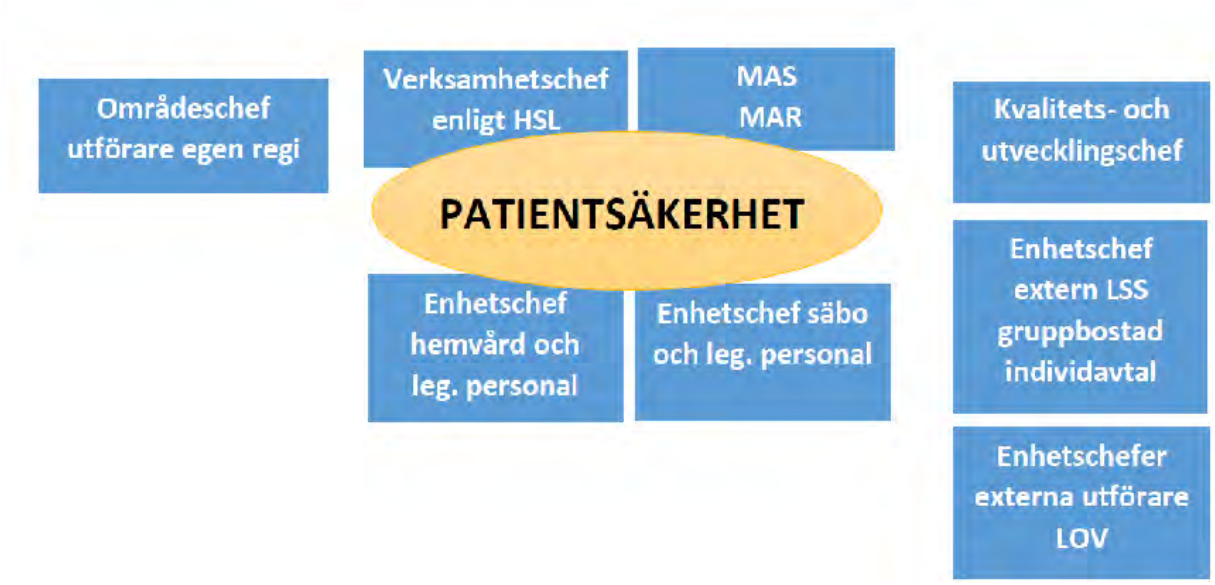


Bild 1. Organisation och ansvar för patientsäkerhet Knivsta Vård och Omsorg 2020

I januari upphörde enheten för hemsjukvård och rehabilitering. Chefsansvaret för sjuksköterskor fördelades på två enheter, särskilt boende Estrids gård och Hemvård. Chefsansvaret för rehabiliterande personal ligger inom hemvård. Inom hemvård utförs hemsjukvård hos extern verksamhet Attendo och S:t Maria.

4.3 Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning

Verksamhetschef för hälso- och sjukvård, MAS och MAR har gemensamt forum för övergripande strategiska ledningsfrågor för patientsäkerheten. Under en viss period under året utökades vård och omsorgskontorets ledningsgrupp med MAS och MAR relaterat till Corona pandemin. Under våren upprättades en handlingsplan för hantering av pandemin, för hela vård och omsorg,

Verksamhetschef, MAS, MAR, områdeschef och enhetschefer för hälso- och sjukvård i egen regi har gemensamt forum för strategiska frågor på enhetsnivå.

MAS och MAR har motsvarande forum i relevanta delar med externa LOV utförare och

extern utförare av gruppbostad inom LSS där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvaret.

2020 har fokuserat på följande ämnesområden;

- Covid 19
- Mål och strategier för året
- Ev. anmälning enligt Lex Maria
- Ev. synpunkter och klagomål
- Remisshantering dokument inom Vård i samverkan, VIS, med regionen
- Lagar och föreskrifter, nyheter, riktlinjer
- Ledningssystemet – frågor gällande processer och rutiner
- Effektiv och nära vård
- Förarbeten projekt digital signering och träning på distans

MAS och MAR samverkar månatligen med personal utifrån arbete med processer och rutiner och behov av informationsöverföring kring lagstiftning och föreskrifter med mera. Även här utökades tillfällena till veckovisa avstämningar gällande pandemin vid sidan av verksamheternas egna möten.

4.4 Samverkan för att förebygga vårdskador

Förutom den interna samverkan som beskrivs i avsnitt 4.3 förekommer ett intensivt samverkande mellan kommuner och regionen i länet. Under 2020 präglades samverkan av Corona pandemin i många grupper och nya forum upprättades också med anledning av pandemin. Omfattande samverkan skedde runt basala hygienrutiner, skyddsutrustning, provtagning, smittspårning och vaccinering. Säkerställande av skyddsutrustning var intensivt under våren. Utifrån samverkan kring pandemin i länet skedde i direkt anslutning också ett omfattande lokalt informationsarbete och säkerställande av nya rutiner i verksamheterna.

Ledningen för vårdhygien deltog på Knivstas ledningsmöte för hälso- och sjukvård under hösten.

Projektet Effektiv och nära vård fick göra omprioriteringar och pausades under pandemins andra våg, med undantag för viss del av arbetet.

Inom dokumentstyrningen (ViS) regleras avvikelser i samverkan.

Lokal samverkan

Lokal tjänsteledning närvård - Vård och omsorg, skola, primärvård, habilitering och psykiatri

Länsövergripande forum

Patientsäkerhetsgruppen

Vårdhygien

Primärvård Nära vård och hälsa och kommunernas MAS och MAR

Länsstyrelsens material grupp skyddsutrustning covid19

HSVO Uppsala län – socialchefer och regionen

Redaktionsråd VIS - dokumentstyrning i samverkan

Lokalredaktörer Vård i samverkan, VIS – referensgrupp VIS

RSSL covid19 (ledningsgrupp covid19 regionen)

Effektiv och nära vård projektgrupper

Inkontinensråd

GAP UL - utskrivningsprocessen

Tekniska hjälpmedel

Nätverk hjälpmedelsansvariga

MASMAR nätverket

Programråd rehabilitering

4.5 Patienters och närståendes delaktighet

Patienters och närståendes delaktighet

Vid hjälpmedelsupphandlingar erbjuds brukarorganisationer att delta vid framtagande av kravspecifikationer.
De brukare som kan är direkt delaktiga med sin uppmärksamhet kring sitt tekniska hjälpmedel och rapporterar eventuellt uppkomna risker eller fel till arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast. Dessa genomför i samarbete med brukaren åtgärder för att säkerställa funktionen på hjälpmedlet eller att ta det ur bruk. Brukaren erbjuds delaktighet vid val av hjälpmedel, inom upphandlat sortiment.

Diskussion med en brukare om hjärtstartare på särskilt boende för äldre fortsatte från föregående år. Ärendet togs upp på den länsövergripande patientsäkerhetsgruppen.

Ytterligare diskussioner i verksamheterna tillsammans med brukare behövs för att tydliggöra hur den enskilde faktiskt görs delaktig i sin egen vård och behandling.

4.6 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Hälso- och sjukvårdsavvikelser rapporteras av leg. personal och delegerad personal men även av personal som utför åtgärder enligt ordination och instruktioner från legitimerad personal som inte kräver delegering.
Alla avvikelser utreds oberoende om de registrerats digitalt eller om de är muntligt framförda. Det råder generellt en god rapporteringskultur inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. se vidare avsnitt 6.3 Avvikelsehantering.

4.7 Klagomål och synpunkter

Kommunen har en gemensam klagomålshantering oavsett förvaltningsområde. Klagomål registreras i kommunens diarium och ansvarig handläggare inom berörd enhet tilldelas ärendet. Inkomna klagomål direkt till verksamheten/enheten registreras också i kommunens diarium.

4.8 Egenkontroll

Egenkontroll görs för att konstatera om processer och rutiner följs. Bristande följsamhet ska leda till åtgärder.

Observationsmätningar av följsamhet till basal hygien och klädregler ska utföras varje månad.

Egenkontroller för narkotikahanteringen gjordes under året om än inte varje månad.

Egenkontroll av utförda individuella riskbedömningar enligt mål och strategier utfördes inte.

Kvalitetsgranskning från apotek flyttades fram på grund av pandemin.

Egenkontroller genomförs regelbundet av vissa tekniska hjälpmedel där sådana rekommendationer finns eller är lagstadgat. Under 2020 gällde detta elrullstolar och person lyftar som följs upp en gång per år. Lyftsenar var 6 månad.

5 PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

5.1 Riskanalys

Under 2020 koncentrerades riskanalyser på Corona pandemin. I samband med upprättande av den övergripande handlingsplanen för Corona pandemin gjordes löpande riskanalyser om ej strikt formella. Lokalt på Estrids gård gjordes en särskild riskanalys i samband med covid19 utbrottet i juni månad.

Riskanalyser genomförs regelbundet vid förskrivning av hjälpmedel.

5.2 Informationssäkerhet

Uppföljningar av informationssäkerheten av större betydelse
Kontinuerliga loggkontroller utfördes av trafiken i kommunens nätverk med hjälp av vissa digitala verktyg.

Riskanalyser som har gjorts
Utökade risk och sårbarhetsanalyser i januari i samarbete med kommunens säkerhetsenhet 2020, förbereddes under 2019 med ett gediget underlag från Vård och omsorg. Det finns en plan för en fyra-årscykel. Arbetet har pausats under pandemin

Åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten
IT förvaltningen har genomfört penetrationstester.

Utvärdering av skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem.

Loggar och brandväggar i kommunens nätverk görs regelbundet enligt rutin.

Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring

Någon strukturerad journalgranskning utfördes inte under året. Avvikelsehanteringen förtydligades gällande vad som ska rapporteras utifrån brister i journalföringen.

5.3 Utredning av händelser och vårdskador

En anmälan enligt Lex Maria gjordes gällande brukare med konstaterad covid19 och andningssvårighet på särskilt boende. I svaret från Inspektionen för vård och omsorg, IVO, bedömdes att vårdgivaren (socialnämnden) vidtagit de fortsatta åtgärder man kunnat för att förhindra att just den situationen uppstår igen

Narkotikahanteringen utreddes under september månad och i två ärenden konstaterades att orsak till misstänkt svinn inte kunde hittas, varav ärendena hanterades som narkotikasvinn och därmed aviseras från MAS att polisanmälan ska göras.

Ytterligare två större utredningar av MAS gjordes under året. Vid större utredningar övervägs alltid Lex Maria.

Inga konkreta vårdskador konstaterades under året.

6 RESULTAT OCH ANALYS

6.1 Riskanalys

Riskanalys på Estrids går med anledning av covid19 utbrott i juni resulterade i konkreta åtgärder utifrån identifierade risker.

Den övergripande handlingsplanen för Vård och omsorg följdes upp och enkla löpande riskanalyser gjordes med korrigeringar som följd.

6.2 Egenkontroller

Basal hygien och klädregler

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är skiftande. Det gäller även förmågan att mäta i tillräcklig omfattning. Under årets andra våg av pandemin utökades antal mätningar/månad. Vid analys av mätmetoder för hemtjänst finns idag ingen optimal mätmetod då personal oftast arbetar ensamma hos brukarna. Självskattningar är här det alternativ som finns. Diagrammet nedan visar i detta fall självskattningar hos LOV extern och observationsmätningar hos LOV egen regi.

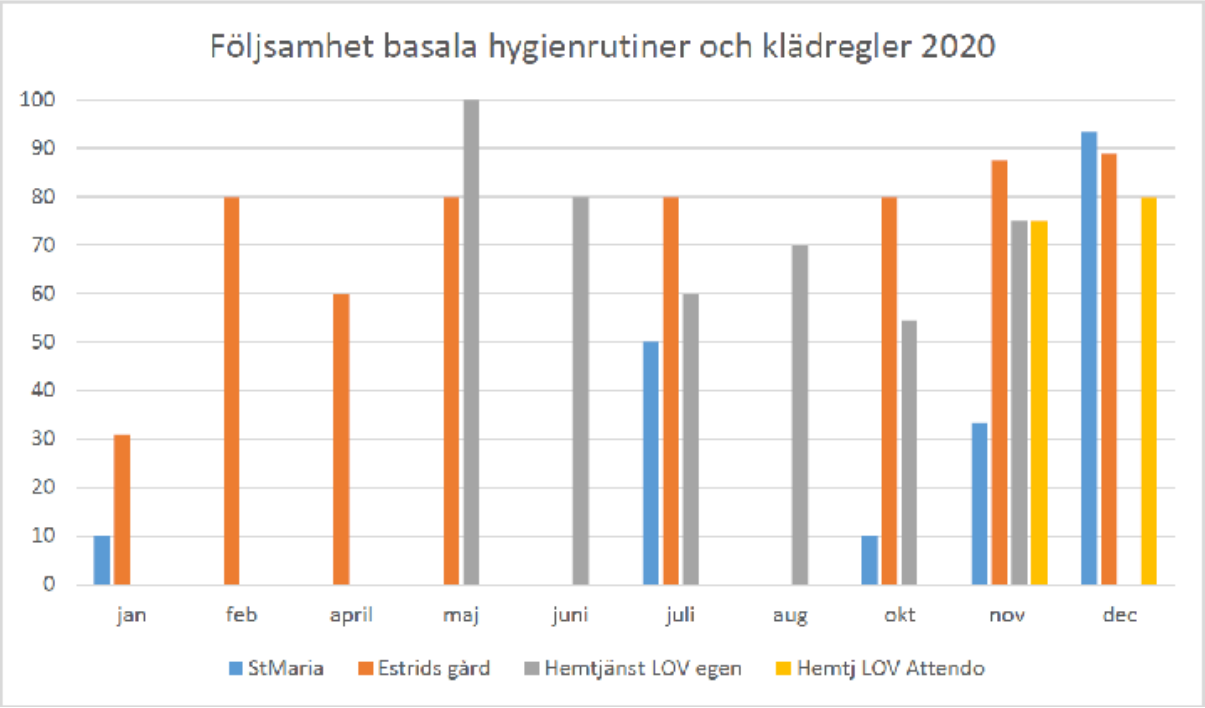


Bild 2. Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler Vård och Omsorg Knivsta kommun

Egenkontroll narkotikahantering

Resultatet visar att egenkontroller inte utförs varje månad enligt rutin och anvisningar från MAS. Vid kontroll i augusti uppmärksammades flera avvikelser där två av dem bedömdes som narkotikasvinn, se nästa avsnitt Avvikelsehantering.

Egenkontroll tekniska hjälpmedel

Resultatet visar att egenkontrollerna utförs på olika sätt vilket behöver korrigeras under 2021.

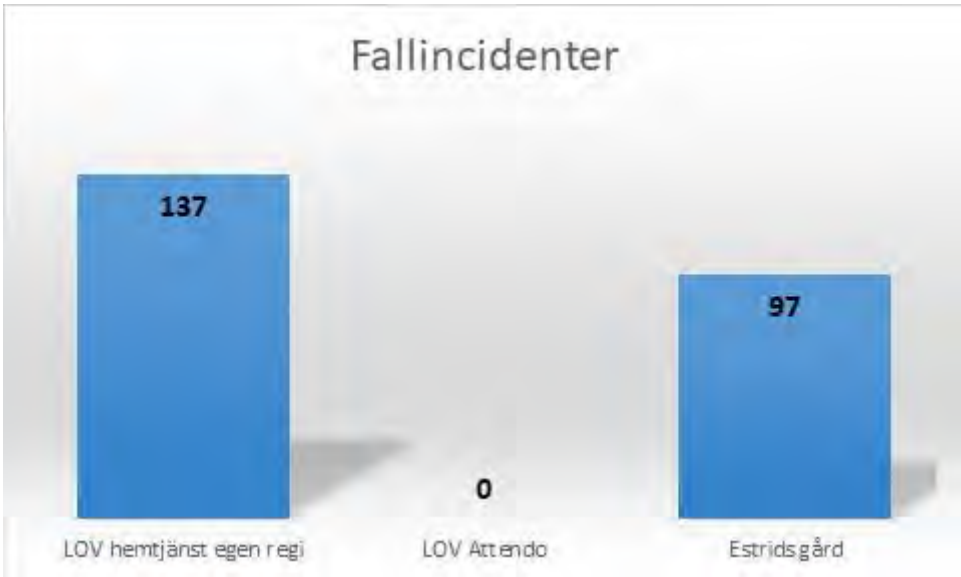
6.3 Avvikelsehantering

Avvikelseregistreringar ökade med 40% under 2020 till totalt 596 stycken, här innefattas fallincidenter. Det är främst fallregistreringar inom hemtjänst egen regi som står för ökningen. En annan del av ökningen kan relateras till brister i iordningställandet av läkemedel.

<u>Fallincidenter</u>

Orsaken till den ökade fallregistreringen är själva registreringen inom hemtjänst egen regi, då fall inte registrerats i den omfattning de skulle tidigare år. Under pandemin minskade däremot antalet fall på Estrids gård med 15,4%. Anledningen bedöms vara den lägre beläggningen under pandemin.

2% av alla fallincidenter resulterade i en fraktur, vilket är 15% färre än föregående år trots att registrerade fallincidenter ökat med 19%.



Läkemedelshantering

Här registrerades något fler avvikelser än föregående år vilket relateras till brister i iordningställandet. Totalt 35 avvikelser registrerades med anledning av brister i iordningställande av signeringslistor och dosetter. För halvåret konstaterades att läkemedelshanteringen riskerar att bli bristande i iordningställandet relaterat till låg kontinuitet av sjuksköterskor på Estrids gård. Helåret visar dock att finns fler brister inom hemvård (29). Det digitala stödet för hantering av ordinationer och signeringar bidrar förhoppningsvis till en förbättrad läkemedelshantering totalt sett för sjuksköterskor. Detta behöver utvärderas tillsammans med MAS under 2021.

Hos Estrids gård har antalet uteblivna doser ökat med 14,5% och det utgör så mycket som 88% (133 st.) av det totala antalet läkemedelsavvikelser på boendet, vilket indikerar att ett bättre stöd genom digital signering är väl befogat. Hittills vidtagna åtgärder har helt saknat effekt. I hemvård utgörs 55% (28 st.) av uteblivna doser. Konsekvenserna för den enskilde är inte betydande men det är meningen att brukare ska få sina läkemedel enligt ordinationerna och en ökning b etyder försämrad följsamhet till behandling. Tiden för administration kring alla avvikelserna är inte att betrakta som effektivitet i verksamheten. Tiden behövs för annat arbete som kommer brukare till godo.

Basal hygien

Konstaterade brister i basal hygien registreras inte som avvikelse hos den enskilde brukaren, vilket behöver vara ett utvecklingsområde. S:t Maria noterade i sin sammanställning att avvikelse fanns gällande basal hygien och att handlingsplan var upprättad.

Se även egenkontroller.

Trycksår

Totalt tre trycksår registrerades som avvikelse. Två trycksår orsakades av otillräckligt förebyggande på Estrids gård, det tredje uppkom i slutenvård.

Uteblivna eller bristande utförda åtgärder

31 avvikelser handlar om att ordinerade rehab insatser inte utförts eller om brister i vårdåtgärder. Häri ingår händelser som utretts enligt Lex Maria eller andra större utredningar. Summan är något högre än 2019.

Avvikelser i samverkan med regionen

Totalt 12 avvikelser hanterades under året varav tre inkom från regionen. Sjuksköterska brast i ett fall gällande rapportering till vårdcentral och i ett annat där en försämrad brukare skulle haft bättre stöd från tjänstgörande joursjuksköterska. De sex avvikelserna inom rehabiliteringsområdet belyser att verksamheten uppmärksammar bristande följsamhet i slutenvården till rutiner kring tekniska hjälpmedel i samband med utskrivning.

6.4 Klagomål och synpunkter

Under 2020 påbörjades en översyn av synpunkts- och klagomålshanteringens struktur i kommunen i syfte att förbättra hanteringen.

Inom hemvården hanterades ett klagomål som upprepats gällande förskrivning av hjälpmedel. Verksamheten har beskrivit hur bedömningar går till, förklarar möjligheter och vilket regelverk som finns utifrån ärendets art.

Klagomål gällande hjärtstartare på Estrids gård besvarades av MAS, områdeschef och socialchef/verksamhetschef enligt HSL. Ärendet är föremål för fortsatt diskussion i länets patientsäkerhetsgrupp under 2021.

6.5 Mål och strategier

Riskbedömning för fall, nutrition och trycksår

Mål:

Varje brukare, även den som inte gett sitt samtycke till att registreras i kvalitetsregistret senior Alert, ska få en individuell riskbedömning enligt nationella kvalitetsindikatorer för fall, trycksår och nutrition årligen. Där risker identifierats ska åtgärder och uppföljning dokumenteras i hälsoplan.

Resultat:

Målet är inte uppnått. Fortsatt utebliven täckning i registret. Strukturella riskbedömningar oavsett register eller inte har uteblivit.

Analys:

Detta relateras till låg sjuksköterske-kontinuitet på Estrids gård samt att pandemiarbetet har påverkat tidigare planering kring b l a teammöten.

Riskmoment förflyttning med personlyft

Mål:

Alla medarbetare ska klara utbildning för lyftlicens och därmed erhålla licensen.

Resultat: Mål inte uppfyllt.

Analys:

Utbildning ställdes in under pandemin.

Basal hygien och klädregler

Mål:

100 % följsamhet till rutiner och regler (enligt länsgemensam riktlinje).

Resultat:

Målet är inte uppnått.

Analys:

Resultat har varierat kraftigt under året mellan och inom verksamheterna.

Avvikelsehantering

Mål:

Förbättrad handläggning av avvikelser – utredning och åtgärder, sammanställning och analys

Resultat:

Målet är delvis uppnått.

Analys:

Målet kan endast realiseras genom rätt verktyg, vilket implementeras under våren 2021.

Läkemedelshantering

Mål:

Att minska uteblivna doser till högst 10 % av avvikelsehanteringen

Resultat:

Målet är inte uppnått.

Analys:
Kan börja realiseras under 2021 relaterat till införandet av digital signering under våren.

7 MÅL OCH STRATEGIER 2021 OCH FRAMÅT

Fortsatt arbete krävs för måluppfyllelse inom områden där inte måluppfyllelse nåddes under 2020. Det är viktigt att fortsätta påbörjat arbete för att nå viktiga resultat för patientsäkerheten. Området basal hygien behöver ständigt ha sina mål och strategier i det systematiska förbättringsarbetet.

Personcentrerad vård

Mål

Brukaren ska få bästa möjliga utredning och åtgärder utifrån sitt vårdbehov.

Strategi:

- Teamsamverkan - ökat nyttjande av alla kompetenser.
- Individuella riskbedömningar fall, undernäring, munhälsa, trycksår.
- Utvecklat fallpreventivt arbete.

Riskmoment förflyttning med personlyft

Mål:

Alla medarbetare ska klara utbildning för lyftlicens och därmed erhålla licensen.

Strategi:

- Ökat lärande i det svenska språket genom någon form av modell i verksamheterna för ändamålet.
- Fortsatta utbildningsinsatser i hantering av lyft.

Basal hygien och klädregler

Mål:

100 % följsamhet till rutiner och regler (enligt länsgemensam riktlinje).

Strategi:

- Säkerställa kvaliteten på utförandet av egenkontrollerna.
- Egenkontroller fortsätter månatligen.
- Handlingsplan/åtgärder skapas enhetsvis i ledningssystemet och följs upp.
- Basal hygien fast punkt på APT.
- Hantera också brister i hygien under vård/omsorg av brukare som en avvikelse.

Läkemedelshantering

Mål:

Att minska uteblivna doser till högst 10 % av avvikelsehanteringen.

Strategi :

Implementera system för digital signering av läkemedelsadministration.

Fysiska funktioner

Mål:

Möjliggöra bevarande av fysiska funktioner vid nedsatt gångförmåga.

Strategi:

Träning på distans med digitalt stöd.

Tekniska hjälpmedel

Mål:

Spårbarhet för alla hjälpmedel.

Strategi:

Implementering av nytt arbetssätt utifrån MDR, (Medical Device Regulations, förordning för medicintekniska produkter).

Effektiv och nära vård

Mål:

En effektiv och nära vård tillsammans med regionen.

Strategi:

Bevakning och deltagande i länsgemensamt utvecklingsarbete.

TILLITSREFORM INOM HEMTJÄNSTEN.

Uppdrag från Fempartimajoriteten i socialnämnden.

Kerstin Eskhult (C)
Britt-Louise Gunnar (S)
Fredrik Rosenbecker (V)
Sten Arnekrans (M)
Anders Bergquist (S)
Eva Okfors (M)

Under de senaste decennierna har offentlig sektor i Sverige styrts utifrån styrmodeller som har det gemensamt att man styr med mätbara mål och förväntade resultatnivåer beslutade högt uppe i organisationen. De faktiska resultaten utvärderas sedan genom att mäta verksamhetens prestationer i relation till de satta målen.

En följd av sådan styrning har visat sig vara ökad detaljstyrning uppifrån och ned, försvårad samverkan inom och mellan enheter, verksamhetssystem som styr medarbetaren – ibland enda ner på minutnivå – istället för att vara ett stöd för denne, ökad administrativ börda och minskad effektivitet. Forskning som gjorts bland anställda i offentlig sektor visar att medarbetare får minskad tid att lägga på de tjänster som medborgare efterfrågar. I många organisationer upplever man att medarbetarens handlingsutrymme minskat och att helhetssynen glömts bort.

I syfte att utveckla och sprida kunskap om en mer tillitsbaserad styrning av offentlig sektor tillsatte regeringen med stöd av riksdagen år 2016 Tillitsdelegationen. Flera kommuner, däribland Malmö kommun, har påbörjat införandet av tillitsbaserad styrning. I Knivsta kommun har Fempartimajoriteten i socialnämden under innevarande mandatperiod redan tagit steg i riktning mot tillitsbaserad styrning genom att medvetet avgränsa och begränsa antalet egna mål i nämnden.

Vi vill nu ta nästa steg i denna reform och införa tillitsbaserad styrning inom hemtjänsten med utgångspunkt i Tillitsdelegationens slutbetänkande. Syftet är att skapa en effektivare organisation för god service, med goda arbetsförhållanden som bättre tar vara på medarbetarnas kompetens och engagemang och ger en god organisatorisk och social arbetsmiljö där beslutsfattande flyttas till utförande medarbetare och arbetslag.

Socialnämnden föreslås besluta

* att ge förvaltningen i uppdrag att med utgångspunkt i Tillitsdelegationens slutbetänkande planera för införandet av för verksamheten och lokala förhållanden anpassad tillitsbaserad styrning inom hemtjänsten.

* att ge förvaltningen i uppdrag att under 2022 införa tillitsbaserad styrning inom hemtjänsten.

* att ge förvaltningen i uppdrag att, med respekt för den tid det tar för en omorganisation att nå full effekt, ett år efter införandet av tillitsbaserad styrning inom hemtjänsten utvärdera och till nämnden rapportera utfallet.

Knivsta kommun

Handläggare	Tjänsteskrivelse	Diarienummer
Ekaterina Widén	2021-03-12	SN-2021/4
Förvaltningsekonom		

Socialnämnden

Ekonomisk uppföljning per sista februari för Socialnämnden 2021

Förslag till beslut

1. Socialnämnden tar emot den ekonomiska uppföljningen per sista februari 2021.
2. Beslutet anmäls till kommunstyrelsen för kännedom.

Sammanfattning av ärendet
Socialnämndens prognos per sista februari visar ekonomi i balans. De flesta verksamheter har mindre förändringar sinsemellan.

Bakgrund
I den av Kommunfullmäktige beslutade Mål och budget 2021 uppdras nämnderna att motta ekonomisk uppföljning 6 gånger under verksamhetsåret. Uppföljningen ska rapporteras till nämnderna första gången per februari och sista per oktober, uppföljningstillfällena innefattar även ett delårsbokslut per sista augusti. Beslutet om att motta den ekonomiska uppföljningen ska anmälas till Kommunstyrelsen.

Ekonomisk konsekvensanalys
För en fördjupad ekonomisk analys, se bilagan till tjänsteskrivelse.

Barnkonsekvensanalys
Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Underlag för beslut
Tjänsteutlåtande 2021-03-12
Ekonomisk uppföljning per februari 2021
Uppföljningsmall 2021

Beslutet ska skickas till
Kommunstyrelsen
Akten

Catrin Josephson
Socialchef

Knivsta kommun

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Enligt FN är alla under 18 år att betrakta som barn

Ja ☐ Nej ☒

Förklara oavsett svar.

Alla kommunens invånare påverkas av kommunens ekonomi, men den ekonomiska uppföljningen är en prognos för den ekonomiska ställningen vid årets slut. När en verksamhet inte förväntas ha en ekonomi i balans ska verksamheten enligt kommunens rutiner ta fram en handlingsplan för budget i balans, vilken kan innehålla aktiviteter som leder till kostnadsminskningar som berör barn. Så är dock inte fallet i denna uppföljning.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Barn tillfrågas vid övergripande fleråriga planer/styrdokument. Har så skett?

Ja ☐ Nej ☐

Inte aktuellt. Beslutet rör inte övergripande flerårig plan/flerårigt styrdokument ☒

Om ja, förklara på vilket sätt barn varit delaktiga i beslutet, vilka åsikter barnen lyft fram samt hur dessa åsikter beaktats i beslutet. Om nej, förklara varför barn inte tillfrågats.

Ekonomisk uppföljning för Socialnämnden

Antagen av Socialnämnden
Februari månad 2021

Knivsta kommun

Innehållsförteckning

Inledning 3
Drift 4
Investeringar 7

Inledning

I av den av Kommunfullmäktige beslutade Mål och budget 2021 uppdras nämnderna att motta ekonomisk uppföljning 6 gånger under verksamhetsåret. Uppföljningen ska rapporteras till nämnderna första gången per februari och sista per oktober, uppföljningstillfällena innefattar även ett delårsbokslut per sista augusti. Beslutet om att motta den ekonomiska uppföljningen ska anmälas till Kommunstyrelsen.

Drift

Prognosen för Socialnämnden per sista februari visar på totalen en ekonomi i balans.

Verksamheter som har ekonomi i balans är Nämnd- och styrelseverksamhet, Färdtjänst och riksfärdtjänst samt Arbetsmarknadsåtgärder. De övriga verksamheterna beskrivs närmare nedan.

Osäkerhetsfaktorer

En prognos efter årets första två månader innehåller alltid en viss osäkerhet i så starkt omvärldsberoende verksamheter som socialnämndens där några enskilda individers behov kan utgöra flera miljoner i förändrat utfall. I år utgör den kvardröjande pandemin en extra osäkerhetsfaktor. I skrivande stund finns ännu inga besked om eventuell möjlighet till statlig ersättning för extrakostnader i form av t ex skyddsutrustning, vilket utgör höga kostnader för flera av verksamheterna och lätt kan komma att överstiga budget. Det finns också oro för en eventuell vård- och stödskuld, vilket inte budgeterats. Å andra sidan kan utdragna pandemieffekter innebära att vissa verksamheter får lägre volymer - och därtill kostnader - än vad som budgeterats. Därtill kan det komma nya besked om statliga ersättningar framöver.

Det ostabila läget på enheten Barn och unga är i sig kostnadsdrivande och det är efter februari inte säkert att enhetens behov av inhyrd personal kommer att stanna vid det som är medtaget i prognosen.

I denna ekonomiuppföljning har förvaltningen dock sammantaget utgått ifrån att året kommer att innebära en långsam och successiv återgång till mer normal verksamhet inom hela nämndens område. Samtliga budgetansvariga chefer är kostnadsmedvetna och den samlade bedömningen är att socialnämnden vid årets slut, trots osäkerhetsfaktorerna, bör kunna ha en ekonomi i balans.

Verksamheter med prognostiserade avvikelser

Förebyggande verksamhet SoL visar en positiv avvikelse på 0,4 miljoner jämfört med budget. Detta beror på att Lyckträffen fortfarande håller stängt på grund av pandemin och personalen arbetar på Stegen där det behövs en vikarie.

Prognosen för **LOV - hemtjänst och delegerad HSL** uppvisar en positiv avvikelse på 0,5 miljoner, med anledning av något lägre volymer än budgeterat samt att momskompensationen inte budgeterades vid övergång från finansen till socialnämnden. Egenregins effektiviseringsbeting kvarstår likt budget.

Vård & omsorg i ordinärt boende övrigt och **Vård & omsorg i särskilt/annat boende** prognostiserar ett underskott på 1,1 miljoner respektive 0,8 miljoner. Underskottet består i redan genomförda externa köp samt en förhöjd prognos för externa köp på både äldreomsorgen och socialpsykiatri. En av anledningarna till externt köpta platser är den utvidgade smittspårningen vid misstanke om smitta som innebär tillfälliga intagningsstopp på Estrids gårds särskilda boende och korttids. Därtill har vissa individbeslut inneburit att kostnader omfördelats från LSS till SoL.

Inom LSS-verksamheterna prognostiseras ett överskott på både **LSS i ordinärt boende** 0,6 miljoner samt **LSS i boende med särskild service** 0,6 miljoner. Biståndsenheten har arbetat med hemflytt av brukare från externa LSS-boendeplatser till socialnämndens egna serviceboende

Tegelparken, som vid årsskiftet utvidgades från åtta till 12 lägenheter.

IFO öppenvård och stöd prognostiserar ett underskott på 0,9 miljoner i form av ökade personalkostnader på Stödboendet och på enheten för Barn och Unga. Stödboendets personalutökningar har varit en medveten satsning vid hemmaplanslösningar, för att möjliggöra avslut av externa HVB-hemsplaceringar. Personalkostnaderna på enheten för Barn och unga beror på att vakanser behövt lösas med mer kostsam inhyrd bemanning.

IFO vård och stöd institution/annat boende visar på ett prognostiserat överskott 0,2 miljoner kronor då året börjat med något färre placeringar än budgeterat. Jämfört med föregående år har SIS till 2021 kraftigt höjt sina vårdkostnader vilket gör eventuellt kommande tvångsåtgärder extra kostnadsdrivande. Viss buffert för ännu okända placeringar inryms i prognosen.

IFO ekonomiskt bistånd bedöms ha en lägre kostnader jämfört med budget och uppvisar ett prognostiserad överskott på 0,2 miljoner.

Flyktingmottagande prognostiserar ett överskott på 0,4 miljoner. Detta beror främst på en ny bedömning gällande schablonintäkter, vilka har budgeterats utifrån försiktighetsprincipen.

Bokslutsreglering
Volymer för insatser enligt LSS och SFB understiger den budgeterade nivån och bokslutsregleringen ligger på -1,3 miljoner kronor.

Prognos helår och budgetavvikelse (tkr)

Nämndens verksamheter	Nettokostnad 2020	Budget 2021	Tillägg och avdrag 2021	Prognostiserad nettokostnad 2021	Prognostiserad budgetavvikelse 2021
Effektiviseringsbeting					
Nämnd- och styrelseverksamhet	1 336	1 250		1 250	0
Vård och omsorg enligt SoL och HSL					
-Förebyggande verksamhet SoL	3 407	4 149		3 732	417
-LOV - hemtjänst och delegerad HSL	35 281	37 610		37 120	490
-Vård & omsorg i ordinärt boende övrigt	23 039	23 175		24 322	-1 147
-Vård & omsorg i särskilt/ annat boende	98 856	88 307	36	89 185	-841
Vård och omsorg enligt lss och SFB					
-Insatser LSS i ordinärt boende	29 893	34 552	-1 310	32 678	564
-Insatser LSS i boende med särskild service	37 862	38 207		37 594	613
Färdtjänst och riksfärdtjänst	3 410	3 657		3 712	-55
Individ och familjeomsorg					
-Ifo öppenvård och stöd	25 671	27 075		27 958	-882
-Ifo vård och stöd institution/annat boende	31 840	33 599	36	33 426	209
-Ifo, ekonomisk bistånd	7 487	8 403	108	8 319	192
Flyktingmottagande	1 305	1 493		1 052	441
Arbetsmarknadsåtgärder	2 938	3 446		3 446	0
Summa socialnämnd	**302 328**	**304 924**	**-1 130**	**303 794**	**0**

Investeringar

Investeringsmedel för verksamhetssystem VoO planeras att förbrukas i maj-juni 2021. Det finns ännu inga planer på att använda de övriga investeringsmedel.

Prognos helår och avvikelse investeringar (tkr)

Investerings-projekt	KF-investeringsram 2021	Tillägg investeringsram 2021	Utgift investering 2021	Prognos utgift investering 2021	Prognos avvikelse investering 2021
Inventarier	100	0	0	0	100
Digitalt arkiv	200	0	0	0	200
Digitalisering - innovation	1 000	0	0	0	1 000
Verksamhetssystem VoO	0	1000	0	1000	0
Summa Socialnämnd	**0**	**1000**	**0**	**1000**	**0**

Socialnämnden 2021

DRIFTBUDGET Nettokostnad i tkr	Beskrivning av vilka verksamheter som ingår i varje rad
Effektiviseringsbeting	
Nämnd- och styrelseverksamhet	Nämndens sammanträden samt sekreterare
Vård och omsorg enligt SoL och HSL	
-Förebyggande verksamhet SoL	Lyckträffen (bland annat SoL äldre) och Stegen (socialpsykiatri, sysselsättning och arbetsstöd)
-LOV - hemtjänst och delegerad HSL	Samtliga kostnader som belastar den hemtjänst och delegerad HSL som inryms i LOV. Både egenregi och privata utförare.
-Vård & omsorg i ordinärt boende övrigt	Boendestöd socpsykiatri, kontaktpersoner äldre och socialpsykiatri, trygghetslarm, nattpatrul och hjälpmedel. Även en del av sjuksköterskeinsatser och rehab ingår här.
-Vård & omsorg i särskilt/ annat boende	Särskilt boende och korttidsboende. Både egenregi och privata utförare.
Vård och omsorg enligt lss och SFB	
-Insatser LSS i ordinärt boende	Personlig assistans, Daglig verksamhet, ledsagning, kontaktpersoner, korttidsvistelse, hjälpmedel
-Insatser LSS i boende med särkild service	Boende med särskild service, både gruppbostäder och servicebostäder. Egenregi Tegelparken och privata utförare.
Färdtjänst och riksfärdtjänst	Samtliga kostnader kring färdtjänst och riksfärdtjänst.
Individ och familjeomsorg	
-Ifo öppenvård och stöd	Fröhusets familjecentral, satsningarna inom Råd och stöd för hemmasittare samt familjeteam/hemma-hos, Familjebehandling, Missbruksvård, samarbetssamtal
-Ifo vård och stöd institution/annat boende	Stödboendet i Knivsta, stödboendeplaceringar, HVB-hemsplaceringar, SIS-placeringar
-Ifo, ekonomisk bistånd	Ekonomiskt bistånd
Flyktingmottagande	Samtliga kostnader för praktiskt mottagande samt vård (t ex placering på stödboende) och ekonomiskt bistånd under 2 år för nyanlända eller upp till maximalt 21 år för fd ensamkommande barn.
Arbetsmarknadsåtgärder	Arbetsmarknadsenhet inom vuxenheten, arbete med feriejobb, OSA
Summa socialnämnd	I samtliga uppräknade insatser ingår även lokaler samt schabloniserade delar av kostnad för myndighetsutövande personal, administratörer och chefer.