

## Sammanträdande organ

### Tid

Vård- och omsorgsnämnden

2017-03-02 kl. 13:15

### Plats

Vård- och omsorgsförvaltningen,  
Upplandsgatan 2. Lokal: Yngaren 1 & 2

Ärende	Beteckning	Föredragande	Sid
1. Upprop			
2. Val av justerare			
3. Fastställande av dagordning			
4. Information om bostadsanpassningsbidrag - <i>Annica Grann</i>			
5. Presentation av brand- och säkerhetssamordnaren samt brandskyddsarbetet - <i>Tobias Plantin</i>			
6. Aktuell information från verksamhetschefer			
7. Redovisning av delegationsbeslut			3
8. <b>Öppet för allmänheten från klockan 15 med allmänhetens frågestund</b>			
9. Patientsäkerhetsberättelse 2016	VON/2016:64	Eva Gyllhamn	4
10. Yttrande över revisionsrapporten Översiktlig granskning av intern kontroll	VON/2016:79	Björn Persson	32
11. Redovisning av genomförd internkontroll 2016	VON/2015:69	Björn Persson	54
12. Redovisning av arbetsskador och tillbud 2016	VON/2016:78	Matilda Nilhage	57
13. Redovisning av avvikelser under 2016	VON/2016:21	Emma Odén	62
14. Redovisning av synpunkter perioden juli- december 2016	VON/2016:51	Eva Hersler Susanne Sallami	76
15. Årsredovisning 2016	VON/2016:16	Päivi Kabran	80
16. Anmälan om missförhållande enligt lex Sarah (brister i vårdkedja LS 1:17)	VON/2017:4	William O'Brien	116
17. Revidering av delegationsordningen	VON/2017:13	Päivi Kabran	119
18. Förändringar av boendeplatser inom vård- och omsorgsförvaltningen	VON/2017:15	Pia Aalto	142
19. Meddelanden			145

Ärende	Beteckning	Föredragande	Sid
20.	Sekretessärende		
21.	Sekretessärende		
22.	Sekretessärende		

*Ulrica Truedsson*  
Ordförande

Ev. förhinder anmäles till Mona Kjellström 0150-578 14  
[mona.kjellstrom@katrineholm.se](mailto:mona.kjellstrom@katrineholm.se)

**Kommande sammanträdesdagar år 2017**

Enskilt utskott klockan 13.15	Beredning (inför nämnden) klockan 10-12	Nämnd klockan 13.15
9/3	19/1, 9/2	2/3
6/4	23/3, 6/4	28/4 fre 8.30-12
11/5	3/5 (ons), 17/5	8/6
15/6	15/6, 17/8	31/8
7/9	24/8, 7/9	28/9
5/10	21/9, 5/10	26/10
9/11	2/11, 16/11	7/12
14/12	14/12	



VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN  
Lednings- och verksamhetsstöd

TJÄNSTESKRIVELSE 1 (1)

Datum  
2017-02-13

Vår beteckning  
/Ärendebeteckning/

Vår handläggare  
Mona Kjellström

Ert datum

Er beteckning

Vård- och omsorgsnämnden

## Redovisning av delegationsbeslut VON 2017-03-02

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av delegationsbesluten.

### Sammanfattning av ärendet

Redovisas beslut som har fattats med stöd av gällande delegation på nämndens vägnar.

#### Tjänstemannabeslut

<i>Datum, §</i>	<i>Typ av beslut</i>	<i>Beslutande</i>
2017-01-01--02-28	Bostadsanpassningsbidrag	Handläggare
2017-01-01--02-28	Färdtjänst/riksfärdtjänst	Handläggare
2017-01-01--02-28	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade	Biståndshandläggare
2017-01-01--02-28	Socialtjänstlagen	Biståndshandläggare

#### Ordförandebeslut

<i>Datum, §</i>	<i>Typ av beslut</i>	<i>Beslutande</i>

#### Utskottsbeslut

<i>Datum, §</i>	<i>Typ av beslut</i>	<i>Beslutande</i>
2017-02-09, §§ 1-9	Individärenden	Enskilda utskottet

Mona Kjellström  
Nämndsekreterare



VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN  
Lednings- och verksamhetsstöd

TJÄNSTESKRIVELSE 1 (1)

Datum  
2017-02-02

Vår beteckning  
VON/2016:64 - 709

Vår handläggare  
Eva Gyllhamn, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Ert datum

Er beteckning

Vård- och omsorgsnämnden

## Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården 2016

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården 2016.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska och enheterna för hälso- och sjukvård, stöd ordinärt boende samt särskilt boende äldre får i uppdrag att arbeta fram en mall för redovisningen av patientsäkerheten inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde, där resultat och beskrivningar av det systematiska och strukturerade arbetssätt redovisas inom hälso- och sjukvårdens område inför år 2017.

### Sammanfattning av ärendet

Patientsäkerhetslagen (2010:659) började gälla från och med januari 2011. Enligt lagen ska vårdgivaren planera och leda samt kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls.

Vårdgivaren har dokumentationsskyldighet gällande hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Dokumentation ska senast 1 mars varje år upprättas i form av en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagit för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

### Ärendets handlingar

- Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården 2016, 2017-02-17

Päivi Kabran  
Förvaltningschef

Eva Gyllhamn  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutet skickas till: Akten, intranätet



# Patientsäkerhetsberättelse för hälso- och sjukvården 2016

## Vård- och omsorgsnämnden

## Innehållsförteckning

Bakgrund .....	4
Patientsäkerhet.....	4
Riskanalys och händelseanalys .....	4
Systematiskt kvalitetsarbete .....	4
Syfte.....	5
Resultat.....	5
Organisatoriskt ansvar .....	6
Övergripande mål och strategier .....	7
Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2016-2018 .....	7
Resultatmål: Antal brukare inskrivna i hemsjukvården med en samordnad individuell plan, SIP. Målnivå: 60 %.....	7
Resultatmål: Risken för undernäring ska minska för äldreomsorgens brukare i särskilt boende. 90 % av de som bor i särskilt boende oavsett driftsform ska ha erhållit en bedömning i Senior Alert. Målnivå: 90 % .....	7
Resultatmål: Andel brukare i äldreomsorgen vars nattfast är kortare än 11 timmar ska öka (med hänsyn till den enskildes önskemål). Målnivå: 60 %.....	7
Handlingsplan 2015-2016 för bättre vård och omsorg för äldre i Sörmland .....	8
God läkemedelsbehandling .....	8
God vård vid demenssjukdom - BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) .....	9
God vård vid demenssjukdom - SveDem.....	9
Preventivt arbetsätt .....	10
Sammanhållen vård .....	10
Rehabilitering .....	11
Hemsjukvård .....	11
God vård i livets slut .....	12
Strategier .....	13
Riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg.....	13
Egenkontroller .....	14
Verksamhetsuppföljning .....	14
Patientsäkerhetsarbete som bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet <i>SFS 2010:659, 3 kap.10§ p 1-3</i> .....	15
Senior Alert .....	15
Palliativa registret.....	15
BPSD .....	15
SveDem .....	15

Punktprevalensmätning gällande trycksår .....	16
Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.....	16
Nattfastemätningarna.....	17
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier .....	17
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet, <i>SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5</i> .....	20
Avvikelse rapporter - interna avvikelser .....	20
Avvikelse rapporter - externa avvikelser.....	21
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier .....	21
Samverkan för att förebygga vårdskador, <i>SOSFS 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 3 §. p3</i> .....	22
Utifrån avtal med Enheten för Vårdhygien, Landstinget Sörmland.....	22
Särskilt uppdrag/rådgivning/konsultationer .....	22
Utbildningar.....	22
Smittspårning.....	22
Samverkan med patienter och närstående, <i>SFS 2010:659 3 kap. 4 §</i> .....	22
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier .....	23
Riskanalys, <i>SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §</i> .....	24
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier .....	24
Klagomål och synpunkter, <i>SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p. 6</i> .....	25
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier .....	25
Sammanställning och analys på områdesnivå, <i>SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap. 2 §</i> .....	26
Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier .....	26

## Bakgrund

Patientsäkerhetslagen (2010:659) började gälla från och med januari 2011. Enligt lagen ska vårdgivaren planera och leda samt kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls.

Vårdgivaren har dokumentationsskyldighet gällande hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Dokumentationen ska senast 1 mars varje år upprättas i form av en patientsäkerhetsberättelse där det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Från och med år 2016 års redovisning har vård- och omsorgsnämnden antagit en mall för hur patientsäkerhetsberättelsen ska utformas för året.

## Patientsäkerhet

Patientsäkerhet och tillsyn regleras bland annat i Patientsäkerhetslagen och Patientsäkerhetsförordningen. Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet genom att minska antalet vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel hos vårdgivaren eller på att hälso- och sjukvårdspersonalen har begått misstag.

Patientmedverkan är en viktig utgångspunkt i patientsäkerhetsarbetet, bland annat för att säkerställa att patienternas behov och önskemål tillgodoses så långt det är möjligt. Ett bra möte och samtal mellan patienten och vårdens representanter lägger grunden till en trygg och säker vård. En god hälso- och sjukvård förutsätter ett kontinuerligt arbete med att utveckla verksamheten utifrån bland annat forskningsresultat och innovation, för bästa tillgängliga kunskap. I verksamheter som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen ska Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:9) om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tillämpas på den patientinriktade vården. I föreskriften beskrivs att vårdgivarens fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffas samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

## Riskanalys och händelseanalys

Inför förändringar i organisationer, införande av ny teknik eller nya metoder, är det viktigt att göra en riskanalys. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt. Då en händelse inträffat som medfört att en patient kommit till allvarlig vårdskada eller kunde ha skadats allvarligt, ska en händelseanalys utföras.

## Systematiskt kvalitetsarbete

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), 3 kap. om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fort-



löpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta innebär att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

Olika kvalitetsområden som ska beaktas för att kvaliteten inom Hälso- och sjukvård systematiskt och fortlöpande ska kunna utvecklas och säkras, är följande;

- Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlik hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid

## Syfte

Syftet med uppföljningen är att i första hand få en uppfattning av hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs, att stödja de olika verksamheterna i det systematiska, strukturerade arbetssättet, men också att hitta goda exempel och hjälpa till att sprida dessa. Vidare att lyfta fram strategiska mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år.

## Resultat

Till patientsäkerhetsberättelsen har uppgifter insamlats från områdeschef hälso- och sjukvård samt områdeschefer område 1 och 4 samt tf. avdelningschef i utföraravdelningen gällande område 2 och 3. Dialog har skett med kommunens dietister STF<sup>1</sup>, demenssjuksköterska, avdelningen för vårdhygien och Landstinget Sörmland. Statistikuppgifter har inhämtats från Senior Alert, Läkemedelskommittén i Sörmland, Apotekstjänst, Närvård i västra Sörmland, Kvalitetsportalen, Palliativa registret, BPSD, Patientnämnden, verksamhetssystemet Treserva samt SKL<sup>2</sup>.

Flera enheter bedriver sitt arbete på ett bra och strukturerat sätt men det finns ingen automatik mellan beskrivningen av och verksamhetens ”resultat”. Det saknas reflektioner, systematiska analyser och/eller kommentarer till det som redovisas.

Tillika saknas det konkreta beskrivningar med mål och delmål – hur man ska uppnå *Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2015-2017* samt *Äldreplan 2015-2016 - Handlingsplan 2015-2016 för bättre vård och omsorg för äldre i Sörmland*.

Det kan konstateras att det kvarstår ett stort behov av att i dialogen och utvecklingsarbetet tillsammans, samverka kring patientsäkerhetsarbetet. Dessutom påverkar den höga personalomsättningen samt omorganisationen inom förvaltningen, patientsäkerhetsarbetet negativt.

---

<sup>1</sup> STF, Service och teknikförvaltningen

<sup>2</sup> Sveriges Kommuner och Landsting

## Organisatoriskt ansvar

Patientsäkerhetsarbetet ska ingå som en integrerad del i alla berörda verksamheter och ha en naturlig koppling till arbetsmiljöarbetet och budgetarbetet. Chefer och medarbetare ska samverka i patientsäkerhetsfrågor. Enligt kvalitetsledningssystem inom vård- och omsorgsförvaltningen<sup>3</sup>, beskrivs det organisatoriska ansvaret enligt följande:

**Medarbetare** har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med riktlinjer och rutiner utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Skall medverka i risk och avvikelshantering och delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera och dokumentera i verksamhetssystemet Treserva.

**Enhetschefer** har ansvar för att bryta ner resultatmål till verksamhetsmål och att kvalitetsarbetet förankras hos medarbetarna. Enhetschefen har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Enhetschefen ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.

**Områdeschefen** har ansvar för att följa upp kvalitetsarbetet i sitt område samt vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska**<sup>4</sup> (MAS) ansvarar för att förvaltningen har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård. MAS ansvarar även för att det finns system för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

### Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen

I Katrineholms kommun är det förvaltningschefen som är verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen<sup>5</sup>.

**Verksamhetschefen** ansvarar för att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt att kontinuerligt samråda med MAS. Verksamhetschefen ansvarar för att skapa strukturer och processer för att möjliggöra delaktighet i ett aktivt kvalitetsarbete och har ansvar för uppföljning av resultat, analys av resultat och att vidta de förbättringsåtgärder som krävs. Verksamhetschefen ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.

<sup>3</sup> Vård- och omsorgsförvaltningen, styrdokument, 2012-10-05. VON, 2012:76-010

<sup>4</sup> Delegeringsordning för NOV, Dnr VON/2016:5-002

<sup>5</sup> Delegeringsordning för NOV, Dnr VON/2016:5-002

## Övergripande mål och strategier

### Vård- och omsorgsnämndens plan med budget 2016-2018<sup>6</sup>

**Resultatmål: Antal brukare inskrivna i hemsjukvården med en samordnad individuell plan, SIP. Målnivå: 60 %**

#### *Resultat*

18 % av patienter i hemsjukvården har en SIP, vilket är en ökning jämfört med förra årets 14.3 %.

**Resultatmål: Risken för undernäring ska minska för äldreomsorgens brukare i särskilt boende. 90 % av de som bor i särskilt boende oavsett driftsform ska ha erhållit en bedömning i Senior Alert. Målnivå: 90 %**

#### *Resultat*

72 % fått riskbedömning under året. 526 riskbedömningar är genomförda under året och registrerade i S.A. Av dessa utförda riskbedömningar har **52 % risk för undernäring**. Riskbedömningar där risk för undernäring konstaterats och teambaserad utredning av bokomliggande orsaker utförts, är genomförd på 84 brukare/patienter. Åtgärder har planerats för 139 brukare/patienter och åtgärder har utförts på 69 brukare/patienter.

**Resultatmål: Andel brukare i äldreomsorgen vars nattfast är kortare än 11 timmar ska öka (med hänsyn till den enskildes önskemål). Målnivå: 60 %**

#### *Resultat*

40 % av brukare med nattfasta kortare än 11h (med hänsyn till den enskildes önskemål). Mätningen av nattfastan går inte att jämföra med tidigare år och kan i nuläget inte sägas om det har förbättrats eller försämrats. Först år 2017 kan vi se om antalet brukare med nattfasta under 11 timmar har ökat eller minskat.

---

<sup>6</sup> VOF mål, 2015-11-30. Dnr VON/2015:46-042

## Handlingsplan 2015-2016 för bättre vård och omsorg för äldre i Sörmland<sup>7</sup>

### God läkemedelsbehandling

#### Mål

- Behålla eller förbättra resultat för läkemedelsindikatorerna jämfört med resultat 2015.
- Läkemedelsgenomgångar (LMG) är en naturlig del i vården såväl på vårdcentral, i hemsjukvård som i särskilt boende. Antalet individer som får kodad LMG ska öka jämfört med 2015
- Hos minst 50 % av individerna på särskilda boenden ska genomförd och kodad LMG vara gjord 2016.

#### Mått

- Olämpliga läkemedel
- Antipsykotiska läkemedel
- Antiinflammatoriska läkemedel
- Antal genomförda och kodade LMG (enkel eller fördjupad) enligt Sörmlands riktlinjer ska öka jämfört med 2015.

#### Resultat

- Jämfört med resultat från år 2015 gällande läkemedelsindikatorerna för individer 75+ som hämtat ut recept på: Olämpliga läkemedel har minskat för året jämfört med förra året med 0.4 %. Psykosläkemedel har ökat med 0.3 % och NSAID<sup>8</sup> har minskat med 0.1 %
- Läkemedelsgenomgångar (LMG) så kallade kodade har i år ökat till 68 stycken från 54 stycken, jämfört med förra året. 65 LMG har genomförts på särskilt boende för äldre och 3 LMG har genomförts inom hemsjukvården.
- 18 % av individerna på särskilda boenden har genomfört och fått kodade LMG, år 2016. Särskilda boende enheterna som genomfört fördjupade LMG är (i fallande ordning); Lövåsgården, Furuliden, Norrglantan, Igelkotten, Pantern, Vallgården, Malmgården, Almgården och Strandgården. Resultatet jämfört med förra året är en ökning. (Siffrorna är beräknade på antalet boendeplatser inom särskilt boende äldre i syfte att få fram jämförelse med förra året).

<sup>7</sup> Nämnden för socialtjänst och vård, 2015-04-10. Dnr SOVIS15-0038

<sup>8</sup> Förkortningen NSAID står för Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, vilket på svenska kan översättas till icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel. Det är en grupp mildt smärtstillande läkemedel, som också är inflammationsdämpande och febernedsättande.

## God vård vid demenssjukdom - BPSD (Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

### Mål

- Skatting av BPSD är en naturlig del i vården av personer med demenssjukdom.

### Mått

- Fler personer som bedöms återkommande och får åtgärder i adekvat omfattning
- Fler enheter som återkopplar och använder BPSD som underlag för systematiskt förbättringsarbete.

### Resultat

BPSD används enbart på särskilda boendeenheter just nu. Resultat från registret påvisar att 17 boendeavdelningar har registrerat under 2016. Antalet registreringar är 252 till antalet och den avdelning som registrerat mest har registrerat 39 till antalet. Vid jämförelse med förra årets siffror för registrering dvs. 155 har antalet registreringar ökat, se tabell enligt nedan. Nya medarbetare har erhållit utbildning i BPSD enligt kompetensplanen.

År	Antal
2012	48
2013	141
2014	114
2015	155
2016	252

## God vård vid demenssjukdom - SveDem

### Mål

- Vården av personer med demenssjukdom är kvalitetssäkrad.

### Mått

- Öka antalet riskbedömningar med åtgärd i Senior Alert i samband med minnesutredning.

### Resultat

Registreringen i SveDem har inte fungerat tillfredsställande pga. hög arbetsbelastning hos sjuksköterskorna, beslut har tagits inom förvaltningen att avstå registrering under året.

## Preventivt arbetssätt

### Mål

- Det förebyggande arbetssättet är en naturlig del av vård och omsorg om äldre
- Fallförebyggande träning enligt Otago-metoden<sup>9</sup> erbjuds äldre.

### Mått

- Rutiner finns för ett förebyggande arbetssätt i ordinärt boende
- Fler kommunala enheter använder resultatet i Senior Alert som underlag för att systematiskt förbättra det förebyggande arbetssättet
- Samtliga relevanta enheter deltar i punktprevalensmätningarna gällande trycksår och fall
- 90 % av personer i särskilt boende ska ha fått en riskbedömning med åtgärd i Senior Alert
- Utbildade kaskadledare enligt Otago-metoden, finns för hela länet.

### Resultat

Två fysioterapeuter har utbildats i fallförebyggande träning enligt Otago-metoden, dessa finns att tillgå vid behov. Inget resultat är redovisat.

## Sammanhållen vård

### Mål

- Fortsatt minskning av antalet återinskrivningar inom 30 dagar
- Fortsatt minskning av undvikbar slutenvård
- Minskning av antalet av utskrivningsklara patienter på sjukhus.

### Mått

- Minskad andel personer som återinskrivs inom 30 dagar i förhållande till föregående år
- Minskad andel undvikbar slutenvårdstillfällen i förhållande till föregående år
- Antal vårddygn för utskrivningsklara personer på sjukhus ska ej överstiga riksgenomsnittet.

### Resultat

- Oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar skattas till 173 andel % för år 2016, jämfört med 182 andel % för år 2015<sup>10</sup>. Vilken är en minskning.

---

<sup>9</sup> Förebyggande träningsmetod gällande balansträning, muskelstyrka samt uthållighet i syfte att minska antalet fallolyckor. Metoden är utvecklad och rönt stora framgångar i Nya Zeeland

<sup>10</sup> Varje gång ett Oplanerat vårdtillfälle rapporteras så undersöks om det i samma landsting finns ett föregående vårdtillfälle för samma individ oavsett om det är planerat eller Oplanerat. Om det finns ett sådant och om det har gått mellan 1-30 dagar mellan föregående utskrivning och den aktuella inskrivningen så räknas detta som Oplanerad återinskrivning.

- 635 invånare/100 000 invånare registrerades för undvikbar slutenvårdstillfällen i förhållande till föregående års registrering där 574 invånare/100 000 invånare registrerades<sup>11</sup>. Detta tyder på en ökning av undvikbar slutenvård för året.
- Utskrivningsklara personer på sjukhus var för Katrineholm 3.5 medelvärde dagar i jämförelse med riksgenomsnittet som var 3.8 medelvärde dagar under samma mätperiod dvs. januari-november månad år 2016<sup>12</sup>. Resultatet understiger riksgenomsnittet.

## Rehabilitering

### Mål

- Rehabilitering är en naturlig del av vård- och omsorg för äldre.

### Mått

- Varje relevant enhet ska ha minst en person som har kompetens att använda COPM (Canadian Occupational Performance Measure)<sup>13</sup>.

### Resultat

Inget resultat är redovisat.

## Hemsjukvård

### Mål

- Trygg vård i hemmet genom interdisciplinärt teamarbete och hembesök av läkare
- Ökad patientmedverkan i uppföljning av hemsjukvårdens kvalitet.

### Mått

- Antal hembesök av läkare till hemsjukvårdspatienter ska öka i förhållande till föregående år
- 80 % av patienter i hemsjukvård har en samordnad individuell SIP
- Ökat antal områden där e-lösningar provats
- Kunskap finns om hemsjukvårdens patienter uppfattar hemsjukvården som en trygg vårdform.

### Resultat

- Antalet hembesök av läkare till hemsjukvårdspatienter har skett med 16 besök vilket är en ökning.
- 18 % av patienter i hemsjukvård har en samordnad individuell SIP. Vilket är en ökning jämfört med förra årets 14.3%. Vid mätning av hemsjukvårdens insatser

<sup>11</sup> Undvikbar slutenvård – diagnos. Rapporten utgår från Socialstyrelsens förteckning över diagnoser som inte skall behöva slutenvård.

<sup>12</sup> Antal vårdtillfällen där det dröjt en eller flera dagar från det att läkare bedömt patienten som utskrivningsklar tills utskrivning har skett.

<sup>13</sup> COPM (Canadian Occupational Performance Measure) är en individualiserad bedömning av en klients egen uppfattning av problem som denne stöter på vid utförandet av en aktivitet. Instrumentet publicerades 1990 och kommer ursprungligen från Kanada. COPM ingår i arbetsterapiutbildningen, Sveriges Arbetsterapeuter ger även endagarsutbildning i metoden

finns totalt 559 patienter inskrivna i kommunens hemsjukvård. Noteras ska att hälso- och sjukvårdspersonalen avslutar inte insatser så den reella siffran är säkert något lägre än vad statistiken visar.

- E-lösningar och kunskap om hemsjukvårdens patienter uppfattar hemsjukvården som en trygg vårdform, har inte redovisats från verksamheterna.

## God vård i livets slut

### Mål

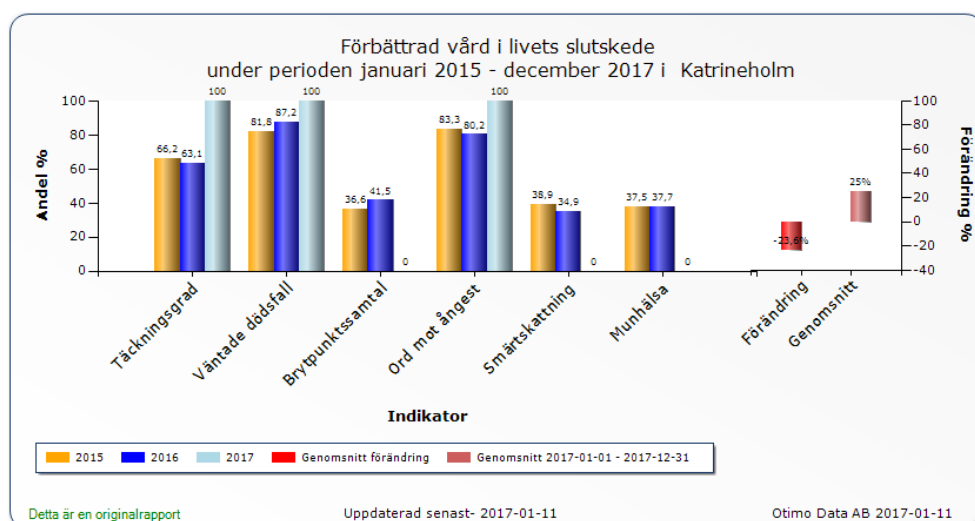
- God och trygg vård i livets slut.

### Mått

- Täckningsgrad oavsett boendeform över 70 % i palliativa registret
- Andelen personer som får läkarinformation/brytsamtal vid förväntat dödsfall ska överstiga 60 %
- Andelen personer som fått en validerad smärtskattning ska vara mer än 50 %.

### Resultat

- Täckningsgrad oavsett boendeform är 63.1% i Palliativa registret, vilket inte når riktigt ända fram till resultatmålet.
- Andelen personer som får läkarinformation/brytsamtal vid förväntat dödsfall är uppnådd till 41.5 %. Vilket är en ökning i jämförelse med förra året men resultatet når inte målet.
- Andelen personer som fått en validerad smärtskattning är upp nådd till 34.9 %, vilket är en marginell minskning i jämförelse med förra året. Se tabell enligt nedan.





## Strategier

### Riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg

- **Kommunikation och information** (avvikelser från verksamhetssystemet Treserva, Landstinget Sörmland, Patientnämnden, övriga)<sup>14</sup>  
**Resultat**  
 86 avvikelser gällande dokumentation/information/kommunikation finns registrerade totalt sett <sup>15</sup>
- **Undernäring** (Senioralert, vårdprevention)  
**Resultat:** Totalt har 571 riskbedömningar är utförda, varav risk för undernäring har 309 rapporterats, teambaserad utredning av bakomliggande orsaker utförts i 33.7%, åtgärder planerats i 53.4%, åtgärder utförts i 28.8% och viktminskning > 5% i 14.6% .
- **Läkemedel**  
**Resultat:** Läkemedelskommittén har under året anställt 12 kliniska apotekare i syfte att arbeta med patientnära kliniskt arbete i sjukvården i Sörmland. Alla 27 vårdcentraler i länet har ”sin kliniska” apotekare” och man har genomfört totalt 590 fördjupade LMG under året.
- **Fall** (Senioralert, vårdprevention)  
**Resultat:** 575 riskbedömningar är utförda, varav risk för fall finns identifierat hos 394 individer, teambaserad utredning av bakomliggande orsaker har utförts i 39.1 %, åtgärder planerats i 59.1 %, åtgärder har utförts i 36 % och fall har förekommit i 29.7 %.
- **Trycksår** (Senioralert, vårdprevention)  
**Resultat:** 567 riskbedömningar är utförda, varav risk för trycksår finns hos 193 individer, teambaserad utredning av bakomliggande orsaker har utförts i 36.3 %, åtgärder planerats i 54.4 %, åtgärder utförts i 30.6% och trycksår har uppkommit i 4.1 %.
- **Munhälsa** (Senioralert, vårdprevention)  
**Resultat:** 568 riskbedömningar är utförda, varav risk för ohälsa i munnen har 248 rapporterats, åtgärd planerats för 43.5% och åtgärder utförts på 22.6%
- **Fördröjd, eller felaktigt utförd vård- och behandling** (avvikelser från verksamhetssystemet Treserva, Landstinget Sörmland, Patientnämnden, övriga)  
**Resultat:** Inga avvikelser finns att redovisa då avvikelseträdet inte är utvecklat i Treserva men en Lex Maria har anmält under kategorin
- **Medicinska tekniska produkter** (avvikelser från verksamhetssystemet Treserva, Landstinget Sörmland, Patientnämnden, SAPS, övriga)  
**Resultat:** 17 avvikelser gällande MTP och hjälpmedel är redovisade i Treserva, två Lex Maria har anmälts under kategorin.

<sup>14</sup> Källa, här finns uppgifter/resultat att hämta

<sup>15</sup> Det kan finnas en felkälla vid utdrag från verksamhetssystemet Treserva

## Egenkontroller

- PPM-BHK (Punktprevalensmätning – basala hygien- och klädregler) ([www.SKL.se](http://www.SKL.se)) – se särskilt avsnitt
- PPM-Trycksår (Punktprevalensmätning) ([www.SKL.se](http://www.SKL.se)) – se särskilt avsnitt
- Nationella kvalitetsregister ([www.kvalitetsregister.se](http://www.kvalitetsregister.se)) – ej redovisat
- Nattfasta (*Service- och Teknik (STF), dietisternas mätning på enhetsnivå, enhetschefer*) – se särskilt avsnitt
- Strukturerad journalgranskning (*legitimerad personal, MAS*)  
**Resultat:** Egenkontroll har inte skett under året.
- Avvikelse rapporter (*avvikelse från verksamhetssystemet Treserva, Landstinget Sörmland, Apoteket AB, Läkemedelsverket, övriga*)- se särskilt avsnitt

## Verksamhetsuppföljning

Verksamhetstillsyn sker årligen via bland annat via natttillsyn, interna och/eller externa utredningar och granskningar – natttillsyn har skett under senhösten. Totalt besöktes 10 särskilda boenden för äldre inklusive servishusen samt fyra boendeenheter inom område fyra. Tillsynen har haft fokus på frågor utifrån riktlinjer och rutiner utifrån 7 områden.

**Resultat:** Rapporten kommer att redovisas separat.

## **Patientsäkerhetsarbete som bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet SFS 2010:659, 3 kap.10§ p 1-3**

### **Senior Alert**

Från verksamheterna beskrivs att registrering i Senior Alert skall genomföras på samtliga brukare som flyttar till särskilt boende. Svårigheter har funnits med att implementera användandet av Senior Alert full ut då det både har funnits svårigheter med att tillämpa systemet pga. svårigheter att koppla upp sig till internet och även att använda sig av registreringen som ett verktyg i patientsäkerhetsarbetet, både på individ- och enhetsnivå. Inom hemtjänst/hemsjukvård har planerad omstart av Senior Alert inte påbörjats. Det finns riskbedömningar gjorda där enheter har använt samma blankett som i arbetsredskapet S.A, men det finns ingen statistikuträkning av detta och/eller direkta rapporter att redovisa. Ett hinder har varit att vissa teamträffar inom hemtjänst/hemsjukvården blivit inställda av olika skäl, ibland pga. brist på vårdpersonal, ett annat är att kontaktpersonerna inte alltid är kända av vare sig brukare/patienter eller legitimerad personal. Legitimerad personal har försökt uppmärksamma problemet men har inte lyckats fullt ut. Omsättningen av enhetschefer och legitimerad personal har också inverkat. Det är enhetschefens ansvar att leda teamarbete med riskbedömningar. Totalt har 612 riskbedömningar gjorts i S.A, under året. Utifrån antal riskbedömningar som genomförts i relation till antal åtgärder som utförts är % satsen förhållandevis låg. Detta medför att man bör reflektera över det systematiska patientsäkerhetsarbetet gällande identifierade riskområden inom kommunal hälso- och sjukvård och social omsorg.

### **Palliativa registret**

Det är sjuksköterskorna som registrerar i Palliativa registret efter att dödsfall inträffat, hälso- och sjukvårdsområdet anger en del problem med att komma in i registret vilket medfört att fullständig rapportering inte skett. Registret är under tidigare delen av året omstrukturerat så att alla boendeenheter finns med i registret. Alla registrerande sjuksköterskor har behörighet att registrera på alla enheter vilket underlättar registrering jourtid samt att man kan hjälpas åt att registrera åt varandra. Andelen brytpunktsamtal har glädjande nog ökat under året.

### **BPSD**

BPSD ska användas på alla samtliga demensenheter/avdelningar. Alla särskilda boendeenheter för äldre och demens finns i registret och alla enheter har registrerat någon gång under året, dock inte på avdelningsnivå. Registreringarna (252) är fördelade över (123) personer.

### **SveDem**

Registret är inte använt av någon verksamhet under året. Demenssjuksköterskan beskriver att hen har sett över registreringen på vårdcentralsnivå och att det finns överflyttade patienter till kommunen, som väntar på uppföljning.

## Punktprevalensmätning gällande trycksår

PPM gällande trycksår är genomförd, våren 2016. Alla enheter var erbjudna att delta. Några enheter lämnade svar men föll ur redovisningen pga. redovisat material inte kunde tydjas för vidare att läggas in i databasen hos SKL<sup>16</sup>.

### Andel patienter med trycksår

Kommun	Antal patienter	Andel trycksår	Antal trycksår 2-4 <sup>17</sup>	Andel trycksår 2-4
<b>Katrineholms Kommun</b>	<b>296<sup>18</sup></b>	<b>20,9%</b>	<b>32</b>	<b>10,8%</b>
Almgården	23	17,4%	1	4,3%
Furuliden	37	29,7%	8	21,6%
Hemsjukvård	63	27,0%	10	15,9%
LSS boende	1	100,0%	1	100,0%
Lövåsgården	44	20,5%	2	4,5%
Norrglantan	34	2,9%	1	2,9%
Pantern	33	12,1%	3	9,1%
Strandgården	42	26,2%	4	9,5%
Yngaregården	19	21,1%	2	10,5%

## Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

PPM gällande följsamhet till BHK<sup>19</sup> är genomförd, våren 2016.

### Resultat (siffrorna är tolkade efter tabell)

Andel korrekt i 8 steg uppfylls till 40 %

Andel korrekt i 4 hygienrutiner uppfylls till 69 %

Andel korrekt i 4 klädregler uppfylls till 58 %

Desinfektion före uppfylls till 83 %

Desinfektion efter uppfylls till 94 %

Korrekt arbetsdräkt uppfylls till 65 %

Fri från ringar, klockor, armband, bandage etc. uppfylls till 88 %<sup>20</sup>

<sup>16</sup> SKL – Sveriges Kommuner och Landsting

<sup>17</sup> Kategorisering av trycksår: Det primära är att förebygga trycksår innan det blir en skada på huden. Därför är det viktigt att identifiera reaktiv hyperemi (Reaktiv hyperemi definieras som ett övergående ökat blodflöde över det normala efter en tids ischemi) och redan där initiera tryckavlastning då huden och vävnaden har blivit påverkad, av någon form av tryck.

- Grad 2 Delhudsskada av överhuden och läderhuden. Såret är ytligt och ses kliniskt som avskavd hud eller blåsa.

- Grad 3 Fullhudsskada av subkutan vävnad som kan gå ned till, men inte genom, underliggande bindvävshinna.

- Grad 4 Djup sår håla med omfattande skada, vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjande strukturer med eller utan fullhudsskada.

<sup>18</sup> Antal patienter som mätningen baseras på i denna PPM

<sup>19</sup> Basala hygienrutiner och klädregler

<sup>20</sup> [www.SKL.se](http://www.SKL.se)

## Nattfastemätningarna

Enligt rapporterna ”Nattfasta, resultatmål vår/höst 2016” har ingen enhet uppnått resultatmålet, dock finns flera avdelningar som redovisat bättre resultat än andra. Nattfastan belyser en natt per halvår i varje brukares liv och är ett arbete som måste pågå kontinuerligt och nattfastan kan visa tendenser för olika avdelningars rutiner. Under 2015 utvecklades en rutin i syfte att förebygga nutritionsåtgärder och behandling av undernäring i samverkan mellan dietister och MAS. Hur rutinen används i verksamheterna framgår inte.

Hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, t ex nya arbetssätt som haft betydelse för patientsäkerheten, arbete med nationella kvalitetsregister som Senior Alert, Svenska Palliativa registret, BPSD, SveDem, punktprevalens mätningar, nattfaste mätningarna har inte redovisats.

## Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier

### *Senior Alert*

Inom hemtjänst/hemsjukvård beskriver man omstart av Senior Alert och att arbetet med riskanalyser ska ske mer strukturerat, vilket även bör ske inom alla särskilda boende enheter i syfte att förebygga fall, undernäring, trycksår, munhälsa. Att identifiera risker är en del av det förebyggande arbetet med att förebygga annan vårdnivå och inläggningar på sjukhus för den enskilde brukaren/patienten.

### *BPSD*

På de enheter som inte arbetar med BPSD kommer det att utbildas medarbetare i systemet och påbörjans mätningar under 2017 inom område två och tre.

### *SveDem*

Diskussioner inom förvaltningen bör ske i syfte att skapa strategier för uppföljningsarbetet av utredningar i samverkan med vårdcentralerna. Demenssjuksköterskan är en resurs inom förvaltningen och kan vara en av fler drivande professioner i arbetet. Samtidigt arbetas det nationellt med revidering av befintliga riktlinjer vilket i sig kan resultera i ett övergripande förbättringsarbete

### *Samordnad individuell plan (SIP)*

Inom hemsjukvården har man påbörjat arbetet och målet är att alla hemsjukvårdspatienter ska ha en SIP, år 2017. Alla enhetschefer bör ha erhållit SIP utbildning inom hemsjukvårdens område i syfte att kunna initiera SIP behovet samt att vara behjälpliga i det systematiska arbetet med SIP. Detta handlar om patientsäkerhet och rätten till god vård samt hänger samman med projektet Trygg och effektiv. SIP är ett enkelt sätt att reda ut vem som gör vad, speciellt när specialistkliniker/flera kliniker, är involverade i vård- och behandling av patient.

### *Palliativa registret*

Vård- och omsorgsförvaltningen har tecknat abonnemang i Palliativa registret inför år 2017 i syfte att förbättra vården i livets slut. Bland annat kommer smärtskattningen att valideras enligt VAS skalan framöver. Ett utvecklingsarbete bör initieras inom hälso- och sjukvårdsenheten i samverkan med MAS för att utveckla och säkra patientvården i livets slut. Här behöver VOF förbättra vården på bredden då vi vårdar brukare/patienter i livets slut till mycket stor utsträckning.

### *Läkemedelshantering*

Under året har lokala läkemedelsrutiner uppmärksammats. Förtydliganden behöver göras dels utifrån genomförd apoteksgranskning där förbättringsarbete behöver färdigställas på enhetsnivå samt att alla enheter som hanterar läkemedel till patienter ska ha en gällande lokal läkemedels rutin som beskriver hur hanteringen går till utifrån gällande styrdokument. En ny mall och lokal läkemedelsrutin är under framtagande och kommer att presenteras för legitimerade sjuksköterskor och enhetschefer i syfte att implementeras i verksamheterna. Även daglig verksamhet och dag verksamhet omfattas av arbetet när brukare/patienter har ansvarsövertagande av läkemedelshantering av hälso- och sjukvårdspersonal.

### *Läkarsamverkan*

Samverkan mellan vårdcentralernas läkare inom ramen för samverkansavtal gällande läkarsamverkan inom kommunal hälso- och sjukvård fortlöper. Nya lokala avtal mellan Vård- och omsorgsförvaltningen och vårdcentralerna i Katrineholm och en vårdcentral i Flen är framtagna. Syftet är att kvalitetssäkra arbetet som regleras inom ramen för avtalet. Uppföljningsarbete planeras ske systematiskt då avtalet bör vara känt i verksamheterna både av legitimerad personal, enhetschefer samt i viss mån även omvårdnadspersonal i form av kontaktpersoner.

### *Preventivt rehabiliterande arbetssätt*

enligt Otago-metoden behöver förtydligas inom hemsjukvården och fler legitimerade rehabiliteringspersonal utbildas. Diskussioner inom förvaltningen bör ske i syfte att få igång ett rehabiliterande arbetssätt på bredden inom verksamheterna. Att arbeta preventivt utifrån ett rehabiliterande arbetssätt är en av fler möjligheter att arbeta hälsofrämjande och proaktivt och om möjligt skjuta upp omvårdnadsbehov hos brukare/patienter samt öka välbefinnande och autonomi.

### *Patientjournaler*

Treserva behöver fortlöpande utvecklas och inom ramen för år 2017 kommer systemet att uppdateras vilket kommer att medföra merarbete för alla användare men framförallt ”superanvändare” och dokumentationsgruppen för patientjournal Treserva. I vilken omfattning merarbetet blir är idag okänt.

### *Medicinstekniska produkter (MTP)*

Medicinstekniska produkter har setts över i verksamheten utifrån gällande riktlinjer. Arbetet fortgår under 2017 för att finna lösningar på kvarstående problem som finns. Inventering av spoldesinfektorer och diskdesinfektorer har genomförts i samverkan mellan MAS, områdeschef för hälso- och sjukvårdsenheten samt hygienisköterskan. Arbetet fortgår i syfte att ”få igång” den maskinpark som finns på enheterna samt att komplettera med maskiner samt sköljrum på de enheter som saknar utrustning för att tillgodose god hygienisk standard inom vårdgivarens ansvarsområde. En inventering av enheternas ”egna” MTP är initierad och förväntas pågå in under år 2017.

### *God hygienisk standard*

Övergripande riktlinjer för Basal hygien i vård och omsorg finns och gäller inom förvaltningen. Att förebygga vårdrelaterade infektioner är en viktig del i verksamhetens kvalitets och säkerhetsarbete eftersom alla vårdgivare har skyldighet att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Viktiga områden är tillgång till vårdhygienisk kompetens, utbildning och kompetensutveckling i vårdhygien, konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner, egenkontroller, processer och resultat för vårdhygien. Närmast under februari månad startar utbildning för chefer inom VOF i grupper inom sitt verksamhetsområde där syftet är att få igång dialog kring verksamhetsnära hygienfrågor. Hygien ronder fortsätter som tidigare och nya enheter är på agendan, några enheter kommer att erhålla uppföljning av tidigare ronder där enheterna får presentera sitt förbättringsarbete och dialog sker kring dessa.

### *Nationella kvalitetsregister*

Resultat av kvalitetsregister borde bearbetas inom förvaltningen på ett systematiskt sätt i syfte att kvalitetssäkra kvaliteten utifrån redovisade resultat. T ex gäller det att säkerställa att vårdplaner finns och är uppdaterade < 1 år samt tillgängligheten på legitimerad sjuksköterska där resultatnivån påvisat låga siffror i jämförelse inom Sörmland och riket.



## Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet, SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

### Avvikelse rapporter - interna avvikelser

All personal har skyldighet att rapportera avvikelser och de skrivs i Treserva. Enhetschef ska följa upp avvikelsehanteringen och snarast göra en bedömning om det inträffade enbart ska hanteras utifrån det lokala säkerhetsarbetet eller om avvikelsen skall meddelas vidare till områdeschef/avdelningschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska. Genomgång av avvikelser både personligt och i grupp av legitimerad personal och enhetschef sker inom särskilt boende. Under året har enhetscheferna för hälso- och sjukvårdsenheterna inte haft kännedom om de avvikelser som skett, detta på grund av en avvikelse mellan förvaltningen och leverantören av Treserva. Avvikelse återrapporteras vid ledningsmöten och det görs en områdesövergripande analys två gånger per år. Många avvikelser berör medicinutdelning, personal glömer att ge läkemedel och utmärkande är klockan 14:00 medicindosen som uppfattas svår att komma ihåg. Dålig kommunikation vid extrainsatt medicin är identifierad som ett förbättringsområde samt att sommarmånaderna haft fler avvikelser i jämförelse med övriga månader på året vilket kopplas samman med semesterperioderna då många vikarier arbetar inom verksamheterna.

Totalt har 2 285<sup>21</sup> avvikelser anmälts under året, av dessa är 1 032 avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område. Av dessa avvikelser är 816 avvikelser slutförda medan 216 avvikelser är ej slutförda, det vill säga ligger öppna och inte bearbetade i systemet fullt ut. 197 avvikelser tillhör kategorin betydande, 20 av dessa är anmälda till medicinskt ansvarig sjuksköterska för vidare utredning och händelseanalys, 4 av dessa är polisanmälda och 5 av dessa är anmälda till verksamhetschef.

Av dessa beskrivs 331 avvikelser där patienter fått konsekvenser enligt följande:

1.	Allvarlig skada/dödsfall	15 patienter
2.	Mindre allvarlig skada	142 patienter
3.	Ingen/obetydlig skada	172 patienter

Identifierade kroppsskador kan nämnas som vårdrelaterad infektion, ömhet och blåmärke. Varför identifierade kroppsskador är så få beror på att det inte har gått/inte går att redovisa detta fullt ut i Treserva pga. avvikelsemodulen inte är färdigställd och utvecklad att redovisa patientskador.

Vilka mönster eller trender man ser i verksamheterna utifrån den samlade analysen av personalens rapporterade risker och händelser redovisas inte inom område 1 och 4. Område 2 och 3 har genomfört analys utifrån att man har 358 brukare inom särskilt boende äldre och majoriteten av dessa är patienter med någon form av läkemedel ordinerad och/eller vårdplaner för omvårdnadsinsatser så är det troligt att det finns ett stort mörkertal som inte rapporteras. Dessa avvikelser menar man hanteras omedelbart och avvikelserna blir inte registrerade. Läger man därtill att 729 brukare/patienter totalt har bott inom vård- och omsorgsförvaltningen under år 2016

<sup>21</sup> Det kan finnas en felkälla vid utdrag från verksamhetssystemet Treserva



ökar mörkertalet. Antalet vårdrelaterade infektioner gällande Calici är inte redovisat till avdelning för Vårdhygien, Landstinget Sörmland. Siffror kring hur många patienter som smittats samt antalet smittad personal kan inte redovisas i dagsläget.

## **Avvikelserapporter - externa avvikelser**

### *Summering av inkomna avvikelser till Apotekstjänst 2016*

Totalt inkomna avvikelser från Katrineholms kommun till Apotekstjänst är 27 under året.

- Dos = avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende dosdispenserade läkemedel är 9.
- Originalförpackning = avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende originalförpackning/helförpackning är 3.
- Ej hänförligt Apotekstjänst = avvikelser ej orsakade av Apotekstjänst eller deras underleverantör är 15.

### *Patientnämnden*

Inga ärenden redovisade under året.

### *Läkemedelsverket*

Inga ärenden redovisade under året.

### *Avvikelser från Katrineholms kommun till Landstinget Sörmland*

Totalt har 68 avvikelser upprättats. Flertalet rör sig om brister gällande läkemedel, hjälpmedel, bristande medicinsk information, vårdplan/vårdrapport, behandlingsmeddelande, bemötande, tillgänglighet som exempel.

### *Avvikelser från Landstinget Sörmland till Katrineholms kommun*

Totalt har 18 avvikelser upprättats. Flertalet rör sig om brister gällande kommunikation, fel vårdnivå, SKILS som exempel.

## **Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier**

Goda samverkansformer mellan chefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska inom förvaltningen bör ske där uppföljning av avvikelser av allvarligare karaktär borde ske i samverkan. Här behöver man utveckla gemensamma arbetssätt för att minska risk för upprepning samt att få med det lärande perspektivet som avvikelshanteringen syftar till. Avvikelsehanteringssystemet i Treserva ska bli klart gällande hälso- och sjukvårdsdelen på patientnivå och organisationsnivå, under året. Att rapportera vårdskador och vårdrelaterade infektioner lika så, vilket idag saknas i Treserva avvikelssystem.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador, SOSFS 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 3 §. p3**

På samtliga enheter genomförs teamträffar för att förebygga vårdskador. På teamträffarna deltar ansvarig enhetschef, sjuksköterska, rehab personal och omvårdnadspersonal. Dessa möten leds av ansvarig enhetschef. Till teamträffarna ska omvårdnadspersonalen vara förberedda med att ha gått igenom genomförandeplaner och eventuella vårdplaner. När en brukare flyttar in på särskilt boende för äldre, har enhetschef och områdesansvarig sjuksköterska ett ankomstsamtal med brukaren/patienten.

### **Utifrån avtal med Enheten för Vårdhygien, Landstinget Sörmland**

Hygiensköterskan arbetar enligt avtalet på uppdrag av kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Under året har hygienronder genomförts på:

1. Igelkottens SÄBO<sup>22</sup>
2. Igelkottens hemtjänst
3. Almgårdens SÄBO
4. Yngaregårdens SÄBO
5. Björkvik hemtjänst

### **Särskilt uppdrag/rådgivning/konsultationer**

Genomgång av spol- och diskdesinfektorer. Besök på samtliga boenden och planering av maskinpark i framtida VOF i Katrineholm, detta har skett i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska och områdeschef för hälso- och sjukvårdsenheten. Genomgång av framtida situation med arbetskläder. Besök på Lövsågården samt Norrgläntan och Strandgården.

### **Utbildningar**

1. Utbildning gällande Calici på enheten Igelkotten
2. Utbildning basal hygien för paramedicinsk personal
3. Utbildning basal hygien för sjuksköterskor vid två tillfällen
4. Utbildningstillfälle för chefer inom vård och omsorg.

### **Smittspårning**

Smittspårning på medeboende samt personal inom ett SÄBO

### **Samverkan med patienter och närstående, SFS 2010:659 3 kap. 4 §**

Välkomstsamtal görs i samband med inflyttning på särskilt boende vilket är viktiga för att få patienten delaktig i vård och behandling men även närstående erbjuds att delta (om den inflyttande individen så tillåter).

Inom hemsjukvården redovisas antalet genomförda SIP<sup>23</sup>. *Källa: Områdeschef Hälso- och sjukvårdsenheten.*

Att involvera patient och/eller närstående i avvikelser ska vara en del av det systematiska kvalitetsarbetet, vi behöver generellt bli bättre på samverkan med denna mål-

<sup>22</sup> Särskilt boende

<sup>23</sup> SIP, Samordnad Individuell Plan

grupp i avvikelseärenden samt i resulterande förbättringsområden som mynnar ut av kvalitetsarbetet.

### **Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier**

Under året kommer en checklista att implementeras i verksamheterna i syfte att kvalitetssäkra inflyttningsprocessen på särskilt boende äldre samt för inskrivningsprocessen i hemsjukvården, för brukare/patient. All personal inkluderas samt landstingets läkare i detta förbättringsarbete kring brukaren/patienten.

Inom område, 1 dvs. hemtjänst/hemsjukvård, är teamträffar och handledning viktiga delar för samverkan mellan legitimerad personal och omvårdnadspersonal kring brukare/patienter. Rapporteringstid mellan personalen har saknats/inte fungerat och frågan har uppmärksammats till förvaltningsledningen. Förslag på rutin för ersättning av rapporttid ska VON fatta beslut om, vilket förväntas leda till förbättringar gällande patientsäkerheten.

För att förebygga alltför lång nattfasta och undernäring kommer ett samverkansarbete att initieras mellan STF, MAS och särskilt boende äldre. Första mötesdatum är inplanerat.

## **Risکاناليس, SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §**

På individnivå arbetar enheterna systematiskt med riskanalyser i Senior Alert. På enhetsnivå arbetar enhetschefer tillsammans med legitimerad personal för att säkerställa att omvårdnadspersonalen har kunskap i god hygienvård inom område 2 och 3.

En enkät rörande antal ärenden och belastning på sjuksköterskor jourtid har genomförts i syfte att omfördela resurser vid behov. Enkäten påvisade ett ökat behov av sjuksköterskor dagtid.

Risکاناليس inför projektet Trygg hemgång är genomförd. En övergripande riskanalyser inom länet är planerat inom ramen för projektet. Vad som framkommer av arbetet kvarstår att ta del av och hur det kan påverka VOF verksamheter och fortsatta arbete.

Med hjälp av hygiensköterskan görs riskanalyser vid utbrott av MRSA och Calici.

### **Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier**

Inget finns att redovisa under denna punkt.

## **Klagomål och synpunkter, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p. 6**

Alla klagomål och synpunkter tas emot både skriftligt och muntligt. Det finns tydliga rutiner för hur återkoppling skall gå till och dessa följs på samtliga enheter. Återkoppling sker alltid till den som lämnat synpunkter.

Klagomål som kommer via IVO<sup>24</sup> och Patientnämnden inom hälso- och sjukvårdens område, utreds av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Under året har ett klagomål inkommit från närstående via IVO, gällande social omsorg. Klagomålet kopplades ihop med en allvarlig händelse inom verksamheten och resulterade i en Lex Maria anmälan gällande fördröjd vård- och behandling.

### **Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier**

En sammanställning av inkomna synpunkter till förvaltningen som helhet efterfrågas i syfte att delaktighet ges i det systematiska kvalitetsarbetet. MAS kommer att sammanställa dessa och vidare presentera dessa inom ramen för samverkanmöten med chefer och legitimerad personal.

---

<sup>24</sup> Inspektionen för vård och omsorg

## **Sammanställning och analys på områdesnivå, SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap. 2 §**

Brister i tillgänglighet av jourläkare och läkare på särskilt boende/korttidsboende har sammanfattats till en stor avvikelse, då problemet har pågått över en längre period. Samverkan har utifrån framkommet material skett med involverad vårdcentral, arbetet har resulterat i ett avslut av läkarmedverkan på individnivå. Framkomna synpunkter inom ramen för uppföljningsarbete av samverkansavtal läkarmedverkan i särskilt boende för äldre och inom hemsjukvården har också lyft fram en del förbättringsarbete från båda håll, t ex tidsramen för läkares arbete, vad som ingår i avtalet och vad som är exkluderat i förhållande till läkares arbete, läkemedelsgenomgångar, brytpunktssamtal, samverkanstid m.m.

Tre Lex Maria anmälningar har gjorts under året, två av dessa involverar medicinsk tekniska produkter och en involverar omvårdnad samt fördröjd vård och behandling. En anmälan är avslutad av IVO, en anmälan är under utredning av IVO och en anmälan utreds fortfarande av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### **Redovisa enhetens mål, mått, strategier och egenkontroller för kommande år, kopplat till övergripande mål och strategier**

Prator/SIP är ett överrapporteringsystem som kommunen tillsammans med övriga kommuner i Sörmland samt Landstinget Sörmland använder för att kommunicera patienter som vårdas inom slutenvården. Prator/SIP övergår under året till Mina Planer och inom ramen för det utvecklingsarbetet behöver VOF och kommunen i stort, se över organisationen kring systemet utifrån – hur vi bäst arbetar i systemet utifrån nuläge samt inför framtiden.

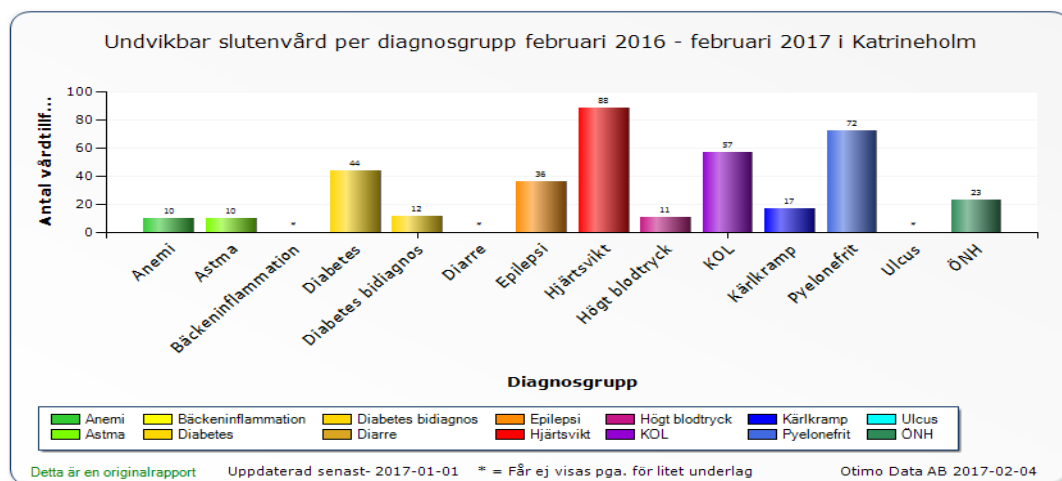
Enhetschefer behöver utbildas i syfte att initiera till SIP i Prator.

Förskrivningsprocessen gällande medicinskt tekniska produkter och när förråd av densamma, behöver ses över i linje med Trygg och effektiv projektet och de nya riktlinjerna som antas börja gälla från och med år 2018.

Hemsjukvårdspersonal inom hemtjänst/hemsjukvård, behöver handledas av legitimerad personal då man får mer kvalificerad vård att utföra i patienternas hem. Även kontaktmanaskap ska man arbeta mer med i syfte att få kontinuitet och arbeta systematiskt med riskanalyser på individnivå.

Inom verksamhetsområdet särskilt boende äldre finns flera utvecklingsområden. Implementering och användande av riktlinjer och rutiner samt arbetssätt som finns i förvaltningen anges som högt prioriterade. Teamarbete på enheterna mellan enhetschef, omvårdnadspersonal och legitimerad personal behöver stärkas. Att arbeta med de rapporter som finns t ex läkemedelskontroller, avvikelser, hygien och klädregler behöver tydliggöras.

Att arbeta preventivt och sammanhållande inom hälso- och sjukvården är viktigt i syfte att minska antalet återinskrivningar i slutenvård, minska antalet undvikbar slutenvård samt minska antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus. Man behöver särskilt se över det förebyggande hälsoarbetet gällande de diagnosgrupper som genererar undvikbar slutenvård per diagnosgrupp. Se diagram och diagnoser enligt nedan tabell. Källa [www.kvalitetsportalen.se](http://www.kvalitetsportalen.se)



Pyelonefrit = övre urinvägsinfektion/njurbäcken inflammation



Vård- och omsorgsnämnden

## Förslag till yttrande över remiss Översiktlig granskning av intern kontroll

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom vård- och omsorgsförvaltningens synpunkter/svar.

### Sammanfattning av ärendet

Revisorerna har till kommunstyrelsen och samtliga nämnder skickat ut revisionsrapporten "Översiktlig granskning av intern kontroll".

Kommunledningsförvaltningen kommer för kommunstyrelsens räkning sammanställa det samlade svaret på revisionsrapporten, baserat på nämndernas yttranden.

### Vård- och omsorgsförvaltningens synpunkter/svar

#### 3.2.8

Under perioden 2013-2016 har vissa förändringar av kontrollområden skett, detta beror på att förvaltningen anser internkontrollplanen bör vara ett levande dokument.

I bedömningen av risk saknas underlag hur risken bedömts. Förvaltningen kommer att sätta riskbedömning enligt kommande anvisningar för internkontrollplan och internkontrollrapport från kommunledningsförvaltningen med underlag hur risken bedömts.

Förändring av risk har ej gjorts under åren 2013-2016, samma bedömning har gjorts under åren och ska därför ej förändras.

Under 2015 saknas uppgift om resultat av kontrollen av krisledningsorganisation vilket beror på att den ej kunde genomföras på grund av långvarig sjukdom, detta medförde att den kontrollmetod som skulle användas ej utfördes

#### 4.7

Förvaltningen upprättar varje år en internkontrollplan och ser fördelar med detta jämfört med fleråriga.

Det finns redan en sammanhållande person för kommunens internkontroll vilket vi anser bra då det blir en likhet för hela kommunen i rapportering.

Väsentlighet- och riskbedömningar bör dokumenteras bättre, förvaltningen kommer att följa de kommande centrala anvisningsdokument som berör detta.

Utöver redovisning av internkontrollplan informeras nämnden regelbundet inom flera andra områden där kontroller ingår i rutinbeskrivningen.

### Ärendets handlingar

- Revisionsrapport, Övergripande granskning av intern kontroll, utförd av PWC.





Päivi Kabran  
Förvaltningschef

Björn Persson  
Controller

Beslutet skickas till: Kommunledningsförvaltningen, revisorerna, akten



KOMMUNLEDNINGSFÖRVALTNINGEN

Kommunstyrelsens kansli

Inkom 2017-01-17

Vår handläggare  
Per Johansson

Dnr VON / 2016:79 - 007

Hnr 2017:37

Kopia: VON ordf, VON, FC, OC LoV

Missiv

1 (1)

Datum

2017-01-17

Vår beteckning

KS/2016:514

Ert datum

Er beteckning

## Revisionsrapport: Översiktlig granskning av intern kontroll

Revisorerna har till kommunstyrelsen och samtliga nämnder skickat ut revisionsrapporten ”Översiktlig granskning av intern kontroll”.

Kommunledningsförvaltningen kommer för kommunstyrelsens räkning sammanställa det samlade svaret på revisionsrapporten, baserat på nämndernas yttranden.

Yttranden som rör revisionsrapporter bör innehålla följande:

- Synpunkter/svar på revisionens samtliga förslag. Följ helst den disposition/ordning som finns i revisionsrapporten för att underlätta den fortsatta handläggningen och uppföljningen av ärendet. Ange om ni instämmer eller har en avvikande uppfattning i anslutning till varje förslag. Ange också om det finns områden som inte berör er nämnd/förvaltning.
- Ange tydligt vilka åtgärder ni kommer att vidta med anledning av revisorernas förslag.
- Om det finns områden där ni inte kommer att vidta föreslagna åtgärder – ange detta och motivera varför.

I normalfallet skickas begäran om yttrande till nämnden. Det är därefter respektive nämnd/förvaltning som avgör internt vilken instans som ska avge yttrandet. I de fall ärendet är behandlat av nämnden ska protokollet, inklusive eventuella reservationer, skickas till kommunledningsförvaltningen. Om inte hela förvaltningsförslaget är citerat i protokollet ska förvaltningens förslag biläggas ärendet. Skicka protokollet både via E-post och i pappersform. Yttrandet ska vara kommunledningsförvaltningen tillhanda senast 2017-03-14.

För kommunledningsförvaltningen

Per Johansson



Kommunstyrelsen och samtliga nämnder

### Översiktlig granskning av intern kontroll - revisionsrapport

PwC har på uppdrag av revisorerna i Katrineholms kommun genomfört en övergripande granskning av intern kontroll. Granskningen omfattar kommunstyrelsen och samtliga nämnder.

Granskningen syftar till att bedöma om styrelse och nämnder har en intern kontroll som säkerställer väsentliga och riskfyllda moment i verksamheten..

Efter genomförd granskning är vår sammanfattade revisionella bedömning att det delvis finns en intern kontroll som säkerställer väsentliga och riskfyllda moment i verksamheten. Det har skett en utveckling och förbättring av internkontrollarbetet sedan tidigare revisionsgranskningar, men detta arbete behöver fortsätta.

Granskningen visar att det inte framgår av reglementet att nämnderna ska utarbeta internkontrollplaner, vilken struktur de ska ha eller att de ska grunda sig på en väsentlighets- och riskbedömning. Trots detta upprättar Kommunstyrelsen och flertalet av nämnderna internkontrollplaner och följer upp dessa årligen. Vi ser positivt på det utvecklingsarbete med att ta fram tillämpningsanvisningar för den interna kontrollen som pågår. Resultatet av detta utvecklingsarbete är dock inte färdigt.

Vid granskningen gjorda iakttagelser redovisas i bilagda rapport, som härmed överlämnas för yttrande och åtgärder. Revisorerna önskar svar senast 2017-03-14.

REVISORERNA

  
Karl Källander  
Ordförande

  
Jan Olov Karlsson



Katrineholms kommun \

Revisorerna

**Distribution av rapport Översiktlig granskning av intern kontroll.**

Till  
Kommunstyrelsen och samtliga nämnder

För kännedom till:  
Kommunfullmäktiges presidium  
Kommunchefen  
Ekonomichefen

## Revisionsrapport

# *Övergripande granskning av intern kontroll*

Katrineholms kommun

*Magdalena Bergfors*

*December 2016*

**pwc**

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Inledning.....</b>	<b>4</b>
1.1. Bakgrund .....	4
1.2. Syfte och revisionsfråga.....	4
1.3. Revisionskriterier .....	4
1.4. Kontrollmål .....	4
1.5. Avgränsning.....	4
1.6. Metod.....	4
<b>2. Intern kontroll .....</b>	<b>5</b>
2.1. Innebörden i begreppet internkontroll .....	5
<b>3. Iakttagelser .....</b>	<b>6</b>
3.1. Kommunens reglemente för intern kontroll .....	6
3.1.1. Kommunens anvisningar för internkontrollplan och intern-kontrollrapportering ..	6
3.2. Kommunstyrelsens och nämndernas interna kontrollarbete .....	6
3.2.1. Kommunstyrelsen.....	7
3.2.2. Bildningsnämnden.....	8
3.2.3. Bygg- och miljönämnden .....	8
3.2.4. Kultur- och turistnämnden .....	9
3.2.5. Service- och tekniknämnden.....	9
3.2.6. Socialnämnden.....	10
3.2.7. Viadidaktnämnden .....	10
3.2.8. Vård- och omsorgsnämnden .....	11
3.2.9. Löne-, Val- och Överförmyndarnämnden .....	11
3.3. Rutingranskning.....	12
3.3.1. Behörighet till verksamhetssystem .....	12
3.3.2. Rutiner för återsökning av statsbidrag från Migrationsverket .....	12
<b>4. Revisionell bedömning.....</b>	<b>13</b>
4.1. Internkontrollplaner .....	13
4.2. Väsentlighets- och riskbedömning.....	13
4.3. Åtgärder.....	14
4.4. Kontrollinsatser.....	14
4.5. Rapportering .....	14
4.6. Kontrollåtgärder utöver plan .....	15
4.7. Rekommendationer.....	15

## Sammanfattning

Av kommunallagen framgår att kommunens nämnder skall ha kontroll över sin verksamhet. Detta innebär att nämnderna själva ansvarar för att ha en ändamålsenlig styrning så att verksamheten bedrivs på ett effektivt sätt och att det finns säkra rutiner som förhindrar förlust för kommunen och säkerställer att redovisningen är rättvisande. Kommunstyrelsen har ett övergripande ansvar för att den interna kontrollen fungerar.

Granskningen skall besvara följande revisionsfråga:

*Finns en internkontroll som säkerställer väsentliga och riskfyllda moment i verksamheten?*

**Efter genomförd granskning är vår sammanfattade revisionella bedömning att det delvis finns en internkontroll som säkerställer väsentliga och riskfyllda moment i verksamheten.**

Den sammanfattande revisionella bedömningen bygger på bedömningarna av respektive kontrollmål, som presenteras nedan.

Kontrollmål	Kommentar
<b>Nämnderna och KS har beslutat om internkontrollplan för år 2013-2016</b>	<b>Delvis uppfyllt</b> Vi noterar att kommunstyrelsen och majoriteten nämnder har fastställt internkontrollplaner för 2013 till 2016. Internkontrollplaner för Löne-, Val- och Överförmyndarnämnden saknas.
<b>Beslutet har föregåtts av en dokumenterad bedömning utifrån väsentlighet och risk</b>	<b>Delvis uppfyllt</b> I princip samtliga granskade internkontrollplaner innehåller uppgift om riskbedömning. Vi konstaterar dock att det finns vissa brister i denna bedömning. Det har under 2013 till 2016 överlag endast gjorts vissa förändringar av riskbedömningarna i internkontrollplanerna.
<b>Nämnder har utifrån 2015 års internkontroll vidtagit åtgärder med anledning av resultatet</b>	<b>Delvis uppfyllt</b> Vi bedömer att kvalitén i uppföljningen av internkontrollplanerna är varierande. Vid upptäckta brister i uppföljningen av den interna kontrollen finns åtgärder, men samma åtgärder förekommer till viss del mellan åren 2013 till 2016 och det är därför svårt att avgöra om åtgärderna som föreslås i samband med uppföljningen av den interna kontrollen utförs.

<b>Nämnderna har genomfört de kontrollinsatser som uppges i internkontrollplanen</b>	<b>Till stor del uppfyllt</b> Vi konstaterar att aktiviteterna i internkontrollplanerna till största delen har genomförts under 2013 till 2015.
<b>Nämnderna har rapporterat till kommunstyrelsen och revisionen om resultatet av den interna kontrollen</b>	<b>Uppfyllt</b> Av handlingar till Kommunstyrelsens sammanträden framgår att Kommunstyrelsen tagit del av nämndernas uppföljning.
<b>Det genomförs och dokumenteras interna kontrollåtgärder utöver plan</b>	<b>Ej uppfyllt</b> Granskningen har inte visat att några rutiner utöver de som finns i internkontrollplanerna systematiskt följs upp och rapporteras till Kommunstyrelsen och/eller respektive nämnd.

Det har skett en utveckling och förbättring av internkontrollarbetet sedan tidigare revisionsgranskningar, men detta arbete behöver fortsätta.

Det finns idag inga av Kommunstyrelsen fastställda tillämpningsanvisningar för den interna kontrollen. Det framgår inte av reglementet att nämnderna ska utarbeta internkontrollplaner, vilken struktur de ska ha eller att de ska grunda sig på en väsentlighets- och riskbedömning. Vi ser därför positivt på det utvecklingsarbete med att ta fram sådana anvisningar som pågår. Resultatet av detta utvecklingsarbete är dock inte klart.



# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Av kommunallagen framgår att kommunens nämnder skall ha kontroll över sin verksamhet. Detta innebär att nämnderna själva ansvarar för att ha en ändamålsenlig styrning så att verksamheten bedrivs på ett effektivt sätt och att det finns säkra rutiner som förhindrar förlust för kommunen och säkerställer att redovisningen är rättvisande. Kommunstyrelsen har ett övergripande ansvar för att den interna kontrollen fungerar.

Tidigare revisionsgranskningar har visat att den interna kontrollen fungerar på ett varierande sätt mellan de olika nämnderna och att det finns brister i den samlade interna kontrollen. Revisorerna har i sin bedömning av väsentlighet och risk beslutat att granska den interna kontrollen på ett övergripande sätt för kommunstyrelsen och nämnderna.

## 1.2. Syfte och revisionsfråga

Finns en internkontroll som säkerställer väsentliga och riskfyllda moment i verksamheten?

## 1.3. Revisionskriterier

Lagar, föreskrifter, regelverk samt interna riktlinjer och rutiner.

## 1.4. Kontrollmål

- Nämnderna och KS har beslutat om internkontrollplan för år 2013-2016
- Beslutet har föregåtts av en dokumenterad bedömning utifrån väsentlighet och risk
- Nämnder har utifrån 2015 års internkontroll vidtagit åtgärder med anledning av resultatet
- Nämnderna har genomfört de kontrollinsatser som uppges i internkontrollplanen
- Nämnderna har rapporterat till kommunstyrelsen och revisionen om resultatet av den interna kontrollen
- Det genomförs och dokumenteras interna kontrollåtgärder utöver plan

## 1.5. Avgränsning

Granskningen är översiktlig och omfattar kommunstyrelsen och samtliga nämnder.

## 1.6. Metod

Genomgång av styrande dokument och intervjuer med Kommunstyrelsens ordförande, ekonomi- och personalchef, handläggare på Kommunledningsförvaltningen samt förvaltningschef och controller på Socialförvaltningen. Två rutiner har valts ut för att mer ingående granska och bedöma dokumenterade riktlinjer och kontroller.

## **2. Intern kontroll**

### **2.1. Innebörden i begreppet internkontroll**

Enligt kommunallagens 6 kap 7 § ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt och de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också se till att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Lagen kan tolkas så att interna kontrollsystem måste utformas utifrån en helhetssyn på verksamheten och med beaktande av risk- och väsentlighetsaspekter. Syftet med den interna kontrollen är att bidra till att ändamålsenligheten i verksamheten stärks och att verksamheten bedrivs effektivt och säkert.

Intern kontroll är ett verktyg för såväl den politiska ledningen som för förvaltningsledningen och omfattar alla system och rutiner/processer som syftar till att styra ekonomin och verksamheten. En god intern kontroll kännetecknas av

- ändamålsenliga och väl dokumenterade system och rutiner för styrning,
- en rättvisande och tillförlitlig redovisning och övrig information om verksamheten,
- säkerställande av att lagar, policyer, reglementen m m tillämpas,
- skydd mot förluster eller förstörelse av kommunens tillgångar,
- eliminering eller upptäckt av allvarliga fel.

## 3. Iakttagelser

### 3.1. Kommunens reglemente för intern kontroll

Kommunfullmäktige antog styrdokumentet *Reglemente för intern kontroll* den 20 augusti 2001. Kommunens reglemente för intern kontroll bygger på kommunallagens bestämmelser om intern kontroll.

Reglementet för intern kontroll fastslår den interna kontrollens organisation och ansvarsfördelning. Enligt reglementet har Kommunstyrelsen det övergripande ansvaret för att det finns en god intern kontroll. Nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde.

Reglementet reglerar även hur uppföljning av den interna kontrollen ska ske. Nämnderna ska löpande följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Senast i samband med att årsredovisningen upprättas ska resultatet från uppföljningen rapporteras till kommunstyrelsen. Rapportering ska samtidigt även ske till kommunens revisorer.

Kommunstyrelsen ska med utgångspunkt från nämndernas uppföljningsrapporter utvärdera kommunens samlade system för intern kontroll. I de fall förbättringar behövs ska Kommunstyrelsen genomföra sådana. Kommunstyrelsen ska även informera sig om hur den interna kontrollen fungerar i de kommunala företagen.

#### 3.1.1. Kommunens anvisningar för internkontrollplan och internkontrollrapportering

Under hösten 2016 har förslag på *Anvisningar för internkontrollplan och internkontrollrapportering* tagits fram. Dokumentet kommer att vara stödjande och innehålla rekommendationer för den interna kontrollen.

Anvisningarna förtydligar processen för framtagandet av internkontrollplaner och dess uppföljning i fyra steg.

1. Kartläggning av presumtiva riskområden
2. Värdering av risker
3. Upprättande av internkontrollplan
4. Rapportering

### 3.2. Kommunstyrelsens och nämndernas interna kontrollarbete

I detta avsnitt redovisas respektive nämnds rutiner för arbetet med den interna kontrollen. Vi redogör för om Kommunstyrelsen och nämnderna har beslutat om internkontrollplan för åren 2013 till 2016 och om besluten har föregåtts av en dokumenterad bedömning av väsentlighet och risk. Vidare följer vi upp om aktiviteterna enligt internkontrollplanerna från 2013 till 2015 är genomförda och rapporterade till nämnden och om respek-

tive nämnd har rapporterat sitt interna kontrollarbete till Kommunstyrelsen på ett ändamålsenligt sätt.

### 3.2.1. Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen har årligen fastställt internkontrollplaner under 2013 till 2016. Planerna innehåller kontrollområden för Kommunledningsförvaltningen, d v s Personalkontoret, IT-kontoret, Ekonomi- och upphandlingskontoret, Informationskontoret samt Stab, sekretariat och arkiv. 2013 års internkontrollplan innehåller även kontrollområden för Samhällsbyggnadsförvaltningen som därefter behandlas i separata planer. Endast mindre justeringar har gjorts av internkontrollplanerna mellan 2013 och 2016.

De olika kontrollområdena är riskbedömda utifrån måttlig eller allvarlig risk. Av bedömningen framgår dock inte varför den bedömda risknivån har satts och inga förändringar av riskbedömningarna har gjorts under åren 2013 till 2016.

Internkontrollplanerna innehåller uppgift om kontrollmetod, kontrollansvarig och kontrollfrekvens. I den årliga uppföljningen av internkontrollen som görs kommenteras resultatet av. I de fall brister i den interna kontrollen har upptäckts finns åtgärder kopplade till den aktuella bristen. Samma åtgärder förekommer dock mellan åren 2013 till 2016.

Vid intervjuerna framkommer att ett flertal kontroller utöver gällande internkontrollplan genomförs just nu i samband med byte av ekonomisystem.

#### 3.2.1.1. Samhällsbyggnadsförvaltningen

Ansvar för Samhällsbyggnadsförvaltningen delas mellan Kommunstyrelsen och Service- och tekniknämnden.

Samhällsbyggnadsförvaltningen har årligen fastställt internkontrollplaner under 2013 till 2016. Dessa innehåller kontrollområden av ekonomisk och administrativ karaktär, liksom verksamhetsspecifika kontrollområden, såsom exploateringar och arrendeavtal. Under 2013 till 2016 har enbart vissa mindre redaktionella förändringar skett.

Kontrollområdena är riskbedömda utifrån liten eller måttlig risk. Av bedömningen framgår dock inte varför den bedömda risknivån har satts. Enbart en förändringar av riskbedömningarna har gjorts under åren 2013 till 2016.

Internkontrollplanerna följer Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll och innehåller förutom uppgift om kontrollområden även uppgift om bl a kontrollmetod, kontrollansvarig och kontrollfrekvens.

I 2014 års uppföljning saknas till stor del åtgärder vid brister i den interna kontrollen. 2015 års uppföljning är däremot tydligare vad gäller kommentarer om hur kontrollerna har utförts och vilka åtgärder som kommer att vidtas. Dessutom saknas i vissa fall uppgift om hur kontrollinsatserna har utförts och resultatet av dessa, framförallt i 2014 års uppföljning men även till viss del i 2015 års uppföljning. Enkät som planerades att genomföras under 2015 har inte genomförts, vilket försvårar kontrollen av riskområdet.

### 3.2.2. Bildningsnämnden

Bildningsnämnden har årligen fastställt internkontrollplaner under 2013 till 2016. Dessa innehåller kontrollområden av ekonomisk och administrativ karaktär, liksom verksamhetsspecifika kontrollområden, såsom bidragshantering och delegationsordning. Under 2013 till 2016 har vissa förändringar av kontrollområden skett.

Kontrollområdena är riskbedömda utifrån måttlig eller allvarlig risk. Av bedömningen framgår dock inte varför den bedömda risknivån har satts. Inga förändringar av riskbedömningarna har gjorts för de riskområden som är återkommande i internkontrollplanerna under åren 2013 till 2016.

Internkontrollplanerna följer Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll och innehåller förutom uppgift om kontrollområden även uppgift om bl a kontrollmetod, kontrollansvarig och kontrollfrekvens.

I den årliga uppföljningen framgår det tydligt hur kontrollerna har utförts, vilka åtgärder som kommer att vidtas och uppföljning av åtgärderna i nästa års uppföljning samt förslag på förändringar av kommande internkontrollplaner. I vissa fall har den kontrollmetod som anges i internkontrollplanen inte använts. Samma åtgärder förekommer till viss del mellan åren 2013 till 2016.

Av sammanträdesprotokoll från Bildningsnämnden framgår att nämnden har tagit del av uppföljningen av den interna kontrollen.

### 3.2.3. Bygg- och miljönämnden

Bygg- och miljönämnden, tidigare Miljö- och hälsoskyddsnämnden, har årligen fastställt internkontrollplaner under 2013 till 2016. Dessa innehåller kontrollområden av ekonomisk och administrativ karaktär, liksom verksamhetsspecifika kontrollområden, såsom hantering av bygglovsprocessen. Under 2013 till 2014 har vissa förändringar av kontrollområden skett och i samband med nämndens namnbyte 2015 har internkontrollplanen och dess kontrollområden förändrats mycket. Inga förändringar i interkontrollplanerna har skett sedan dess.

Kontrollområdena är riskbedömda utifrån liten, måttlig eller allvarlig risk. Av bedömningen framgår dock inte varför den bedömda risknivån har satts. Inga förändringar av riskbedömningarna har gjorts för de riskområden som är återkommande i internkontrollplanerna under åren 2013 till 2016.

Internkontrollplanerna följer Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll och innehåller förutom uppgift om kontrollområden även uppgift om bl a kontrollmetod, kontrollansvarig och kontrollfrekvens.

I 2013 års uppföljning av den interna kontrollen saknas uppgift om hur kontrollinsatserna har utförts och resultatet av dessa till stor del. Även uppgift om vilka åtgärder som ska vidtas vid brister i den interna kontrollen saknas. 2015 års uppföljning är tydligare vad gäller kommentarer om hur kontrollerna har genomförts, men information om vilka åtgärder som kommer att vidtas saknas fortfarande. Endast uppföljningar vid halvårsskiftet har erhållits i samband med granskningen, men av sammanträdesprotokoll från Bygg-

och miljönämnden framgår att uppföljning av internkontrollplanen sker både vid halvårs- och helårsskiftet, d v s vid två tillfällen per år.

Av sammanträdesprotokoll från Bygg- och miljönämnden framgår att nämnden har tagit del av uppföljningen av den interna kontrollen.

#### 3.2.4. Kultur- och turistnämnden

Kultur- och turistnämnden har årligen fastställt internkontrollplaner under 2013 till 2016. Dessa innehåller kontrollområden av ekonomisk och administrativ karaktär, liksom verksamhetsspecifika kontrollområden, såsom biblioteksplan och mediainköp. Under 2013 till 2016 har vissa förändringar av kontrollområden skett.

Kontrollområdena är riskbedömda utifrån låg, måttlig eller allvarlig risk. Av bedömningen framgår dock inte varför den bedömda risknivån har satts. Inga förändringar av riskbedömningarna har gjorts för de riskområden som är återkommande i internkontrollplanerna under åren 2013 till 2016.

Internkontrollplanerna följer Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll och innehåller förutom uppgift om kontrollområden även uppgift om bl a kontrollmetod, kontrollansvarig och kontrollfrekvens.

I den årliga uppföljningen framgår det tydligt hur kontrollerna har utförts och vilka åtgärder som kommer att vidtas. I vissa fall har den kontrollmetod som anges i internkontrollplanen inte använts. Samma åtgärder förekommer till viss del mellan åren 2013 till 2016.

Av sammanträdesprotokoll från Kultur- och turistnämnden framgår att nämnden har tagit del av uppföljningen av den interna kontrollen. Av beslutet framgår även att rapportering till Kommunstyrelsen ska ske.

#### 3.2.5. Service- och tekniknämnden

Service- och tekniknämnden har årligen fastställt internkontrollplaner under 2013 till 2016. Dessa innehåller kontrollområden av ekonomisk och administrativ karaktär, liksom verksamhetsspecifika kontrollområden, såsom driftbidrag till enskilda vägar och delegationsordning. Under 2013 till 2016 har enbart mindre justeringar i internkontrollplanerna skett.

Kontrollområdena är riskbedömda utifrån måttlig eller allvarlig risk. Av bedömningen framgår dock inte varför den bedömda risknivån har satts. Inga förändringar av riskbedömningarna har gjorts under åren 2013 till 2016.

Internkontrollplanerna följer Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll och innehåller förutom uppgift om kontrollområden även uppgift om bl a kontrollmetod, kontrollansvarig och kontrollfrekvens.

I den årliga uppföljningen framgår det tydligt hur kontrollerna har utförts, vilka åtgärder som kommer att vidtas och uppföljning av åtgärderna i nästa års uppföljning. Samma åtgärder förekommer till viss del mellan åren 2013 till 2016.



Av sammanträdesprotokoll från Service- och tekniknämnden framgår att nämnden har tagit del av uppföljningen av den interna kontrollen. Av beslutat framgår även att rapportering till Kommunstyrelsen ska ske.

### 3.2.6. Socialnämnden

Socialnämnden har årligen fastställt internkontrollplaner under 2013 till 2016. Under 2013 till 2014 har inga förändringar av kontrollområden skett. Kontrollområdena är riskbedömda utifrån en tregradig skala. Av bedömningen framgår dock inte varför den bedömda risknivån har satts. Inte heller några förändringar av riskbedömningarna har gjorts under 2013 till 2014. Dessutom har alla riskområden samma riskbedömning under dessa år.

Fr o m 2015 har Socialnämndens internkontrollplan en annan struktur med en period som sträcker sig över hela mandatperioden, d v s från 2015 till 2018. Denna strukturförändring har medfört stora förändringar av internkontrollplanen. Internkontrollplanen innehåller kontrollområden av ekonomisk och administrativ karaktär, liksom verksamhetsspecifika kontrollområden, såsom återsökning från Migrationsverket (se även nedan under 3.3.2) och att säkerställa tillgången till insatser av god kvalitet. I den långsiktiga internkontrollplanen regleras vilka kontrollområden som ska följas upp respektive år. Vid intervjuerna framkommer att förvaltningen dock följer upp samtliga kontrollområden, men att enbart uppföljningen av utvalda områdena rapporteras till nämnden.

Kontrollområdena är sedan 2015 riskbedömda utifrån måttlig eller allvarlig risk. Av bedömningen framgår dock inte heller nu varför den bedömda risknivån har satts.

Internkontrollplanerna följer Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll och innehåller förutom uppgift om kontrollområden även uppgift om bl a kontrollmetod, kontrollansvarig och kontrollfrekvens.

I den årliga uppföljningen framgår hur kontrollerna har utförts och vilka åtgärder som kommer att vidtas. Samma åtgärder förekommer till viss del, framförallt vid 2013 och 2014 års uppföljningar. I uppföljningen följs även vissa kontroller utöver de som finns i internkontrollplanen upp.

Av sammanträdesprotokoll från Socialnämnden framgår att nämnden har tagit del av uppföljningen av den interna kontrollen. Av beslutet framgår även att rapportering till Kommunstyrelsen och kommunens revisorer ska ske.

### 3.2.7. Viadidaktnämnden

Viadidaktnämnden har årligen fastställt internkontrollplaner under 2013 till 2016. Dessa innehåller kontrollområden av ekonomisk och administrativ karaktär, liksom verksamhetsspecifika kontrollområden, såsom efterlevnad av livsmedelslagstiftningen. Under 2013 till 2016 har enbart vissa mindre förändringar av kontrollområden skett, främst mellan 2015 och 2016 års internkontrollplaner.

Kontrollområdena är riskbedömda utifrån måttlig eller allvarlig risk. Dock saknas riskbedömningar till stor del i 2014 års internkontrollplan. Av bedömningen framgår dock inte varför den bedömda risknivån har satts. Inga förändringar av riskbedömningarna har

gjorts för de riskområden som är återkommande i internkontrollplanerna under åren 2013 till 2016.

Internkontrollplanerna följer Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll och innehåller förutom uppgift om kontrollområden även uppgift om bl a kontrollmetod, kontrollansvarig och kontrollfrekvens.

I 2013 års uppföljning saknas uppgift om hur kontrollinsatserna har utförts och resultatet av dessa. I 2014 års uppföljning saknas detta helt. 2015 års uppföljning är tydligare vad gäller kommentarer om hur kontrollerna har genomförts och information om vilka åtgärder som kommer att vidtas.

Av sammanträdesprotokoll från Viadidaktnämnden framgår att nämnden har tagit del av uppföljningen av den interna kontrollen. Av beslutet framgår även att rapportering till Kommunstyrelsen ska ske.

### 3.2.8. *Vård- och omsorgsnämnden*

Vård- och omsorgsnämnden har årligen fastställt internkontrollplaner under 2013 till 2016. Dessa innehåller kontrollområden av ekonomisk och administrativ karaktär, liksom verksamhetsspecifika kontrollområden, såsom särskilda boenden till äldre och funktionsnedsatta. Under 2013 till 2016 har vissa förändringar av kontrollområden skett.

Kontrollområdena är riskbedömda utifrån risk (möjlig eller sannolik) och väsentlighet (måttlig, kännbar eller allvarlig). Av bedömningen framgår dock inte varför den bedömda risk- och väsentlighetsnivån har satts. Inga förändringar av riskbedömningarna har gjorts för de riskområden som är återkommande i internkontrollplanerna under åren 2013 till 2016.

Internkontrollplanerna följer Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll och innehåller förutom uppgift om kontrollområden även uppgift om bl a kontrollmetod, kontrollansvarig och kontrollfrekvens.

Fr o m 2014 års uppföljning framgår det hur kontrollerna har utförts och förslag på förändringar av kommande internkontrollplaner. Dock saknas i vissa fall uppgift om resultatet av kontrollerna och förslag på åtgärder utöver att kontrollen ska kvarstå till kommande års internkontrollplan. Detta gäller framförallt 2015 års uppföljning. I vissa fall har dessutom den kontrollmetod som anges i internkontrollplanen inte använts. Samma åtgärder förekommer till viss del mellan åren 2013 till 2016.

Av sammanträdesprotokoll från Vård- och omsorgsnämnden framgår att nämnden har tagit del av uppföljningen av den interna kontrollen. Av beslutet framgår även att rapportering till Kommunstyrelsen och kommunens revisorer ska ske. Dessutom framgår det av beslutet att förvaltningen får i uppdrag att lämna en uppföljning av antalet upprättade genomförandeplaner.

### 3.2.9. *Löne-, Val- och Överförmyndarnämnden*

Internkontrollplaner och uppföljning av dessa saknas för Löne-, Val- och Överförmyndarnämnden.



### **3.3. Rutingsgranskning**

I samband med granskningen har fördjupningar av två rutiner gjorts för att kunna göra en bedömning om det finns grund för en god intern kontroll. En av rutinerna har en övergripande karaktär och berör Kommunstyrelsen och samtliga nämnder, en berör Socialnämnden.

#### **3.3.1. Behörighet till verksamhetssystem**

Vid anställning får medarbetaren ett personligt konto kallat active directory, AD. Behörigheter till verksamhetssystem är kopplade till detta konto. För att få tillgång till ett verksamhetssystem, såsom exempelvis ekonomisystemet, måste en skriftlig anmälan göras.

Vid avslutad anställning ska en avanmälan göras. Vid uppföljningen av den interna kontrollen har brister gällande detta uppmärksammats under flera år. Införandet av AD är, enligt uppgift, en åtgärd för att minska risken med obehörig åtkomst till verksamhetssystemen. Sedan införandet av AD avaktiveras behörigheterna till verksamhetssystemen per automatik i samband med att en anställning upphör. Kontot är vilande i tre månader efter avaktivering.

Förutom blanketter för anmälan och avanmälan av användare i Agresso saknas skriftlig dokumentation.

#### **3.3.2. Rutiner för återsökning av statsbidrag från Migrationsverket**

Socialnämnden har tre dokumenterade rutiner för återsökning av statsbidrag från Migrationsverket: *Ansökan om ersättning för asylsökande m fl*, *Ansökan om ersättning för personer med uppehållstillstånd* samt *Ansökan om ersättning för etableringsärenden och ärenden vars arbetsförmåga är lägre än 25 %*. Samtliga rutiner reviderades den 1 juli 2016.

Rutinerna innehåller uppgifter om bl a gällande lagstiftning och Socialförvaltningens ansvar. Rutinerna innehåller även lathundar med checklistor för respektive rutin. Av dessa framgår vilka moment som ska göras och att dessa ska kontrolleras av förvaltningens controller som också ansvarar för arkivering av ansökningarna och att skicka in dessa till Migrationsverket. De stickprov som tagits visar på att upprättade rutiner följs. Socialnämndens controller är, enligt uppgift som också bekräftas av stickproven, i princip involverad i samtliga ärenden som avser ensamkommande barn och unga. Ingen ansökan till Migrationsverket skickas utan controllerns vetskap. Controllern granskar dessutom hela klientsystemet två gånger per år och stämmer av registret över ensamkommande barn och unga med skickade återsökningar.

Socialförvaltningen ansvarar enbart för en del av de totala bidragen som kommunen har rätt till. Hur övrig återsökning från Migrationsverket, d v s återsökning som Socialförvaltningen inte ansvarar för, ingår inte i denna fördjupade granskning.

## 4. *Revisionell bedömning*

Efter genomförd granskning är vår sammanfattade revisionella bedömning att det delvis finns en internkontroll som säkerställer väsentliga och riskfyllda moment i verksamheten.

Det har skett en utveckling och förbättring av internkontrollarbetet sedan tidigare revisionsgranskningar, men detta arbete behöver fortsätta.

Det framgår inte av reglementet att nämnderna ska utarbeta internkontrollplaner, vilken struktur de ska ha eller att de ska grunda sig på en väsentlighets- och riskbedömning. Trots detta upprättar dock Kommunstyrelsen och flertalet av nämnderna internkontrollplaner och följer upp dessa årligen. Vi ser positivt på det utvecklingsarbete med att ta fram tillämpningsanvisningar för den interna kontrollen som pågår. Resultatet av detta utvecklingsarbete är dock inte färdigt.

Nedan utvecklas bedömningen utifrån granskningens kontrollmål.

### 4.1. *Internkontrollplaner*

Kontrollmål: Nämnderna och KS har beslutat om internkontrollplan för år 2013-2016

Vi bedömer kontrollmålet som delvis uppfyllt.

Vi noterar att kommunstyrelsen och majoriteten nämnder har fastställt internkontrollplaner för 2013 till 2016. Samtliga fastställda internkontrollplaner uppfyller i stort Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll. Däremot saknas internkontrollplaner för Löne-, Val- och Överförmyndarnämnden, vilket för framförallt Löne- och Överförmyndarnämnden bör finnas.

Vi bedömer att internkontrollplanerna är relativt omfattande, ofta med fokus på kontroller av ekonomiadministrativa rutiner. Enligt vår bedömning är det viktigt att planerna även omfattar verksamhetsmässiga kontroller för att säkerställa en tillräcklig intern kontroll av hela verksamheten.

Vi noterar även att internkontrollplanerna inte förändras nämnvärt under åren 2013 till 2016. I stort sett görs således inga förändringar av internkontrollplanerna oavsett utgången av tidigare års kontroller och uppföljningar. Vi bedömer dock majoriteten av de risker som finns i internkontrollplanerna som sannolikt relevanta och att internkontrollplanerna därmed fyller dess funktion.

### 4.2. *Väsentlighets- och riskbedömning*

Kontrollmål: Beslutet har föregåtts av en dokumenterad bedömning utifrån väsentlighet och risk

Kontrollmålet bedöms som delvis uppfyllt.

I princip samtliga granskade internkontrollplaner innehåller uppgift om riskbedömning. Vi konstaterar dock att det finns vissa brister i denna bedömning. Det har under 2013 till 2016 överlag endast gjorts vissa förändringar av riskbedömningarna i internkontrollplanerna.

Vi bedömer att upprättandet av internkontrollplanerna bör föranledas av en dokumenterad bedömning av väsentlighet och risk som den politiska nivån involveras i. Enligt vår bedömning är det viktigt då de förtroendevalda enligt Kommunallagen har det yttersta ansvaret för att det finns en god intern kontroll inom nämndernas verksamhetsområde.

### **4.3. Åtgärder**

Kontrollmål: Nämnder har utifrån 2015 års internkontroll vidtagit åtgärder med anledning av resultatet

Kontrollmålet bedöms som delvis uppfyllt.

Vi bedömer att kvalitén i uppföljningen av internkontrollplanerna är varierande. Vid upptäckta brister i uppföljningen av den interna kontrollen finns åtgärder, men samma åtgärder förekommer till viss del mellan åren 2013 till 2016 och det är därför svårt att avgöra om åtgärderna som föreslås i samband med uppföljningen utförs. Av de sammanträdesprotokoll som vi har tagit del av i samband med granskningen är det enbart i Vård- och omsorgsnämndens sammanträdesprotokoll som det tydligt framgår att förvaltningen har fått i uppdrag att arbeta vidare med utvecklingen av den interna kontrollen. I några av nämndernas uppföljning är det dock enklare att följa vilka åtgärder som har vidtagits mellan åren.

### **4.4. Kontrollinsatser**

Kontrollmål: Nämnderna har genomfört de kontrollinsatser som uppges i internkontrollplanen

Vi bedömer kontrollmålet till stor del uppfyllt.

Vi konstaterar att aktiviteterna i internkontrollplanerna till största delen har genomförts under 2013 till 2015. Vi konstaterar vidare att i vissa fall har en annan kontrollmetod jämfört med den som anges i internkontrollplanen använts.

### **4.5. Rapportering**

Kontrollmål: Nämnderna har rapporterat till kommunstyrelsen och revisionen om resultatet av den interna kontrollen

Kontrollmålet bedöms som uppfyllt.

I sammanträdesprotokoll från Kultur- och turistnämnden, Service- och tekniknämnden, Socialnämnden, Viadidaknämnden och Vård- och omsorgsnämnden framgår det att uppföljningen av internkontrollplanerna ska skickas vidare till Kommunstyrelsen. Av Socialnämndens och Vård- och omsorgsnämndens sammanträdesprotokoll framgår det att ärenden även ska skickas till kommunens revisorer. Av handlingar till Kommunstyrelsens sammanträden framgår dock att Kommunstyrelsen tagit del av nämndernas uppföljning

trots att detta inte framgår av nämndernas sammanträdesprotokoll. Rapportering har, i enlighet med reglementet för intern kontroll, inte skett till revisionen, men de har genom handlingarna till Kommunstyrelsen indirekt fått del av informationen och vi bedömer därför kontrollmålet som uppfyllt.

#### **4.6. Kontrollåtgärder utöver plan**

Kontrollmål: Det genomförs och dokumenteras interna kontrollåtgärder utöver plan

Vi bedömer kontrollmålet som ej uppfyllt.

Granskningen har inte visat att några rutiner utöver de som finns i internkontrollplanerna systematiskt följs upp och rapporteras till Kommunstyrelsen och/eller respektive nämnd. Däremot har granskningen visat att vid extraordinära händelser, såsom pågående byte av ekonomisystem, genomförs ett antal specifika kontroller för att säkerställa den aktuella aktiviteten.

#### **4.7. Rekommendationer**

Internkontrollplaner och uppföljning av dessa bör upprättas för de nämnder som idag saknar detta.

Kommunstyrelsen och nämnderna bör säkerställa att det finns verksamhetskontroller med i internkontrollplanerna och inte bara kontroller av administrativ och ekonomisk karaktär som det till stor del är i dag. För att skapa ett mer långsiktigt internkontrollarbete kan fleråriga internkontrollplaner med fokusområden för respektive år upprättas. Detta har redan gjorts av Socialnämnden och uppfattas som positivt.

Väsentlighet- och riskbedömningarna bör dokumenteras på ett bättre sätt. Dels för att tydliggöra för de som inte deltar i arbetet varför vissa kontrollområden valts ut, dels för att förenkla arbetet vid succession. Dokumentationen kan ske direkt i internkontrollplanerna.

Idag sker till stor del uppföljning av samtliga kontrollmoment oavsett föregående års resultat. De brister som noteras i samband med uppföljningen av den interna kontrollen bör följas upp och ingå i kommande års internkontrollplan. På så sätt skapas en tydligare kontinuitet i internkontrollarbetet.

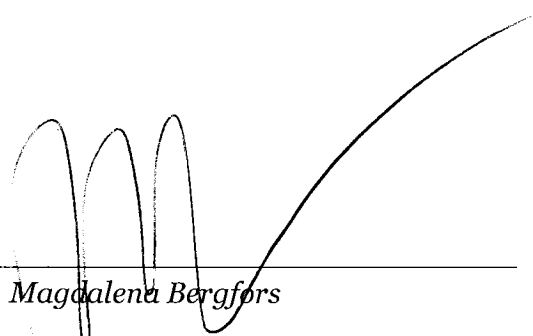
En person med ett övergripande och samordnande ansvar för kommunens interna kontroll kan utses för att säkerställa en god intern kontroll och att gällande reglemente för intern kontroll följs på ett tillfredsställande sätt. Denna skulle i så fall kunna ha ett ekonomiskt perspektiv, men också ett organisatoriskt och planeringsmässigt perspektiv. För att stärka uppföljningen av den interna kontrollen kan nämnderna även utse politiska internkontrollrepresentanter med uppdrag att följa arbetet med framtagandet av internkontrollplanerna, väsentlighets- och riskbedömningarna, uppföljningen av den interna kontrollen och informera nämnden om utfallet av genomförda kontroller.

Vi ser positivt på det arbete som har påbörjats med att ta fram anvisningar för internkontrollplan och internkontrollrapportering. Vi rekommenderar därför Katrineholms kom-

mun att fortsätta detta arbete och att Kommunstyrelsen fastställer tillämpningsanvisningar för det interna kontrollarbetet.

2016-12-16

  
\_\_\_\_\_  
Rebecka Hansson

  
\_\_\_\_\_  
Magdalena Bergfors



VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN  
Myndighets- och specialistavdelningen

TJÄNSTESKRIVELSE 1 (1)

Datum  
2017-02-02

Vår beteckning  
VON/2015:69 - 049

Vår handläggare  
Björn Persson

Ert datum

Er beteckning

Vård- och omsorgsnämnden

## Redovisning av genomförd internkontroll av verksamhet och ekonomiska transaktioner 2016

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av genomförd internkontroll
2. Nämnden översänder redovisningen till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

### Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgsnämnden beslutade den 10 december 2015 att fastställa internkontrollplan för vård- och omsorgsförvaltningen för år 2016.

Kontrollområden har varit:

- Hemtjänsten
- Nattinspektion av särskilda boenden
- Avgiftshantering, tillfälligt uppehåll
- Handkassor
- Representation
- Upphandling
- Krisledningsorganisation
- Privata utförare

Hemtjänst, nattinspektion av särskilda boenden, avgiftshantering tillfälligt uppehåll, upphandling, handkassor, representation, privata utförare kontrolleras även 2017.

### Ärendets handlingar

- Uppföljning internkontroll 2016 vård- och omsorgsförvaltningen.

Päivi Kabran  
Förvaltningschef

Björn Persson  
Controller

Beslutet skickas till: Kommunstyrelsen, ledningsgrupp, ekonomer, akten

## Uppföljning internkontroll - 2016 (Vård- och omsorgsnämnden)

Kontrollområde	Kontrollmoment	Kontrollansvarig	Kontrollresultat
Hemtjänsten	Granskning av utförda/beviljade fakturerade timmar	Samordnande ekonom	<b>Datum för kontroll: Varje månad</b> <b>Kommentar: Vid kontroll upptäcktes felaktig fakturering av dubbelbemaning vilket rättades av utföraren vid påpekande.</b>
	Kontroll av antalet genomförandeplaner	Samordnande ekonom	<b>Datum för kontroll: 201606 samt 201610</b> <b>Kommentar: Redovisning lämnat till nämnd i juni samt oktober 2016. Resultaten visar att kvantiteten samt kvaliteten har förbättrats på totalen, men vissa enheter ligger fortfarande lågt.</b>
Krisledningsorganisation	Anpassande till ny organisation 2015. Att rutiner är kända i verksamheten.	Avdelningschefer	<b>Datum för kontroll: Ej utförd</b> <b>Kommentar: Kontrollen har ej utförts på grund av långvarig sjukskrivning. Under hösten inrättades en ny tjänst som Brand- och säkerhetsansvarig. Beslut fattades av avdelningschef att kontrollen skall utföras under 2017 av brand- och säkerhetssamordnaren.</b>
Särskilda boenden äldre och funktionsnedsatta	Nattinspektion av särskilda boenden	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	<b>Datum för kontroll: Oktober 2016</b> <b>Kommentar: Redovisning sker separat av medicinskt ansvarig sjuksköterska.</b>
Avgiftshantering	Tillfälligt uppehåll	Avgiftshandläggare	<b>Datum för kontroll: 1 gång/månad</b> <b>Kommentar: Vid kontroller upptäcktes 5 felaktigheter vilka rättades före debitering.</b>
Upphandling	Kontroll av att upphandlingar/avtal följs.	Samordnande ekonom	<b>Datum för kontroll: Löpande under året.</b> <b>Kommentar: Vid kontrollerna upptäcktes inga felaktiga upphandlingar eller avtalsbrott.</b>
Privata medel särskilt boende och gruppboende	Kontroll att uppsatt riktlinje kring hanteringen av privata medel följs.	Avgiftshandläggare och ekonomiassistent	<b>Datum för kontroll: Flera tillfällen under december</b> <b>Resultat: 1 överenskommelse saknades vid ett gruppboende. 2 kassor hade för mycket pengar.</b>

Kontrollområde	Kontrollmoment	Kontrollansvarig	Kontrollresultat
Representation	Kontroll att hantering av representation sker enligt god redovisningssed.	Samordnad ekonom	<b>Datum för kontroll: Löpande under året</b> <b>Kommentar: Som tidigare år saknas ofta uppgifter om vilka personer som närvarat vid representationen.</b>
Privata utförare i Katrineholms kommun	Granskning enligt "Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagom om valfrihet Hemtjänst". Externa placeringar inom funktionshinderområdet följs upp enligt rutinen "Rättssäker myndighetsutövning inom VOF".		<b>Datum för kontroll: Stickprov har genomförts under året.</b> <b>Kommentar: Felaktig fakturering hos 2 utförare. Felaktig kontaktperson samt mailadress på webben. Genomförandeplaner har redovisats separat till nämnden under året.</b>





Vård- och omsorgsnämnden

## Sammanställning av arbetsskador och tillbud inom vård- och omsorgsförvaltningen år 2016

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen till protokollet.

### Sammanfattning av ärendet

Som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet sammanställs årlig statistik över arbetsskador och tillbud till vård- och omsorgsnämnden.

**Arbetsskador** är arbetsolyckor eller arbetssjukdom som föranlett, eller kan antas föranleda frånvaro eller eventuellt framtida men.

**Tillbud** är oönskade händelser som kunnat leda till hälsobesvär, sjukdom eller olycksfall. Rapporterade tillbud diskuteras på arbetsplatsträffar, där förebyggande åtgärder föreslås.

Samtliga arbetsskador skall rapporteras till Försäkringskassan och i allvarliga fall även till arbetsmiljöverket. Även allvarliga tillbud rapporteras till arbetsmiljöverket.

Totalt har 156 arbetsskadeanmälningar och 398 tillbudsrapporter rapporterats under 2016. Antalet varierar mellan de olika områdena enligt bilagd statistikredovisning. Den vanligaste orsaken till arbetsskadeanmälan är hot och våld följt av fysisk överbelastning. Gällande tillbudsrapportering är den vanligaste orsaken hot- och våldssituationer i arbete.

### Tillbudsrapporter

Antalet har ökat under 2016 jämfört med tidigare år.

Hot och våld är den vanligaste händelseorsaken vid tillbud, följt av ”annat tillbud” och därefter belastningstillbud.

### Arbetsskaderapporter

Antalet arbetsskador har ökat de senaste åren. Den vanligaste händelseorsaken till arbetsskador är hot och våld, vilket motsvarar 38 procent av antalet skador följt av fysisk överbelastning, vilket motsvarar 15 procent av antalet arbetsskadeanmälningar.

**Historik 2011-2016**

	Arbets-skador	Tillbud
2016	156	398
2015	119	330
2014	48	363
2013	53	345
2012	47	282

Antalet anmälda arbets-skador och rapporterade tillbud varierar från år till år. Under 2016 ses en ökning av antalet arbetsskadeanmälningar och även en ökning av tillbudsrapporter i jämförelse med tidigare år. Orsaken till ökningen kan dock vara beroende av att verksamheterna börjat använda det databaserade systemet LISA mer frekvent, vilket gör det enklare för personal att lägga in tillbudsrapporter och arbets-skador. Det som styrker detta resonemang är att karaktären på tillbud och arbets-skador i visst mått har ändrats till att även inkludera lättare tillbud och skador som möjligen inte hade tagits med tidigare.

**Fördelning per område**

	Arbets-skador		Tillbud	
	2015	2016	2015	2016
Område 1	21	12	53	58
Område 2	53	63	139	78
Område 3	19	18	36	26
Område 4	23	60	99	236
MYS	3	3	3	0
<b>Totalt</b>	<b>119</b>	<b>156</b>	<b>330</b>	<b>398</b>

Antalet anmälda arbets-skador och tillbudsrapporter skiljer sig åt mellan de olika områdena inom vård- och omsorgsförvaltningen. Under 2016 har antalet skador och tillbud ökat framförallt inom område 4, funktionshinderområdet. Ökningen har flera orsaker. Dels bedöms benägenheten att anmäla både tillbud och arbets-skador ha ökat inom området, där chefer arbetat aktivt med att uppmuntra rapporteringen. En del av ökningen kan även knytas till situationer kring enskilda brukare, vilket genererat ett stort antal rapporter och anmälningar.



## Fördelning per händelse i hela förvaltningen

### Arbets-skador

Händelsetyp	2015	2016
Hot och våld	36	59
Den skadade föll	22	13
Fysisk överbelastning	21	24
Skadad av en person	8	21
Stick och skärskada	8	6
Annan händelse	9	21
Skadad av föremål, slog eller stötte emot	6	5
Fordonsolycka	4	1
Övriga	5	6
<b>Totalt</b>	<b>119</b>	<b>156</b>

Den vanligaste anledningen till arbetsskadeanmälan är hot och våld. Under 2016 är därefter den fysiska överbelastningen den näst vanliga orsaken. ”Annan händelse”, har angivits som orsak i 21 arbetsskadeanmälningar, vilket innebär att orsaken inte specificerats närmare av anmälaren. Detta kan ses som ett utvecklingsområde under 2017.

### Stick- och skärskador 2011-2016

<b>2016</b>	<b>6</b>
2015	8
2014	7
2013	8
2012	7

Stick och skärskador är en kategori av arbetsskador som funnits med även i tidigare årsredovisningar, varvid en längre historisk jämförelse är möjlig. I denna jämförelse framkommer att antalet är relativt konstant, med en viss minskning under 2016.

### Tillbud

Händelsetyp	2014	2015	2016
Hot och våld	263	209	276
Annat tillbud	54	74	58
Belastningstillbud	30	24	30
Falltillbud	8	6	6
Slog eller stötte emot något	5	0	5
Fordonsolycka	-	3	1
Kemiska ämnen, kroppsvätska eller smittämne	-	2	-
Psykisk överbelastning	3	2	14
Övrigt	-	10	8
<b>Totalt</b>	<b>363</b>	<b>330</b>	<b>398</b>



Bland de rapporterade tillbuden är hot- och våldssituationer fortsatt den vanligaste orsaken, fortsatt följt av ”annat tillbud” som inte går att specificeras på grund av ofullständig rapportering, vilket kommer på andra plats och därefter belastningstillbud. Med psykisk överbelastning avses händelser i arbetssituationen som inverkat krävande/belastande för den anställde. Situationerna har hanterats av chef för att undvika ohälsa.

Sammanfattningsvis kan sägas att det är positivt att antalet tillbudsrapporter fortsatt är så pass mycket högre än antalet arbetsskador, då det indikerar att det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar gällande detta. Syftet med tillbudsrapporteringen är att identifiera risk för skada, innan den inträffar. Chefen gör en bedömning av tillbudet och kommer med åtgärdsförslag. Rapporten lyfts även på APT för eventuella tilläggsåtgärder följt av uppföljning och återkoppling till arbetsgruppen.

### Utbildning

Anställda som hanterar tunga förflyttningar och lyft, eller som kommer i kontakt med hot och våld och riskfyllda situationer i sitt arbete ska ha utbildning om hur det på bästa sätt kan hantera riskerna. Under 2016 har vård- och omsorgsförvaltningen genomfört 4 grundutbildningar för personalen i verksamheten enligt utbildningsplan i ergonomi/förflyttningsteknik på 9 platser per utbildning. Som komplement till detta har repetitionsutbildningar i ergonomi/förflyttningsteknik genomförts, framförallt för personal inom särskilt boende för äldre. Systematik i repetitionsutbildningar saknas inom övriga områden. Dock har funktionshinderområdet identifierat behov av en mer verksamhetsspecifikt anpassad utbildning för målgruppen, vilken är i planeringsstadiet inför 2017. Utbildningar i hot och våld har inte genomförts under 2016.

### Arbetsmiljöverkets inspektioner 2016

Under året har Arbetsmiljöverket AV genomfört tre inspektioner inom vård- och omsorgsförvaltningen. Samtliga inspektioner identifierade vissa brister, vilka har åtgärdats och ärendena har avslutats.

Datum	Berörd verksamhet	Beslut från AV
2016-05-09	Strandgårdens äldreboende. Krav på att åtgärda vissa brister i arbetsmiljön. Återbesök 2016-09-07.	2016-10-07 att ärendet avslutats. <i>Dnr 2016:25-025</i>
2016-05-09	Äldreboendet Furuliden. Krav på att åtgärda vissa brister i arbetsmiljön. Återbesök 2016-09-07.	2016-09-12 att ärendet avslutats. <i>Dnr 2016:25-025</i>
2016-06-03	Norrgläntans äldreboende. Krav på att åtgärda vissa brister i arbetsmiljön. Återbesök 2016-09-22.	2016-12-13 att ärendet avslutats. <i>Dnr 2016:25-025</i>

### Förvaltningens bedömning

Under 2016 har antalet arbetsskador och tillbud ökat. Ökningen har framförallt skett inom funktionshinderområdet. Orsaken bedöms ligga dels i en ökad benägenheten att



anmäla, då området arbetat aktivt med att få en systematik i tillbudsrapporteringen och dels kan ökningen knytas till situationer kring enskilda brukare, vilket genererat ett stort antal rapporter och anmälningar.

Päivi Kabran  
Förvaltningschef

Matilda Nilhage  
Ergonom

Beslutet skickas till: Ledningsgrupp, akten



VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN  
Lednings- och verksamhetsstöd

TJÄNSTESKRIVELSE 1 (1)

Datum  
2017-02-06

Vår beteckning  
VON/2016:21 - 709

Vår handläggare  
Eva Hersler, chef myndighets- och specialistavdelningen

Ert datum

Er beteckning

Vård- och omsorgsnämnden

## Redovisning av olika former av avvikelser under år 2016

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen till protokollet.

### Sammanfattning av ärendet

Enligt gällande riktlinje för olika former av avvikelshantering inom vård- och omsorgsförvaltningen i Katrineholms kommun ska vård- och omsorgsförvaltningen årligen redovisa en sammanställning av samtliga avvikelser, ärenden enligt lex Sarah och Lex Maria, tillsynsärenden från Inspektionen för vård och omsorg och betalningsansvar under år 2016. Inkomna avvikelser ska sammanställas och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Denna årliga redovisning av olika former av avvikelser syftar till att vara en del av det ständigt pågående förbättringsarbetet. Den ska ge en helhetsbild av olika avvikelser och visa på kvalitetsförbättrande åtgärder som behöver vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

### Ärendets handlingar

- Redovisning av olika former av avvikelser under år 2016, 2017-02-06.

Päivi Kabran  
Förvaltningschef

Eva Hersler  
chef myndighets- och specialistavdelningen

Beslutet skickas till: Akten.



Vård- och omsorgsnämnden

## Redovisning av olika former av avvikelser under år 2016

### Inledning

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförandet av arbetsuppgifterna ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd som tydliggör hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas i verksamheter enligt Socialtjänstlagen (2001:43), SoL och verksamhet enligt Lagen (193:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Syftet med ett kvalitetsledningssystem är att det ska användas för att planera, leda kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Utifrån föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) har ett kvalitetsledningssystem utformats för vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet. Styrdokumentet antogs av vård- och omsorgsnämnden 25 oktober 2012. Inom ramen för ett särskilt uppdrag pågår ett arbete med fortsatt implementering inom förvaltningen.

Denna årliga redovisning av olika former av avvikelser syftar till att vara en del av det ständigt pågående förbättringsarbetet. Den ska ge en helhetsbild av olika avvikelser och visa på kvalitetsförbättrande åtgärder som behöver vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

### Avvikelser

#### Avvikelser (personbunden)

Under år 2016 har 2285 personbundna avvikelser registrerats i verksamhetssystemet Treserva. I december 2014 bytte vård- och omsorgsförvaltningen verksamhetssystem till Treserva. Detta innebar nya eller förändrade benämningar på avvikelser. Avvikelseträdet med rubriker för olika avvikelseområden har även utvecklats under år 2016.



Typ av avvikelse	2015		2016	
	Totalt	Procent (%) av totala antal avvikelser	Totalt	Procent (%) av totala antal avvikelser
Arbetsrutiner	77	6 %	184	8 %
Bemötande	84	6 %	63	3 %
Brand	6	0 %	2	0 %
Dokumentation/Information/ Kommunikation	68	5 %	86	4 %
Fordon	-	-	1	0 %
Fysisk miljö/Utrustning/ Teknisk utrustning	-	-	107	5 %
Hjälpmedel	78	6 %	93	4 %
Insatser/Omvårdnad	267	19 %	300	13 %
Läkemedel	709	52 %	1205	53 %
Sekretess/Samtycke	-	-	8	0 %
Vård och behandling	62	5 %	135	6 %
Övergrepp	-	-	101	4 %
Övrigt	18	1 %	-	-
<b>Totalt antal</b>	<b>1 369</b>	<b>100 %</b>	<b>2285*</b>	<b>100 %</b>

\* Det kan finnas en felkälla vid utdrag från verksamhetssystemet Treserva.

Antal avvikelser har ökat under år 2016 jämfört med året innan. Det är dock inte möjligt att dra slutsatser vad detta beror på, om det har varit fler avvikelser, om personalen har blivit bättre på att rapportera in avvikelser eller om det är den förändrade strukturen för avvikelserådet som spelar in. Det pågår ett ständigt arbete på vård- och omsorgsförvaltningen med att öka kunskapen om avvikelshantering och varför personalen ska rapportera avvikelser.

Brister som rör läkemedelshantering utgör 53 procent av alla avvikelser. Ungefär hälften av dessa (573 stycken) avser läkemedel som uteblivit. Att detta område, liksom föregående år, är det fortsatt största och utgör cirka hälften av alla avvikelser kan tyda på att de åtgärder som tidigare vidtagits varit otillräckliga. För att minska antalet avvikelser som rör läkemedelshantering har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) under år 2016 utformat en lokal rutin/instruktion för läkemedelshantering. MAS ansvarar för att stötta verksamheterna i att ta fram lokala rutiner för läkemedelshantering. Den lokala rutinen ska därefter kommuniceras, så att den blir känd bland personal. Vidare driver MAS ett utvecklingsarbete utifrån tre allvarigare avvikelser på enhetsnivå gällande läkemedelshantering. Arbetet fortgår under 2017, då det även kommer att följas upp om vidtagna åtgärder som enheterna genomfört har fått avsedd effekt i verksamheten.

Insatser/Omvårdnad (300 stycken) omfattar 13 procent av det totala antalet avvikelser och är det enskilt näst största området. En tredjedel av dessa avvikelser (99 stycken)





avser insatser som har uteblivit. Brister i omvårdnad står för 37 stycken avvikelser. Dokumentation/information/kommunikation (86 stycken) står för totalt 4 procent av alla avvikelser. Ungefär hälften av dessa (45 stycken) rör brister i dokumentation.

Fysisk miljö/utrustning/teknisk utrustning (107 stycken) står för 5 procent av alla avvikelser. Av dessa rör majoriteten (62 stycken) olika typer av problem kring larm. Se vidare under rubriken trygghetslarm i avsnittet icke personbundna avvikelser. Hjälpmedel (93 stycken) utgör 4 procent av det totala antalet avvikelser. När det gäller hjälpmedel har det uppmärksammats att det finns en otydlighet kring hantering av hjälpmedel och vem som ansvarar för vad. Det finns även brister i kunskap kring hur kommunikationen ska fungera mellan paramedicinsk personal och omvårdnadspersonal. Detta har framförallt varit på särskilt boende och servicehus inom äldreomsorgen.

Bemötande (63 stycken) står för 3 procent av alla rapporterade avvikelser. Dessa är till största delen avvikelser som inträffat på demensboenden inom äldreomsorgen och i de flesta fall mellan brukare. Övergrepp (101 stycken) utgör 4 procent av alla avvikelser. Av dessa rör 37 stycken fysiska övergrepp, 22 stycken sexuella övergrepp, 19 stycken psykiska övergrepp och 13 stycken ekonomiskt övergrepp. 10 stycken har ingen angiven avvikelsetyp. Även inom detta område är det vanligast att avvikelserna gäller händelser som inträffat mellan två eller flera brukare. Av det totala antalet sexuella övergrepp har 18 stycken inträffat inom en och samma verksamhet. Samma tendens finns gällande de fysiska övergreppen där 15 stycken avvikelser inkommit från en enskild verksamhet. De två verksamheterna har varit avdelningar på demensboenden inom äldreomsorgen.

### *Kvalitetsförbättrande åtgärder*

Det finns ett fortsatt behov av utvecklingsarbete kring avvikelshantering inom vård- och omsorgsförvaltningen, både när det gäller hantering, utredning och uppföljning av avvikelser. I det systematiska kvalitetsarbetet är det viktigt att ta tillvara erfarenheter från avvikelser för att komma till rätta med brister i den egna verksamheten, att utveckla den och för att förhindra att liknande händelser inträffar igen. Det handlar även om att bättre följa upp avvikelser för att säkerställa att vidtagna åtgärder följs och att de har fått avsedd effekt. Förvaltningen kommer att arbeta med att tydliggöra strukturer och arbetssätt så att lärdomar från avvikelser sprids i organisationen.

Under år 2016 har rutinen för avvikelshantering inom SoL och LSS inklusive lex Sarah uppdaterats samt att ett informationsmaterial har tagits fram som handlar om avvikelser och lex Sarah. Informationsmaterialet vänder sig till all personal på vård- och omsorgsförvaltningen. Alla enhetschefer har ansvar för att informera sin personal vid anställningens början och därefter minst en gång per år om skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Informationen ska ges såväl muntligt som skriftligt.

Vård- och omsorgsförvaltningen kommer som en del i förbättringsarbetet att fortsätta arbeta med bemötande och värdegrundsfrågor, där förvaltningen använder och utgår



ifrån förvaltningens interna värdegrund och den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen. När det gäller arbetet med att hantera hot och våldssituationer exempelvis vid olika typer av övergrepp, handlar det dels om att verksamheten ska arbeta förebyggande samt att verksamheten ska ha beredskap för att hantera situationer där hot och våld uppstår. I detta arbete är det viktigt att personalen har rätt kompetens och att personalen får handledning kring dessa frågor. Vård- och omsorgsförvaltningen kommer under 2017 att se över kompetensbehoven inom detta område. Det kommer fortsatt att ges utbildning och handledning för personal i BPSD (Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Syftet med utbildningen är att personal ska få verktyg att arbeta med personer som har BPSD problem, öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom och att personalen ska ge en personcentrerad omvårdnad.

När det gäller hantering och användning av hjälpmedel pågår ett förbättringsarbete för att säkerställa att rätt hjälpmedel används till brukarna och att personal har rätt kompetens för att använda sig av dessa. Detta arbete sker i samarbete mellan berörda chefer, paramedicinsk personal och omvårdnadspersonal. Som en del i detta har initiativ tagits till ett utvecklingsarbete för att säkra att information kring användandet av hjälpmedel, arbetsteknik och rehabiliterande förhållningssätt når omvårdnadspersonalen. Rutiner kring användning av olika hjälpmedel håller även på att ses över.

Vidare har det uppmärksammats brister i social dokumentation. En åtgärd är att spjutspetsar för dokumentation kommer att utses. Arbetsgruppen för social dokumentation kommer under år 2017 att arbeta med att ta fram mål och tydliga uppdragsbeskrivningar för spjutspetsarna. I detta arbete kommer det att ses över på vilket sätt spjutspetsarna kan stödja enhetschefernas arbete i personalgrupperna med social dokumentation, arbetet med skydds-begränsningsåtgärder samt avvikelser.

### Avvikelse (icke personbunden)

Under 2016 har 101 icke personbundna avvikelser registrerats. Avvikelse har inkommit både via verksamhetssystemet Treserva och som skriftlig avvikelse rapport.

Typ av avvikelse	2015		2016	
	Totalt	Procent (%) av totala antal avvikelser	Totalt	Procent (%) av totala antal avvikelser
Trygghetslarm, interna samt externa	78	54 %	40	40 %
Brandlarm (från verksamheten)	20	14 %	24	24 %
Brandlarm (som inkommit till Räddningstjänsten via SOS)	31	22 %	19	19 %
Dataavvikelser	15	10 %	18	18 %
<b>Totalt</b>	<b>144</b>	<b>100 %</b>	<b>101</b>	<b>100 %</b>



## *Avikelser trygghetslarm*

Vad gäller trygghetslarm har det inkommit 29 avvikelser som avser externa trygghetslarm från företaget Tunstall, 8 stycken på internlarmsystemet från Tunstall samt 3 stycken på internlarmsystemet från Caretech. Vid avvikelser rörande externa trygghetslarm berörs oftast många eller samtliga brukare.

## *Kvalitetsförbättrande åtgärder*

Under året har det varit fortsatta problem med de externa trygghetslarmen varför ett förtydligande av trygghetslarmsavtalet tagits fram tillsammans med leverantören. Då leverantören fortfarande inte lever upp till alla krav i förtydligandet har flera insatser tillsatts. Leverantören bidrar med en SDM (Service Delivery Manager) som ansvarar för att sammanställa de brister som kvarstår och samordna de arbeten som krävs från leverantörens håll. SDM arbetar emot IT-samordnare samt larmansvariga på förvaltningen. Utöver det har leverantören bidragit med en projektledare som arbetar med att hitta en lösning för de problem med batteritiderna som många av larmen har. Arbetet med att kvalitetssäkra trygghetslarmen kommer att fortgå under 2017.

## *Dataavvikelser*

Totalt har 18 stycken dataavvikelser rapporterats år 2016. Av dessa beror 15 stycken på nätverksbortfall, 2 stycken på grund av problem med sökfunktionen i Treserva och 1 stycken beror på inloggningsproblem i Treserva för externa utförare.

Nätverksbortfallen orsakas oftast av att nätverksleverantören utför underhållsarbete och konsekvensen blir ofta att personalen inte kan dokumentera i Treserva. Flera av avvikelserna för nätverksbortfall är vid ett och samma tillfälle. Det finns rutiner för manuell dokumentation om detta inträffar i verksamheten.

## *Brandavvikelser*

### *Brandavvikelser från utförarsidan*

Under 2016 ha totalt 24 brandavvikelser från äldre- och funktionsnedsättningsområdena kommit in, varav 11 stycken rörde tekniska fel. Personal kunde avvärja det inträffade som i flera fall handlade om slarvigt fimpade cigaretter samt i samband med matlagning.

De brandavvikelser som rörde tekniska fel berodde på att IP uppkopplingen gått ner vid störningar i fibernätet, oftast orsakat av underhållsarbete. Brandlarmet har dock uppkoppling mot SOS via GSM backup.

### *Brandlarm som kommit till Räddningstjänsten via SOS*

Räddningstjänsten har totalt fått in 19 stycken larm, 7 stycken från funktionsnedsättningsområdet och 12 stycken från äldreområdet. Ett av dessa automatlarm var en skarp händelse. Larmet utlöstes av en glömd cigarettfimp i en



jacka. Tack vare att sprinklerssystemet utlöstes och uppmärksam personal förhindrades att branden spred sig.

När det gäller brandavvikelser har både personal från förvaltningen och Räddningstjänsten agerat helt rätt och på så vis har ingen person kommit till skada. Antalet falska larm har minskat i antal och det beror bland annat på att Katrineholms Fastighets AB (KFAB) installerat så kallade smarta detektorer som känner av partiklar i luften.

### ***Kvalitetsförbättrande åtgärder***

Under hösten 2016 tillsattes tjänsten som brand- och säkerhetssamordnare på förvaltningen med ett tydligt uppdrag om att få kontroll på brandskyddet. Under hösten 2016 gjordes en utredning och bedömning av brandskyddet i förvaltningens olika verksamheter, där ett antal brister hittades. Utifrån denna bedömning och efterföljande analys så kunde det konstateras att fastigheternas brandskydd behöver förbättras och en plan arbetades fram tillsammans med KFAB. Vidare så hittades ett antal brister i det systematiska brandskyddsarbetet varför ytterligare ett parallellt arbete påbörjades. Arbetet består av att uppdatera det organisatoriska brandskyddet och i att skapa ett för framtiden hållbart brandskydd.

## **Anmälda vårdskador enligt lex Maria**

Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska göras vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) bedömer om det inträffade är en allvarlig vårdskada eller en risk för allvarlig vårdskada och gör anmälan till IVO enligt lex Maria.

Under år 2016 har tre lex Maria anmälningar utfärdats. Den första anmälan handlade om att riktlinjer för förskrivning av hjälpmedel inte följts i samband med att fristående toalettstol installerades hos en brukare. Natten efter att stolen installerades upptäckte hemtjänstpersonal att brukaren fallit ned på golvet. Brukaren avled senare på sjukhus. IVO beslutade den 16 januari 2016 att avsluta ärendet utan vidare åtgärder med bedömningen att vård- och omsorgsnämnden fullföljt sin utrednings- och anmälningsskyldighet samt vidtagit eller planerar att vidta adekvata åtgärder för att förhindra att liknande inträffar igen.

Den andra anmälan rörde en brukare på särskilt boende inom äldreomsorgen som hade fallit ur sin säng. Anmälan är under utredning av IVO. Den tredje anmälan berörde en brukare som förflyttats med personlyft som inte var förskriven. Anmälan utreds fortfarande av MAS. Förvaltningen har vidtagit eller planerar att vidta åtgärder utifrån de brister som identifierats.

### ***MAS utvecklingsarbete***

I samverkan med aktuella chefer, hälso- och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal har riktlinjer och rutiner förtydligats samt nya rutiner tagits fram. Bland annat ha en checklista för inflyttning på särskilt boende för äldre tagits fram. En rutin för sjuksköterskor är framtagen i syfte att säkerställa adekvat



uppföljning av medicinsk behandling samt att patienter med ökat vårdbehov och omvårdnadsåtgärder rapporteras till kollegor inför jour- och helgarbete.

## Rapporterade/anmälda missförhållanden enligt lex Sarah

Lex Sarah gäller inom verksamhet enligt SoL och LSS. Enligt bestämmelserna om lex Sarah ska anställda omedelbart rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden till den som bedriver verksamheten. Därefter ska det rapporterade missförhållandet utredas samt lämpliga åtgärder vidtas för att avhjälpa missförhållandet och förhindra att det inträffar igen. Är missförhållandet att bedöma som allvarligt ska det rapporteras till IVO. IVO gör i sådana fall en bedömning av om de åtgärder som vidtagits är adekvata och lämpliga.

Under år 2016 har fem allvarliga missförhållanden och ett ärende för påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande anmälts till IVO. Två ärenden har betraktats som ett missförhållande och två ärenden som en påtaglig risk för ett missförhållande. Nedan redovisas fördelningen över antal rapporterade/anmälda missförhållanden enligt lex Sarah mellan åren 2012-2016.

Antal rapporterade/anmälda missförhållanden enligt lex Sarah					
	2012	2013	2014	2015	2016
Anmälan lex Sarah – ett allvarligt missförhållande	-	-	4	2	5
Anmälan lex Sarah – en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	3	2	1	4	1
Rapport lex Sarah – ett missförhållande	1	2	8	3	2
Rapport lex Sarah – en påtaglig risk för ett missförhållande	-	-	-	1	2
<b>Totalt</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Antalet rapporterade/anmälda missförhållanden har under år 2016 legat på ungefär samma nivå som 2014 och 2015. De tre senaste åren har det varit fler lex Sarah ärenden till antalet jämfört med tidigare år. Under 2016 har åtta rapporterade/anmälda missförhållanden berört verksamhet enligt SoL, varav sex har varit av allvarlig karaktär och anmälts till IVO. Två rapporterade missförhållanden har varit inom verksamhet enligt LSS. Anmälan enligt lex Sarah har gjorts till IVO för sex ärenden under år 2016. I fyra lex Sarah ärenden har IVO beslutat att avsluta ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder. I ett ärende har beslut inte inkommit än från IVO. I ett ärende har IVO kontaktat vård- och omsorgsförvaltningens kontaktperson rörande Lex Sarahanmälningar. IVO menar att den anmälan som nämnden gjort i ärendet inte är ett allvarligt missförhållande som ska anmälas. Det inträffade är visserligen ett missförhållande. IVO har beslutat att avskryva ärendet och har inte för avsikt att vidta ytterligare åtgärder.

Nedan redovisas antal inkomna avvikelser som avdelningschef beslutat ska utredas enligt lex Sarah men som efter utredning inte bedömts vara ett missförhållande utan ses som en avvikelse/brist. Händelsen hanteras inom ramen för vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Antal



avvikelser som efter utredning inte betraktas som en lex Sarah har under år 2016 minskat jämfört med året innan. Ärendena 2016 har berört verksamhet enligt SoL.

Antal avvikelser som efter utredning inte betraktas som en lex Sarah					
	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Totalt</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>8*</b>	<b>10</b>	<b>2</b>

\* Sex av åtta avvikelser som efter utredning inte betraktats som lex Sarah 2014, gällde för utredningar som var klara under 2013.

I tabellerna nedan redovisas vilken typ av missförhållande lex Sarah ärendena har berört samt vilka bakomliggande orsaker som framkommit efter utredning. Ytterligare redovisas vilka vidtagna/planerade åtgärder som genomförts med anledning av det inträffade. Varje vidtagen eller planerad åtgärd i åtgärdsplanen för ett lex Sarah ärende har kategoriserats i de olika åtgärdsområdena.

Antal missförhållanden/risk för missförhållanden fördelat efter vad ärendet avser - ett ärende kan avse flera händelser (varav ärenden till IVO inom parantes)			
	2014	2015	2016
Brister i utförande av insatser – beviljad insats felaktigt utförd/bristande tillsyn	6 (2)	3 (1)	4 (4)
Brister i utförande av insatser – beviljad insats inte utförd	1 (0)	5 (3)	4 (2)
Brister i utförande av insatser – brister i hantering av larm	3 (1)	3 (2)	0 (0)
Brister i bemötande	4 (2)	0 (0)	3 (3)
Fysiskt, psykiskt och sexuellt övergrepp	2 (1)	1 (1)	0 (0)
Ekonomiskt övergrepp	0 (0)	0 (0)	2 (0)
Insats mot enskilds vilja/tvång- och begränsningsåtgärder	2 (2)	1 (0)	0 (0)
Brister i rättssäkerhet vid handläggning	0 (0)	1 (1)	0 (0)

Bakomliggande orsaker som framkommit efter utredning av lex Sarah ärenden - ett ärende kan ha flera bakomliggande orsaker (varav ärenden till IVO inom parantes)		
	2015	2016
Omgivning, bemanning och organisation	0 (0)	2 (2)
Ledning och styrning	0 (0)	3 (3)
Kommunikation och information	3 (2)	7 (5)
Utbildning och kompetens	3 (1)	3 (3)
Dokumentation	5 (3)	4 (3)
Processer och rutiner	7 (3)	6 (4)
Teknik, hjälpmedel och utrustning	2 (2)	4 (4)

Vidtagna och planerade åtgärder (varav ärenden till IVO inom parantes)				
		2014	2015	2016
<b>Omgivning, bemanning och organisation</b>	Organisationsöversyn Bemanning Organisation Översyn av planeringssystem	9 (5)	7 (5)	14 (12)





<b>Kommunikation och information</b>	Information till personal/anhörig/ annan aktör Kommunikation mellan chef, personal, brukare Återkommande fråga på arbetsplatsträff Införa samarbetsmöten Förbättra strukturen för olika former av samarbets- eller utvecklingsmöten	18 (11)	15 (7)	25 (17)
<b>Utbildning och kompetens</b>	Utbildning personal och chef Handledning av personal	14 (6)	6 (3)	12 (12)
<b>Dokumentation, processer och rutiner<sup>1</sup></b>	Förbättra processer och rutiner Upprätta/uppdatera rutin samt implementera/kommunicera rutin Genomgång av befintliga rutiner Dokumentation	13 (7)	11 (8)	-
<b>Processer och rutiner</b>	Förbättra processer och rutiner Upprätta/uppdatera rutin samt implementera/kommunicera rutin Genomgång av befintliga rutiner	-	-	33 (25)
<b>Dokumentation</b>	Dokumentation	-	-	15 (12)
<b>Teknik, utrustning, hjälpmedel och innovation</b>	Larm Hjälpmedel	5 (1)	6 (5)	8 (5)
<b>Brukarnära åtgärder</b>	Upprätta/Uppdatera genomförandeplan Upprätta/uppdatera riskanalys/ handlingsplan Trygghetsskapande åtgärder för brukare Tillsyn Stödsamtal med brukare Stöd i kontakt med annan aktör Ny kontaktperson/kontaktpersonal	18 (7)	19 (10)	13 (9)

De rapporterade/anmälda missförhållandena år 2016 handlar till stor del om brister i utförande av insatser av någon form. Under 2016 har det varit tre ärenden som har berört brister i bemötande, där alla ärenden har varit av allvarlig karaktär och anmälan har gjorts till IVO. Två ärenden har berört ekonomiskt övergrepp (misstanke om stöld), vilket inte har varit uppe tidigare år. Det har dock inte varit några missförhållanden som har berört fysiskt, psykiskt eller sexuellt övergrepp under året.

<sup>1</sup> Kategorin har delats upp i två kategorier 2016, en för *processer och rutiner* och en för *dokumentation*.



Gällande vidtagna/planerade åtgärder år 2016 består de tre största kategorierna av *processer och rutiner, kommunikation och information* och *dokumentation*. Dessa områden har även varit de mest förekommande bakomliggande orsakerna till att ett missförhållande har inträffat. Brister i kommunikation och information har varit en bakomliggande orsak i sju lex Sarah ärenden, vilket är en ökning från föregående år. Dessa har handlat om både brister i kommunikation och information mellan nattpatrull och extern utförare hemtjänst, mellan omvårdnadspersonal och brukare, mellan vårdpersonal dag, mellan omvårdnadspersonal dag/kväll och natt samt mellan olika professioner (enhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal och/eller omvårdnadspersonal).

Samtidigt kan vi se att ett enskilt lex Sarah ärende påverkar resultatet för redovisningen av vidtagna/planerade åtgärder. Detta ärende har 47 av totalt 120 åtgärds punkter, vilket motsvarar cirka 40 procent av alla åtgärds punkter. Mest utmärkande är det inom tre av kategorierna. När det gäller kategorin processer och rutiner utgör detta lex Sarah ärende 15 av 33 åtgärds punkter, för kategorin dokumentation utgör det 9 av 15 åtgärds punkter och för kategorin omgivning, bemanning och organisation utgör det 9 av 14 åtgärds punkter. Detta lex Sarah ärende skiljer sig från övriga ärenden genom att det inte handlade om en enskild händelse för en brukare. Ärendet har berört flera brister och alla brukare på en avdelning på ett särskilt boende inom äldreomsorgen.

I flertalet utredningar enligt lex Sarah har det uppmärksammats brister i social dokumentation och i verksamhetssystemet Treserva. Vård- och omsorgsförvaltningen har därför valt att göra en utbildningssatsning inom social dokumentation för all baspersonal inom förvaltningen. En halvdags utbildning per medarbetare har genomförts under december 2016 till februari 2017. Planen är att denna utbildning kommer att ligga till grund för förvaltningens fortsatta utvecklingsarbete inom dokumentation, där spjutspetsar kommer att utses och få ett särskilt ansvar att driva dokumentationsfrågan vidare i verksamheten.

Det har även i flera utredningar enligt lex Sarah uppmärksammats brister i arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i verksamheten. Det har handlat om brister i arbetet med att ta fram processer och rutiner samt följsamhet till framtagna processer och rutiner. Exempelvis har rutiner inte varit kända av omvårdnadspersonal, införandet av nya rutiner har inte fungerat samt att det har saknats rutiner i verksamheten. När det gäller åtgärder rörande processer och rutiner kan vi se att det i flera lex Sarah ärenden har vidtagits ett arbete på verksamhets- och förvaltningsnivå vid upprättande/uppdatering av rutiner. Detta i syfte att verksamheterna ska arbeta på ett mer likartat sätt och att alla verksamheter ska hålla en god kvalitet vid utförande av insatser.

Det har även uppmärksammats brister i det systematiska förbättringsarbetet gällande arbetet med egenkontroll, riskanalyser, utredning och hantering av avvikelser samt arbetet med förbättrande åtgärder. Inom ramen för arbetet med att implementera ett systematiskt kvalitetsledningssystem inom förvaltningen har ett nytt projekt startat för att pågå 2016-2017. Ett kvalitetsuppföljningssystem ska införas som bygger på





egenkontroll och tillsyn. Detta ska möjliggöra för alla verksamhetschefer att genom egenkontroller följa hur kvaliteten utvecklas. Arbetet kopplas därefter till det övergripande arbetet som görs med uppföljning och tillsyn på förvaltningsnivå.

### *Uppföljning av lex Sarah ärenden*

Berörd områdeschef ansvarar för att senast inom sex månader från det att lex Sarah ärendet behandlats i vård- och omsorgsnämnden följa upp åtgärdsplanen för ärendet. Resultatet från uppföljningen rapporteras till kvalitetsrådet lex Sarah som årligen följer upp inkomna uppföljningar. Årets sammanställning baseras på inkomna uppföljningar av lex Sarah ärenden som behandlats i vård- och omsorgsnämnden under månaderna juli 2015 till och med juni 2016. Sammanställningen baseras på 12 inkomna uppföljningar.

Av de inkomna lex Sarah uppföljningarna kan vi konstatera att merparten av de åtgärder som angivits i åtgärdsplanen har genomförts. I tre lex Sarah ärenden har inte alla planerade åtgärder vidtagits. I dessa kvarstår vissa av åtgärderna. I ett av dessa ärenden, som omfattade 47 åtgärds punkter, kvarstår 16 åtgärder. Kvalitetsrådet lex Sarah har därför begärt att få en ny uppföljning av ärendet i december 2017 från berörd verksamhetschef. I flertalet av uppföljningarna återges att åtgärderna i åtgärdsplanen har varit tillräckliga och haft avsedd effekt i verksamheten. I tre ärenden finns det behov av ytterligare åtgärder.

### *Kvalitetsrådet lex Sarah utvecklingsarbete*

Under 2016 har kvalitetsrådet lex Sarah gjort om strukturen för riktlinjer och rutiner för avvikelshantering. I mars 2016 togs det fram en ny riktlinje för olika former av avvikelshantering inom vård- och omsorgsförvaltningen samt en ny rutin för hantering av avvikelser rörande SoL och LSS inklusive lex Sarah. Kvalitetsrådet har informerat om förändringarna i ledarlagen på utföraravdelningen samt ledningsgruppen för hälso- och sjukvård. Alla chefer har därefter i uppdrag att informera om rutinerna för sina medarbetare. Kvalitetsrådets årliga utbildning i lex Sarah för chefer flyttades fram till januari 2017.

## **Tillsyn från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)**

Tillsynsärenden från IVO kan inledas på olika sätt. IVO utreder och fattar sedan beslut där de bedömer om vårdgivaren har följt lagen och agerat lämpligt med hänsyn till patientsäkerheten. Om verksamheten bedöms ha brister avseende patientsäkerheten som behöver åtgärdas kan ytterligare granskning av personalen eller verksamheten förekomma.

Under 2016 inledde IVO två nya tillsynsärenden. Det första ärendet initierades efter en anonym anmälan som rörde bristande bemanning nattetid på ett av kommunens särskilda boenden för äldre. IVO beslutade den 1 december 2016 att avsluta ärendet med anledning av att nämnden utökat nattbemanningen och brist inte ansågs föreligga.



Det andra ärendet handlade om hur kommunen planerar och svarar för insatsen daglig verksamhet med inriktning mot målgruppen personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Denna tillsyn gjordes i 30 kommuner för att bidra till en generell utveckling gällande insatsen daglig verksamhet och var således inte initierad utifrån anmälan. IVO beslutade den 9 januari 2017 att avsluta ärendet. IVO bedömde att kommunen uppfyller de krav lagen ställer inom de granskade områdena, bland annat avseende uppsökande verksamhet, brukarinflytande och samverkan med intresseorganisationer.

IVO inkom även med slutgiltigt beslut i ett ärende som inleddes under år 2015. Detta rörde låg bemanning och brister i personalens möjlighet att ha uppsikt över brukare på ett av kommunens demensboenden. Den 30 juni 2016 beslutade IVO att avsluta ärendet då IVO efter bedömning fann att de missförhållanden som förelegat blivit åtgärdade. IVO underströk i beslutet samtidigt vikten av att behovet av nattbemanning hela tiden ska följas upp.

## Övriga avvikelser

### Ärenden Patientnämnden, Landstinget Sörmland

Inget ärende har behandlats under år 2016.

### Avvikelseanmälan från Katrinesholms kommun till Apotekstjänst

Totalt är 27 avvikelser upprättade från Katrinesholm kommun till Apotekstjänst under 2016. 9 stycken avvikelser rör dosdispenserade läkemedel och 3 stycken rör originalförpackning/helförpackning. Dessa är orsakade av Apotekstjänst. 15 stycken avvikelser går inte att härleda till att de är orsakade av Apotekstjänst eller deras underleverantörer.

### Avvikelseanmälan från Katrinesholms kommun till Landstinget Sörmland

Totalt är 68 avvikelser upprättade under år 2016 från Katrinesholms kommun till Landstinget Sörmland. Flertalet rör brister gällande läkemedel, hjälpmedel, bristande medicinsk information, vårdplan/vårdrapport, behandlingsmeddelande, bemötande och tillgänglighet.

### Avvikelseanmälan från Landstinget Sörmland till Katrinesholms kommun

Totalt är 18 avvikelser inkomna från Landstinget Sörmland till Katrinesholms kommun under år 2016. Flertalet avvikelser rör brister gällande kommunikation, fel vårdnivå och SKILS (checklista vid bedömning av hälsotillstånd).

### Betalningsansvar till Landstinget Sörmland av förbrukade vård dagar

Antal vård dygn	2012	2013	2014	2015	2016
Verksamhet för personer med funktionsnedsättning	0	0	0	0	0
Äldreomsorg	0	3	59	56	2



Det är inte möjligt att dra slutsatser vad det förbättrade resultat år 2016 inom äldreomsorgen beror på och om det är en tillfällighet eller inte. Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar ständigt med att förvaltningen inte ska ha betalningsdagar. Boendesamordnaren och vårdplaneringsteamet arbetar aktivt med att kunna ta hem personer från sjukhuset och har under året kunnat lösa korttidsplatser genom lediga lägenheter på särskilt boende för äldre.



Vård- och omsorgsnämnden

## Redovisning av inkomna synpunkter juli-december 2016

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen av inkomna synpunkter till protokollet.

### Sammanfattning av ärendet

Enligt beslut i dåvarande socialnämnden den 13 november 2002, § 216, ska inkomna synpunkter redovisas för nämnden två gånger per år. Perioderna ska avse januari-juni och juli-december.

Redovisningen ska ske som ett särskilt ärende för att betona vikten av verksamheten. Cheferna ska samordna sig i ett ärende som övergripande ska redovisa vilka synpunkter som kommit in under perioden och hur de åtgärdats.

Under perioden juli-december 2016 har femton synpunkter blivit registrerade som allmän handling. De visar ingen heltäckande bild av medborgarnas åsikter om verksamheten, utan mera exempel på vad det kan inkomma synpunkter om. Kommunikering och åsikter kring planering av enskilda brukares beviljade insatser, som ibland tangerar till att vara synpunkter, finns inte med i denna redovisning.

I diarietförteckningen framgår vad synpunkterna handlat om samt hur synpunkterna hanterats och vilka åtgärder som vidtagits.

### Ärendets handlingar

- Diarietförteckning över inkomna synpunkter perioden juli-december 2016

### Statistik

År	Myndighets- och specialistavdelning (MYS)	Utföraravdelning (UFA)	MYS/UFA tillsammans	Övrigt VOF	Antal
2016	6	14	0	1	21
2015	5	22	2	0	29
2014	7	29	2	0	38
2013	7	16	0	0	23

Päivi Kabran  
Förvaltningschef

Eva Hersler  
Avd.chef myndighets-  
och specialistavdelning

Susanne Sallami  
Tf. samordnande områdeschef

Beslutet skickas till: Akten

Katrinesholms kommun

**SYNPUNKTER 2016 Sammanställning och diarietförteckning**

Vård- och omsorgsförvaltningen

UFA = Utföraravdelning, MYS = Myndighets- och specialistavdelningen

**Kategorier:** Brukare, personal, mat, övrigt**Ansv. Chef:** FC = Förvaltningschef, AVD = Avdelningschef, OC = Områdeschef, EC = Enhetschef**Dat: 2016**

Nr	Ank-dat	Avd	Enhet	Kategori	Synpunkt	Om-döme Pos Neg Po/Ne	Ansv chef (FC, Avd, OC, EC)	Senaste dag för svar/ handläggning (14 arb.dgr)	Besvarat/ åtgärdat den	Hantering / åtgärd
7	2016-07-11	UFA	Larmpatrull	Övrigt	Synpunkt gällande larmmottagning	Neg	OC UFA-omr 3, EC 6 UFA-omr 3	2016-07-25	2016-07-19	EC har kontaktat synpunktsgivaren för att ha en dialog om vad som hänt. Vid det tillfället är det oklart hur det var vid detta larmtillfälle då tjänstgörande larmundersköterska har semester. Hur hjälpen varit vid tidigare larmtillfällen har klargjorts.
8	2016-08-01	UFA	Strandgården	Personal/ övrigt	Synpunkt gällande brukar- / personalsituation på vårdavdelning	Neg	OC UFA-omr 2, EC 2 UFA-omr 2	2016-08-19		Ingen dokumentation tillgänglig på hur synpunkten har hanterats.
9	2016-08-16	UFA	Nattpatrull	Personal	Synpunkt gällande vård av brukare	Pos	OC UFA-omr 3, EC 6 UFA-omr 3	Behöver ej besvaras		
10	2016-09-13	UFA	Hemtjänst Julita	Personal	Synpunkt gällande vikariers vetskap om hygienrutiner	Neg	OC UFA-omr 1, EC 2 UFA-omr 1	2016-10-03	2016-09-23	EC har kontaktat synpunktsgivaren och informerat om rutiner samt diskussion för ett bättre samarbete
11	2016-09-13	UFA	Hemtjänst Julita	Övrigt	Synpunkt gällande planering samt hantering av avvikelser	Neg	OC UFA-omr 1, EC 2 UFA-omr 1	2016-10-03	2016-09-23	EC har kontaktat synpunktsgivaren och informerat om rutiner samt diskussion för ett bättre samarbete
12	2016-09-27	UFA	Lövåsgården SÄBO	Övrigt	Synpunkt gällande städning på särskilt boende	Neg	OC UFA-omr 2, EC 3 UFA-omr 2	2016-10-17	2016-10-17	EC har fört en kommunikation med synpunktsgivaren då synpunkten i huvudsak handlade om planering av dess beslutade insatser.
13	2016-09-30	UFA	Äldreomsorg	Övrigt	Synpunkt om namnförslag till nytt äldreboende vid Strandgården samt dess avdelningar	Pos	OC UFA-omr 3	Handläggning under byggprocess		Synpunktsgivaren har fått meddelande om att synpunkten är mottagen och kommer att tas med i byggprocessen.

Nr	Ank-dat	Avd	Enhet	Kategori	Synpunkt	Om-döme Pos Neg Po/Ne	Ansv chef (FC, Avd, OC, EC)	Senaste dag för svar/ handläggning (14 arb.dgr)	Besvarat/ åtgärdat den	Hantering / åtgärd
14	2016-10-12	UFA	Äldreomsorg	Övrigt	Synpunkt gällande arbetskläder	Neg	Tf Avd chef UFA, FV chef	2016-11-01		Tf Avd chef UFA har svarat synpunktsgivaren att det finns gällande riktlinjer för arbetskläder som kommer att aktualiseras på enheter där det finns behov.
15	2016-10-14	MYS	Medborgarfunktionen	Övrigt	Synpunkt gällande beviljade boenden	Neg	Avd chef MYS, OC medborgarfunktionen	2016-11-03	2016-10-18	OC medborgarfunktionen har kontaktat synpunktsgivaren och informerat om att det inte är förvaltningen utan andra anhöriga som stoppat parboendet.
16	2016-10-04	UFA	Norrglantan samt sjuksköterskeorganisationen	Personal	Synpunkt gällande personals bemötande samt hantering av vissa arbetsuppgifter	Neg	OC UFA-omr 2, EC 1 UFA-omr 2	2016-10-24	2016-10-21	EC har tagit upp bemötandefrågorna på arbetsplatsträff och diskussion kommer att ske fortlöpande under hösten. Rutiner kring arbetsuppgifter i synpunkten har setts över. Utbildning är inplanerad i verksamhetssystemet för personal som har behov av det.
17	2016-11-21	MYS	Medborgarfunktionen	Övrigt	Synpunkt gällande information till förvaltare	Neg	Tf OC medborgarfunktionen	2016-12-08	2016-12-06	Tf OC medborgarfunktionen har informerat synpunktsgivaren hur rutiner ser ut vid ansökan om boende.
18	2016-11-23	UFA	Nattpatrull	Övrigt	Synpunkt gällande nattpatrullens organisation	Neg	Tf Avd chef UFA, EC 6 UFA-omr 3	2016-12-13	2016-11-25	Tf avd chef UFA har svarat att nattpatrullen genomgår ett utvecklingsarbet för att öka kvalitén på de tjänster de utför.
19	2016-11-28	MYS	Medborgarfunktionen	Övrigt	Synpunkt gällande färdtjänst	Neg	Avd chef MYS, färdtjänsthandl äggare, Tf OC medborgarfunktionen	2016-12-16	2016-11-29	Färdtjänsthandläggaren har pratat med synpunktsgivaren att och kommit överens om att lämna över synpunkten till utföraren, Sörmlandstarfiken.
20	2016-12-15	UFA	Hemtjänst Söder	Personal	Synpunkt gällande framförande av bil inom hemtjänsten	Neg	OC UFA-omr 1, EC 3 UFA-omr 1	2017-01-05	2017-01-03	EC har varit i kontakt med synpunktsgivare och denne tycker att situationen blivit bättre och kommer att kontakta EC igen om det blir sämre.

Nr	Ank- dat	Avd	Enhet	Kategori	Synpunkt	Om- döme Pos Neg Po/Ne	Ansv chef (FC, Avd, OC, EC)	Senaste dag för svar/ handläggning (14 arb.dgr)	Besvarat/ åtgärdat den	Hantering / åtgärd
21	2016-12-19	MYS	Sjuksköterskeorganisationen	Övrigt	Synpunkt gällande medicinsk informationsöverföring mellan enheter	Neg	OC HSV, EC SSK 2	2017-01-10	2017-01-10	EC SSK 2 har ringt upp synpunktsgivaren samt kontaktat berörd personal och påtalat vikten av korrekt överrapportering. Synpunktsgivaren är nöjd efter samtalet.



Vård- och omsorgsnämnden

## Årsredovisning för vård- och omsorgsnämndens verksamhet år 2016

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner årsredovisningen för 2016 och överlämnar den till kommunstyrelsen.
2. Vård- och omsorgsnämnden föreslår att 1 231 tkr av investeringsbudgeten ombudgeteras till år 2017.

### Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgsförvaltningen har upprättat förslag till årsredovisning med bokslut för vård- och omsorgsnämnden verksamhetsåret 2016.

Beräkning av avvikelse inom respektive verksamhet (tkr):

Utföraravdelningen	– 23 444
Myndighets- och specialistavdelningen	7 405
Förvaltningsgemensamt	13 617
<b>Summa</b>	<b>– 2 422</b>

Investeringsbudgeten omfattar 4 829 tkr varav 3 276 tkr har förbrukats. Flera budgetposter är påbörjade och kommer att avslutas 2017.

- Specialutrustning (307 tkr kvar, behov 2017: 307 tkr)
- Arbetsmiljöåtgärder (376 tkr kvar, behov 2017: 376 tkr)
- Treserva tillägg (244 tkr kvar, behov 2017: 244 tkr)
- TES (204 tkr kvar, behov 2017: 204 tkr)
- Verksamhetssystem integrering TES (100 tkr kvar, behov 2017: 100 tkr)

Totalt föreslår vård- och omsorgsnämnden att 1 231 tkr av investeringsbudgeten ombudgeteras till år 2017.

### Ärendets handlingar

- Årsredovisning för vård- och omsorgsnämnden

Päivi Kabran  
Förvaltningschef

Håkan Bengtsson  
Ekonom

Beslutet skickas till: Kommunstyrelsen, Communis akten



# Årsredovisning 2016

## Vård- och omsorgsnämnden

### Helår 2016

Handläggare: Päivi Kabran, Håkan Bengtsson  
Datum: 2017-02-20  
Dnr : VON/2016:16-041

Antagen av vård- och omsorgsnämnden 2017-xx-xx, § x

## Innehållsförteckning

1	Inledning .....	3
1.1	Vision 2025.....	3
1.2	Ansvarsområde .....	3
1.3	Sammantagen bedömning.....	3
1.4	Volymutveckling .....	4
1.5	Framåtblick .....	5
2	Målredovisning .....	8
2.1	Tillväxt, jobb och egen försörjning .....	8
2.2	Attraktiva boende- och livsmiljöer .....	8
2.3	Utbildning.....	9
2.4	Omsorg och trygghet .....	10
2.5	Kultur, idrott och fritid .....	14
2.6	Hållbar miljö .....	16
2.7	Ekonomi och organisation .....	16
3	Personalredovisning .....	19
3.1	Personalnyckeltal.....	19
3.2	Personalstyrka.....	20
3.3	Kompetensförsörjning .....	20
3.4	Arbetsmiljö och hälsa .....	20
4	Ekonomisk redovisning.....	22
4.1	Ekonomiskt utfall enligt driftsredovisningen .....	22
4.2	Ekonomiskt utfall enligt investeringsredovisningen .....	23
4.3	Lokalresurser .....	24
5	Särskilda uppdrag.....	25
5.1	Uppdrag från Övergripande plan med budget .....	25
6	Bilaga: Uppföljning av indikatorer .....	26
6.1	Tillväxt, jobb och egen försörjning .....	26
6.2	Attraktiva boende- och livsmiljöer .....	26
6.3	Utbildning.....	27
6.4	Omsorg och trygghet .....	28
6.5	Kultur, idrott och fritid .....	31
6.6	Hållbar miljö.....	32
6.7	Ekonomi och organisation .....	34

# 1 Inledning

## 1.1 Vision 2025

*I Katrineholm är lust den drivande kraften för skapande och utveckling – för liv, lärande och företagsamhet. Lust är passion, vilja, ambition. Det är också det lustfyllda – det vi lever för och det vi lever av – mat, kärlek, arbete, gemenskap, upplevelser. Läget är rätt – rätt geografiskt och rätt för handling och förändring.*

***Katrineholm - Läge för liv & lust***

## 1.2 Ansvarsområde

### 1.2.1 Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att fullgöra kommunens åtaganden enligt Socialtjänstlagen (2001:453) beträffande omsorgen om äldre och funktionshindrade samt insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Det innebär att ge omsorg och stöd till äldre personer och personer med funktionsnedsättning samt deras anhöriga. Stödet kan bland annat ges i form av särskilt boende, hemtjänst, sysselsättning och personlig assistans och är behovsbedömt.

Till vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde hör även ansvar för hälso- och sjukvård i ordinarie boende från 18 år samt ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende och för de personer som har dagverksamhet. Vård- och omsorgsnämndens har även ansvar enligt Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (2003:193) och för verksamhet enligt Lagen om valfrihetssystem (2008:962) för fritt val av utförare inom äldreomsorgens hemtjänst.

I nämndens ansvar ingår prövning utifrån ett antal lagar, bland annat av bidrag enligt Lag om bostadsanpassningsbidrag och prövning av tillstånd till resor enligt Lag om färdtjänst och riksfärdtjänst.

## 1.3 Sammantagen bedömning

Vård- och omsorgsförvaltningens resultat visar på ett underskott på cirka två miljoner kronor. Underskottet kan härledas till hemtjänst, utökad bemanning på särskilda boenden, ökad bemanning i larm- och nattpatrullen samt personlig assistans som är beviljad enligt Lagen om särskild service för vissa funktionshindrade. Lagstiftningen för personlig assistans är utformad så att vård- och omsorgsförvaltningen inte kan påverka kostnaderna för detta. Även om hemtjänsten visar på ett underskott har verksamhetens resultat förbättrats under året. Detta har medfört att förvaltningen har kunnat hålla ned underskottet. För att komma till rätta med de övriga kostnaderna måste resurserna användas mer effektivt och planeras noga för att få ut största nytta för de män och kvinnor, flickor och pojkar som får stöd av vård- och omsorgsförvaltningen.

### Ny organisation

För att skapa förutsättningar att arbeta effektivt ska vård- och omsorgsförvaltningen göra en organisationsförändring på ledningsnivå våren 2017. Organisationen ska ha färre chefsled och det ska bli fler chefer på enhetsnivå för att respektive enhetschef inte ska ha ansvar över för många medarbetare. Verksamheterna behöver närvarande chefer som kan leda och fördela arbetet och använda befintliga resurser så effektivt som möjligt. I samband med omorganisationen kommer vård- och omsorgsförvaltningen att arbeta strategiskt med ledarskap, kommunikation, delaktighet, kompetensutveckling, minskad sjukfrånvaro och systematiskt arbetsmiljöarbete.

### Personalomsättning och rekrytering

Omsättningen av enhetschefer har varit hög det senaste året och det påverkar organisationens effektivitet och stabilitet. Under hösten 2016 har fler enhetschefer rekryteras. Det är en utmaning att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal och specialister. Varje sommar innebär även en utmaning att kunna rekrytera vikarier. Genom att strukturera rekryteringsprocessen ytterligare och utveckla introduktionen för nya medarbetare kan verksamhetens kvalitét förbättras för brukarna.

### Utvecklingsområden och goda resultat

Vård- och omsorgsförvaltningen har stora utmaningar gällande ekonomi, planering och effektivitet i verksamheten. Ytterligare områden som behöver utvecklas är brukarnas delaktighet och att erbjuda aktiviteter på särskilda boenden som bidrar till att minska känslan av ensamhet och isolering.

Vård- och omsorgsförvaltningen har goda resultat i brukarundersökningar och resultaten står sig väl i jämförelser med andra kommuner. Under 2016 har vård- och omsorgsförvaltningen bland annat gjort följande förbättringar:

- systematiskt arbete med avvikelser inom vården och omsorgen.
- utveckling av arbetet kring tillbud och arbetsskador
- bättre samarbete mellan olika professioner inom vård- och omsorgsförvaltningen
- förbättrad registrering av insatser inom hemtjänsten vilket säkerställer att brukarna får de insatser de har rätt till.

Dessutom visar medarbetarundersökningen att vård- och omsorgsförvaltningens medarbetare är engagerade och känner väl till verksamhetens mål.

## 1.4 Volymutveckling

### 1.4.1 Vård- och omsorgsnämnden

Volymmått	Utfall 2015	Utfall 2016
Utförda hemtjänsttimmar per månad, egen regi	17 084	14 601
Utförda hemtjänsttimmar per månad, extern regi	4 348	4 999
Personlig assistans beviljad enligt socialförsäkringsbalken, internt utförd	9 303	9 493
Personlig assistans beviljad enligt socialförsäkringsbalken, enbart de 20 första timmarna, externt utförd	20 441	18 717
Personlig assistans enligt LSS, internt utförd	659	704
Personlig assistans enligt LSS, externt utförd	3 927	4 478
Belagda platser på LSS-boende	129	130
Antal brukare med daglig verksamhet inom LSS per månad	193	201
Beviljade timmar boendestöd per månad	1 527	1506

### 1.4.1.1 Kommentarer till volymmått

Den interna hemtjänsten fortsätter att minska antalet utförda timmar. Minskningen beror troligtvis på att hemtjänsten har använt tidsrapporteringsverktyget CareApp under hela 2016. Detta har medfört att den rapporterade tiden är mer korrekt. Användningen av CareApp påbörjades under sommaren 2015.

Den uppåtgående trenden med utförda timmar för extern hemtjänst fortsätter eftersom fler personer väljer privat hemtjänst. Antalet utförda timmar inom hemtjänsten minskar totalt vilket kan härledas till en mer korrekt rapportering av utförd tid.

LSS-insatser utförda av extern part fortsätter att öka jämfört med tidigare år. Detta har genererat ett underskott för denna verksamhet.

Personer som har daglig verksamhet har ökat sedan 2015. Detta beror på att fler unga med funktionsnedsättning har slutat skolan och istället börjar på daglig verksamhet.

## 1.5 Framåtblick

Vård- och omsorgsförvaltningen har under hösten 2016 förberett en organisationsförändring på ledningsnivå som ska genomföras våren 2017. Processarbetet för detta pågår. Ett chefsled ska tas bort och det ska bli fler chefer på enhetsnivå. Detta för att respektive enhetschef ska ha ansvar för färre antal medarbetare. Detta gör det möjligt för cheferna att vara mer närvarande hos sina medarbetare. Detta skapar också bättre förutsättningar för att utveckla verksamheten. Vård- och omsorgsförvaltningen kommer att arbeta strategiskt med ledarskap, kommunikation, delaktighet, kompetensutveckling, minska sjukfrånvaron och systematisk arbetsmiljöarbete. Det strategiska arbetet ska omsättas operativt för att få önskad effekt.

### Sjukfrånvaro

Vård- och omsorgsförvaltningen har en hög sjukfrånvaro. Under 2016 uppgick sjukfrånvaron till 8,8 procent, varav långtidssjukskrivning utgör 5,8 procent. Bland tillsvidareanställda var sjukfrånvaron 10,3 procent. Under 2016 har sjukfrånvaron kostat vård- och omsorgsförvaltningen ungefär 14 miljoner vilket är 2,8 procent av förvaltningens personalbudget. Det är en stor utmaning att minska sjukskrivningarna och det kräver bland annat att vård- och omsorgsförvaltningen arbetar systematiskt med att förbättra både den fysiska och psykiska arbetsmiljön.

### Rekrytering och bemanning

Hel- och deltidprocessen som startade under hösten 2016 är en möjlighet för vård- och omsorgsförvaltningen att ta till vara på kompetensen och kunna arbeta med bemanning på ett nytt sätt. Redan från september 2016 har alla personer som fått fasta tjänster eller vikariat över tre månader erbjudits en heltidstjänst. Det är en stor utmaning är att organisera processen och skapa strukturer så att medarbetarnas tid används fullt ut. Det kommer även att innebära att medarbetarna måste arbeta på olika enheter. Initialt kommer hel- och deltidprocessen att leda till ökad administration och ökade kostnader. Det långsiktiga målet är att:

- öka personalkontinuiteten för brukarna
- minska användandet av timvikarier
- nöjda medarbetare
- sänka sjukfrånvaron

Likt många andra verksamheter delar vård- och omsorgsförvaltningen utmaningen att rekrytera bland annat chefer, hälso- och sjukvårdspersonal och specialister. Personalomsättningen är hög bland enhetschefer och sjuksköterskor. Statliga stimulansmedel har gjort det möjligt att anställa fler sjuksköterskor och undersköterskor inom äldreomsorgen. Vård- och omsorgsförvaltningen

får stimulansmedel för dessa tjänster fram till 2018. Därefter ska tjänsterna finanseras av vård- och omsorgsförvaltningen vilket innebär en kostnad på 8 miljoner kronor per år.

Genom att förbättra arbetsmiljön och minska sjukfrånvaron skapas förutsättningar för att fler personer söker sig till Katrineholm.

### **Betalningsansvarslagen förändras**

Betalningsansvarslagen (2003:193) ändras från 1 januari 2017. Lagen reglerar när och hur mycket kommunerna ska betala till landstingen för utskrivningsklara patienter som ligger kvar på sjukhus. Förslaget innebär bland annat att antalet så kallade frist dagar utan betalningsansvar för kommunen minskar och planering för att skriva ut patienter ska börja tidigare. Detta innebär även att kommunen måste ha beredskap för att ta emot personer som kommer från slutenvård under helger.

För att möta förändringen har länets kommuner och Landstinget Sörmland tillsammans tagit fram en överenskommelse om trygg och effektiv utskrivning från slutenvården. Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med att ta fram förslag på nya arbetssätt för hur bland annat hemtjänst och rehabilitering ska arbeta när de tar emot personer som skrivs ut från slutenvården.

Under hösten 2016 har ett arbete startat för att utveckla arbetssättet för att ta emot personer som skrivs ut från den psykiatriska slutenvården. Inom detta område kan förvaltningen ställas inför mycket tuffa krav eftersom kommunens frist dagar kan förkortas från trettio till tre dagar.

### **Stöd till personer med samsjuklighet**

Vård- och omsorgsförvaltningen fortsätter utveckla samarbetet med socialförvaltningen kring frågor om samsjuklighet (missbruk/psykisk ohälsa och missbruk/somatiska behov). Samarbetet innebär även att se över möjligheterna att ge målgruppen hjälp och stöd inom kommunens egen verksamhet.

Kommunstyrelsen har beslutat att vård- och omsorgsförvaltningen tillsammans med socialförvaltningen ska inrätta utredningsboende och mobilt utredningsteam.

### **Brandskydd**

Under 2016 har flera brandskyddsinspektioner genomförts inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet. Inspektionerna har medfört att bemanningen ökat under natten. Detta ökar säkerheten samtidigt som det påverkar vård- och omsorgsförvaltningens budget. För att utveckla brand- och säkerhetsarbetet har förvaltningen rekryterat en brand- och säkerhetssamordnare. För att stärka brandskyddet har brand- och säkerhetssamordnaren bland annat besökt verksamheterna och uppdaterat rutiner för brandskydd. Under 2017 påbörjas utbildningar för chefer och brandombud.

### **Ny teknik**

Med hjälp av ny teknik ska vård- och omsorgsförvaltningen utveckla verksamheten och arbeta för att använda resurserna på ett bättre sätt. Ny teknik kan bidra till att öka självständighet, integritet och trygghet bland de män, kvinnor, flickor och pojkar som får stöd av vård- och omsorgsförvaltningen. Under 2017 inför vård- och omsorgsförvaltningen nyckelfri hemtjänst. Med nyckelfri hemtjänst behöver inte brukarna lämna ifrån sig sina nycklar och det går att ta reda på vilken personal som låst upp hos respektive person. Vård- och omsorgsförvaltningen ska ta fram en strategi för vilken ny teknik som ska börja användas i verksamheterna. Ny teknik är en viktig del vid byggnationerna av nya grupp- och servicebostäder för personer med funktionsnedsättning och nytt äldreboende.

### **Budget och resultat**

Vård- och omsorgsnämnden har ett underskott på cirka 2,4 miljoner kronor. Underskottet kan härledas till hemtjänst, utökad bemanning på särskilda boenden, ökad bemanning i larm- och nattpatrullen samt personlig assistans som är beviljad enligt Lagen om särskild service för vissa funktionshindrade. Lagstiftningen för personlig assistans är utformad så att vård- och omsorgsförvaltningen inte kan påverka kostnaderna för detta. För att få budgeten i balans måste vård- och omsorgsförvaltningen arbeta mer modernt när det gäller att använda de personella resurserna. Detta innebär att föra in nya tankesätt när det gäller medarbetarnas scheman och förbättra planeringen av när brukarnas får sina insatser.

I hemtjänsten pågår ett utvecklingsarbete för att förbättra planeringen av insatserna. En viktig del i detta arbete är att säkerställa att personalen stannar hos brukarna den tid som är planerad. Behöver medarbetarna mer tid hemma hos brukarna ska tiden förlängas. Detta innebär stora möjligheter för brukarna att vara delaktiga i hur insatserna ska utföras.

Våren 2016 gjordes en förändring i Socialtjänstförordningen som innebär att det ska finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om boende behöver stöd och hjälp. Denna förändring har påverkat kravet på att styra bemanning efter behov på kommunens särskilda boenden. Detta kommer även fortsättningsvis att påverka både medarbetarnas schema och förvaltningens ekonomi.

Under 2016 har vård- och omsorgsförvaltningen vidtagit en rad åtgärder för att få budgeten i balans. Dessa åtgärder handlar om att använda resurserna bättre och att förbättra planeringen av arbetet. Effekterna av de vidtagna åtgärderna har förbättrat resultatet men vård- och omsorgsförvaltningen fortsätter att arbeta på både kort och lång sikt med att budgeten ska komma i balans.



## 2 Målredovisning

### 2.1 Tillväxt, jobb och egen försörjning


#### Väsentliga händelser

Statliga stimulansmedel har gjort det möjligt för vård- och omsorgsförvaltningen att utöka antalet tjänster inom äldreomsorgen. Ökningen har skett inom nattpatrullen, nattpersonal på äldreboendena Strandgården och Norrgläntan samt bland sjuksköterskorna. Ökningen motsvarar totalt 14 heltidstjänster. Satsningen avslutas 2018 och ska då finansieras av vård- och omsorgsförvaltningen. Kostanden för detta är 8 miljoner kronor per år. Resursförstärkningen ökar tryggheten för brukarna och kvalitén på omsorgen. Personalökningen ger också bättre arbetsmiljö för medarbetarna.

Under 2016 har en person anställts med hjälp av de statliga medel som finns för extra tjänster. Fler personer kommer att börja arbeta på extra tjänster under 2017.

Under 2016 har det varit sju företag som utfört hemtjänst. Företagen kan begränsa hur många nya brukare de tar in och flera har ett stopp för att ta emot nya brukare. Men ett av företagen satsar på att växa och har tagit bort sitt stopp. Detta bidrar till att brukarnas valmöjligheter ökar och att antalet hemtjänststimmarutförda av externa företag ökar.

Vård- och omsorgsförvaltningen har gjort en översyn av förfrågningsunderlaget för utförare av hemtjänst. Förfrågningsunderlaget granskas regelbundet för att göra anpassningar som förbättrar för män och kvinnor som får hemtjänst och för att skapa så bra förutsättningar som möjligt att utföra hemtjänst.

Resultatmål	Kommentar
 Ytterligare förbättrat företagsklimat KS, BMN, VON, KIAB	Fler utförda hemtjänststimmar i privat regi är positivt för företagsklimatet.

### 2.2 Attraktiva boende- och livsmiljöer

#### Väsentliga händelser

Vård- och omsorgsförvaltningen har tillsammans med KFAB påbörjat planeringen av att bygga ett nytt särskilt boende för äldre intill Strandgårdens vårdboende med 96 platser. Detta för att trygga tillgången av boende för äldre som inte kan bo kvar i sitt ordinarie boende. Antalet äldre över 80 år förväntas öka kraftigt i Katrineholm de närmaste 15 åren.

I kvarteret Hästen pågår byggnationen av en ny grupp- och servicebostad för personer med funktionsnedsättning. Totalt kommer det att finnas 16 platser på boendena. Byggnationen sker i två etapper.

#### Ny teknik på boenden

Vård- och omsorgsförvaltningen undersöker vilken ny teknik de nya boendena kan utrustas med. Den nya tekniken kan bidra att öka brukarnas självbestämmande, integritet och trygghet samtidigt som den kan underlätta vardagen för boende och medarbetare.

#### Samråd om boenden

Vård- och omsorgsförvaltningen har genomfört flera samråd med brukarorganisationer gällande byggnationen av grupp- och servicebostad i kvarteret Hästen. Syftet med samråden är att ha dialog kring byggnationen.



### Tillgängliga lokaler

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med att åtgärda de brister i lokaler som framkommit i tillgänglighetsinventeringen. Vissa brister har överlämnats till KFAB för åtgärd.

### Nytt avtal för färdtjänst

Från 1 januari 2017 har Landsting och kommuner i Sörmland ett nytt avtal för färdtjänstresor. Avtalet ställer högre krav på aktuella leverantörers personal som till exempel ska ha utbildning inom olika diagnoser, bemötande och geografisk kompetens.

Resultatmål	Kommentar
● Ökat bostadsbyggande KS, VON, KFAB	Planeringen av nya boenden fortsätter enligt plan.
● Till- och frångängligheten i kommunala lokaler ska öka KS, BIN, STN, VON, KFAB	Arbetet prioriteras utifrån vård- och omsorgsförvaltningens tillgänglighetsrapport.
● Fortsatt bra kommunikationer KS, VON	Nytt avtal ska förbättra kvalitén på färdtjänsten.

## 2.3 Utbildning

### Väsentliga händelser

Många ungdomar läser vård- och omsorgsprogrammet vilket medför att det regelbundet finns nyutbildad personal som kan arbeta i verksamheten.

### Svårt att rekrytera

Vård- och omsorgsförvaltningen strävar efter att personal som anställs har adekvat utbildning. Under sommaren är det dock svårt att kunna rekrytera vårdutbildad personal på alla tjänster. Vård- och omsorgsförvaltningen är med i Vård- och omsorgscollege för att kvalitetssäkra vård- och omsorgsutbildningar på gymnasienivå. Vidare erbjuder vård- och omsorgsförvaltningen praktikplatser både på gymnasie- och högskolenivå.

Det är svårt att få ett brett urval av sökanden vid rekrytering av sjuksköterskor, specialister och chefer.



### Digital delaktighet

Vård- och omsorgsförvaltningen deltar i kommunens övergripande arbete för digital delaktighet. Vårdpersonal får utbildning internt i verksamhetssystemet Treserva och det mobila IT-stödet för hemtjänsten. Medarbetarundersökningen visar att 72 procent av vård- och omsorgsförvaltningens medarbetare känner sig digitalt delaktiga och kan användavertyg och system som behövs för arbetet. 21 procent känner sig ganska digitalt delaktiga. Bara 7 procent känner sig inte alls digitalt delaktiga av vård- och omsorgsförvaltningens medarbetare. Det handlar om cirka 80 medarbetare totalt.

### Framgångsrika sidor på Facebook

Vård- och omsorgsförvaltningen driver även ett antal sidor på Facebook om livet på vårdboendena samt Resurscenter. Denna kanal gör det möjligt för de som får stöd av vård- och omsorgsförvaltningen och deras anhöriga att visa upp vad som händer och själva ta del av det digitala samhället.

Resurscenters Facebooksida drivs av personer som har sysselsättning genom vård- och omsorgsförvaltningen. De är själva med och producerar material och driver utvecklingen av sidan.

Resultatmål	Kommentar
 Höjd utbildningsnivå i kommunen BIN, KTN, VIAN, VON	Rekryteringsunderlaget från gymnasiet är bra. Det är svårt att få ett brett urval av sökanden till chefs- och specialisttjänster.
 Den digitala delaktigheten ska öka i alla åldrar KS, BIN, KTN, VIAN, VON	Vård- och omsorgsförvaltningen har flera sidor på Facebook som skapar digital delaktighet bland brukarna och insyn i verksamheterna för anhöriga och medborgare.

## 2.4 Omsorg och trygghet

### Väsentliga händelser

De insatser män, kvinnor, flickor och pojkar får från vård- och omsorgsförvaltningen är utformade utifrån individens behov. Om behovet av stöd ökar kan också insatserna från kommunen öka.

Arbetet med att bygga bostäder för äldre och personer med funktionsnedsättning har börjat. Byggnationen av bostäder med särskild service och gruppboende pågår och byggnation av ett äldreboende planeras tillsammans med KFAB. Gruppboendet kommer att vara inflyttningsklara under slutet av 2017.

Antalet platser på olika boenden utgår från de behov som framkommit vid brukarinventering för funktionshinderområdet, den framtidsanalys som är presenterad i rapporterna Case 2030 samt Katrineholms kommuns boendestrategi.

### Trygga brukare i hemtjänsten

I Socialstyrelsens brukarundersökning uppgav män och kvinnor som har hemtjänst i Katrineholm att de kände sig något jämfört med landet som helhet. Totalt känner sig 87 procent ganska eller mycket trygga med att bo hemma med stöd av hemtjänsten.

Hemtjänsten arbetar kontinuerligt för att uppnå en ökad trygghet för brukarna. Detta innebär bland annat att schemat planeras utifrån att medarbetarna i första hand besöker de män och kvinnor som de är kontaktpersonal för. För att öka tryggheten använder medarbetarna namnskyltar så att brukarna ska veta vem som besöker dem. För att förbättra personalkontinuiteten arbetar hemtjänsten med små arbetsgrupper hos varje brukare. Detta för att de män och kvinnor som har hemtjänst inte ska behöva ha många olika personer hemma. Vid mätningen 2016 mötte brukarna i hemtjänsten i snitt 13 olika medarbetare under 14 dagar. Detta är en förbättring jämfört med 2015 då brukarna mötte i genomsnitt 15 personer under 14 dagar.

När kommunens handläggare bedömer behovet av insatser hos män, kvinnor, pojkar och flickor och deras anhöriga är deras känsla av trygghet en del av det handläggarna tar hänsyn till i bedömningen. För att göra en rättssäker och systematisk bedömning av behovet av insatser används metoden Äldres Behov I Centrum (ÄBIC). När behovet av insatser ska bedömas enligt ÄBIC ska hänsyn tas till om brukare och anhöriga känner sig trygga.

För att öka tryggheten ska kommunen och landstinget göra samordnade individuella planer för brukarens vård. De samordnade individuella planerna tydliggör vårdaktörernas ansvarsområde gällande den enskilda personens vård. I november 2016 hade vård- och omsorgsförvaltningen gjort 101 stycken samordnade individuella planer för personer som har hemtjänst.

### Ny teknik i hemtjänsten

För att utveckla verksamheten och använda resurserna mer effektivt ska ny teknik användas, till exempel nyckelfri hemtjänst och vårdplanering. Inom ramen för innovationsprojektet "förändra radikalt" har Hemtjänst Söder arbetat för att brukarna på sikt ska kunna boka när de vill att serviceinsatserna ska utföras. Brukaren kan också möjlighet att påverka vem av medarbetarna som ska utföra insatsen.

Vård- och omsorgsförvaltningen har börjat ta fram en strategi för välfärdsteknologi för att kunna prioritera vilka satsningar på teknik som ska genomföras.

Inom hemtjänsten bedrivs ett innovationsarbete där medarbetarnas idéer om hur hemtjänsten kan utvecklas tas tillvara. Ett exempel på detta är att en arbetsgrupp provat el-cykel för att lättare och snabbare ska kunna transportera sig mellan brukarna. Detta har fallit väl ut och verksamheten har köpt fler el-cyklar.

Hemtjänsten arbetar även med att förbättra planeringen av insatserna.

### **Uppföljning av genomförandeplaner inom hemtjänsten**

Brukarens möjlighet att vara delaktig i utformandet av genomförandeplanen kan bidra till att öka tryggheten för dem. För att kontrollera att de personer som har hemtjänst får de insatser de har rätt till, genomförs kvantitativa och kvalitativa kontroller av genomförandeplanerna. Genomförandeplanerna definierar insatserna och hur de ska genomföras för respektive brukare. För att trygga brukarnas medbestämmande och delaktighet är de med och tar fram sin genomförandeplan.

Vid mätningen 2016 angav 90 procent att de som har hemtjänst att de upplevde att medarbetarna tar hänsyn till åsikter och önskemål. Färre upplever att de kan påverka när de får stöd. Här svarade 64 procent att de ofta eller alltid kan påverka vilken tid som hemtjänsten ger stöd. Generellt är de män och kvinnor som har hemtjänst nöjda med insatserna, 91 procent svarade att de är ganska eller mycket nöjda med hemtjänsten.

Omvårdnadspersonalen i hemtjänsten får handledning av andra professioner för att kunna utföra insatserna på så bra sätt som möjligt. Vid teamträffar diskuterar olika professioner, till exempel undersköterska, sjuksköterska och rehabpersonal, hur varje brukare kan få så bra omvårdnad som möjligt. Förändringar i betalningsansvarslagen medför att kommunen snabbare måste kunna ta emot färdigbehandlade patienter från sjukhusen. För att möta dessa krav pågår arbetet med att planera och implementera ett hemgångsteam som ska ta emot personerna i hemmet för att göra tiden efter sjukhusvistelsen tryggare. Hemgångsteamet ska starta i mars 2017.

### **Ökad delaktighet på särskilt boende**

För att utveckla vård och omsorg på kommunens särskilda boenden har vård- och omsorgsförvaltningen arbetat med att öka brukarnas delaktighet i utformandet av deras genomförandeplaner. Det har medfört att fler brukare har aktuella genomförandeplaner om hur deras insatser ska utföras.

För att utveckla aktiviteterna på kommunens boenden för äldre pågår ett arbete för att:

- göra det tydligt vad vardagsnära aktiviteter är
- tydliggöra vilka aktiviteter som kan erbjudas
- ta reda på vad de boende är intresserade av
- dokumentera i genomförandeplanen vilka aktiviteter respektive person föredrar
- sprida information om vilka aktiviteter som finns i verksamheten till boende och anhöriga

Vid mätningen 2016 angav 82 procent att de upplevde att medarbetarna tar hänsyn till åsikter och önskemål. Färre upplever att de kan påverka när de får stöd. Här svarade 68 procent att de ofta eller alltid kan påverka vilken tid som de får stöd. Generellt är de män och kvinnor som bor på särskilda boenden trygga, 88 procent svarade att de är ganska eller mycket trygga på sitt boende. Sammantaget är 86 procent av de som bor på särskilt boende ganska eller mycket nöjda.

För att utveckla verksamheten och patientsäkerheten arbetar vård- och omsorgsförvaltningen med att förbättra samarbetet mellan legitimerad personal och enhetschefer på särskilda boenden.

### **Mat är liv och lust**

Det är viktigt att få i sig tillräckligt med näring för att kunna må så bra som möjligt. För att förhindra att de män, kvinnor, flickor och pojkar som får stöd från vård- och omsorgsförvaltningen riskerar att bli undernärda arbetar medarbetarna med att göra riskanalyser som bland annat innebär granskning av att brukarna på särskilda boenden får i sig tillräckligt med näring. Denna riskbedömning rapporteras i det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Om det finns risk för undernäring hos en man eller kvinna kan åtgärder sättas in för att motverka detta.

### **Resultat från mätning av nattfasta**

Två gånger per år mäts nattfastan på kommunens särskilda boenden för äldre. Nattfastan är tiden mellan en dags sista mål och följande dags första mål. Vård- och omsorgsnämnden har tillsammans med service- och tekniknämnden ett resultatmål att andelen brukare i äldreomsorgen vars nattfasta är kortare än 11 timmar ska öka (med hänsyn till den enskildes önskemål).

Av mätning våren 2016 framgår att 10 äldreboenden med sammanlagt 43 avdelningar deltog i nattfastemätningen. Medelvärde för nattfastan var 10 timmar och 59 minuter. Den längsta fastan var uppmätt till 15 timmar och 45 minuter och den kortaste till 3 timmar och 45 minuter.

Vid nattfastemätningen i november är det något färre personer som har kortare nattfasta än 11 timmar jämfört med våren 2016.

På kommunens särskilda boenden finns det kostombud som har ett särskilt uppdrag att stimulera kollegor till att utveckla måltiderna och måltidsmiljön. Hemtjänsten arbetar för att utveckla arbetet med senior alert och att upptäcka risker för undernäring.

### **Utveckling inom funktionshinderområdet**

Socialstyrelsen har nu utvecklat metoden IBIC, Individens Behov i Centrum, som syftar till en mer likvärdig bedömning och också större rättssäkerhet för medborgare som ansöker om stöd och hjälp. Under hösten 2016 har medborgarfunktionen börjat arbeta med IBIC.

### **Utveckling inom socialpsykiatri**

Inom socialpsykiatri pågår arbetet med den nationella satsningen PRIO som syftar till att förbättra insatsernas kvalitet och samarbetet mellan olika vårdaktörer kring män och kvinnor, flickor och pojkar som har psykisk ohälsa. En handlingsplan med olika temaområden och aktiviteter har tagits fram för att öka kunskapen inom området.

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar också med arbetslivsinriktad rehabilitering enligt IPS-modellen (Individual Placement and Support) som syftar till att hjälpa personer att skaffa sig ett avlönat arbete baserat på individens egna val och preferenser. Därefter får personerna ett varaktigt stöd som krävs för att de ska lyckas på arbetsplatsen. Detta arbete är ett samarbete mellan vård- och omsorgsförvaltningen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

För att öka möjligheterna för personer med psykisk funktionsnedsättning, särskilt schizofreni, att få ett självständigt liv arbetar vård- och omsorgsförvaltningen med den socialpedagogiska behandlingsmodellen Ett självständigt liv (ESL). Modellen handlar om att ge män och kvinnor ökad kunskap om sin sjukdom och färdigheter inom olika livsområden så att de bättre ska kunna hantera de svårigheter som sjukdomen medför.

En brukarrevision har genomförts bland män och kvinnor som har insatser från socialpsykiatri. Brukarrevisionen visade på brister rörande information om vilka beslut som fattas som rör socialpsykiatriens brukare samt brister i information om sysselsättning för män och kvinnor inom socialpsykiatri.

Vidare efterlyser brukarna också åtgärder som underlättar för denna grupp att ta sig till och delta i olika former av sysselsättning. Utifrån brukarrevisionens resultat har en handlingsplan tagits fram för att åtgärda bristerna.

### **Trygga och nöjda brukare i funktionshinderområdet**

Brukarundersökningen från 2015 visar att 58 procent av brukarna upplever att de är delaktiga i planeringen av sin omsorg. Delaktigheten i planeringen är större när det gäller arbetet då 72 procent upplever att de är delaktiga. Generellt är de män och kvinnor som har stöd från funktionshinderområdet både trygga och nöjda. Här svarar 82 procent svarar att de är ganska eller mycket trygga med sitt boende och 87 procent svarar att de är ganska eller mycket nöjda med det stöd de får från vård- och omsorgsförvaltningen.

### **Pågående utvecklingsarbete inom funktionshinderområdet**

Arbetet med genomförandeplanerna behöver utvecklas för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får det stöd och den hjälp de har rätt till och att personerna kan vara delaktiga i utformandet av insatserna.

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med att förbättra hanteringen av läkemedel på korttids- hem för barn och unga. Läkemedelshanteringen har uppmärksammats nationellt av Inspektionen för vård och omsorg.

Teamträffar mellan hälso- och sjukvårdspersonalen, vårdpersonal och enhetschefer underlättar samarbetet för att kunna ge stöd, hjälp och trygghet åt brukarna.


### **Trygga kommuninvånare**

Anhörigstödet har anordnat träffar för män och kvinnor över 80 år och som inte har insatser av vård- och omsorgsförvaltningen sedan tidigare. Informationen är ett led att öka trygghet och säkerhet för våra äldre i kommunen. Vid informationstillfället berättar olika professioner inom förvaltningen om vilket stöd som kommunen kan bevilja.

Vård- och omsorgsförvaltningens brukarundersökningar visar på att de män, kvinnor, flickor och pojkar som får stöd från verksamheten är trygga med insatserna.

För att öka tryggheten för personer över 65 år samt för personer med funktionsnedsättning finns Fixar-Malte i Katrinesholms kommun. Fixar-Malte hjälper till med vardagliga sysslor som kan vara svåra att utföra på grund av ålder eller funktionsnedsättning. Syftet med Fixar-Malte är att minska antalet fallolyckor i hemmet och öka tryggheten för äldre som bor kvar hemma.

För att öka tryggheten för äldre arbetar Katrinesholms kommun med Trygghetsmodellen. Målet med Trygghetsmodellen är att öka tillgängligheten till kommunens boenden, att äldre ska känna sig trygga med att de får vård, stöd och rehabilitering i hemmet. Detta ska bidra till att äldre får högre livskvalité och får förutsättningar att leva som aktiva och självständiga samhällsmedborgare.

Resultatmål	Kommentar
 Omsorgen för äldre och funktionsnedsatta ska byggas ut efter behov VON	<p>För att möta kommande behov av bostäder för äldre och personer med funktionsnedsättningar planeras byggnation av ett nytt äldreboende och pågår byggnation av bostäder med särskild service. Antalet platser på olika boenden utgår från de behov som framkommit vid brukarinventering för funktionshinderområdet samt den framtidsanalys som är presenterad i rapporterna Case 2030 och Katrinesholms kommuns boende-strategi.</p> <p>Det finns behov av fler demensplatser och vård- och omsorgsförvaltningen planerar därför att ställa om platser på särskilt boende till demensplatser under 2017.</p>

Resultatmål	Kommentar
● Ökad trygghet för hemtjänstens brukare VON	Män och kvinnor som har hemtjänst i Katrineholm att de känner sig något tryggare jämfört med landet som helhet. Totalt känner sig 87 procent ganska eller mycket trygga med att bo hemma med stöd av hemtjänsten.
● Fortsatt utveckling av service och omvårdnad för hemtjänstens brukare STN, VON	De personer som har hemtjänst i Katrineholm är nöjda med det stöd de får. Resultaten från nationella undersökningar är fortsatt bra jämfört med tidigare år. Hemtjänsten arbetar i ett innovationsprojekt för att utveckla hemtjänsten ytterligare.
● Fortsatt utveckling av vård och omsorg för äldre i särskilt boende STN, VON	De personer som bor på särskilt boende för äldre Katrineholm är nöjda med det stöd de får. Resultaten från nationella undersökningar är fortsatt bra jämfört med tidigare år.
◆ Minskad risk för undernäring för äldreomsorgens brukare STN, VON	Antalet riskbedömningar utifrån senior alert fortsätter att sjunka, jämfört med tidigare år. Något färre personer har en nattfasta som understiger 11 timmar hösten 2016 jämfört med våren 2016. Jämfört med 2015 är det en förbättring eftersom mätningen då avsåg en nattfasta som understeg 13 timmar.
◆ Fortsatt utveckling av vård och omsorg för personer med funktionsnedsättning VON	Brukarna inom funktionshinderområdet är trygga och nöjda med den omsorg de får. Inom funktionshinderområdet behöver brukarna känna sig mer delaktiga i planeringen i de insatser de får.
● Ökad trygghet och säkerhet för kommunens invånare KS, BIN, KTN, STN, VON, VSR	I brukarundersökningar framkommer det att kommunens brukare av vård och omsorg känner sig trygga med det stöd de får.

## 2.5 Kultur, idrott och fritid

### Väsentliga händelser

Många av de män, kvinnor, pojkar och flickor som får stöd av vård- och omsorgsförvaltningen kan ha svårt för att delta i det offentliga kultur-, idrotts- och föreningslivet eftersom det inte alltid är tillgängligt för dessa personer. Vård- och omsorgsförvaltningens erbjuder olika aktiviteter som kan passa som många som möjligt oavsett vilka förutsättningar personerna har.

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med hälsofrämjande förhållningssätt. Detta innebär att medarbetarna strävar efter att se varje människa utifrån dennes enskilda förutsättningar. Det handlar om att skapa en känsla av självständighet och meningsfullhet genom att utgå från det friska hos individen. Vidare innebär detta att medarbetarna uppmuntrar individen att göra så mycket som möjligt själv för att kunna behålla sina förmågor. Medarbetarna ska hjälpa till där individen behöver hjälp.

För att öka möjligheten för fler äldre och anhöriga som vårdar närstående att ha ett aktivt kultur- och fritidsliv är de så kallade Nätverkarna viktiga. Nätverkarna är personer som frivilligt engagerar sig och hjälper till vid olika aktiviteter i vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet.

Varje år arrangerar vård- och omsorgsförvaltningen Festival för mogna. Festivalen vänder sig till äldre män och kvinnor i Katrineholm, men alla är välkomna att besöka festivalen. Festivalen är en succé med många nöjda besökare som får gratis underhållning.

Resurscenter har en arbetsgrupp som arbetar med att skapa kultur genom olika uttryck som till exempel sång, musik, teater och bild. De uppträder i olika sammanhang både inom och utanför kommunen. Under våren 2016 har gruppen till exempel spelat teater och haft en sommarturné där de sjungit på olika platser.

Vård- och omsorgsförvaltningen driver korttidstillsyn för ungdomar med funktionsnedsättning i Ungkulturhuset Perrongens lokaler. Detta gör det möjligt dessa flickor och pojkar att ta del av de Perrongens utbud av aktiviteter och möjligheter till kreativt skapande.



Under hösten 2016 har vård- och omsorgsförvaltningen påbörjat planeringen av aktiviteter för brukarna för att fira att Katrineholm fyller 100 år som stad år 2017.

### Aktiv fritid inom funktionshinderområdet

Vård- och omsorgsförvaltningens fritidsverksamhet ordnar många olika aktiviteter för kommunens män och kvinnor med funktionsnedsättning. Under sommaren arrangerades en rad aktiviteter och resor för målgruppen, till exempel resor till konsert med Måns Zelmerlöw, Gröna lund och en Ålandskryssning.

Femman och Fredsgatan 6 erbjuder aktiviteter för personer med psykisk ohälsa. Aktiviteter som erbjuds är till exempel träning, hunddressyr, resor och social samvaro.

Inom äldreomsorgen har kulturombuden och dagverksamheterna en viktig roll för att erbjuda äldre män och kvinnor en aktiv och innehållsrik fritid utifrån deras förutsättningar.

### Aktiviteter för äldre

Män och kvinnor som bor på äldreboende har rätt till minst en valfri aktivitet per månad utanför boendet. Aktiviteterna kan till exempel vara att gå promenad, åka på utflykt eller åka och handla. Alla kommunens särskilda boenden har kulturombud som arrangerar aktiviteter och underhållning för de män och kvinnor som bor på boendena. De män och kvinnor som har hemtjänst erbjuds att delta på hemtjänstcaféer där de kan träffa andra, fika och få underhållning. De som frivilligt engagerar sig i att hjälpa till på boendenas aktiviteter är viktiga för att de äldre ska kunna ha möjlighet att delta på aktiviteterna.

Det finns också möjlighet för äldre att delta i sociala aktiviteter genom beviljade insatser som till exempel dagverksamhet, promenader och ledsagning.

Anhöriga som ger vård eller stöd till någon i sin närhet kan bli beviljade avgiftsfri avlösning. Detta gör det möjligt för dem att själva delta på sociala aktiviteter. Kommunens anhörigstöd och frivilliga personer arrangerar olika aktiviteter för anhöriga som vårdar någon i sin närhet.

På kommunens särskilda boenden erbjudas en mängd aktiviteter dagligen. Bland de boende anger 75 procent av de boende att de är nöjda med aktiviteterna. Även om aktiviteter erbjuds är ensamheten utbredd både på särskilda boenden och i hemtjänsten. På särskilda boenden anger 40 procent att de inte besvärar av ensamhet och bland de äldre som har hemtjänst uppger 42 procent att de inte besvärar av ensamhet.





Resultatmål	Kommentar
● Fler invånare ska delta aktivt i kultur-, idrotts- och fritidslivet BIN, KTN, STN, SOCN, VON	Vård- och omsorgsförvaltningen verksamheter arrangerar olika aktiviteter där brukarna kan delta.
● Goda möjligheter till en innehållsrik och aktiv fritid i Katrineholms kommun BIN, KTN, STN, VON	Inom vård- och omsorgsförvaltningen verksamheter finns det goda möjligheter till en aktiv fritid för de som vill.
● Kulturverksamheter som invånarna är nöjda med BIN, KTN, VON	Festival för mogna är ett arrangemang som växer varje år och som invånarna är nöjda med.
◆ Förbättrade möjligheter att delta i sociala aktiviteter för brukare i äldreomsorgen STN, VON	Kommunens äldreboenden erbjuder många aktiviteter varje vecka för de boende.
◆ Jämställda kultur- och fritidsverksamheter BIN, KTN, STN, VON	Vård- och omsorgsförvaltningens aktiviteter är öppna för både män, kvinnor, flickor och pojkar. Det är viktigt att erbjuda olika aktiviteter som kan passa som många som möjligt oavsett vilka förutsättningar personerna har.
◆ Andelen invånare med goda levnadsvanor ska öka KS, BIN, KTN, STN, VIAN, VON	Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med hälsofrämjande förhållningssätt.

## 2.6 Hållbar miljö

### Väsentliga händelser

Maten som serveras i vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet är producerad av service- och teknikförvaltningen. Service- och teknikförvaltningen driver arbetet med klimatsmart mat och kommunens strävan mot att 30 procent av maten ska vara från ekologiska livsmedel.

Vård- och omsorgsförvaltningens kostombud uppmuntrar kollegor att arbeta med att utveckla måltidsmiljön på kommunens särskilda boenden. Medarbetarna arbetar med att duka fint och göra måltiderna till en trevlig stund. Bara 26 procent har möjlighet att välja mellan olika maträtter. De äldre på särskilda boendena är nöjda med maten och de tycker att måltiderna är en trevlig stund på dagen. Enbart 48 procent av de äldre på särskilda boenden har en aktuell genomförandeplan som berör personens önskemål och behov i samband med måltiderna.

Resultatmål	Kommentar
 Ökad andel miljöbilar i kommunens verksamheter KS, BMN, VON, KTN, STN, BIN, VIAN, SOCN, KFAB	Vård- och omsorgsförvaltningen använder enbart miljöbilar.
 Kommunens energiförbrukning ska minska KS, BMN, VON, KTN, STN, BIN, VIAN, SOCN, KFAB	Vid inköp av elprodukter är prestanda prioriterat men detta är ofta kopplat till effektiv energiförbrukning.
 Fortsatt utveckling av klimatsmarta och ekologiska måltider i kommunens måltidsverksamhet inom förskola, skola och äldreomsorg BIN, STN, VON	Maten som serveras i vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet är producerad av service- och teknikförvaltningen. Service- och teknikförvaltningen driver arbetet med klimatsmart mat och kommunens strävan mot att 30 procent av maten ska vara från ekologiska livsmedel.
 Ökat gästfokus i kommunens måltidsverksamhet inom förskola, skola och äldreomsorg BIN, STN, VON	De personer som bor på kommunens äldreboenden är nöjda med maten och ser måltiderna som en trevlig stund på dagen.

## 2.7 Ekonomi och organisation

### Väsentliga händelser

Under hösten 2016 har vård- och omsorgsförvaltningen förberett en omorganisation på ledningsnivå. Den nya organisationen ska ha färre chefsled och det ska bli fler chefer på enhetsnivå för att respektive enhetschef ska ha ansvar över ett färre antal medarbetare. Rekrytering av fem verksamhetschefer har skett under vintern 2016/2017. De tillträder sina tjänster 1 maj 2017 i samband med att den nya organisationen träder ikraft.

### Personalförsörjning

På vissa tjänster som till exempel sjuksköterskor, chefer och specialister, kan det vara svårt att ett få ett brett urval av sökanden.

Till tjänster som inte kräver högskoleutbildning finns det större urval och många söker timvikariat och sommarjobb. Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med kompetensbaserad rekrytering och fortsätter att utveckla rutiner för detta arbetsätt.

På grund av svårigheter att rekrytera sjuksköterskor har hälso- och sjukvårdsområdet under hösten anställt två undersköterskor som ska utföra delegerade sjukvårdsuppgifter. Detta har fungerat mycket bra och förbättrat arbetsmiljön för sjuksköterskorna och därmed förbättrat kvaliteten för de som får kommunal hälso- och sjukvård. För att förbättra introduktionen av sommarvikarier har förvaltningen genomfört ett samordnat introduktionsprogram.

Vård- och omsorgsförvaltningen har ett pågående utvecklingsarbete kring personalförsörjningen. Tre utmaningar är identifierade och dessa är att rekrytera, att minska sjukfrånvaron samt att förbättra arbetsmiljön.



### **Medarbetarnas nöjdhet**

Mätningen av hållbart medarbetarengagemang (HME) i medarbetarenkäten visar cirka 80 procent tycker att arbetat är meningsfullt, att hen utvecklas i arbetet och att hen ser fram emot att gå till arbetet. Dessutom är 87 procent stolta över sitt jobb. Medarbetarundersökningen visar också att resultatet från tidigare undersökningar inte medfört några större förändringar. På frågan om tidigare enkätresultat medfört förbättringar på arbetsplatsen svarar 77 procent stämmer dåligt, stämmer ganska dåligt eller stämmer varken bra eller dåligt.

Medarbetarna är insatta i arbetsplatsen mål men 43 procent tycker inte att målen följs upp och utvärderas på ett bra sätt. I vård- och omsorgsförvaltningens innovationsprojekt blir medarbetarnas engagemang synligt. Projektet handlar om att ta till vara på medarbetarnas idéer om hur verksamheten kan utvecklas. Projektet drivs i flera verksamheter men det är en särskild satsning på hemtjänsten. Här arbetar hemtjänstpersonalen i olika arbetsgrupper för att utveckla sin egen verksamhet.

För att stärka medarbetarnas engagemang arbetar verksamheten med att utveckla samverkan mellan olika yrkeskategorier kring brukaren. Deltagande i arbetsgrupper och kvalitetsråd samt att ta tillvara på medarbetarnas idéer är andra sätt för att stärka medarbetarengagemanget.

### **Hög sjukfrånvaro**

Sjukfrånvaron på vård och omsorgsförvaltningen är hög och hälften av all sjukfrånvaro är långtidssjukfrånvaro. Det är inte möjligt att härleda bakomliggande orsaker till sjukskrivning. Målet är att minska sjukfrånvaron med ett aktivt arbetsmiljöarbete och att fortsätta arbeta med kompetensbaserad rekrytering.

Vård- och omsorgsförvaltningen har en strategi för att arbeta mot att minska sjukfrånvaron i förvaltningen.

### **Effektiv kommunikation**

Vård- och omsorgsförvaltningens information om verksamheten på kommunens webbplats är välutvecklad. För att underlätta för personer som söker information om insatser vid psykisk ohälsa har en separat ingång skapats i webbstrukturen. De mest besökta sidorna har information på lättläst svenska.

### **Tillgänglighet på telefon och e-post**

Som ett led i vård- och omsorgsförvaltningens arbete med tillgänglighet har en årlig undersökning gjorts av hur förvaltningens 30 myndighetsbrevlådor bevakas och besvaras. Resultatet visar på god bevakning. I några få fall har påminnelse behövt sändas ut.

Medarbetare uppmanas att läsa sin e-post dagligen och att skapa behörighet till att läsa varandras e-post vid frånvaro. Resultatet från senaste mätningen visar att medarbetarna oftast svarar på e-post inom en dag. Inom äldreomsorgen har svaren tagit längre tid än föregående år men kvaliteten på svaren har ökat. Vidare har andelen svar med bifogade kontaktuppgifter minskat.

Medborgarna kan få svar på sina frågor genom telefonlinjerna Äldreomsorgen direkt och Handikappomsorgen direkt som är öppna hela dagen måndag till fredag. Enklare frågor besvaras omgående och vid behov förmedlas kontakt till ansvariga handläggare.

Vård- och omsorgsförvaltningens övergripande tillgänglighet på telefon har sjunkit kraftigt vid mätningen 2015. Dessutom upplever de som ringer att de inte får svar på sina frågor. När medarbetarna på vård- och omsorgsförvaltningen svarar i telefon har de ett gott bemötande.

### Utveckling av lokalresurser

För att göra kommunens boenden inom äldreomsorgen mer attraktiva har installation av wifi påbörjats under 2016. Installationen av wifi kommer även att underlätta mobilt arbete på boendena. Inom funktionshinderområdet finns redan wifi på flera av boendena

Resultatmål	Kommentar
<p>■ Resultatet ska uppgå till minst en procent av skatteintäkterna KS, BIN, BMN, KTN, STN, SOCN, VIAN, VON</p>	
<p>■ Nettodrifstkostnaderna ska inte öka snabbare än skatteintäkterna KS, BIN, BMN, KTN, STN, SOCN, VIAN, VON</p>	
<p>● Kommunens lokalresurser ska utvecklas för ökad funktionalitet, kostnadseffektivitet och kundnöjdhet KS, BIN, BMN, KTN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB</p>	<p>För att göra kommunens boenden inom äldreomsorgen mer attraktiva har installation av wifi påbörjats under 2016.</p>
<p>■ Kommunens tillgänglighet per telefon och e-post ska förbättras KS, BIN, BMN, KTN, STN, SOCN, VIAN, VON</p>	<p>Vård- och omsorgsförvaltningens övergripande tillgänglighet på telefon har sjunkit kraftigt vid mätningen 2015. Dessutom upplever de som ringer att de inte får svar på sina frågor. När medarbetarna på vård- och omsorgsförvaltningen svarar i telefon har de ett gott bemötande.</p>
<p>● Tydlig och effektiv kommunikation KS, BIN, BMN, KTN, STN, SOCN, VIAN, VON</p>	<p>Vård och omsorgsförvaltningens information om verksamheten på kommunens webbplats är välutvecklad och är bland de bästa i Sverige.</p>
<p>◆ Ökat medarbetarengagemang KS, BMN, VON, KTN, STN, BIN, VIAN, SOCN</p>	<p>Mätningen av hållbart medarbetarengagemang (HME) i medarbetarenkäten visar cirka 80 procent tycker att arbetat är meningsfullt, att hen utvecklas i arbetet och att hen ser fram emot att gå till arbetet. Dessutom är 87 procent stolta över sitt jobb.</p>
<p>● Tryggad personalförsörjning genom utvecklad rekrytering KS, BMN, VON, KTN, STN, BIN, VIAN, SOCN</p>	<p>Majoriteten av tjänsterna som annonseras ut tillsätts. De annonserade tjänster som inte har kunnat tillsättas har varit sjuksköterskor.</p>
<p>■ Minskad sjukfrånvaro KS, BMN, VON, KTN, STN, BIN, VIAN, SOCN</p>	<p>Sjukfrånvaron på vård och omsorgsförvaltningen är hög och hälften av all sjukfrånvaro är långtidssjukfrånvaro.</p>

## 3 Personalredovisning

### 3.1 Personalnyckeltal

	Mätdatum/ mätperiod	2016			2015		
		Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män
<b>Personalstyrka</b>							
<b>Antal årsarbetare totalt (omräknade heltider)</b>	1/12-30/11	<b>1 189,9</b>	<b>1 009,4</b>	<b>180,6</b>	<b>1 171,8</b>	<b>1 004,8</b>	<b>166,9</b>
andel månadsanställda	1/12-30/11	85,6 %	86,6 %	80,0 %	84,3 %	85,2 %	79,0 %
andel timanställda	1/12-30/11	14,4 %	13,4 %	20,0 %	15,7 %	14,8 %	21,0 %
<b>Antal månadsanställda personer</b>	30/11	<b>1 179</b>	<b>1 018</b>	<b>161</b>	<b>1 163</b>	<b>1 004</b>	<b>159</b>
andel tillsvidareanställda	30/11	92 %	93 %	90 %	95 %	96 %	89 %
andel visstidsanställda	30/11	8 %	7 %	10 %	6 %	5 %	11 %
<b>Andel med heltidsanställning, månadsanställda</b>	30/11	<b>50 %</b>	<b>46 %</b>	<b>70 %</b>	<b>47 %</b>	<b>44 %</b>	<b>62 %</b>
<b>Genomsnittlig sysselsättningsgrad, månadsanställda med deltidanställning</b>	30/11	<b>76 %</b>	<b>77 %</b>	<b>75 %</b>	<b>76 %</b>	<b>76 %</b>	<b>74 %</b>
<b>Kompetensförsörjning</b>							
Antal tillsvidareanställda som gått i pension	1/12-30/11	23	19	4	26	25	1
Antal tillsvidareanställda som slutat på egen begäran	1/12-30/11	81	66	15	74	64	10
Antal tillsvidareanställda 61 år eller äldre	30/11	132	122	10	162	148	14
<b>Hälsa och arbetsmiljö</b>							
<b>Antal arbetsskador med frånvaro</b>	1/12-30/11	<b>5</b>			<b>30</b>		
Antal arbetsskador utan frånvaro	1/12-30/11	146			87		
Antal tillbud	1/12-30/11	405			329		
<b>Antal pågående rehabärenden</b>	30/11	<b>132</b>	<b>113</b>	<b>19</b>	<b>117</b>	<b>106</b>	<b>11</b>
Antal ärenden på rehabbevakning	30/11	70	59	11	105	96	9
<b>Total sjukfrånvaro</b>	1/12-30/11	<b>8,8 %</b>	<b>9,1 %</b>	<b>7,1 %</b>	<b>7,5 %</b>	<b>7,9 %</b>	<b>4,9 %</b>
total sjukfrånvaro, anställda -29 år	1/12-30/11	4,3 %	4,5 %	3,9 %	2,9 %	3,0 %	2,6 %
total sjukfrånvaro, anställda 30-49 år	1/12-30/11	8,8 %	9,4 %	6,0 %	8,0 %	8,7 %	4,3 %
total sjukfrånvaro, anställda 50- år	1/12-30/11	10,6 %	10,4 %	11,6 %	8,6 %	8,8 %	7,1 %
andel av total sjukfrånvaro som avser långtidssjukfrånvaro (60 dagar eller mer)	1/12-30/11	54,8 %	55,1 %	52,7 %	49,4 %	49,5 %	47,7 %
<b>Sjukfrånvaro tillsvidareanställda</b>	1/12-30/11	<b>10,3 %</b>	<b>10,5 %</b>	<b>9,0 %</b>	<b>9,0 %</b>	<b>9,4 %</b>	<b>6,3 %</b>
<b>Personalkostnader</b>							
<b>Total lönekostnad (tkr)</b>	1/12-30/11	<b>551 663</b>			<b>543 279</b>		
Sjuklönekostnad som andel av total lönekostnad	1/12-30/11	2,6 %			2,1 %		

### **3.2 Personalstyrka**

Under 2016 har antalet anställda inom vård- och omsorgsförvaltningen ökat något. Samtidigt har fler personer blivit månadsanställda och färre personer blivit timanställda. Detta ökar tryggheten för förvaltningens medarbetare. Dock har antalet tillsvidareanställda minskar något. Hälften av de anställda har en heltidsanställning, vilket är en ökning från föregående år. En bidragande orsak till detta är införandet av Heltid som norm. Heltid som norm har medfört att 20 personer kunnat få utökad tid. Totalt handlar det om en utökning på 4,72 tjänster. Att fler personer arbetar heltid påverkar personalkontinuiteten positivt.

Vård- och omsorgsförvaltningen har en hög personalomsättning exempelvis bland enhetschefer och sjuksköterskor. Inom dessa yrken finns det även vakanser. Vakanserna bland cheferna beror delvis på den pågående omorganisationen. Målet är att alla chefstjänster ska vara tillsatta under våren 2017.

Utökningen av antal sjuksköterskor och personalomsättning i denna grupp har medfört svårigheter att bemanna alla tjänster. Vakanser medför att arbetsbelastningen blir hög för de medarbetare som är kvar i verksamheten. Därför är målet att alla tjänster ska tillsättas.

### **3.3 Kompetensförsörjning**

Vård- och omsorgsförvaltningen har svårt att anställa utbildad personal på alla tjänster. Vikarier i hemtjänsten kan till exempel vara utbildade.

Procentuellt är personalomsättning lika jämfört med tidigare år. Men vid granskning av olika yrkeskategorier har personalomsättning varit hög bland handläggare, sjuksköterskor och enhetschefer. Det har dock blivit fler kvalificerade sökande till chefstjänster, handläggare och specialister än tidigare.

När det gäller rekrytering av chefer har förvaltningen arbetat med att göra tydliga befattningsbeskrivningar för chefsrollerna och utifrån detta skapa rekryteringsannonser. För att nå nya personer har förvaltningen provat nya kanaler för annonsering. Det har inte gett någon tydlig effekt än. Detta är ett långsiktigt arbete.

Förvaltningen tar emot många praktikanter och studenter i verksamheten, vilket är viktigt för att trygga kompetensförsörjningen. Detta arbete kan utvecklas ytterligare för att fånga upp potentiella medarbetare.

Pensionsavgångarna följer förvaltningens prognos.

### **3.4 Arbetsmiljö och hälsa**

Vård- och omsorgsförvaltningen behöver utveckla och förbättra arbetsmiljön för att minska sjukfrånvaron och för att minska personalomsättningen.

Antalet arbetskadorna som medfört sjukfrånvaro har minskat men antalet arbetskadorna som inte medfört sjukfrånvaro har ökat kraftigt. Även antalet rapporterade tillbud har ökat. Detta beror på att verksamheten blivit bättre på att rapportera arbetskadorna och tillbud.

Vård- och omsorgsförvaltningen har förbättrat arbetet med få tillbaka sjukskrivna medarbetare i tjänst. Detta medför att det är fler rehabiliterade i gång och mindre rehabiliterade under bevakning än tidigare år.

### **Sjukfrånvaro**

Sjukfrånvaron har ökat med nästan 1 procent sedan 2015. Sjukfrånvaron har ökat med 1,3 procent bland medarbetare under 29 år. Bland personer över 50 år har sjukfrånvaron ökat med 1,8 procent. Av de som är sjukskrivna är 54,8 procent långtidssjukskrivna. Detta är en ökning med 5,3 procent. För att komma till rätta med detta ska vård- och omsorgsförvaltningen arbeta med arbetsmiljön och sjukfrånvaron för att förbättra detta på kort och lång sikt.

Den höga sjukfrånvaron ger flera negativa konsekvenser för nämndens verksamheter. Bristande kontinuitet påverkar kvaliteten på våra tjänster. Behovet av vikarier ökar, dock är tillgången till vikarier begränsad vilket i sin tur innebär ökade kostnader för fyllnads- och övertid samt förhöjd risk för flera sjukskrivningar på grund av ökad belastning för ordinarie personal. Arbetet med både rehabiliterande och förebyggande åtgärder behöver intensifieras. I organisationen finns behov av utökat specialiserat stöd för att komma vidare i detta. Arbetet med att sänka sjukfrånvaron är en prioriterad fråga för hela kommunen. Förvaltningen har tagit fram en strategi för att uppnå en frisk och hälsofrämjande arbetsplats och för att bland annat sänka sjukfrånvaron. Det konkreta arbetet för att förverkliga strategin har påbörjats. En förvaltningsövergripande arbetsmiljöenkät är utskickad till alla medarbetare och förhoppningen är att kunna vidta åtgärder specifikt utifrån enkätresultatet för att förbättra både den psykiska och fysiska arbetsmiljön.

Några enheter har utökat grundbemanningen med överanställningar för att underlätta den sviktande bemanningssituationen med anledning av många sjukskrivningar. Detta upplevs mycket positivt av medarbetare.

## 4 Ekonomisk redovisning

### 4.1 Ekonomiskt utfall enligt driftsredovisningen

Driftsredovisning, nettoresultat (tkr)			
Drift	Utfall per 31/12 2016	Budget per 31/12 2016	Avvikelse
Utföraravdelning	437 537	414 093	-23 444
Myndighetsavdelning	215 987	223 392	7 405
Förvaltningsgemensamt	- 192	13 425	13 617
<b>Totalt</b>	<b>653 332</b>	<b>650 910</b>	<b>- 2 422</b>

#### 4.1.1 Kommentarer till driftsredovisning

Vård - och omsorgsförvaltningens redovisade resultat för år 2016, uppgår till minus 2,4 mnkr

##### **Hemtjänst -9 mnkr**

Den kommunala hemtjänsten visar på ett underskott om 18 mnkr. Antalet utförda timmar blev lägre än föregående år, vilket resulterar i ett ännu större underskott på utförarsidan. Den minskning av utförda timmar som skett hos utförarsidan leder till en förbättring av resultatet på LOV-kontot mot föregående år. Under året har ett flertal åtgärder vidtagits, men dessa tillsammans har inte varit tillräckliga för att täcka kostnadsökningen.

Utfallet inom myndighet påverkas av utförd/rapporterad tid och uppvisar ett överskott på 8 mnkr.

##### **Särskilda boenden äldre – 8 mnkr**

Regeringen fattade beslut om att fördela medel för att öka bemanningen inom äldreomsorgen. För Katrineholm omfattar det 8 mnkr år 2016 och detta används till att öka bemanningen. Det innebär att den förstärkning som krävts inom verksamheter som; nattpatrull, undersköterska under natten på demensboende och sjuksköterskor har finansierats med dessa medel. Det var ett antal vårdenheter som överskred sin budget då vårdtyngden krävde en högre bemanning. Från oktober har bemanningen under natten på flera äldreboenden ökat för att tillgodose brukarnas behov. Dessutom har det skett en utökning av personal som arbetar med larm på grund av införande av digitala larm i hemtjänsten.

##### **Gruppboendestäder samt psykiatri 3 mnkr**

Verksamheter för personer med funktionsnedsättning visar ett överskott för år 2016. Detta beror på att brukarnas behov har varit mindre än de budgeterade resurserna.

##### **Ledning och verksamhetsstöd 3 mnkr**

Inom lednings- och verksamhetsstöd har vakanser samt överskott för övriga kostnader medfört ett positivt resultat.

##### **Hälso- och sjukvård 2 mnkr**

Eftersom vakanser inte kunnat tillsättas har detta medfört ett överskott.

##### **Anhörigstöd 1 mnkr**

Positivt utfall på personalkostnader då vakanser inte tillsatts.

### **Handläggning SoL och LSS 1 mnkr**

Positivt utfall på personalkostnader då vakanser inte tillsatts.

### **Köp av verksamhet – 10 mnkr**

Vård- och omsorgsförvaltningen har fått köpa in fler tjänster för LSS- insatser från externa utförare.

### **Bostadsanpassningsbidrag 1 mnkr**

#### **Förvaltningsgemensamt 14 mnkr**

I det förvaltningsgemensamma överskottet ingår:

- Överskottet kan härledas till vakanta tjänster, 2 mnkr.
- Resurser som inte fördelats i verksamheten inför 2016, 8 mnkr
- Återsökning från Migrationsverket, 2 mnkr. Återsökning av kostnader för insatser.
- Bostadsanpassnings bidrag (BAB), 1 mnkr. Minskning gjordes på medborgarfunktionen och fördes över till förvaltningschef.

### **Engångsbelopp 2,0 mnkr**

Medel att fritt förfoga över, dock inte budgeterade.

### **Utföraravdelning övergripande 1 mnkr**

Positivt utfall på personalkostnader då vakanser inte tillsatts, samt övriga kostnader visar överskott

### **Framtida behov av budgetutökning från 2019**

Utökning av vård- och omsorgspersonal inom äldreomsorgen, 8 mnkr. Från 2019 ska vård- och omsorgsförvaltningen finansiera utökning av personal inom äldreomsorgen som har finansierats av statliga stimulansmedel.

## **4.2 Ekonomiskt utfall enligt investeringsredovisningen**

Investeringsredovisning, nettoresultat (tkr)			
Investering	Utfall per 31/12 2016	Budget per 31/12 2016	Avvikelse
Verksamhetssystem	0	100	100
Brandlarm	586	697	111
Arbetsmiljöåtgärder	224	600	376
Ny teknik	178	200	22
Person- taklyftar och rullstolar	87	200	113
Sängar och madrasser	254	200	-54
Specialutrustning	253	560	307
Utrustning gemensamhetsutrymmen. t.ex. brandsäkra möbler	538	600	62
Arbetstekniska hjälpmedel	146	150	4
TES	21	175	154
Granheden	216	280	64
Treserva tillägg	773	1 017	244
Inköp mobiler TES	0	50	50
<b>Totalt</b>	<b>3 276</b>	<b>4 829</b>	<b>1 553</b>

#### 4.2.1 Kommentarer till investeringsredovisning

- Implementering av nytt verksamhetssystem, Treserva, har fortsatt under året. Fler moduler kommer att köpas in. Därav kommer en ombudgetering att göras till år 2017.
- Under 2016 har vård- och omsorgsförvaltningen köpt in möbler som följer brandsäkerhetskraven till gemensamhetsutrymmena på samtliga särskilda boenden.
- Inköp av inventarier till korttidsboendet Granheden har gjorts under året.
- Investering i arbetsmiljöåtgärder innefattar framförallt höj- och sänkbara skrivbord.
- Arbetet med att byta ut brandlarmen på samtliga gruppboenden har avslutats. Slutbesiktning har skett under år 2016.
- Införande av nya diskdesinfektorer till SÄBO har påbörjats under år 2016. Detta har inte avslutats därför kommer en ombudgetering att begäras av medel till år 2017.

#### Ombudgetering inför kommande år

Utfallet för investeringar visar ett positivt resultat om 1,553 tkr mot budget vilket framför allt beror på att investeringsposter kring specialutrustning och Treserva moduler kommer under 2017. Vård- och omsorgsförvaltningen kommer att ansöka om ombudgetering av 1 231 tkr till 2017.

För att vård- och omsorgsförvaltningen ska kunna fortsätta arbeta mot resultatmålen *ökad trygghet för kommunens medborgare* samt att *utveckla vård och omsorg på särskilda boenden och inom funktionsnedsättning* begärs följande ombudgetering inför 2017:

- Treserva: 244 tkr
- Specialutrustning: 307 tkr
- Tes: 204 tkr
- Verksamhetssystem integrering 100 tkr

För att vård- och omsorgsförvaltningen ska kunna fortsätta arbete mot resultatmålen *att öka till- och frångängligheten i kommunens lokaler* samt för att förbättra arbetsmiljön vilket kan leda till *ökad medarbetarengagemang* begärs följande ombudgetering inför 2017:

- Arbetsmiljöåtgärder: 376 tkr

#### 4.3 Lokalresurser

Vård- och omsorgsförvaltningen ha börjat bygga nytt gruppboende och serviceboende för personer med funktionsnedsättning. Det planeras även för att bygga ett nytt äldreboende. Utöver detta utreds möjligheterna att flytta Skogsbrynet. Förändringar i betalningsansvarslagen kommer att ställa höga krav på att snabbt kunna ta emot nya personer i verksamheten. Detta innebär bland annat att kommunen behöver korttidsplatser för brukare som får stöd av socialpsykiatri.

I förvaltningens brandskyddsarbete har det framkommit att brandskyddet på kommunens boenden måste förbättras.



## 5 Särskilda uppdrag

### 5.1 Uppdrag från Övergripande plan med budget

Status	Aktiviteter	Kommentar
✓	Projektering av nytt äldreboende	Arbetet med att projektera för att bygga ett nytt äldreboende har startat. En arbetsgrupp med representanter från vård- och omsorgsförvaltningen och KFAB arbetar med detta.
⏸	Utveckling av samordnad vård och omsorg på hemmaplan för samsjukliga äldre personer	Vård- och omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen har tillsammans gjort en inventering för att kartlägga vilka personer som finns i verksamheterna idag som skulle passa på ett boende för personer med samsjuklighet. Arbetsgruppen har räknat på kostnader för ett framtida bedömningsboende och ett mobilt bedömningsteam. Vård- och omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen har ett fortsatt uppdrag att planera inrättande av ett boende för personer med samsjuklighet.

## 6 Bilaga: Uppföljning av indikatorer

### 6.1 Tillväxt, jobb och egen försörjning

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Ytterligare förbättrat företagsklimat KS, BMN, VON, KIAB	Företagarnas sammanfattande omdöme om kommunens service	NKI 71			<b>2017-01-26</b> SKL:s servicemätning av kommunernas myndighetsutövning (Insikt) 2016 visar att företagare är allt nöjdare med kommunens myndighetsutövning. Medelvärde för samtliga 56 kommuner som deltagit i undersökningen 2016 var NKI 69.
	Svenskt Näringslivs ranking av kommunerna	rank 81			<b>2017-01-26</b> Katrineholm har klättrat från plats 128 till plats 81 i Svenskt Näringslivs ranking av lokalt företagsklimat 2016.
	Kundnöjdhet avseende kommunens service och bemötande vid bygg-, trafik- och miljöärenden	5,1			<b>2017-01-26</b> Utfallet avser andra kvartalet 2016.
	Kundnöjdhet avseende lokaler som KIAB tillhandahåller	NKI 81			<b>2016-09-06</b> Senaste mätning gjordes 2014
	Andel lokala livsmedelsleverantörer via kommunens interna omlastningscentral	8			<b>2017-01-26</b> Utfall per december 2016

### 6.2 Attraktiva boende- och livsmiljöer

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Ökat bostadsbyggande KS, VON, KFAB	Antal färdigställda lägenheter i nybyggda småhus	24			<b>2017-01-26</b> Utfallet avser 2015.
	Antal färdigställda lägenheter i nybyggda flerbostadshus	50			<b>2017-01-26</b> Utfallet avser 2015.
	Kommunens försäljning av tomter för småhus och flerbostadshus	4 st			
	Handläggningstid för bygglov	34 dagar			
Till- och frångängligheten i kommunala lokaler ska öka KS, BIN, STN, VON, KFAB	Redovisning av tillgänglighetsförbättrande åtgärder i kommunala lokaler				<b>2017-01-16</b> Respektive verksamhet ansvarar för att löpande göra förbättringar i sina lokaler utifrån planen för att förbättra tillgängligheten i vård- och omsorgsförvaltningens lokaler. Vissa åtgärder har överlämnats till KFAB.

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
	Tillgänglighetsinventering (fysisk) av STN:s fastigheter och anläggningar (camping, badplatser, parker, lekplatser med mera)				<b>2017-01-26</b> Indikatorn är ej mätbar med nuvarande formulering enligt STN. Vid renovering, om- och tillbyggnad tas tillgänglighetsperspektivet alltid i beaktande.
Fortsatt bra kommunikationer KS, VON	Invånarnas bedömning av kommunikationerna	63	62	64	<b>2017-02-03</b> Utfallet avser 2016, betygsindex (av max 100) enligt SCB:s medborgarundersökning. Medelvärde samtliga 136 deltagande kommuner: 60.
	Antal resande med stads- trafiken (buss)	198 000			<b>2017-01-26</b> Avser perioden januari - juli 2016.
	Antal resande med lands- bygdstrafiken (buss)	445 000			<b>2017-01-26</b> Avser perioden januari - juli 2016.
	Antal tågstopp i rusnings- tid vid Katrineholm Central (vardagar kl 06-09 samt 16-19 under normal säsong)	36			<b>2017-01-26</b> Utfallet avser vecka 40 2016. Vardagar avgår 16 tåg kl 06-09 och 20 tåg kl 16-19. Senaste mätning gjordes i mars 2015, då avgick totalt 38 tåg samma tider.

### 6.3 Utbildning

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Höjd utbildningsnivå i kommunen BIN, KTN, VIAN, VON	Andel kvinnor och män från Katrineholm i grundläggande vuxenutbildning som klarar målen	73 %	71 %	76 %	
	Andel kvinnor och män från Katrineholm i gymnasial vuxenutbildning som klarar målen	64 %	66 %	62 %	
	Andel kvinnor och män i Katrineholm med eftergymnasial utbildning	29 %	36 %	23 %	
Den digitala delaktigheten ska öka i alla åldrar KS, BIN, KTN, VIAN, VON	Andel invånare som upplever sig vara digitalt delaktig när det gäller att nyttja e-tjänster inom kommun och landsting	62 %	61 %	63 %	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, andel som svarat minst 5 på en skala 1-10 enligt tilläggsfråga i SCB:s medborgarundersökning.
	Andel invånare som upplever sig vara digitalt delaktig när det gäller att utföra bankärenden	86 %	85 %	87 %	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, andel som svarat minst 5 på en skala 1-10 enligt tilläggsfråga i SCB:s medborgarundersökning.
	Andel invånare som upplever sig vara digitalt delaktig när det gäller att söka information	86 %	82 %	91 %	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, andel som svarat minst 5 på en skala 1-10 enligt tilläggsfråga i SCB:s medborgarundersökning.

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
	Andel invånare som upplever sig vara digitalt delaktig när det gäller att delta i samhällsdebatten	49 %	51 %	46 %	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, andel som svarat minst 5 på en skala 1-10 enligt tilläggsfråga i SCB:s medborgarundersökning.
	Andel invånare som upplever sig vara digitalt delaktig när det gäller att vara aktiv på sociala medier	49 %	51 %	46 %	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, andel som svarat minst 5 på en skala 1-10 enligt tilläggsfråga i SCB:s medborgarundersökning.
	Andel anställda i Katrineholms kommun som känner sig digitalt delaktiga och kan använda de digitala verktyg och system som behövs i arbetet	77 %	78 %	77 %	<b>2017-02-03</b> Utfallet avser medarbetarundersökningen 2015, andel av samtliga medarbetare i Katrineholms kommun som svarade att det stämmer ganska eller mycket bra. Undersökningen görs nästa gång 2017

## 6.4 Omsorg och trygghet

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Omsorgen för äldre och funktionsnedsatta ska byggas ut efter behov VON	Väntetid till särskilt boende inom äldreomsorgen	58 dagar	64 dagar	50 dagar	<b>2017-02-20</b> Utfallet avser 2015.
	Antal platser på demensavdelningar	125			<b>2017-01-16</b> Demensplatser finns på Norrgläntan, Lövåsgården, Igelkotten, Strandgården, Vallgården. Almgården och Pantern.
	Påbörjande av byggnation av ett nytt äldreboende	Ja			
	Tillskapande av en grupp- bostad för unga med funktionsnedsättning	Ja			
Ökad trygghet för hemtjänstens brukare VON	Personalkontinuitet inom hemtjänsten – antal personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	13	13	12	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten	87 %	86 %	88 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel brukare inskrivna i hemsjukvården med en samordnad individuell plan (SIP)				<b>2017-01-22</b> 2016 gjordes 101 st SIP 2015 gjordes 81 st SIP 2014 gjordes 209 st SIP. Andelen personer som får en samordnad individuell plan i hela Sörmland är låg.

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Fortsatt utveckling av service och omvårdnad för hemtjänstens brukare STN, VON	Andel brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål	90 %	89 %	92 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd	64 %	65 %	64 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel brukare som svarar att de sammantaget är ganska/mycket nöjda med den hemtjänst de har	91 %	90 %	94 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
Fortsatt utveckling av vård och omsorg för äldre i särskilt boende STN, VON	Andel brukare inom särskilt boende som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål	82 %	82 %	82 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel brukare inom särskilt boende som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen	68 %	68 %	66 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo på ett särskilt boende	88 %	86 %	91 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel brukare som svarar att de sammantaget är ganska/mycket nöjda med sitt särskilda boende	86 %	85 %	88 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
Minskad risk för undernäring för äldreomsorgens brukare STN, VON	Andel brukare i särskilt boende med risk för undernäring enligt bedömning i Senior Alert	52 %	57 %	42 %	<b>2017-01-19</b> Procentsatsen anger hur stor andel som riskerar undernäring av de personer som fått en riskbedömning. Mätningen avser tiden januari-December 2016
	Andel brukare i särskilt boende med bedömd risk för undernäring som har en planerad förebyggande åtgärd	51 %	48 %	56 %	<b>2017-01-19</b> Procentsatsen anger hur stor andel av de personer som riskerar undernäring som har en planerad förebyggande åtgärd. Mätningen avser perioden januari-december 2016.
	Andel brukare i äldreomsorgen vars nattfasta är mindre än 11 timmar (med hänsyn taget till den enskildes önskemål)	39 %	40 %	38 %	<b>2017-02-06</b> Resultat våren 2016 41 % av brukarna hade nattfasta mindre än 11 timmar. 48 % av männen hade nattfasta mindre än 11 timmar. 38 % av kvinnorna hade nattfasta mindre än 11 timmar. År 2015 mättes nattfasta utifrån att den skulle vara mindre än 13 timmar.

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Fortsatt utveckling av vård och omsorg för personer med funktionsnedsättning VON	Andel brukare inom omsorg till personer med funktionsnedsättning som varit delaktiga i personlig planering avseende sin omsorg	58 %	59 %	58 %	<b>2016-09-12</b> Utfallet avser 2015.
	Andel brukare inom omsorg till personer med funktionsnedsättning som svarar att de är ganska/mycket trygga i sitt boende	82 %	82 %	81 %	<b>2016-09-12</b> Utfallet avser 2015.
	Andel brukare inom omsorg till personer med funktionsnedsättning som varit delaktiga i personlig planering avseende sin arbetssituation	72 %	73 %	71 %	<b>2016-09-12</b> Utfallet avser 2015.
	Andel brukare inom omsorg till personer med funktionsnedsättning som svarar att de är sammantaget är ganska/mycket nöjda med sitt boende/arbete/hjälpen i sin helhet	87 %	89 %	84 %	<b>2016-09-12</b> Utfallet avser 2015.
Ökad trygghet och säkerhet för kommunens invånare <i>KS, BIN, KTN, STN, VON, VSR</i>	Invånarnas bedömning av tryggheten i kommunen	59 %	45 %	71 %	
	Andel av till kommunen inkommande uppdrag avseende klottersanering som slutförs inom 24 timmar	59 %			
	Antal anmälda våldsbrott i kommunen (per 100 000 invånare)	1 437			
	Antal personer som skadas eller omkommer i olyckor som föranleder räddningsinsats	72			
	Andel olyckor där räddningstjänstens första enhet kommer fram inom målsatt tid	98 %			
	Antal personer som utbildats av räddningstjänsten kring olycksförebyggande och olycksavhjälpande åtgärder	5 835			
	Andel av de olyckor som föranlett räddningsinsats där en första skadebegränsande åtgärd gjorts av enskild	43 %			

## 6.5 Kultur, idrott och fritid

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Fler invånare ska delta aktivt i kultur-, idrotts- och fritidslivet <i>BIN, KTN, STN, SOCN, VON</i>	Andel invånare som upplever sig vara delaktiga i kulturlivet i Katrineholm	45 %	50 %	38 %	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, andel som svarat minst 5 på en skala 1-10 enligt tilläggsfråga i SCB:s medborgarundersökning.
	Andel invånare som upplever sig delaktiga i idrottslivet i Katrineholm	40 %	40 %	41 %	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, andel som svarat minst 5 på en skala 1-10 enligt tilläggsfråga i SCB:s medborgarundersökning.
Goda möjligheter till en innehållsrik och aktiv fritid i Katrineholms kommun <i>BIN, KTN, STN, VON</i>	Invånarnas bedömning av fritidsmöjligheterna i kommunen (parker, natur, idrott, kultur, föreningsliv, nöjen)	60	62	59	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, betygsindex (av max 100) enligt SCB:s medborgarundersökning. Medelvärde samtliga 136 deltagande kommuner: 61.
Kulturverksamheter som invånarna är nöjda med <i>BIN, KTN, VON</i>	Invånarnas bedömning av biblioteksverksamheten	7,8	8	7,5	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, betygsindex (av max 10) enligt SCB:s medborgarundersökning. Medelvärde samtliga 136 deltagande kommuner: 7,7.
	Invånarnas bedömning av utställnings- och konstverksamheter	7,1	7,3	6,8	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, betygsindex (av max 10) enligt SCB:s medborgarundersökning. Medelvärde samtliga 136 deltagande kommuner: 6,5.
	Invånarnas bedömning av teaterföreläsningar och konserter	6,1	6,3	5,9	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, betygsindex (av max 10) enligt SCB:s medborgarundersökning. Medelvärde samtliga 136 deltagande kommuner: 5,8.
	Invånarnas bedömning av kulturutbudet för barn och unga	5,9	6	5,8	<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, betygsindex (av max 10) enligt tilläggsfråga i SCB:s medborgarundersökning.
	Andel unga och unga vuxna som är nöjda med den verksamhet som erbjuds inom kulturområdet	97 %	97 %	93 %	
Förbättrade möjligheter att delta i sociala aktiviteter för brukare i äldreomsorgen <i>STN, VON</i>	Andel boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter på vardagar	37 %			<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen	19 %			<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
	Andel äldre som svarar att de är ganska/mycket nöjda med de aktiviteter som erbjuds på sitt särskilda boende	74 %	76 %	70 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel äldre i särskilt boende som inte besväras av ensamhet	39 %	38 %	42 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel äldre med hemtjänst som inte besväras av ensamhet	42 %	44 %	40 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Antal äldre som äter i de kommunala lunchrestaurangerna	130			
Jämställda kultur- och fritidsverksamheter <i>BIN, KTN, STN, VON</i>					
Andelen invånare med goda levnadsvanor ska öka <i>KS, BIN, KTN, STN, VIAN, VON</i>	Andel invånare som använder tobak				<b>2017-01-26</b> Utfallet avser 2012, andel som röker dagligen. Riket: kvinnor 12 %, män 11 %, totalt 11 %. Nästa undersökning sker 2017.
	Andel invånare med skadliga alkoholvanor				<b>2017-01-26</b> Utfallet avser 2012. Riket: kvinnor 7 %, män 7 %, totalt 7%. Nästa undersökning sker 2017.
	Andel invånare med goda kostvanor				<b>2017-01-26</b> Utfallet avser 2012, andel som äter frukt och grönt minst 5 ggr/dag. Riket: kvinnor 11 %, män 5 %, totalt 8 %. Nästa undersökning sker 2017.
	Andel invånare som är fysiskt aktiva				<b>2017-01-26</b> Utfallet avser 2012, andel som ägnar minst 3 tim/vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter. Riket: kvinnor 54 %, män 57 %, totalt 55 %. Nästa undersökning sker 2017.

## 6.6 Hållbar miljö

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Ökad andel miljöbilar i kommunens verksamheter <i>KS, BMN, VON, KTN, STN, BIN, VIAN, SOCN, KFAB</i>	Andel miljöbilar av totalt antal bilar i kommunkoncernen.	46 %			<b>2017-02-03</b> Utfallet avser andel miljöbilar i kommunkoncernen 2016 enligt KKiK. Medelvärde KKiK: 33 %. Inom service- och teknikförvaltningens bilsamordning utgör miljöbilarna 66 % 2016.



Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Kommunens energiförbrukning ska minska <i>KS, BMN, VON, KTN, STN, BIN, VIAN, SOCN, KFAB</i>	Minskning av energi-användning i kommunens lägenhetsbestånd sedan 2008	14,6 %			
	Minskning av energi-användning i kommunens verksamhetslokaler sedan 2008	10,5 %			
Fortsatt utveckling av klimatsmarta och ekologiska måltider i kommunens måltidsverksamhet inom förskola, skola och äldreomsorg <i>BIN, STN, VON</i>	Matsvinn per portion i samband med lunchserveringarna, antal gram	50 g			
	Kostnaden för kommunens inköp av ekologiska livsmedel som andel av kommunens totala kostnad för inköp av livsmedel	31,2%			
	Kostnaden för kommunens inköp av närproducerade livsmedel som andel av kommunens totala kostnad för inköp av livsmedel	10 %			
	Minskning av inköp av hel- och halvfabrikat	-10 %			
Ökat gästfokus i kommunens måltidsverksamhet inom förskola, skola och äldreomsorg <i>BIN, STN, VON</i>	Andel barn som är nöjda med maten och måltidsmiljön	61 %	61 %	61 %	
	Andelen äldre som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende	78 %	74 %	87 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andelen äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende ofta/alltid är en trevlig stund på dagen	75 %	73 %	78 %	<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andelen äldre på särskilt boende med en aktuell genomförandeplan som innehåller information om den äldres önskemål och behov i samband med måltiderna	45 %			<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel barn som har möjlighet att välja mellan olika maträtter	78 %			
	Andel äldre på särskilt boende som har möjlighet att välja mellan olika maträtter	40 %			<b>2016-12-23</b> Utfallet avser 2016.
	Andel elever som har en bra schemaläggning av lunchen	91 %			

## 6.7 Ekonomi och organisation

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Resultatet ska uppgå till minst en procent av skatteintäkterna <i>KS, BIN, BMN, KTN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Resultat i förhållande till skatteintäkter och utjämnings	2 %			<b>2017-01-27</b> Utfallet avser kommunen som helhet under perioden januari-augusti 2016.
Nettodriftskostnaderna ska inte öka snabbare än skatteintäkterna <i>KS, BIN, BMN, KTN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Nettodriftskostnaderna ska inte öka snabbare än skatteintäkter och utjämnings, måluppfyllelse	Ja			<b>2017-01-27</b> Utfallet avser kommunen som helhet under perioden januari-augusti 2016.
Kommunens lokalresurser ska utvecklas för ökad funktionalitet, kostnadseffektivitet och kundnöjdhet <i>KS, BIN, BMN, KTN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB</i>	Kundnöjdhet avseende KFAB:s verksamhetslokaler	NKI 64			
Kommunens tillgänglighet per telefon och e-post ska förbättras <i>KS, BIN, BMN, KTN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Andel invånare som får svar på en enkel e-postfråga inom två arbetsdagar	89 %			<b>2017-02-03</b> Utfallet avser kommunen som helhet 2016. Medelvärde KKik: 86 %.
	Andel invånare som får ett direkt svar på en enkel fråga när de tar kontakt med kommunen via telefon	50 %			<b>2017-01-26</b> Utfallet avser kommunen som helhet 2016. Medelvärde KKik: 52%.
	Gott bemötande via telefon, andel av maxpoäng	78 %			<b>2017-01-26</b> Utfallet avser kommunen som helhet 2016. Medelvärde KKik: 78 %. På grund av ny mätmetod kan utfallet inte jämföras med föregående år.
Tydlig och effektiv kommunikation <i>KS, BIN, BMN, KTN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Andel av maxpoäng i SKL:s webbinformationsundersökning utifrån ett invånarperspektiv	92 %			<b>2017-02-03</b> Utfallet avser 2016, andel av maxpoäng i undersökningen. Medelvärde alla deltagande kommuner 76 %. På grund av ny mätmetod kan utfallet inte jämföras med föregående år. Vård- och omsorgsförvaltningen har under många år haft toppresultat nationellt gällande information på webben.
	Andel av maxpoäng i SKL:s webbinformationsundersökning utifrån ett företagarperspektiv	79 %			<b>2017-01-12</b> Utfallet avser 2016, andel av maxpoäng i undersökningen. Medelvärde alla deltagande kommuner 79 %. På grund av ny mätmetod kan utfallet inte jämföras med föregående år.

Resultatmål/Uppdrag	Indikatorer	Utfall	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Ökat medarbetar-engagemang <i>KS, BMN, VON, KTN, STN, BIN, VIAN, SOCN</i>	Resultat i undersökningen kring hållbart medarbetar-engagemang	78 %	78 %	77 %	<b>2017-02-03</b> Mätningen av motivation (HME) i medarbetarenkäten visar att cirka 80 procent av vård- och omsorgsförvaltningens medarbetare tycker att arbetat är meningsfullt, att hen utvecklas i arbetet och att hen ser fram emot att gå till arbetet.
Tryggad personalförsörjning genom utvecklad rekrytering <i>KS, BMN, VON, KTN, STN, BIN, VIAN, SOCN</i>	Andel påbörjade rekryteringar där tjänsten tillsätts				
	Andel rekryteringar där tjänsten tillsätts med eftersökt kompetens enligt rekryteringskravprofilen				
Minskad sjukfrånvaro <i>KS, BMN, VON, KTN, STN, BIN, VIAN, SOCN</i>	Andel sjukfrånvarotimmar av ordinarie arbetstid, totalt	8,2 %	8,8 %	5,8 %	<b>2017-01-26</b> Utfallet avser sjukfrånvaro bland tillsvidareanställda i kommunen som helhet under perioden 2015-12-01 t.o.m. 2016-11-30. Jämfört med motsvarande period föregående år har sjukfrånvaron ökat för både kvinnor och män.
	Del av sjukfrånvaro som är längre än 60 dagar	54,8 %	56,2 %	46,3 %	<b>2017-01-26</b> Utfallet avser andel av total sjukfrånvaro som avser långtidssjukfrånvaro (60 dagar eller mer) bland anställda i kommunen som helhet under perioden 2015-12-01 t.o.m. 2016-11-30. Jämfört med motsvarande period föregående år utgör långtidssjukfrånvaron en större andel av den totala sjukfrånvaron. Andelen har ökat för kvinnor men minskat för män.



Vård- och omsorgsnämnden

## Anmälan om missförhållanden i omsorgen om äldre – Lex Sarah (brist i vårdkedja – LS 1)

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

- Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår vård- och omsorgsnämnden besluta att tillräckliga och adekvata åtgärder är vidtagna.
- Nämnden konstaterar att det inträffade utgör ett allvarligt missförhållande enligt 14 kap. § 7 SoL (Lex Sarah).
- Anmälan översändes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### Sammanfattning av ärendet

Den 24 augusti 2016 blev aktuell vårdtagare (AVT) inlagd på sjukhus. Hen återvände till sitt boende på servicehus den 14 september med avsevärt nedsatt rörlighet. En arbetsterapeut (ARB1) och sjukgymnast (SJG) mötte AVT vid hemkomsten för att testa hjälpmedlen hen fått med sig hem från sjukhuset, en glidbräda och ett vårdbälte. ARB1 och SJG lyckades inte förflytta AVT mellan rullstolen och toaletten med glidbrädan. AVT var sedan för utmattad för att fortsätta prova hjälpmedel. Den 15 september återvände SJG tillammans med en annan arbetsterapeut, ARB2, till AVT:s lägenhet för att prova ut ett lyftskynke. Skynket visade sig dock vara för stort för AVT. ARB1 och SJG bestämde sig för att testa fler lyftskynken nästa dag. Fredag den 16 september blev SJG sjuk och ARB1 åkte till servicehuset själv med avsikt att be personalen om hjälp med utprovningen. Hen frågade personalen om de kunde hjälpa men de svarade att de var för upptagna. ARB1 åkte iväg för att uträtta andra ärenden. När hen besökte en annan brukare på samma servicehus stod lyften utanför AVT:s lägenhet. Eftersom den skulle stå på laddning inne i AVT:s lägenhet knackade ARB1 på AVT:s dörr för att fråga om hen fick ställa in den. Två vårdpersonal öppnade dörren. De hade förflyttat AVT till toaletten med en annan brukares sele och lyft. Selen var för stor för AVT och hen hade glidit i den. ARB1 försökte lyfta AVT ur stolen men hen ropade ut i smärta. ARB1 sänkte ned hen igen. ARB1 såg då att toaletsitsen var sprucken och att AVT:s ben hade fastnat i sprickan. AVT var även något nedsjunknen i toaletten och efter försöket att lyfta upp hen sjönk hen ner ännu djupare. ARB1 gick och hämtade en oanvänd sele ur en annan brukares rum. Med denna lyckades hen lyfta upp AVT ur toaletten. Eftersom akutselen tillhörde en annan brukare fick AVT inte fortsätta använda den. Av hygien- och säkerhetsskäl får brukare inte använda andra brukares selar, där lyftandet av AVT ur toaletten utgjorde ett undantag i och med att det var en nödsituation. Dessutom är akutselar inte utformade för att användas i samband med toalettbesök. ARB1 påpekade för AVT och vårdpersonalen som var där att AVT måste utföra sina behov i sängen eller i inkontinensskydd och bli tvättad i sängen av personal tills ARB1 kunde prova ut en ny sele och att detta fick bli efter helgen. AVT bad under helgen att få använda lyft och sele till toaletten vilket



personalen har gjort med andra brukares lyftar och selar. Måndag den 19 september återvände ARB1 till boendet och provade ut lyft och lyftsele med AVT.

Personalen på boendet sa till ARB1 att de var för upptagna för att hinna hjälpa hen med utprovningen på fredagen. Detta ledde till att det inte gjordes innan helgen. Detta ses i sin tur som en effekt av en oklar organisationsstruktur. Enheter inom Hälso- och sjukvårdsverksamheten ser servicehus som ett särskilt boende medan omvårdnadspersonalen som tjänstgör på servicehuset ingår i hemtjänstverksamheten och ger brukarna hemtjänstinsatser. Detta ger upphov till missförstånd rörande vilket arbetssätt och vilka rutiner samt riktlinjer som gäller på servicehusen. Bland annat finns inget förråd med arbetshjälpmedel som lyftar, oanvända skynken eller bäcken på servicehuset. Om dessa hjälpmedel fanns på plats hade det kunnat lösa eller underlätta situationen, åtminstone temporärt. Dessutom har personalen på servicehuset i likhet med annan hemtjänstpersonal ett pressat schema där besök hos brukarna vid vissa tillfällen går omlott om varandra. Larm och andra oförutsedda ärenden ska enligt hemtjänstens arbetssätt besvaras av larmpatrullen. För personalens del var ARB1:s förfrågan om hjälp ett sådant ärende. För ARB1, som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, så ses servicehuset som ett särskilt boende där personalen generellt förväntas ha förutsättningar att hjälpa till.

Andra bakomliggande orsaker tas upp i utredningen enligt lex Maria.

Av ovan beskrivna händelseförlopp runt brukaren finns ingenting dokumenterat i genomförandejournalen. Enligt vård- och omsorgsförvaltningens rutin för social ska viktiga händelser som dessa dokumenteras.

#### *Vidtagna åtgärder*

- Enhetschef har haft stödjande samtal med brukaren.
- En genomgång av rutinen för social dokumentation har hållits på enheten för att den ska förankras bland personalen.
- Utbildning i social dokumentation har hållits i förvaltningen.

#### *Planerade åtgärder*

- Den förvaltningsövergripande Rutin för hjälpmedel och basutrustning i boenden inom vård- och omsorgsförvaltningen i Katrineholms kommun ska revideras. Det ska förtydligas att omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal, så långt som det är möjligt, ska bistå varandra. MAS ansvarar. Klart 2017-04-01
- Avdelningschef för utföraravdelningen implementerar kunskapen om nya rutinen till alla enheter inom verksamhet enligt SoL och LSS. Klart 2017-05-01
- Riktlinjer och rutiner som förtydligar att servicehusen ingår i hemtjänstverksamheten och fastställer hur dessa ska hanteras ska framtas. Avdelningschef för myndighets- och specialistavdelningen ansvarar. Klart 2017-05-01
- Arbetsgruppen på servicehuset ska genomgå professionell handledning. EC ansvarar. Klart 2017-05-01
- Personal på servicehuset ska få enskilda stödjande samtal. EC ansvarar. Klart 2017-05-01



Åtgärdsplanen följs upp av områdeschef senast sex månader efter beslut i vård- och omsorgsnämnden.

Utifrån de brister som framkommer i utredningen anses vidtagna och planerade åtgärder adekvata och tillräckliga. Andra åtgärder kommer att dokumenteras i tillhörande lex Maria-utredning. En tydligare organisationsstruktur hade lett till att AVT kunnat få lyft och lyftskynke utprovat på fredagen eller tidigare så att hen kunde börja använda dem då istället för efter helgen. Detta hade besparat AVT och personalen mycket onödigt lidande. Därför bedöms händelsen som ett allvarligt missförhållande.

### Ärendets handlingar

- Vård- och omsorgsförvaltningens utredning 2017-02-06

### Ärendebeskrivning

Enligt Socialtjänstlagen (2001:451), 14 kapitlet, 3 § (lex Sarah) är alla som är verksamma inom äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning skyldiga att anmäla alla missförhållanden till vård- och omsorgsnämnden. Nämnden skall sedan avgöra om det föreligger ett allvarligt missförhållande, påtaglig risk för allvarligt missförhållande, eller enbart missförhållande (SOSFS 2011:5). I de fall nämnden bedömer att det föreligger allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande ska nämnden anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Detta gäller på samma sätt enligt Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Vård- och omsorgsnämnden fattade den 24 februari 2012 beslut om nya riktlinjer för rapportering enligt SoL och LSS – lex Sarah. Av dessa framgår bland annat att avdelningschef gör första bedömning av inkommen rapport om misstänkt missförhållande, svarar för att utredning görs, beslutar om åtgärder kopplade till händelse samt ser till att ansvarig nämnd får anmälan för ställningstagande och beslut.

Päivi Kabran  
Förvaltningschef

Eva Hersler  
Chef myndighets- och specialistavdelningen

Beslutet skickas till: Avdelningschef myndighets- och specialistfunktion, tf. samordnande områdeschef, områdeschef, enhetschef, akten



VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN  
Lednings- och verksamhetsstöd

TJÄNSTESKRIVELSE 1 (1)

Datum  
2017-02-02

Vår beteckning  
VON/2017:13 - 002

Vår handläggare  
Mona Kjellström

Ert datum

Er beteckning

Vård- och omsorgsnämnden

## Förslag om revidering av vård- och omsorgsnämndens delegationsordning

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner revideringen av delegationsordningen att gälla från den 1 maj 2017.

### Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgsförvaltningen går in i en ny organisation från den 1 maj 2017. Inför den nya organisationen har förvaltningen gjort en översyn av nu gällande delegationsordning. Föreslagna ändringar är markerade med över- respektive understruken text. Den nya delegationsordningen ska gälla från den 1 maj 2017.

### Ärendets handlingar

- Förslag till reviderad delegationsordning, 2017-02-02

Päivi Kabran  
Förvaltningschef

Beslutet skickas till: Anställda via Communis, akten

# FÖRSLAG

## Delegationsordning för vård- och omsorgsnämnden i Katrineholm gällande från 2017-05-01

Datum: 2017-02-09

Dnr VON/2017:13-002

Beslutad av vård- och omsorgsnämnden 2017-XX-XX, § X



## Beslutshistorik

### Antagen av vård- och omsorgsnämnden

- 2005-02-10, § 11

### Reviderad av vård- och omsorgsnämnden

- 2006-04-06, § 40
- 2006-06-15, § 71
- 2007-04-12, § 67
- 2007-09-06, § 116
- 2007-12-13, § 172
- 2008-03-13, § 40
- 2008-12-11, § 159
- 2010-01-28, § 13
- 2010-12-09, § 133
- 2012-01-26, § 13
- 2012-12-06, § 138 (pga. ny organisation)
- 2014-06-12, § 71
- 2014-10-30, § 109 (upphörande av riktlinje dubbla boendekostnader)
- 2015-02-26, § 34
- 2016-01-28, § 11

## Innehållsförteckning

<i>Beslutshistorik</i> .....	2
<i>Innehållsförteckning</i> .....	3
<i>Inledning</i> .....	4
<i>Delegation</i> .....	4
<i>A Kommunallagen</i> .....	6
1 Brådskande ärenden .....	6
<i>B Sociala ärenden</i> .....	6
1 Socialtjänstlagen (SoL) .....	6
2 Lag om bostadsanpassningsbidrag .....	8
3 Lag om färdtjänst.....	8
4 Anmälan om behov av god man/förvaltare.....	9
5 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).....	9
6 Ombud och yttrande .....	11
7 Hälso- och sjukvård.....	12
8. Avgifter, nedsättning och jämkning .....	12
<i>C Allmänna handlingar</i> .....	13
Ärenden om prövning av utlämnande av allmän handling, uppställande av förbehåll, avvisning samt yttrande .....	13
<i>D Personalärenden</i> .....	14
1. Utövande av nämndens befogenhet som arbetsgivare enligt lag och avtal .....	14
2. Deltagande i konferens, utbildning, studieresa, högskolestudier .....	15
2.1 Beslut om att i tjänsten delta i konferens, utbildning eller studieresa .....	15
2.2 Beslut om att i tjänsten delta i konferens, utbildning eller studieresa .....	15
2.3 Beslut om att i tjänsten delta i gymnasie-/högskoleutbildning.....	15
3. Bemanningföretag.....	15
<i>E Ekonomi</i> .....	16
<i>F Fördelning av arbetsmiljöansvar</i> .....	<u>1918</u>
<i>G Fördelning av brandskyddsansvar</i> .....	

# Inledning

## Delegation

Kommunallagens bestämmelser om delegation innebär att beslutanderätten överförs från vård- och omsorgsnämnden till delegaten. Beslut som fattas med stöd av delegation är jämställt med ett av nämnden fattat beslut och kan ej ändras av nämnden eller annan delegat.

Delegation förekommer främst i de ärenden där riktlinjer lagts fast av vård- och omsorgsnämnden. Varje beslut som ska delegeras, förs ned till den nivå, där det ur laglig och praktisk/organisatorisk synvinkel är lämpligt att det ligger.

## Ersättare för delegat

Delegationen gäller för beslutsfattare i tilldelat ärende. I delegationsförteckningen är endast den lägsta nivån av beslutsfattare angiven. Av detta följer att beslutsfattare på högre nivåer också har rätt att besluta i samma ärendetyp. Delegationen enligt förteckningen gäller även i därmed jämställda ärenden (t.ex. vid lagändringar).

- Förvaltningschefen ersätts vid frånvaro av ~~tillförordnad verksamhetschefen för myndighets- och specialistfunktion.~~
- ~~Chef utföraravdelning ersätts automatisk av områdeschef för särskilt boende/dagverksamhet, område 3.~~
- ~~Myndighets- och specialistchef ersätts automatiskt av chef medborgarfunktion.~~
- Chef medborgarfunktion ersätts automatiskt av 1:e handläggare
- Verksamhetschef för stöd ordinärt boende ersätts vid frånvaro av verksamhetschef funktionsnedsättning
- Verksamhetschef för särskilt boende äldre ersätts vid frånvaro av verksamhetschef hälso- och sjukvård
- Verksamhetschef funktionsnedsättning ersätts vid frånvaro av verksamhetschef för stöd ordinärt boende
- Verksamhetschef hälso- och sjukvård ersätts vid frånvaro av verksamhetschef för särskilt boende äldre
- Vård- och omsorgsnämndens ordförande ersätts vid frånvaro av nämndens 1:e vice ordförande eller 2:e vice ordförande.
- Enskilda utskottets ordförande ersätts vid frånvaro av utskottets vice ordförande.
- När delegaten är utskottet och utskottets sammanträde ej kan avvaktas har utskottets ordförande rätt att fatta beslut.

## Avstå från att utöva delegationsrätten

Principiellt ska de angivna kategorierna tjänstemän utöva sin rätt att fatta beslut. En delegat kan dock avstå från att utöva sin delegationsrätt i vissa fall. Ärendet återförs då till nämnden. Situationer då ett ärende bör föras vidare till en högre nivå är t ex:

- ärenden av prejudicerande art
- nya, ovanliga situationer och faktorer
- stora och långvariga biståndsinsatser.

## Anmälan

Enligt kommunallagen ska beslut som fattas med stöd av delegation anmälas till vård- och omsorgsnämnden. Anmälan har registrerings-, informations- och kontrollsyfte.

**Undantag från anmälan** finns noterade i delegationsordningen genom en markering **Ej anmälan** under rubriken

**Kommentar.** Även om ett delegationsbeslut är undantaget anmälan till nämnden, **måste besluten finnas skriftliga**. En ledamot eller annan ska när som helst kunna få ta del av aktuella delegationsbeslut. Det är därför viktigt att besluten hålls ordnade så att de lätt hittas igen.

### Beskrivning av definitioner

Definition	Betydelse
Förvaltningschef	Förvaltningschef (anställd av kommunchefen)
<del>Avdelningschef</del> <del>Verksamhetschef</del>	<del>Chef för utföraravdelning och myndighets- och specialistavdelning myndighets- och specialistfunktion, stöd ordinärt boende, särskilt boende äldre, funktionsnedsättning, hälso- och sjukvård</del>
Områdeschef	Områdeschefer
Enhetschef	Enhetschef

### Beskrivning av förkortningar

Förkortning	Beskrivning
AB	Allmänna bestämmelser
BAB	Lag om bostadsanpassningsbidrag m.m. (1992:1754)
BEA	Beredskapsavtal
FTJ	Lag om färdtjänst (1997:736)
FVL	Förvaltningslag (1986:223)
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
KL	Kommunallag (1991:900)
LAS	Lag om anställningsskydd (1982:80)
LOV	Lag om valfrihetssystem
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
PAN	Överenskommelse om lön och anställningsvillkor för personlig assistent och anhörigvårdare
PSL	Patientsäkerhetslag (2010:659). <del>Gäller från 2011-01-01</del>
OSL	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
<del>PKO</del>	<del>Personalkontoret</del>
RFTJ	Lag om riksfärdtjänst (1997:735)
SFB	Socialförsäkringsbalk (2010:110). <del>Gäller från 2011-01-01.</del>
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SoF	Socialtjänstförordning (2001:937)
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
TF	Tryckfrihetsförordning (1949:105)

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
<b>A Kommunallagen</b>			
<b>1 Brådskande ärenden</b>			
Beslut i frågor som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas	6 kap 36 § KL	Nämndordförande	
- när ordförande ej tjänstgör		Nämndens 1:e vice ordf Nämndens 2:e vice ordf	

<b>B Sociala ärenden</b>			
<b>1 Socialtjänstlagen (SoL)</b>			
<b>1.1 Ärenden rörande rätten till bistånd (SoL)</b>			
Beslut om bistånd i form av anhörigstöd	SoL 4 kap 1 § 5 kap 10 §	Biståndshandläggare LSS-handläggare	
Beslut om bistånd i form av boendestöd/hjälp i hemmet	SoL 4 kap 1 §	LSS-handläggare	
Beslut om bistånd i form av dagverksamhet/sysselsättning	SoL 4 kap 1 §	Biståndshandläggare LSS-handläggare	
Fördelning av plats på dagverksamhet äldre	SoL 4 kap 1 §	Biståndshandläggare	
Beslut om bistånd i form av hemtjänst, trygghetslarm och matdistribution	SoL 4 kap 1 §	Biståndshandläggare Boendesamordnare	
Beslut om bistånd i form av hemtjänst i samband med personlig assistans	SoL 4 kap 1 §	LSS-handläggare	
Beslut om bistånd i form av särskilda boenden	SoL 4 kap 1 §	Biståndshandläggare Boendesamordnare LSS-handläggare	
Beslut om bistånd i form av medboende	SoL 4 kap 1 C § SoF 2 kap, 2 §	Biståndshandläggare Boendesamordnare	
Beslut om bistånd i form av korttidsboende	SoL 4 kap 1 §	Boendesamordnare Biståndshandläggare LSS-handläggare	
Fördelning av plats på särskilda boendeformer	SoL 4 kap 1 §	Boendesamordnare Biståndshandläggare	
Beslut med anledning av ansökan gällande flyttning till särskilt boende i annan kommun enligt 2 kap 3 § om insatser enligt 4 kap 1 §	SoL 4 kap 1 §	Boendesamordnare Biståndshandläggare	
Beslut om bistånd i form av avlösarservice/ledsagarservice	SoL 4 kap 1 §	Biståndshandläggare LSS-handläggare	

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
Beslut om placering i familjevård, hem för vård eller boende eller behandlingshem avseende psykiskt funktionshindrade	SoL 4 kap 1 §	Chef myndighets- och specialistavdelning	
Beslut om bistånd i form av plats i hem för vård eller boende, placering eller omplacering i familjehem avseende barn	SoL 4 kap 1 §	Enskilda utskottet	
- i fall det är fråga om stadigvarande vård och fostran upp till fyra månader (familjehem)	SoL 4 kap 1 §	LSS-handläggare	
Övervägande om vård av unga i annat hem än det egna fortfarande behövs	SoL 6 kap 8 §	Enskilda utskottet	
Beslut om omplacering av familjehemsplacerade barn när kostnaden ej går utanför gällande riktlinjer	SoL 4 kap 1 §	LSS-handläggare	
Beslut om upphörande av placering i familjehem	SoL 4 kap 1 §	LSS-handläggare	
Beslut om ersättning till familjehem (arvode och omkostnader) för barn och ungdom enligt SKLs <sup>1</sup> riktlinjer		LSS-handläggare	
- utöver SKLs riktlinjer		Enskilda utskottet	
Beslut om bistånd i form av kontaktperson/kontaktfamilj samt förordnande och entledigande av kontaktfamilj	SoL 4 kap 1 §	LSS-handläggare	
Beslut om ersättning till kontaktfamilj - enligt riktlinjer		LSS-handläggare	
- utöver riktlinjer		Enskilda utskottet	
<b>1.2 Ärenden om inledande och avslutande av utredning m.m.</b>			
Beslut om att inleda utredning (barn och vuxna)	SoL 11 kap 1 §	Biståndshandläggare Boendesamordnare LSS-handläggare	
Beslut om att utredning inte ska inledas eller att inledd utredning ska läggas ned	SoL 11 kap 1 §	Chef <del>myndighets- och specialistavdelning</del> medborgarfunktion	
Beslut om att utredning inte ska föranleda någon åtgärd	SoL 11 kap 1 §	Chef <del>myndighets- och specialistavdelning</del> medborgarfunktion	
<b>1.3 Överflyttande av ärenden mellan kommuner</b>			
Beslut om framställning om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun	SoL 2 a kap 10 §	Chef <del>myndighets- och specialistavdelning</del> medborgarfunktion	Begäran om överflyttning av frivilliga insatser enligt SoL kräver samtycke från den enskilde.
Beslut om mottagande av ärende från annan kommun		Enskilda utskottet	När det gäller underår från vårdnadshavaren.

<sup>1</sup> Sveriges Kommuner och Landsting

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
<b>2 Lag om bostadsanpassningsbidrag</b>			
Beslut om bostadsanpassningsbidrag	BAB		
- upp till två basbelopp		Handläggare bostadsanpassningsbidrag	
- över två basbelopp		Enskilda utskottet	
Beslut om återbetalning av erhållet bidrag	BAB 17 §	Enskilda utskottet	
<b>3 Lag om färdtjänst</b>			
Beslut om tillstånd till färdtjänst	FTJ 6-9 §§	Färdtjänsthandläggare Biståndshandläggare	
- vid avvikelser från riktlinjer		Enskilda utskottet	
Beslut om att återkalla tillstånd till färdtjänst			
- om förutsättningar för tillstånd inte längre finns	FTJ 12 §	Färdtjänsthandläggare Biståndshandläggare	
- om tillståndshavaren gjort sig skyldig till allvarliga och upprepade överträdelser av de föreskrifter och villkor som gäller	FTJ 12 §	Enskilda utskottet	
Beslut om tillstånd till riksfärdtjänst	RFTJ 4 och 7 §§	Färdtjänsthandläggare Biståndshandläggare	
- vid avvikelser från riktlinjer		Enskilda utskottet	
Beslut om att återkalla tillstånd till riksfärdtjänst			
- om förutsättningar för tillstånd inte längre finns	RFTJ 9 §	Färdtjänsthandläggare Biståndshandläggare	
- om tillståndshavaren gjort sig skyldig till allvarliga och upprepade överträdelser av de föreskrifter som gäller riksfärdtjänst	RFTJ 9 §	Enskilda utskottet	

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
<b>4 Anmälan om behov av god man/förvaltare</b>			
Anmälan till överförmyndaren att god man eller förvaltare enligt föräldrabalken bör förordnas för någon eller att någon inte längre bör ha förvaltare	SoF 5 kap, 3 §  LSS 15 §	Biståndshandläggare LSS-handläggare <del>Chef</del> medborgarfunktion Enhetschefer  LSS-handläggare Enhetschefer	Anmäles ej
<b>5 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)</b>			
<b>5.1 Ärenden rörande rätten till insatser</b>			
Personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, till den del behovet av ekonomiskt stöd inte täcks av <u>assistansersättning enligt lagen (1993:389) om assistansersättning</u> SFB	LSS 7 § och 9 § 2 p.		
- upp till 15 timmar per vecka		LSS-handläggare	
- 16 timmar per vecka och däröver		Enskilda utskottet	
- tidsbegränsat beslut upp till tio veckor i avvaktan på försäkringskassans beslut enligt <u>LASSSFB</u>	LSS 7 § och 9 § 2 p.	LSS-handläggare	
- tillfällig utökning	LSS 7 § och 9 § 2 p.	LSS-handläggare	
Beslut om att betala ut merkostnad vid ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro till privat utförare	LSS 7 § och 9 § 2 p.	<del>Chef medborgarfunktion</del>	<b>Kommentar [p1]:</b> Överordnad har automatiskt delegation
Ledsagarservice	LSS 7 § och 9 § 3 p.	LSS-handläggare	
Biträde av kontaktperson	LSS 7 § och 9 § 4 p.	LSS-handläggare	
Avlösarservice i hemmet	LSS 7 § och 9 § 5 p.	LSS-handläggare	
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	LSS 7 § och 9 § 6 p.	LSS-handläggare	
Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov	LSS 7 § och 9 § 7 p.	LSS-handläggare	
- integrerad plats i barnomsorg		Enskilda utskottet	
Boende i familjehem för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet	LSS 7 § och 9 § 8 p.	Enskilda utskottet	



Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
Bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet	LSS 7 § och 9 § 8 p.	Enskilda utskottet	
Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna	LSS 7 § och 9 § 9 p.	LSS-handläggare	
Daglig verksamhet	LSS 7 § och 9 § 10 p.	LSS-handläggare	
Beslut om att utbetala assistansersättning till annan person än den som är berättigad till insatsen	LSS 11 §	Enskilda utskottet	
Beslut om återbetalning av assistansersättning som lämnats felaktigt eller med för högt belopp	LSS 12 §	Enskilda utskottet	
Förhandsbesked om rätten till insatser	LSS 16 §	Enskilda utskottet	
Beslut om att utreda behoven för enskild på tillfälliga besök i kommunen och besluta om insatser enligt LSS	LSS 16 a §	LSS-handläggare	
Beslut om att ingå avtal med vårdgivare	LSS 17 §	Enskilda utskottet	EU beslutar att ingå avtal men uppdrar till chef för myndighetsavd. att teckna avtal
Beslut om avgift när barn eller ungdom får omvårdnad i ett annat hem än det egna	LSS 19-20 §, LSS-förordningen 5 §, SoF 6 kap. 2 §	LSS-handläggare	Beslutet är inte överklagbart.
Beslut om att anmäla behov av personlig assistent till försäkringskassa	SFB 51 kap 3 §	LSS-handläggare	
Yttrande till Försäkringskassan i samband med ansökan om eller prövning av assistansersättning	SFB 51 kap 21 §	LSS-handläggare	
Beslut om att utredning inte ska inledas eller att inledd utredning ska läggas ner	FVL 1 §	Chef <del>myndighets- och specialistavdelning</del> medborgarfunktion	
<b>5.2 Ersättning till familjehem samt särskilda kostnader vid familjehemsplacering m.m. (enligt LSS)</b>			
Beslut om ersättning till familjehem/avlastningshem			
- enligt SKLs riktlinjer		LSS-handläggare	
- utöver SKLs riktlinjer		Enskilda utskottet	

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
<b>6 Ombud och yttrande</b>			
<b>6.1 Ombud/avvisande av ombud</b>			
Utse ombud för vård- och omsorgsnämnden i ärenden eller mål vid allmän domstol eller förvaltningsdomstol	SoL 10 kap 2 § och övrig lagstiftning	Förvaltningschef	
Avvisande av ombud eller biträde	FVL9 §	Enskilda utskottet	
<b>6.2 Yttrande vid överklaganden</b>			
Prövning av att överklagande skett inom rätt tid samt avvisande av överklagande som inkommit för sent i ärenden som beslutats av delegat eller vård- och omsorgsnämnd	FVL 24 § 1 st	Delegaten i ursprungsbeslutet	
Beslut huruvida omprövning av överklagat delegationsbeslut skall ske	FVL 27 §	Delegaten i ursprungsbeslutet	
Omprövning av beslut	FVL 27 §	Delegaten i ursprungsbeslutet	
Överklagande och yrkande om inhibition när förvaltningsrätt eller kammarrätt ändrat delegats/nämndens eller utskottets beslut och detta beslut ursprungligen fattats av delegat.	SoL 10 kap 1-2 §§ FVL 27 § LSS 27 § FTJ 16 § BAB 18 § KL 6 kap 33-34 §§	Delegaten i ursprungsbeslutet. Andra delegater än utskottet ska samråda med chef <del>myndighets- och specialistavdelning</del> medborgarfunktion	
Avge yttrande med anledning av besvär i ärenden enligt SoL, LSS, BAB och lag om färdtjänst där ursprungsbeslutet fattats av delegat	”	Delegaten i ursprungsbeslutet. Andra delegater än utskottet ska samråda med chef <del>myndighets- och specialistavdelning</del> medborgarfunktion	
<b>6.3 Yttrande till tillsynsmyndighet i individärenden</b>			
Yttrande till tillsynsmyndighet med redogörelse över åtgärder som vidtagits för att verkställa dom från förvaltningsrätten i enlighet med beslut		Enskilda utskottet	
Yttrande till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) i ärenden där IVO utövar tillsyn över förvaltningens verksamheter		Enskilda utskottet	
Yttrande till Riksdagens ombudsmän (JO) i ärenden där JO utövar tillsyn		Enskilda utskottet	

DELEGATIONSORDNING VON

12 (22)

2017-02-02

VON/2017:13-002

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
<b>6.4 Anmälan om och avhjälpan av missförhållanden i omsorgen om äldre och funktionshindrade (Lex Sarah)</b>			
Bedömning av inkommet ärende och beslut om att inleda utredning	SoL 14 kap LSS 24 §	<del>Avdelningschef</del> <del>Verksamhetschef</del>	
Ta fram beslutsunderlag till nämnd		<del>Avdelningschef</del> <del>Verksamhetschef</del>	
Avge kompletterande yttrande till Inspektionen för vård och omsorg i ärende där nämnden redan yttrat sig		Förvaltningschef	Efter samråd med ordföranden
<b>6.5 Myndighetsanmälan gällande barn</b>			
<del>Anmälan om missförhållanden gällande barn från vård- och omsorgsnämnd till ansvarig socialnämnd</del>	<del>SoL 14 kap 1 §</del>	<del>Avdelningschef</del>	<del>Efter samråd med enskilda utskottets ordförande. När anmälan gjorts ska detta meddelas enskilda utskottet. Om samråd ej kan ske pga. brådska får anmälan göras av anställd som fått kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.</del>
<b>7 Hälso- och sjukvård</b>			
<b>7.1 Verksamhetsansvar enligt hälso- och sjukvård</b>			
Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård	<del>SOSFS 1997:8 HSL</del>	Förvaltningschef	
<b>7.2 Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria</b>			
För äldreomsorgen och omsorg funktionshinder	PSL	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Muntlig rapport till nämnden i anslutning till anmälan. Årlig skriftlig rapport till nämnden.
<b>8. Avgifter, nedsättning och jämkning</b>			
Beslut om avgift		Avgiftshandläggare	Verkställs enligt taxa för avgifter fastställd av kommunfullmäktige
Jämkning av avgift för hemtjänst, service och omvårdnad samt boende vid avvikelse från riktlinjer		Upp till två månader: chef myndighets- och specialistavdelning. Över två månader: enskilda utskottet	

**Kommentar [MK2]:** Utgår då den begränsar skyldigheten enligt lag. Att nämnden informeras efter en myndighetsanmälan skrivs in i Riktlinjer för anmälan om oro rörande barn och unga enligt 14 kap. 1 § SoL

**Kommentar [MK3]:** Har upphört

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
---------	--------	---------	-----------

## C Allmänna handlingar

### Ärenden om prövning av utlämnande av allmän handling, uppställande av förbehåll, avvisning samt yttrande

Myndighetens prövning av begäran att få del av allmän handling	TF 2 kap 14 § OSL 6 kap 1-3 §§	Förvaltningschef <del>Chef myndighets- och specialistavdelning</del> <del>Chef utföraravdelning</del> <u>Verksamhetschef myndighets- och specialistfunktion</u>	
Avvisning av för sent inkommet överklagande.	FVL § 24	Förvaltningschef <u>Verksamhetschef myndighets- och specialistfunktion</u>	
Lämna yttranden till besvärinstans över överklagade beslut som fattats på delegation		Förvaltningschef <u>Verksamhetschef myndighets- och specialistfunktion</u>	
Patientjournal inom äldreomsorg och omsorg funktionshinder	OSL 25 kap 1 §	Medicinskt ansvarig sjuk-sköterska	
Social journal inom äldre- och funktionshinderområdet	OSL 26 kap 1 §	<del>Chef myndighets- och specialistavdelningen</del> <del>Chef utföraravdelningen</del> <u>Verksamhetschefer för funktionsnedsättning, stöd ordinärt boende, särskilt boende äldre</u> <u>Enhetschef medborgarfunktion</u>	
Beslut om utlämnande/ej utlämnande för forskningsändamål	SoL12 kap 6 §	Förvaltningschef	

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
<b>D Personalärenden</b>			
<b>1. Utövande av nämndens befogenhet som arbetsgivare enligt lag och avtal</b>			
• Återbesättande av ordinarie tjänst			
• Anställning/förordnande, tjänstledighet			
- <del>Avdelningschef</del> <u>Verksamhetschef</u>		Förvaltningschef	Samråd med presidiet
- <del>Områdeschef</del>		<u>Avdelningschef</u>	<u>Ej anmälan</u>
- Enhetschef		<u>Områdeschef</u> . <u>Verksamhetschef</u>	Ej anmälan
- Övrig personal		Enhetschef	Ej anmälan
- Kontaktperson SoL och LSS		Enhetschef för kontaktpersoner	Ej anmälan
• Uppsägning och avskedande samt avtal om avgångsvederlag eller motsvarande			
- <del>Avdelningschef</del> <u>Verksamhetschef</u>		Förvaltningschef	Samråd med nämndordförande och <u>personalenheten</u> PKO.
- <del>Områdeschef</del>			
- Enhetschef			
- Övrig personal			
<b>Information</b>			
<i>När det gäller förordnade av ersättare för förvaltningschef vid semester, sjukdom och dylikt, har förvaltningschefen själv rätt att besluta om detta enligt kommunstyrelsens delegationsordning.</i>			
• Uppsägning pga. arbetsbrist, personliga skäl, avsked (vid avtal om avgångsvederlag eller motsvarande – se ovan)	LAS §§ 7 och 18		Samråd med <u>PKO</u> <u>personalenheten</u> .
• Avstängning och lön vid avstängning	AB § 10 BEA § 9 PAN § 6		
• Disciplinpåföljd	AB § 11 BEA § 10 PAN § 7		
• Frågor rörande innehav av bisyssla	AB § 8 BEA § 7		Samråd med <u>PKO</u> <u>personalenheten</u> .
- <del>Avdelningschef</del> <u>Verksamhetschef</u>		Förvaltningschef	Samråd med presidiet
- <del>Områdeschef</del>		<u>Avdelningschef</u>	<u>Ej anmälan</u>
- Enhetschef		<u>Avdelningschef</u> <u>Verksamhetschef</u>	Ej anmälan
- Övrig personal		<u>Avdelningschef</u> <u>Verksamhetschef</u>	Ej anmälan
- Kontaktpersoner		Enhetschef kontaktpersoner	Ej anmälan

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
<b>2. Deltagande i konferens, utbildning, studieresa, högskolestudier</b>			
<b>2.1 Beslut om att i tjänsten delta i konferens, utbildning eller studieresa</b>			
• När kostnaden överstiger 40 tkr			
• Utlandsresor upp till 40 tkr			
- Förtroendevalda		Nämndordförande	
- Nämndordförande		Nämndens 2:e vice ordförande	
- Förvaltningschef		Kommunchef	
- Övriga		Förvaltningschef	Efter samråd med presidiet
<b>2.2 Beslut om att i tjänsten delta i konferens, utbildning eller studieresa</b>			
- Förtroendevalda		Nämndordförande	
- Nämndordförande		Nämndens 2:e vice ordförande	
- Förvaltningschef		Kommunchef	
- <del>Avdelningschef</del> <u>Verksamhetschef</u>		Förvaltningschef	
- <del>Områdeschef</del>		<u>Avdelningschef</u>	
- Enhetschef		<u>Områdeschef</u> <u>Verksamhetschef</u>	Ej anmälan
- Övrig personal		<u>Områdeschef</u> <u>Enhetschef</u>	Ej anmälan
<b>2.3 Beslut om att i tjänsten delta i gymnasie-/högskoleutbildning</b>			
- Förvaltningschef		Kommunchef	
- <del>Avdelningschef</del> <u>Verksamhetschef</u>		Förvaltningschef	
- <del>Områdeschef</del>		<u>Avdelningschef</u>	<u>Ej anmälan</u>
- Enhetschef		<u>Avdelningschef</u> <u>Verksamhetschef</u>	Ej anmälan
- Övrig personal		<u>Avdelningschef</u> <u>Enhetschef</u>	Ej anmälan
<b>3. Bemanningsföretag</b>			
Anlitande av bemanningsföretag		<u>Avdelningschef</u> <u>Verksamhetschef</u>	

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
<b>E Ekonomi</b>			
Direktupphandling av konsultinsatser o. dyl. där beställningsbeloppet inte överstiger gällande regler för direktupphandling		Förvaltningschef Respektive <del>avdelnings- chef</del> <del>verksamhetschef</del> i samråd med förvaltningschef	Upphandling ska ske affärsmässigt samt i övrigt enligt tillämpliga delar i lagen om offentlig upphandling.
Utse beslutsattestanter		Förvaltningschef	KFS 6:10, 5 § Aktuell förteckning förvaras i pärm i dokumentskåp.
Genomföra internkontroll av ekonomiska transaktioner enligt kommunal redovisningslag och plan för intern kontroll		Samordnande ekonom Ekonom Assistent	Ej anmälan ( <i>sker i samband med bokslutet</i> ).
Rättning av felaktig bokföring		Samordnande ekonom Ekonom	Ej anmälan
- inom respektive verksamhet		Respektive <del>avdelnings- chef</del> , <del>områdeschef</del> <del>verksamhetschef</del> och enhetschef i samråd med berörd part	Ej anmälan
Utfärda handkassa/extra handkassa		Samordnande ekonom Ekonom	Ej anmälan
Ersättning till personal för skadade personliga ägodelar/tillhörigheter		<del>Samordnande ekonom</del> <del>Avdelningschef</del> <del>Enhetsche</del> <del>f</del>	Ej anmälan <u>I samråd med verksamhetschef</u>
Ersättning till brukare för skadade eller försvunna personliga ägodelar/tillhörigheter enligt försäkringsregler		<del>Samordnande ekonom</del> <del>Avdelningschef</del> <del>Enhetsche</del> <del>f</del>	Ej anmälan <u>I samråd med verksamhetschef</u>
Ersättning till brukare för försvunna kontanter - polisanmält - understigande 5 000 kronor		<del>Samordnande ekonom</del> <del>Avdelningschef</del> <del>Enhetsche</del> <del>f</del>	Ej anmälan <u>I samråd med verksamhetschef</u>
Företräda vård- och omsorgsnämnden gällande upphandling av färdtjänst- och riksfärdtjänsttransportörer samt gemensam beställningscentral för färdtjänst och sjukresor i länet. Ge kollektivtrafikmyndigheten fullmakt att företräda kommunen vid frågor avseende färdtjänst.		<del>Förvaltningschef</del> <del>Verksam</del> <del>hetschef</del> <del>myndighets- och</del> <del>specialistfunktion</del>	
Förhyrning av hjälpmedel inom fastställd budgetram (driftansvar).		Enhetschef	Ej anmälan
Inköp av varor och tjänster för den egna verksamheten inom fastställd budgetram (driftansvar).		Enhetschef	Ej anmälan

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
Inköp av utrustning för den egna verksamheten enligt investeringsbudget.		Enhetschef	Efter samråd med ekonom Ej anmälan
Prissättning av legoarbete/varor och tjänster inom resurscenters- och socialpsykiatrins verksamhet		<u>Områdeschef</u> <u>Enhetschef</u>	Ej anmälan <u>I samråd med verksamhetschef</u>
Prissättning inom dagverksamhet och kiosk		<u>Områdeschef</u> <u>Enhetschef</u>	Ej anmälan <u>I samråd med verksamhetschef</u>
Teckna/säga upp avtal för försäljning av tjänster		<u>Avdelningschef</u> <u>Verksamhetschef</u>	Efter samråd med ekonom
Teckna/säga upp avtal/kontrakt som behövs för verksamheten och som inte är av principiell betydelse – avser ej hyreskontrakt lokaler/bostäder (avtal inom ramen för samordnad upphandling skall följas)		<u>Områdeschef</u> <u>Verksamhetschef</u>	Får inte binda kommunen vid större åtagande än som ryms inom budgetram. Ej anmälan
Teckna/säga upp externa hyreskontrakt, lokaler/bostäder		<u>Avdelningschef</u> <u>Verksamhetschef</u>	Eftersom samråd med förvaltningschef Ej anmälan
Teckna/säga upp andrahandskontrakt för omsorgstagare och för brukare inom socialpsykiatri		<u>Områdeschef</u> <u>Verksamhetschef</u>	Ej anmälan
Teckna/säga upp avtal avseende legoarbeten och tjänster inom resurscentrets och socialpsykiatrins verksamhet		<u>Områdeschef</u> <u>Enhetschef</u>	Ej anmälan
Godkänna byte av verksamhetsansvarig hos utförare enligt Lagen om valfrihetssystem (enligt förfrågningsunderlaget)		<u>Förvaltningschef</u> <u>Verksamhetschef myndighets- och specialistfunktion</u>	Ej anmälan
Avslag på ansökan om att bli utförare enligt Lagen om valfrihetssystem då sökanden inte svarar mot uppställda krav i förfrågningsunderlaget		<u>Förvaltningschef</u> <u>Verksamhetschef myndighets- och specialistfunktion</u>	
Godkänna förändrat kapacitetstak enligt Lagen om valfrihetssystem		<u>Förvaltningschef</u> <u>Verksamhetschef myndighets- och specialistfunktion</u>	Ej anmälan
Utförares uppsägning av kontrakt enligt Lagen om valfrihetssystem		<u>Förvaltningschef</u> <u>Verksamhetschef myndighets- och specialistfunktion</u>	
<b>Extern</b> representation enligt riktlinjer - vård- och omsorgsnämnden - vård- och omsorgsförvaltningen (inom respektive verksamhetsområde)		Nämndordförande <u>Avdelningschef</u> <u>Verksamhetschef</u>	Ej anmälan
<b>Intern</b> representation enligt riktlinjer - vård- och omsorgsnämnden - vård- och omsorgsförvaltningen		Nämndordförande Enhetschef	Ej anmälan



2017-02-02

VON/2017:13-002

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
Utdelning ur donationsfonder för vilka vård- och omsorgsnämnden utgör styrelse		Fondgruppen	
Beslut gällande ansökningar om föreningsbidrag utanför det årliga upp till 10 000 kronor		Nämndordförande	

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
---------	--------	---------	-----------

## F Fördelning av arbetsmiljö uppgifter ansvar

Arbetsgivarrollen inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet utövas ytterst av vård- och omsorgsnämnden. Detta innebär att vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön. I praktiken kan dock inte detta ansvar utövas av vård- och omsorgsnämnden. Dessa arbetsmiljöuppgifter måste alltså delegeras-fördelas till förvaltningschefen.

Skaffa sig ingående kunskap om arbetsmiljölagen, lagen om allmän försäkring, andra författningar, regler och avtal som rör området samt om befintlig skyddsorganisation.	Arbetsmiljölagen	Förvaltningschef	<u>Vidaredelegering</u> <u>Fördelning</u> tillåten
Organisera arbetsmiljö- arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten inom verksamheten	”	Förvaltningschef	<u>Vidaredelegering</u> <u>Fördelning</u> tillåten
Klargöra och delegera arbetsuppgifter till underställda chefer	”	Förvaltningschef	<u>Vidaredelegering</u> <u>Fördelning</u> tillåten
Upprätta en plan för arbetsmiljöverksamheten i samband med framtagandet av budgeten	”	Förvaltningschef	<u>Vidaredelegering</u> <u>Fördelning</u> tillåten
Tillse att verksamhetens personal fortlöpande får den information och de instruktioner som är nödvändiga för att förebygga ohälsa och olycksfall	”	Förvaltningschef	<u>Vidaredelegering</u> <u>Fördelning</u> tillåten
Stimulera arbetsmiljöverksamheten bland personalen	”	Förvaltningschef	<u>Vidaredelegering</u> <u>Fördelning</u> tillåten
Tillse att bestämmelserna i arbetsmiljölagen, arbetsmiljöverkets författningssamlingar, arbetsmiljöförordningen, lagen om allmän försäkring samt andra bestämmelser i avtal m.m. följs och att information och utbildning om reglerna ges till verksamhetens personal	”	Förvaltningschef	<u>Vidaredelegering</u> <u>Fördelning</u> tillåten
Äska budgetmedel för nödvändiga arbetsmiljöförbättringar samt arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet inom förvaltningen	”	Förvaltningschef	<u>Vidaredelegering</u> <u>Fördelning</u> tillåten
Fortlöpande åtgärda akuta brister i arbetsmiljön eller returnera frågan till vård- och omsorgsnämnden om förvaltningschefen saknar resurser	”	Förvaltningschef	<u>Vidaredelegering</u> <u>Fördelning</u> tillåten

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
Tillse att eventuella ingripanden (förbud eller förelägganden) från Arbetsmiljöverket respekteras och efterlevs	Arbetsmiljölagen	Förvaltningschef	<del>Vidaredelegering</del> <u>Fördelning</u> tillåten
Tillse att arbetsmiljön och arbetsmiljöarbetet på lämpligt sätt dokumenteras samt att analys/riskanalys av arbetsmiljön genomförs i enlighet med gällande riktlinjer för systematiskt arbetsmiljöarbete	”	Förvaltningschef	<del>Vidaredelegering</del> <u>Fördelning</u> tillåten
Fortlöpande rapportera till vård- och omsorgsnämnden om resultatet av arbetsmiljöarbetet	”	Förvaltningschef	
Årligen utvärdera arbetsmiljöarbetet enligt uppdrag i det ”systematiska arbetsmiljöarbetet” och att rapportera detta vidare till vård och omsorgsnämnden	”	Förvaltningschef	

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
---------	--------	---------	-----------

## **G** Fördelning av brandskyddsansvar

Arbetsgivarrollen inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet utövas ytterst av vård- och omsorgsnämnden. Detta innebär att vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret för brandskyddet. I praktiken kan dock inte detta ansvar utövas av vård- och omsorgsnämnden. Dessa arbetsuppgifter måste alltså delegeras till förvaltningschefen.

<u>Skaffa sig ingående kunskap om Lagen om skydd mot olyckor, andra författningar, regler och avtal som rör området samt om befintlig brandskyddsorganisation.</u>	<u>Lagen om skydd mot olyckor</u>	<u>Förvaltningschef</u>	<u>Vidaredelegering tillåten</u>
<u>Organisera det systematiska brandskyddsarbetet inom verksamheten</u>	”	<u>Förvaltningschef</u>	<u>Vidaredelegering tillåten</u>
<u>Klargöra och delegera arbetsuppgifter till underställda chefer</u>	”	<u>Förvaltningschef</u>	<u>Vidaredelegering tillåten</u>
<u>Upprätta en plan för brandskyddsarbetet i samband med framtagandet av budgeten</u>	”	<u>Förvaltningschef</u>	<u>Vidaredelegering tillåten</u>
<u>Tillse att verksamhetens personal fortlöpande får den information och utbildning och de instruktioner som är nödvändiga för att förebygga brand</u>	”	<u>Förvaltningschef</u>	<u>Vidaredelegering tillåten</u>
<u>Stimulera brandskyddsarbetet bland personalen</u>	”	<u>Förvaltningschef</u>	<u>Vidaredelegering tillåten</u>
<u>Tillse att Lagen om skydd mot olyckor efterlevs samt att det systematiska brandskyddsarbetet är uppdaterat och följs och att information och utbildning om reglerna ges till verksamhetens personal</u>	”	<u>Förvaltningschef</u>	<u>Vidaredelegering tillåten</u>
<u>Äska budgetmedel för nödvändiga brandskyddsförbättringar inom förvaltningen</u>	”	<u>Förvaltningschef</u>	<u>Vidaredelegering tillåten</u>
<u>Fortlöpande åtgärda akuta brister i brandskyddet eller returnera frågan till vård- och omsorgsnämnden om förvaltningschefen saknar resurser</u>	”	<u>Förvaltningschef</u>	<u>Vidaredelegering tillåten</u>
<u>Tillse att eventuella ingripanden (förbud eller förelägganden) från räddningstjänsten respekteras och efterlevs</u>	<u>Lagen om skydd mot olyckor</u>	<u>Förvaltningschef</u>	<u>Vidaredelegering tillåten</u>
<u>Tillse att brandskyddet och brandskyddsarbetet på lämpligt sätt dokumenteras samt att analys/riskanalys av brandrisker genomförs i enlighet med gällande riktlinjer för systematiskt brandskyddsarbete</u>	”	<u>Förvaltningschef</u>	<u>Vidaredelegering tillåten</u>
<u>Fortlöpande rapportera till vård- och omsorgsnämnden om resultatet av det systematiska brandskyddsarbetet</u>	”	<u>Förvaltningschef</u>	

Ärenden	Lagrum	Delegat	Kommentar
<u>Årligen utvärdera brandskyddsarbetet enligt uppdrag i det ”systematiska brandskyddsarbetet” och att rapportera detta vidare till vård och omsorgsnämnden</u>	” —	<u>Förvaltningschef</u>	



Vård- och omsorgsnämnden

## Förslag om förändringar av boendeplatser inom vård- och omsorgsförvaltningen

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt förvaltningen att göra de nödvändiga förändringar avseende form av boendeplatser (vårdboende-, demens- och korttidsplatser) som behövs i befintliga verksamheter så de täcker de enskildas behov av boendeform i framtiden.

### Sammanfattning av ärendet

I vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter finns olika inriktning på våra särskilda boenden, vårdboenden, demensboenden samt servicehusboende med hemtjänst.

Under 2016 har det varit svårt att erbjuda platser i våra demensboenden. Fler personer än tillgång till platser på demensboenden har fått beslut. Allt fler personer har fått demensdiagnoser vilket medfört att kön till särskilda boenden med denna inriktning ökat. Samtidigt har det funnits tomma platser på vårdboende.

I samband med vård- och omsorgsnämndens beslut den 18 april 2013, § 46, om införande av trygghetsmodellen inom äldreomsorgen, föreslogs en översyn av fördelningen av demens- och vårdplatser inom samtliga särskilda boenden inom äldreomsorgen (både permanenta boenden och korttidsplatser).

Översynen utmynnade i det beslut som togs i vård- och omsorgsnämnden den 13 juni 2013, § 58, att omvandla vårdboendeplatser till demensplatser. Beslutet ingick i nämndens beslut om införande av trygghetsmodellen och anger bland annat antal platser på Lövåsgårdens olika verksamheter.

Nämnden beslutade att:

- Omvandla planerade elva korttidsplatser på Lövåsgårdens korttidsboende till elva permanenta platser för personer med demenssjukdom.
- Omvandla en permanent plats till korttidsplats för utåtagerande individer på avdelningen Stensätter Lövåsgården. Avdelningen Stensätter på Lövåsgården går under benämningen demensboende.
- Ändra vårdinriktning från demens till demens för utåtagerande individer på en av Norrgläntans avdelningar samt att omvandla en permanentplats till korttidsplats på den avdelningen.



### Aktuell situation

Idag (vecka sex år 2017) står 20 personer i kö till demensboende och fem personer, var av tre blivit erbjudna plast från 15 februari i kön till vårdboende. Förvaltningen har i dag ingen tom plats att erbjuda på demensboende. Som ett led i brist på demensplatser har medfört att flera personer i avvaktan på särskilt boenden vistas på korttidsplatser. En konsekvens av denna kedjereaktion kan i slutänden innebära betalningsansvar till landstinget ifall personer som vårdas på sjukhus inte kan skrivas ut till korttidsboende.

En anledning till platsbristen under sista delen av 2016 har också varit en renovering på det särskilda boendet Almgården i Julita. En hel avdelning, Almen har tömts i avvaktan på- och under renovering. När denna är klar kommer det finnas ytterligare åtta platser. Dock inte tillräckligt för att täcka det behov som finns i dagsläget.

I diskussion inom förvaltningen har några förslag om att omvandla vårdboendeplatser till demensplatser förekommit. Ett alternativ var att omvandla en vårdavdelning på Igelkotten till demensavdelning. I diskussion med enhetschefer har det framkommit att detta inte en optimal lösning då det inte finns enkla möjligheter till utevistelse i centrala Katrineholm. Förslag har också funnits att omvandla platser på landsbygden. Boendesamordnare har dock haft svårt i erbjudandena då flera personer och deras anhöriga inte vill flytta till landsbygden.

### Förvaltningens bedömning

Det bästa alternativet är att på Lövåsgården omvandla avdelningen Nyäng till demensboende. Nyäng har i dag nio vårdboendeplatser. Övriga avdelningar på Lövåsgården skulle innebära ombyggnationer. Vilket skulle förlänga tiden för en aktuell omvandling av platser.

Att omvandla Nyäng skulle innebära en ökning av demensplatser med nio platser.

### Fortsatt arbete i omvandlingen av platser

Demenssköterskan behöver utbilda personal på Nyäng.

Personal som arbetar inom demensboenden (Förslagsvis Norrgläntan) kan vara behjälpliga med introduktion av personal vid omvandlingen, måste planeras på utförarsidan.

Grundbemanning behöver ökas, på vårdboende ligger personaltäthet på 0,56 % tjänst och på demensboende ligger personaltätheten på 0,68 %.

### Ekonomi

En utökning av grundbemanning gör 0,12 % personaltäthet per brukare. Nyäng har nio platser. Detta innebär en ökning på totalt 1,08 % tjänst. En helårseffekt på ca 600 000 kronor per år.



Päivi Kabran  
Förvaltningschef

Pia Aalto  
Enhetschef medborgarfunktion

Beslutet skickas till: Ledningsgrupp, områdeschef lednings- och verksamhetsstöd  
områdeschef område 2, enhetschef Lövåsgården, enhetschef medborgarfunktion,  
samordnande ekonom, akten





Lednings- och verksamhetsstöd

Vår handläggare  
Mona Kjellström

Ert datum

Er beteckning

Vård- och omsorgsnämnden

## Meddelanden VON 2017-03-02

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av meddelandena.

#### Folkhälsoutsiktet

- Beslut den 8 februari 2017, § 4, att föreslå kommunstyrelsen besluta att kommunen undertecknar den europeiska deklARATIONEN för jämställdhet (CEMR). Kommunledningsförvaltningen föreslås få i uppdrag att ta fram en handlingsplan för jämställdhet för beslut i kommunfullmäktige juni 2018. *Hnr 2017:212-214*

#### Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

- Beslut den 3 februari 2017 utifrån anmälan enligt lex Sarah om brister i bemötande till anhöriga (LS 12). IVO har avskrivit ärendet då det inträffade inte är ett missförhållande som ska anmälas till IVO. *Hnr 2017:171*
- Beslut den 2 februari 2017 utifrån anmälan enligt lex Sarah om bemötande och felaktiga insatser (LS 14-16). IVO har avslutat ärendet och kommer inte att vidta några ytterligare åtgärder då nämnden har identifierat orsaker till det inträffade samt vidtagit och planerar att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen. *Hnr 2017:163*

Mona Kjellström  
Nämndsekreterare