KALLELSE

2024-01-31

Sammanträde med: **Vård- och omsorgsnämnden**

Tid: 2024-02-08 kl 09:00

Plats: Skjortan, sal Lilla Manschetten

Stefan Zunko
Ordförande

Katarina Bäck Petersson
Sekreterare

Information/Diskussion

Kl 09:00 – 09:05 Upprop och val av justerare

Kl 09:05 – 09:35 – Föredragning av beslutsärenden

- Patientsäkerhetsberättelse 2023, Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Nina Rolf (15 min).
- Avsluta skriftliga månadsrapporter 2024, enhetschef Susanne Karlsson (15 min).

Kl 09:35 – 09:45 Paus

Kl 09:45 – 10:15 Beslut

Kl 10:15 – 12:00 Verksamhetsinformation

- Personuppgiftsincident Prator, Medicinskt ansvarig sjuksköterska Nina Rolf och förvaltningschef Iris Pettersson (10 min).
- Information om organisering av ekonomerna från och med 1 mars 2024, förvaltningschef Iris Pettersson (5 min).
- Flera friska år i Sörmlands hjärta (vård- och omsorgsdagen) 8 mars 2024, projektledare Gunnel Källstedt (15 min).
- Utbildningsplanen 2024, stabsenhetschef Lena Hammarbäck (10 min).
- Lokalredovisning, enhetschef Susanne Karlsson (15 min).
- Information om det ekonomiska underskottet 2023, enhetschef Susanne Karlsson (45 min).
- Information om att åtgärdsplanen återredovisas i mars, enhetschef Susanne Karlsson (5 min).

Kl 12:00 – 13:00 Lunch på egen hand

13:00 – 13:40	**Utökning av särskilt boende (SÄBO). Diskussion om Heden i Malmköping och Malmgården i Sköldinge, förvaltningschef Iris Pettersson**
13:40 – 14:20	**Nämndplan och internkontrollplan 2024, stabsenhetschef Lena Hammarbäck**
14:20 – 14:30	**Paus med kaffe/te och kaka**
14:30 – 15:00	**Kontaktpolitiker informerar**

ÄRENDEN

Justering

Punkt	Ärende	Ärendemening
1.	VON/2023:69	Månadsrapport november
2.	VON/2024:18	Patientsäkerhetsberättelse
3.	VON/2024:34	Avsluta skriftliga månadsrapporter under 2024
4.	VON/2024:3	Delegationsbeslut
5.	VON/2023:163	Anmälningsärenden

Varmt välkomna!
Svitlana Jelisic
Ordförande

Beslutad av xx 2023-xx-xx §xx

Nämnd- och internkontrollplan 2024-2027 med budget 2024 för vård- och omsorgsnämnden

Så här använder vi nämndplanen

När nämndplanen är antagen bearbetas den i förvaltningsledningsgruppen som fördelar målen i den process de ingår i så att varje mål har en ansvarig processägare. Processägaren är ansvarig för att målen omsätts i verksamhet.

Implementering

Samtliga chefer ansvarar för att nämndplanen är känd i organisationen och att de verksamhetsplaner som skapas i verksamheterna kopplar an till de mål som nämnden pekat ut i nämndplan.

Måltexterna i dokumentet beskriver vad som ska uppnås, vad den förväntade effekten är och vilket samverkansbehov som behövs för att nå målet. De ligger till grund för de aktiviteter som görs i verksamheterna för att nå målen och används vid uppföljning.

Uppföljning

Mål, måltexter och budget följs upp fyra gånger per år i nämndrapporter samt i en sammanfattande årsredovisning. Indikatorer följs upp två gånger per år.

Nämndrapport 1 redovisas på nämndsammanträde i april.
Nämndrapport 2 redovisas på nämndsammanträde i juni.
Nämndrapport 3 är en delårsrapport och inkluderar uppföljning av nämndplanens indikatorer och status på nämndens egna kontrollmoment i intern kontroll. Den redovisas på nämndsammanträde i september.
Nämndrapport 4 redovisas på nämndsammanträde i november.
Efter årets slut redovisas hela året samt indikatorer och intern kontroll i årsbokslut på nämndsammanträde i februari.

Styrning och ledning

Tjänsteorganisation:
I nämndrapporterna redovisar tjänsteorganisationen hur dess verksamheter har bidragit till målen, vilken effekt som går att se och om det finns behov av åtgärder eller vidare insatser framåt för att nå måluppfyllelse. Vid behov redovisas åtgärder som genomförs för att nå budget i balans. Vid behov av åtgärder som kräver nämndbeslut föreslår tjänsteorganisation åtgärder i samband med att nämndrapporterna redovisas till nämnd.

Nämnd:
Om nämnden ser behov av åtgärder som kräver nämndbeslut utifrån det som redovisas i nämndrapporterna kan det föreslås genom yrkande på sammanträde när nämndrapporten redovisas.

Innehållsförteckning

1. Inledning **3**
1.1 Styrmodell och nämndplanens sammanhang i styrkedjan 3
1.2 Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde och organisation 4
1.2.1 Vård- och omsorgsnämndens uppdrag 4
1.2.2 Vård- och omsorgsnämndens organisation 4
2. Strategiska områden med mål och uppdrag **4**
2.1 Flen - en tillväxtkommun 4
2.1.1 Vård- och omsorgsnämndens mål 5
2.2 Flen - där människor får växa och ta plats 7
2.2.1 Vård- och omsorgsnämndens mål 7
2.3 Flen - för trygghet genom hela livet 9
2.3.1 Vård- och omsorgsnämndens mål 9
3. Nämndens ekonomiska ramar 2024 **13**
3.1 Driftbudget 2024 14
3.2 Investeringsbudget 2024 14
Bilaga 1. Plan för intern kontroll 2024 - vård- och omsorgsnämnden **15**
Kommunövergripande kontrollmoment 15
Specifika kontrollmoment vård- och omsorgsnämnd 15
Bilaga 2. Riktlinjer och planer **16**

1. Inledning

1.1 Styrmodell och nämndplanens sammanhang i styrkedjan

Flens kommuns riktlinje för styrning och ledning, Flens kommuns styrmodell, utgör struktur och ramverk för att styra Flens kommun i riktning mot vision och uppsatta mål. I styrmodellen fogas politik och verksamhet samman på olika nivåer i organisationen.

I nämndplanen ska mål från Strategisk plan brytas ner till nämndnivå men en planperiod på fyra år med årlig revidering. Nästa led i styrkedjan är de verksamhetsplaner som upprättas i nämndens förvaltningen.

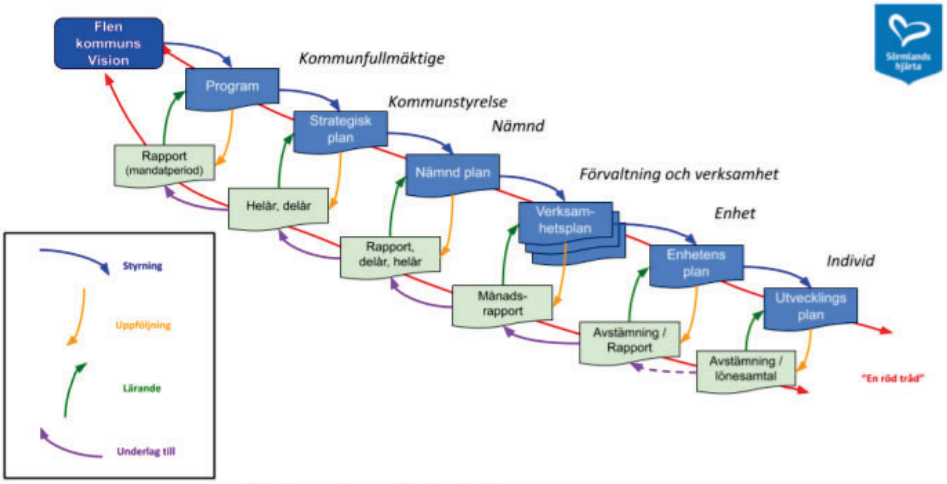


Bild: Styr- och uppföljningskedja

Uppföljningsprocessen är lagstyrd och i Flens kommun sker detta genom månadsrapport och tre nämndrapporter utöver delårsredovisning och årsredovisning.

1.2 Vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde och organisation

1.2.1 Vård- och omsorgsnämndens uppdrag

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för kommunens uppgifter inom socialtjänsten och vad som i lag eller annan författning sägs om socialnämnd som inte ska fullgöras av social- och arbetsmarknadsnämnden.

Nämnden ansvarar för vad kommunen har att fullgöra enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Nämnden fullgör kommunens uppgifter enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt lag (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag med mera.

Prövning av tillstånd till resor enligt lag (1997:736) om färdtjänst och lag (1997:735) om riksfärdtjänst.

Nämnden består av 7 ledamöter och 7 ersättare.

1.2.2 Vård- och omsorgsnämndens organisation

Socialförvaltningen verkställer de beslut som fattas av vård- och omsorgsnämnden, samt bedriver verksamhet som ligger inom nämndens ansvarsområde. Socialförvaltningens verksamhet är indelad i tre verksamhetsområden:

- Avdelning myndighet
- Avdelning barn, unga, vuxna
- Avdelning äldre
- Enheter för stab, kvalitet- och ekonomi samt medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

2. Strategiska områden med mål och uppdrag

2.1 Flen - en tillväxtkommun

Kommunfullmäktiges mål: Flens kommun har 17 000 invånare 2030. Åtgärder för minskad klimatpåverkan och ökad biologisk mångfald genomförs årligen och synliggörs för kommuninvånare och företag.

Beskrivning: Flens kommuns befolkningsmängd ska öka och den önskade effekten är mer

balanserad demografi, ett stabilare skatteunderlag och en kvalificerad arbetskraft vilken främjar kommunens utveckling i sin helhet. Barnfamiljer ska lockas av goda boendemiljöer, bra pendlingsmöjligheter och barnomsorg samt utbildning av kvalitet. Flens kommun kan med stöd av framtagna strategier erbjuda attraktiv mark för exploatering, både till företag och hållbara boendemiljöer, stråk och mötesplatser. Med välfungerande digital infrastruktur gynnas näringsliv, skola och invånare. Arbete med hållbarhet ska genomsyra verksamheterna. Tidigare beslutade styrdokument ger en riktning samtidigt som nya initiativ kan tas och förankras. Kommunikation av hållbarhetsarbetet sker i första hand i befintliga forum och kanaler, och bidrar till måluppfyllelse genom att inspirera och väcka intresse. Den gröna infrastrukturen med en levande landsbygd och aktivt brukande av jord och skog gynnar den biologiska mångfalden och tilltalar såväl invånare som besökare.

2.1.1 Vård- och omsorgsnämndens mål

Mål 1: Välfärdsteknik och digitalisering används allt mer i verksamhetsutvecklingen

Måltext: Vård- och omsorgsnämnden skapar möjligheter för att utarbeta säkra digitala lösningar och bidra till en digital infrastruktur. Digitala stöd och tjänster som utvecklats för den enskilde brukaren syftar till att bidra till ökad trygghet, aktivitet, delaktighet och självständighet hos brukaren. Fokus på förändrade arbetssätt som genomförts med stöd av digitalisering och automatisering i verksamheten syftar till att utveckla en mer innovativ och effektiv verksamhet.

Effekt på hållbarhetsmål:

Indikator*	**Utgångsvärde**	**Målvärde 2027**
Införa nya lösningar för välfärdsteknik	3 (2023)	6
Öka invånarnas möjlighet till självservice genom att mäta andel möjliga e-tjänster.	2	20

**Följs upp i samband med nämndrapport 3/delår och bokslut*

Mål 2: Vård- och omsorgsnämnden verkar för alternativa boenden för invånare 65 år och äldre

Måltext: Genom att verka för alternativa boenden för äldre från 65 år och äldre bidrar vi till ökad delaktighet och gemenskap som kan leda till minskad ensamhet och att fler kan klara sig längre själva utan kommunala insatser.

Effekt på hållbarhetsmål:

Indikator*	Utgångsvärde	Målvärde 2024
Ta fram underlag för beslut om att sänka åldersgränsen för trygghetsboende, från 75 år till 65 år.		Genomfört

**Följs upp i samband med nämndrapport 3/delår och bokslut*

Mål 3: Vård- och omsorgsnämnden bidrar till en hållbar konsumtion

Målet bidrar till uppfyllandet av målbilder i hållbarhetsprogrammet kopplat till hållbar konsumtion (Mål 12) och ingen hunger (Mål 2), som bland annat handlar om cirkulär ekonomi, minskat matsvinn och en hög andel ekologiska livsmedel.

Effekt på hållbarhetsmål:

Indikator*	Utgångsvärde	Målvärde 2027
Mätning av minskat matsvinn inom äldreomsorgen med redovisning i nämndrapport en gång per år.	146 gram per portion (2023) 136 gram per portion (2022)	100 gram per portion

**Följs upp i samband med nämndrapport 3/delår och bokslut*

2.2 Flen - där människor får växa och ta plats

Kommunfullmäktiges mål: År 2027 är andelen arbetslösa i åldern 18-64 under riksgenomsnittet.

Beskrivning: En av flera förutsättningarna för att en individ ska kunna växa och ta plats i samhället är förmågan och möjligheten till egen försörjning. Flens kommun arbetar utifrån individens behov där språkinsatser är en viktig faktor. Vidare ska praktikplatser och goda utbildningsmöjligheter i samverkan med andra aktörer fortsatt minska andelen arbetslösa. Målet förväntas ge synergieffekter på tryggheten utifrån sambandet mellan socioekonomi och brottslighet. Skolresultaten hos barn och unga ökar utifrån att barn till föräldrar med sysselsättning presterar bättre.

Kommunfullmäktiges mål: Flens kommun ska vara topp 25 % av alla kommuner när det gäller elever i årskurs 9 som når kunskapskraven.

Beskrivning: Utbildning är viktigt för att få goda förutsättningar att lyckas i livet. Förutsättningarna för att klara kunskapskraven i åk 9 sätts tidigt och därför är det viktigt att ha en utvecklande undervisning även i lägre årskurser. Flens kommun har ansvar för alla barn folkbokförda i kommunen även om rådigheten endast finns inom kommunal verksamhet. För att nå målet behöver goda förutsättningar komma från flera håll, såsom måltider och meningsfull fritid. Arbete för ökad psykisk hälsa bland unga är viktigt för måluppfyllelse.

2.2.1 Vård- och omsorgsnämndens mål

Mål 1: Vård- och omsorgsnämndens verksamheter är en attraktiv arbetsplats.

Måltext: Flens kommun ska vara en frisk och attraktiv arbetsplats. Vi vet att en välfungerande organisation bidrar till friska arbetsplatser med en god arbetsmiljö och är bättre rustad att möta utmaningar.

Effekt på hållbarhetsmål:

Indikator*	Utgångsvärde	Målvärde 2027
HME-värde, Hållbart medarbetarengagemang, ska öka i värdet “Ambassadör min arbetsplats”.	-8 (2023)	+10

**Följs upp i samband med nämndrapport 3/delår och bokslut*

Mål 2: Stärka kompetensförsörjningen inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

Måltext: Genom att erbjuda praktikplatser, ta emot praktikanter och erbjuda utbildningar som kan leda till att fler får jobb inom vård- och omsorgsområdet.

Effekt på hållbarhetsmål:

Indikator*	Utgångsvärde	Målvärde 2027
Öka antal praktikplatser (Praktiktiden har varit kort då de har fått en arbetsmarknadsanställning i stället. (arbetsmarknadsenheten	*12 praktikplatser (2023)*	*Öka*
Antal studentplatser för undersköterskor	*32 studentplatser (undersköterskor) (2023)*	*Behålla*
Öka antal praktikanter, studenter och trainee	*23 praktikanter* *24 studenter* *1 trainee* *(2023)*	*Öka* *Öka* *Öka*
Minska antal vakanser av legitimerad personal.	*6 sjuksköterskor* *2 rehabpersonal* *(2023)*	*0*

**Följs upp i samband med nämndrapport 3/delår och bokslut*

Mål 3: Ökad sysselsättningsgrad för personer med funktionsnedsättning samt att fler går från insats i daglig verksamhet till anställning på öppna arbetsmarknaden.

Måltext: Tillvaratagande av målgruppens kompetens och rättigheter enligt Funktionsrättskonventionen. I daglig verksamhet i intern regi motiveras till arbete enligt heltid som norm, samt skapas möjlighet att närma sig öppna arbetsmarknaden genom arbetsplatser hos externa aktörer. Samverkan sker med interna och externa aktörer för att möjliggöra sysselsättning på öppna arbetsmarknaden.

Effekt på hållbarhetsmål:

Indikator*	**Utgångsvärde**	**Målvärde 2027**
Öka individens sysselsättningsgrad i daglig verksamhet (7 timmar/dag motsvarar 100%).	47 %	75 %
Antal individer som kan erbjudas daglig verksamhet inom externa verksamheter/företag.	8 individer	10 individer
Antal individer som går från daglig verksamhet till anställning på öppna arbetsmarknaden.	1 individ vartannat år	1 individ varje år

**Följs upp i samband med nämndrapport 3/delår och bokslut*

2.3 Flen - för trygghet genom hela livet

Kommunfullmäktiges mål: År 2027 upplevs Flens kommun som en allt tryggare kommun.

Beskrivning:. Den sociala sammanhållningen mellan grupper i samhället behöver öka och alla kommunens verksamheter ska upplevas som inbjudande. Brotts- och våldsförebyggande arbete är en viktig del i att öka upplevelsen av trygghet att skapa attraktiva och levande mötesplatser i kommunen. Målet avser också hälsofrämjande arbete för såväl kommunanställda som kommuninvånare. Insatser som uppmuntrar som rörelse för barn, vuxna och äldre bidrar också till måluppfyllelse.

2.3.1 Vård- och omsorgsnämndens mål

Mål 1: Hög upplevelse av trygghet för brukare inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde

Måltext: Genom arbete med förebyggande insatser för att motverka hot och våld och välfärdsbrott bidrar nämnden till att öka trygghet och säkerhet.

Effekt på hållbarhetsmål:

Indikator*	**Utgångsvärde**	**Målvärde 2027**
Brukarundersökning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, förtroende och trygghet, medelvärde (ID U21454 Kolada)	64 (2023) 62 (2022)	Riket
Brukarundersökning gruppbostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel % (ID U28522 Kolada)	84 (2023) Kvinnor 85 Män 78	Öka

**Följs upp vid bokslut*

Mål 2: God kvalitet i service, stöd, vård och omsorg.

Måltext: Kvaliteten i verksamheterna ska kontinuerligt utvecklas och förbättras. Den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv utifrån individens behov ska stärkas. Fler personer 65 år och äldre ska uppleva att måltiden är en trevlig stund på dagen.
Uppdaterade och aktuella rutiner ska finnas dokumenterade för att öka rättssäkerheten och likvärdigheten i bedömningen och med den enskildes behov i fokus.

Effekt på hållbarhetsmål:

Indikator*	Utgångsvärde	Målvärde 2027
Uppnå de mål för nationella kvalitetsregister som finns upptaget i Egenkontrollplan patientsäkerhet 2023-2025.	Se nuläge i Egenkontrollplan 2023-2025	Se indikatorer i Egenkontrollplan 2023-2025
Det finns uppdaterade och aktuella rutiner i kvalitetsledningssystemet		100 %
Fler personer 65 år och äldre ska uppleva att måltiden är en trevlig stund på dagen. Mäts i antal personer i öppna jämförelser.	65 (2021) 62 (2020)	75

Mål 3: Alla nyanställda inom vård- och omsorgsnämnden har grundläggande nivå i det svenska språket.

Måltext: Tryggare och säkrare vård och omsorg genom goda kunskaper i svenska språket hos medarbetare som behöver det samt genom att ställa högre krav i svenska språket vid anställningen. Under 2024 tar vi fram förslag på ett test för att mäta vilka som har grundläggande nivå i svenska språket, samt ta fram ett förslag på kompetensutveckling för befintlig personal som inte har grundläggande nivå i svenska språket.

Effekt på hållbarhetsmål:

Indikator*	Utgångsvärde	Målvärde 2024
Det finns en plan för att säkerställa kompetensen för grundläggande nivå i svenska språket.	Nej	Ja

Mål 4: Vård- och omsorgsnämndens verksamheter ska ha god förmåga att agera på händelser och störningar i samhället.

Måltext: Ökad förmåga för nämndens verksamheter att fullgöra sitt grunduppdrag vid samhällsstörningar bidrar till ökad trygghet.

Effekt på hållbarhetsmål:

Indikator*	**Utgångsvärde**	**Målvärde 2027**
Andel enheter som har aktuella (dvs under året reviderade) kontinuitetsplaner för krissituationer såsom pandemi, brand och avbrott i vatten-/elförsörjning eller internet.	33 % (2022)	100 %

**Följs upp i samband med bokslut*

3. Nämndens ekonomiska ramar 2024

För att säkerställa god ekonomisk hushållning och en ekonomi i balans har vård- och omsorgsnämnden övergripande mål för ekonomin.

- ➔ Tilldelad budgetram hålls
- ➔ Resurser nyttjas effektivt

Detta följs upp och mäts med indikatorer nedan.

Indikator	**Utfall 2022**	**Utfall 2023**	**Utfall 2024**	**Utfall 2025**	**Utfall 2026**	**Utfall 2027**
Tilldelad budgetram hålls						
Budgetavvikelse (Mkr)	-					
Resurser nyttjas effektivt						
Resursindex äldreomsorg (ID U20008 Kolada)	52					
Resursindex LSS boende och daglig verksamhet (ID U28001 Kolada)	42					

3.1 Driftbudget 2024

Vård- och omsorgsnämndens resurstilldelning enligt kommunens resursfördelnignsmodell:

Räkenskapssammandragets verksamhetskoder (drift)	VON	
100 Nämnd- och styrelseverksamhet	828	
500 Primärvård	25 845	äldreomsorg
510 Vård och omsorg om äldre	278 994	äldreomsorg
513 Insatser enligt LSS/SFB	110 887	funktionshindersomsorg
520 Insatser till personer med funktionsned	17 376	funktionshindersomsorg
530 Färdtjänst/riksfärdtjänst	7 859	
Summa	**441 789**	

Verksamhetsområde/ansvarsområde	Tkr
Avdelning äldre	273 775
Avdelning barn, unga vuxna	103 636
Avdelning myndighet	22 859
Köp av huvudverksamhet/externa placeringar (LSS)	17 335
Ledning, stab och övrigt gemensamt	23 356
Nämnd	828
Summa	**441 789**

3.2 Investeringsbudget 2024

Investeringsbudget	Tkr
Avdelning äldre	2 400
Avdelning barn, unga vuxna	1 200
Ledning, stab och övrigt gemensamt	550
Summa	**4 150**

Bilaga 1. Plan för intern kontroll 2024 - vård- och omsorgsnämnden

Kommunövergripande kontrollmoment

Rutin/process/område	Kontrollmoment	Ansvarig	Kontrollmetod	Frekvens
Arbetsmiljö	Kontroll av att ”Flens kommuns rutin för det systematiska arbetsmiljöarbetet” följs.	Förvaltningschef / VD	Stickprov av chefers arbetsmiljödelegation (i Opus).	Två gånger per år
Styrning och ledning / politiska beslut	Kontroll av att strategiska politiska beslut verkställs enligt beslut.	Förvaltningschef / VD	Stickprov från nämndens/styrelsens beslutsärenden. Minst tio ärenden utifrån uppdrag i strategisk plan/nämndplan eller enskilda beslut. (Fokus principiellt viktiga och/eller strategiska ärenden)	En gång per år
Dataskydd och sekretess	Kontroll av att rutiner finns för hur dataskyddsförordningen (GDPR) och offentlighets- och sekretesslagstiftningen (OSL) ska följas	Förvaltningschef/ Kontorschef/ VD delegerar, i samarbete med kommunens dataskyddsombud	Kontrollmetod av rutiner för GDPR på enheterna utifrån det som står i handlingsplanen	En gång per år

Specifika kontrollmoment vård- och omsorgsnämnd

Rutin/process/område	Kontrollmoment	Ansvarig	Kontrollmetod	Frekvens
Risk för bristande arbetsmiljö	Granska resultatet av medarbetarundersökning i Agerus	Förvaltningschef	Genomgång av statistik från Agerus	Två gånger per år
Risk för en hög sjukfrånvaro	Granska och redovisa sjukfrånvaron	Förvaltningschef	Ta fram och analysera underlag från HR. Presentera i nämndrapport	Fyra gånger per år
Risk för brister i brukarrelaterad dokumentation	Genomgång av individärenden. I myndighetsvyn kontrolleras förekomst av vårdplan och uppdrag till utförare, samt att uppföljning gjorts och dokumenterats. I utförarvyn kontrolleras förekomst av aktuell genomförandeplan som ska vara tidsatt samt att uppföljning gjorts och dokumenterats.	Avdelningschef	Stickprov i Combine, 5 brukare per enhet. Redovisas i årsbokslutet.	En gång per år
Risk för kompetensbrist och att inte behålla rätt kompetens	Granska att det finns introduktionsplaner, att alla nyanställda får den introduktion de behöver, och tillsvidareanställda erhåller obligatoriska utbildningar löpande.	Avdelningschef	Granska att det finns introduktionsplaner inom varje yrkeskategori.	En gång om året
Risk för kvalitetsbrister	Inventera diverse projekt - exempelvis *Individen i centrum,* IVO:s tillsynsrapporter, revisionsrapporter samt andra rapporter och dokument som belyser vilka åtgärder som bör vidtas. Dokumentera och vidta föreslagna åtgärder.	Avdelningschef	Genomgång av åtgärdsplaner föreslagna i projekt, IVO:s tillsynsrapporter, revisionsrapporter samt andra rapporter var tredje månad med återrapportering till nämnden var tredje månad.	
Rutiner och kompetens-utveckling för att motverka välfärdsbrott	Skapa rutiner och förutsättningar för kompetensutveckling som stödjer medarbetarna i arbetet med att motverka välfärdsbrott.	Förvaltningschef	Uppföljning med verksamheterna för att se hur rutinerna fungerar.	En gång per år

Verksamhets-systemet Combine	Se till att systemet är uppdaterat och aktuellt utifrån processmallar och lagkrav.	Stabsenhetschef	Kontroll av dokumentation av åtgärder/insatser.	En gång per år
Rutiner och kompetens-utveckling för att motverka välfärdsbrott	Skapa rutiner och förutsättningar för kompetensutveckling som stödjer medarbetarna i arbetet med att motverka välfärdsbrott.	Förvaltningschef	Uppföljning med verksamheterna för att se hur rutinerna fungerar.	En gång per år

Bilaga 2. Riktlinjer och planer

Följande riktlinjer och planer är antagna av vård- och omsorgsnämnden och är styrande och vägledande för enheternas operativa genomförande:

Riktlinjer För Handläggning Enligt Socialtjänstlagen (SoL) Av ärenden Inom äldre- Och Funktionshinderomsorg (2020-11-04)

Arkivbeskrivning för vård- och omsorgsnämnd (2024-01-01)

Informationshanteringsplan för vård- och omsorgsnämnd (2023-02-24.)

Flen kommun

DATUM 2024-01-09

TJÄNSTESKRIVELSE

Socialförvaltningen

TJÄNSTESTÄLLE Socialförvaltningens stab

HANDLÄGGARE Susanne Karlsson

Till Vård- och omsorgsnämnden

DIARIENR VON/2023:69

Månadsrapport november

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta

att godkänna månadsrapporten för november 2023, samt

att överlämna den till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Sammanfattning
Socialförvaltningen har av vård- och omsorgsnämnden fått i uppdrag att sammanställa en rapport med aktuella nyckeltal avseende nämndens verksamheter varje månad. Syftet är att öka transparensen mellan förvaltning och nämnd som ett led i det pågående arbetet med att komma till rätta med nämndens ekonomiska underskott. Månadsrapporten innehåller även nyckeltal avseende kvalitetsfrågor, såsom lex Sarah.

Iris Pettersson
Förvaltningschef

Susanne Karlsson
Ekonomi- och kvalitetschef

Beslutet skickas till:
Kommunstyrelsen
Kommunens revisorer
Akt

Månadsrapport VON
november 2023

Socialförvaltningen
Flen

Innehåll

1. Sammantagen bedömning **2**

2 Avdelning Myndighet **3**

2.1 Verksamhet **3**

2.2 Ekonomi **4**

2.3 Personal **5**

2.4 Arbetsmiljö **5**

2.5 Kvalitet **5**

3 Avdelning Barn, Unga, Vuxna **6**

3.1 Verksamhet **6**

3.2 Ekonomi **6**

3.3 Personal **10**

3.4 Arbetsmiljö **11**

3.5 Kvalitet **11**

4 Avdelning Äldre **12**

4.1 Verksamhet **12**

4.2 Ekonomi **13**

4.3 Personal **15**

4.4 Arbetsmiljö **16**

4.5 Kvalitet **18**

Bilaga: Socialförvaltningens organisation *20*

1. Sammantagen bedömning

Ekonomisk ram per verksamhet, tkr	Budget 2023, jan-nov	Utfall 2023 jan-nov	Avvikelse mot budget jan-nov	Prognos avvikelse helår
Avdelning BUV	72 473	98 184	-25 711	-24 000
Avdelning Myndighet	39 607	46 099	-6 492	-7 100
Avdelning Äldreomsorg	217 691	216 589	1 102	3 000
Ledning, stab & gemensamt	19 167	16 085	3 082	3 500
Nämnd	458	655	-197	-200
TOTAL	**349 396**	**377 612**	**-28 216**	**-24 800**

Bibehållen prognos från föregående månad. Prognosen är därmed fortsatt 14 mnkr bättre än den prognos om -38,8 mnkr som lades i april efter att fördelningen av den tidigare Socialnämndens ram fördelats av KS/KF till de nya nämnderna VON och SAN.

Samtliga avdelningar visar oförändrad prognos.

2 Avdelning Myndighet

2.1 Verksamhet

Inom avdelningen finns fem enheter. Inom nämndens ansvarsområde finns en enhet.
Avdelningen arbetar gemensamt med de flesta områden som rör arbetsmiljö, kvalitet och verksamhetsutveckling.
Enhetens prioriterade mål är införda i en utvecklingsplan. Nedan följer det arbete som pågår på enheten.

Effektiv och rättssäker myndighetshandläggning/ myndighetsutövning

- Översyn av riktlinjer, IBIC-standardisering (avstämning och tillsammans med utförarsidan)
- Individuppföljning inom alla verksamhetsområden med start SÄBO (LSS, Hemtjänst, SÄBO, Korttids mm)
- Fokus på det vi prioriterat - hålla i och verkställa det som beslutats, regelbunden avstämning och uppföljning

Stärkt samverkan med tydliga roller och ansvar

- Fortsätta arbetet med implementering av kedjan – från ansökan till genomförande och uppföljning, vem gör vad, när och vad gör vi tillsammans? (Myndighet VAD och utförarsidans HUR)
- Fortsätta utveckling av digitala möten som skapar värde för dem vi är till och som främjar ett effektivt och ändamålsenligt samarbete tillsammans med andra parter involverade i individens insatser/behov

Digitalisering och välfärdsteknik

- Nyckelfria lås och medicinskåp
- Tydliggöra digital tillsyn i riktlinjer
- Ta fram en förvaltningsövergripande digitaliseringsplan (hålls ihop av utvalda representanter från kommunledning och förvaltning)

4: Attraktiv arbetsgivare

- Involvering, tillit och delaktighet – ha en stående punkt om status och frågor gällande enhetens prioriteringar på APT (hur påverkar det vår arbetsmiljö, vad behöver vi stärka/säkra), på enhetsmöten – vad behöver vi stärka, vem gör vad, hur?
- Se över arbetsgivarens verktygslåda i att attrahera, introducera och behålla medarbetare (avdelningsnivå- vad gör vi inom avdelningen, och enhetsnivå – vad behöver vi göra?) Arbetsgruppen som arbetat med med attraktiv arbetsgivare har redovisat sitt arbete för HR och IT.

2.2 Ekonomi

Enhet Äldre och Funktionsvariation Ekonomisk ram per verksamhet (tkr)	Budget 2023, jan-nov	Utfall 2023, jan-nov	Avvikelse mot budget jan-nov	Prognos Helår
Intäkter	-2 162	-1 254	-908	
Bostadsanpassning (Inkl personal)	2 101	2 600	-499	
Placeringar & Färdtjänst (köpta platser)	18 886	27 721	- 8 835	
Personalkostnader (vård/omsorg)	8 678	8 313	365	
Övriga kostnader (pers-ass, pers. LSS)	12 104	8 719	3 385	
Summa	**39 607**	**46 099**	**-6 492**	**-7 100**

Externa placeringar är i huvudsak det som belastar enhetens ekonomi.

LSS (barn och vuxna) externa placeringar visar en negativ avvikelse på 4,8 mnkr mot budget för perioden januari – november och är 266 tkr högre än för samma period 2022. Genom avslutade placeringar eller hemmaplanslösningar har enheten minskat den genomsnittliga månadskostnaden med 0,3 mnkr för placeringar av LSS unga och 0,4 mnkr för placeringar LSS vuxna.
Färdtjänst inkl riksfärdtjänst visar positiv avvikelse med 1,1 mnkr mot budget och 0,7 mnkr högre jämfört med samma period föregående år.
Boende socialpsykiatri har en negativ avvikelse på 1,2 mnkr mot budget och är 257 tkr lägre än för samma period 2022.

Det finns i nuläget:
4 externa LSS placeringar barn/unga. (en plats upphörde 231202)
En extern placering på gruppboenden (LSS).
Tre externa placeringar på socialpsykiatriboenden (SoL).

För närvarande finns inga ansökningar om särskilt boende socialpsykiatri eller LSS boende på gång.

Verksamhet, *i tkr* Åtgärdsplan Punkt 10	Utfall Nov 22	Utfall Nov 23	*minskn./ ökning mot år 2022*	Mån.Snittkostnad Jan-Juni 2023 Före åtgärder	Snittkostnad Juli-Nov 2023 Sedan åtgärder
LSS privat	**5 346**	**5 399**	**+53**	**575**	**391**
LSS boende unga	**9 167**	**10 002**	**+835**	**1 050**	**736**
LSS boende vuxna	**4 542**	**3 973**	**-569**	**500**	**129**

2.3 Personal

Personalgruppen är indelade i två team.
Team 1, handläggning, äldreomsorg (SoL). 7 socialsekreterare. Utöver detta ingår 2 i den gemensamma mottagningen och har en annan enhetschef.
Team 2, handläggning, socialpsykiatri, SoL, LSS och bostadsanpassning. 5 socialsekreterare
Team 3, avgifter, boendesamordning och övrigt administrativt . 2 administratörer.
Gruppledare, 2 gruppledare med ansvar för varsitt team.

Utöver ovanstående finns det 3 personer som har en timanställning för att täcka upp frånvaro och deltid.

Frånvaro 2023, *i %*	**jan**	**feb**	**mar**	**apr**	**maj**	**Juni**	**Juli**	**Aug**	**Sep**	**okt**	**nov**
Dag 1-14	5,73	10,22	6,90	4,38	4,46	1,84	2,60	0,89	1,89	0,69	1.8
15-59	1,05	2,13	0,00	0,00	3,35	3,11	1,34	0,46	0	0	4.05
60-	5,81	5,34	4,11	3,11	3,71	2,47	4,52	3,23	6,43	4,2	6.17
Totalt	**12,59**	**17,69**	**11,01**	**7,49**	**11,52**	**7,43**	**8,46**	**4,58**	**8,32**	**4,71**	**12.02**

2.4 Arbetsmiljö

Det pågår ett aktivt arbetsmiljöarbete.
Enheten jobbar med material från Sunt arbetsliv och ingår i avdelningens gemensamma arbetsgrupp, attraktiv arbetsgivare. Resultat från Agerus presenteras och diskuteras på APT. Kontinuerligt enhets-samverkan med fackliga representanter sker. En arbetsgrupp med tre medarbetare från varje team och en facklig representant har bildats oktober-23 som jobbar kontinuerligt arbetsmiljöfrågor tillsammans med enhetschef. Gruppens arbete redovisas på APT och gruppen för en dialog med övriga på enheten.

Arbetsmiljön har successivt förbättrats under året, då enheten från och med mars-23 nästan har full bemanning och extra stöd finns i form av timanställda.

2.5 Kvalitet

Bemanningen på enheten är stabil vilket innebär att medarbetarna har utrymme att mer delta aktivt i utvecklingsarbetet på enheten. Ett arbete med nya riktlinjer inom SoL pågår.

3 Avdelning Barn, Unga, Vuxna

3.1 Verksamhet

Avdelningens största resurs är alla de medarbetare som arbetar dygnet runt, året runt i våra verksamheter. Förändringar i hur och när vi genomför insatser är därför också det som ger mest effekt, varför optimerade scheman utifrån tidsatta genomförandeplaner är av största vikt. Utifrån detta har samverkan kring så kallad stadigvarande förflyttning skett för att bemanna där brukarbehovet är som störst. Processen har hanterats med stöd av HR.

Ett fortsatt fokus på friskfaktorer och väl avvägda arbetspass med lagstadgad dygnsvila för medarbetarna är också högprioriterat. Enheterna fortsätter därför arbeta med målsättning att höja frisknärvaro och sänka antalet timvikarier. Alltför mycket arbetstid för flera funktioner läggs dock idag på bemanning och schemaläggning, speciellt vid frånvaro, vilket är ett viktigt förbättringsområde.

Enkätundersökning kring gruppledartjänsterna har genomförts inom avdelningen och enhetssamverkan har skett kring huruvida gruppledartjänster ska permanentas. Beslut kommer tas i avdelningssamverkan i december.

3.2 Ekonomi

Ekonomisk ram per verksamhet (tkr)	Budget 2023, jan-nov	Utfall 2023 jan-nov	Avvikelse mot budget jan-nov	Prognos helår
Summa avdelning Barn, unga, vuxna	**72 473**	**98 184**	**-25 711**	**-24 000**
Avdelning och stab	-52	220	-272	
Grupp- och serviceboenden LSS	42 424	50 083	-7 659	
Särskilda boenden socialpsykiatri SoL	7 430	9 494	-2 064	
Boendestöd SoL	3 394	4 325	-931	
Korttidsvistelse & förlängd skolbarnomsorg LSS	1 491	4 541	-3 050	
Personlig assistans LSS	3 998	13 236	-9 238	
Daglig verksamhet LSS & sysselsättning SoL	13 788	16 285	-2 498	

Avdelningen har som tidigare beskrivits framfört ett behov av minimum 98,9 mnkr för att kunna bedriva ålagda verksamheter. Beräkningen inkluderade åtstramningar utifrån det ekonomiska läget. Avdelningen tilldelades 78,9 mnkr, en differens på 20 mnkr vilket krävde att ytterligare omfattande besparingar las inom varje verksamhetsområde för att komma i tilldelad ekonomisk ram. Detta kan utläsas i det negativa utfallet. Utöver detta belastar (tidigare redovisat) ett återkrav till Försäkringskassan för utförd assistans samt eftersläpande intäkter från Försäkringskassan utfallet negativt.
Störst negativt utfall mot budget under perioden visar personlig assistans och LSS-boenden.

Grupp- och serviceboenden LSS

Ekonomisk kostnadsram per verksamhet (tkr)	Utfall 2022, jan-nov	Budget 2023, jan-nov	Utfall 2023, jan-nov	Avvikelse 2023, jan-nov
Intäkter	3 312	3 607	4 580	973
Personalkostnader	−38 475	-41 459	-45 727	-4 267
Lokalkostnader	-6 382	-7 667	-7 299	367
Övriga kostnader	−1 355	3 095	-1 637	-4 735
Resultat	**-42 900**	**-42 424**	**-50 083**	**-7 659**

Grupp- och servicebostäder har under perioden ett negativt utfall mot budget om 7,7 mnkr.
Enheterna arbetar för en högre frisknärvaro och ser en fortsatt effekt av gruppledare kopplat till frånvaro och nyttjande av timanställda, en minskning motsvarande mer än 2 årsarbetare. Ytterligare effektiviseringar pågår kring nattbemanning vid en gruppbostad samlokaliserad med särskilt boende socialpsykiatri. En översyn om gruppledare kan kopplas till fler än ett boende pågår också, där samverkan mellan boenden bedöms ge ytterligare effekt för högre kontinuitet och kvalitet.

Verksamhet	Enhet	Kolada 2021	Flen nov 2023
Gruppbostad LSS	kr/dygn	3 703	3 492
Servicebostad LSS	kr/dygn	1 798	1 565

Särskilda boenden socialpsykiatri SoL

Ekonomisk kostnadsram per verksamhet (tkr)	Utfall 2022, jan-nov	Budget 2023, jan-nov	Utfall 2023, jan-nov	Avvikelse 2023, jan-nov
Intäkter	1 571	1 656	1 974	318
Personalkostnader	-8 681	-9 460	-9 397	64
Lokalkostnader	−1 676	-1 815	-1 621	194
Övriga kostnader	−341	2 189	-450	−2 639
Resultat	**-9 127**	**-7 430**	**-9 494**	**-2 064**

Särskilda boenden inom socialpsykiatri visar ett negativt utfall mot budget om 2 mnkr. Effektiviseringar pågår kring nattbemanning på särskild bostad socialpsykiatri samlokaliserad med en gruppbostad. En omställning har också skett för att från 1 januari 2024 ersätta det socialpsykiatriska boendet på Storgatan med boendestödsinsatser.

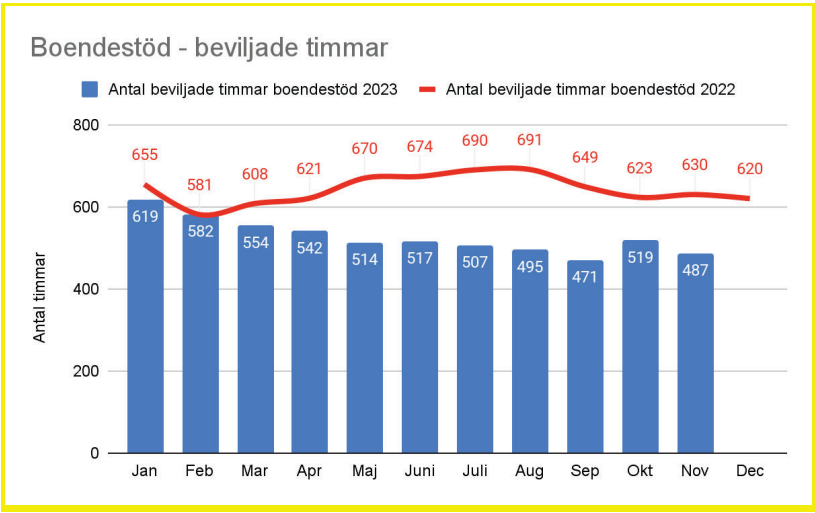
Verksamhet	Enhet	Genomsnitt i Kolada 2021	Flen nov 2023
Särskilda boenden socialpsykiatri SoL	kr/dygn	2 406	2 319

Boendestöd SoL

Ekonomisk kostnadsram per verksamhet (tkr)	Utfall 2022, jan-nov	Budget 2023, jan-nov	Utfall 2023, jan-nov	Avvikelse 2023, jan-nov
Intäkter	0	0	0	0
Personalkostnader	−3 474	-4 157	-3 834	323
Lokalkostnader	−136	-138	-180	-43
Övriga kostnader	−153	901	−311	-1 212
Resultat	**−3 763**	**-3 394**	**-4 325**	**-932**

Antal beviljade timmar boendestöd för november månad var 487 timmar mot 630 timmar under november föregående år. Utifrån övertalighet i boendestödsgruppen har organisationsförändring och stadigvarande förflyttning av medarbetare genomförts för start den 1 januari 2024.
Boendestödsgruppen minskar totalt med två årsarbetare medan brukarantalet ökar då avvecklingen av Storgatan har påbörjats och från årsskiftet utförs insatserna med insats boendestöd. Under första kvartalet 2024 bedöms avvecklingen vara genomförd i sin helhet.

Verksamhet	Enhet	Genomsnitt i Kolada 2021	Flen nov 2023
Boendestöd	kr/h	765	886



Korttidsvistelse & förlängd skolbarnomsorg LSS

Ekonomisk kostnadsram per verksamhet (tkr)	Utfall 2022, jan-nov	Budget 2023, jan-nov	Utfall 2023, jan-nov	Avvikelse 2023, jan-nov
Intäkter	14	0	86	86
Personalkostnader	−3 224	-2 626	-3 985	-1 359
Lokalkostnader	−368	-435	-384	51
Övriga kostnader	−201	1 570	-258	-1 828
Resultat	**−3 779**	**-1 491**	**-4 541**	**-3 050**

Korttidsvistelse och förlängd skolbarnomsorg LSS visar ett negativt utfall om 3 mnkr mot budget. Enheten har fortfarande ett högt dygnspris, i november var dygnspriset 9 242 kr, vilket dock är en förbättring jämfört med dygnspriset första kvartalet 2023 på mellan 11 646 till 14 678 kr/dygn.

Verksamhet	Enhet	Genomsnitt i Kolada 2021	Flen nov 2023
Korttidsvistelse och fritids	kr/dygn	5 521	9 242

Personlig assistans

Ekonomisk kostnadsram per verksamhet (tkr)	Utfall 2022, jan-nov	Budget 2023, jan-nov	Utfall 2023, jan-nov	Avvikelse 2023, jan-nov
Intäkter	22 223	21 658	17 894	-3 765
Personalkostnader	-25 339	-22 921	-28 490	-5 568
Lokalkostnader	−113	-66	−75	-9
Övriga kostnader	−771	−2 669	-2 565	104
Resultat	**-4 000**	**-3 998**	**-13 236**	**-9 238**

Personlig assistans visar ett utfall om 13,2 mnkr. i vilket släpande intäkter från Försäkringskassan samt återkrav ingår. Som tidigare omnämnts försämras utfallet även av ett individärende med dygnet-runt-bemanning vilket tidigare ersatts av Försäkringskassan, men som efter avslag utförs utifrån kommunalt beslut utan ersättning till utförarverksamhet.
En assistanstimme inom kommunen kostade under november månad 451 kr vilket ger en negativ differens om 126,5 kr mot Försäkringskassans timersättning om 324,5 kr för varje utförd timme. Under november utförde kommunens assistans 6460,6 timmar hos 12 brukare varav 8 brukare med uppdrag från Försäkringskassan. Utöver skillnaden mellan faktiskt timkostnad och Försäkringskassans timersättning utgår ersättning inte för de första 20 timmarna i varje Försäkringskasse-ärende, inte heller ersättning för hela nätter.

Verksamhet	Enhet	Kolada 2021	Flen nov 2023
Personlig assistans	kr/h	375	451

Daglig verksamhet LSS & sysselsättning SoL

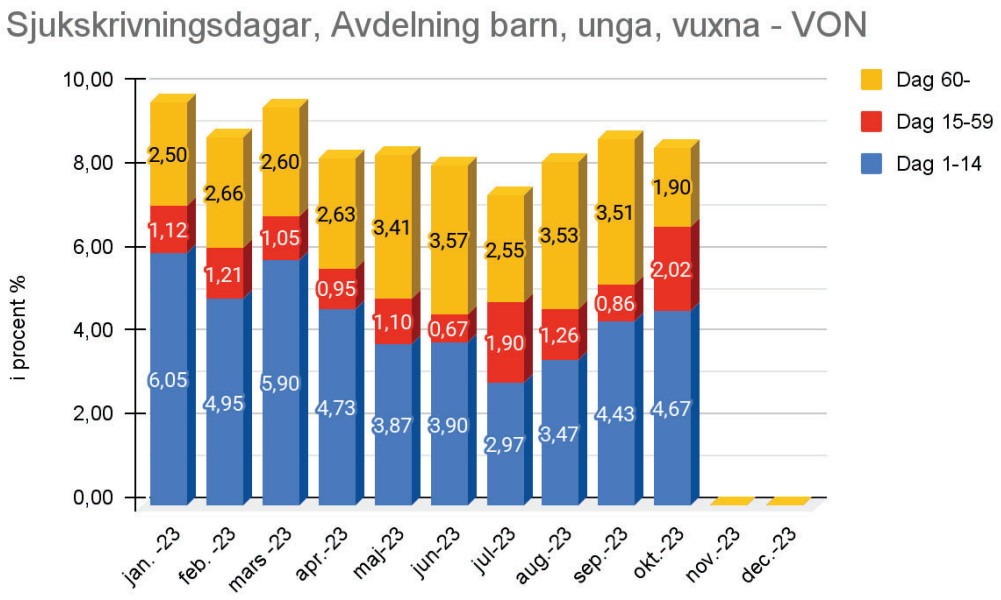
Ekonomisk kostnadsram per verksamhet (tkr)	Utfall 2022, jan-nov	Budget 2023, jan-nov	Utfall 2023, jan-nov	Avvikelse 2023, jan-nov
Intäkter	2 353	2 218	2 462	244
Personalkostnader	−13 806	-15 500	-14 670	830
Lokalkostnader	−1 343	-1 498	-1 592	-94
Övriga kostnader	−2 121	992	-2 485	−3 477
Resultat	**−14 917**	**-13 788**	**-16 285**	**-2 498**

Verksamheten visar ett negativt utfall om 2,5 mnkr. mot budget under perioden. Enheten har genom besparingar i personalkostnader arbetat för att nå ålagd besparing om 3,76 mnkr. vilket endast delvis kommer uppnås.

3.3 Personal

Minskad frånvaro

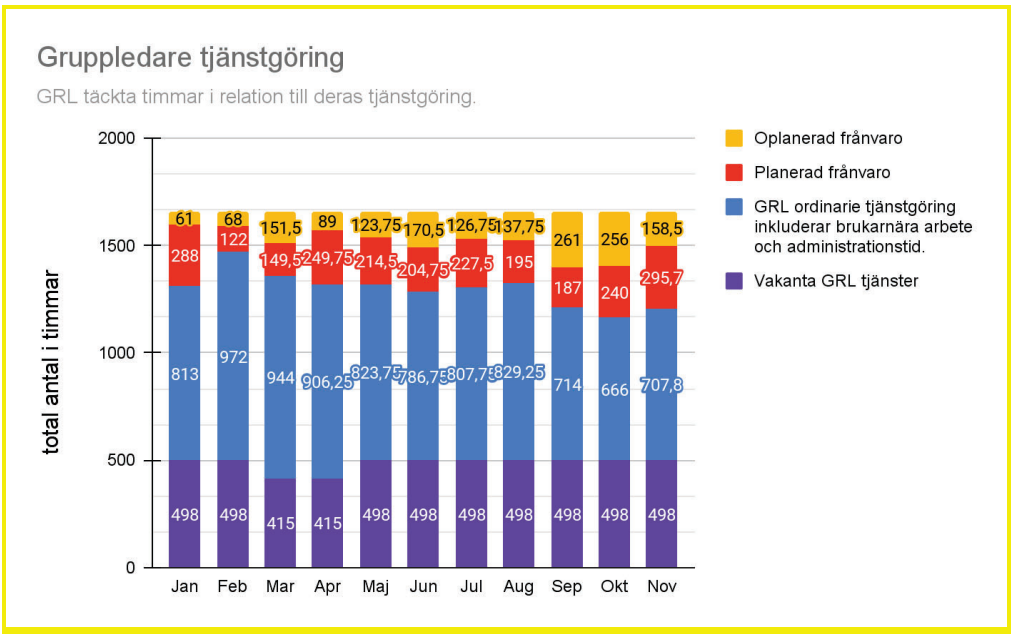
Avdelningens totala frånvaro inom VON:s verksamhetsområde var under oktober månad 8,59% varav korttidsfrånvaro 4,67 %. Målsättningen med en korttidsfrånvaro under 5% är uppnådd, men målsättningen att den totala sjukfrånvaron ska understiga 5% är ännu inte uppnådd.



Frånvaron ovan visar avdelningens verksamheter inom nämndtillhörighet.

Minskat antal timvikarier

Vi kan se en positiv avvikelse mot föregående år gällande timvikariekostnader motsvarande mer än 2 årsarbetare, och verksamheterna arbetar för att ytterligare minska nyttjande av timvikarier.
Under året har inte samtliga gruppledartjänster tillsatts, vilket kan ha påverkat möjligheten att genom gruppledare täcka mer frånvaro i verksamheterna. Utöver gruppledare och stödpedagogers möjlighet att täcka vid frånvaro i verksamheterna, övervägs möjligheten till ett resursteam som kan täcka vid frånvaro och stärka upp vid hög belastning.



**Oplanerad frånvaro är akut uppkommen frånvaro. Planerad frånvaro är frånvaro känd vid schemaläggning.*

Agerus
Avdelningens delaktighet redovisas i helhet - under november månad var avdelningens alla enheters delaktighet i Agerus pulsar 63 %, 63 %, 59 % samt 59 % (av all personal, även frånvarande vilka inte besvarar enkäten). Målsättningen är 100% delaktighet av tjänstgörande personal.

Under november månad visade API i nämndens verksamheter gröna värden mellan 75 (*utvecklas*) och 91 (*mål och rutiner*). Varje arbetsplats arbetar löpande med de API som verksamheten genererat.

3.4 Arbetsmiljö

Under november har 3 tillbud registrerats i verksamheterna inom nämndens område varav ett riktats mot del av förvaltningsledningen och därför inte hanteras av enhets- eller avdelningschef. Övriga två tillbud gäller arbetsbelastning för assistenter kring bemanning och upplevelser att bemanningsenheten inte fullt ut hanterar bemanning vid frånvaro. Tillbuden är inte utredda.

3.5 Kvalitet

Stickprov har skett i fem ärenden inom alla sex enheter under året för att följa upp att aktuella genomförandeplaner finns samt att dessa är tidssatta. Vid senaste stickprov i oktober var 83% (25 av 30) genomförandeplaner uppdaterade och 83% (25 av 30) genomförandeplaner var tidssatta. Målsättningen är givetvis 100% korrekt uppdaterade genomförandeplaner vid alla stickprov, även om verksamheterna idag upplever genomförandeplanerna aktuella.

Enhetssamverkan har skett kring om gruppledartjänster ska permanentas och förslag till beslut om att tillsvidaretillsätta gruppledartjänsterna kommer lyftas i avdelningssamverkan i december. Enkätundersökning kring gruppledartjänsterna har genomförts inom avdelningen, och analys av enkäten kommer tas med i utvecklingsarbetet under 2024. Ett förbättringsområde som noterats är att ytterligare förtydliga gruppledares roll och arbetsuppgifter.

Under oktober har 10 avvikelser registrerats i systemet DF Respons inom nämndens område. Avvikelserna är relaterade till insatser hos brukare/patientkontakt:

- 3 läkemedelshändelser HSL
- 3 fall HSL
- 3 brister i/uteblivna insatser LSS
- 1 utebliven kontroll av blodsocker HSL

Av dessa 10 avvikelser är utredning pågående i 2 ärenden, 1 utredning väntar på uppföljning, 1 utredning väntar på avslut och 6 ärenden är utredda och avslutade.

Inga synpunkter har inkommit riktat mot verksamheterna under november.

4 Avdelning Äldre

4.1 Verksamhet

Inom nämndens ansvarsområde finns avdelningen Äldre som omfattar olika verksamheter såsom dagverksamheter, särskilda boenden, hemtjänst samt demenssjuksköterska och anhörigkonsulent. Inom avdelning finns även bemanningsenheten som är en stödfunktion för avdelningarna Äldreomsorg, Barn, unga och vuxna samt BUK upp till förskoleklass.

Avdelningen arbetar gemensamt för *arbetsmiljö, kvalitet* och *ekonomi.* Dessa tre huvudområden redogör enhetscheferna för vid månadsuppföljning med avdelningschef. Resultaten redovisas således i denna rapport månatligt under respektive rubrik.

De målen som avdelningen arbetar med finns i en gemensam aktiv utvecklingsplan och det finns en aktiv utvecklingsplan för respektive enhet.

Effektiva flöden med individen i centrum

- Arbeta för att alla brukare ska ha en aktuell genomförandeplan samt att planering och schema utgår från individens behov.
- Processkartläggning och nya riktlinjer som stödjer vårt arbetssätt med individen i fokus ska göras tillsammans med kvalitetsutvecklare.
- Fortsätta arbetet med samverkan med myndighet och HSL.

Attraktiv arbetsgivare

- Att vi har en god introduktion för våra nya medarbetare.
- Minska sjukfrånvaron - uppföljningar Friska Flen
- Att vi aktivt arbetar med att våra spelregler efterlevs i ledningsgruppen
- Tillitsbaserat ledar- och medarbetarskap
- Utveckla karriärsteg

Starkt varumärke

- Vi har välkomstmöten för nya brukare
- Vi har en tillgänglig och adekvat kommunikation och information om våra verksamheter
- Marknadsföra oss - t ex på skolor, universitet och utveckla hemsidan

Aktiv ledning och styrning

- Vi arbetar systematiskt med vårt kvalitetsarbete.
- Pedagogisk uppföljning säkerställer åtgärder utifrån individens behov.

Budget i balans

- Se över alla scheman - att de överensstämmer med planering och genomförande planer
- Genomlysning av hemtjänsten - registrera allt vi gör

Verksamhet pågående/kommande utmaningar/beaktanden

Äldreomsorgens verksamheter är personaltäta, med hög frånvarograd samtidigt som rekryteringsunderlaget är magert. Verksamheterna har stora personalgrupper per chef, vilket korrelerar till hög frånvaro, hög personalomsättning och svårigheter vid rekrytering samt bemanning.

En vidare utmaning är att i samband med genomlysningen av hemtjänst och SÄBO visar verksamheterna positiva trender men flertalet tappar detta i samband med avslutat stöd. Med tanke på 11 timmarsregeln kommer utfallet av kostnader för vikarier att öka. Upplevelsen är fortsatt, ur ett långsiktigt perspektiv, att det föreligger en svårighet att se och bedriva en kvalitativ verksamhet. I flertalet av verksamheterna handlar det fortfarande väldigt mycket om att släcka bränder.

4.2 Ekonomi

Ekonomisk kostnadsram per verksamhet (tkr)	Budget, jan-nov	Utfall, jan-nov	Avvikelse, jan-nov	Prognos helår
Summa för avd Äldre	**217 691**	**216 589**	**1 102**	**3 000**
Särskilda boenden, SÄBO	114 073	113 668	405	-100
Korttidsboende Heden	21 755	21 455	300	300
Hemtjänst, inkl nattpatrull och trygg hemgång	89 827	95 555	-5 725	-6 800
Dagverksamheter	5 518	5 535	-17	0
Pool och bemanning	4 537	4 425	112	0
Stab	-18 021	-24 047	6 026	9 600

Den totala prognosen för avd Äldre är oförändrad jämfört med föregående månad.

HSL: *Innefattar SSK och REHAB, kostnaderna är fördelade i tabellen på SÄBO och Hemtjänst.*

- Det råder fortfarande vakans inom sjuksköterskeorganisationen som täcks upp med inhyrd personal 6 st, dock är inte alla på heltid och en konsult kommer att gå över till en anställning fr.o.m. 1 nov. Trainee projektet som påbörjades i aug pågår och ses positivt i gruppen, men ger inget utfall i år. Budgetmässigt ser man ut att hålla budget.

Särskilda boenden, SÄBO: *Nämndens särskilda boendeformer enligt SoL för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd, här ingår även SSK SÄBO.*

- Sjukfrånvaron i oktober steg jämfört med september vilket har lett till högre sjuklönekostnader och ökade kostnader för timvikarier.
- Enheterna rapporterar f n ett positivt utfall eller budget i balans, med undantag för de minsta enheterna Hemgården och Grönviken. Ökade kostnader för sjukfrånvaro samt inhyrda sjuksköterskor gör att prognosen försämras till -100 tkr.

Korttidsboende: *Nämndens boende (Heden) för växelvård och kortvård, men här finns även personer med beslut om SÄBO som fått en plats i väntan på plats på SÄBO. På grund av platsbristen på SÄBO köper vi även vid behov externa platser för kortvård. Kostnaden för detta ingår här.*

- Heden kommer att bedriva korttidsverksamhet fram till dess att flytten kommer att ske. I nuläget finns det en brukare som är externt placerad. Fokus ligger på att använda ordinarie personal så långt det är möjligt, undvika övertid och fler externa placeringar. Ekonomin visar på ett positivt utfall och prognosen förbättras till +300 tkr.

Hemtjänst: *Hemtjänst enligt Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL), samt hemsjukvård och rehab enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL). Här ingår även SSK och REHAB.*

- En förbättring mellan planerad och utförd tid samt effektivitet kan ses under året.
- Fortfarande ligger effektiviteten lågt, genomsnittet per sista oktober ligger på 53% brukartid, medan budgeten är beräknad på mellan 58-65% brukartid beroende på område. Åtgärdsarbetet som nu pågår indikerar att effektiviteten kanske inte är så låg som den ser ut, utan orsaker som bristande kunskap och rena felaktigheter i registreringen av tiden kan påverka beräkningen av effektivitet negativt. Därmed inte sagt att effektiviteten totalt sett är optimal. Men vart efter fel upptäcks och rättas till blir det lättare att se vart man kommer kunna effektivisera.
- Vidare arbete för att nå effektivitet ligger i själva genomförandeplanerna. Verksamheten försöker tillgodose brukarnas behov utifrån genomförandeplaner, dock ligger utmaningen att behoven är störst på morgonen (07.30 - 10.00) och på kvällen (19.00 - 21.00). Detta gör att det blir svårare att få fram personal då de flesta anställda är heltidsanställda.
- Under november månad har sjukfrånvaron varit fortsatt hög vilket har lett till ökade kostnader för timvikarier. Prognosen är oförändrad jämfört med föregående månad.

Dagverksamheter: *Innefattar dagverksamhet enligt SoL för personer med demenssjukdom.*

- Dagverksamheterna Björken och Rönnen samt Träffpunkt Bron påverkas inte av de nya reglerna om dygnsvila och rapporterar en budget i balans. Prognosen är oförändrad jämfört med föregående månad.

Pool och bemanning: *Innefattar bemanningsenhet och vikariepool*.

- Enheterna har påverkats av högre sjukfrånvaro vilket har gjort det svårare att få fram vikarier till enheterna. Prognosen är oförändrad jämfört med föregående månad.

Stab: *Innefattar äldreomsorgens stab*.

- I Stab ligger både besparingsåtgärder och statsbidrag. Statsbidrag kommer inte att användas till något ytterligare projekt i år vilket förbättrar resultatet. Prognosen förbättras till +9,6 mnkr.

Antal beställningar som är gjorda till bemanningsenheten under perioden 2023-11-01 - 2023-11-30

	Barn-, utbildnings- och kulturförvaltningen	Avd Barn, unga och vuxna	Avd Äldre	Totalt:
Antal förfrågningar	469	471	1 446	**2 386**
Antal tillsatta pass	419	388	1 184	**1 991**
Antal avslagna pass	37	62	184	**283**
Antal avbeställda pass	13	21	78	**112**

4.3 Personal

Att vara en attraktiv arbetsgivare samt skapa en god arbetsmiljö för de enhetschefer som väljer att arbeta inom äldreomsorgen är av yttersta vikt. Vi har under de senaste tre åren haft en stor omsättning både på enhetschefer men även gällande avdelningschef inom avdelningen.

Vi har arbetat med vårt introduktionsunderlag till nya chefer och att det alltid finns en namngiven mentor när man börjar arbeta hos oss. Underlaget ser vi som ett levande dokument och förändrar utifrån synpunkter från nyanställda enhetschefer. Vi fortsätter att arbeta för att skapa en god förståelse och kunskap kring chefskapet/uppdraget.

Med tanke på utmaningarna kring arbetsmiljö och sjukfrånvaro inom många verksamheter försöker vi vara lyhörda för behoven som efterfrågas av enhetscheferna i synnerhet gällande dessa områden. Detta för att ge ett stöd som bygger på kommunikation och förståelse för att skapa delaktighet och bidra till en långsiktig transparens i det framtida uppdraget och dess utmaningar. Vi ska vara tillgängliga och närvarande.

Arbetsmiljö status: Samtliga chefer indikerar att mycket av deras tid går åt till bemanning och planering.

HSL:

- Septembers korttidssjukfrånvaro var mycket låg i alla verksamheter. Högre är långtidsfrånvaron det finns långtidssjukskrivna
  Inom rehab är arbetsklimatet mycket bra. Det är en positiv stämning och alla vill arbeta framåt. Inom ssk-gruppen så ser det lite olika ut, kan tidvis vara ett mycket tufft klimat.
  Hemsjukvården (HSV) har en bra stämning medan det inte är lika bra på SÄBO.

SÄBO:

- Slottsängen: Meddelar fortsatt hög sjukfrånvaro. Arbetsklimatet är tufft pga frånvaro, hög arbetsbelastning.Påverkar orken, synsättet på arbetet, varandra etc. Svårt att kommunicera inom verksamheten varför HR har stöttat. Större oro efter EC meddelat att hon ska sluta
- Drejskivan: Sjukfrånvaron har gått upp i slutet av november. Både sjuk personal och boende. Har inte funnits tillräckligt med vikarier. Vissa fall satt in ordinarie personal, Vi ser över introduktion av vikarier. 3 av våra vikarier har fått vik på hemtjänsten. Vårdtyngden på våning 1 har minskat, behovet just nu är fortfarande 3 personal på morgonen utifrån att det är flera dubbelbemanningar.
- Solviken: Något högre frånvaro i november. Medarbetarna har mycket åsikter om precis allt, de har hänt mycket för dem nu med schema, planering av insatser, nya fika tider, lunchrum osv, så finns mycket missnöje, eller inte mycket men 4 personer på dagen som drar ned tyvärr för alla
- Åsen: Hög frånvaro i november. Vi har startat med ett flexibelt grundschema och försöker hitta ett bra sätt att ta tillvara på arbetstiden men inte lyckats fullt ut. Aktiv arbete med resursfördelning som inte räckt till. I övrigt just nu en ganska gnällig period.
  Hemgården/Grönviken: Viss sjukfrånvaro, mest fokus på planering av schema och insatser

Korttids:

- Hög frånvaro, man följer inte rutinen att höra av sig till ec. Personalen behöver ta mer ansvar och vårt mål är att efter planeringsdagar blir mer tydlig att följa upp rutiner.

Hemtjänst:

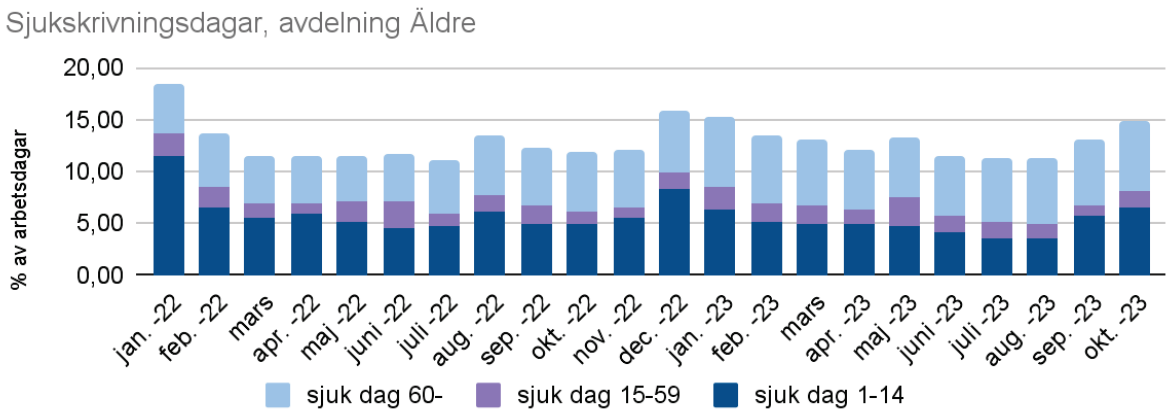
- Område 1: Hög frånvaro, svårt att få vikarier till Bettna, försöker fördela resurser från Flensgruppen. Arbetsklimatet är förhållandevis bra.

- Område 2: Varierad frånvaro, olika mellan olika grupper. Arbetsklimatet är inte positivt utan oförändrat. Har haft HR ute på medarbetarutbildning. Fokus på intro av samordnare för att skapa struktur och ett lugn i gruppen
- Område 3: Har varit fortsatt hög under november. Arbetsklimatet är inte så bra. Har haft Anna-Carin från HR ute med medarbetarutbildning under APT för att medvetandegöra medarbetare
- Sammanfattning: Hemtjänsten meddelar fortsatt rött läge med ökande frånvaro hos medarbetarna. Det ser fortsatt lite olika ut mellan olika områden. HR har genomfört insatser både på EC/medarbetarnivå vilket har varit uppskattat. Vissa verksamheter går lite stärkta av stödet. Arbetsklimatet inom områdena är dålig och påverkar synsätt på arbete, medarbetare och tillvaro på ett negativt sätt.
- Rollen som samordnare har som tidigare ersatts med teamledare. Under november har samtliga varit på plats Huruvida detta resulterat i en positiv påverkan får inväntas till nästkommande månad.

Pool och bemanning:

- Låg frånvaro på bemanningen, även minskad frånvaro på Pool och det beror på att några är utplacerade på vik och frånvaron ligger på annan enhet. Nästan halverad kostnad från föregående månad. Arbetsklimat är bra på bemanningen. Timmisar/pool- har inte fått till mig något. Flera poolare på vikariat

Sjukfrånvaro



Vid månadsuppföljning redovisar respektive enhetschef hur sjukfrånvaron ser ut uppdelad i tre delar utifrån antal sjukdagar. På mötet berättar enhetschef om orsak till sjukfrånvaron och hur planeringen ser ut framåt. De går igenom antalet rehabärenden, både korttids- och långtidssjukskrivna.

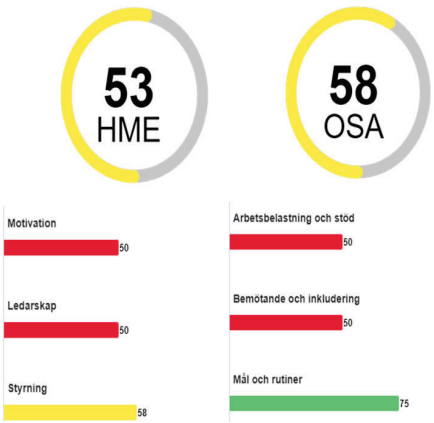
Avdelningen Äldre står för ungefär 50 % av all sjukfrånvaro inom Socialförvaltningen. Det varierar stort hur sjukfrånvaron ser ut inom respektive enhet. Dock finns det en tydlig koppling mellan hög sjukfrånvaro och att enhetschefen har stora personalgrupper. Noterbart är även att korttids- och långtidsfrånvaron är lägre under sommarmånaderna.

4.4 Arbetsmiljö

Inom avdelningen arbetar vi aktivt med Suntarbetsliv och Agerus. Detta finns med på dagordning vid alla vår apt. Under juli månad kom det en skriftlig rutin från HR, avseende det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) om hur vi organisationsövergripande ska arbeta med arbetsmiljöfrågor

HR jobbar kontinuerligt med stöd till cheferna och deras respektive medarbetargrupper. Utifrån den kontinuerligt ökade arbetsbelastningen så har HR gett cheferna/medarbetare grupperna möjlighet till individuellt stöd för att främja deras arbetsmiljö. Detta har använts och varit uppskattat men ger inte något utfall kortsiktigt. HR är tillgängligt kontinuerligt

En central fråga att arbeta vidare med är ambitionsnivån att höja svarsfrekvens i Agerus (hela avdelning äldre) för att få fram ett mer konkret underlag att arbeta vidare med. Det ger en värdeindikator kring de besvarade frågorna som kan fungera som temperaturmätare och vägleda behovet av fokusområden för insatser. Nedan visas utvecklingsområden i den senaste pulsen:

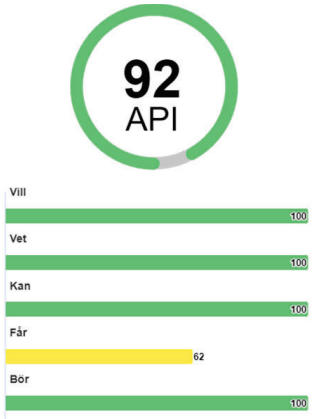


FRÅGOR MED LÄGST RESULTAT

25 Jag ser fram emot att gå till arbetet – **Motivation**
25 Jag har möjlighet till återhämtning – **Arbetsbelastning och stöd**
50 Mitt arbete känns meningsfullt – **Motivation**
50 Jag vet vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras när den tillgängliga tiden inte räcker till för alla arbetsuppgifter som ska utföras – **Arbetsbelastning och stöd**
50 I det stora hela har jag en hälsosam arbetsbelastning – **Arbetsbelastning och stöd**
50 Mitt arbete är fritt från starkt psykiskt påfrestande arbetsuppgifter och arbetssituationer – **Arbetsbelastning och stöd**

Månad	Antal % svarande
Jan	36
Feb	42
Mar	43
Apr	48
Maj	43
Jun	30
Jul	Inga enkäter
Aug	32
Sep	37
Okt	30

Det positiva medskicket från Agerus är:



FRÅGOR MED HÖGST RESULTAT

100 Jag vill i hög grad arbeta med mina arbetsuppgifter – **Vill**
100 Mina arbetsuppgifter motiverar mig i arbetet – **Vill**
100 Mina arbetsuppgifter är viktiga för organisationen – **Vill**
100 Jag är stolt över mina arbetsuppgifter – **Vill**
100 Jag är oftast säker på vad som är min uppgift i arbetet – **Vet**
100 Jag hittar själv information ifall jag behöver veta något – **Vet**

Antal arbetsskadeanmälningar och tillbud:

Under oktober månad har det inkommit 42 arbetsskadeanmälningar och tillbud. 11 stycken är arbetsskador, 3 st avslutade och 8 st utan åtgärd. 30 av dem 42 är tillbud. 14 st är inte åtgärdade och resten är under utredning eller avslutade. De flesta rör fysisk belastning och belastning pga avsaknad av personal . En arbetsskada handlade om att det har hänt trafikolycka under arbetstid.

4.5 Kvalitet

När det gäller avdelningens kvalitetsarbete arbetar vi med att alla brukare ska ha aktuella genomförandeplaner som också ska vara så utformade att en god planering kan göras därefter. Här varierar det hur långt man har kommit i det arbetet vilket redovisas nedan men det går definitivt åt rätt håll. När det gäller rutinarbetet ligger vi generellt bra till på totalen dock inte i samma fas om med GP.

Kvalitetsarbete:
Vi fortsätter arbetet med kompetenshöjande insatser i form av olika webbaserade utbildningar såsom Senior Alert, demens och nollvision (begränsningsåtgärder). Införandet av Alfa Signit i samtliga verksamheter (digitalt signeringssystem för delegering) är nästan klar. Fortsatt arbete med genomlysningen sker kontinuerligt.
Det finns en arbetsgrupp som arbetat fram en rutin gällande skydds- och begränsningsåtgärder.
Samordnande undersköterska: Implementering av samordnande undersköterska på samtliga SÄBO. Rollen handlar om att ansvara för planering av insatser och utveckling av kvalitetsarbete i verksamheterna.

HSL:
- Rutinarbetet är i stort sett klart inom HSL. Man arbetar med dokumentation, föra in Alfa Signit, handlingsplan för patientsäkerhet, avvikelser, traineeprogram, bhk, senior alert, journalgranskningar

SÄBO:
- Pågående arbete med genomförandeplaner (GP) där vi ligger lite olika till, de flesta verksamheter ligger mycket bra till. När det gäller rutinarbetet är det även där pågående men på olika nivåer.

Korttids:
- Pågående hantering av GP. Rutiner genomgånget och klart.

Hemtjänst:
- GP arbetas med. Men stora kvalitetsbrister finns och stora svårigheter att bedriva kvalitativt arbete.
- Planering: Ser lite olika ut med områdena. Stora bekymmer att tillmötesgå effektiv planering.
- Rutiner: Är uppdaterade och implementeras löpande i verksamhet. Lokala rutinbehov synliggörs kontinuerligt.

Bemanning:
- Uppdatering av rutiner ligger i fas.

Demenssjuksöterska:

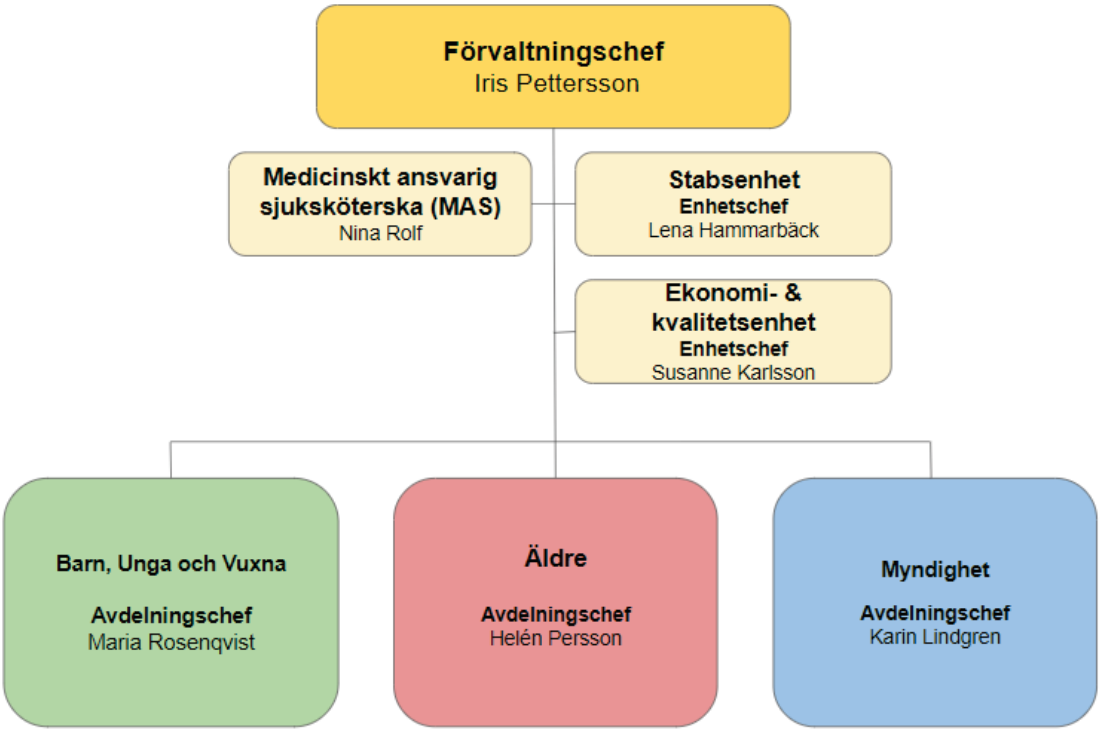
- Allmänt - Informerat om uppdraget på träffpunkt Malmköping samt SPF Malmköping. Flera nya ärenden från regionen samt även från anhöriga/personen själv som vill ha kontakt. Omtag med att implementera Livsberättelsen. Stor brist ute i verksamheten.
- SÄBO -Utfört BPSD-utbildning Drejskivan. Deltagit på anhörigträff på Drejskivan. Uppföljning- samt handledning BPSD Solviken i implementeringsprocessen. Planering för basal Demensutbildning/handledning Slottsängen.
- Hemtjänst - Handledning i specifikt ärende har efterfrågats.
- Heden - Demensutbildning Knekten utförd. Pågående observation och handledning av personalen på Knekten.
- Regionen - Kontinuerliga möten med minnesteam VC. Överrapportering samt samverkan med Minnesmottagning Katrineholm och Eskilstuna v.b.

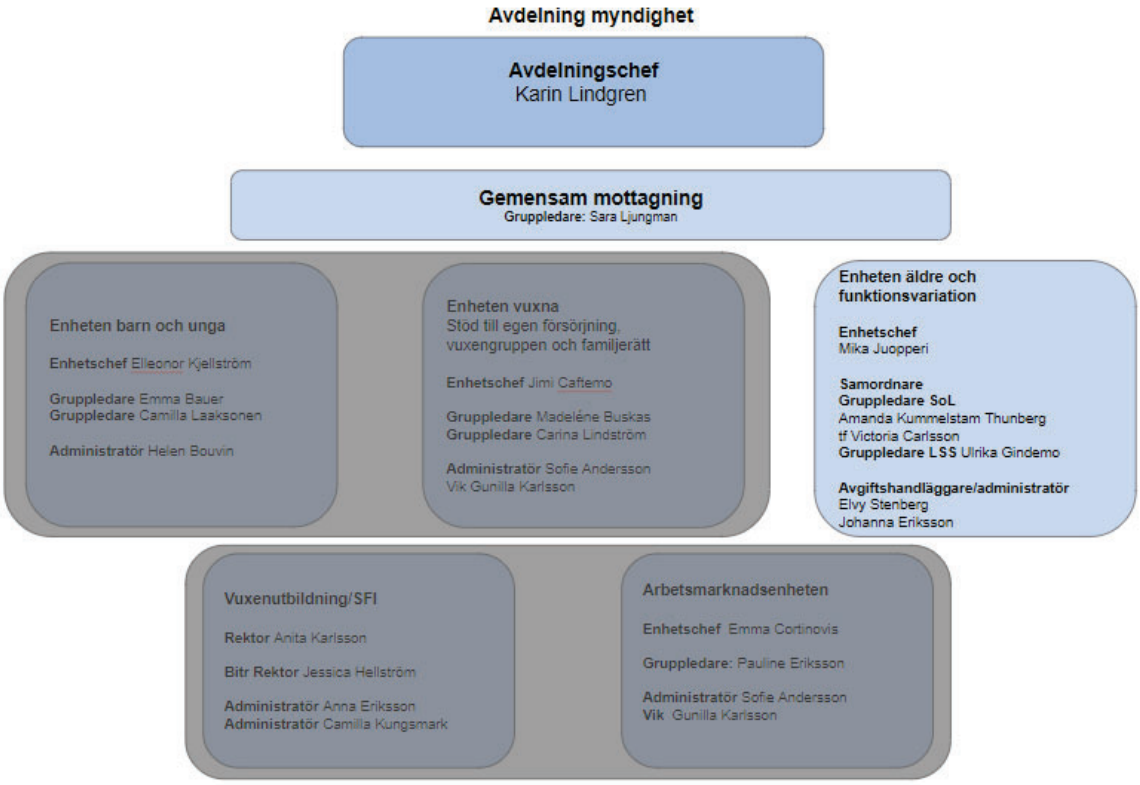
Anhörigkonsulent:

- Träffar grupperna regelbundet. Nya ärenden inkommer varje vecka från bistånd, VC, demens ssk, via mail och telefon. Flera samtal angående råd och stöd i deras vardag. Kontinuerliga enskilda samtal varje vecka. Flera utbildningar planeras under våren.
- Hemtjänst - haft kontakt med personal ang. önskan om utb om bemötande/ anhörigperspektivet/anhörigstöd. EC önskar att jag kommer på APT och informerar om uppdraget och utbildningen.
- Heden - Har fått några spec. ärenden från EC. Under november månad har haft utbildning på Hedens plan-dag om bemötande och anhörigperspektivet.
- Demens Ssk - Informerat tillsammans om våra uppdrag på SPF Malmköping samt på Träffpunkt Malmköping. Kontinuerlig veckoplanering samt haft gemensamma hembesök.
- Björken/Rönnen - Fortlöpande samarbete / kontakt med personalen. Nya anhöriga som har det svårt.

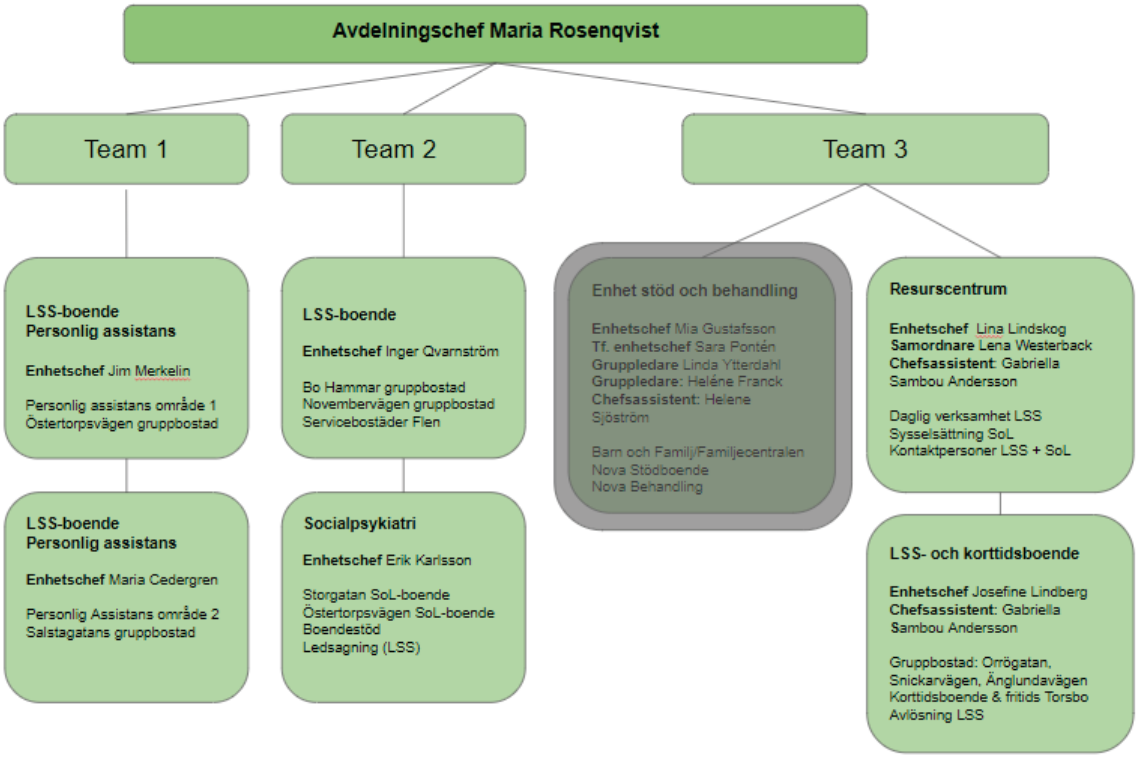
Bilaga: Socialförvaltningens organisation

SOCIALFÖRVALTNINGENS ORGANISATION 2023





Avdelning barn, unga, vuxna



Avdelning Äldre

Avdelningschef
Helén Persson

Demenssjuksköterska
Caroline Henricsson

Anhörigkonsulent
Jeanette Fältskog

Hemtjänst

Hemtjänst Flen 1, Flen 2
Enhetschef: Anna Wivegg
Bettna, Flen 1 och 2
Samordnare: Jennie Hagberg och Veronika Johansson

Hemtjänst Flen 3
Enhetschef: Angelica Zunko Markström
Hälleforsnäs, Flen 3, Nattpatrull
Samordnare: Jennifer Sternsjö och Vakant

Hemtjänst Malmköping, Sparreholm
Enhetschef: Andreas Merkéll
Samordnare: Jessica Jernqvist och Elin Olsson

Korttidsboende Heden
Enhetschef: Pernilla Björklund
Assistent: Eva-Lena Wahl

Särskilt boende

Slottsängen
Enhetschef: Anna Edqvist
Assistent: Ulrika Asp

Drejskivan
Enhetschef: Sandra Karlström
Assistent: Maria Wadell

Solviken
Enhetschef: Sofia Larsson
Assistent: Marie Andersson

Hemgården och Grönviken
Enhetschef: Evelina Carlsson
Assistent: Susanne Lindqvist

Åsen och Bron
Enhetschef: Marita Gerhardsson
Assistent: Michaela Ahlström

Dagverksamheter
Björken och Rönnen
Enhetschef: Marita Gerhardsson
Assistent: Eva-Lena Wahl och Michaela Ahlström

Övergripande

HSL
Enhetschef: Mari Rydberg
Assistent: Frida Röd

Bemanning
Enhetschef: Camilla Andersson
Assistent: Anke Andersson och Anna Olsson van Doorn

Resurschef Äldreomsorg
Enhetschef: Samira Redzepovic

Flen kommun

DATUM 2024-01-24

TJÄNSTESKRIVELSE

Socialförvaltningen

TJÄNSTESTÄLLE Avdelning för äldre och personer med funktionsnedsättning

Till

HANDLÄGGARE Nina Rolf

DIARIENR VON/2024:18

Patientsäkerhetsberättelse tjänsteskrivelse 2023

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta

att godkänna patientsäkerhetsberättelsen för 2022 som sin egen, samt

att lägga berättelsen till handlingarna.

Sammanfattning
Patientsäkerhetslagen syftar till att främja patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. Vårdgivaren har skyldighet att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete och ansvara för att en gång per år beskriva det systematiska arbetet i en patientsäkerhetsberättelse, enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:569).

Beslutsunderlag
- Patientsäkerhetsberättelse för Vård- och omsorgsnämnden 2023

Iris Pettersson
Förvaltningschef

Nina Rolf
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Skickas till:
Akt

Nationell samverkansgrupp patientsäkerhet

Patientsäkerhetsberättelse
För Vård- och omsorgsnämnden
Flens kommun
2023

2024-02-08
Ansvarig för innehåll:
Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvård
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Diarienummer: VON/2024:18

Inledning

Den nationella mallen är ett stöd för att skriva patientsäkerhetsberättelse och 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.

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 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”

Innehåll

SAMMANFATTNING 5

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD 6
Engagerad ledning och tydlig styrning 7
Övergripande mål och strategier 7
Organisation och ansvar 9
Samverkan för att förebygga vårdskador 9
Informationssäkerhet 9
Genomförd uppföljning och egenkontroll av informationssäkerhet 9
Strålskydd 9
En god säkerhetskultur 10
Adekvat kunskap och kompetens 10
Patienten som medskapare 11

AGERA FÖR SÄKER VÅRD 12
Nära Vård – en organisatorisk omställning 12
Egenkontroll 12
Öka kunskap om inträffade vårdskador 14
Avvikelser 14
Externa avvikelser – statistik 15
Avvikelser mellan Flens kommun – Region Sörmland Slutenvård 15
Analys 16
Tillförlitliga och säkra system och processer 16
Säker vård här och nu 16
Riskhantering 17
Stärka analys, lärande och utveckling 17
Kvalitetsregister 17
Senior Alert 17
Svenska palliativregistret 18
BPSD 19
Svenska HALT 19
Övrigt 19
Extern granskning 19
Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering 19
Extern kvalitetsgranskning av hygiensjuksköterskor 20
Klagomål och synpunkter – 20
Öka riskmedvetenhet och beredskap 20

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR 21
Bilaga 1 23
Begreppsförklaring för lokal struktur 23
Bilaga 2 24
Organisation och ansvar 24
Bilaga 3 26
Samverkan för att förebygga vårdskador 26

Begreppsförklaring för förkortningar som förekommer i Patientsäkerhetsberättelsen.

BHK	Basal hygien och klädregler	**PSB**	Patientsäkerhetsberättelse
EC	Enhetschef	**PSR**	Patientsäkerhetsrapport
HSL	Hälso- och sjukvård	**SKR**	Sveriges kommuner och regioner
H.O	Hygienombud	**SSK**	Sjuksköterska
L.P	Legitimerad personal	**UK**	Utskrivningsklar
MTP	Medicintekniska produkter		
NPÖ	Nationell patientöversikt		
PPM	Punktprevalensmätning SKR		

SAMMANFATTNING

Under 2023 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 exempelvis vaccinering. Utifrån pandemin som pågått under flera år har kvalitetsarbetet påverkats, under 2023 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 under 2023.

De viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten

- Framtagande av ny struktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- Framtagande av handlingsplan för ökad patientsäkerhet
- Framtagande av egenkontrollplan
- Framtagande av årshjul för patientsäkerhet
- Införande av digital signering av hälso- och sjukvårdsuppgifter
- Införande av rådgivningsstöd för legitimerade sjuksköterskor
- Infört nytt verksamhetssystem för hantering av avvikelser

En blick framåt

En stor farhåga är att SKR har avslutat sitt arbete med patientsäkerhet, inklusive de dokument som funnits. Patientsäkerheten är nu uppdelad på flera olika instanser och risk finns att arbetet nationellt inte kommer att drivas framåt på samma sätt som tidigare.
På lokal nivå är förväntningen att den framtagna strukturen och den beslutade handlingsplanen för patientsäkerhet kommer att stärka det framtida arbetet inom området.

Ett annat orosmoment framöver är att den nationella mätningen av BHK (basala hygienrutiner och klädregler) inom hygienområdet, som tidigare drivits av SKR, är nedlagd from januari 2024. I samband med detta stängde man även databasen där mätningarna utförts. Detta innebär att det kommer att bli något svårare att genomföra mätningar för BHK och det kommer heller inte att bli möjligt att ta fram någon ny statistik efter 2023. Ingen information har utgått om det kommer att bli en ny databas framtagen.

Under 2024 kommer det huvudsakliga patientsäkerhetsarbetet att bestå av implementering av den nya lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet samt den beslutade egenkontrollplanen.
Under 2024 kommer även en handlingsplan för det Palliativa arbetet i kommunen att tas fram och implementeras.

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 (se sid 2 för en helhetsbild).

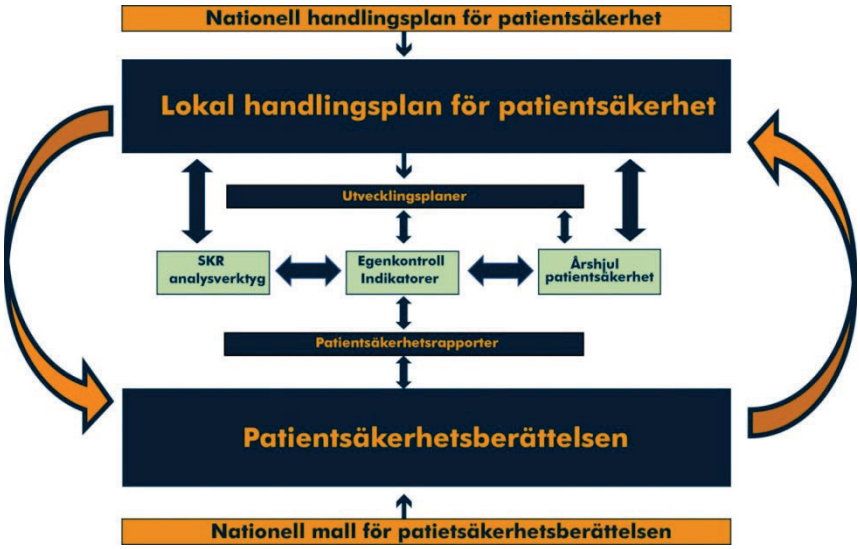
Den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för är en stor och viktig del av hälso- och sjukvården och ökar i betydelse och omfattning. Ökade möjligheter att bedriva alltmer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhus med snabbare utskrivning till primärvård, omställningen till nära vård samt en demografisk utveckling med en ökande andel äldre och kroniskt sjuka i befolkningen är alla faktorer som förändrar behoven i den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. För att möta dessa förändringar och stödja omställningen till nära vård behöver kommunernas patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas i enlighet med den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

För att vården ska bli säkrare behövs uppföljning, utvärdering och analys som synliggör läget och ger ett kunskapsunderlag till det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Under 2023 har fokus varit att ta fram en struktur, se bild nedan. Eftersom det tidigare saknats en struktur för det lokala patientsäkerhetsarbetet, har arbetet varit omfattande. Det har även inneburit god samverkan med patientsäkerhetsansvarig i en grannkommun vilket också har lett till en kvalitetssäkring av arbetet.

I arbetet har det ingått:

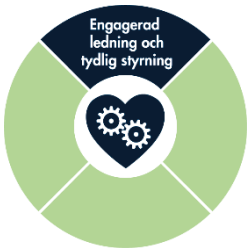
- Strukturen i sin helhet (se bild nedan)
- Genomlysning av patientsäkerheten i socialförvaltningens verksamheter
- Omfattande revidering av egenkontrollplan för patientsäkerhet
- Framtagande av årshjul (övergripande patientsäkerhet, legitimerade sjuksköterskor och legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster samt omsorgspersonal?).
- Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet.



För begreppsförklaring av strukturbild, se bilaga 1

Helhetsstrukturen samt den lokala handlingsplanen för ökad patientsäkerhet är starten på det systematiska arbetet. Nästa steg är implementering av handlingsplanen med uppstart vår 2024, detta för att få en ökad delaktighet från verksamheterna i patientsäkerhetsarbetet. Efter implementering kommer arbetet att fokusera på uppföljning och analys samt att skapa de dokument som handlingsplanens analysarbete påvisade behov av. Det innebär att redovisningar av vissa egenkontroller kommer att utföras när dessa dokument och mallar är framtagna.

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.

I analysarbetet har det framkommit att ansvarsfördelningen gällande säker vård behöver bli tydligare och kvaliteten förbättras. För att kunna genomföra detta finns ett behov av ökat stöd och utbildning till ledningsfunktioner.

Övergripande mål och strategier

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

Flens kommun har haft en strategisk plan för åren 2020–2023 med övergripande mål som Socialförvaltningens arbete utgår ifrån. I den strategiska planen fanns inga specifikt riktade mål mot hälso- och sjukvård utan verksamheterna har arbetat utifrån de övergripande målen.
I sammanfattningen för patientsäkerhetsberättelsen för 2022 beskrevs ”i en blick framåt” de mål som verksamheten beslutat att fokusera på under 2023. På nästa sida följer en tabell som beskriver hur arbetet med dessa mål har fortgått under året.

Område	Status	Analys
Framtagande av lokal handlingsplan för patientsäkerhet utifrån Socialstyrelsens nationella handlingsplan	🟢	Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet är färdigställd och beslutad i nämnd.
SKR:s verktyg för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	🟢	Analysverktyget användes vid framtagandet av nulägesbeskrivningar som ligger till grund för de åtgärder som prioriterades i den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet.
Dokumentation i patientjournal	🟠	Kollegial journalgranskning har genomförts av samtlig legitimerad personal i utbildningssyfte. Journalgranskningen gav en del insikter som har arbetas med under året. Den planerade Journalgranskningen av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har inte kunnat genomföras under 2023 på grund av tidsbrist men planeras att återupptas under 2024.
Öka antalet egenkontroller	🟠	En egenkontrollplan är framtagen under 2023 och implementering av denna i verksamheterna kommer att ske under vintern/våren 2024 (legitimerad personal).
Säkerställa att de avvikelser som rapporteras blir utredda samt att åtgärder sätts in för att undvika att liknande händelser inträffar igen	🟠	Nytt digitalt system för hantering av avvikelserapportering infördes i april 2023. Utbildning i avvikelsehantering har skett av samtlig personal som hanterar avvikelser (enhetschefer samt legitimerad personal) inom ÄO och BUV. Uppföljning har skett under året samt att utbildning har skett i hantering av statistik för att hjälpa cheferna att få en översikt över sina avvikelser och vilka områden som behöver prioriteras.
Helt färdigställa Kvalitetsledningssystem (KLS) med processer och rutiner	🟠	Utifrån att arbetet med framtagande av en handlingsplan för ökad patientsäkerhet prioriterades, har detta arbete fått stå tillbaka under 2023. Fortsatt arbete med strukturen av KLS samt de rutiner som saknas för hälso- och sjukvård kommer därför att ske under 2024.
Fortsätta ett strukturerat arbetssätt med kvalitetsregister (Senior Alert, Palliativregistret samt BPSD registret) och öka antalet registreringar och uppföljningar	🟢	Området ingår i den nya handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och kommer att arbetas med utifrån fastställd egenkontrollplan.
Öka antalet Teammöten	🟠	Arbetet med att öka antalet Teammöten i verksamheten pågår men har ännu inte kunnat genomföras i samtliga verksamheter främst för att mötestid har reducerats för att kunna effektivisera verksamheterna. Arbetet fortgår under 2024.
Revidering av lokal demensplan utifrån nationellt gällande styrdokument	🔴	Arbetet kommer att genomföras av Flens kommuns demenssjuksköterska i samverkan med MAS. Påbörjas under 2024.

Förklaring lägesrapport:

🟢 = Klart, 🟠 = pågående 🔴 = ej påbörjat

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1
Den interna organisationen för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet i den kommunala verksamheten beskrivs i bilaga 2.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3
Samverkan mellan huvudmän och vårdgivare är av stor vikt för att kunna säkerställa patientsäkerheten i vårdens övergångar. En mer detaljerad beskrivning av samverkan återfinns i bilaga 3.

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 inhämtas alltid samtycke om huruvida uppgifter om hur han eller hon mår får lämnas ut till närstående eller andra vårdgivare.

Genomförd uppföljning och egenkontroll av informationssäkerhet

Som vårdgivare ska Flens kommun utföra slumpmässiga kontinuerliga loggkontroller i de patientbundna verksamhetssystem som används, för att på så sätt upptäcka eventuella avvikelser kring patient- eller personuppgifter. Loggkontroller görs för att kunna kontrollera om någon som inte är behörig har kommit åt patientuppgifter, hindra personal från att läsa uppgifter på patienter som de inte har vårdrelation till samt att kontrollera att samtycke finns. Inga upptäckta intrång har skett under året.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §
Verksamheter som bedrivs i Flens kommun 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. I förvaltningen finns det behov av stöd för arbetet med säkerhetskultur. Idag förekommer arbete på enhetsnivå i varierande grad. En systematik och enighet behöver därför tas fram.
I samband med införandet av det nya verksamhetssystemet för avvikelsehantering utbildades samtlig vårdpersonal i rapportering av avvikelser. Efter denna utbildningsinsats har det skett en kraftig ökning av avvikelser vilket i detta läge kan ses som en positiv utveckling då personal i större utsträckning än tidigare är benägna att rapportera avvikelser som har inträffat i verksamheterna.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. I förvaltningen saknas idag en enhetlig introduktionsutbildning och utbildningsplan för medarbetare. En förutsättning för att kunna stärka kunskap och kompetens är att ha en gemensam grund. Idag förekommer arbete för kunskap och kompetens på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande utbildningsplan behöver därför tas fram.
Det som har skett under 2023 är följande:

- En introduktionsutbildning för vikarier inom vård- och omsorg färdigställdes och har använts framförallt inom bemanningsenheten sedan första halvåret av 2023.
- Det planerade Traineeprogrammet för sjuksköterskor har tagits i bruk och en nyutexaminerad sjuksköterska har anställts som trainee med fokus på vård inom särskilt boende för äldre och funktionsnedsättningsområdet.
- Mobilapplikationen ”Evig” har introducerats inom samtliga enheter som bedriver hälso- och sjukvård. Arbetet med applikationen har dock gått mer långsamt än planerat på grund av otillräckliga personalresurser under året, främst hos legitimerad personal.
- Som stöd för legitimerade sjuksköterskor har Rådgivningsstödet Webb introducerats i verksamheten under året. Rådgivningsstödet används idag på vårdcentraler samt på patientrådgivning 1177 och beräknas kunna ge ett utökat stöd för legitimerade sjuksköterskor i bedömning av patienters hälsotillstånd.
- Flens kommun tecknade under våren 2021 ett 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.

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. I förvaltningen finns behov av utveckling inom området patient som medskapare. Idag förekommer arbete med att stärka patientens delaktighet på enhetsnivå i varierande grad. En förvaltningsövergripande struktur behöver därför tas fram för att driva arbetet framåt.

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. På Särskilt boende (SÄBO) är målet att hålla ankomstsamtal inom 3 veckor efter inflyttning. På dessa samtal inbjuds vårdtagare och i många fall även anhöriga att delta i att planera omvårdnaden. Brukarråd eller anhörigträffar regelbundet för att på så sätt kunna få ta del av brukares och anhörigas förslag och synpunkter som kan bidra till utvecklingen av verksamheten.

Inom hemsjukvård så har det under året arbetats utifrån de nya rutinerna för inskrivning där patient och anhöriga är mer delaktiga i utformandet av den vård som ges.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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 och som kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet. Detta leder till att samverkan behöver utvecklas än mer för att kunna möta vårdbehoven vi har framöver. Uppdrag Nära Vård kommer från Regeringen, Södermanlands Län har ett projekt för att samverka i arbetet som drivs av Länsgemensamt regionalt stöd som projektledare. Varje kommun har sedan en lokalt utsedd processledare med syfte att fungera som kanal för informationsflöde. Under 2022 har länets samtliga huvudmän beslutat om en målbild för Nära Vård som sträcker sig till 2035, samt fokusområden från 2023–2027.

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 2023 har vi haft flertalet pågående aktiviteter, förvaltningen är aktiv i omställningen till Nära Vård. Såväl internt som externt driver Flens kommun dessa frågor framåt, med fortsatt arbete och implementering av både omställning och kopplade aktiviteter under 2024.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §
Egenkontroller ingår som ett ålagt uppdrag i det systematiska patientsäkerhetsarbetet för vårdgivaren, för att kunna följa och mäta effekter av åtgärder och kontroller för god och säker vård.

Egenkontrollplanen med kvalitetsindikatorer är en del i det systematiska arbetet med att uppnå en god och säker vård utifrån Socialstyrelsens rekommendationer.
Det har tidigare i förvaltningen funnits en internkontrollsplan för hälso- och sjukvård/patientsäkerhet. Den tidigare planen var enbart ett verksamhetsdokument på enhetsnivå och det saknades ett arbete på övergripande nivå i förvaltningen. I den tidigare egenkontrollplanen var det även otydligt vem som skulle utföra kontrollmoment, vem som var ansvarig, när det skulle ske och varför.

Den reviderade egenkontrollplanen med kvalitetsindikatorer ingår nu i strukturen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet (se bild sid 6). Egenkontrollplanen har nu en detaljeringsgrad som gör att tidigare brister blir åtgärdade gällande det systematiska arbetet. En framtida utmaning är att implementera egenkontrollplanen i verksamheterna på enhetsnivå, så att det systematiska arbetet med patientsäkerhet blir en del av det dagliga arbetet.

Egenkontrollerna utgår från de 5 framtagna fokusområdena (se ovan). Utifrån lokal handlingsplan, nationell handlingsplan, struktur för patientsäkerhetsberättelse samt analysverktyg, behöver alla fokusområden ingå i förvaltningens egenkontrollplan för patientsäkerhet. Egenkontroll ska på ett strukturerat sätt redogöra för kvalitets- och effektmått.

Nedan visas en tabell över aktuella egenkontroller för 2024

Fokusområde	Egenkontroll
Öka kunskap om inträffade vårdskador	Hälso- och sjukvårdsavvikelser enligt Patientsäkerhetslagen (PSL) – sammanställning av data ur avvikelsesystem (*redovisas i PSR 1+2 samt i PSB*)
Tillförlitliga och säkra system och processer	Granskning delegering – datainsamling utifrån granskningsmall (*redovisas ej 2023 då mall inte är framtagen ännu)* Narkotikakontroll – granskning av förbrukningsjournal (*intern*) Kontroll av samtycke till NPÖ (*intern)*
Säker vård här och nu	Extern hygienrond (*intern*) Extern läkemedelsgranskning samt uppföljning (*intern)*
Stärkt analys lärande och utveckling	PPM mätning av Basala hygienrutiner och klädregler (*redovisas i PSR 1)* Svenska HALT (*redovisas i PSR 2 året därpå)* Granskning av hälso- och sjukvårdsjournal (*intern*) Kollegial granskning av hälso- och sjukvårdsjournal (*intern*) Rapport från kvalitetsregister *(redovisas i PSR 1+2 samt i PSB)* Patientens klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvård (*redovisas i PSB*)
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Andel rapporterade risker kopplat till patientsäkerhet (*internt*) Andel genomförda riskanalyser (*redovisas ej 2023 då mall inte är framtagen ännu*)

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 §
Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser. I förvaltningen finns ett fungerande digitalt stöd för avvikelsehantering, systemet används idag i samtliga verksamheter. Utvecklingsområde är att öka kvaliteten på utredningar samt att säkerställa kunskap och kompetens inom området hos chefer och medarbetare.

.

Har vården varit säker

En händelse har under 2023 utretts av MAS/MAR gällande risk för allvarlig vårdskada. Efter utredning av händelsen konstaterades att ansvaret för bristerna låg hos ansvarig läkare varför en avvikelse upprättades och skickades till ansvarig verksamhetschef för aktuell Vårdcentral som utredde händelsen vidare.

Avvikelser

Avvikelser rapporteras sedan april 2023 i verksamhetssystemet DF Respons. I samband med införandet av det nya verksamhetssystemet för avvikelsehantering skedde en utbildningsinsats för samtlig vårdpersonal i rapportering av avvikelser samt hur avvikelser utreds för legitimerad personal och enhetschefer.

Efter införandet av det nya avvikelsehanteringssystemet samt denna utbildningsinsats har det skett en kraftig ökning av avvikelser, vilket i detta läge kan ses som en positiv utveckling då personal i större utsträckning än tidigare är benägna att rapportera avvikelser som har inträffat i verksamheterna. Nedan följer en redovisning av uppnådda mål.

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

	Jan-december 2023 (antal)	Andel utredda och avslutade	Jan-december 2022 (antal)
Delmål: Öka antalet utredda avvikelser/rapporter enligt PSL till minst 90 %			
Läkemedel	456	91,9%	243
Fall	834	89,7%	184
Ordinerad hälso- och sjukvårdsinsats	69	82%	26
Hjälpmedel, teknik och /eller fysisk miljö	46	82,6%	3
Vårdrelaterade infektioner (VRI)	--	--	--

Brister i arbetsrutiner, organisation eller samarbete inom HSL	34	82,4%	17

Analys:
Efter att nytt verksamhetssystem för rapportering och utredning av avvikelser inom förvaltningen togs i bruk i början av april 2023 har andelen rapporterade och utredda avvikelser ökat markant. Efter 8 månaders användning ses att andelen utredda och avslutade avvikelser nästan har uppnått målet för 2023, men fortfarande finns förbättringar att göra i verksamheterna. En orsak till att utredningsmålet inte helt uppnåtts kan troligen härledas dels till mängden avvikelser som har inkommit under 2023 samt de resursbrister inom framförallt för legitimerad personal som har funnits under 2023. Inför 2024 ser resurssituationen något bättre ut och under 2024 finns planer på att fortsätta arbetet med att öka kunskapen om utredningsförfarandet hos enhetschefer och legitimerad personal för att ytterligare stötta i utredningsförfarandet. Målet är att med bättre kunskap om utredningar och insättandet av rätt åtgärder kunna minska antalet avvikelser i verksamheterna.

Fallavvikelser är fortfarande den vanligaste hälso- och sjukvårdsavvikelsen inom Socialförvaltningen. Det fanns dock en misstanke om underrapportering av fallavvikelser innan det nya systemet togs i bruk varför den stora ökningen som skett sedan föregående år inte behöver betyda att det är fler personer som fallit under året. Av de personer som haft en fallolycka har 3 personer fått en höftfraktur och 9 personer annan fraktur, totalt 1,4% av fallolyckorna. Det fallförebyggande arbetet pågår ständigt inom verksamheterna men behöver stärkas ytterligare under 2024 för att minska risken för att personer faller.

Inom läkemedelshantering så är det fortfarande uteblivet läkemedel som är den vanligaste avvikelseorsaken. För att komma tillrätta med det problemet med uteblivet läkemedel så har ett nytt verksamhetssystem för digital signering av hälso- och sjukvårdsuppgifter införts, Alfa SignIt. I omvårdnadspersonalens applikation finns det en påminnelsefunktion för uteblivna signeringar, vilket förväntas ge en ökad följsamhet till att utföra ordinationer och därigenom en minskad risk för att läkemedel glöms bort att ges.

Externa avvikelser – statistik

Externa avvikelser mellan olika huvudmän och vårdgivare hanteras idag på pappersblanketter då inget gemensamt avvikelsesystem finns. Utgående avvikelser från Flens kommun till annan vårdgivare skickas direkt till ansvarig vårdenhetschef. Inkommande avvikelser till Flens kommun från annan vårdgivare skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska som förmedlar avvikelsen till rätt ansvarig enhetschef i kommunen för utredning, insättning av ev åtgärder samt besvarande till den enhet som skickat avvikelsen.

Avvikelser mellan Flens kommun – Region Sörmland Slutenvård

Under 2023 har totalt 21 avvikelser inkommit till Flens kommun från annan vårdgivare (Region Sörmland). Av dessa är det 8 stycken som berör hälso- och sjukvård, övriga berör socialtjänstens insatser (främst väntetider till korttidsplats). Av de 8 avvikelserna inom HSL kommer 4 st från slutenvården och 4 st från primärvården. Samtliga av dessa avvikelser är besvarade från Flens kommun.
37 utgående avvikelser har skickats från Flens kommun till annan vårdgivare (Region Sörmland, Apotekstjänst samt Oral Care). Av dessa berör 19 st slutenvården, 14 st primärvården, 1 Apotekstjänst samt 1 Oral Care. Endast 10 av avvikelserna är besvarade till Flens kommun.
En utgående avvikelse från Flens kommun gällande utebliven dokumentation i patientjournal var av allvarligare grad och resulterade efter Regionens utredning i en lex Maria anmälan.

Det finns en misstanke om en underrapportering av avvikelser från kommunens verksamheter till Region Sörmland. Ett annat problem är att de avvikelser som skickats sällan blir besvarade av Region Sörmland varför avvikelserna fortsätter. Problemet är påtalat i närvårdssamverkan.

Analys

Det har under 2023 varit något fler inkommande avvikelser och något färre utgående avvikelser. Då de avvikelser som berör HSL är av ganska olika karaktär är det svårt att dra några slutsatser. Men det som kan läsas ut är att många avvikelser handlar om samverkan med läkare på vårdcentral eller brister i informationsöverföring både från och till kommunens verksamheter till Regionens slutenvård.

Ett nytt informationsöverföringssystem kommer att tas i bruk under 2024 och nya processer och checklistor för utskrivning från slutenvård har tagits fram gemensamt mellan Region Sörmland och länets 9 kommuner. Förväntan är att de nya tydligare processerna och det nya systemet ska underlätta informationsöverföring samt minska antalet felaktiga utskrivningar.

Gällande samverkan med läkare på vårdcentraler så följs läkarmedverkansavtalet upp regelbundet 2 gånger/år. Vid dess uppföljningar diskuteras samverkansproblem och ev. avvikelser mellan verksamheterna följs upp och åtgärdas.

För att underlätta avvikelsehanteringen mellan vårdgivare har en ny intern rutin tagits fram under 2023, både för att skicka en rapport men även för att besvara rapport från annan vårdgivare. Under 2024 kommer även en ny blankett att tas fram för rapportering av avvikelser till Region Sörmland. Denna blankett kommer att vara gemensam för alla länets kommuner.

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. Arbete pågår i förvaltningen med att ta fram tydliga strukturer för en patientsäker vård. Det pågår även nationellt arbete med nya styrande dokument. Grunden till det lokala arbetet är den framtagna strukturen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet (se sid 6). Detta område är något som behöver utvecklas under kommande år.
Granskning delegering – Datainsamling utifrån granskningsmall *(*redovisas inte 2023, då mall inte är framtagen ännu). För övriga prioriteringar inom fokusområdet se lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Åtgärder samt analys av dessa presenteras årligen i Patientsäkerhetsberättelse från och med 2024

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. I förvaltningen har det tidigare har varit otydligt och saknats underlag för att kunna arbeta med säker vård här och nu på ett strukturerat sätt. Arbete har påbörjats under 2022 och behöver fortsätta att utvecklas för att uppnå huvudmålsättningen med en god och säker vård.

Läkemedelsgranskning – att den har genomförts enligt plan samt att ny upphandling kommer att göras 2024.

Säker vård här och nu innehåller enbart interna egenkontroller. För övriga prioriteringar inom fokusområdet se lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Åtgärder samt analys av dessa presenteras årligen i Patientsäkerhetsberättelse från och med 2024

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 2024. 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 2024 och återfinns i aktuell handlingsplan.

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 kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar. Det finns ett pågående arbete i förvaltningen som behöver utvecklas gällande systematiskt förbättringsarbete. Utvecklingsområdena finns främst inom analys av resultat där åtgärder och lärdomar behöver återkopplas i större utsträckning än idag.

Kvalitetsregister

Kvalitetsindikatorer ingår i egenkontrollmomenten och återfinns i egenkontrollsplan samt i årshjulets kalendarium. Valda indikatorer ingår i de nationella rekommendationerna och följs för att kunna mäta brister och förbättringar på ett adekvat sätt. För att resultat ska uppnå evidens ska en indikator kunna mätas på lokal, regional och nationell nivå med mätbara mål, ex procentsats, där effektmått lätt kan tas ut.

Senior Alert

Senior alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion (i urinblåsan). Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus.

Kvalitetsindikator	Nuläge 2023 jan-dec		Målvärde 2023		Resultat 2022	
Område	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförd åtgärd vid risk
Trycksår	96%	69%	100%	75%	100%	69%
Undernäring	96%	71%	100%	75%	100%	68%
Fall	95%	70%	100%	80%	100%	73%

Munhälsa	87%	64%	100%	50%	0%	0%

Analys:
Andelen unika personer i registret var under 2023, 146 individer. Detta är en ökning med nästan 50 % från föregående år vilket visar att antalet patienter som erbjuds en riskbedömning har ökat. Det har under året pågått ett aktivt arbete i verksamheterna med att öka andelen individer som får en riskbedömning, vilket således har gett resultat.
Det är fortfarande så att den största andelen av personer som riskbedömts bor på SÄBO men en liten ökning kan ses av riskbedömningar på personer som bor i ordinärt boende och har hemsjukvård.
Andelen åtgärdsplaner vid risk har minskat något inom samtliga områden förutom munhälsa där det skett en markant ökning till 87% (2022 fanns inga riskbedömningar alls inom området). Den minskning som observerats kan bero på den resursbrist som varit för legitimerad personal under 2023. Ett arbete med att öka andelen teammöten för att kunna ha ett gemensamt riskförebyggande arbete i verksamheterna bör ske under 2024.

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdpersonal rapporterar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården oberoende av dödsplats, ålder, kön eller diagnos.

Kvalitetsindikator	Nuläge 2023 jan-dec	Målvärde 2023	Resultat 2022
Dok. brytpunktssamtal	47,1%	70%	60,0%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott vid behov	91,2%	100%	80,0%
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	88,2%	100%	80,0%
Smärtskattats sista levnadsveckan	58,8%	75%	23,3%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	47,1%	75%	37%
Utan trycksår (kat. 2-4)	88,2%	90%	86,7
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	76,5%	85%	80,0%

Analys:
Andelen individer som registrerats i palliativregistret är fortsatt lågt men har ökat något under 2023. Totalt har 34 personer registrerats, huvudsakligen personer som bott på SÄBO (30 st 2022). Ett fortsatt arbete för att öka registreringen behöver göras under 2024 vilket också ingår i den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet.

När det gäller kvalitetsindikatorerna har samtliga områden ökat förutom dokumenterade brytpunktssamtal viket har sjunkit kraftigt sedan förra året. Problematiken med brytpunktssamtal har uppmärksammats tidigare och ett arbete har pågått inom Region Sörmland under året vilket ännu så länge inte har gett något resultat. De indikatorer som har stigit sedan 2022 är smärtskattning under sista levnadsveckan samt dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan vilket är mycket bra då dessa åtgärder är av stor vikt för en bra Palliativ vård.

Av de kvalitetsindikatorer vars resultat har ökat är det ändock inget av indikatorerna som har uppnått det satta målvärdena för 2023. Detta visar att den palliativa vården behöver få ett tydligare fokus och ett arbete kommer att fortsätta under 2024 då en handlingsplan för palliativ vård kommer att tas fram.

BPSD

I förvaltningen bedriver man även ett aktivt arbete med kvalitetsregistret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom). BPSD ingår idag inte som en kvalitetsindikator utifrån svårigheten att sätta relevanta effektmått, då resultatet idag är på individnivå. Utvecklingen av registret följs och i framtiden kan även BPSD komma att läggas till som indikator.

Svenska HALT

Svenska halt är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Syftet är att stödja och stimulera till ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete. Svenska HALT initieras årligen av Folkhälsomyndigheten.

Mätningen genomfördes i kommunen första gången 2022 och deltagande har även skett under 2023. Det nationella resultatet av Svenska HALT presenteras av Folkhälsomyndigheten i juni månad varje år varför Flens kommuns resultat kommer att presenteras i Patientsäkerhetsrapport 2 2024.

Övrigt

Övrig framtida indikator är kvalitetsregister RiksSår. Registret har ännu inte implementerats i förvaltningen, implementering planeras för 2024–2025 utifrån att arbetet med Senior Alert och BPSD behöver implementeras fullt ut i samtliga verksamheter innan ännu ett kvalitetsregister tas i bruk.

När RiksSår är implementerat som ett kvalitetsregister och en indikator har förvaltningen ett strukturerat patientsäkerhetsarbete utifrån de fyra kvalitetsregister som rekommenderas på nationell nivå.

Extern granskning

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Granskning utfördes av Apotekare från Kronans Apotek, granskningen skulle ha genomförts i februari men på grund av förseningar från företagets sida så genomfördes granskningarna i november-december. Fokusområdena för detta års kvalitetsgranskning var:

- Läkemedelsleveranser, signeras leveransen?
- Kassation och rutin kring narkotiska läkemedel.
- Batchregistrering av bioteknologiskt läkemedel från förråd.
- Rengöring av dosetter för kontinuerligt bruk.
- Att inga ”bra att ha lådor” förekommer.

Efter granskningarna skickas ett protokoll till ansvarig enhetschef med de förbättringar som behöver genomföras på den aktuella enheten. I sammanställningen av samtliga protokoll, som skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska, framkommer inte att det finns några generella problem på samtliga enheter utan det är varierande saker som behöver åtgärdas på de olika enheterna.

Upphandlingen av extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering är gemensam för alla Sörmlands 9 kommuner. Då det funnits brister i kvaliteten på granskningarna under senaste upphandlingsperioden med nuvarande aktör kommer en ny gemensam upphandling av granskare att ske under 2024.

Extern kvalitetsgranskning av hygiensjuksköterskor

Under 2023 har en hygienrond genomförts av hygiensjuksköterskor från Reginen Vårdhygienenhet, detta år på en hemtjänstenhet. Det som framkom vid granskningen var att förrådshanteringen och transport av sterila produkter inte var optimal utifrån ett hygienperspektiv och behöver åtgärdas. Det framkom också att det saknades ett ordentligt omklädningsrum för manliga anställda samt att ren tvätt förvarades i öppna hyllor. Ansvarig enhetschef på enheten ansvarar för att åtgärda problemen som framkommit samt återkoppla åtgärderna till Hygiensjuksköterskor vid en uppföljning. Uppföljning har inte kunnat genomföras innan årsskiftet pga sjukdom.

Klagomål och synpunkter –

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

Förvaltningen har en fortsatt låg andel synpunkter och klagomål gällande hälso- och sjukvård. Under 2023 har 2 synpunkter gällande hälso- och sjukvård inkommit till vård och omsorgsnämnden. Den ena inkom via patientnämnden och den andra inkom direkt till enhetschef för hälso- och sjukvårdspersonal. Båda synpunkterna har utretts och besvarats till de som inkommit med synpunkten. Ingen av synpunkterna resulterade i en avvikelse.

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 2023 har inget övergripande arbete utifrån riskmedvetenhet och beredskap utförts inom hälso- och sjukvård. Idag förekommer arbete gällande riskmedvetenhet och beredskap på enhetsnivå i varierande grad. Det övergripande arbetet är något som behöver ses över under kommande år. Dock kan vissa risker ses redan nu gällande den framtida kompetensförsörjningen.

Andel genomförda riskanalyser (redovisas inte för 2023, då mall inte är framtagen ännu). För övriga prioriteringar inom fokusområdet se lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Åtgärder samt analys av dessa presenteras årligen i Patientsäkerhetsberättelse från och med 2024.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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.

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.

Del i detta är det omfattande strukturarbetet som genomförts för att lägga en god grund, det finns även en av nämnd beslutsfattad *Handlingsplan för ökad patientsäkerhet*, där förutsättningar, prioritering, åtgärder samt mål framgår. Det är utifrån denna handlingsplan strategier för kommande år fortsättningsvis kommer att presenteras ifrån. Redovisning kommer ske löpande i form av patientsäkerhetsrapport till nämnd två gånger årligen.

Nedan följer en schematisk presentation, från handlingsplanen för ökad patientsäkerhet vad förvaltningen kommer att arbeta med 2024.

Förutsättning	Prioritering	Åtgärd
En god säkerhetskultur	Skapa en grundstruktur för systematiskt säkerhetskulturarbete	Ta fram en förvaltningsövergripande rutin
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar att stärka yrkeskompetens kontinuerligt	Fortsatt utveckling av Kliniskt träningscentrum (KTC)
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar att stärka språkförmågan inom våra verksamheter	Strukturerat arbete utifrån Socialstyrelsens framtagna material för språkförmåga, bedömning och utveckling
Patienten som medskapare	Att göra patienter och närstående delaktiga i vårdens utvecklingsarbete	Skapa struktur för en referensgrupp med patienter och närstående.
Tillförlitliga och säkra system och processer	Säkerställa verksamhetsutveckling inom systematiskt patientsäkerhetsarbete	Färdigställa kvalitetsledningssystem för hälso- och sjukvård
Säker vård här och nu	Säkerställa vården vid kända och okända organisatoriska störningar	Aktivt arbete med riskanalyser (ex inför sommar och jul). Skapa struktur för detta arbete
Stärkt analys lärande och utveckling	Systematiskt förbättringsarbete	Se egenkontrollplan för patientsäkerhet gällande områden med strukturerad åtgärdsplan
Öka riskmedvetenhet och beredskap	Samverkan utifrån Nära Vård	Samverkan internt, mellan kommuner i länet samt kommun och Region för att förstärka riskmedvetenhet och beredskap på en övergripande nivå med ökad samsyn
Engagerad ledning och tydlig styrning	Genomföra utbildningsinsatser för ökad kunskap gällande ledning och styrning för befintliga chefer inom	Träff med enhetschefer en ggr per termin, och diskutera utifrån olika patientsäkerhetsteman – följa handlingsplanens fokusområden

Förutsättning	Prioritering	Åtgärd
	patientsäkerhet.	
Engagerad ledning och tydlig styrning	Genomföra utbildningsinsatser för ökad kunskap gällande ledning och styrning för nämnd inom patientsäkerhet.	Träff med politiker i nämnd en ggr per år, och diskutera utifrån olika patientsäkerhetsteman – följa handlingsplanens fokusområden
En god säkerhetskultur	Införa vedertagna verktyg för säkerhetskultur	Implementera SKR:s arbetsstruktur ”Säkerhetskulturtrappan”
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa utbildningsplan för att stärka adekvat kunskap och kompetens	Ta fram introduktionsutbildningar och årlig utbildningsplan för vårdpersonal och legitimerad personal
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar för nyanställd medarbetare för grundläggande yrkeskompetens	Introduktionsutbildning för medarbetare
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar att stärka yrkeskompetens kontinuerligt	Digitala fortbildningar enligt utbildningsplan och årshjul
Patienten som medskapare	Att göra patienter och närstående involverade i den enskildes vård.	Skapa struktur för att öka patientens och närståendes delaktighet i den enskildes vård med stöd av digitalt verksamhetssystem
Patienten som medskapare	Att göra patienter och närstående delaktiga i vårdens utvecklingsarbete	Skapa struktur för en referensgrupp med patienter och närstående.
Ökad kunskap om inträffade vårdskador	Arbeta med att minimera effekter av inträffade händelser	Strukturerade insatser för stöd och återkoppling till patient och berörd medarbetare
Tillförlitliga och säkra system och processer	Verka för en patientsäker vård genom att minimera oönskade variationer inom hälso-och sjukvård	Skapa en säker struktur för rutiner och implementering av dessa
Säker vård här och nu	Utveckla intern samverkan för att öka patientsäkerheten	Skapa struktur för intern samverkan
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar för nyanställd medarbetare för grundläggande yrkeskompetens	Introduktionsutbildning för medarbetare
Adekvat kunskap och kompetens	Skapa förutsättningar att stärka yrkeskompetens kontinuerligt	Digitala fortbildningar enligt utbildningsplan och årshjul

Begreppsförklaring för lokal struktur

Verktyg	Beskrivning
Nationell handlingsplan (Socialstyrelsen)	Sverige har en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gäller under åren 2020–2024. Mottagare för handlingsplanen är huvudmännens beslutsfattare. Den nationella handlingsplanen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
Lokal handlingsplan	Utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet ska regioner och kommuner ta fram egna handlingsplaner för att etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet.
Utvecklingsplaner	Utvecklingsplaner ägs av enheterna där chef är huvudansvarig. I utvecklingsplanerna skapar enheterna aktiviteter utifrån de prioriterade områdena i handlingsplanen.
Analysverktyg (Socialstyrelsen, NSG patientsäkerhet samt SKR)	För att stärka patientsäkerhetsarbetet finns ett analysverktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård. Analysverktyget samt tidigare års Patientsäkerhetsberättelser ligger till grund för handlingsplanens nulägesbeskrivningar. Analysverktyget kommer fortlöpande att användas i förvaltningen, enligt årshjul.
Egenkontroll/indikatorer	Egenkontroller ingår som ett ålagt uppdrag i det systematiska patientsäkerhetsarbetet för vårdgivaren, för att kunna följa och mäta effekter av åtgärder och kontroller för god och säker vård.
Årshjul	Årshjulet hör samman med egenkontrollplan, för att skapa en översikt över årets inplanerade kontroller och åtgärder.
Patientsäkerhetsrapport	Erhålls till vårdgivaren två gånger per år (vår och höst) för att främja vårdgivarens preventiva arbete när det kommer till patientsäkerhet.
Patientsäkerhetsberättelse	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 utifrån den lokala handlingsplanen.
Nationell mall för patientsäkerhetsberättelse (Socialstyrelsen)	Nationell mall för patientsäkerhetsberättelse finns tillgänglig . Den har samma struktur som den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, likväl som analysverktyg för patientsäkerhet.

Organisation och ansvar

Roll	Ansvarsområde
Socialnämnden/ Vård- och omsorgsnämnden	• Nämnden är ansvariga för att ett ledningssystem för kvalitet finns för verksamheten. • Nämnden skall även fastställa verksamhetens övergripande mål för kvalitet och kontinuerligt följa upp och utvärdera dessa. • Nämnden är högst ansvarig för patientsäkerhetsarbetet och säkerställer att chefer och medarbetare har den kompetens, ansvar och befogenheter som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
Verksamhetschef enligt HSL	• Har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer samt för verksamheten fastställda rutiner. • I Flens kommun är vissa av ledningsuppgifterna överlämnade till Kvalitetsombud HSL (se nedan). • Ingår i förvaltningsledningsgrupp samt ledningsgrupp för Hälso- och sjukvård
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	• Att patienter får en god, säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård • Att patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om • Att det finns rutiner för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånds fordrar detta • Ta fram rutiner för rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL • Att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i Patientdatalagen (2008:355, PDL) • Att beslut om att delegera ansvaret för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten • Att det finns ändamålsenliga och väl fungerade rutiner för läkemedelshantering • Utreda enligt lex Maria vid risk för eller inträffad allvarlig vårdskada • Ingår i förvaltningsledningsgrupp samt ledningsgrupp för Hälso- och sjukvård
Enhetschefer	• Ansvarar för att riktlinjer och rutiner som tagits fram av verksamhetschef samt MAS är väl kända av medarbetare i sin verksamhet • Tillsammans med legitimerad personal utreda, ta fram åtgärder samt följa upp insatta åtgärder på händelser som rapporterats enligt Patientsäkerhetslagen. • Utbilda personal i hur man rapporterar enligt patientsäkerhetslagen • Ingår i ledningsgrupp för respektive avdelning inom socialförvaltningen • Enhetschef för legitimerad personal ingår även i ledningsgrupp för Hälso- och sjukvård
Kvalitetsombud HSL	De överlämnade ledningsuppgifterna för Kvalitetsombud HSL är: • Se till, tillsammans med kommunens MAS, att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande författningar. • Uppdatera på uppdrag av och med stöd från kommunens MAS behövliga rutiner i enlighet med tillämpliga författningar från Socialstyrelsen. • Säkerställa att rutinerna är kända bland personalen och bistå kommunens MAS i kontroll av att personalen följer rutinerna. • Tillse att närstående omedelbart underrättas när en patient avlider eller en patients tillstånd allvarligt försämras. • Ingår i samverkansgrupp för kvalitetsombud HSL
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	• Att arbeta utifrån Socialstyrelsens kompetensbeskrivning och ett yrkesansvar utifrån patientsäkerhetslagen • att följa de riktlinjer och rutiner som finns för verksamheten • bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, följa beslutade processer samt rapportera eventuella risker och avvikelser enligt PSL • Tillsammans med enhetschefer utreda rapporter samt ge förslag på åtgärder för händelser som inträffat. • ansvarar för risk- och preventionsbedömningar för varje patient • fungerar utifrån sin profession som arbetsledare för hälso- och sjukvård i verksamheten

Delegerad hälso- och sjukvårdspersonal	• Ansvarar för personligt delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter
	• Ansvarar för att följa rutiner och givna ordinationer
	• Ansvarar för patientsäkerhetsarbetet genom att:
	  • utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet,
	  • att hålla sig informerade om gällande riktlinjer och rutiner s
	  • rapportera eventuella risker och avvikelser enligt PSL

Hygienombud	• Att, tillsammans med enhetschef, utifrån styrdokument, riktlinjer och rutiner bedriva det vårdhygieniska arbetet på enheten

	• Introducera nyanställda och vikarier om vårdhygieniska rutiner • Tillsammans med enhetschef ansvara för att genomföra egenkontroller och utifrån resultat planer och genomföra nödvändiga förbättringsåtgärder
Ledningsgrupp för hälso- och sjukvård	Ledningsgrupp för hälso- och sjukvård består av verksamhetschef enligt HSL, MAS samt enhetschef för legitimerad personal • Driver det strategiska arbetet för att säkerställa patientsäkerheten
Teamträffar	• Teamträffar med hemtjänstpersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt sjukgymnaster/fysioterapeuter hålls regelbundet inom hemsjukvård/hemtjänst för att säkerställa en ökad samverkan • På teamträffar görs även regelbundet riskbedömningar utifrån Senior Alert för att kunna ha ett förebyggande arbetssätt

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkansgrupp	Funktion
Gemensamma nämnden för samverkan inom socialtjänst och vård (NSV)	Regionen och kommunerna i Sörmland samverkar genom den gemensamma nämnden för samverkan inom socialtjänst och vård (NSV). Regionen och kommunerna har genom denna nämnd arbetat fram både en struktur för samverkan liksom ett antal stödjande och styrande dokument i samma syfte. Länsstyrgruppen är en central del i detta arbete och består av representanter från de nio kommunerna, regionen och FoU i Sörmland. Styrgruppen ska skapa förutsättningar för att invånarna i Sörmland får en jämlik vård. Förvaltningschefen för socialförvaltningen ingår i länsstyrgruppen.
Samverkan inom primärvård	Samverkansforum mellan kommunernas MAS/MAR, läkare och verksamhetschefer från primärvården i västra länsdelen och Hälsoval. Samverkansträffar sker en ggr per termin. Syftet med forumet är dialog i gemensamma frågeställningar som rör närvårdsamverkan.
Läkarmedverkan	Uppföljning läkarmedverkansavtal - I Flens kommun görs uppföljning av läkarmedverkansavtalet 2 gånger/år med enhetschef för legitimerad personal, MAS, ansvariga sjuksköterskor på respektive enhet och verksamhetschef och läkare från ansvarig vårdcentral.
Patientsäkerhetsrond	Flens kommun har deltagit i ett projekt tillsammans med Region Sörmland med utveckling av patientsäkerhetsronder på SÄBO. På dessa ronder ska deltagare från kommunens verksamhet, ansvarig läkare samt Regionens patientsäkerhetsenhet delta. Syftet med dessa ronder är att titta på hur patientsäkerheten tillgodoses för de patienter som bor på SÄBO. Under 2022 har en sådan rond skett på ett av kommunens boenden men tanken är att det i framtiden skall göras på samtliga boenden.
Vårdhygien, Region Sörmland	Flens kommun har tillsammans 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.
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 länets 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 Flens kommun regelbundna samverkansmöten. På dessa möten deltar vårdplaneringsteam och sjukhuskoordinatorer på de tre sjukhusen i Regionen (Kullbergska, Mälarsjukhuset samt Nyköpings lasarett) och samordningssjuksköterskor på samtliga vårdcentraler i kommunen. 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.
Avvikelserapportering	Alla avvikelser som inkommer till Flens kommun från extern vårdgivare utreds och besvaras. I de fall där avvikelsen är gemensam har dessa även utretts gemensamt.

Flen kommun

DATUM 2024-01-23

TJÄNSTESKRIVELSE

Socialförvaltningen

TJÄNSTESTÄLLE Socialförvaltningens stab

HANDLÄGGARE Susanne Karlsson

Till Vård- och omsorgsnämnden

DIARIENR VON/2024:34

Avsluta skriftliga månadsrapporter under 2024

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta

att ge socialförvaltningen i uppdrag att avsluta sammanställandet av skriftliga månadsrapporter till nämnd

att ge socialförvaltningen i uppdrag att i stället vid varje nämndsammanträde redovisa aktuell ekonomisk ställning och uppföljning av aktuella åtgärdsplaner.

Sammanfattning
Socialförvaltningen har sedan oktober 2018 ett uppdrag av socialnämnden, som sedan januari 2023 är delad i Vård- och omsorgsnämnden respektive Social- och arbetsmarknadsnämnden, att sammanställa en rapport med aktuella nyckeltal avseende nämndens verksamheter varje månad. Syftet har varit att öka transparensen mellan förvaltning och nämnd som ett led i det pågående arbetet med att komma till rätta med socialnämndens underskott.

Denna transparens och tydlighet i uppföljning är viktig, men fullföljs genom de nämnd- delårs- och bokslutsrapporter som förvaltningen, i enlighet med Flens kommuns styrmodell, sammanställer per mars, maj, augusti, oktober och december. Dessa rapporter har centralt fastställda tidsramar och ska därmed vara färdigställda innan månadsrapport för samma månad vanligen kan presenteras för nämnden.

Vi har sedan modellen med nämndrapporter infördes 2021 lämnat dubbla rapporter för mars, maj och oktober varvid nämnden som regel fått månadsrapporten betydligt senare än nämndrapporten för samma månad. Den ekonomiska ställningen och prognosen som redovisats i månadsrapporten har då varit densamma som i nämndrapporten för samma månad.

De ytterligare månadsrapporter som lämnats till nämnden, för februari, april, september och november har oftast lämnats samtidigt som påföljande månads nämndrapport, och alltså även de visat ”gamla” siffror. Som exempel kommer novembers månadsrapport upp först i februarinämnd.

Detta dubbla rapporteringssystem har tagit mycket tid i anspråk, tid som bättre kunnat användas för analyser och åtgärder. Socialförvaltningen föreslår därför att månadsrapporterna utgår till förmån för ökat fokus på analyser och avstämningar utifrån nämnd, delårs- och årsbokslutsrapporteringen. Socialförvaltningen föreslår också att vi löpande vid varje nämndsammanträde redovisar på sammanträdesdagen aktuell ekonomisk ställning jämte uppföljning av aktuell åtgärdsplan.

Iris Pettersson
Förvaltningschef

Susanne Karlsson
Ekonomi- och kvalitetschef

Beslutet skickas till:
Kommunstyrelsen
Kommunens revisorer
Akt

Flen kommun

DATUM 2024-01-29

Kommunledningsförvaltningen
TJÄNSTESTÄLLE Demokratiservice
HANDLÄGGARE Katarina Bäck Petersson

Vård- och omsorgsnämnden

DIARIENR VON/2024:3

ER REF

Delegationsbeslut

Förslag till beslut
Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta

att lägga redovisade delegationsbeslut till handlingarna

Sammanfattning
Samtliga redovisade delegationsbeslut under perioden 2023-11-23 – 2024-01-30 finns hos Socialförvaltningens nämndservice.

Avdelningen myndighet, enheten äldre och personer med funktionsvariations delegationsbeslut under perioden 2023-12-04 – 2024-01-23.

Avdelningen myndighet, enheten äldre och personer med funktionsvariation, bostadsanpassningsbidrag enligt Lag (2018:222), beslut under perioden 2024-01-01-2024-01-30.

Skickas till:
Akt

Postadress	Besöksadress	Telefon	Bankgiro	E-post
642 81 Flen	Sveavägen 1 Flen	0157-430000	5854-6045	flens.kommun@flen.se

DATUM 2024-01-30

Kommunledningsförvaltningen
TJÄNSTESTÄLLE Demokratiservice
HANDLÄGGARE Katarina Bäck Petersson

Vård- och omsorgsnämnden

DIARIENR VON/2024:1

ER REF

Anmälningsärenden under perioden 2024-12-05 - 2024-01-28

Kommunstyrelsen, Flens kommun
- KS Beslut 240115 § 12 - Nämndinitiativ särskilt boende.
- Nämndinitiativ hyra äldreomsorgsplatser i Sköldinge.
- Hyreskontrakt för lokal, Sköldinge Ramsta 1:118.

Socialförvaltningen, Flens kommun
- Protokoll samverkan Flens kommun och intresseorganisationer 2023-11-22.
- Svar till Kronofogdemyndigheten gällande föreläggande Målnr 14-269456-23.

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO)
- Beslut från Inspektionen för vård och omsorg gällande klagomål på socialtjänsten i Flens kommun i dnr 3.4.1-00610/2022.

Kammarrätten i Jönköping
- Jönköping KR 3387-23 Slutligt beslut 2023-12-14.

Sveriges kommuner och regioner (SKR)
- Överenskommelse insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024 SKR2023/02168.

Region Sörmland
- Granskning av Hjälpmedelscentralens lagerhantering.
- Hjälpmedelscentralens lagerhantering.
- Protokollsutdrag från Regionfullmäktige sammanträde den 2023-11-21 - Mål och budget 2024-2026.
- Protokollsutdrag från regionstyrelsens sammanträde den 2023-11-07 - Mål och budget 2024-2026.

- Protokollsutdrag från Regionstyrelsen sammanträde den 2023-10-10 - Rapport om de uppdrag som regionstyrelsen lämnat till regiondirektören, oktober 2023.
- Verksamhetsplan med budget 2024-2026 för gemensamma patientnämnden.
- Justerat protokoll Gemensamma patientnämnden 2023-12-01.
- Minnesanteckningar gemensamma patientnämndens arbetsutskott 2023-11-16.
- Tjänsteutlåtande - Verksamhetsplan med budget 2024-2026 för gemensamma patientnämnden.
- Tjänsteutlåtande - Anmälningsärenden till den gemensamma patientnämndens sammanträde den 2023-12-01.
- Justerat protokoll Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård 2023-12-14.
- Tjänsteutlåtande - Verksamhetsplan med budget 2024-2026 för nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård.
- Tjänsteutlåtande - Upphandling av hygienhjälpmedel.
- Delegationsbeslut vid nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård den 14 december 2023.
- Anmälningsärenden till nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård 14 december 2023.
- Tjänsteutlåtande - Upphandling för lagerhållning, distribution och administration för produkter för blåsa och tarm.
- Tjänsteutlåtande - Uppdrag till regiondirektören att utreda organisation avseende Hjälpmedelscentralen.
- Hållbarhetsprogram 2024-2027.
- Minnesanteckningar Länsstyrgruppen 2023-11-24.
- Rapport RSS Kvinnofrid.

<u>Vingåkers kommun</u>
- Nytt dataskyddsombud för socialnämnden Vingåkers kommun.
- Tjänsteutlåtande - Nytt dataskyddsombud för socialnämnden Vingåker.
- Kontaktuppgifter till dataskyddsombud socialnämnden Vingåkers kommun.

<u>Katrineholms kommun</u>
- Verksamhetsberättelse 2023 för personligt ombud i Katrineholm och Flen.

Skickas till:
Akt