

Sammanträde i socialnämnden

Tid och plats för sammanträde

Onsdagen den 29 mars 2023, kl. 09.00. Frösjön/Lockvattnet, Västra Storgatan 15, Gnesta

Gruppmöten

Majoriteten (S, M); kl. 08.00. Frösjön/Lockvattnet, Elektron. Oppositionen (C, KD); kl. 08.00. Björken, Elektron. Oppositionen (V, MP); kl. 08.00. Lokal, Elektron. Oppositionen (SD); kl. 08.00. Lokal, Elektron

Förslag till justerare

Ordinarie: Anne-Lise Ljung (SD) Ersättare: Lena Staaf (V)

Tid och plats för justering

Protokollet justeras i direkt anslutning till sammanträdet. Kommunledningskontoret Västra Storgatan 15, Gnesta

Handlingarnas tillgänglighet

Beslutsunderlag till ärendena i kallelsen finns på www.gnesta.se samt för läsning digitalt på servicecenter.

Frågor om kallelsen och ärendena besvaras av sekreteraren, tel: 0158-275 000.

Dagordning

Sammanträdet öppnande samt upprop

Val av justerare och tid för justering

Godkännande av dagordningen

Nr	Diarienummer	Ärende
----	--------------	--------

Beslutsärende socialnämnden

1	SN.2023.30	Närvarorätt vid socialnämndens sammanträden
---	------------	---

Beslutsärenden kommunfullmäktige

2	KS.2022.214	Motion Krav på legitimation
---	-------------	-----------------------------

3	KS.2022.215	Motion Krav på minst undersköterskeutbildning
---	-------------	---

Beslutsärenden socialnämnden

4	SN.2023.6	Ekonomisk uppföljning - Kompletteras senare
5	SN.2023.10	Årsredovisning socialnämnden 2022
6	SN.2022.76	Internkontrollplan
7	SN.2023.24	Patientsäkerhetsberättelse 2022
8	SN.2022.79	Revisionsrapport - Samverkan kring utskrivningsklara patienter
9	SN.2023.23	Ansökan om statsbidrag för personligt ombud 2023
10	SN.2023.29	Beslutsattestanter 2023
11	SN.2023.3	Redovisning av delegationsbeslut
12	SN.2023.4	Anmälningssärenden

Förvaltningschefen informerar

13	SN.2023.5	Förvaltningschefen informerar
----	-----------	-------------------------------

Ingrid Jerneborg Glimne

Marie Solter

Ordförande

Sekreterare

Upprättad: 2023-03-20
Diarienummer: SN.2023.30

Socialnämnden

Närvarorätt vid socialnämndens sammanträden

Förslag till beslut i socialnämnden

1. Medge förvaltningschef, sekreterare, kvalitetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska, enhetschef för barn och familjeenheten, enhetschef bistånds- och vuxenheten samt verksamhetschef för hälso- och sjukvård närvarorätt vid nämndens sammanträden.
2. Föredragande handläggare kan, efter avstämning med ordförande, medges närvarorätt vid behandling av dennes ärende.

Ärendebeskrivning

Fastslagen reglementsändring, 2023-03-06, medför att nämnden behöver reglera närvarorätten för andra än nämndens ledamöter och ersättare.

Kommunfullmäktige beslutade 2023-03-06 att fastställa nytt reglemente för socialnämnden. Genom fastställandet av nytt reglemente är utgångspunkten att samtliga av nämndens sammanträden är stängda för allmänheten. Detta regleras i avsnitt tre *Arbetsformer för kommunstyrelsen och nämnderna*, punkten tre *offentliga sammanträden*.

För att annan – förtroendevald eller särskilt sakkunnig – än nämndens ledamöter och ersättare ska få närvara vid sammanträdena krävs att socialnämnden medger detta, vilket regleras i samma avsnitt under punkten fem *Närvarorätt*.

Vad gäller enskild förtroendevald bör nämnden fatta enskilda beslut vid det aktuella sammanträdet för att en viss förtroendevald ska medges närvarorätt. Dock bör ett principbeslut tas gällande närvarorätt för tjänstepersoner.

Vad gäller närvarorätt för *särskilt sakkunniga* (handläggare) bör de ges möjlighet att närvara om ordföranden finner det vara lämpligt utifrån det ärende som nämnden ska behandla. Sådant ska stämmas av med ordföranden inför sammanträdet, exempelvis vid en ordförandeberedning.

Konsulter eller andra extern representanter som på ordförandens inrådan bjuds in att göra en muntlig föredragning, anses ha givits närvarorätt att delta under deras egen ärendepunkt.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2023-03-20

Lena Karlsson Leksell
Förvaltningschef

Marie Solter
Nämndsekreterare

Upprättad: 2023-02-20
Diarienummer: KS.2022.214

Socialnämnden

Motion Krav på legitimation

Förslag till beslut i kommunfullmäktige

1. Motionen anses vara besvarad.

Ärendebeskrivning

Sverigedemokraterna (SD) inkom 2022-05-24 med en motion till kommunfullmäktige med förslag om att all personal inom hemtjänst/boendestöd och även Hälso- och sjukvård i Gnesta ska ha legitimation. Motionen anmäldes till kommunfullmäktiges sammanträde den 2022-06-20 och skickades vidare till socialnämnden för beredning.

Förvaltningens synpunkter

Socialförvaltningen är medveten om äldres utsatthet vad gäller stöld i hemmet och utreder just nu frågan om vilken typ av identifiering hemtjänstens personal ska ha framåt. SITHS-kort, en elektronisk identitetshandling, har tidigare varit ett alternativ som utretts. Det har dock visat sig vara en alltför komplex lösning som medför stora kostnader årligen. Med anledning av detta söker förvaltningen efter en billigare lösning för identifiering.

Jämställdhetsanalys utifrån checklista

Förslaget till beslut i ärendet bedöms inte få konsekvenser som leder till fördelar eller nackdelar för kvinnor/män eller pojkar/flickor.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2023-02-20
2. Motion Krav på legitimation

Lena Karlsson Leksell
Förvaltningschef

Julia Sundberg
Utredare

Sändlista

- ~ Kommunstyrelsen
- ~ Kommunfullmäktige
- ~ Förvaltningschef socialförvaltningen

Motion

Krav på legitimation

I vårt fina land så är det tyvärr många människor som lurar äldre med att de kommer från Hemtjänsten eller att man är annan typ av vårdpersonal, allt för att komma in och stjäla smycken och bankkort mm. Tyvärr är många ibland godtrogna och litar på den som ringer på, öppnar och släpper in dem. Personalen har idag oftast arbetskläder, men det tänker inte alla på när man öppnar dörren. Det borde vara legitimation på all kommunanställd personal som gör hembesök av något slag. Legitimation med namn och foto, men även med kommunens logga borde vara en självklarhet i dagens otrygga samhälle. Legitimation är ett sätt för att minska risken för stölder hos våra äldre.

Vi i Sverigedemokraterna i Gnesta föreslår därför

Att all personal inom Hemtjänsten, Boendestöd och även Hälso- och Sjukvård i Gnesta Kommun ska ha legitimation.

Gnesta 2022-05-24

Krister Ekberg



Upprättad: 2023-02-21
Diarienummer: KS.2022.215

Socialnämnden

Motion Krav på minst undersköterskeutbildning

Förslag till beslut i socialnämnden

1. Motionen anses vara besvarad.

Ärendebeskrivning

Sverigedemokraterna (SD) inkom 2022-05-24 med en motion till kommunfullmäktige med förslag om krav på minst undersköterskeutbildning för personal som arbetar inom äldreomsorgen/hemtjänsten. Motionen anmäldes till kommunfullmäktiges sammanträde den 2022-06-20 och skickades vidare till socialnämnden för beredning.

Förvaltningens synpunkter

Undersköterska blir en skyddad yrkestitel från och med juli 2023. Det innebär att Socialstyrelsen avgör vilken utbildning som krävs för att få kalla sig undersköterska. För att få den skyddade yrkestiteln måste man ha genomgått en vård- och omsorgsutbildning enligt en nationell standard, som börjar gälla från juli i år.

När Socialförvaltningen utlyser nya tjänster för rekrytering gällande undersköterskor står det alltid i annonsen att man ska vara utbildad undersköterska eller är under utbildning. Det förvaltningen kan konstatera är att det inte är tillräckligt med undersköterskor som söker tjänsterna. För att ändå säkerställa rätt kompetens i vården erbjuds undersköterskeutbildning för anställd personal inom förvaltningen och ny utbildning erbjuds under 2023.

Sedan 2022 startade också vuxenutbildningen i Gnesta kommun en komboutbildning vårdbiträde i kombination med utbildning i svenska. Utbildningen underlättar för elever som inte har svenska som modersmål att få möjlighet att yrkesutbilda sig inom vård och omsorg samtidigt som de också fördjupar sina språkkunskaper inom svenska. Planering finns för en fortsättning av komboutbildningen till undersköterska.

Som en del i utvecklingsarbetet Nära vård finns också en satsning som ska stödja kompetensförsörjning som ska möjliggöra omställningen mot Nära vård. Detta innebär i praktiken att fler anställd omsorgspersonal kommer utbildas till undersköterskor, men även till specialiseringar som krävs inom den kommunala omsorgen.

Jämställdhetsanalys utifrån checklista

Förslaget till beslut i ärendet bedöms inte få konsekvenser som leder till fördelar eller nackdelar för kvinnor/män eller pojkar/flickor.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2023-02-21
2. Motion Krav på minst undersköterskeutbildning

Lena Karlsson Leksell
Förvaltningschef

Jenny Gustafsson
Utvecklingssekreterare

Sändlista

- ~ Kommunstyrelsen
- ~ Kommunfullmäktige
- ~ Förvaltningschef socialförvaltningen

Motion

Krav på minst Undersköterskeutbildning

Idag är det väldigt många inom Hemtjänsten och Äldreomsorgen som är nyanställda utan någon som helst utbildning, man får bara en enkel internutbildning på några dagar. Vi tycker att alla som jobbar inom Äldreomsorgen/Hemtjänsten ska ha minst undersköterskeutbildning för att ge en god och säker vård till våra äldre. Jobbet som undersköterska måste få en högre status i vår kommun. Vi måste kräva utbildad personal, får vi inte tag i rätt utbildad personal, så måste vi se till att utbilda personalen för att höja statusen.

Vi i Sverigedemokraterna i Gnesta föreslår därför

Att all personal inom Hemtjänsten/Äldreomsorgen i Gnesta Kommun ska ha minst undersköterskeutbildning.

Gnesta 2022-05-24

Krister Ekberg



Upprättad: 2023-02-24
Diarienummer: SN.2023.10

Socialnämnden

Årsredovisning socialnämnden 2022

Förslag till beslut i socialnämnden

1. Årsredovisning 2022 för socialnämnden godkänns.

Ärendebeskrivning

Årsredovisningen innehåller en överskådlig bild av socialnämndens måluppfyllelse utifrån uppsatta mål i framtidsplan 2022-2024, redovisning av indikatorer och nyckeltal, uppföljning av internkontrollplan, redovisning av sökta statsbidrag, ekonomiskt resultat samt investeringsuppföljning.

Under 2022 har utvecklingen av dokumentet fortsatt. Detta för en bättre överensstämmelse med kommunfullmäktiges årsredovisning men också för att stärka analyser och bedömning av måluppfyllelse.

Förvaltningens synpunkter

Jämställdhetsanalys utifrån checklista

Jämställdhetsanalys bedöms ej tillämpligt i ärendet.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2023-02-24
2. Årsredovisning 2022: Uppföljning av Framtidsplan 2022-2024 för Socialnämnden

Lena Karlsson Leksell
Förvaltningschef

Karin Pramlid
Utredare

Julia Sundberg
Utredare

Jenny Neimann
Förvaltningsekonom

Sändlista

- ~ Utredare
- ~ Förvaltningsekonom
- ~ Förvaltningschef



Årsredovisning 2022

Uppföljning av Framtidsplan 2022-2024 för
socialnämnden

Beslutsinstans	Socialnämnden
Beslutad	2023-03-29
Senast reviderad	Välj datum
Giltig till	Tills vidare
Dokumentansvarig	Förvaltningschef
Diarienummer	SN.2023.10

Innehållsförteckning

Förkortningar	4
Ordförande har ordet.....	5
Inledning och syfte.....	6
Socialnämnden	6
Socialnämndens uppdrag	6
Socialförvaltningens organisationsuppbyggnad	7
Händelser av väsentlig betydelse	8
Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten	9
Kommunfullmäktiges mål	9
Bedömning av måluppfyllelse	10
Inriktningsmål: En attraktiv kommun	11
Inriktningsmål: En hållbar kommun.....	12
Inriktningsmål: Service och bemötande	14
Inriktningsmål: En trygg skola med hög måluppfyllelse och starka kunskapsresultat.....	15
Socialnämndens mål: Socialnämnden tillhandahåller en vuxenutbildning som skapar förutsättningar för hög måluppfyllelse och självständigt liv.	15
Inriktningsmål: En trygg vård och omsorg av hög kvalitet.....	16
Socialnämndens mål: Socialnämndens sociala omsorg stödjer den enskildes möjligheter till en trygg och meningsfull tillvaro.	16
Inriktningsmål: En effektiv organisation	18
Socialnämndens mål: Socialnämnden säkerställer och utvecklar kvaliteten utifrån användarens behov.....	18
Inriktningsmål: En god ekonomi	20
Socialnämndens mål: Socialnämnden följer långsiktigt och systematiskt upp, planerar och samordnar resurser för en budget i balans.....	20
Inriktningsmål: En attraktiv arbetsgivare	21
Socialnämndens mål: Socialnämndens kultur tillvaratar medarbetarnas kompetens och intressen samt främjar en god arbetsmiljö.	21
Sammanfattning måluppfyllelse	22
God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning.....	23
Analys årsbokslut 2022 Socialnämnden.....	23

Volymbaserad budget - VBB.....	27
Investeringsuppföljning	27
Bilaga 1. Uppföljning av indikatorer.....	28
En attraktiv kommun	28
En hållbar kommun.....	29
Service och bemötande	31
En trygg skola med hög måluppfyllelse och starka kunskapsresultat	33
En trygg vård och omsorg av hög kvalitet.....	35
En effektiv organisation.....	38
En god ekonomi	39
En attraktiv arbetsgivare	40
Bilaga 2. Väsentliga personalförhållanden	42
Bilaga 3. Statsbidrag	43
Bilaga 4. Nyckeltal myndighet	44
Bilaga 5. Uppföljning av internkontrollplan 2022-2024	57
Omvärldsrisker och verksamhetsrisker.....	57
Finansiella risker	61

Förkortningar

LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
SoL	Socialtjänstlagen
LVU	Lag med särskilda bestämmelser för vård av unga
LVM	Lag om vård av missbrukare i vissa fall
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
BAB	Lagen om bostadsanpassningsbidrag
VBB	Volymbaserad budget
IBIC	Individens behov i centrum
GDPR	General Data Protection Regulation/ Den allmänna dataskyddsförordningen
VINR	Våld i nära relation
NPF	Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
KAA	Kommunalt aktivitetsansvar för ungdomar
MI	Motiverande samtal
SFI	Svenska för invandrare
ICF	Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa
DRAG	Delaktighet, respekt, ansvar i Gnesta kommun
PPP	Personalpolitiska programmet
APT	Arbetsplatsträff
Tkr	Tusen kronor
FN	Funktionsnedsättning
ÄO	Äldreomsorg
SÄBO	Särskilt boende för äldre
SKR	Sveriges kommuner och regioner
AME	Arbetsmarknadsenheten
FC	Förvaltningschef
VC	Verksamhetschef
EC	Enhetschef
SN	Socialnämnden
KF	Kommunfullmäktige
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
HSE	Hälso- och sjukvårdsenheten
SoV	Verksamhetsområdet Stöd och vägledning
AoB	Verksamhetsområdet Administration och bistånd

Ordförande har ordet

Det känns som att det är dags att säga Äntligen!, eftersom socialnämnden efter flera besvärliga år har uppnått en budget i balans samt flera andra positiva mål. Pandemin är över eller i alla fall på tillbakagång och vi har alla tagit med oss viktiga lärdomar för framtiden av dessa år då Covid-19 härjat och fört med sig så mycket elände.

Våra chefer och övrig personal har gjort en stor förändring genom att påbörja resan med en volymbaserad budget som kommer göra det lättare för såväl nämnden som personal att följa den ekonomiska utvecklingen över året.

Vi har, med hjälp av våra duktiga chefer, påbörjat arbetet för en plattare organisation med våra invånare i centrum. Detta sker bl.a. genom konceptet "Nära Vård" och ett personcentrerat arbetssätt med individen i centrum, i samarbete med regionens sjukvård och våra två vårdcentraler i Gnesta.

Nämnden har under året kunnat starta upp och fortsätta med flera viktiga insatser som är positiva för våra kommuninvånare och som även underlättar för personalen; egen utbildning av undersköterskor samt yrkessvenska med vårdpraktik för personer som inte har svenska som modersmål.

Vi är stolta över att också ha kunnat öppna Violen, en ny vårdavdelning för personer med demenssjukdomar. Det gör att vi har fått bort kön till särskilt boende för äldre och nu kan erbjuda ett fullvärdigt boende för personer med allvarlig demenssjukdom. Vi är också stolta över att ha kunnat rekrytera personal med särskild utbildning som Silviasköterskor, vilket ger vår kommun möjligheter att för framtiden kunna göra alla våra äldreboenden Silviacertifierade.

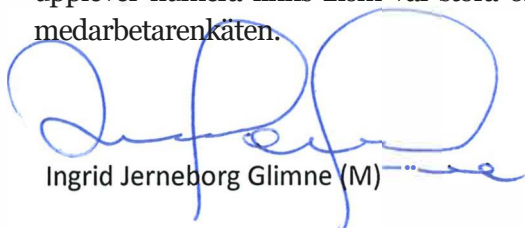
Vi ser ökande problem och utmaningar med barn och unga som, av olika anledningar, inte klarar skolan utan blir hemmasittare eller hamnar i kriminell verksamhet pga psykiskt dåligt mående. Vi har nu därför startat ökat samarbete mellan skolan och socialförvaltningen under parollen "Tillsammans för barnens bästa" och deltar även i ett nytt samarbete där regionens barn- och ungdomspsykiatri ingår. Socialnämnden har därför anställt två barn- och ungdomssamordnare som ska kunna finnas där barn och ungdomar är för att kunna stötta och motivera, det kan vara i skolan, på fritids eller i hemmet. På sikt hoppas vi även kunna inkludera familjecentralen till att omfatta unga upp till 18 år.

Det viktiga samarbete och förebyggande arbete som redan inletts med våra pensionärsorganisationer fortsätter i positiv riktning med såväl frivilliga som aktivitetssamordnade insatser.

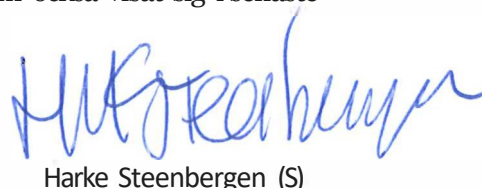
Under året har vi dessutom kunnat starta upp arbetet mot "Våld i nära relationer" genom fokus på och utbildning av samtlig personal som en kompetenshöjande insats, och mer är planerat för kommande år genom samarbeten med övriga kommuner för trygga bostäder för våldsutsatta.

Vi har mycket kvar att göra framåt, som att skaffa fler boenden för LSS och Sol, samt bemöta problem och utmaningar så att även de mål som idag fortsatt lyser röda skall bli gröna eller gula i våra redovisningar.

Vill avsluta med att tacka all vår personal som gjort 2022 till ett gott år och den goda anda som vi upplever numera finns inom vår stora organisation och som också visat sig i senaste medarbetarenkäten.



Ingrid Jerneborg Glimne (M)



Harke Steenbergen (S)

Inledning och syfte

I socialnämndens framtidsplan redovisas mål och uppdrag samt budget för de olika verksamheterna inom socialnämndens ansvarsområde. Uppföljning av målen och resultat av budgeten sker till socialnämnden i delårsrapporten och årsredovisningen. Uppföljning av budgeten sker även löpande vid budgetuppföljningar under verksamhetsåret. Delårsrapporten och årsredovisningen bildar tillsammans med statistik och jämförelser ett viktigt underlag som socialnämnden kan använda inför nästa planeringsperiod.

Socialnämnden

Socialnämndens uppdrag

Socialnämnden ansvarar enligt reglementet för uppgifter inom socialtjänsten samt den kommunala hälso- och sjukvården. Det ingår i nämndens ansvarsområde att bevaka sociala aspekter i samhällsplaneringen och därvid verka för en god samhällsmiljö och goda förhållanden för medborgarna. Socialnämnden ansvarar för kommunens arbetsmarknadsfrågor, integrationsverksamhet och vuxenutbildning. I nämndens ansvarsområde ingår även stöd till anhöriga, frivilligsamordning samt samordning av våld i nära relation. Socialnämnden ansvarar också för personlig assistans enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Privata företag utgör en viktig del av utförandet av olika insatser.

Lagstiftning som socialnämnden bestämmer enligt är bland annat:

- Socialtjänstlagen (SoL)
- Lag med särskilda bestämmelser för vård av unga (LVU)
- Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- Lag om kommunal riksfärdtjänst
- Lag om färdtjänst
- Skollagen
- Lagen om bostadsanpassningsbidrag (BAB)
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Socialförvaltningens organisationsuppbyggnad

För att fullgöra det uppdrag som socialnämnden har via reglementet är socialförvaltningen organiserad enligt nedan:



Händelser av väsentlig betydelse

Ledning och styrning

Under 2022 har socialförvaltningen implementerat en ny organisation för ledning och styrning som syftar till stärkt kvalitet och uppföljning, samt en förbättrad kommunikation inom organisationen. Nya enheter och chefsområden har skapats genom omformning av befintlig verksamhet. Violen, nytt demensboende öppnades hösten 2022.

Budget

Under året har den volymbaserade budgetmodellen (VBB) använts för att genomlysna och analysera förvaltningens ekonomi på ett mer detaljerat sätt och i jämförelse med föregående år. Uppföljning och åtgärder på enhetsnivå har tagits fram tillsammans med cheferna och redovisning för socialnämnden har utvecklats. Kommunens budgetprocess har i sin helhet förtydligats, med årshjul och tidplan för processens olika nivåer.

Covid -19

Pandemin har under 2022 varit en fortsatt central fråga för förvaltningens verksamheter, då många av socialförvaltningens målgrupper även ingår i riskgrupp för covid -19. Den 1 april meddelade Folkhälsomyndigheten att covid- 19 inte längre klassas som en samhällsfarlig sjukdom, och restriktionerna i samhället hävdes. Detta innebar en lättning av restriktioner även i socialförvaltningens verksamheter, med undantag för vård och omsorgsverksamheterna. Regionens och Folkhälsomyndighetens rekommendationer har kontinuerligt följts i arbetet med covid- 19.

Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten

Kommunfullmäktiges mål

Kommunfullmäktiges nio inriktningsmål som redovisas nedan utgör grunden för socialnämndens mål. Målet om *välmående och växande företag* är primärt relaterat till andra nämnders ansvarsområden, därför har socialnämnden inget eget mål inom detta inriktningsmål. För de övriga åtta inriktningsmålen har socialnämnden antagit egna mål samt tillhörande uppdrag till socialförvaltningen. Måluppfyllelsen för dessa inriktningsmål samt tillhörande uppdrag redovisas nedan.

<p>En attraktiv kommun</p> <p>Som erbjuder goda boendemöjligheter, bra kommunikationer och infrastruktur samt ett brett utbud av fritidsaktiviteter.</p>	<p>En hållbar kommun</p> <p>Som långsiktigt utvecklar goda förutsättningar för människor, miljö och natur.</p>	<p>Service och bemötande</p> <p>Kontakter med Gnesta kommun ska kännetecknas av ett gott bemötande och en professionell service.</p>
<p>En skola med hög måluppfyllelse och starka kunskapsresultat</p> <p>Som ger varje elev lust att lära, samt förutsättningar att lyckas, utvecklas och rustas för vuxenlivet.</p>	<p>En trygg vård och omsorg av hög kvalitet</p> <p>Som utformas i nära samverkan med brukare och personal.</p>	<p>Effektiv organisation</p> <p>Med nya arbetssätt, ett aktivt förbättringsarbete och ny teknik skapas på ett ansvarsfullt sätt en effektivare organisation.</p>
<p>Välmående och växande företag</p> <p>Som bidrar till tillväxt, service och arbetstillfällen.</p>	<p>En god ekonomi</p> <p>God hushållning och planering av resurserna som bidrar till en långsiktigt ekonomisk hållbar utveckling.</p>	<p>Attraktiv arbetsgivare</p> <p>Som förmår attrahera, bibehålla och utveckla kompetens.</p>


Bedömning av måluppfyllelse

Måluppfyllelsen för inriktningsmålen beskrivs i årsredovisningen som rött (mål ej uppnått), gult (mål delvis uppnått) eller grönt (mål uppnått). Bedömningen avser måluppfyllelsen för uppdragen i socialnämndens framtidsplan vid tidpunkt för årsredovisningen. De indikatorer som tagits fram för respektive inriktningsmål kommenteras utifrån resultatet i separat bilaga.

Inriktningsmål: En attraktiv kommun

Som erbjuder goda boendemöjligheter, bra kommunikationer och infrastruktur samt ett brett utbud av fritidsaktiviteter.

Socialnämndens mål: Socialnämnden erbjuder goda boendemöjligheter med individuellt utformat stöd.

Uppdragen bedöms uppnådda till årsredovisningen.	
--	---

Ge ökad möjlighet till kvarboende i ordinärt boende

Inom uppdraget har förvaltningens särskilda fokus under året varit att påbörja arbetet mot en mer personcentrerad vård och omsorg. Detta bland annat genom utveckling av samarbetsformer mellan enheter och med regionen, tillsättande av processledare för projektet Nära vård samt fortsatt införande av Individens behov i centrum (IBIC) inom myndighetsutövningen. Under hösten har en planeringsdag för ledningsgruppen genomförts i syfte att påbörja införandet av personcentrerat förhållningssätt.

I november 2022 öppnade det nya demensboendet Violen med tio lägenheter, vilket har frigjort platser inom demensdagvården. Detta har möjliggjort för fler att kvarbo i ordinärt boende.

Flera tekniska lösningar, såsom trygghetslarm och trygghetskamera kan öka möjligheten till kvarboende i ordinärt boende. Användandet av trygghetskameror har startats upp efter ett längre avbrott med anledning av problematik kopplat till GDPR.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Arbeta för en god samhällsmiljö för socialförvaltningens målgrupper


Ett utvecklingsarbete har påbörjats under året för att utveckla mer träffsäkra prognoser för såväl LSS som särskilt boende, arbetet kommer att fortgå under 2023. I syfte att möta det ökande behovet öppnades under hösten det nya demensboendet Violen på Frustunagården med tio lägenheter och Ringvägens LSS-boende fick tre nya satellitlägenheter på Platåvägen. Förvaltningen har bidragit till kommunens övergripande plan för strategisk lokalplanering.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Inriktningsmål: En hållbar kommun

Som långsiktigt utvecklar goda förutsättningar för människor, miljö och natur.

Socialnämndens mål: Socialnämnden genomför förebyggande insatser som bidrar till social hållbarhet.

Uppdragen bedöms delvis uppnådda till årsredovisningen.	
---	---



Synliggöra och motverka våld i nära relationer

En samordnare för arbetet med våld i nära relation (VINR) har rekryterats till förvaltningen. Arbeta har påbörjats med att se över nuvarande strategidokument i syfte att skapa ett mer operativt stöd till enheterna än tidigare, vilket är efterfrågat. Under hösten har även arbete påbörjats med att förtydliga befintliga samverkansforums roll och funktion vad gäller att uppmärksamma och förebygga våld i nära relation. Kompetenshöjande insatser och förstärkning av familjebehandlare har genomförts inom öppenvården, som har en central roll i att stödja våldsutövare samt stärka föräldraskap.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Arbeta förebyggande

Flera av förvaltningens enheter har förebyggande verksamhet i sitt grunduppdrag, där arbete ständigt pågår. Ett exempel är frivillig- och aktivitetssamordningen där flera sociala aktiviteter anordnats inom ramen för bland annat Träffpunkten och Powerhuset.

Under hösten har samverkan med barn- och utbildningsförvaltningen fortsatt utifrån de nämndgemensamma uppdragen. Förvaltningarna har gemensamt skrivit fram en strategiplan för fördjupad samverkan kring tidiga insatser, vilken planeras att presenteras och antas i nämnderna i början av 2023. Strategiplanen utgår från antagen målbild för Tillsammans för barnens bästa. Gemensam kompetensutveckling har påbörjats genom en gemensam planeringsdag för socialtjänst och elevhälsa, men också genom en pågående insats där socialtjänsten erbjuder samtliga rektorsområden information. En revidering av handboken för samarbete mellan skola och socialtjänst har genomförts.

En organisation kring familjecentralens utveckling har byggts upp under året med både styrgrupp och arbetsgrupp som möts återkommande med representanter från båda förvaltningarna. Gemensamt arbete pågår för att ta fram fokusområden för utvecklingsarbetet. Kompetensutveckling av medarbetare planeras för att kunna

erbjuda utvalda föräldrastödsprogram under 2023. Barn och ungdomssamordnarnas uppdrag har formats alltmer under hösten med deltagande i flera forum på familjecentralen där medborgare bjuds in, men också deltagande på gemensamma SIP-möten med BoU. Organisationen inom öppenvården har utvecklats under året vilket inneburit att fler har kunnat erbjudas mer missbruksstöd, VINR-stöd och familjestöd.

Under hösten har ett delprojekt inom ramen för Tillsammans för barnens bästa startats upp, där Gnesta är en av tre kommuner i Södermanland som deltar. Arbetet sker i samverkan mellan socialtjänst, skola och barn- och ungdomspsykiatri.

Utvecklingsprojektet syftar till att ge barn och unga med NPF-liknande symtom ett samordnat stöd tidigt i skolan och i hemmet.

En tillförordnad anhörigkonsultent har under hösten tillsatts och arbetet som har varit pausat en tid har återigen startats upp med anhörigcirklar, information samt råd och stöd.

I syfte att minska andelen vuxna med långvarigt ekonomiskt bistånd samt att öka andelen försörjningsstödstagare som står till arbetsmarknadens förfogande har ett fördjupat samarbete mellan Vuxen- och biståndsenheten och arbetsmarknadsenheten initierats. Vuxen- och biståndsenheten har under hösten påbörjat en kartläggning av personer som idag uppbär försörjningsstöd och ska erbjudas arbetsmarknadsinsatser. Enheten har hittills identifierat ytterligare 20 individer som bör erbjudas stöd från arbetsmarknadsenheten. För bättre resultat har även återkommande samverkan med Kommunala aktivitetsansvaret (KAA), integration samt Arbetsförmedlingen byggts upp under året.

Projektet Steg för steg har fortsatt under året i syfte att tillsammans med Arbetsförmedlingen ge möjlighet åt ett antal individer att få anpassade lösningar i form av ett avlönat arbete, studier och handledning mot ett långsiktigt mål. Projektet pågår till våren 2023.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Minska klimatpåverkan


För att minska klimatpåverkan har kontroll av värme och ventilation i förvaltningens byggnader skett samt utbildning för berörd personal inom eco-driving, en mer miljövänlig körstil, påbörjats. Förvaltningen har dock inte genomfört några aktiviteter avseende att öka andelen fordon som minskar de fossila utsläppen.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget delvis uppnått.

Inriktningsmål: Service och bemötande

Kontakter med Gnesta kommun ska kännetecknas av ett gott bemötande och en professionell service.

Socialnämndens mål: Socialnämndens verksamheter är tillgängliga och ger jämlik service.

Uppdragen bedöms delvis uppnådda till årsredovisningen.	
---	---

Tillgänglig, professionell och jämlik service

Ytterligare förtydliganden av den nyligen framtagna processen för synpunkter och klagomål pågår, utifrån önskemål från ledningsgruppen. Arbetet är i slutfasen och kommer att presenteras för ledningsgruppen i början av 2023 för vidare implementering.

Samarbetet med servicecenter har utvecklats under året för att stärka tillgängligheten, bland annat genom ett gemensamt ärendehanteringssystem samt drop-in-verksamhet för nyanlända med frågor rörande integration. Vad gäller den fysiska tillgängligheten till förvaltningens lokaler har inga samordnade insatser genomförts under året.

Flera utbildningar har anordnats under året för olika yrkesgrupper för att stärka bemötandet vid kontakt med förvaltningen, exempelvis Motiverande samtal (MI) samt demensutbildning.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget delvis uppnått.

Kommunikation och information

Införandet av arbetssättet IBIC lett till utvecklad handläggning inom myndighetsutövningen vilket har förbättrat kommunikation mellan Vuxen- och biståndsenheten och utförarna.


Förvaltningen har, genom införandet av utökad ledningsgrupp där kommunikatör deltar, tillgängliggjort stöd till verksamheterna avseende information och kommunikation såväl internt som externt. Under hösten har arbetet med den nationella omställningen till Nära vård påbörjats, med fasta webbsidor både internt och externt med information till medarbetare och invånare. Arbetet kommer att fortsätta under 2023. En översyn av förvaltningens externa websida har påbörjats i syfte att öka tillgängligheten för invånarna. Faktablad har tagits fram och reviderats för såväl äldreomsorg, LSS, barn- och familj, anhörigstöd samt arbetsmarknad.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Inriktningsmål: En trygg skola med hög måluppfyllelse och starka kunskapsresultat

Som ger varje elev lust att lära, samt förutsättningar att lyckas, utvecklas och rustas för vuxenlivet.

Socialnämndens mål: Socialnämnden tillhandahåller en vuxenutbildning som skapar förutsättningar för hög måluppfyllelse och självständigt liv.

Uppdraget bedöms delvis uppnått till årsredovisningen.	
--	---

Erbjuda vuxenutbildning av god kvalitet

Förvaltningen har under 2022 fortsatt det utvecklingsarbete som startades under hösten 2021 och som syftar till förhöjd kvalitet och effektiv organisation för vuxenutbildningen. Under året har en omorganisation inom vuxenutbildningen genomförts. Verksamheten har utifrån behov på den lokala marknaden utformats med en tydligare inriktning mot kompetensförsörjning för vård och omsorg. Från 2021 har grundläggande och gymnasiala kurser lagts över på externa ramupphandlade utbildningsaktörer.

Kontinuerliga uppföljningar med externa leverantörer har genomförts under året, i syfte att öka resultaten för grundläggande och gymnasiala kurser. Arbetet kommer att fortsätta under 2023. En fortsatt stor utmaning för vuxenutbildningen är kunskapsresultaten inom svenska för invandrare (SFI). Ett utvecklingsarbete för att vända trenden påbörjades under våren, genom stärkta undervisningsformer. Dock har förändrade förutsättningar, såsom rektorsbyte samt ny organisation, lett till att arbetet har avstannat. Förvaltningen avser att arbeta vidare med denna problematik för att vända resultaten.


Vuxenutbildningen har under året startat upp kombinationsutbildningar som erbjuder elever en kombination av svenska som andraspråk och yrkeskurser inom vården. Efter ett års utbildning kan eleven träda in på arbetsmarknaden som vårdbiträde.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget delvis uppnått.

Inriktningsmål: En trygg vård och omsorg av hög kvalitet

Som utformas i nära samverkan med brukare och personal.

Socialnämndens mål: Socialnämndens sociala omsorg stödjer den enskildes möjligheter till en trygg och meningsfull tillvaro.

Uppdragen bedöms delvis uppnådda till årsredovisningen.	
---	---

Kvalitet och kompetens

Kartläggning av kompetensbehov pågått under året och utbildningar och kompetenshöjande insatser har erbjudits både individuellt och i grupp inom förvaltningen. Projektet ”Yrkesresan”, som är en satsning för introduktion och kompetensutveckling inom socialtjänsten, påbörjades under 2021 och kommer att byggas ut till fler verksamhetsområden under 2023. Vidare har IBIC-modellen implementerats under året inom samtliga verksamheter. Det återstår ett fåtal anställda inom utförarverksamheten som ännu inte har utbildats och som kommer att göra det under 2023.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Beakta barnperspektivet

Utbildningen ”Att prata med barn” har erbjudits till personal som arbetar med barn och unga inom socialtjänstens myndighetsutövning. Det återstår dock att ta fram en plan för denna kompetenshöjande insats för att inkludera samtliga anställda. Personalen har även utbildats i ”Bra samtal” som är utformade för att stödja personal i hur de kan gå tillväga när de uppmärksammar anhöriga barns rätt till information, råd och stöd. Vidare har en familjehemssekreterare anställts under året, med uppdrag att handleda samt rekrytera nya familjehem. Även en ny funktion, barn- och ungdomssamordnare, har tillkommit inom öppenvården. Projektet Tillsammans för barns bästa har pågått under året och en större revidering av handboken för samarbete mellan skola och socialtjänst har genomförts. Se mer information om detta under inriktningsmålet ”Hållbar kommun”.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Skapa trygg tillvaro för brukarna och arbeta med delaktighet

Det pågår ett fortlöpande arbete med personalkontinuitet inom förvaltningen. Personalkontinuiteten är dock ännu ett utvecklingsområde där förvaltningen behöver säkra god kontinuitet inom samtliga verksamheter.

Information gällande handlägggarbyten har blivit tydligare under året, bland annat genom tydlig information till Servicecenter och användningen av det gemensamma ärendehanteringssystemet. Arbeta sker med att sprida kompetensen inom arbetsgruppen så att det vid sjukdom ska finnas någon i gruppen som kan svara på frågor.

Vad gäller delaktigheten hos vård- och omsorgstagarna så pågår arbetet med att återuppta brukarråd på de särskilda boendena efter pandemin. Inom daglig verksamhet samt i LSS- och särskilt boende för personer med psykiska funktionsnedsättningar har brukarråd hållits under året. Arbetet med genomförandeplanering och delaktighet i insatserna samt behovsanpassning av verksamheten har fortgått under året.

På de särskilda boendena sker ett aktivt arbete med kontaktmannaskapet för att omsorgstagaren ska känna delaktighet i sin vardag. Det pågår även ett arbete med att återuppta brukarråd på de särskilda boendena efter pandemin. Inom hemtjänsten Gnesta har man under året fokuserat på förhållningssätt, bemötande samt planering. Det sker löpande dialog med medarbetarna om förhållningssätt, arbetssätt och bemötande, samt att få vård- och omsorgstagaren att känna sig delaktig i vardagen.


Utifrån resultaten i årets brukarenkät pågår arbete inom hemtjänsten för att stärka informationen till vård- och omsorgstagare vid förändringar, bland annat hur förändringar meddelas hemtjänsttagaren och hur information säkras i arbetsgruppen i fall av frånvaro. Vidare arbete krävs under kommande år för att stärka resultatet.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget delvis uppnått.

Inriktningsmål: En effektiv organisation

Med nya arbetssätt, ett aktivt förbättringsarbete och ny teknik skapas på ett ansvarsfullt sätt en effektivare organisation.

Socialnämndens mål: Socialnämnden säkerställer och utvecklar kvaliteten utifrån användarens behov.

Uppdragen bedöms uppnådda till årsredovisningen.	
--	---



Effektivisering av processer och arbetssätt

Arbetet med effektivisering av processer och arbetssätt är ett ständigt pågående arbete inom förvaltningen. Under 2022 har socialförvaltningen implementerat en ny organisation för ledning och styrning som syftar till stärkt kvalitet och uppföljning, samt en förbättrad kommunikation inom organisationen. Nya enheter och chefsområden har skapats genom omformning av befintlig verksamhet.

En tätare uppföljning till nämnd av kvalitet och ekonomi, styrkort och nyckeltal är under fortsatt utveckling. Det återstår att ta fram en färdig modell för transparent och tydlig systematik. Processen kring införandet av Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) har slutförts under året.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Välfärdsteknik utifrån ett användarperspektiv

Arbetet med att säkerställa fungerande processer så att välfärdstekniken kommer till del för den enskilde fortgår. Införandet av arbetsmodellen Individens behov i centrum (IBIC) har slutförts under året i samband med byte av verksamhetssystem.

Under en stor del av året har användningen av trygghetskamera vid tillsyn varit pausat, men har under hösten startas upp igen efter tydliggörande information kring Den allmänna dataskyddsförordningen (GDPR). I dagsläget syns ingen ökning i statistiken, med enbart 1 vård- och omsorgstagare med trygghetskamera, vilket är samma nivå som föregående år.

En e-tjänst för ansökan om ekonomiskt bistånd är färdigställd och kommer att publiceras på kommunens hemsida under våren 2023. Med hjälp av e-tjänsten kommer tillgängligheten att öka, likaså rättssäkerheten för den enskilde samt att de risker som finns med pappershantering minskar.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Aktivt arbeta med intern och extern samverkan

Förvaltningen har under året arbetat aktivt med samverkan, såväl internt som externt. Utvecklingsgrupper för äldreomsorg, funktionshinderomsorg samt individ och familj har startats upp under hösten för att bland annat stärka samverkan genom exempelvis översyn av rutiner. Sedan delårsavstämningen har samarbetet mellan utförarorganisationen och biståndsenheten utvecklats och stärkts vilket gynnar den enskilde som är beroende av stöd från förvaltningen.


Den fördjupade samverkan mellan barn och utbildningsnämnden samt socialnämnden har fortgått under året, se fördjupad information under inriktningsmålet En hållbar kommun. Förvaltningen har också haft ett särskilt fokus under året med att arbeta för en mer personcentrerad vård och omsorg genom intern och extern samverkan. Läs mer under inriktningsmålet En Attraktiv kommun.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Inriktningsmål: En god ekonomi

God hushållning och planering av resurserna som bidrar till en långsiktigt ekonomisk hållbar utveckling.

Socialnämndens mål: Socialnämnden följer långsiktigt och systematiskt upp, planerar och samordnar resurser för en budget i balans.

Uppdragen bedöms uppnådda till årsredovisningen.	
--	---



Kontinuerlig uppföljning av ekonomin för budget i balans

Förvaltningen har under året haft en kontinuerlig uppföljning av ekonomin för att nå en budget i balans. Månadsavstämningar med ekonom har hållits och en tätare redovisning har skett till nämnd av både volymer och kostnader. En systematisk arbetsmodell har tagits fram för enhetsdialoger där samtliga chefer deltagit med stöd av medarbetare från HR, ekonomi och kvalitet. Arbetet med att ta fram en uppföljningsstruktur att använda vid enhetsdialog utifrån styrkort och volymer har påbörjats. Förvaltningen arbetar vidare med att identifiera nyckeltal som möjliggör en helhetssyn i uppföljningen.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Volymbaserad budget

Vad gäller den volymbaserade budgeten så har en första översyn genomförts under året liksom utvärdering av ersättningsmodellen och samtliga ersättningar, ett arbete som kommer att fastställas under 2023.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Kostnadseffektiva och resursoptimerade verksamheter

Förvaltningen har under året påbörjat kompetensutveckling inför uppstarten av arbetet med Heltid som norm, vilket syftar till mer resursoptimerade verksamheter.


Socialnämnden redovisar vid tidpunkt för årsredovisningen en budget i balans.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Inriktningsmål: En attraktiv arbetsgivare

Som förmår attrahera, bibehålla och utveckla kompetens.

Socialnämndens mål: Socialnämndens kultur tillvaratar medarbetarnas kompetens och intressen samt främjar en god arbetsmiljö.

Uppdraget bedöms uppnått till årsredovisningen.	
---	---



Arbeta vidare med Gnesta kommuns värdegrund, DRAG och det personalpolitiska programmet, PPP

Arbetet med Gnesta kommuns värdegrund: Delaktighet, respekt, ansvar i Gnesta kommun (DRAG) och det personalpolitiska programmet, PPP, pågår ständigt inom förvaltningen för att förverkliga den personalpolitiska visionen.

En översyn och anpassning av socialförvaltningens organisation har genomförts under året. Med färre chefsnivåer syftar omorganisationen till bättre förutsättningar för direkt dialog mellan chefer och övriga medarbetare vilket skapar en tydligare och snabbare informationskedja.









Flera av enheterna har under året diskuterat DRAG på arbetsplatsträffar (APT). Vidare arbete kommer att ske framöver för att stärka värdegrundsarbetet i förvaltningen.

Några av enheterna har tillsammans med medarbetarna skrivit fram enhetsmål avseende arbetsmiljö för vidare arbete på APT. Kommunens medarbetarundersökning genomfördes under hösten och resultatet presenterades för ledningsgruppen vid årsskiftet.

För att tillvarata kompetens, ge möjlighet för medarbetarnas utveckling och möjliggöra en karriär inom kommunen har förvaltningen vid rekrytering uppmärksammat internsökande som önskar byta tjänst.

Utifrån de aktiviteter som har utförts under året bedöms uppdraget uppnått.

Sammanfattning måluppfyllelse

	Uppdragen inom inriktningsmålet bedöms uppnådda till årsredovisning
<p>En attraktiv kommun</p> <p>Nämndmål: Socialnämnden erbjuder goda boendemöjligheter med individuellt utformat stöd.</p>	
<p>En hållbar kommun</p> <p>Nämndmål: Socialnämnden genomför förebyggande insatser som bidrar till social hållbarhet.</p>	
<p>Service och bemötande</p> <p>Nämndmål: Socialnämndens verksamheter är tillgängliga och ger jämlik service.</p>	
<p>En trygg skola med hög måluppfyllelse och starka kunskapsresultat</p> <p>Nämndmål: Socialnämnden tillhandahåller en vuxenutbildning som skapar förutsättningar för hög måluppfyllelse och självständigt liv.</p>	
<p>En trygg vård och omsorg av hög kvalitet</p> <p>Nämndmål: Socialnämndens sociala omsorg stödjer den enskildes möjligheter till en trygg och meningsfull tillvaro.</p>	
<p>En effektiv organisation</p> <p>Nämndmål: Socialnämnden säkerställer och utvecklar kvaliteten utifrån användarens behov.</p>	
<p>En god ekonomi</p> <p>Nämndmål: Socialnämnden följer långsiktigt och systematiskt upp, planerar och samordnar resurser för en budget i balans.</p>	
<p>En attraktiv arbetsgivare</p> <p>Nämndmål: Socialnämndens kultur tillvaratar medarbetarnas kompetens och intressen samt främjar en god arbetsmiljö.</p>	

God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning

Analys årsbokslut 2022 Socialnämnden

Socialnämndens samlade resultat för 2022 uppgår till +32 tkr. Det betyder att Socialnämnden lämnar ett resultat i balans mot budget.

Äldre, funktionsstöd, hälso- och sjukvård som redovisar ett negativt resultat på -11 756,7 tkr, Förvaltningsledningens resultat landar på -567,2 tkr, verksamhetsområdet Stöd och väglednings resultat är +1 418 tkr. Administration och bistånd gör ett positivt resultat som uppgår till +10 978,1 tkr och nämndens kostnader redovisar ett resultat på -40,2 tkr.

Resultat: +32 tkr

Belopp i tkr

Verksamhetsområde	Budget 2022	Utfall 2022	Avvikelse 2022
Socialnämnden	-877	-917	-40,2
Förvaltningsledning	-2 849	-3 416	-567,2
Stöd och vägledning	-51 673	-50 255	1 418,0
Äldre, funktionsstöd, hälso- och sjukvård	-25 115	-36 872	-11 756,7
Administration och bistånd	-182 580	-171 602	10 978,1
SUMMA	-263 094	-263 062	32

Socialnämnden:

Resultatet för 2022 är -40,2 tkr.

Avvikelsen mot budget beror på högre kostnader för arvoden till nämndsledamöter.

Resultat: -40,2 tkr

Förvaltningsledning:

Förvaltningsledning resultat -567,2 tkr.

Avvikelsen mot budget beror på ej budgeterade kostnader för verksamhetschef som slutade förra året övriga verksamhets- och samordningskostnader samt kostnader kommunikatör.

Resultat: -567,2 tkr

Stöd och vägledning:

Belopp i tkr

Enhet	Budget 2022	Utfall 2022	Avvikelse 2022
Verksamhetschef	-1 650	-3 002	-1 352
Utredning och stöd	-32 529	-33 286	-757
Stöd till arbete	-10 479	-8 552	1 927
Vuxenutbildning	-7 015	-5 415	1 600
SUMMA	-51 673	-50 255	1 418

Enheten verksamhetschef lämnar ett resultat på -1 352 tkr vilket beror på att kostnad för enhetschef och tf enhetschef inte finns budgeterad här samt ökade kostnader för bland annat socialjour.

Resultatet för utredning och stöd, -757 tkr, beror på att placeringskostnader varit högre än budgeterat och då främst inom jourhem och familjehem där vi haft flertalet nya ärenden under året. Även behandlingskostnader vilka är köp av externa platser har varit betydligt dyrare än budgeterat beroende på fler ärenden. För HVB-placeringar blir resultatet positivt och slutsatsen är att det totalt sett varit högre kostnader för köp av externa placeringar när man slår ihop samtliga placeringsformer.

Stöd till arbete lämnar ett positivt resultat på +1 927 tkr. Det beror främst på tilldelningen av schablonbelopp från migrationsverket avseende flyktingmottagande samt stöd till mottagande av Ukraina-flyktingar. Projektet RAR (Steg för steg) har gett ett positivt resultat eftersom vi fick ta del av samtliga beviljade medel även om kostnaderna för Gnesta blev lägre än planerat. Kostnaderna för försörjningsstödet blev betydligt högre än budgeterat vilket var väntat efter att händelser i omvärlden visade effekt redan i början av året samt den under året tilltagande elkrisen som innebar höga kostnader för medborgarna.

Vuxenutbildningen lämnar ett positivt resultat på +1600 tkr. Skillnaden mot föregående månad är en lägre kostnad för personal vilket beror på att anställningar,

bland annat enhetschef avslutats till sommaren även kostnaderna för köp av utbildning har under året varit lägre än budgeterat.

Resultat: +1 418 tkr

Äldre, funktionsstöd, hälso-, och sjukvård:

Belopp i tkr

Huvudområde	Budget 2022	Utfall 2022	Avvikelse 2022
Stab	-2 647	1 130	3 777
LSS	0	247	247
SoL ÄO	0	-7 956	-7 956
SoL FN	0	-3 737	-3 737
HSL	-22 468	-26 555	-4 087
SUMMA	-25 115	-36 872	-11 757

Resultatet för staben +3 777 tkr, består av flertalet vakanser.

Resultatet för LSS, +247 tkr, beror på flera faktorer. För personlig assistans blir resultatet negativt på grund av det varit fler beviljade timmar kopplat till brukare med stora behov. Korttidsvistelsen/tillsynen gör ett underskott som beror på en obalans mellan budgeterade volymer och volymer som verksamheten ersätts för. Daglig verksamhet gör ett överskott som beror på att samtliga kostnader varit lägre än budgeterat ihop med att en lägre andel utförda volymer har genomförts. För ledsagning och kontaktperson har intäkterna varit högre än budgeterat på grund av fler uppdrag.

Äldreomsorgens resultat är -7 956 tkr. Det förklaras av att hemtjänsten haft betydligt högre personal- och driftskostnader än budgeterat, underskottet dämpas dock av statsbidrag för minskad andel timanställningar. Särskilt boende gör ett underskott som beror på lägre andel utförda volymer ihop med högre driftskostnader än budgeterat. Korttidsboendets resultat är positivt på grund av högre beläggningsgrad i förhållande till budget (75% 2022, 62% 2021). Dagverksamheten gör ett positivt resultat mot budget som beror på lägre personalkostnader än budgeterat ihop med en hög utförandegrad.

Resultatet för funktionsnedsättningen är -3 737 tkr vilket beror på att intäkterna varit lägre än budgeterat, utförandegraden har varit låg i kombination med ej full beläggning på Landshammarsgatan och svår motiverad målgrupp på sysselsättning.

Hälso- och sjukvårdsenheten har ett negativt resultat på -4 087 tkr och beror på att kostnaderna för hjälpmedel överstiger budget med ca 3 000 tkr samt att kostnaderna för personal varit högre än beräknat under sommarmånaderna på grund av svårigheter

i rekrytering av sommarvikarier samt att rehab har bemannat en tjänst via bemanningsföretag under året.

Resultat: -11 757 tkr

Administration och bistånd:

Verksamhetsområdet uppvisar ett positivt resultat främst med anledning av de låga volymerna inom utförande enheter, vilket leder till låga kostnader. Tabellen nedan belyser detta per huvudområde.

Belopp i tkr

Huvudområde	Budget 2022	Utfall 2022	Avvikelse 2022
Stab	-18 032	-13 422	4 611
LSS	-60 719	-61 758	-1 039
SoL ÄO	-89 943	-83 600	6 343
SoL FN	-9 536	-7 538	1 998
Övriga beslut	-4 350	-5 284	-934
SUMMA	-182 580	-171 602	10 978

Resultatet på staben, +4 611 tkr, består i vakanta tjänster samt att driftskostnaderna varit lägre än budgeterat då vi använt oss av investeringsbudget för större investeringsprojekt. LSS lämnar ett negativt resultat på -1 039 tkr som i huvudsak beror på att vi under 2022 fått tilldömt att betala ut retroaktivt för personlig assistans, i övrigt så har vi under senare delen av året haft ökade volymer för köp av LSS externt vilket gjort att kostnaderna överstiger budget. SoL ÄO har ett positivt resultat som uppgår till + 6 343 tkr som utgörs av lägre andel utförda volymer inom VBB-modellen. Resultatet borde dock ha varit högre om man lägger ihop det med utförande verksamheter, varför det inte blir så beror på att vi 2022 inte budgeterade för köp av extern hemtjänst som medförde betydande kostnader. SoL FN har ett positivt resultat på +1 998 tkr som i huvudsak beror på en låg utförandegrad internt, resultatet dämpas dock på grund av att vi haft höga kostnader för två placeringar under bostad med särskild service. För övriga beslut blir resultatet negativt, -934 tkr, på grund av att kostnaderna varit högre avseende färdtjänst.

Resultat: +10 978 tkr

Sammantaget så visar analysen av resultatet att vi idag lägger större fokus på våra interna VBB-modell och uppföljning av vår egen regi att vi tappar köp av extern verksamhet där vi under 2022 och framåt har stora volymökningar.

Volymbaserad budget - VBB

För att kunna analysera de två verksamhetsområdena Administration och bistånd och Äldre, funktionshinder, hälso- och sjukvård bör en sammanvägning göras av dessa enheter. VBB hanterar endast LSS, SoL FN, SoL ÄO. Nedan tabell visar enbart köp av verksamhet internt.

Belopp i tkr




Huvudområde	Budget 2022	Utfall 2022	Avvikelse 2022
LSS	-32 063	-30 818	1 245
SoL ÄO	-88 381	-83 634	4 746
SoL FN	-9 536	-6 046	3 489
SUMMA	-129 979	-120 498	9 481

Investeringsuppföljning

Projektnamn	Budget 2022	Utfall 2022	Avvikelse 2022
IV80032 - Journalsystem	1 500	1 590	-90
IV80034 - Inventarier i förvaltningen	200	183	17
IV80035 - Sängar och madrasser	0	311	-311
IV80036 - Larm	100	134	-34
IV80037 - Projektledning och implementering av nytt journalsystem	230	490	-260
IV80038 - Violen- SÄBO	1 000	1 641	-641
IV80039 - Digitalisering i verksamheten	500	534	-34
IV80040 - Kontorsutrustning	200	152	48
IV80041 - Inventarier i verksamheten	400	400	-0
SUMMA	4 130	5 436	-1 306


Bilaga 1. Uppföljning av indikatorer

En attraktiv kommun



Indikator	Nuläge	Målvärde 2022	Utfall 2021	Länet	Riket	Kommentarer utifrån resultat
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg, rörlighet inomhus (U21470).	15% 	17%	13% (2020)	22%	25%	Indikatorn är svår att analysera. Flera anledningar kan påverka resultatet, exempelvis åldrande befolkning, boendestandard samt möjlighet att få stöd och rehabilitering i hemmet. Utökad stöd samt möjlighet till rehabilitering i hemmet är ett utvecklingsområde i förvaltningen. Fortsatt arbete krävs för att uppnå framtida målvärde.
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - behov anpassas, andel (%) (U21472).	72% 	75%	74% (2020)	70%	72%	Med anledning av införandet av IBIC och den osäkerhet som det skapar hos handläggaren kan missförstånd ha skett i kommunikationen mellan vård- och omsorgstagare och handläggare. En aktivitet som nu pågår är utökad samverkan mellan bistånd och hemtjänst för att öka resultatet. Fortsatt arbete krävs för att uppnå framtida målvärde.
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde (U23401).	58 dagar 	129 dagar	23 dagar	83 dagar	53 dagar	Indikatorn påverkas av såväl lokala förutsättningar som omvärldsfaktorer. Det goda resultatet beror på det utvecklingsarbete som pågått sedan 2021 (se delåret.) samt det nya demensboendet Violen. Fortsatt arbete pågår för att uppnå framtida målvärde.

En hållbar kommun

Indikator	Nuläge	Målvärde 2022	Utfall 2021	Länet	Riket	Kommentarer utifrån resultat
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%) (U33400).	Indikatorn har utgått från Kolada.	66%	79%	-	-	
Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%) (U35409).	Indikatorn har utgått från Kolada.	72%	67% (2020)	-	-	
Resultat vid avslut i kommunens arbetsmarknadsverksamhet, deltagare som börjat arbeta, andel (%) (U40406).	Inga värden tillgängliga för 2022.	25%	12%	-	-	
Resultat vid avslut i kommunens arbetsmarknadsverksamhet, deltagare som börjat studera, andel (%) (U40409).	Inga värden tillgängliga för 2022.	18%	8%	-	-	




Indikator	Nuläge	Målvärde 2022	Utfall 2021	Länet	Riket	Kommentarer utifrån resultat
Andel deltagare som erhållit ett ekonomiskt biståndsbeslut om anvisning till arbetsmarknadsenheten som inom 60 dagar från inskrivningsdagen blivit erbjuden en insats.	100% 	80%	-	-	-	Det positiva resultatet påvisar att processen fungerar bra. Fortsatt arbete pågår för att uppnå framtida målvärde.
Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av befolkningen. (N31816).	Inga värden tillgängliga för 2022.	0,6%	0,82%	-	-	
Invånare 0 -19 år i ekonomiskt utsatta hushåll, andel (%). (N02904).	Inga värden tillgängliga för 2022.	4,8%	-	-	-	
Barn i befolkningen som ingår i familjer med ekonomiskt bistånd, andel (%). (U31809).	Inga värden tillgängliga för 2022.	4%	1,7 %	-	-	

Service och bemötande

Indikator	Nuläge	Målvärde 2022	Utfall 2021	Länet	Riket	Kommentarer utifrån resultat
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%) (U21464).	55% 	65%	61% (2020)	59%	61%	Processen för synpunkter och klagomål är otydlig och inte tillräckligt implementerad. Åtgärd krävs för att nå målvärdet.
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjlighet att framföra synpunkter eller klagomål, andel (%) (U23516).	68% 	69%	65% (2020)	45%	40%	Aktiviteter har skett under året men målvärdet har trots positiv utveckling inte nåtts. Exempel på aktiviteter som skett under året är att informera och uppmuntra vård- och omsorgstagare att inkomma med synpunkter och klagomål, samt att uppföljning och åtgärder har skett på enheten avseende dessa. Fortsatt arbete pågår för att uppnå målvärdet.
Tillgänglighet: Individ- och familjeomsorg. Andelen (%) lyckade kontaktförsök med en handläggare, inom 60 sekunder.	Undersökningen är inte genomförd, inga resultat finns att redovisa.	86%	50%	-	-	
Tillgänglighet: Äldre. Andelen (%) lyckade kontaktförsök med en handläggare, inom 60 sekunder.	Undersökningen är inte genomförd, inga resultat finns att redovisa.	86%	75%	-	-	





Indikator	Nuläge	Målvärde 2022	Utfall 2021	Länet	Riket	Kommentarer utifrån resultat
Tillgänglighet: Handikapp. Andelen (%) lyckade kontaktförsök med en handläggare, inom 60 sekunder.	Inga resultat finns att redovisa.	71%	58%	-	-	
Bemötande: Individ- och familjeomsorg. Bedömning av bemötandet hos handläggarna bedöms som mycket god/god. (Redovisas helår)	Undersökningen är inte genomförd, inga resultat finns att redovisa.	83%	78%	-	-	
Bemötande: Handikapp. Bedömning av bemötandet hos handläggarna bedöms som mycket god/god. (Redovisas helår)	Undersökningen är inte genomförd, inga resultat finns att redovisa.	89%	81%	-	-	



En trygg skola med hög måluppfyllelse och starka kunskapsresultat




Indikator	Nuläge	Målvärde 2022	Utfall 2021	Länet	Riket	Kommentarer utifrån resultat
Andelen elever som slutför sin kurs på grundläggande nivå (svenska som andra språk, engelska, matte).	78% 	80%	-	-	-	<p>Analys av orsak till avslut är svår med anledning av att kurser på grundläggande nivå är frivillig utbildning vilket innebär att ingen uppföljning av valet att sluta sker.</p> <p>Aktiviteter som skett under året är uppföljningar med extern leverantör för att säkerställa framtida slutförande av kurs samt övrig kvalitet.</p> <p>Fortsatt arbete pågår för att uppnå målvärdet.</p>
Andelen elever som slutför sin kurs på gymnasial nivå (svenska som andra språk, svenska, engelska, matte).	54% 	80%	-	-	-	<p>Analys av orsak till avslut är svår med anledning av att kurser på gymnasial nivå är frivillig utbildning vilket innebär att ingen uppföljning av valet att sluta sker.</p> <p>Aktiviteter som skett under året är uppföljningar med extern leverantör för att säkerställa framtida slutförande av kurs samt övrig kvalitet.</p> <p>Åtgärd krävs för att uppnå målvärdet.</p>
Andelen elever som slutför sin SFI (svenska för invandrare).	20% 	80%	30%	-	-	<p>Det sjunkande resultatet påverkas av flera faktorer såsom närvaro och motivation hos eleverna samt behov av ett mer individbaserat lärande. Ett utvecklingsarbete kring stärkta undervisningsformer har påbörjats under året, dock har förändrade förutsättningar såsom rektorsbyte samt ny organisation lett till att arbetet har avstannat.</p> <p>Åtgärd krävs för att uppnå målvärdet.</p>

Indikator	Nuläge	Målvärde 2022	Utfall 2021	Länet	Riket	Kommentarer utifrån resultat
Andelen av de elever som studerar på gymnasial nivå på vuxenutbildningen som uppnår gymnasieexamen. (Redovisas årligen)	Inga värden finns att redovisa för 2022.	60%	-	-	-	
Andelen elever som ett år efter avslutad yrkesutbildning har gått ut i någon form av sysselsättning. (arbete, studier, praktik osv.) (Redovisas årligen)	Inga värden finns att redovisa för 2022.	80%	-	-	-	





En trygg vård och omsorg av hög kvalitet

Indikator	Nuläge	Målvärde 2022	Utfall 2021	Länet	Riket	Kommentar utifrån resultat
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%) (U23480).	88% 	80%	79% (2020)	83%	82%	Det positiva resultatet beror på ett aktivt arbete på boendena för att stärka vård- och omsorgstagarens delaktighet, exempelvis kontaktmannaskap samt återupptagande av brukarråd. Fortsatt arbete pågår för att uppnå framtida målvärde.
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%) (U23470).	63% 	66%	64% (2020)	51%	50%	Sedan undersökningen genomfördes har analoga samt digitala verktyg införts för att lättare kunna kommunicera vilka aktiviteter som finns att utföra, vilket kan påverka framtida resultat positivt. Fortsatt arbete krävs för att uppnå målvärdet.
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - förtroende för personalen, andel (%) (U21477).	87% 	86%	85% (2020)	86%	89%	Hemtjänsten har under året särskilt fokuserat på att utveckla förhållningssätt och bemötande gentemot vård- och omsorgstagare, vilket gett positiva resultat. Fortsatt arbete pågår för att uppnå framtida målvärde.
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - information om förändringar, andel (%) (U21465).	47% 	62%	59% (2020)	53%	62%	Flera anledningar kan ha påverkat resultatet, exempelvis sent meddelade ändringar samt otydlig information gentemot vård- och omsorgstagare. Flera aktiviteter har genomförts under året, bland annat har hemtjänsten sett över hur förändringar meddelas samt hur information säkras i arbetsgruppen i fall av frånvaro. Veckoblad har tagits fram som ett stöd för vård- och omsorgstagaren för att få en överblick över insatserna de har ifall ändringar behöver göras. Resultatet för indikatorn visar dock att aktiviteterna inte tycks haft tillräcklig effekt. Åtgärder krävs för att uppnå målvärdet.


Indikator	Nuläge	Målvärde 2022	Utfall 2021	Länet	Riket	Kommentar utifrån resultat
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde (U21401).	19 st 	14 st	18 st	18 st	16 st	Med anledning av kompetensbrist inom hemtjänsten har kontinuerlig omstrukturering i planeringen krävts för att omsorgstagaren ska få rätt omvårdnad, vilket påverkat personalkontinuiteten negativt. Åtgärd krävs för att nå målvärde.
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel (%) (U21505).	84% 	82%	79% (2020)	83%	87%	Hemtjänsten har under året särskilt fokuserat på att utveckla förhållningssätt och bemötande gentemot vård- och omsorgstagare, vilket gett positiva resultat. Fortsatt arbete pågår för att uppnå framtida målvärde.
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS, brukaren får bestämma om saker som är viktiga. (U28532).	Under-sökningen är inte genomförd , inga resultat finns att redovisa.	68%	80%	78%	75%	
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren trivs alltid på sin dagliga verksamhet, andel (%) (U28538).	Under-sökningen är inte genomförd , inga resultat finns att redovisa.	71%	80%	85%	85%	

Indikator	Nuläge	Målvärde 2022	Utfall 2021	Länet	Riket	Kommentar utifrån resultat
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren trivs alltid hemma (U28570).	Undersökningen är inte genomförd, inga resultat finns att redovisa.	72%	86%	84%	81%	
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0-20 år, medelvärde (U33401).	159 dagar 	120 dagar	105 dagar	100 dagar	101 dagar	Barn- och familjeenheten har under en längre period haft en hög personalomsättning, vilket har lett till längre utredningstider. Under året har en förste socialsekreterare tillsatts och personalstyrkan har stabiliserats. Det låga resultatet på indikatorn visar dock att insatserna ännu inte gett tillräcklig effekt. Åtgärd krävs för att nå målvärdet.
Väntetid i antal dagar från ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, andel (%) som väntat längre än 14 dagar. (U31463).	59% 	22%	70%	55%	39%	Indikatorn påverkas av flera faktorer såsom enhetens organisation samt det underlag som lämnas in av den sökande. Inga aktiviteter har genomförts under året för att förbättra resultatet. Åtgärd krävs för att nå målvärdet.
Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%). (U31462).	96% 	82%	79%	79%	80%	Det positiva resultatet för indikatorn beror på en ökad andel individer som avslutar försörjningsstöd med anledning av annat jobb eller annan ersättning. Dessa avslutsorsaker talar för en större chans att individerna inte återvänder. Fortsatt arbete pågår för att uppnå framtida målvärde.



En effektiv organisation



Indikator	Nuläge	Målvärde 2022	Utfall 2021	Länet	Riket	Kommentar utifrån resultat
E-tjänst IFO: Andel (%) digitala ansökningar avseende Orosanmälan för barn eller vuxna samt ansökan.	29% 	24%	20%	-	-	Inga aktiviteter har genomförts under året för att stärka denna indikator. Förklaringen till det positiva resultatet tycks vara att användaren hittat till e-tjänsten på egen hand via informationen på kommunens hemsida. Fortsatt arbete pågår för att uppnå framtida målvärde.
E-tjänst AoB: Andel (%) digitala ansökningar avseende insats enligt socialtjänstlagen (SoL-ansökan).	5% 	11%	7%	-	-	Det låga resultatet för indikatorn beror på flera anledningar, exempelvis har målgruppen för e-tjänsten sällan varken dator eller bank-id samt att SoL-ansökningar ofta föranleds av ett fysiskt besök vilket gör att e-ansökan i dessa fall inte är aktuellt. Inga aktiviteter har genomförts under året för att förbättra resultatet. Åtgärd krävs för att nå målvärdet.
E-tjänst AoB: Andel (%) digitala ansökningar avseende begäran om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) – ansökan.	27% 	35%	31%	-	-	Inga aktiviteter har genomförts under året för att stärka denna indikator, vilket förklarar det låga resultatet. Åtgärd krävs för att nå målvärdet.
E-tjänst AoB: Andel (%) digitala ansökningar avseende Färdtjänst – ansökan och Riksfärdtjänst – ansökan.	16% 	14%	10%	-	-	Inga aktiviteter har genomförts under året för att stärka denna indikator. Förklaringen till det positiva resultatet tycks vara att användaren hittat till e-tjänsten på egen hand via informationen på kommunens hemsida. Åtgärd krävs för att uppnå framtida målvärde.

En god ekonomi

Indikator	Utfall delår 2022	Målvärde 2022	Utfall 2021	
Verksamheterna ska uppnå budgeterat resultat.	Enligt budgeterat resultat 	Enligt budgeterat resultat	Nämnden redovisar underskott	Det positiva resultatet kan förklaras av det utvecklingsarbete som skett inom förvaltningen under året genom framtagande av systematiska arbetsmodeller för uppföljning och rapportering av ekonomin på såväl enhetsnivå, förvaltningsnivå samt nämnd. Arbetet har skett i nära samverkan med förvaltningsekonom. Fortsatt arbete pågår för att uppnå framtida målvärde.

En attraktiv arbetsgivare

Indikator	Utfall 2022	Målvärde 2022	Utfall 2021	Gnesta kommun	Kommentar utifrån resultat
Total sjukfrånvaro i % av arbetad tid.	8,73% 	8%	7,9%	8,83%	Flera anledningar kan förklara resultatet såsom pandemin, arbetsmiljön, den egna hälsan med mera. Influensa och förkylningar står för en stor del av sjukfrånvaron, särskilt i början och slutet av året. Fysisk sjukdom, psykisk ohälsa och stressrelaterad problematik beskrivs också vara anledningar till sjukfrånvaron. Restriktioner med anledning av covid-19 har också påverkat. De aktiviteter som har skett under året har inte varit tillräckliga för att sänka sjukfrånvaron och nå målvärdet. Exempel på aktiviteter är frisksamtal samt återgå-till-arbete-samtal. Samtal kring arbetsmiljön har skett på ett par enheter. Fortsatt arbete krävs för att uppnå målvärdet.
Andel (%) av total sjukfrånvaro som överstiger 59 dagar.	33,85% 	30%	34,2%	41,7%	Indikatorn är svår att påverka fullt ut då majoriteten av långtidssjukfrånvaron inte är arbetsrelaterad. Flera aktiviteter har genomförts under året men trots förbättrat resultat sedan delåret nås inte målvärdet. Exempel på aktiviteter som har genomförts är tillsättande av förste socialsekreterare inom socialtjänsten, kontinuerlig kontakt med sjukskrivna, individuella anpassningar, gemensam planering tillsammans med den sjukskrivna för återgång till arbete och i enskilda fall erbjudande om att avsluta sin tjänst. Detta är ett fortsatt utvecklingsområde för förvaltningen. Åtgärd krävs för att nå framtida målvärden.

Indikator	Utfall 2022	Målvärde 2022	Utfall 2021	Gnesta kommun	Kommentar utifrån resultat
Medarbetarenkät Motivation: Jag lär nytt och utvecklas i mitt dagliga arbete, andel svar som uppgett att detta stämmer mycket bra/stämmer ganska bra.	78% 	85%	81% (2020)	78%	Aktiviteter har genomförts under året för att främja denna indikator, bland annat uppstarten av Yrkesresan för barn och familjeenheten men också Yrkesvenska inom äldreomsorgen. Dock återstår arbete för att skapa en kultur där medarbetaren känner sig delaktig i det förändringsarbete som sker. Åtgärd krävs för att uppnå framtida målvärde.
Medarbetarenkät Ledarskap: Min närmaste chef visar uppskattning för mina arbetsinsatser, andel svar som uppgett att detta stämmer mycket bra/stämmer ganska bra.	74% 	74%	70% (2020)	76%	Det goda resultatet tyder på en positiv kultur mellan chefer och medarbetare där uppskattning för arbetsinsatser visas. Fortsatt arbete pågår för att uppnå framtida målvärde.
Medarbetarenkät Arbetsmiljö: Jag upplever att min arbetsmiljö följs upp kontinuerligt, andel svar som uppgett att detta stämmer mycket bra/stämmer ganska bra.	Indikatorn har utgått ur medarbetarenkäten, inga värden finns att redovisa.	66%	Inga värden finns att redovisa för 2021.	-	

Bilaga 2. Väsentliga personalförhållanden

Antal anställda

Urval	2020	2021	2022
Totalt	323	311	346
Varav kvinnor	280	268	287
Varav män	43	43	59

Antal årsarbetare

Urval	2020	2021	2022
Totalt	284	276	306
Varav kvinnor	245	237	254
Varav män	39	40	52

Total sjukfrånvaro i procent av arbetad tid

Urval	2020	2021	2022
Totalt socialförvaltningen	9,78 %	7,90 %	8,73%
Totalt kvinnor i socialförvaltningen	10,40 %	8,26 %	9,21%
Totalt män i socialförvaltningen	6,06 %	5,82 %	6,47%

Andel (%) sjukfrånvaro av totalt arbetad tid, socialförvaltningen per åldersintervall

Urval	2020	2021	2022
29 år eller yngre	8,36 %	7,43 %	6,13%
30-49 år	11,02 %	9,22 %	9,55%
50 år eller äldre	8,73 %	5,82 %	8,32%

Andel (%) av total sjukfrånvaro som överstiger 59 dagar

Urval	2020	2021	2022
Totalt	33,13 %	34,15 %	33,85%
Varav kvinnor	34,99 %	37,35 %	36,46%
Varav män	13,84 %	7,83 %	16,13%

Bilaga 3. Statsbidrag

Namn på bidrag	Tilldelade medel	Avser perioden	Aktivitet
Äldreomsorgslyftet	2 154 718 tkr	T.o.m. 31 december 2022	Vikariekostnader för personal på korttidsboende, hemtjänst samt SÄBO som deltagit i olika kompetenshöjande insatser.
Subventioner av familjehemsplaceringar	894 947 tkr	T.o.m. 31 december 2022	Anställning av familjehemssekreterare, utbildning för samtliga socialsekreterare samt planeringsdagar.
Utvecklingsmedel för arbete mot våld i nära relationer	314 082 tkr	T.o.m. 31 december 2022	Inköp av konsulttjänst för utveckling och stärkande av socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer samt kompetensutveckling personal.
Statsbidrag till kommunerna för att öka specialistundersköterskekompetens inom vård och omsorg om äldre samt vård och omsorg om personer med demenssjukdom	117 407 tkr	T.o.m. 31 december 2022	Lön- samt vikariekostnader för två anställda som studerar till specialistundersköterska.
Verksamhet med personligt ombud till vissa personer med psykisk funktionsnedsättning	811 764 kr fördelat på Oxelösund, Gnesta och Nyköping	T.o.m. 31 december 2022	Personlig ombudsverksamhet med två ombud via samverkansavtal med Nyköping och Oxelösunds kommuner.
Habilitetsersättning	448 499 tkr	T.o.m. 31 december 2022	Använder medlen till att bibehålla nivån på dagpenningen (habiliteringsersättning) till dem som deltar i daglig verksamhet enligt LSS.
Motverka ensamhet bland äldre och ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom	786 269 tkr	T.o.m. 31 december 2022	Inköp av hjälpmedel enheter till särskilt boende.
Säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer	5 166 634 tkr	T.o.m. 31 december 2022	Personalkostnader, internutbildningar för personal, förstärkning/utveckling av Träffpunkten och sociala aktiviteter för äldre.
Nära vård	1 011 248 tkr	T.o.m. 31 december 2022	Lönekostnader för lokala processledare.
Prestationsbaserat statsbidrag till kommuner för att minska andelen timanställningar inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre	7 069 000 tkr	T.o.m. 31 december 2023.	Säkerställa andelen tillsvidareanställda i relation till timanställda.
Överenskommelsen mellan staten och SKR om äldreomsorg, teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus	250 000 tkr	T.o.m. 31 december 2023.	Inköp av mobila plattor till SÄBO för planering samt mobiltelefoner till hemtjänsten.

Bilaga 4. Nyckeltal myndighet

Nyckeltal för enheten vuxen- och biståndsenheten

Tabellerna nedan visar andelen individer som uppbär försörjningsstöd i jämförelse med 2021 och 2022. Försörjningshinder anger den direkta orsaken till att vuxna individer i ett hushåll är förhindrade att försörja sig och sin familj, hindret redovisas som en kod. De koder som avviker är **113, Arbetslös, ingen ersättning** och **23 Sjukskriven med läkarintyg, ingen sjukpenning** och detta gäller både för 2021 och 2022. Under fjärde kvartalet har även en ökning av antalet individer med kod **40 arbetshinder, sociala skäl** skett.

Definitioner av försörjningshinder vad koderna innebär:

Arbetslös, ingen ersättning, under detta försörjningshinder registreras en individ som är arbetslös, bedöms vara arbetsför och står till arbetsmarknadens förfogande. Utgångspunkten är att personen i princip kan börja arbeta omgående, d.v.s. det ska inte finnas andra betydande svårigheter som personen måste komma till rätta med innan ett arbete kan bli aktuellt. Individen är inskriven på arbetsförmedlingen.

Sjukskriven med läkarintyg, ingen sjukpenning, under detta försörjningshinder registreras en individ som av läkare styrkt varaktigt har en nedsatt arbetsförmåga men inte har rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning.

Arbetshinder, sociala skäl, här registreras en individ som för närvarande inte omedelbart står till arbetsmarknadens förfogande och som socialtjänsten bedömer ha nedsatt arbetsförmåga eller vars arbetsförmåga inte är klarlagd. Arbete kan bli aktuellt i framtiden men först efter utredning och social eller medicinsk rehabilitering etc. Det kan röra sig om en individ som har eller är i behov av ytterligare insatser i form av exempelvis utredning av arbetsförmåga, arbetsträning, social eller medicinsk rehabilitering innan ett arbete kan bli aktuellt.

Tabellen redovisar perioden januari till mars 2021 och 2022

Kod	Aktuella ärenden	21- jan	22- jan	21- feb	22- feb	21- mar	22- mar
111	Arbetslös, otillräcklig ersättning/ stöd	15	6	16	8	17	9
112	Arbetslös, väntar på ersättning	0	1	2	0	1	2
113	Arbetslös, ingen ersättning	28	28	33	21	26	27
114	Otillräcklig, etableringsersättning	3	0	1	2	1	2
115	Väntar på etableringsersättning	6	8	6	6	2	3
21	Sjukskrivnen med läkarintyg, otillräcklig ersättning	3	2	2	2	1	2
22	Sjukskrivnen med läkarintyg , väntar på sjukpenning	0	0	0	1	0	1
23	Sjukskrivnen med läkarintyg, ingen sjukpenning	21	26	17	22	20	24
31	Sjuk- eller aktivetsersättning, otillräcklig ersättning	1	0	1	1	2	2
32	Sjuk- eller aktivetsersättning, väntar på ersättning	0	2	0	1	0	0
33	Ingen etableringsersättning (prestationsförmåga >25 %)	0	1	1	1	2	1
35	Otillräcklig pension/ äldreförsöringstöd	0	0	0	0	0	0
36	Väntar på pension/ äldreförsöringstöd	0	0	0	0	0	1
40	Arbetshinder, sociala skäl	7	4	5	6	7	7
41	Ensamkommande ungdom (18-20 år, gymnasiestuderande	2	0	2	0	2	0
51	Föräldrarledig, otillräcklig föräldrapenning	0	1	0	1	0	1
52	Föräldrarledig, väntar på föräldrapenning	0	1	0	1	0	2
53	Saknar barnomsorg	0	0	0	0	0	0
61	Arbetar deltid ofrivillgt, otillräcklig inkomst	5	3	3	3	4	2
62	Arbetar deltid ofrivillgt, väntar på inkomst	0	0	0	1	0	1
71	Arbetar heltid, oträcklig inkomst	1	0	0	0	0	1
72	Arbetar heltid, väntar på inkomst	1	0	0	0	0	0
90	Utan försöringshinder	0	0	0	0	1	0

Tabellen redovisar perioden för april – juni 2021 och 2022

Kod	Aktuella ärenden	21- apr	22- apr	21- maj	22- maj	21- jun	22- jun
111	Arbetslös, otillräcklig ersättning/ stöd	18	10	18	8	17	6
112	Arbetslös, väntar på ersättning	1	2	0	0	0	0
113	Arbetslös, ingen ersättning	24	24	27	31	33	25
114	Otillräcklig, etableringserättning	3	2	0	2	0	2
115	Väntar på etableringsersättning	2	3	2	3	3	2
21	Sjukskriven med läkarintyg, otillräcklig ersättning	2	3	0	2	0	1
22	Sjukskriven med läkarintyg , väntar på sjukpenning	0	1	0	0	0	0
23	Sjukskriven med läkarintyg, ingen sjukpenning	22	23	25	24	23	23
31	Sjuk- eller aktivetsersättning, otillräcklig ersättning	0	0	1	0	1	2
32	Sjuk- eller aktivetsersättning, väntar på ersättning	0	0	0	1	0	2
33	Ingen etableringsersättning (prestationsförmåga >25 %)	2	0	4	0	2	0
35	Otillräcklig pension/ äldreförsöringstöd	0	0	0	1	0	1
36	Väntar på pension/ äldreförsöringstöd	0	0	0	0	0	0
40	Arbetshinder, sociala skärl	6	6	4	4	5	7
41	Ensamkommande ungdom (18-20 år, gymnasiestuderande	2	0	2	0	1	0
51	Föräldrarledig, otillräcklig föräldrapenning	0	1	0	1	0	1
52	Föräldrarledig, väntar på föräldrapenning	0	1	0	1	0	1
53	Saknar barnomsorg	0	0	0	0	0	0
61	Arbetar deltid ofrivillgt, otillräcklig inkomst	3	4	3	3	3	3
62	Arbetar deltid ofrivillgt, väntar på inkomst	0	0	0	0	0	0
71	Arbetar heltid, oträcklig inkomst	0	0	0	0	0	0
72	Arbetar heltid, väntar på inkomst	0	1	0	0	0	0
90	Utan försöringshinder	0	0	0	2	0	1

Tabellen redovisar perioden för juli – september 2021 och 2022

Kod	Aktuella ärenden	21- jul	22- jul	21- aug	22- aug	21- sep	22- sep
111	Arbetslös, otillräcklig ersättning/ stöd	16	8	1	9	9	6
112	Arbetslös, väntar på ersättning	0	1	0	0	1	0
113	Arbetslös, ingen ersättning	28	22	28	24	30	22
114	Otillräcklig, etableringsersättning	0	0	2	2	0	3
115	Väntar på etableringsersättning	3	2	3	1	6	5
21	Sjukskrivnen med läkarintyg, otillräcklig ersättning	2	4	0	5	2	4
22	Sjukskrivnen med läkarintyg , väntar på sjukpenning	0	0	0	0	0	0
23	Sjukskrivnen med läkarintyg, ingen sjukpenning	22	20	23	19	23	20
31	Sjuk- eller aktivetsersättning, otillräcklig ersättning	0	0	0	1	0	0
32	Sjuk- eller aktivetsersättning, väntar på ersättning	0	2	3	0	0	1
33	Ingen etableringsersättning (prestationsförmåga >25 %)	1	2	0	1	4	0
35	Otillräcklig pension/ äldreförsöringstöd	0	1	1	0	0	1
36	Väntar på pension/ äldreförsöringstöd	2	0	6	1	1	0
40	Arbetshinder, sociala skäl	6	9	0	2	4	11
41	Ensamkommande ungdom (18-20 år, gymnasiestuderande	1	0	0	0	0	0
51	Föräldrarledig, otillräcklig föräldrarpennning	0	0	1	0	0	0
52	Föräldrarledig, väntar på föräldrarpennning	2	1	0	0	1	0
53	Saknar barnomsorg	0	0	1	0	0	0
61	Arbetar deltid ofrivillgt, otillräcklig inkomst	2	3	3	4	1	6
62	Arbetar deltid ofrivillgt, väntar på inkomst	0	2	0	0	0	0
71	Arbetar heltid, otillräcklig inkomst	0	0	1	0	0	0
72	Arbetar heltid, väntar på inkomst	1	0	0	0	2	1
90	Utan försöringshinder	1	2	0	0	0	1

Tabellen redovisar perioden för oktober – december 2021 och 2022

Kod	Aktuella ärenden	21- okt	22- okt	21- nov	22- nov	21- dec	22- dec
111	Arbetslös, otillräcklig ersättning/ stöd	6	8	5	8	5	10
112	Arbetslös, väntar på ersättning	1	3	0	3	0	0
113	Arbetslös, ingen ersättning	30	23	29	23	30	23
114	Otillräcklig, etableringsersättning	0	0	0	0	0	4
115	Väntar på etableringsersättning	5	5	9	5	9	5
21	Sjukskriven med läkarintyg, otillräcklig ersättning	2	4	1	4	1	2
22	Sjukskriven med läkarintyg , väntar på sjukpenning	0	0	0	0	1	0
23	Sjukskriven med läkarintyg, ingen sjukpenning	23	19	25	19	26	15
31	Sjuk- eller aktivetsersättning, otillräcklig ersättning	1	0	1	0	0	2
32	Sjuk- eller aktivetsersättning, väntar på ersättning	0	0	0	0	1	0
33	Ingen etableringsersättning (prestationsförmåga >25 %)	6	0	1	0	1	0
35	Otillräcklig pension/ äldreförsöringstöd	0	0	1	1	0	1
36	Väntar på pension/ äldreförsöringstöd	0	0	1	0	0	0
40	Arbetshinder, sociala skärl	4	7	6	16	7	15
41	Ensamkommande ungdom (18-20 år, gymnasiestudent)	0	0	0	0	0	0
51	Föräldrarledig, otillräcklig föräldrapenning	1	0	1	0	1	0
52	Föräldrarledig, väntar på föräldrapenning	0	0	0	0	0	0
53	Saknar barnomsorg	0	0	0	0	0	0
61	Arbetar deltid ofrivilligt, otillräcklig inkomst	3	0	3	5	1	4
62	Arbetar deltid ofrivilligt, väntar på inkomst	0	3	1	0	0	0
71	Arbetar heltid, otillräcklig inkomst	0	0	0	0	0	0
72	Arbetar heltid, väntar på inkomst	2	0	1	0	1	0
90	Utan försöringshinder	0	0	0	0	0	0

I jämförelse med länet och riket ligger Gnesta kommun lågt gällande andel vuxna individer som uppstår ekonomiskt bistånd. Under 2022 har antal hushåll som uppstår ekonomiskt bistånd varit oförändrat, antalet har varit mellan 69–71 hushåll mellan januari och december. Det rör sig om totalt 134 antal biståndsmottagare (samtliga individer i hushållet inklusive barn).

Förvaltningen har gjort kartläggningar över vilka individer som har en insats hos arbetsmarknadsenheten i Gnesta kommun som uppbär försörjningsstöd.

Tabellen nedan redovisar antal individer utifrån identifierade avvikande koder, hur många av dessa individer har en insats genom arbetsmarknadsenheten (AME).

Koder	Antal biståndsmottagare i dec-2022 var 71 hushåll.	Antalet personer som har en insats hos AME
113 Arbetslös, ingen ersättning	23	8
23 Sjukskriven med läkarintyg, ingen sjukpenning	15	1
40 Arbetshinder, sociala skärl	15	2
Övriga koder	18	9

Totalt är det 20 individer som har en insats genom AME. Enhetschef för vuxen- och biståndsenheten har givit i uppdrag till handläggare inom ekonomiskt bistånd att sammanställa vilka individer som ytterligare kan få en insats genom AME. Den kod som kommer att prioriteras är **113, Arbetslös, ingen ersättning** och **40, Arbetshinder, sociala skärl** ska om möjligt erbjudas en arbetsmarkandsinstas. Uppföljning kommer att ske månadsvis mellan ekonomiskt bistånd, AME och Arbetsförmedlingen gällande inskrivna individer för att se att en progression sker emot arbetsmarknaden.

Framåt så kommer förvaltningen att gå upp till nämnden under våren 2023 med den nya riktlinjen för ekonomiskt bistånd.

Nyckeltal för enheten barn- och familjeenheten

Anmälningar

Tabellen visar andelen orosanmälningar i jämförelse mellan åren 2020 och 2022. Förra året, januari till december gjordes det sammanlagt 641 anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa, vilket motsvarar ca 12 anmälningar i veckan. För samma period i år har det skett en liten minskning av antalet anmälningar jämfört med förra året 2021.

Antal anmälningar 0–17	2020	2021	2022
Jan	44	49	33
Feb	51	36	47
Mar	39	54	66
Apr	48	56	38
Maj	67	67	52
Jun	53	45	59
Jul	58	42	40
Aug	38	55	51
Sept	45	59	55
Okt	64	59	65
Nov	42	68	49
Dec	31	51	47
	580	641	589

Ankom ifrån

Tabellen redovisar för perioden jan- december 2021 och 2022

	2021	2022
Anhörig/ närstående	44	27
Annan anmälningsskyldig person	50	35
BUP	9	24
BVC	14	5
Elevhälsan	2	8
Famhem/ kontaktperson	1	1
Förskola	2	11
Förälder som inte är vårdnadshavare	0	3
HVB	1	3
Kriminalvården	0	1
Migrationsverket	3	1
Polisen	140	100
Privatperson anonym	59	94
Privatperson namngiven	26	23
Psykatri	33	32
Sjukvård övrigt	41	48
Skolan/ skolbarnomsorg	123	69
Socialtjänst annan kommun	43	49
Tandhälsovård	1	5
Vårdnadshavare	30	25
Övrigt	19	25
	641	589

Tittar man på vilka aktörer som gjort anmälningarna så ser man att det är skillnader mellan 2021 och 2022 och det som skiljer mest är att Polisen och skola/ skolbarnomsorg gjorde flera anmälningar under 2021 jämfört med 2022. Det som avviker i ökning för 2022 i anmälningar är följande aktör, Privatperson anonym.

Ålder

Tabellen redovisar för perioden jan- december 2021 och 2022

	2021	2022
Ålder	Anmälningar	Anmälningar
0	9	10
1	12	14
2	46	11
3	29	33
4	33	10
5	32	24
6	19	21
7	28	34
8	18	35
9	40	35
10	53	31
11	40	29
12	13	41
13	45	33
14	61	59
15	55	44
16	59	48
17	31	59
18	18	18
	641	589

Det som sticker ut i åldersspannet är de som mellan 14 till 17 år och det gäller för både 2021 och 2022. Av dessa anmälningar i åldersspannet har flera individer förekommit med flera anmälningar per individ.

Tabellen visar för perioden jan- december 2021–2022, detta är de mest vanligaste aktualiseringskoderna och handlar om barnet den unga själv i åldrarna 14–17 år.

	2021	2022
Beteendeproblem, socialt nedbrytande	57	27
Brott Förseelse	35	48
Psykisk ohälsa	24	54
	116	129

Hur många anmälningar som inletts utredningar på
Tabellen redovisar för perioden jan- december 2021 och 2022 för andelen inleda utredningar, antal tillförda till redan en pågående utredning och ej inleda utredningar.

	Inleda ny utredning	Antal tillförda till redan en pågående utredning	Ej inleda utredning
2021	195	188	258
2022	156	182	251

Inleda ny utredning 2022

Av de anmälningar som inkommit där beslut om att inleda utredning gjorts är följande aktörer de som överrepresenterar i anmälningar, annan anmälningskyldig person, polisen, privatperson anonym och skola/ skolbarnomsorg.

Av de anmälningar som gjort handlar oron nästan helt om brister i omsorgen som rör föräldrar med barn under 18 år. Aktualiserings kod som är vanligt förekommande är brist i omsorgen, våld inom familjen, relationsproblem i familjen, övergrep fysiska samt missbruk alkohol/ narkotika.

Jämför man skillnader mellan 2021 och 2022 med andelen inleda utredningar och vad dessa har för skillnader i aktualiserings koder så var det flera anmälningar 2021 som rörde våld inom familjen.

Antal tillförda till redan en pågående utredning 2022

Totalt är det 182 anmälningar som tillförts en redan pågående utredning och det är 36 unika individer som förekommer med flera anmälningar per person (mellan 2 och 16 anmälningar) totalt är det 36 unika individer som står för 123 anmälningar tillsammans av de totalt 182.

Anmälningarna kommer ifrån olika aktörer och de som överrepresenterar i återkommande anmälningar för unika individer är, privatperson anonym, sjukvård och psykiatri, skola/skolbarnomsorg.

Av de anmälningar som kommer från privatperson anonym handlar oron helt om föräldrarna med barn under 18 år och förekommande aktualisering koder är brist i omsorgen, våld inom familjen, föräldrar kriminalitet, föräldrar missbruk.

Av de anmälningar som sjukvård och psykiatri gjort handlar oron till hälften om barnet den unge själv och förekommande aktualiserings kod är psykisk ohälsa för barnet den unge. Förekommande oro som rör föräldrarna med barn under 18 år är aktualiserings kod, missbruk den vanligaste.

Jämför man skillnader mellan 2021 och 2022 med andelen tillförda till en redan pågående utredning vad dessa har för skillnader i aktualiserings koder så är det mest avvikande att det är flera anmälningar 2022 som handlar om psykisk ohälsa bland barn och unga än 2021. Samt att det är flera anmälningar som rör missbruk bland föräldrar under 2022 än 2021. Det är färre anmälningar som rör våld inom familjen samt relationsproblem inom familjen för 2022 än jämfört med 2021.

Tabellen visar för perioden jan- december 2021–2022, de mest vanligaste aktualiseringskoderna till en redan tillförd utredning.

	2021	2022
B/U Psykisk ohälsa	24	54
Relationsproblem inom familjen	79	47
Föräl: Missbruk, alk/nark	67	103
Våld inom familjen	113	41

Ej inleda utredning 2022

Totalt är det 251. anmälningar där beslut fattats om att ej inleda utredning och dessa är det 46 individer som förekommer med flera anmälningar per person (mellan 2 och 5 anmälningar) totalt är det 46 unika individer som står för 126 anmälningar tillsammans av de totalt 251. Anmälningarna kommer ifrån olika aktörer och de som överrepresenterar i återkommande anmälningar för unika individer är, privatperson anonym, polisen och Psykiatri.

Jämför man skillnader mellan 2021 och 2022 med andelen ej inleda utredning vad dessa har för skillnader i aktualiserings koder, så har flera anmälningar skett under 2022 som rör föräldrars missbruk. För barnet /unga är det flera anmälningar som rör brottförseelse.

Hur många utredningar har blivit en insats
Tabellen redovisar för perioden jan- december 2021 och 2022

Insattstyp	Kontaktfamilj	Öppenvård extern	Öppenvård internt	Placering SoL	Placering LVU
2021	2	0	36	5	4
2022	4	9	22	3	7

Kontaktfamilj:

Totalt är det 4 uppdrag finns inom insatsen kontaktfamilj och då är 4 nya för perioden januari till december 2022. Av de 4 uppdrag som finns är 1 uppdrag fördelat till extern utförare och de 3 andra är egna kontaktfamiljer.

Öppenvård extern

Totalt är det 10 uppdrag inom den externa öppenvården som är pågående och av dessa är 9 nya för perioden januari till december 2022.

Öppenvård internt

Totalt är det 29 uppdrag inom den interna öppenvården, som rör barn/unga och av dessa är 22 nya för perioden januari till december 2022.

Utöver dessa uppdrag har även den interna öppenvården 21 uppdrag som rör vuxna. Sammanlagt har den interna öppenvården **50** uppdrag.

Placering enligt socialtjänstlagen (SoL)

Totalt är det 10 placeringar inom SoL och av dessa är 3 nya för perioden januari till december 2022.

Av de 10 placeringar så är 7 placeringar som är externa och 3 av dessa är placerade på HVB.

I egna familjehem så är det 3 placeringar.

Placering enligt lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Totalt är det 14 placeringar inom LVU och av dessa är 7 nya för perioden januari till december 2022. Av de 14 placeringar så är 10 placeringar som är externa och 3 av dessa är placerade på HVB. En HVB placering är helt avslutad under perioden.

I egna familjehem så är det 4 placeringar.

Redovisning av uppdrag som kom ifrån socialnämnden utifrån delår 2022.

Att se över och kartlägga vilka insatser som öppenvården kan erbjuda klienter i Gnesta kommun.

Den beställande myndigheten fick i uppgift att se över vilka behov som efterfrågas i form av insatser till öppenvården, hänsyn bör tas till hur behovet har sett ut samt en nulägesbeskrivning.





Den interna öppenvården fick i uppdrag att kartlägga vad de kan erbjuda för insatser utifrån de behov som framkommit.







Öppenvården bjöd in socialsekreterare till en workshop om öppenvårdens insatser i december 2022. Syftet var att ge socialsekreterare en möjlighet att ställa frågor till medarbetarna på öppenvården om deras biståndsbedömda och öppna insatser, så att de vet vad de kan erbjuda till sina klienter.







Som ett stöd till socialsekreterare hade öppenvårdens medarbetare tagit fram ett faktablad där de kort skrivit om alla insatser som de erbjuder för barn, unga och vuxna.




Bilaga 5. Uppföljning av internkontrollplan 2022-2024

Omvärldsrisker och verksamhetsrisker






Process	Risk	Riskvärde (max 25)	Kontrollmoment (vad)	Metod (hur)	Uppföljning (när)	Ansvarig (vem)	Rapporteras till	Uppföljning 2022 Grön=Genomförd Gul=Delvis genomförd Röd=Ej genomförd
Delegationsordningen	Att delegationsordningen inte är relevant	16	Att beslut är fattade av rätt person utifrån delegationsordningen	Stickprovskontroll av delegationsbeslut enligt instruktioner	2 ggr/ år April Augusti	Kvalitets-teamet	FC	
Säkerställa att överenskommelser, samarbeten och avtal följs	Att inte överenskommelser, samarbeten och avtal följs och efterlevs, samt är otydliga	20	Att mallen för förvaltningens överenskommelser och samarbeten är aktuell och att representation finns	Att inventera samtliga överenskommelser, samarbeten och avtal årligen	1 gång/ år	VC	FC	
Statsbidrag	Statsbidrag för projekt och utveckling används utanför villkoren som leder till återkrav.	20	Att statsbidrag hanteras korrekt genom hela processen	Säkerställ att processen och rutinen för statsbidrag efterföljs	3 ggr/ år Augusti Oktober December	Kvalitets-teamet /Ekonom	FC	
Rättssäker sekretess för den enskildes bästa	Individen får inte en helhetslösning	16	Att rutinen för SIP används	Stickprovskontroller enligt instruktioner	2 ggr/ år April Augusti	EC	FC	

Process	Risk	Risk- värde (max 25)	Kontroll- moment (vad)	Metod (hur)	Uppföljning (när)	Ansvarig (vem)	Rappor- teras till	Uppföljning 2022 Grön=Genomförd Gul=Delvis genomförd Röd=Ej genomförd
Beakta barnets perspektiv i barnärende	Att barnperspektivet inte är beaktat	12	Att barnperspektivet är beaktat	Stickprovskontroller enligt instruktioner	2 ggr/ år April Augusti	Kvalitets- teamet	FC	
Delaktighet i sin egen genomförandeplan	Ej aktuella och undermåliga genomförande-planer	16	Att genomförande-planerna är aktuella och att det framgår att brukaren varit delaktig.	Stickprovskontroll enligt framtagen mall	1 gång/ år	Kvalitets- teamet	FC	
Personal-omsättning	Att organisationen inte har rätt kompetens	25	Att avslutningssamtal är genomförda	Andel genomförda samtal	1 gång/år	EC	FC/HR	
Personalförsörjning	Svårt att rekrytera	25	Signalfärg i offentliga jobb	Andel kvalificerade sökande	1 gång/ år	EC	FC/HR	
Arbetsstillfreds-ställelse	Risk för alltför stor arbetsbörda	9	Fråga i medarbetarenkät	Medarbetarenkät	1 gång/ vartannat år	EC/FC	HR	
Attraktiv arbetsgivare	Behålla personal	9	Antal som avslutat sin tjänst per år	Intern statistik	1 gång/ år	EC/FC	FC/HR	

Process	Risk	Risk- värde (max 25)	Kontroll- moment (vad)	Metod (hur)	Uppföljning (när)	Ansvarig (vem)	Rappor- teras till	Uppföljning 2022 Grön=Genomförd Gul=Delvis genomförd Röd=Ej genomförd
Barn- och ungdom	Återaktualisering	20	Avslutade utredningar jan-juni som återaktualiseras juli - december	Intern statistik	Månadsvis	Kvalitets-teamet	FC/SN	
Arbetsmarknad	Aktivt söka arbete	8	Att kodade arbetssökande också är inskrivna på Mötesplatsen	Intern statistik	Månadsvis	EC	VC	
Externa placeringar (SoL, LSS, LVU, LVM)	Att externa placeringar inte följs upp	25	Att externa placeringar följs upp	Säkerställ att placeringen följer beställningen	4 ggr/ år Mars Juni September December	EC	FC/ Ekonom	
Arkiv och gallring i verksamhets-systemet	Inaktuella handlingar och enheter	16	Att verksamhetssystemet är aktuellt	Gallring enligt rutin	Månadsvis	SOC-IT	FC	
Systemstöd	Långa ledtider som påverkar verksamheten	25	Att avtal och tidplan följs.	Avstämning på SOC IT teammöte	Varannan vecka	Team-ledare	FC	
Verkställighet av biståndsbedömda insatser	Ej verkställda beslut inom lagstadgad tid	16	Att beslut enligt SOL verkställs och följs upp inom lagstadgad tid.	Ej verkställda gynnande beslut	Kvartalsvis	Kvalitets-teamet	FC/SN/KF	

Process	Risk	Riskvärde (max 25)	Kontrollmoment (vad)	Metod (hur)	Uppföljning (när)	Ansvarig (vem)	Rapporteras till	Uppföljning 2022 Grön=Genomförd Gul=Delvis genomförd Röd=Ej genomförd
Patient-säkerhet	Att uppföljning inte sker enligt plan/gällande regelverk	16	Basala hygienrutiner, trycksår samt infektion	Strukturerad sticksprovsmätning enligt: PPM och HALT	2ggr/år och område Mars Oktober	MAS	FC	
Riktlinjer följer praxis, vision och mål	Att medarbetare inte hittar eller arbetar efter aktuella riktlinjer, rutiner etc.	12	Granskning att aktuella riktlinjer, rutiner finns tillgängliga	Säkerställa att riktlinjer, rutiner finns på Insidan och följs	4 ggr/ år Februari Maj Augusti November	EC/MAS	FC	
Upprättar och följer upp överenskommelser	Att brukare inte får läkarinsats i den nära vård de har rätt till	16	Att överenskommelser följs och efterlevs	Uppföljning mellan MAS, HSE enhetschef och vårdcentralerna	2 ggr/ år, April Augusti	EC HSE/MAS	FC	

Finansiella risker

Process	Risk	Risk-värde (max 25)	Kontroll-moment (vad)	Metod (hur)	Uppföljning (när)	Ansvarig (vem)	Rapporteras till	Uppföljning 2022 Grön=Genomförd Gul=Delvis genomförd Röd=Ej genomförd
Styrmodeller för verksamhet överenskommelser för vem som gör vad VBB, kvalitet/handhavande	Att uppföljningen inte sker enligt plan	20	Att beviljad tid överensstämmer med utförd tid	Uppföljningsmöte med VC, ekonom, administratör	Månadsvis	VC/ Ekonom	FC/SN	
Individavtal/ beställning	Att individavtal och beställning inte följs upp	25	Stämna av mot avtalsmallen	Stickprovskontroll enligt instruktion	2 ggr/ år Maj Oktober	VC SoV VC AoB	FC	
Upphandlingar och inköp sker enligt ramar	Felaktiga upphandlingar och inköp	25	Att regler och rutiner är kända inom förvaltningen	Digitala utbildningar via Telge inköp	2 ggr/ år April Augusti	EC/Inköps-ansvarig/ Ekonom	FC	
Attestering av fakturor	Felaktiga fakturor	20	Att fakturor är korrekta	Att fakturor är korrekta utifrån checklista	4 ggr/ år Mars Juni September December	Ekonomi-assistent/ Ekonom	FC	
Inbetalningar externt	Felaktiga utbetalningar	20	Likviditets-uppföljning	Uppföljning av likviditeten 2 gånger per år	2 ggr/ år April Augusti	EC/VC	Ekonom/FC	

Upprättad: 2023-02-24
Diarienummer: SN.2022.76

Socialnämnden

Internkontrollplan

Förslag till beslut i socialnämnden

1. Internkontrollplan 2023-2025 för socialnämnden fastställs.

Ärendebeskrivning

Socialnämnden, liksom övriga nämnder, tar varje år fram en särskild plan för den interna kontrollen. Internkontrollplanen definierar – främst utifrån riskanalyser men även från bland annat revisionsgranskningar – vad som ska åtgärdas och vilka rutiner, processer, system eller moment som ska följas upp/kontrolleras, hur och när detta ska ske, vem som ansvarar och hur rapportering ska ske. Internkontrollplanen följs upp och redovisas i delårsrapport samt årsredovisning.

Förvaltningens synpunkter

Jämställdhetsanalys utifrån checklista

Jämställdhetsanalys bedöms ej tillämpligt i ärendet.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2023-02-24
2. Internkontrollplan 2023-2025 för socialnämnden

Lena Karlsson Leksell
Förvaltningschef

Karin Pramlid
Utredare

Sändlista

- ~ Utredare
- ~ Förvaltningschef

Internkontrollplan

För socialnämnden 2022-2024

Diarienu

Beslutsinstans	Socialnämnden
Beslutad	2023-03-29
Senast reviderad datum.	Klicka eller tryck här för att ange datum.
Giltig till	Tills vidare
Dokumentansvarig	Förvaltningschef

Innehållsförteckning

Väsentliga risker och osäkerhetsfaktorer.....	2
Omvärldsrisker	2
Verksamhetsrisker.....	2
Finansiella risker	3
Internkontrollplan 2022-2024	4
Omvärldsrisker och verksamhetsrisker.....	4
Finansiella risker	6

Väsentliga risker och osäkerhetsfaktorer

Omvärldsrisker

Risk	Orsak	Påverkan	Hantering
Förändringar i socialtjänsten som kan innebära krav på förändrad organisering och resurstilldelning.	Utredning av ny socialtjänstlag med förslag om komplettering med en äldreomsorgslag.	Förändring av socialtjänstens arbete och fokus.	Omvärldsbevakning och framskrivning av handlingsplan vid behov.
Ökade kostnader för kommunen och förändrad handläggning.	Lagändring avseende rätten till personlig assistans vid egenvård.	Förändrad handlägningsprocess.	Säkerställa riktlinjer, rutiner och arbetssätt.
Svårighet att verkställa intentionen i lagstiftningen fast omsorgskontakt	Krav på undersköterskekompetens i hemtjänsten	Att kravet på kompetensnivå ej verkställs.	Kompetensförsörjning, kompetensutveckling.

Verksamhetsrisker

Risk	Orsak	Påverkan	Hantering
Svårigheter att möta behovet avseende utredning och öppenvård hos barn- och familjeeenheten.	Ökad anmälningsbenägenhet för barn avseende brist i omsorgen, våld inom familjen samt föräldrar som har missbruk.	Ökat behov av utredande socialsekreterare. Ökat behov av insatser som rör familjerelaterad problematik och missbruk.	Säkerställa en organisation som hanterar behovet.
Brister i kompetens hos medarbetarna gällande våld i nära relation.	Ej fungerande process för våld i nära relation.	Medborgaren får inte det stöd som behövs vid våld i nära relation. Arbetsmiljön försämras för medarbetare som möter medborgare som är utsatta för våld. Behov av en fungerande och samordnad process för våld i nära relation.	Tydlighet i process mellan samordnare VINR och verksamheten.

Risk	Orsak	Påverkan	Hantering
Svårt att rekrytera och behålla legitimerad och högskoleutbildad personal samt undersköterskor.	Framtida ökat behov av kompetens samt hög personalomsättning	Försämrad kvalitet för den enskilde samt hög arbetsbelastning för medarbetare och chefer i verksamheten.	Förstärka rekryteringsprocessen, arbeta för att vara en attraktiv arbetsgivare, förstärkt arbetsmiljöarbete, erbjuda mer utbildning samt avslutssamtal. Kommungemensamt rekryteringsarbete.
Att myndighetshandläggning inte blir färdig inom lagstadgad tid.	Sårbara handläggningsprocesser. Personalbrist.	Försämrad kvalitet för vård och omsorgstagaren och brister i rättssäkerheten	Rekrytera och tydliggöra handläggningsprocessen. Följs genom indikatorer i verksamhetsplanen.
Gällande lagstiftningar efterlevs inte.	Brister i gallring av ärenden i Treserva.	Personakter hanteras på ett otillbörligt sätt.	Säkerställa arkivering och gallring.

Finansiella risker

Risk	Orsak	Påverkan	Hantering
Felaktiga utbetalningar av ekonomiskt bistånd.	Otillräcklig kontroll av utbetalningar av ekonomiskt bistånd.	Ekonomisk påverkan.	Säkerställa rutin för felaktiga utbetalningar.
Felaktig hantering av fakturor.	Otillräcklig kontroll av fakturor.	Eventuell ekonomisk påverkan.	Säkerställa rätt fakturakontroll.

Internkontrollplan 2022-2024

Omvärldsrisker och verksamhetsrisker

Process	Risk	Kontrollmoment (vad)	Metod (hur)	Uppföljning (när)	Ansvarig (vem)	Rapporteras till
Handläggning av ärenden avseende personlig assistans	Ökade kostnader för kommunen och förändrad handläggning	Kollegial granskning och stickprov	Nya ansökningar som avser personlig assistans lyfts på ärendedragning samt stickprovskontroller av befintliga ärenden.	2 ggr/år. Juni December	EC VoB/LSS-handläggare	FC
Utredning inom barn och unga 0-21 år	Svårigheter att möta behovet av utredning inom lagstadgad tid på 120 dagar.	Kontroller enligt rutin för utredningstider.	Uppföljning av att rutinen efterlevs.	2 ggr/år. Juni December	EC	FC/SN
Förhandsbedömning barn och unga 0-21 år	Svårigheter att möta behovet av förhandsbedömning inom lagstadgad tid på 14 dagar.	Kontroller enligt rutin för förhandsbedömningar.	Uppföljning av att rutinen efterlevs.	2 ggr/år. Juni December	EC	FC/SN
Öppenvård, missbruk	Svårigheter att möta ökat behov av missbruksbehandling	Kontroller enligt rutin för öppenvårdsinsatser.	Uppföljning av att rutinen efterlevs.	2 ggr/år. Juni December	EC	FC/SN
Öppenvård föräldrastöd/familjebehandling	Svårigheter att möta ökat behov av föräldrastöd/familjebehandling	Kontroller enligt rutin för öppenvårdsinsatser.	Uppföljning av att rutinen efterlevs.	2 ggr/år. Juni December	EC	FC/SN

Dokumentnamn Internkontrollplan
 Ämne För socialnämnden
 Beslutsinstans Socialnämnden

Process	Risk	Kontroll-moment (vad)	Metod (hur)	Uppföljning (när)	Ansvarig (vem)	Rapporteras till
Våld i nära relation	Medborgaren får inte den hjälp denna behöver vid VINR på grund av brister i kompetens hos medarbetarna.	Efterlevandet av årshjul för aktiviteter avseende VINR.	Uppföljning av genomförda aktiviteter i årshjulet.	1 ggr/år Kvalitetsberättelsen	EC	FC
Personalförsörjning	Svårt att rekrytera och behålla legitimerad och högskoleutbildad personal samt undersköterskor.	Personalkontinuitet undersköterskor, sjuksköterskor, socialsekreterare.	Andelen avslutade medarbetare.	1 ggr/år Helår	EC med stöd av HR	FC
Arkiv och gallring i verksamhetssystemet	Inaktuella handlingar och enheter	Att verksamhetssystemet är aktuellt	Gallring enligt rutin	1 ggr/år	SOC-IT	FC

Finansiella risker

Process	Risk	Kontrollmoment (vad)	Metod (hur)	Uppföljning (när)	Ansvarig (vem)	Rapporteras till
Attestering av fakturor	Felaktiga fakturor	Att fakturor är korrekta	Att fakturor är korrekta utifrån checklista	2 ggr/ år Mars September	Ekonomi-assistent/ Ekonom	FC
Utbetalningar inom ekonomiskt bistånd	Felaktiga utbetalningar	Kontroller enligt rutin för felaktiga utbetalningar	Uppföljning av att rutinen efterlevs.	4 ggr/år. Mars Juni September December	EC	Ekonom/FC

Diarienummer: SN.2023.24
Upprättad: 2023-02-24

Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Förslag till beslut i socialnämnden

1. Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2022.

Sammanfattning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Ärendebeskrivning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Förvaltningens synpunkter

Socialförvaltningen föreslår att nämnden godkänner föreliggande Patientsäkerhetsberättelse.

Ekonomiska konsekvenser

Framskrivet förslag leder inte till några ekonomiska konsekvenser vid godkännande.

Juridiska konsekvenser

Framskrivet förslag leder inte till några juridiska konsekvenser vid godkännande.

Jämställdhetsanalys

Socialnämnden arbetar med jämställdhetsperspektiv inom Hälso- och sjukvård i linje med nuvarande styrdokument. Det handlar bland annat om att uppmärksamma hur kvinnors och mäns förutsättningar ser ut. Kvinnor och män som är kommunens vårdtagare inom hälso- och sjukvård ska bli bemötta och bedömda på lika villkor utifrån behov av verkställda insatser.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2023-02-24
2. Patientsäkerhetsberättelse 2022

Lena Karlsson Leksell
Förvaltningschef

Annalisa Andersson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Sändlista

- ~ Förvaltningschef
- ~ Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Patientsäkerhetsberättelse

För Socialnämnden

Gnesta kommun

2022



Datum: 20230224

Ansvarig för innehåll:

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvård

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer: SN.2023.24

Inledning

Mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelsen och utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	9
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur.....	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare	11
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	11
Öka kunskap om inträffade vårdskador	14
Tillförlitliga och säkra system och processer	14
Säker vård här och nu.....	15
Riskhantering.....	16
Stärka analys, lärande och utveckling	16
Avvikelse	19
Klagomål och synpunkter	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	22
BILAGA 1. Internkontrollplan 2022	23
BILAGA 2. Internkontrollplan 2023	24
BILAGA 3. Avvikelsestatistik	26
BILAGA 4. Redovisning av resultat i Senior Alert.	27
BILAGA 5. Redovisning av resultat i Palliativregistret.....	28
BILAGA 6. Statistik utskrivningsklara/dagar slutenvård.....	29

SAMMANFATTNING

Under 2022 har samhället i stort återgått till den vardag som var innan pandemin kopplat till restriktioner som dragits tillbaka. Förvaltningens verksamheter har fortsatt påverkats och haft restriktioner kvar utifrån gällande hälso- och sjukvårdsdirektiv. Mycket tid för hälso- och sjukvårdspersonal har fortsatt gått till pandemiarbete såsom vaccinering och smittspårning. Utifrån pandemin som pågått under flera år har kvalitetsarbetet påverkats, under 2022 har förvaltningen arbetat med att utveckla och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att bygga en god och trygg vård för våra medborgare. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheterna har gjort ett gott arbete utifrån de förutsättningar vi haft för att uppnå patientsäkerhet och kvalitet under 2022.

De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten

- Nytt digitalt verksamhetssystem (journalssystem) utifrån Socialstyrelsens rekommendation av nationellt fackspråk, systemet är uppbyggt i processer
- Strukturerad terminologi och frastexter uppbyggt via ICF och KVÅ - i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation i journalssystemet
- Framtagande av journalgranskningsmallar
- Utifrån Länsövergripande avtal tagit fram ny lokal överenskommelse med tillhörande bilagor gällande läkarsamverkan primärvårdsnivå.
- Omfattande revidering av material tillhörande: Delegeringsförfarandet
- Deltagit i PPM BHK (punktprevalensmätning för basala kläd- och hygienregler) nationell mätning
- Arbete med SKR Analysverktyg för systematiskt patientsäkerhetsarbete
- Framtagande av årshjul för patientsäkerhet
- Framtagande av ny internkontrolls plan som svarar upp mot det systematiskt patientsäkerhetsarbete

En blick framåt

- Framtagande av lokal patientsäkerhetsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan
- Implementering av internkontrollsplan
- Utökad andelen egenkontroller - utifrån internkontrollsplan.
- Utveckla och starta ett kliniskt tränings centrum [KTC] i förvaltningens regi
- Framtagande av handlingsplan för palliativ vård
- Ökat användande av evidensbaserade och vedertagna modeller som förespråkas av Sveriges kommuner och regioner [SKR] och Socialstyrelsen, som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- Uppstart av digitalt system: MittVaccin
- Fortsatt arbete med omställningen till Nära Vård genom aktiviteter i våra verksamheter
- Framtagande av lokal läkemedelsrutin

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Strukturen av patientsäkerhetsberättelsen kommer följa denna modell (se sid 2. för en helhetsbild).

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Kommunfullmäktige har nio inriktningsmål som utgör grunden för Socialnämndens mål. Ett av dessa mål är inriktade mot hälso- och sjukvård, patientsäkerhet.

Kommunfullmäktiges mål: En trygg vård och omsorg av hög kvalitet – Som utformas i nära samverkan med brukare och personal.

Socialnämndens mål: Socialnämndens sociala omsorg stödjer den enskildes möjligheter till en trygg och meningsfull tillvaro.

Socialförvaltningens patientsäkerhetsmål: Säker vård med mätbara delmål för ökad kvalitet och stärkt patientsäkerhet.

Mål och strategier för patientsäkerhet fanns inte för 2021 utan togs fram med uppstart 2022. Socialförvaltningen har utifrån det övergripande patientsäkerhetsmålet tagit fram delmål (för 2022 till 2024) som verksamheten har arbetat med under året. Delmålen togs fram utifrån de brister som tydliggjordes i Patientsäkerhetsberättelsen för 2021. Socialnämnd har följt arbetet med delmål via Patientsäkerhetsrapporter som presenterats i maj och oktober i nämnd. Arbetet kring mål och målformulering och struktur kommer att utvecklas och förändras kommande år för att följa den nationella riktningen, nämnd och förvaltningens styrande dokument (se sid 22).

Nedan följer en schematisk översikt över Socialförvaltningens delmål gällande patientsäkerhet och en kort redogörelse för hur arbetet har fortlöpt. Att beakta är att delmålen planerades att sträcka sig över en 3 årsperiod med uppstart 2022.

Delmål	Analys/Beskrivning
Lokal patientsäkerhetsplan utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan	Förarbete har gjorts under året för att under våren 2023 ta fram lokal handlingsplan för patientsäkerhet, med mål att vara färdigställt till höst 2023.
PPM extern mätning BHK	2022 var första gången förvaltningen deltog i den nationella PPM mätningen gällande BHK, glädjande att kommunen nu deltar i externa mätningar och något som ska fortsätta övertid.
Kompetenshöjandeinsatser, kompetensinventering, internutbildning, webbutbildningar	Kompetensinventering har skett på enhetsnivå. Uppstart gällande vedertagna webbutbildningar rekommenderade av Socialstyrelsen, flertalet sjuksköterskor har pågående specialistutbildningar. Nytt delegeringsutbildningsmaterial har tagits fram intern för förvaltningen. Behov av ett kliniskt träningscentrum har framkommit.

Delmål	Analys/Beskrivning
Strukturerat arbete med kvalitetsregister	Arbetet har fortsatt fått stå tillbaka kopplat till pandemiarbete som pågått (vaccinationer som tagit mkt av sjuksköterskornas tid) Något som förvaltningen kommer att arbeta vidare med under 2023 via framtagna strukturella former.
SKR analysverktyg - systematiskt patientsäkerhetsarbete	Analys genomförd höst/vinter 2022. Tydlig nulägesbild på utvecklingsområden finns som grund till handlingsplan för patientsäkerhet i enlighet med SKR och Socialstyrelsens rekommendationer.
Revideringsarbete rutiner HSL	Det är ett fortgående arbete. Översyn/kartläggning av Hälso- och sjukvårdsenhet tillsammans med MAS är utfört 2022, prioriteringsordning framtagen HT 2022. Arbetet fortgår under 2023 med framtagande av dokument där behov föreligger.
Teamkonferens	Fortsatt implementeringsarbete och samverkan i verksamheterna utifrån framtagen rutin av HSE. Mätbara mål på enhetsnivå behöver tas fram av respektive enhetschef under 2023, samt att alla enheter följer samma struktur för träffen.
Förbättrad avvikelshantering	Hantering av avvikelser har förbättrats under 2022, på enheterna fortsatt arbetet kring uppföljning och utvärdering under kommande. Se ytterligare information under avsnitt Avvikelser sid. 19.
Lokal demensplan utifrån nationellt gällande styrdokument	Under 2022 har kartläggning utförts av nuläge, där uppdragades att det inte fanns några rutiner kopplat till ämnet. En struktur för vidare arbete har tagits fram, ett analysarbete för att skapa en demensvårdsprocess har utförts, där även närstående har varit delaktiga i arbetet. Materialet kommer att tillhöra framtida Äldreomsorgsplan som tas fram under 2023.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Styrdokument - Vuxen- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Gnesta kommun är i behov av revidering. Utifrån att: Vuxen- och omsorgsnämnden har bytt namn till Socialnämnden samt att organisatoriska förutsättningar förändrats. Styrdokumentet för organisationens struktur hänvisar till planer som inte upprättas eller används idag. Nedan följer en presentation av olika rollers funktion och ansvar.

Gnesta kommun är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen [HSL]. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vuxen och omsorgsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9).

Förvaltningschef/socialchef

Socialchef har det övergripande ansvaret på förvaltningsnivå för att planera, leda, samordna och utveckla organisationen.

Verksamhetschef

Verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att vårdtagare och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. Verksamhetschef svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp. Verksamhetschef ska även samverka med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska [MAS].

Enhetschef

Enhetschefen ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 2011:9) vara ansvarig för att det finns tydliga rutiner och policy som är ändamålsinriktade, ansvar för att strategisk kompetensutveckling sker för att förbättra patientsäkerhet samt att boende och närstående görs delaktiga i analys och förbättring. Enhetschef svarar för att det finns mätbara HSL- mål och att dessa följs upp och rapporteras till Verksamhetschef.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Består av sjuksköterskor, fysioterapeuter samt arbetsterapeuter. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje vårdtagare. Den legitimerade personalen fungerar som arbetsledare utifrån sin profession i verksamheten.

Omvårdnadspersonal

Ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, för att följa rutiner och givna ordinationer. De ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet, genom att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner samt rapportera eventuella risker och avvikelser.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska [MAS]

I förvaltningen finns det en medicinskt ansvarig sjuksköterska, i befattningen ingår även uppdraget MAR - medicinskt ansvarig för rehabilitering. MAS/MAR har ett uppföljnings- och tillsynsansvar inom Socialförvaltningens ansvarsområden gällande hälso- och sjukvård. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har ett särskilt medicinskt ansvar för att vårdtagare får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, samt att utarbeta riktlinjer inom området. MAS rapporterar avvikelser en gång om året till Socialnämnden.

Läkarkontakt

Ansvarig läkare i primärvård har gentemot vårdtagaren ett övergripande ansvar för vård- och behandling. Läkaren kommer till enheterna och samverkar med omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Verksamheten samarbetar med Vårdcentralen Gnesta samt den privata Vårdcentralen Frösjö.

Kvalitetsutvecklare

I kommunen finns ett kvalitetsteam (VUT) med en kvalitetsansvarig. Alla utredningar gällande lex Maria och lex Sarah kommuniceras med kvalitetsteam. Kvalitetsansvarig för den yttersta kontakten med IVO vid behov. MAS funktion ingår i kvalitetsteam.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten samverkar med andra vårdgivare och instanser.

Samverkan i förvaltningens verksamheter

Legitimerad personal har tillsammans med omvårdnadspersonal kontinuerliga uppföljningar utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser. Det har fungerat till stor del på våra särskilda boenden. Samverkan behöver utvecklas och stärkas mellan våra olika funktioner inom förvaltningen, då det förekommer brister i samarbetet mellan de olika personalenheterna. Systemet

kommunal hälso- och sjukvård bygger på att samverkan fungerar för att vi ska kunna ge god vård till våra vårdtagare med upprätthållen patientsäkerhet.

Samverkan lokal Primärvård

Samverkan mellan läkare och legitimerad personal består av fastställd läkarsamverkan/rond en dag per vecka samt möjlighet att kontakta patientansvarig läkare eller jourhavande läkare vid behov.

Samarbete med den Regionala Vårdcentralen behöver stärkas och utvecklas, ett av dessa områden är avsatt tid för läkarsamverkan i tillräckligt stor utsträckning.

Övrig samverkan för att förebygga vårdskador och stärkt patientsäkerhet:

Roll/Samverkan:	Syfte:
Gemensamma nämnden för samverkan inom socialtjänst och vård [NSV].	Regionen och länets 9 kommuner har genom denna nämnd gemensamt arbetat fram både en struktur för samverkan liksom ett antal stödjande och styrande dokument i samma syfte.
Samverkan inom primärvård	Samverkansforum mellan kommunernas MAS/MAR, läkare och verksamhetschefer från primärvården i södra länsdelen och Hälsöval. Samverkansträffar sker en ggr per termin. Syftet med forumet är gemensamma frågeställningar som rör närvårdsamverkan och patientsäkerhet.
Läkarmedverkan	Uppföljning läkarmedverkansavtal - uppföljning av läkarmedverkansavtalet har skett 1 ggr årligen. Medverkar gör: enhetschef för legitimerad personal, MAS samt verksamhetschef och läkare från ansvarig vårdcentral. I och med revidering av samverkansavtal kommer uppföljning ske 2ggr/år from 2023.
Patientsäkerhetsrond/Patientsäkerhetsdialog	Gnesta kommun har deltagit i ett projekt med Region Sörmland med utveckling av patientsäkerhetsrond/dialog på SÄBO för äldre. Syftet med dessa ronder är att titta på hur patientsäkerheten tillgodoses för dessa patienter. Under 2022 har en sådan rond/dialog skett på ett av kommunens boenden men tanken är att det i framtiden skall göras på samtliga boenden i länet.
Vårdhygien, Region Sörmland	Gnesta kommun har med övriga kommuner i Sörmland ett ramavtal med Regionens Vårdhygien gällande stöd i vårdhygieniska frågor. Under 2022 har utbildningar i b.la basala hygienrutiner hållits av personal från Vårdhygien för chefer och hygienombud i socialförvaltningens vårdverksamheter. MAS/MAR har under året haft regelbunden samverkan och avstämning med smittskyddsläkaren gällande frågor som rör Covid -19 samt vaccinering.
Utskrivningsprocess från slutenvård	För utskrivningsprocessen från slutenvård till kommunal vård finns en samverkansriktlinje mellan huvudmännen för att ge stöd i processen. Denna riktlinje är under omarbetning av representanter från både kommuner och Region Sörmland. I utskrivningsprocessen används Prator som är ett digitalt system för överrapportering mellan slutenvård och kommuner för hälso- och sjukvårdspersonal samt biståndshandläggare. För uppföljning gällande utskrivningsprocessen har hälso- och sjukvårdspersonal och biståndshandläggare i Gnesta kommun regelbundna samverkansmöten. Mötets syfte är att säkerställa att patientens övergång mellan slutenvård och öppenvård blir så säker som möjligt och att de rutiner som finns framtagna följs. På mötet kan även eventuella problem som förekommit diskuteras och lösningar tas fram.
Samverkan mellan länets kommuner	Länets MAS/MAR nätverk samverkar regelbundet genom fysiska alternativt digitala möten. Syftet är att ge stöd och att driva gemensamma frågor exempelvis läkemedelsgranskning och gemensamma riktlinjer/rutiner.
Avvikelseberapportering	Alla avvikelser som inkommer till Gnesta kommun från extern vårdgivare utreds och besvaras. I de fall där avvikelsen är gemensam har dessa även utretts gemensamt.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Kommunen har en övergripande informationssäkerhetspolicy. Alla uppgifter som rör patientens personliga förhållanden, till exempel hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata förhållanden, skyddas av sekretess. Det gäller allt personal ser, hör eller på annat sätt får reda på i arbetet som kan betraktas som privata uppgifter (till exempel förmågor, egenheter, åsikter mm). Som regel får detta bara lämnas ut till andra än de som vårdar patienten om hen själv har lämnat sitt medgivande. Därför ska samtycke inhämtas från patienten innan uppgifter lämnas ut till anhöriga eller andra vårdgivare om hans eller hennes mående.

Genomförd uppföljning och egenkontroll av informationssäkerhet:

Som vårdgivare ska Gnesta kommun utföra slumpmässig kontinuerlig loggkontroll, för att upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Loggkontroller utförs för att kontrollera om en person som inte är behörig har kommit åt patientuppgifter, samt att hindra personal från att läsa uppgifter på patienter som de inte har en vårdrelation till.

Loggkontroller i verksamhetssystemet Treserva genomförs regelbundet i samtliga verksamheter som använder systemet.

Loggkontroll har inte genomförts i Nationell patientöversikt [NPÖ] eller i Prator. Detta är något som behöver tas fram rutiner för under 2023.

Inga intrång eller incidenter gällande patientjournaler har rapporterats under 2022.

Hel journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournaler har inte utförts av MAS/MAR på grund av nytt journalsystem juni 2022. Fokus har varit att stödja och förbereda övergång samt underlag till nytt journalsystem för att kunna påbörja processer och frastexter. Nya granskningsmallar har tagits fram under året för MAS samt kollegialgranskning med uppstart 2023. Läs om utförd granskning under Rubrik: Agera för säker vård sid. 12.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Verksamheter som bedrivs har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Strålskyddsmyndighets krav.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Förvaltningen strävar efter att arbeta med evidensbaserad praktik. Förutom att lyssna på patientens uppfattningar och önskemål, ska vi ha vetenskaplig baserad kunskap om det vi gör hjälper eller åtminstone inte skadar. Förvaltningen ska följa upp och kunna redovisa vad som utförts och vilken vetenskaplig kunskap som ligger till grund för hur vi handlar. Socialnämnden i Gnesta kommun har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds (inom ansvarsområdet) uppfyller hälso- och sjukvårdslagets krav på god vård. Förvaltningen har under 2022 påbörjat ett systematiskt och övergripande arbete inom patientsäkerhet. Som stöd i det arbetet har *Sveriges kommuner och regioner* [SKR] analysverktyg för patientsäkerhet använts, som beskrivs närmre under rubrik nedan.



Analysverktyg patientsäkerhet - SKR

För att stärka och stödja patientsäkerhetsarbetet finns ett nationellt analysverktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård.

Verktyget utgör ett stöd för att:

- genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet i kommunen eller regionen.
- identifiera utmaningar för en säker vård samt teman där det saknas information om nuläget.
- identifiera och prioritera bland insatser för att möta utmaningarna och därmed stärka patientsäkerhetsarbete på lång sikt och i omställningen till en nära vård.
- skapa en samsyn kring styrkor och förbättringsområden för en god och säker vård.
- skapa en grund för framtagande av lokala handlingsplaner.

Analysens utfördes i förvaltningen november/december 2022 (om analysens utförande se sid: 16).

Adekvat kunskap och kompetens

Övergripande nivå:

Gnesta kommun har under våren 2021 tecknat avtal med SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) om att ingå i ”Yrkesresan - en satsning på kompetensutveckling”. Yrkesresan är ett koncept för introduktion och kompetensutveckling i socialtjänsten via SKR. Projektet pågår mellan 2021–2027 och totalt ska fem yrkesresor produceras för olika verksamhetsområden inom socialtjänsten.



Verksamhetsnivå:

Utmaning:	Orsak/Åtgärd:
Personalförsörjning	En av de största utmaningarna inom hälso- och sjukvård de närmaste trettio åren kommer att vara personalförsörjning. Statistik visar att andelen personer i arbetsför ålder kommer att minska kraftigt samtidigt som andelen äldre över 80 år kommer att öka. Förvaltningen har tillsammans med HR-enheten under 2022 utvecklat arbete för att öka och förbättra rekryteringsmöjligheter.
Kompetensinventering	För att veta ett nuläge och behov av kompetens har enhetschefer inventerat och identifierat brister samt kartlagt behov på individ och enhetsnivå under 2022.
Bristande språkkunskaper	Utbildning ”Kombo” vårdbiträde – i samverkan med Vuxenutbildning (& NTI) Läser svenska parallellt med vårdbiträdesutbildningen, med extra pedagoger på plats ”Yrkesvenska” Språkutbildning för anställd vård- och omsorgspersonal i samarbete med Vuxenutbildningen Gnesta kommun, på plats finns utöver lärare extra pedagoger för stöd.Handledning och stöd av leg. personal
Utbildningsplan	Under 2022 har det även påbörjats ett arbete med att ta fram en utbildningsplan för vilka årliga utbildningar (främst digitala) som skall genomföras av samtlig fast anställd personal samt vikarier, alla yrkeskategorier, inom avdelningarna äldreomsorg, LSS samt barn, unga, vuxna. Detta för att säkerställa att rätt kompetens upprätthålls för samtlig personal i dessa verksamheter. Planen beräknas slutföras under 2023
Kliniskt tränings centrum	Behovet av att ha ett Kliniskt träningscentrum (KTC) har uppmärksammats under året. Ett KTC kan underlätta för personal att få träna på praktiska uppgifter som förekommer inom hälso- och sjukvård (som lyfteknik, såromläggning katetersättning etc) för att känna sig säkrare i utförandet. Ett KTC kan även användas vid delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Planerad uppstart vår 2023.

Utmaning:	Orsak/Åtgärd:
Ny lag: Smittförebyggande insatser	Utifrån ny lag smittförebyggande insatser, har en rutin och arbetsstruktur tagits fram under 2022 – implementering 2023. Där hygienombud får ett tydligare uppdrag.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Vård och behandling ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om denne önskar även de anhöriga/närstående. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål på verksamheten ska delges alla vårdtagare och anhöriga/närstående. Vid ankomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering inbjuds vårdtagare in och i många fall även anhöriga att delta i att planera omvårdnaden. För att förebygga vårdskador informeras det om kvalitetsarbetet i kvalitetsregistret Senior alert och BPSD och hur vi tillsammans kan förebygga fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen samt vårdrelaterade infektioner. Brukarråd eller anhörigträffar har varit varierande under året på grund av pågående pandemi där restriktioner växlat under året. I förvaltningens nya journalsystem som är uppbyggt enligt en processvy, har patientens önskemål om sin vård en naturlig del i flödet som byggs upp. Patient som medskapare är något som behöver utvecklas ytterligare och bli en självklar del i våra verksamheter, det pågår ett större arbete kring omställning till Nära Vård där medskapandet tydligt framgår i målbild och fokusområden.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Nära Vård – en organisatorisk omställning

Runt om i Sverige pågår omställning till nära vård. Omställningen syftar till en sjukvård och omsorg som utförs med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar. Det kommer att krävas en hälso- och sjukvård som är flexibel, kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet. Det leder till att samverkan behöver utvecklas än mer för att kunna möta vårdbehoven vi har framöver. Uppdrag Nära Vård kommer från Regeringen, Sörmlands Län har ett projekt för att samverka i arbetet som drivs av FoU med projektledare. Varje kommun har sedan en lokalt utsedd processledare med syfte att fungera som kanal mellan Kommun – FoU- Region för informationsflöde. Under 2022 har länet gemensamt beslutat om en målbild för Nära Vård som sträcker sig till 2035, samt fokusområden från 2023-2027.

Målbild i korthet:

Tillsammans – genom delaktighet och samordning med individens fokus

Nära – genom tillgänglighet och kontinuitet

God hälsa, vård och omsorg – genom hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser

Fokusområden:

- Personcentrering
- Hälsöfrämjande och förebyggande

Flertalet aktiviteter (som ägs av Region och Kommuner tillsammans) är pågående, exempelvis revidering av utskrivningsprocess och rutiner för att anpassas till omställningen. Varje Kommun har representanter i dessa arbetsgrupper. Kommunen behöver arbeta vidare med Nära Vård på lokalnivå. På sikt kommer Nära Vård genomsyra flertalet av våra verksamheter och det kommer krävas en större omställning gällande vård och omvårdnad för att kunna möta framtida behov. Hur och på vilket sätt, det är där projektet ska vara ett stöd. Under 2022 har aktiviteter påbörjats inom Nära Vård exempelvis:

- Utbildning och workshops för ledning och enhetschefer i Nära Vård som uppdrag, SKR analysverktyg samt Länets Målbild.
- Ett projekt i hemtjänst ”Håll kontakten” ett Forskningsprojekt via Umeå Universitet för att upptäcka och förebygga ensamhet hos äldre (pågår hela 2023, i Björnlunda hemtjänst) Gnesta är en av två kommuner i Sverige som deltar.
- Informationssida uppbyggd både på intern och extern hemsida.

Förvaltningen är aktiv i omställningen till Nära Vård. Såväl internt som externt driver Gnesta kommun dessa frågor framåt, med fortsatt arbete och implementering av både omställning och kopplade aktiviteter under 2023.

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. För en schematisk översikt av Egenkontrollplan för 2022 se Bilaga 1.

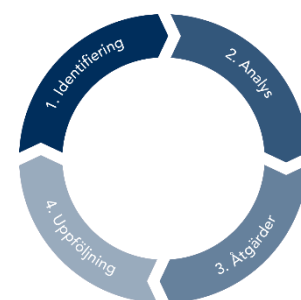
Agera för säker vård – Förvaltningsövergripande åtgärder

Förvaltningen kartlagde under 2022 ett behov av förhöjd systematisk egenkontroll för ökad patientsäkerhet, utifrån att nationella krav och behov förändras. Som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet har det under hösten 2022 arbetats fram ett årshjul för patientsäkerhet som speglas av en uppdaterad internkontrollplan. Ny internkontrollplan för 2023 se Bilaga 2.

För att kunna utöva egenkontroller fullt ut enligt den nya internkontrollplanen kommer den under 2023 behöva kompletteras med framtagande av indikatorer och stöddokument.

Ett fortlöpande förbättringsarbete har pågått under året, så som: Journalgranskning, Läkemedelskontroll, Hygienarbete, punktprevalensmätning samt kvalitetsregister.

Nedan presenteras ett utplock av egenkontrollresultaten av vikt.



Avvikelse – Se Rubrik Avvikelse sid 19.

Journalgranskning

Varje månad sammanställs KVÅ koder (Klassifikation av vårdåtgärder) från det digitala verksamhetssystemet och sänds in till Socialstyrelsen. KVÅ kan användas för att beskriva planerade och utförda vårdåtgärder (utreda, förebygga, behandla och följa upp) i processen. Förvaltningen har sedan 2017 sändt in KVÅ koder till Socialstyrelsens nationella register. Syftet med inrapporteringen till registret av KVÅ är att skapa statistik över utförda vårdåtgärder av legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård som kan användas för uppföljning, utvärdering, kvalitetsarbete. Vid införandet av det nya digitala

verksamhetssystemet följer nu förvaltningen fullt ut Socialstyrelsens urvalsrekommendation gällande KVÅ, det nya systemet har visat på förbättrat resultat.

Exempel: Augusti 2019 sändes 173 rader/KVÅ koder in till Socialstyrelsen (antalet inskrivna 257 personer) Augusti 2022 sändes 761 rader/KVÅ in till Socialstyrelsen (antalet inskrivna 263 personer) Antalet KVÅ koder är en del i och indikerar en stärkning av vårt systematiska patientsäkerhetsarbete gällande dokumentation.

Läkemedelskontroll

Kontroller av läkemedelsrum har utförts enligt schematisk översikt Internkontroll (se Bilaga 1) Det förekom vissa brister av lägre allvarlighetsgrad, inga avvikelser av hög allvarlighetsgrad återfanns. Ny Riktlinje gällande Läkemedelshantering tillkom under HT 2021, under vår 2023 kommer omfattande revidering av lokal läkemedelsrutin ske. (Extern granskning, sammanfattning återfinns under Rubrik: Stärkt analys, lärande och utveckling sid. 18).

Hygienarbete

Kontroll av basala hygien- och klädrutiner har genomförts i våra verksamheter. Överlag har ett godtagbart resultat uppnåtts vid kontroll, i samtliga verksamheter. Det som förekom, som kan förbättras var:

- Användning av handsprit innan omvårdnadspersonal tar på skyddshandskar
- Förekomst av ringar och långa naglar (enskilda fall)
- Brister i hur ett munskydd ska användas

Åtgärder har satts in på de områden där vi har ett förbättringsbehov, exempelvis instruktionsfilmer och nytt stöddokument. För att belysa och utveckla arbetet har det under maj månad även varit en ”handkampanj” där olika förebyggande insatser erbjöds till våra medarbetare och verksamheter, med förhoppning om att det blir ett årligt återkommande evenemang.

Socialstyrelsen beslutade i juni 2022 om nya föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder gällande SoL och LSS. Syftet med författningen är att stärka verksamheternas förutsättningar att förebygga och förhindra smitta och smittspridning och därigenom bidra till insatser av god kvalitet. Utifrån det har en ny rutin tagits fram, där hygienombud ute i våra verksamheter får ett större ansvar. Hygienombud har erhållit utbildning av MAS kring lag och ny smittförebygganderutin, arbetsstrukturen börjar gälla from 2023.

PPM

Av landets 290 kommuner medverkade 158 kommuner i mätningen. Det har skett en ökad medvetenhet och fler kommuner mäter följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, 2019 deltog 73 kommuner och 2022 deltog 158 kommuner. Resultaten visar att följsamheten till samtliga åtta steg för basala hygienrutiner och klädregler ligger på 65,3 procent våren 2022 i landet.

Gnesta kommun

Gnestas resultat uppmäts till 72 procent. Generellt är det desinfektion av händer innan patientnära arbete som har lägre frekvens än övriga hygieniska åtgärder. Det totala antalet deltagare landade på 70 personer, vilket är godtagbart. Resultatet behöver förbättras, och flertalet åtgärder är vidtagna, se ovan.

Socialförvaltningen Gnesta kommun kommer fortsätta det nationella deltagandet men även göra en intern PPM mätning under hösten 2023. Detta i kombination med övriga förebyggande åtgärder stärker vår kvalitet och preventiv arbete gällande basala hygien och klädrutiner, samt på sikt höjer vårt resultat i PPM mätning.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Har vården varit säker

Den som upptäcker en avvikande händelse ska skyndsamt göra de nödvändiga åtgärder som behövs för att förhindra att någon drabbas av en vårdskada. Om en vårdskada redan uppstått ska åtgärder genomföras så att vårdskadan får en så liten negativ effekt som möjligt för den drabbade. Händelser ska alltid bedömas, åtgärdas, utredas och följas upp där dessa har inträffat. Om händelsen under eller efter utredning bedöms vara av betydande och/eller katastrofal karaktär ska alltid MAS/MAR kontaktas för att eventuellt ta över utredningsuppdraget. Det finns en förvaltningsövergripande process gällande förfarandet vid Lex Sarah/Lex Maria.



Fyra händelser har under året utretts av MAS/MAR gällande vårdskada alternativt risk för vårdskada.

- En utredning påvisade inga brister från verksamheten eller allvarlig vårdskada.
- En händelse visade sig vid utredning inte gälla HSL, utan blev en Lex Sara (se Kvalitetsberättelse för lex Sarah)
- En händelse visade sig vid utredning inte gälla HSL utan i samråd med IVO var ett personalärende som är behandlat av ansvarig enhetschef.
- En händelse gällande HSL uppdrag utförare hemtjänst december 2022 bedöms som risk för vårdskada, utredning pågår av MAS gällande Lex Maria.

Utredning och händelser på verksamhetsnivå beskrivs vidare under rubrik: Avvikelser sid. 19.

Bedriva säker vård kräver kunskap och kvalitet. För att vården ska vara säker behöver den bedrivas på individ, verksamhet och förvaltningsnivå. För att uppnå det har det under 2022 pågått arbete för utveckling inom området exempelvis: vedertagna kvalitetsregister, deltagit i PPM, ny internkontrollplan samt strukturerat arbete utifrån tidigare nämnda verktyg från SKR för att kunna skapa en patientsäkerhetsplan. Dessa omställningar tar tid, målet är att ha kommit första steget till 2024. I uppstartsarbetet handlar det inte i första hand om att erhålla ett visst resultat i dessa mätningar och verktyg, steg ett är att säkerställa användandet av verktygen i verksamheterna, så att de blir en naturlig del i ett strukturerat förbättringsarbete.

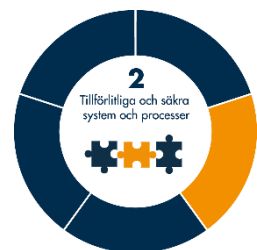
Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

System

Under 2021 kartlades ett behov av utveckling och förbättring av förvaltningens digitala verksamhetssystem. Ett nytt system upphandlades, systemet ökar patientsäkerheten och stödjer det systematiska förbättringsarbetet genom att det utgår från Socialstyrelsens rekommendation av nationellt fackspråk. Systemet är uppbyggt i processer där patienten som medskapare är en tydlig del i flödet, processen erbjuder även tillgång till information för vård- och omsorgspersonal hur vården ska genomföras. Det innefattas även av Strukturerad terminologi och frastexter uppbyggt via ICF och KVÅ, i



enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. (Se förbättring KVÅ under rubrik: Journalgranskning sid. 12). Arbetet behöver fortgå med implementering och utbildning under 2023.

Arbetsprocesser

Det förekommer gode exempel ute i våra verksamheter, det som framkom i analysarbetet med patientsäkerhetsberättelsen för 2021, var att det inte fanns någon gemensam bild, utan var enhetschef har skapat sitt eget system (om än i flera fall välfungerande). Det i sin tur påverkar hur säkert en process eller ett system upplevs. Under 2022 har ett arbete bedrivits med detta i fokus, exempelvis: genomgång av rutiner och andra stöddokument som kan skapas gemensamt samt arbete med SKR analysverktyg. Under 2022 har en god grund lagts för att kunna arbeta vidare under kommande år.

Arbete i samverkan Primärvård

Gnesta kommun har avtal om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården som främst berör äldreomsorgen, vård- och omsorgsboenden samt hemsjukvård. Avtalet följs upp årligen genom fastställt checklista. Syftet är att säkerställa kvaliteten i givna insatser och identifiera eventuella brister samt inhämta underlag till förbättringsarbete. Rapporten delges Hälsoval, vilka ansvarar för fördelning av SÄBO till respektive vårdcentral.

Vid uppföljning av 2021 års insatser uppdagades det vissa brister främst i anslutning till avtalad tid gällande läkarinsatser samt att den lokala överenskommelsen i sig behövde revideras. Under 2022 har en omfattande revidering av det lokala avtalet (kallat: lokal överenskommelse) utförts, det innefattar nu en tydlighet mellan huvudmännens ansvarsområden och en struktur på en mer detaljerad nivå.

Överenskommelsen har även erhållit sju bilagor som ska vara som stöd till legitimerad personal oavsett huvudman i samverkan. Alla parter har varit positiva i processen och den tydlighet som skapats, överenskommelsen träder i kraft 2023, med årlig uppföljning i maj och november.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Är vården säker idag – exempel ur verksamheterna

Område	Beskrivning
Dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalen	Under 2022 har ett arbete pågått med att utbilda legitimerad personal i dokumentation inom ICF (internationell kvalifikation av funktionstillstånd) och KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder). Dock finns fortfarande brister i dokumentationen och arbetet med utbildning och stöd planeras att fortsätta även under 2023
Basal hygien	Uppstart med PPM och BHK mätning, ”Handkampanjmånad” för att sätta fokus på området samt ny hygienrutin.
Kunskap hos omvårdnadspersonal	Kompetensinventering, Uppstart gällande vedertagna webbutbildningar rekommenderade av Socialstyrelsen, Nytt delegeringsutbildningsmaterial har tagits fram intern för förvaltningen. Behov av ett kliniskt träningscentrum har framkommit.
Demensvård	Demensdagvården har under året fortsatt att utveckla ett personcentrerat arbetssätt bland annat genom att använda levnadsberättelsen. Alla enheter på särskilt boende har under året fortsatt att arbeta med Socialstyrelsens målnivåer för indikatorer med fokus på: individuella miljöanpassningar i genomförandeplanen. Både demensdagvården och alla enheter på särskilt boende har

Område	Beskrivning
	arbetat med att utforma bra genomförandeplaner enligt den nya arbetsmodellen IBIC.
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	Ett fortsatt arbete med att förnya och förbättra utbildningen inom läkemedelshandling har skett under 2022. Två sjuksköterskor har varit ansvarig för samtlig utbildning för att få en bra kvalitet på utbildningen.
Rapportering mellan yrkeskategorier	Säkra och stödjande överrapportering, genom information och utbildning i SBAR samt framtagande av rapporteringskort.
Teamkonferens	Under året har ett arbete pågått med att återinföra teammöten med legitimerad personal och omvårdnadspersonal. för att öka samverkan och patientsäkerheten, utifrån den rutin/struktur som togs fram 2021.
Rapportering av avvikelser enligt PSL	Arbete med att öka kunskapen hos vård- och omsorgspersonal om att rapportera avvikelser har gått framåt men behöver fortsatt utveckling.
Revidering Rutiner	Fortsatt arbete med rutiner, ”nystart” alla rutiner går igenom för att skapa en bra grund framåt.

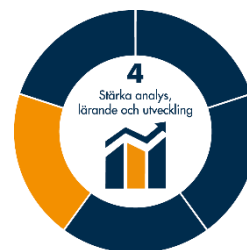
Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Arbete med att ta fram ett hållbart arbetssätt för riskhantering och patientsäkerhet har påbörjats och kommer fortsätta under 2023. Det är idag inte implementerat i verksamheterna, vilket är en brist då riskanalyser motverkar att avvikelser inträffar, och skulle kunna nyttjas i en högre grad än vad som görs idag. En plan för att införa arbetet med riskanalyser kopplat till patientsäkerhet inom samtliga verksamheter behöver tas fram under 2023-2024.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvalitet och säkerhet ökar och risken för vårdskador minskar.



SKR-analysverktyg för patientsäkerhet

Som tidigare nämnt i patientsäkerhetsberättelsen har analys utförts. Analysen består av totalt 100 frågor inom 5 olika fokusområden med ett avslutande avsnitt som berör helhetsbilden av grundläggande förutsättningar gällande patientsäkerhetsarbete.

Fokusområden:

1. Ökad kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärkt analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap
6. Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet (ej ett område i analys utan en avslutande helhetsbild med 36 frågor).

Varje fråga har en femgradig svarsalternativskala, graderade från inte alls - till helt uppfyllt. Då analysen har utförts på en strategisk nivå kan det finnas lokala avvikelser åt båda håll i våra verksamheter på en enhetsnivå. Förbättringsutrymme finns inom samtliga fem områden, det som är positivt att vi under året genom det påbörjade arbetet med systematisk patientsäkerhet har åtgärdade, pågående eller uppstartade

aktiviteter inom alla fokusområden. Under område *Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhet* fanns det två områden som behöver fokuseras på framöver:

- Säkerhetskultur
- Patienten som medskapare

Analysens resultat ligger till grund för handlingsplan för patientsäkerhet som ska tas fram 2023.

KVALITETSREGISTER

Senior Alert

Registrering sker via riskbedömning med vidtagna åtgärden och resultat inom område: fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Vid kontroll av register och utdrag av statistik (se Bilaga 4 för schematisk översikt) har riskanalyser utförts med högt procentuellt genomförande, dock svårt att utläsa om de åtgärder som framkommit har implementerats eller inte. Även antalet registreringar inom vissa enheter är lågt till antalet, sannolikt kopplat till Hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsbelastning under pandemi och antal i personalstyrka, som inte varit fulltaligt. Det saknas rutin och arbetsmetod för Senior Alert, det behöver verksamheterna ta fram under kommande år. De enheter där det sker strukturerade teamträffar har en högre grad av genomförda Senior Alert registreringar.

BPSD – Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Demenssamordnare har tillsammans med omvårdnadspersonal även i år fokuserat på personer med hög BPSD-problematik. Där av ligger Gnesta kommuns snitt av registreringar i NPI-skalan högre än både Södermanland och Riket. Antalet är för lågt för att skapa en statistiskbild där avidentifiering kan garanteras. Fortsatt arbete kommer ske under 2023, där målet är att alla vårdgivare med demens ska vara registrerade i BPSD-registret samt att uppföljningsarbetet ska förbättras.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Legitimerad personal dokumenterar i registret de vårdtagare som avlider inom våra verksamheter där vi har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Spindeldiagram, se bilaga 5A, visar Gnesta kommuns resultat för förväntade dödsfall (grönt) i förhållande till Socialstyrelsens målvärden (rött) för fastställda kvalitetsindikatorer.

Kvalitetsindikatorer som mäts:

- Dokumenterat brytpunktsamtal
- Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott
- Ordinerad injektion ångstdämpande vid behov
- Smärtskattats sista levnadsveckan
- Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan
- Utan trycksår (kat 2–4)
- Mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

Analys: Personer som vårdas i livets slut inom Gnesta kommun får en god vård. Ingen som inte så önskar behöver dö ensam (gäller förväntade dödsfall) Förbättring krävs främst för munhälsobedömning och dokumenterad smärtskattning. En palliativ handlingsplan kommer att tas fram VT 2023 som en del i att stödja och förbättra arbetet.

Palliativa registret sett till län och rike

Spindeldiagram (se bilaga 5) 5B visar länets resultat och 5C visar rikets resultat av förväntade dödsfall (grönt) i förhållande till Socialstyrelsens målvärden (rött) för fastställda kvalitetsindikatorer.

Analys: Diagrammen visar att det är samma kvalitetsindikatorer som behöver förbättras, och stämmer även in på förbättringsbehov kommunal nivå.

EXTERN GRANSKNING

Externgranskning – Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Granskning utfördes av Apotekare från Kronans Apotek 220914, fokusområdena för årets kvalitetsgranskning var:

- Narkotikahantering
- Tillgång och användning av läkemedelslista
- Läkemedelshantering och lokala rutiner
- Insulinordinationer
- Städ rutiner för läkemedelsskåp/förråd och arkivering

I sammanfattning av granskning framkommer det förbättringsområden, områden att åtgärda under året: Uppdaterad städrutin, säkerställa att narkotikakontroll utförs enligt rutin, Ifall insulin eller annat biologiskt läkemedel ges till patient från akut-/buffertförrådet måste batchnummer antecknas i patientensjournal för att säkerställa spårbarhet. För att ge verksamheten ett bättre stöd gällande läkemedelshantering kommer det att tas fram en ny lokal rutinmall under 2023, i linje med revideringar i styrande dokument ”Läkemedelshantering i Sörmland”.

Extern granskning – Hygiensjuksköterskor

Hygiensjuksköterskor från Regionen utför granskning/hygienrond 2ggr/år, vår: Ekhagen höst: Åsbacka i hälso- och sjukvårdspersonal och hemtjänstpersonalens lokaler. Det hygienrond observerar är att det är trångbodda enheter, förekom nedslag gällande vårdhygien kopplat till lokaler och slitage. Övriga synpunkter: Uppdatera/revidera städrutin, personal bör utföra självskattningar mer kontinuerligt gällande hygien samt vid introduktion av nyanställd inom omvårdnad och omsorg behövs en förvaltningsövergripande rutin för utbildning inom basal hygien.

Extern granskning. Utskrivningsklar [UK] datum

Regionen utför en sammanställning gällande UK datum i länet, se schematisk vy Bilaga 6. Kommunen har ett väl godtagbart datum för hemtagande av sina vårdtagare som vistats ineliggande på slutenvård. Regionen påtalar att det är en god dialog med Gnesta kommun och ett fungerande samarbete i ärendet.

Extern granskning – Inspektionen för vård och omsorg [IVO]

IVO genomför en nationella granskningar av verksamheter inom äldreomsorgen kopplat till covid-19. Den första tillsynen som genomfördes i april 2020 fokuserade på smittspridning inom äldreomsorg, hemtjänst och LSS-boenden. Den andra tillsynen påbörjades i maj 2020, tillsynen granskar förutsättningar för individuell vård och behandling för boende på SÄBO (äldre). En markörbaserad journalgranskning har utförts med period 2019–2020, alla landets kommuner har sänt in journal utifrån uppgifter. Under hösten 2022 följde IVO upp tillsynen med ett besök i kommunen, där de träffar sjuksköterskor, patienter och ledning. IVO har i tillsynen granskat fyra områden:

- Individuell bedömning och kompetens
- Kontinuitet och dokumentation
- Läkemedel
- Vård i livets slutskede

IVO har bedömt att Gnesta kommun har brister inom alla fyra områden. Förvaltningen har ett pågående eller planerat förbättringsarbete inom samtliga områden vilket kan ses som en styrka att förvaltningen själva har kartlagt samma brister och behov som IVO. Beslut och åtgärder kommer under 2023.

Extern granskning – Länsövergripande gällande utskrivningsprocess 65+

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Sörmland och länets alla kommuner genomför EY en samordnad granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter. Syftet är att ge underlag för att bedöma om regionstyrelsen och respektive kommunal nämnd med ansvar för social omsorg säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas. Fokus i granskningen är äldre patienter 65+. Resultat och åtgärder beräknas till början av 2023.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Interna avvikelser - kontroll

Inrapportering av avvikelser sker i kommunens digitala avvikelssystem (Treserva). Inrapporteringen innehåller brister. Mas har utfört kontroll av hur risker och avvikelser hanteras i det digitala avvikelssystemet (Treserva) löpande under året.

Det som framkom som förbättringsområden gällande hantering av avvikelser på verksamhetsnivå:

- Beskriven risk och händelseanalys
- Beskrivna åtgärder
- Beskriven uppföljning

Avvikelse lyfts på APT i verksamheterna, sannolikt insätts åtgärder, dock går det inte att avgöra om några effekter uppnås, då det oftast inte dokumenteras i rapportmodulen. Rutin för avvikelshantering på verksamhetsnivå finns, det förekommer variation i hur den efterlevs. Vissa verksamheter arbetar aktivt med avvikelser, enligt rutin och det går att följa statistik och trender, medan andra verksamheter inte kommit lika långt i det arbetet. Det påverkar sammantaget resultat, och bedömning av förebyggande patientsäkerhetsarbete. För att få samlad statistik till patientsäkerhetsberättelse har Mas utfört sökning av avvikelser.

Interna avvikelser – statistik

Statistik för årets avvikelser presenteras schematiskt i Bilaga 3 tabell 3A. Avvikelse kan granskas på olika nivåer/sökord. Förvaltningen har tidigare valt att följa fyra grupper/sökord inom HSL.

HSL grupper/områden som följs:

- Fall
- Medicinskteknisk produkt
- Omvårdnad och övriga områden
- Läkemedel

Från och med i år 2022 ändras sökord för att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Avvikelse inom grupp ”Omvårdnad” utgår, men presenteras och följs inom ramen för kvalitet i kvalitetsberättelse, inom det lagrum området tillhör.

HSL grupper/områden som följs från 2022:

- Fall
- Medicinskteknisk produkt
- Läkemedel
- Vård, behandling och provtagning
- Vårdrelaterade infektioner/VRI

Interna avvikelser - sammanfattad bild av årets avvikelser/mot tidigare år

Toppar/trender kan följas under året gällande avvikelser, säkerligen förekommer fortfarande ett visst mörkertal/avvikelse som inte skrivs. Av vikt att fortsätta motivera medarbetare att dokumentera avvikelser för utveckling ska kunna ske. Som tidigare nämnt är det analysarbetet som behöver förbättras – som kan leda till förebyggande insatser och ökad patientsäkerhet. Utifrån toppar i statistik har dialog först med verksamheter i analysarbetet samt kontroll av avvikelser, där några orsaker till årets resultat framkom:

- Höga trender – Fall – individbundna ärenden (åtgärder insatta av respektive verksamhet)
- Läkemedel – stress, låg bemanning/få personal på plats
- Brister i planering och kommunikation

Bilaga 3, tabell 3 B är en schematisköversikt gällande avvikelser över tid, fördelningen av avvikelser är liknande mot tidigare år. Orsak till nedgång i år kan härledas till byte av journalsystem i juni 2022 och

viss osäkerhet förekom i verksamheterna vilken modul som skulle användas vid avvikelshantering. Ett lägre antal av ”nya” sökord härledes dels till att incidenterna inte är så vanligt förekommande, samt att verksamheterna inte fullt ut är igång med att nyttja dessa, mänsklig faktor.

Interna avvikelser - Läkemedel

Avvikelser som tillhör gruppen läkemedel presenteras separat i Bilaga 3 utifrån att det är avvikelser som kan ha en hög risk. Tabell 3C visas en enkel uppställning av de olika avvikelsetyper som är vanligast förekommande inom området. Vid analysarbetet av avvikelser har insulinhantering påvisat brister, här har utbildningsinstanser utförts och nytt delegeringsmaterial tagits fram under 2022. Hanteringen av avvikelser är ett förbättringsområde för verksamheterna kommande år, för att arbeta mer proaktivt med exempelvis läkemedelsincidenter.

Externa avvikelser

Avvikelser mellan Gnesta kommun och Regional slutenvård Sörmland

Avvikelsehantering har tidigare skett via Regionens digitala avvikelssystem Synergi. Under 2022 har Gnesta kommun valt att gå ur systemet, då det enbart var två kommuner av nio i länet som använde Regionens system samt att det fanns utmaningar i hanteringen av systemet som extern användare. From. höstterminen 2022 sker hanteringen analogt/pappersledes, vilket har fungerat väl.

Antal:

- Gnesta kommun har fått in 6 avvikelser från Regionen
- Gnesta kommun har sänt 9 avvikelser till olika enheter inom Regionen.

En avvikelse av allvarigare karaktär har förekommit från Gnesta kommun till Region gällande utskrivningshantering och information. Huvudmännen hade gemensamt möte med klinikchefer för att analysera och undvika upprepning. Både huvudmännen ser positivt på dessa dialoger för samverkan och förbättring för patient. I övrigt har inga avvikelser av allvarlig grad förekommit. Det som går att utläsa vid granskning är att båda huvudmännen kan förbättra uppföljningshantering. Uppföljning sker säkerligen ute i respektive verksamhet men går inte att utläsa, för att komma ett steg närmre det förebyggande arbetet är det av vikt framledes.

Avvikelser mellan Gnesta kommun och Regional Primärvård Sörmland

Inga avvikelser har förekommit mellan huvudmän 2022.

Avvikelser mellan Gnesta kommun och Folkandvård

Inga avvikelser har förekommit mellan huvudmän 2022.

Avvikelser mellan Gnesta kommun och Hjälpmedelscentralen

Inga avvikelser har förekommit mellan huvudmän 2022.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

För att det ska bli enklare för vårdtagare, närstående samt medborgare att framföra sin åsikt har Socialförvaltningen under året tagit fram en ny process för synpunkter och klagomål. Förvaltningen har en låg grad av inkomna synpunkter och klagomål, om det kännetecknar en höjd nöjdhetsgrad alternativt att tidigare process för att lämna ett klagomål eller synpunkt har brister är svårt att bedöma.

De flesta klagomål gällande patientsäkerhet hanteras direkt av verksamheterna. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har fått in synpunkter från vårdtagare eller närstående via telefonsamtal. Synpunkterna har varit inom samma område, de gäller:

- Oro för pandemi, exempel på frågor: vaccinering, ovaccinerad personal, munskydd, besök på särskilt boende
- Varierande användning av munskydd av vård- och omsorgspersonal (dock ska här tydliggöras att alla insatser inte kräver munskydd utan enbart de med nära omvårdnad)
- Avsaknad av kontinuitet i hemtjänst, många olika omvårdnadspersonal, otrygghet för vårdtagare

Klagomål och synpunkter som inkommit till förvaltningen, via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg har varit två under året, båda från patientnämnd. Synpunkterna är besvarade i tid, enligt gällande rutin och praxis, ingen återkoppling har erhållits av Patientnämnd.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens. Under 2022 har inget övergripande arbete utifrån riskmedvetenhet och beredskap utförts inom hälso- och sjukvård. Detta är något som behöver ses över under kommande år.



Dock kan vissa risker ses framöver gällande den framtida kompetensförsörjningen av legitimerad personal. Det är en brist som redan nu märks av och under året har åtgärder vidtagits såsom vidareutbildning till specialistsjuksköterska (5 individer har pågående utbildning) samt utökad bemanning av legitimerad personal. Dessa åtgärder stärker både beredskap och riskmedvetenhet samt ökar konkurrenskraft som attraktiv arbetsgivare.

Hur vi kommer att arbeta patientsäkert i framtiden

Nedan presenteras i korthet ett urval av åtgärder under 2023 som stärker riskmedvetenhet och beredskap.

Åtgärd	Beskrivning
Patientsäkerhetsplan	En förvaltnings övergripande handlingsplan för patientsäkerhet där riskmedvetenhet och beredskap ingår.
RiksSår	Socialstyrelsen rekommenderar 4 kvalitetsregister för att säkra kvalitet, förvaltningen har idag tre av dem som rekommenderas, under 2023 kommer även det fjärde kvalitetsregistret implementeras: RiksSår.
MittVaccin	Kommuner i Sörmland har ingått avtal med Regionen att nyttja samma vaccinationsregister. Det säkrar och ökar kvalitén i vaccinationsförfarandet.
Patientsäkerhetsrapport till nämnd 2ggr/år	För att nämnd som ansvarig vårdgivare ska kunna anta en mer proaktiv roll, har patientsäkerhetsrapporter erhållits 2ggr/år under 2022, med plan att fortsätta under 2023.
Samverkan Nära Vård	Samverkan mellan kommuner i länet samt Kommun och Region stärker riskmedvetenhet och beredskap på en övergripande nivå med ökad samsyn.
Förbättrad avvikelshantering	Ökad kunskap i avvikelshantering i våra verksamheter ökar möjligheterna till ett mer preventivt arbete.
Patientsäkerhetsvecka	För att öka medvetenheten kring att patientsäkerheten förekommer i all vår verksamhet och ett ökat delägarskap med enheterna för ökad kunskap och förståelse, införs patientsäkerhets vecka, ett samarbete mellan länets alla kommuner.
Handlingsplan palliativ vård	Utifrån resultat i kvalitetsregister samt Ivo rapport kommer en handlingsplan att tas fram under 2023.

Åtgärd	Beskrivning
KTC	För att kompetenssäkra och öka beredskap och flexibilitet hos personal, startar förvaltningen ett eget kliniskt tränings centrum.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Utifrån förra årets (2021) patientsäkerhetsberättelse framkom det att utmaningar finns inom samverkan och kontinuitet i våra verksamheter. Det framkom även förbättringsområden i vilken grad granskningar och kontroller genomförs. 2022 års patientsäkerhetsarbete har ägnats åt att skapa en grund för det, samt att återuppta och vidareutveckla det övergripande systematiska patientsäkerhetsarbetet, som har fått stå tillbaka under en längre tid. Varför patientsäkerheten varit eftersatt är en komplex fråga, tänkbara orsaker kan dels vara flera års pandemiarbete där arbete i nuet varit tvunget att prioriteras, dels vissa organisatoriska utmaningar som förekommit tidigare år. För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas. Patientsäkerhet är ingen egen aktivitet i sig utan ska vara förekommande och kvalitativ i alla våra verksamheter. Därav (utifrån ovanstående) utgår det egna patientsäkerhetsmålet för förvaltningen, patientsäkerhetsarbetet kommer följa Socialstyrelsen mål och vision samt kommunfullmäktiges mål, där patientsäkerhetsarbetet i stället säkerställer att förvaltningen svarar upp mot de övergripande målen.

Socialstyrelsens nationella patientsäkerhets mål: ”Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”

Socialstyrelsens patientsäkerhets vision: ”God och säker vård – överallt och alltid”

Kommunfullmäktiges mål: En trygg vård och omsorg av hög kvalitet – Som utformas i nära samverkan med brukare och personal.

Övergripande strategiskt arbete kommande år:

- Handlingsplan för patientsäkerhet
- Arbete med fokusområden utifrån SKR analysverktyg för stärkt patientsäkerhet
- Utifrån ny interkontrollplan skapa indikatorer och mätbara effektmått (exempelvis målnivåer för PPM mätning samt kvalitetsregister)
- Stödja verksamheterna i att ta fram aktiviteter som svarar upp mot indikatorer
- Handlingsplan för palliativ vård
- Övergripande arbete utifrån riskmedvetenhet och beredskap inom hälso- och sjukvård
- Starta och bygga upp ett kliniskt tränings centrum för kompetensförsörjning

Utmaningar:

- Omställning till Nära Vård är omfattande och tar tid, ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tar även det tid att bygga upp och utveckla, vi är i början av denna resa och utmaning är att få med alla våra verksamheter i denna omställning.

Bilaga 1

Internkontrollplan 2022

Egenkontroll	Omfattning	Redovisning
Avvikelser	Ska ske direkt av enhetschef då avvikelse kommit in.	Avvikelsesystemet i Treserva Särskilt dokument för sammanställning Till socialnämnden i Patientsäkerhetsberättelse
Hygienronder	2 gånger per år	Protokoll
Hygien omklädningsrum Åsbacka hus 1	4 ggr per år	Protokoll samt foton APT för olika arbetsgrupper
Hygien i tjänstebilar för hemtjänst och hemsjukvård	6 gånger per år	Protokoll samt foton APT för olika arbetsgrupper
Hygienkontroll Strandhagen	1 gång per år	Internprotokoll
Hygienkontroll Ekshagen	1 gång per år	Internprotokoll
Hygienkontroll Kortvården	1 gång per år	Internprotokoll
Hygienkontroll läkemedelsrum Åsbacka	1 gång per år	Internprotokoll
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelshanteringssystemet
Narkotikakontroll	1 gång per år per enhet	Internprotokoll
Kontroll läkemedelsskåp Ekshagen	1 gång per år	
Kontroll läkemedelsskåp kortvården	1 gång per år	Internkontroll
Egenkontroller boenden LSS, hygien, läkemedel med mera	1 gång per år	Internprotokoll
Kontroll läkemedelsskåp Strandhagen	1 gång per år	Internprotokoll
Kvalitetsregister	Kontinuerligt	Senior alert, svenska palliativregistret, BPSD
Trygg hemgång och effektiv planering vid utskrivning från slutenvård	Kontinuerligt	Prator, kontinuerlig uppföljning med regionen.

Internkontrollplan 2023

Förekommande förkortningar:

- BHK - Basal hygien och klädregler
 SKR - Sveriges kommuner och regioner
 PSB - Patientsäkerhetsberättelse
 PSR - Patientsäkerhetsrapport
 UK - Utskrivningsklar
 NPÖ - Nationell patientöversikt
 MPT - Medicintekniska produkter

Egenkontroll	Omfattning	Uppstart	Redovisning
Basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	2 ggr/år	2022	PPM mätning SKR - protokoll/PSB
Svenska HALT (mätning av vårdrelaterade infektioner)	1 ggr/år	2023	Senior Alert/PSB
Hygienrund	2 ggr/år	Pågående	Protokoll från Vårdhygien/PSB
Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal	1 ggr/år	Pågående (ny mall 2023)	Sammanställd rapport/PSB
Kollegial journalgranskning	1 ggr/år	VT 2023	Internprotokoll
Rapport från kvalitetsregistret Senior Alert	2 ggr/år	HT 2023	Internkontroll/PSB
Rapport från kvalitetsregister Palliativregistret	4 ggr/år	HT 2023	Internkontroll/ PSB
Rapport från kvalitetsregister BPSD	2 ggr/år	HT 2023	Internkontroll/ PSB
Avvikelser	2 ggr/år 12 ggr/år	Pågående	Patientsäkerhetsrapport/PSB Internkontroll
Nutritionsmätning	1 ggr/år	2024	Protokoll
Patients klagomål och synpunkter	2 ggr/år 12 ggr/år	Pågående	Patientsäkerhetsrapport/PSB Internkontroll
Granskning delegeringar	2 ggr/år	HT2023 alt VT 2024	Internkontroll/PSB
Extern läkemedelsgranskning	1 ggr/år	Pågående	Rapport/PSB

Egenkontroll	Omfattning	Uppstart	Redovisning
Uppföljning av extern LM granskning	1 ggr/år, 6 mån efter extern LM granskning	Pågående	Lokal läkemedelsrutin
Rapport Läkemedelsgenomgång	4 ggr/år	2024/2025	Internkontroll/PSB
Narkotikakontroll	12 ggr/år	Pågående	Internkontroll/Extern LM granskning
Kvartalsrapport kassation av läkemedel i Akut- och buffertförråd	4 ggr/år	Pågående	Extern rapport
UK-datum (Prator)	12 ggr/år	Pågående	Extern kontroll Region Sörmland/PSB
Loggkontroll NPÖ	6 ggr/år	2023	Internkontroll/PSB
Egenkontroll MTP	4 ggr/år	2023/2024	Internkontroll/PSB

Bilaga 3 - Avvikelser

3 A – Avvikelsestatistik HSL 2022 januari - december

HSL-avvikelser	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Fall	56	39	44	49	25	30	36	49	31	43	60	71	533
Medicinteknisk produkt	0	1	5	0	1	0	1	0	3	7	1	5	24
Omvårdnad, övriga områden	Område utgår from 2022 presenteras i kvalitetsberättelse												
Läkemedel	26	29	46	36	26	32	36	28	26	27	28	27	367
Vård, behandling och provtagning	0	3	2	1	0	2	0	0	0	1	0	2	11
Vårdrelaterade infektioner/VRI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totalt:	82	72	97	87	52	64	73	77	60	78	89	105	936

3 B – Avvikelsestatistik jämfört mot tidigare år

HSL-avvikelser	2019	2020	2021	2022
Fall	594	516	650	533
Medicinteknisk produkt	22	7	19	24
Omvårdnad, övriga områden	268	61	90	<i>Utgår</i>
Läkemedel	401	319	408	367
Vård, behandling och provtagning	Nytt för 2022			11
Vårdrelaterade infektioner/VRI	Nytt för 2022			1
Totalt:	1285	903	1167	936

3 C – Avvikelse HSL: Läkemedel, de främst förekommande

Identifierade risker	Allvarlig	Mindre allvarlig
Underlag inhämtat från inkomna avvikelser 2022		
Utebliven dos	X	
Fel dos	X	
Överdosis	X	
Fel i samband med dosett		X

Bilaga 4

Redovisning av resultat i Senior Alert

Område:	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsak vid risk	Åtgärdsplan vid risk
Gnesta kommun	73	95% 77 av 81	99% 76 av 77	96% 74 av 77
Ekhagens Äldreboende	16	88% 14 av 16	100% 14 av 14	100% 14 av 14
Gnesta Hemsjukvård Hälso- och sjukvårdsenheten	13	100% 13 av 13	92% 12 av 13	77% 10 av 13
Strandhagens Äldreboende	44	96% 50 av 52	100% 50 av 50	100% 50 av 50

Bilaga 5

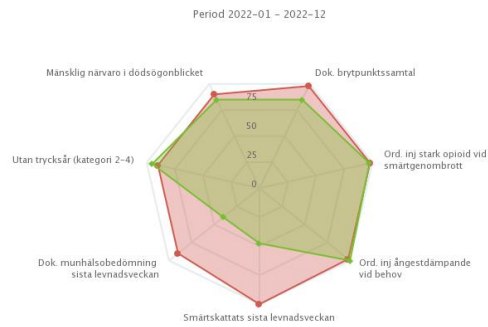
Redovisning av resultat i Palliativ registret

Spindeldiagram: **A** – Gnesta kommun **B** – Sörmlands län **C** – Riket

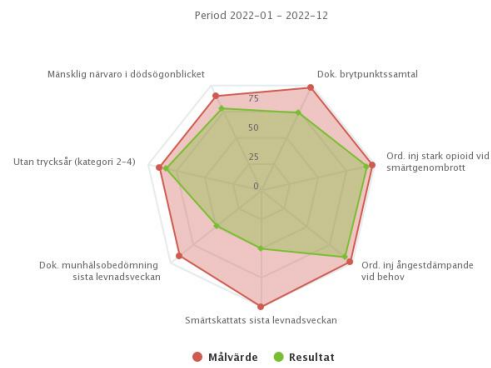
A.

B.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



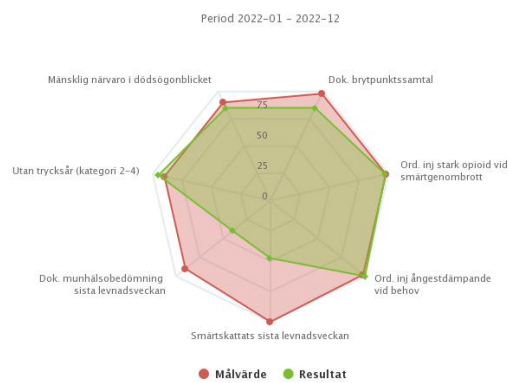
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



This is a modified report.

C.

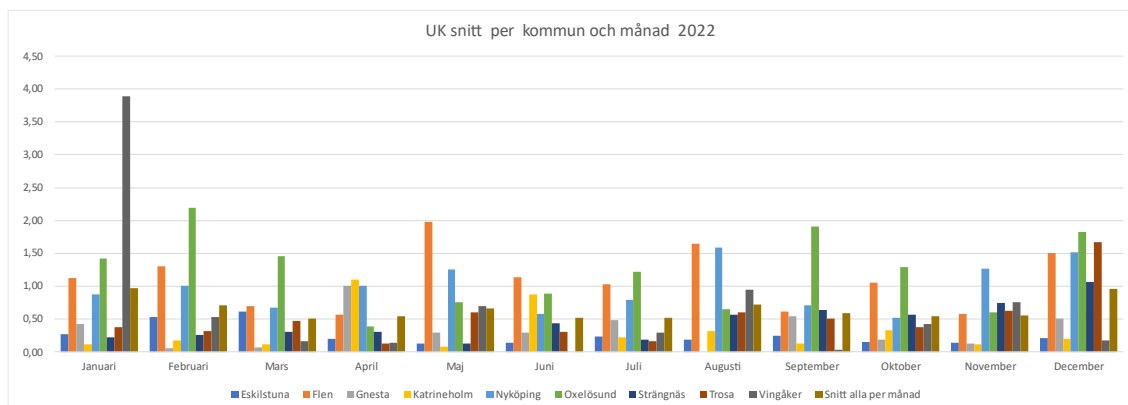
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



This is a modified report.

Bilaga 6

UK (utskrivningsklar) dagar för 2022



UK dagar Gnesta kommun 2022

Månad	Gnesta
Januari	0,42
Februari	0,05
Mars	0,07
April	1,00
Maj	0,29
Juni	0,29
Juli	0,48
Augusti	0,00
September	0,54
Oktober	0,19
November	0,13
December	0,51
Snitt:	0,33

Upprättad: 2023-03-22
Diarienummer: SN.2022.79

Socialnämnden

Revisionsrapport - Samverkan kring utskrivningsklara patienter

Förslag till beslut i socialnämnden

1. Socialnämnden godkänner EY granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter och vidtar åtgärder utifrån de rekommendationer som föreslås.

Sammanfattning

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

Mot bakgrund av granskningen rekommenderar revisorerna respektive nämnd att:

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

Förvaltningens synpunkter

- **Säkerställer att medarbetarna tar initiativ till samordnad individuell planering, när behov finns, om sjukhuset eller vårdcentralen inte tar sitt kallelseansvar.**

Enligt Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska patientens fasta vårdkontakt skicka en kallelse till SIP senast tre dagar efter att patienten blivit utskrivningsklar. Om den fasta vårdkontakten inte tar sitt kallelseansvar behöver kommunen göra en bedömning ifall det finns behov av samordning för patienten. Patienter lämnar oftast den slutna vården på samma dag som de är utskrivningsklara. Kommunens bedömning av SIP kommer därför oftast behöva göras när patienten redan är utskriven från den slutna vården. Det är därför viktigt att medarbetare inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har kunskap om gällande lagstiftning och riktlinjer för att kunna fånga upp brister som sker i utskrivningsplaneringarna.

Under 2023 kommer förvaltningen genomföra ett förvaltningsövergripande omtag kring samordnad individuell plan, SIP. Syftet med omtaget är att förbättra och effektivisera processen SIP. Ur ett organisatoriskt perspektiv kommer medarbetarna erhålla samsyn och ökad kunskap om SIP. Ur medborgarperspektivet kommer den enskilde erhålla rätt insatser i rätt tid. På detta vis blir den enskilde medskapare i sin vård- och omsorg.

Förvaltningen kommer framställa ett strukturerat utbildningsmaterial, materialet är hämtat från *Uppdrag psykisk hälsa* där metoden mötescirkeln förespråkas. Kompetenssatsningen kommer innebära att medarbetarna blir säkra på sitt område och väl uppdaterade med gällande lagstiftning, därigenom även påtala till Regionen där de ser ett samordningsbehov. För att säkerställa att kompetensen bibehålls kommer utbildningsmaterialet ingå i ett årligt utbildningshjul.

- **Säkerställer att kommunikationen mellan biståndshandläggare och samtliga involverade utförare av insatser fungerar väl, med avseende på exempelvis framförhållning och utförarnas behov av information.**

Förbättringar har genomförts i det interna digitala verksamhetssystemet (journalssystem) utifrån Socialstyrelsens rekommendation av nationellt fackspråk, systemet är uppbyggt i processer. Där vård- och omsorgspersonal har tillgång till den information som ärendet kräver i en särskild vy.

Förbättringar kommer att genomföras externt genom att Prator ersättas av Cosmic Link. Cosmic Link kommer att ha förbättrad funktionalitet för samverkan med lagstadgade meddelanden och individens information (SIP). Samt, förbättrad funktionalitet för de olika yrkesrollernas behov. Cosmic Link kommer innebära ökad effektivitet och ökad patientsäkerhet.

Ytterligare en förbättring är förtydligande kring kommunklar som är en samordning

kring utskrivningsklara patienter. Biståndshandläggarna på förvaltningen har erhållit en grundlig genomgång angående kommunklars innebörd.

• **Utvecklar rapporteringen av avvikelser till regionen, och återkopplar på avvikelserapporter från regionen.**

Förvaltningen handhar avvikelserna till Regionen enligt deras rutin. Det vill säga, vård- och omsorgspersonal rapporterar avvikelserna till medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, (som gör en initial bedömning) och därefter rapporterar MAS till Regionen på avsedd blankett. Avvikelse skickas via manuell post. Ett utvecklingsområde är att registrera de externa avvikelserna i förvaltningens verksamhetssystem för att på så sätt underlätta sammanställningen och på så vis identifiera förbättringsområden.

• **Följer upp återinläggningar av patienter för att bevaka att de kommunala insatserna i samband med hemgång sker på ett tryggt och säkert sätt.**

Gnesta kommun har små volymer av återinläggningar och en välfungerande rutin för uppföljning av dessa. Idag sker uppföljningen via Prator, journalföring och avvikelser i första hand av enhetschef. Om det uppstår problematik kring samverkan, kopplas MAS in och därefter närvårdskoordinatörn.

Det pågår ett pilotprojekt för utskrivningsklara patienter som har ett större vård- och omsorgsbehov. Projektet innebär att utskrivningsprocessen förbättras genom att använda sig av en risk- och konsekvensanalys för svårt sjuka patienter. Syftet är att säkerställa att dessa patienter erhåller en trygg och effektiv hemgång med minskade avvikelser.

Det pågår ett länsomfattande arbete att revidera den länsgemensamma riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan där Gnesta kommun är en aktiv part.

Juridiska konsekvenser

Förvaltningens svar säkerställer lagen om utskrivning och samordnad individuell plan (SIP).

Jämställdhetsanalys utifrån checklista

Förvaltningens svar innebär inga fördelar eller nackdelar oavsett könstillhörighet, utskrivningsprocessen sker utifrån individens behov.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2023-03-22
- 2: EY granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Lena Karlsson Leksell
Förvaltningschef

Jenny Gustafsson
Utvecklingssekreterare

Sändlista

- ~ Förvaltningschef
- ~ Kvalitetsteamet
- ~ Gnesta kommuns revisorer

Granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

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



Innehåll

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

1. Sammanfattade slutsatser

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

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

Det finns en tydlig styrning och starka incitament för samverkan

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

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

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

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

Det finns gemensamma rutiner men de efterlevs inte av parterna

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

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

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

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

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

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

Kunskapen om utskrivningsprocessen och om varandra behöver stärkas

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

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

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

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

Utskrivningsprocessen går fort och mycket behöver hända på slutet

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

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

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

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

Parternas fortsatta stöd samordnas utan patientens delaktighet

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

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

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

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

Rätt stöd finns inte alltid på plats vid hemgång

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

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

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

Mer kan göras för att minska undvikbara återinskrivningar

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

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

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

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

Uppföljningen är fokuserad på kvantitativa data och betalningsansvar

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

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

Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser

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

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

Stockholm den 14 december 2022

Nina Högberg
Certifierad kommunrevisor

Josefine Algotsson
Verksamhetsrevisor

David Leinsköld
Verksamhetsrevisor

Anders Hellqvist
Certifierad kommunrevisor

1.1 Bakgrund

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

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

1.2 Syfte och revisionsfrågor

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

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

1.3 Ansvariga nämnder

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

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

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

1.4 Avgränsningar

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

1.5 Metod och genomförande

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

1.6 Bedömningsgrunder

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

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

2. Styrmodell och incitament för samverkan

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

2.1 Sörmland etablerade tidigt former för trygg och effektiv utskrivning

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

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

I överenskommelsen finns två övergripande mål:

Genom ett tillitsfullt samarbete med individens bästa i fokus:

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

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

¹ Dir 2014:27 Kommittédirektiv *Betalningsansvarslagen*

² SOU 2015:20

³ Prop. 2016/17:106

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

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

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

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

2.2 Modellen för betalningsansvar främjar samverkan

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

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

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

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

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

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

2.3 Organisationen för att säkerställa god samverkan är komplex och omfattande

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

2.3.1 Riktlinjer och utvecklingsarbete formas i den regionala samverkansstrukturen

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

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



Figur 1: Den regionala samverkansstrukturen.

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

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

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

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

2.3.2 Regionstyrelsen säkerställer att vårdorganisationen bidrar till en trygg utskrivning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

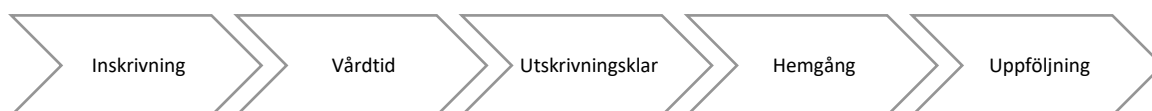
I flera kommuner har det också utarbetats särskilda arbetssätt för att stödja personer med omfattande eller komplexa behov vid utskrivning, under namnen *Trygg hemgång*, *Tryggt mottagande*, *Hemgångsteam* eller motsvarande. Upplägget varierar men i regel handlar det om förstärkt hemtjänst utförd av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

3. Samverkan kring enskilda patientärenden

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

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

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



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

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

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

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

3.1 Steg 1: Inskrivning

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

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

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

Ankom: 2022-12-21 Ärendet: SN.2022.79 Handling: 673652

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Aktörerna är inte överens om vilken processfärg som ska tillämpas

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

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

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

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

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

3.1.3 Förändringar av utskrivningsdatum orsakar problem för kommunerna

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

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

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

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

3.1.4 Samordnande funktioner underlättar utskrivningsprocessen

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

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

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

3.1.5 Den fasta vårdkontaktens roll har sammanfogats med samordningssköterskornas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Steg 2: Vårdtid

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

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

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

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

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

3.2.1 Informationsöverföringen mellan parterna brister eller sker i parallella kanaler

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

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

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

3.2.2 Metodstödet uppges vara otillräckligt och svårt att hitta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁶ SOU 2015:20 s. 231

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

3.2.4 Patientens delaktighet i planeringen kan utvecklas

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

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

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

3.2.5 Att utbilda kommunens personal upplevs betungande för sjukhusen

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

3.3 Steg 3: Utskrivningsklar

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

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

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

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

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

3.3.1 Det råder delade uppfattningar om när patienten är utskrivningsklar

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

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

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

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

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

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

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

3.3.3 Rehabiliteringens frånvaro i processen upplevs vara särskilt problematisk

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

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

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

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

3.4 Steg 4: Hemgång

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

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

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

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

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

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

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

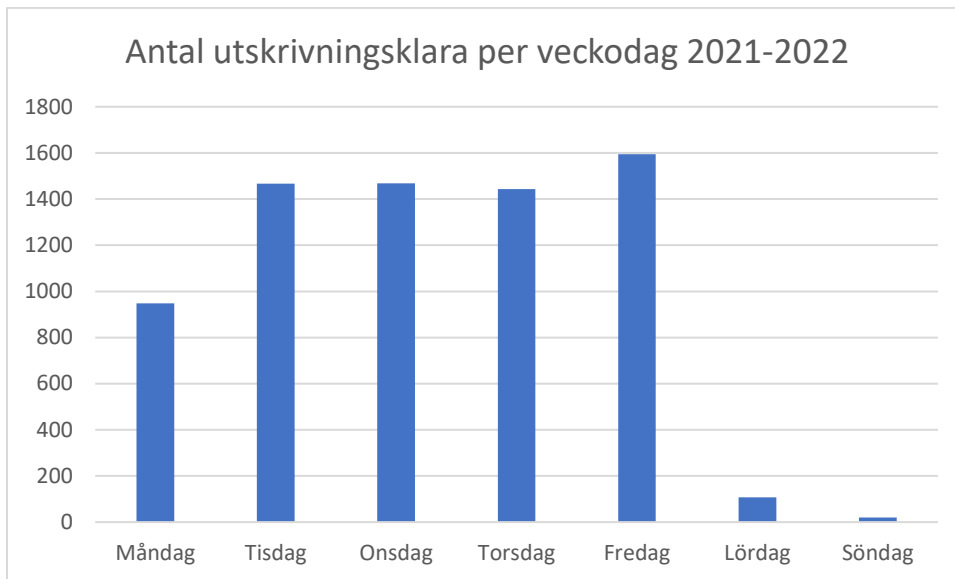
Ansvarsfördelning i steg 4 - Hemgång	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"> ●●● Skicka [●●uppdaterad] utskrivningsrapport i Prator med uppgift om när patienten lämnar sjukhuset och redogörelse för patientens behov av fortsatt vård och omsorg. Ta kontakt med hemtjänsten [●/utföraren] [●dagen innan]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

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

3.4.1 Hemtjänsten överraskas ibland av utskrivningen

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

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



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

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

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

3.4.2 Bristande information vid hemgång hotar patientsäkerheten

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

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

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

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

3.4.3 Få SIP-möten sker i hemmet

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

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

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

3.5 Steg 5: Uppföljning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.2 Genomförda SIP utvärderas i regel inte gemensamt av aktörerna

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

4. Uppföljning, förbättringsarbete och utveckling

4.1 Uppföljningen inom ansvariga nämnder och styrelser är begränsad

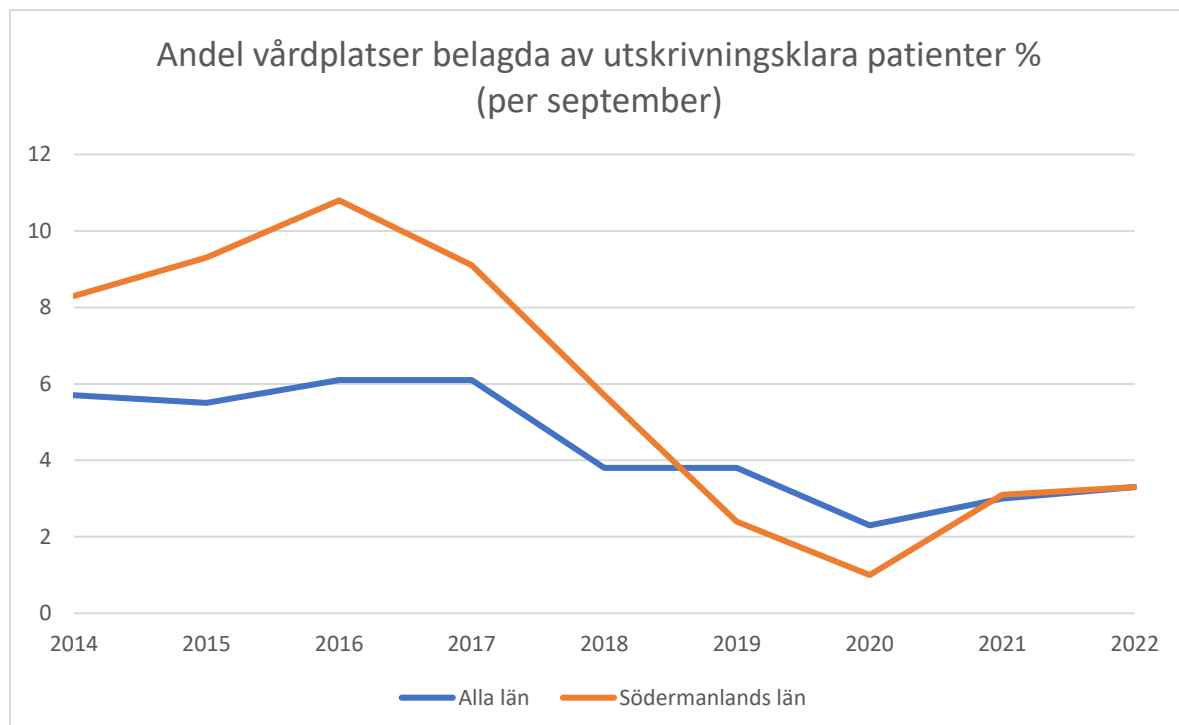
Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Vi noterar att det inte har tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad.

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

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

4.2 Statistiken tyder på att utskrivningsprocessen är effektiv

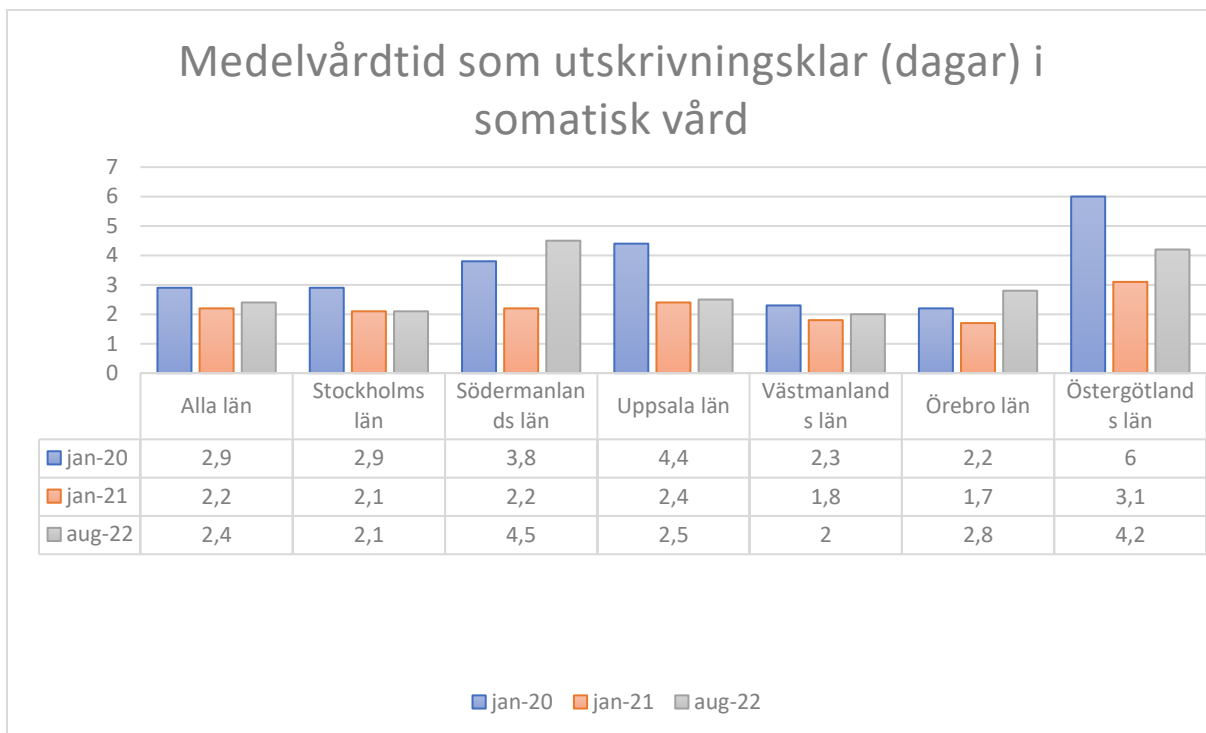
Sedan 2014 har det skett tydliga framsteg gällande att skapa en utskrivningsprocess där patienter kan skrivas ut så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Andel vårdplatser som beläggs av utskrivningsklara patienter minskade kraftigt, från att inledningsvis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



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

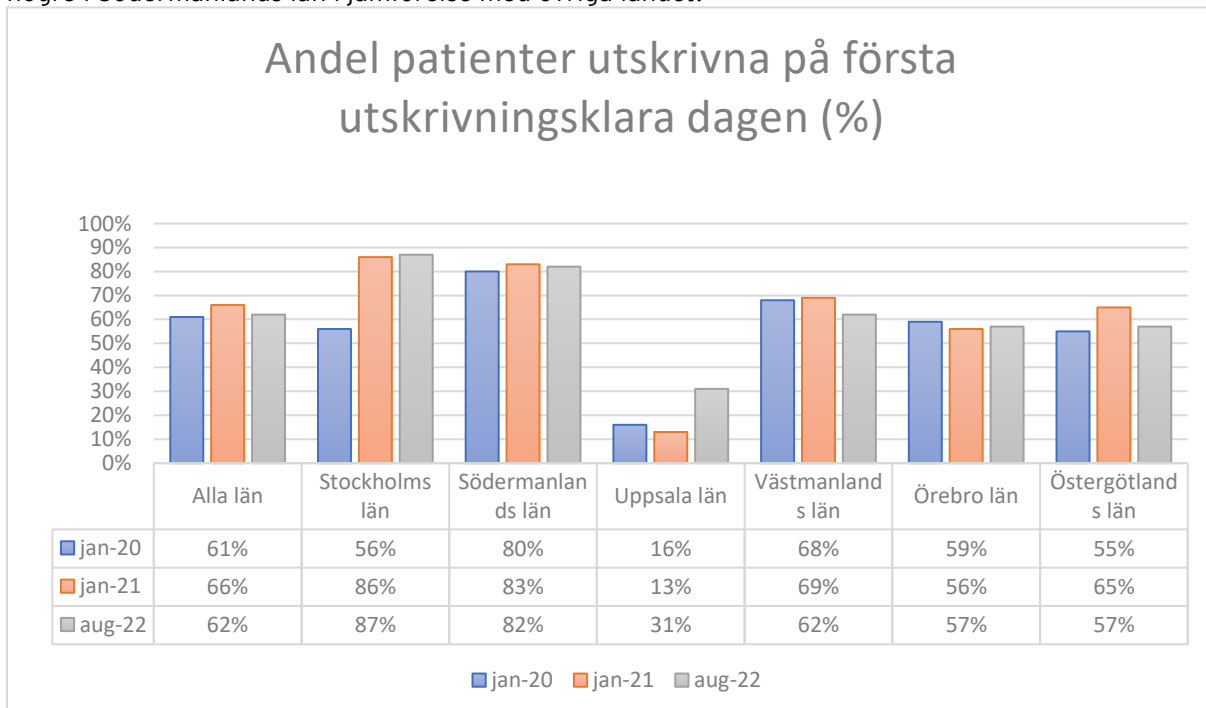
Trots det framgångsrika arbetet är medelvårdtiden som utskrivningsklar i den somatiska vården högre i Södermanlands län än övriga i landet. Observera att statistiken skiljer sig mot de resultat

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



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

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



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

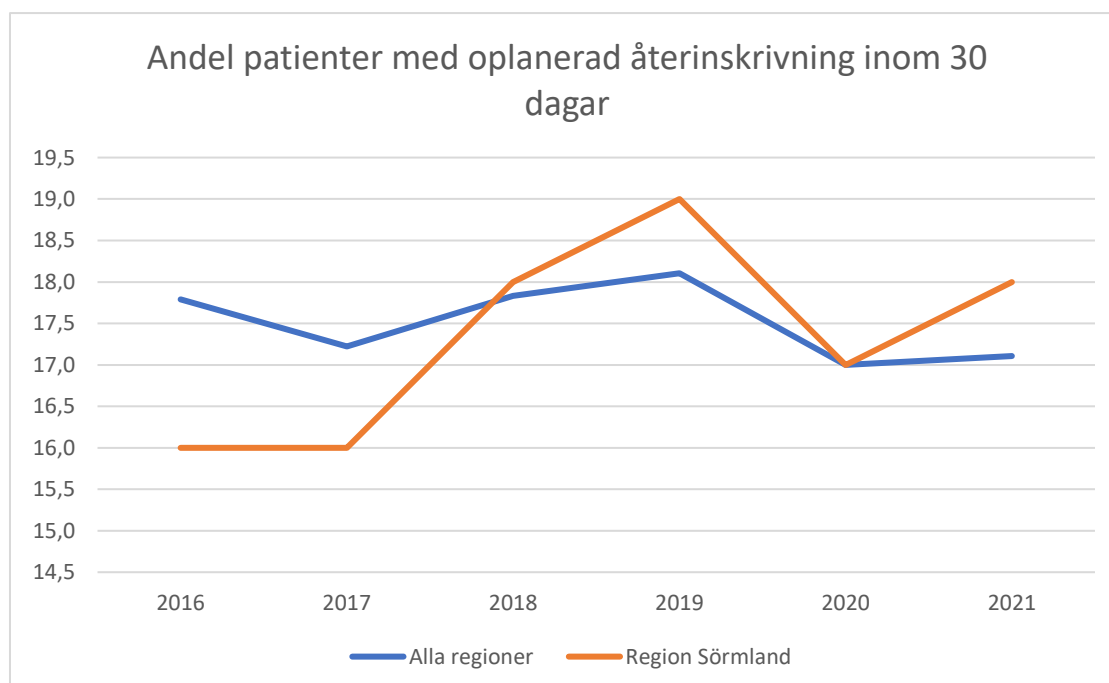
4.3 Arbete för att motverka undvikbara återinskrivningar är ett prioriterat område

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

4.4 Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser

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

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

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

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

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

5. Svar på revisionsfrågorna

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

Revisionsfråga	Bedömning
<p>▶ Är den beslutade "Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård" ändamålsenlig?</p>	<p>Ja. Genom införandet av LUS har det tillkommit lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare väntetider i vården. Vår bedömning är att överenskommelsen är ändamålsenlig och säkerställer att lagstiftningen omsätts i lokala mål med tydlig ansvarsfördelning. Inga förändringar har skett i dessa avseenden under revisionsåret 2022.</p>
<p>▶ Är de beslutade riktlinjerna "Trygg hemgång och effektiv samverkan - riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland" ändamålsenliga?</p>	<p>Delvis. Av LUS framgår att region och kommuner gemensamt ska utarbeta kompletterande riktlinjer till lagstiftningen. Sådana riktlinjer har utarbetats och vi bedömer att de på ett rimligt sätt omsätter lagstadgade krav i en tydlig process på operativ nivå. Vi har noterat ett antal situationer där samverkan tenderar att brista, till följd av endera bristande implementering av riktlinjen eller tolkningsproblem. Dessa redogörs för i detalj i rapportens tredje kapitel. De huvudsakliga åtgärderna för att komma till rätta med dessa brister bedömer vi är: förenkling eller förtydligande av de olika processfärgsflödena i riktlinjen, situationsanpassat metodstöd, kunskapshöjande insatser samt ett metodikarbete för att säkra en bättre framförhållning.</p>
<p>▶ Är roller och ansvarsfördelning tydliga vad gäller samverkan mellan slutenvård, primärvård respektive social omsorg?</p>	<p>Delvis. Vi bedömer att roller och ansvarsfördelning i stort är tydliga men att kunskapen om dessa brister vilket skapar flera problem i processen.</p> <p>Regionen och kommunerna har specificerat ansvarig aktör för varje aktivitet i utskrivningsprocessen. Vi noterar att matrisuppdelningen riskerar medföra att de olika aktörerna huvudsakligen fokuserar på sin egen del av samverkan och att helhetsperspektivet utifrån patientens hela resa genom vårdkedjan åsidosätts. Granskningen tyder också på att bedömningen av processfärg inte sker konsekvent och med samsyn mellan aktörerna, vilket leder till konflikter kring vilka aktiviteter som ska genomföras och av vem.</p> <p>En vanlig orsak till bristande kunskap om ansvarsfördelningen är när personalkontinuiteten brister - vilket förekommer hos samtliga aktörer och över tid i varierande omfattning. Det kan hända vid personalomsättning och vakanser, men också i samband med sommarssemestrar, helger eller utanför ordinarie arbetstid. Vi noterar samtidigt att både region och kommuner har vidtagit åtgärder för att säkra processen genom särskilt ansvariga funktioner.</p> <p>Granskningen pekar också på att bristande kunskap om varandras roller och uppdrag i det dagliga arbetet påverkar utskrivningsprocessen. I granskningen framkommer det att en särskilt problematisk konfliktyta bottenar i läkarnas kunskap och förväntningar gällande uppdrag, kompetens och resurser inom kommunernas korttidsboenden. Det får konsekvenser för hur snabbt patienternas bedöms vara utskrivningsklara, och det leder också till följdkonflikter mellan kommun och patient/anhöriga.</p>
<p>▶ Säkerställer regionen och kommunerna att slutenvård, primärvård respektive social omsorg tar sitt ansvar för</p>	<p>Delvis. I merparten av alla utskrivningsärenden finns en god och välfungerande samverkan, men vissa situationer och omständigheter leder återkommande till problem och det är dessa vi främst uppmärksammar genom rapporten.</p>

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

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

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

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

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

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

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

6. Bilagor

Dokumentförteckning

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

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

Intervjuförteckning

Region Sörmland

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

Eskilstuna kommun

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

Flens kommun

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

Gnesta kommun

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

Katrineholms kommun

Socialchef

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

Nyköpings kommun

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

Oxelösunds kommun

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

Strängnäs kommun

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

Trosa kommun

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

Vingåkers kommun

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

Upprättad: 2023-03-22
Diarienummer: SN.2023.23

Socialnämnden

Ansökan om statsbidrag för personligt ombud 2023

Förslag till beslut i socialnämnden

Nyköpings kommun får i uppdrag att söka medel avseende personligt ombud för 2023 för Gnesta kommun.

Ärendebeskrivning

Personligt ombud är en för kommunerna frivillig verksamhet och verksamhetens form är inte reglerad på nationell nivå. Kommunerna har däremot ett ansvar enligt socialtjänstlagen (5 kap 7 och 8 §§ SoL) att erbjuda insatser i form av stöd och service till personer som är 18 år eller äldre, som har psykiska funktionsnedsättningar eller betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter inom olika livsområden.

Statsbidrag utbetalas till verksamheter med personliga ombud så som anges i SFS 2013:522. Länsstyrelsen beslutar och betalar ut statsbidrag till en kommun utifrån bestämmelser i SFS 2013: 522 §§ 2-6 och 8.

Kommunerna Nyköping, Oxelösund, Trosa och Gnesta har ett samverkansavtal gällande personligt ombudsverksamhet. Ledningsgruppen för verksamheten består av representanter från varje kommun, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Regionens primärvård och psykiatri samt brukarorganisation.

Nyköpings kommun har arbetsgivaransvaret för ombuden som omfattar 2,0 tjänster, de är också de samverkande kommunernas företrädare gentemot Länsstyrelsen.

Förvaltningens synpunkter

Förvaltningen föreslår att nämnden godkänner ansökan om statsbidrag, för att stärka kommunernas arbete med att bistå i att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få möjlighet att ta del av samhällets utbud av vård, stöd, service, rehabilitering, sysselsättning med mera.

Ekonomiska konsekvenser

De kostnader som eventuellt inte täcks av statsbidraget fördelas mellan kommunerna utifrån invånarantal.

Jämställdhetsanalys utifrån checklista

Beslut i ärendet bedöms mot bakgrund av ovanstående beskrivning inte föranleda för eller nackdelar för kvinnor eller män. Verksamheten personligt ombud ger stöd för både män och kvinnor.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2023-03-22
2. Protokoll ifrån Nyköpings vård- och omsorgsnämnd VON § 18 ansökan om statsbidrag 2023 för personligt ombud

Lena Karlsson Leksell
Förvaltningschef

Jenny Gustafsson
Utvecklingssekreterare

Sändlista

- ~ Förvaltningschef
- ~ Kvalitetsteamet
- ~ Länsstyrelsen
- ~ Nyköping kommun

VON § 18 Ansökan om statsbidrag 2023 för personligt ombud

Diarienummer: VON22/134

Statsbidrag utgår för verksamheten Personligt ombud. Ansökan ska skickas till Länsstyrelsen och till denna ansökan behöver nämndbeslutet bifogas. Statsbidragets storlek är inte känd på förhand, utan är i viss mån avhängigt av hur många personliga ombud som finns i landet som helhet. År 2022 uppgick statsbidraget till 0,8 mnkr för Nyköpings del.

Verksamheten Personligt ombud har hittills varit ett samarbete mellan Nyköping, Gnesta och Oxelösunds kommuner. Under 2023 kommer även Trosa kommun att omfattas - en kommun som hittills endast varit adjungerad i ledningsgruppen. Nyköpings kommun har arbetsgivaransvaret för ombuden omfattande 2,0 tjänst. Den kostnad som inte täcks av statsbidraget fördelas mellan kommunerna utifrån invånarantal.

Det finns en ledningsgrupp för verksamheten, bestående av representanter från de fyra kommunerna, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Primärvården, Psykiatri och brukarorganisation. Gruppen leds av sakkunnig tjänsteman för Vård- och omsorgsnämnden.

Personligt ombuds uppdrag är i korta drag att på den enskildes uppdrag bistå i att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få möjlighet att leva ett mer självständigt liv, med möjlighet att ta del av samhällets utbud av vård, stöd, service, rehabilitering, sysselsättning med mera.

Barnrättsprövning

Nej

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

- 1) att** uppdra åt nämndens sakkunniga tjänsteman att ansöka om statsbidrag för Personligt ombud 2023.

Beslutet skickas till:

Länsstyrelsen
Oxelösunds kommun för kännedom
Gnesta kommun för kännedom
Trosa kommun för kännedom

Vård- och omsorgsnämndens sammanträde

Torsdag 2 februari 2023 klockan 13:30-15:30 Stadshuset Sal B

Paragrafer 1-25

Ledamöter

Carina Wallin (S), ordf
Fredrik Dahlin (M), 1:e vice ordf
Ann-Marie Eriksson (SD), 2:e vice
ordf
Kent Pettersson (S)
Rauni Ringberg (S)
Jan Ekström (S)
Antoni Welk (M)
Lovisa Bjurlén (V)
Marita Göransson (KD)
Marianne Nordblom (L)
Yvonne Rigbrandt (M) tj.ers

Ersättare

Eila Ulf (S)
Harry Malmqvist (S)
Conny Edholm (S)
Orvar Windisch (M)
Marianne Sohlman Zetterström (SD)
Peter Engström (SD)
Agneta Skott (MP)

Övriga deltagare: (§1-25) Divisionschef DSO Jan Holmlund, (§1-25) Verksamhetschef DSO Mattias Carlsson, (§1-25) Verksamhetschef DSO Marie Söderman, (§1-25) Sakkunnig Marie Johnsson KLK, (§1-25) Gruppledare SD Malin Karlsson, (§1-25) Kvalitetsutvecklare DSO Carolina Björkman, (§1-25) aktivitetssamordnare SÄBO Fredrik Sköld, HR-projektledare DSO Helen Svedén, Enhetschef DSO Felicia Brännlund, (§1)Pristagare Tanja Wahlström, Rose-Marie Carlgren och Annelie Lutz, Enhetschef DSO Johanna Wiik, boendestöd DSO



Ordförande
Carina Wallin



Sekreterare
Caroline Svensson



Justerare
Ann-Marie Eriksson

Anslagsbevis

Anslag uppsatt
följande datum:

2023-02-10

Sista dag för
överklagande:

2023-03-03

Datum för anslags
nedtagande:

2023-03-04

Protokollet förvaras på Kommunledningskansliet, Nyköpings kommun.

Upprättad: 2023-03-13
Diarienummer: SN.2023.29

Socialnämnden

Beslutsattestanter 2023

Förslag till beslut i socialnämnden

1. Socialnämnden fastställer attestantförteckningen.

Ärendebeskrivning

Förvaltningscheferna har i uppdrag att på delegation av respektive nämnd namnge befattningshavare som har rätt att attestera, samt ersättare till dessa. En ny så kallad objektsfördelning sker i februari varje kalenderår och anmäls sedan till nämnden. Förvaltningschef fastställer attestantförteckning för de kostnadsställen som attesteras av tjänstemän under förvaltningschef. Fastställande av attestantförteckningen görs via delegationsbeslut. Kostnadsställen som attesteras av förvaltningschef fastställs av nämnden.

Beslutsunderlag

1. Tjänsteskrivelse 2023-03-13
2. Attestantförteckning

Lena Karlsson Leksell
Förvaltningschef

Marie Solter
Nämndsekreterare

Sändlista

- ~ Ekonomichef
- ~ Förvaltningsekonom

Ansv3	Ansv2	Attestansvarig	Attestansvarig(T)	Ansvaratt	Begreppsvärde	Begreppsvärde(T)
81	811	LKL	Lena Karlsson Leksell	98101	61600	Beställaren stab - Personal
81	811	LKL	Lena Karlsson Leksell	98101	61601	Beställaren stab - Drift
81	811	LKL	Lena Karlsson Leksell	98101	61602	Beställaren stab - Intäkter
81	811	LKL	Lena Karlsson Leksell	98101	61603	Beställaren stab - Verksamhetssystem
81	811	LKL	Lena Karlsson Leksell	98101	62000	Utföraren stab - Personal
81	811	LKL	Lena Karlsson Leksell	98101	62001	Utföraren stab - Drift
81	811	LKL	Lena Karlsson Leksell	98101	62002	Utföraren stab - Intäkter
81	811	LKL	Lena Karlsson Leksell	98101	62003	Utföraren stab - Bilpool
81	811	LKL	Lena Karlsson Leksell	98101	63010	Förvaltningsledning Soc

Upprättad: 2023-03-22
Diarienummer: SN.2023.3

Socialnämnden

Redovisning av delegationsbeslut

Sammanfattning

Socialnämnden har överlåtit sin beslutanderätt till tjänsteman enligt av socialnämnden antagen delegationsordning. Dessa beslut skall redovisas till socialnämnden.

Redovisningen innebär inte att socialnämnden får ompröva eller fastställa delegeringsbesluten. Däremot står det socialnämnden fritt att återkalla lämnad delegering.

Delegationsbesluten i sin helhet finns tillgängliga hos kommunledningskontoret. Tiden för överklagande av beslut som fattats med stöd av delegationen börjar löpa fr.o.m att socialnämndens protokoll justeras och anslagsbevis är uppsatt på kommunens digitala anslagstavla. Detta gäller dock inte myndighetsärenden där tiden börjar löpa från det datum då sökanden fått del av besluten.

Från och med maj 2013 innehåller inte redovisningen av delegationsbeslut uppgifter om vem som initierat respektive delegationsbeslut. Eftersom uppgift om initierare (namn och adress) kan omfattas av sekretess i vissa ärenden och då personer med skyddad identitet inte ska röjas, har dessa uppgifter tagits bort.

~ Förteckning över anställningar 2023-02-01 — 2023-02-28

Socialnämnden

Förteckning över avtal om månadsavlönade tillsvidareanställningar utfärdade mellan 2023-02-01 – 2023-02-28

Socialsekreterare

Organisation: Stöd till arbete

Tillsvidare, From: 2023-02-10

Heltid,

Utfärdat av: Adam Hedstig, Enhetschef

Undersköterska

Organisation: Korttidsboende

Tillsvidare, From: 2023-03-01

Deltid (75,00%),

Utfärdat av: Åsa Hjalmarsson, Chef

Undersköterska

Organisation: Korttidsboende

Tillsvidare, From: 2023-03-01

Deltid (75,00%)

Utfärdat av: Åsa Hjalmarsson, Chef

Handläggare

Organisation: Stöd till arbete

Tillsvidare, From: 2023-03-13

Heltid,

Utfärdat av: Hanna-Leena Sandberg, Enhetschef

Arbetshandledare

Organisation: Daglig verksamhet Samba

Tillsvidare, From: 2023-02-25

Heltid,

Utfärdat av: Hanna-Leena Sandberg, Enhetschef

Vårdbitråde

Organisation: Hemtjänst Gnesta

Tillsvidare, From: 2023-03-01

Heltid,

Utfärdat av: Johanna Bengtsson, Enhetschef

Undersköterska

Organisation: Hemtjänst Gnesta

Tillsvidare, From: 2023-03-01

Deltid (75,00%),

Utfärdat av: Johanna Bengtsson, Enhetschef

Undersköterska

Organisation: Hemtjänst Gnesta

Tillsvidare, From: 2023-02-15

Deltid (75,00%)

Utfärdat av: Johanna Bengtsson, Enhetschef

Undersköterska

Organisation: Hemtjänst Gnesta

Tillsvidare, From: 2023-03-01

Deltid (75,00%)

Utfärdat av: Johanna Bengtsson, Enhetschef

Vårdbitråde

Organisation: Hemtjänst Gnesta

Tillsvidare, From: 2023-03-07

Deltid (75,00%)

Utfärdat av: Johanna Bengtsson, Enhetschef

Undersköterska

<p>Organisation: Hemtjänst Gnesta Tillsvidare, From: 2023-03-14 Deltid (75,00%) Utfärdat av: Johanna Bengtsson, Enhetschef</p>
<p>Undersköterska Organisation: Hemtjänst Gnesta Tillsvidare, From: 2023-03-07 Deltid (75,00%) Utfärdat av: Johanna Bengtsson, Enhetschef</p>
<p>Undersköterska Organisation: Hemtjänst Gnesta Tillsvidare, From: 2023-03-01 Deltid (75,00%) Utfärdat av: Johanna Bengtsson, Enhetschef</p>
<p>Vårdbiträde Organisation: Hemtjänst Gnesta Tillsvidare, From: 2023-03-07 Heltid, Utfärdat av: Johanna Bengtsson, Enhetschef</p>
<p>Sjuksköterska Organisation: Hälso- och sjukvård Tillsvidare, From: 2023-03-06 Heltid, Utfärdat av: Monica Persson, Enhetschef</p>
<p>Sjuksköterska Organisation: Hälso- och sjukvård Tillsvidare, From: 2023-04-01 Heltid, Utfärdat av: Monica Persson, Enhetschef</p>
<p>Förteckning över avtal om månadsavlönade visstidsanställningar utfärdade mellan 2023-02-01 – 2023-02-28</p>
<p>Språkpedagog Organisation: Vuxenutbildning Särskild visstidsanställn, 2023-01-01 - 2023-06-30 Deltid (30,00%), Utfärdat av: Bengt Greiff, Rektor</p>
<p>Vårdbiträde Organisation: Hemtjänst Gnesta Särskild visstidsanställn, 2023-03-07 - 2023-09-07 Deltid (75,00%), Utfärdat av: Johanna Bengtsson, Enhetschef</p>
<p>Vårdbiträde Organisation: Hemtjänst Björnlunda Särskild visstidsanställn, 2023-01-30 - 2023-04-30 Deltid (75,00%), Utfärdat av: Monica Petersson, Enhetschef Ekhagen</p>
<p>Boendepersonal Organisation: Boende Mårdstigen Vikariat, 2023-04-01 - 2023-06-30 Deltid (83,95%) Utfärdat av: Nora Holm, Chef</p>

Upprättad: 2023-03-22
Diarienummer: SN.2023.4

Socialnämnden

Anmälningsärenden

Sammanfattning

Information och meddelanden som inkommer till kommunen och som socialförvaltningen bedömer vara av vikt att redovisa för socialnämnden, utgör anmälningsärenden. Anmälningsärendena i sin helhet finns tillgängliga hos kanslienheten samt hos sekreteraren under sammanträdet.

- ~ Projekt VTI för ukrainare (vägen till inkludering)
- ~ Socialnämndens reglemente
- ~ Ledamotsguide