



**Hässleholms
kommun**

Kallelse till omsorgsnämndens arbetsutskott

Tisdagen den 11 februari 2025, kl. 09:00

Sammanträdesrum Majoren, Kasern Johnsson

I tur att justera: Susanne Lottsfeldt
Ersättare: Ann Persson
Tid och plats för justering: Digital justering

Föredragningslista

	Ärenden	Föredragande	Till	
	Upprop			
	Protokollsjustering			
1.	Godkännande av dagordning			
2.	Aktuellt i verksamheten	Annette Viksten Åhl	ONAU	Information
3.	Ekonomisk uppföljning per föregående månadsslut	Fredrik Carbonnier	ONAU	Information
4.	Uppföljning statsbidrag per föregående månadsslut	Fredrik Carbonnier	ONAU	Information
5.	Information om Budget 2026–2028 som går direkt till nämnden i februari	Annette Viksten Åhl	ONAU	Information
6.	Ej verkställda beslut SoL och LSS, kvartal 4, 2024	Annette Viksten Åhl	ON	Delgivning
7.	Information från MAS	Birgitta Ljungbeck	ONAU	Information
8.	Uppföljning handlingsplan patientsäkerhet	Birgitta Ljungbeck	ONAU	Information
9.	Patientsäkerhetsberättelse <i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> • OF tjänsteskrivelse 2025-01-17 • Patientsäkerhetsberättelse - 2024 	Birgitta Ljungbeck	ON	Beslutsärende

10.	Återrapportering om hur förvaltningen har följt upp verksamheten för hälso- och sjukvård efter genomlysningen av verksamheten under hösten 2024 <i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> • OF Tjänsteskrivelse 2025-01-17 • Rapport efter genomlysningen 	Birgitta Ljungbeck	ON	Beslutsärende
11.	Omsorgsnämndens strategi för hantering av statsbidrag <i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> • OF tjänsteskrivelse 2025-01-15 • Strategi för statsbidrag 2025–2027 	Annette Viksten Åhl	ON	Beslutsärende
12.	Uppdrag att återrapportera till kommunstyrelsen om hanteringen av statsbidrag inom omsorgsförvaltningen <i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> • OF tjänsteskrivelse 2025-01-20 • Rutin Samordning statsbidrag • ON protokoll 2024-05-07 • Missiv statsbidrag underskrivet 	Annette Viksten Åhl	ON/KS	Beslutsärende
13.	Prestationsbaserad finansiering inom ordinärt boende <i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> • OF tjänsteskrivelse 2025-01-16 	Fredrik Carbonnier	ON	Beslutsärende
14.	Investeringsbudget 2026 <i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> • OF tjänsteskrivelse 2024-12-17 	Fredrik Carbonnier	ON	Beslutsärende
15.	Förslag till revidering av omsorgsnämndens delegationsordning, del 1 <i>Handlingar</i> <ul style="list-style-type: none"> • OF tjänsteskrivelse 2025-01-28 • ON protokoll 2025-01-30 • Organisationsskiss omsorgsförvaltningen • Delegeringsregler, rödmarkerade 	Annette Viksten Åhl	ON	Beslutsärende

Omsorgsnämndens arbetsutskott

Omsorgsnämndens arbetsutskott

Christer Welinder (S)
Ordförande

Micaela Duvsjö
Sekreterare

Handläggare
Birgitta Ljungbeck
Omsorgsförvaltningen

birgitta.ljungbeck@hassleholm.se

Omsorgsnämnden/omsorgsnämndens
arbetsutskott

Patientsäkerhetsberättelse

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar föreslå omsorgsnämnden besluta att Omsorgsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelse för 2022 och ger förvaltningen i uppdrag att arbeta vidare med de förbättringsområde som redovisats i patientsäkerhetsberättelsen.

Sammanfattning

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

Patientsäkerhet är en central del av förvaltningens arbete för att garantera vård och omsorg av hög kvalitet. Ett systematiskt kvalitetsarbete som omfattar hela organisationen, från strategiska beslut till det dagliga arbetet, är avgörande. Förvaltningens mål är att säkerställa en trygg vård genom ett personcentrerat förhållningssätt, där patientens behov och säkerhet alltid står i centrum.

Trots framsteg under året kvarstår en del utmaningar. En av de främsta är otillräcklig intern samverkan, vilket påverkar förmågan att uppnå hög patientsäkerhet. Förvaltningens långvariga beroende av bemanningspersonal har

också påverkat kontinuitet och kvalitet negativt. Omsorgsnämnden tog beslut om att avsluta inhyrningspersonal från och med den 1 november 2024. Detta beslut är avgörande för att skapa stabilitet och möjliggöra en nystart i kvalitetsarbetet.

Årets lex Maria-anmälningar pekar på samma bakomliggande orsaker som tidigare år, dvs brister i introduktion, otillräckligt arbete med riskbedömningar och vårdplaner, otillräcklig följsamhet till rutiner och riktlinjer samt brister i teamsamverkan. Dessa återkommande brister kopplas till en otillräckligt utvecklad patientsäkerhetskultur.

Förvaltningsledningen har under hösten intensifierat dialogerna för att stärka organisationen ur ett helhetsperspektiv. Planering pågår för att skapa rätt förutsättningar för en hållbar utveckling. En gemensam målbild om vad som behöver förändras har formats på ledningsnivå.

Under året har även en kulturresa inletts, baserad på en utvecklingsmodell, för att stärka den interna samverkan och säkerhetskulturen. Denna process behöver under 2025 breddas till alla verksamheter för att säkerställa en gemensam vision och främja en stark och hållbar organisation som sätter patientsäkerhet i fokus.

Beskrivning av ärendet

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

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

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

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Enbart till godo.

Barnperspektivet

Enbart till godo.

Miljökonsekvenser

Enbart till godo.

Facklig samverkan

FÖS 17/2

Bilagor

Patientsäkerhetsberättelse

Sändlista:

Förtroendevalda revisorer
Kommunala pensionärsrådet
Kommunala tillgänglighetsrådet

Omsorgsförvaltningen den 17 januari

Annette Viksten Åhl

Förvaltningschef

Birgitta Ljungbeck

Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Hälsleholms
kommun

Patientsäkerhetsberättelse

Omsorgsförvaltningen

År 2024



Datum: 2025-01-02

Ansvarig för innehållet:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Birgitta Ljungbeck

Diarienummer: OF 2025/2

Inledning

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

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet ¹⁻².



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

²Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehåll

Sammanfattning.....	1
Förkortningar	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning.....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	6
Intern samverkan	6
Extern samverkan	6
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	10
Patienten som medskapare.....	13
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	14
Läkemedelshantering.....	14
Dokumentation	16
Demensjukdomar och BPSD.....	17
Palliativ vård.....	18
Vårdhygien	21
Arbetsgrupper.....	21
APPVA signeringssystem	22
Övrigt kvalitetsarbete av vikt för en god och säker vård	23
ÖKAD KUNSKAP OM INTRÄFFADE VÅRDSKADOR.....	24
Avvikelsehantering.....	24
Synpunkter och klagomål.....	26
Lex Maria.....	27
Tillförlitliga och säkra system och processer	28
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	28
Informationssäkerhet	29
Säker vård här och nu	30
Stärka analys, lärande och utveckling.....	31
Ökad riskmedvetenhet och beredskap	31
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR.....	32
Bilaga 1. Förklaring - externa samverkansmöten	

Sammanfattning

Patientsäkerhet är en central del av förvaltningens arbete för att leverera vård och omsorg av hög kvalitet. Att erbjuda trygg och säker vård förutsätter ett systematiskt kvalitetsarbete som genomsyrar hela organisationen – från strategiska beslut till det dagliga arbetet. Målet är att ha ett personcentrerat förhållningssätt där patientens behov och säkerhet alltid står i centrum, samtidigt som vårdprocesserna kontinuerligt måste utvecklas för att minska risken för vårdskador.

Trots att viktiga framsteg har gjorts under året kvarstår vissa utmaningar som påverkar förvaltningens förmåga att fullt ut nå uppsatta kvalitetsmål. En av de största utmaningarna är behovet av att stärka den interna samverkan, vilket är avgörande för en hög patientsäkerhet. För att stärka patientsäkerheten krävs ytterligare fokus på att utveckla det interna samarbetet. Förvaltningen har under lång tid använt bemanningspersonal för att täcka vakanser, vilket har påverkat både kvalitetsarbete och patientsäkerhet. Omsorgsnämnden tog därför ett enat beslut i december 2023 om att detta skulle upphöra den 1 november 2024. Detta var ett viktigt och nödvändigt beslut för att kunna ta ett omtag kring kvalitetsarbetet. Fokus framåt är nu att tillsätta de vakanta tjänster som återstår och parallellt arbeta med att komma framåt i det systematiska kvalitetsarbetet.

Årets lex Maria-anmälningar visar att förvaltningen fortfarande inte har lyckats åtgärda de bakomliggande orsaker som återkommande leder till allvarliga vårdskador. Precis som tidigare år rör anmälningarna främst brister inom introduktion av personal, brister i utförandet av riskbedömningar och upprättandet av adekvata vårdplaner, otillräcklig följsamhet till fastställda rutiner och riktlinjer samt utmaningar kopplade till intern teamsamverkan. Dessa faktorer är nära kopplade till en outvecklad patientsäkerhetskultur. Förvaltningen står därför inför en viktig förändringsprocess som kräver mod, uthållighet och ett tydligt ledarskap för att säkerställa en långsiktig utveckling av vård och omsorg i förvaltningen.

Förvaltningsledningen har under hösten intensifierat de strategiska dialogerna för att utveckla organisationen ur ett helhetsperspektiv och planering pågår för att skapa rätt förutsättningar. På ledningsnivå finns nu en mer samstämmig bild om vad som brister och vilka åtgärder som behöver vidtas för att komma vidare. Förvaltningsledningen och staben har också under året genomfört en kulturreisa baserat på en specifik utvecklingsmodell. Denna resa har lett till tydliga förflyttningar till gagn för både den interna samverkan och säkerhetskulturen. Samma kulturreisa behöver under 2025 fortsätta ut i alla verksamheter så att alla medarbetare i förvaltningen delar samma målbild för att tillsammans skapa en stark och hållbar organisation.

Hässleholm den 2 januari 2025

Birgitta Ljungbeck

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Förkortningar

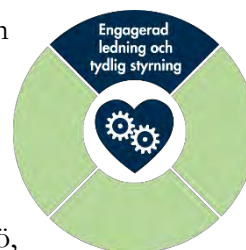
APPVA	Digitalt signerings- och delegeringssystem
ASIH	Avancerad sjukvård i hemmet
BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens sjukdom
EC	Enhetschef
FSS	Funktionsnedsättning stöd och service
HLR	Hjärt- och lungräddning
Hälso- och sjukvårdsavtal	Reglerar ansvarsfördelning och samverkansformer inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HSLF-FS	Gemensam författningssamling för socialtjänst, hälso- och sjukvård, tandvård, läkemedel, folkhälsa
HSV	Hemsjukvård
IVO	Inspektionen för Vård och Omsorg
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
NPÖ	Nationell patientöversikt
NVP	Nationell vårdplan för palliativ vård
PDL	Patientdatalagen
PPM	Punktprevalensmätning
PSL	Patientsäkerhetslagen
SIP	Samordnad individuell plan
SKR	Sveriges kommuner och regioner
SoL	Socialtjänstlag
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
Ssk	Sjuksköterska
SäBo	Särskilt boende
VC	Verksamhetschef

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att uppnå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” samt det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet identifierat fyra grundläggande förutsättningar. Dessa är: 1/engagerad ledning och styrning 2/ en god säkerhetskultur 3/ adekvat kunskap och kompetens 4/patienten som medskapare.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En central förutsättning för en säker och högkvalitativ vård är en engagerad och kompetent ledning som utövar tydlig och effektiv styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer. Ledningen spelar en avgörande roll som förebild och drivkraft i arbetet med att stärka och upprätthålla en hög patientsäkerhet. Organisationer som främjar god kvalitet och patientsäkerhet kännetecknas av en positiv arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en kultur där medarbetare och ledning arbetar tillsammans för att kontinuerligt förbättra verksamheten och säkerställa dess långsiktiga hållbarhet.



Övergripande mål och strategier

All verksamhet inom omsorgsnämnden ska ha sitt fokus på medborgarens behov och rättigheter. Arbetet ska utgå från den gemensamma värdegrunden: *”Medborgaren i fokus, med respekt för individen och med kvalitet som syns.”* Omsorgsnämndens vision, *”Hälsleholms kommun erbjuder Sveriges bästa vård och omsorg, utförd av de stoltaste medarbetarna,”* ska inspirera till att integrera patientsäkerhetsfrågorna som en självklar del av det dagliga arbetet. De övergripande strategierna för att uppnå hög patientsäkerhet inom omsorgsförvaltningen inkluderar:

- Ett personcentrerat förhållningssätt som främjar både en god arbetsmiljö och en stark patientsäkerhetskultur.
- En god intern och extern samverkan.
- Att medarbetare har kunskap om var ledningssystemet finns och hur det ska användas.
- Att rutiner implementeras, efterföljs och utvärderas på ett systematiskt sätt.
- Att medarbetare har kunskap om rapporteringsskyldigheten, avvikelse - och delegeringsprocessen.
- Att risk- och konsekvensanalyser genomförs fortlöpande.
- Att patienter erbjuds individuella riskbedömningar och vårdplaner upprättas vid påvisad risk.
- Att en ändamålsenlig introduktion ges för nya medarbetare på alla nivåer.
- Att en ändamålsenlig dokumentation förs.
- Att arbeta efter evidens och beprövad erfarenhet.
- Att skapa delaktighet för patienter och deras närstående.
- Att arbeta för ett erfarenhetsbaserat lärande efter varje negativ händelse.

Organisation och ansvar

Omsorgsnämnden och förvaltningschefens ansvar

Omsorgsnämnden, i egenskap av vårdgivare, bär tillsammans med förvaltningschefen det yttersta ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som anges i gällande lagar och förordningar. Det åligger omsorgsnämnden att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som säkerställer att kraven på god vård inom hälso- och sjukvården efterlevs. Vidare är omsorgsnämnden ansvarig för att säkerställa att ett effektivt och välfungerande ledningssystem är implementerat för att stödja och driva det systematiska kvalitetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar enligt 4 kap. 6 § första stycket hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), för att:

1. Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
2. Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
3. Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL.
4. Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
5. Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för a) läkemedelshantering, b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659), och c) att kontakta läkare.

Verksamhetschef HSL ansvar

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska tillgodose att verksamheten bedrivs med hög patientsäkerhet, god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet.

Enhetschefernas ansvar

Enhetscheferna har det löpande ansvaret för att respektive verksamhet uppfyller de lagkrav som ställs för att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård. Enhetschef ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som är fastställda är väl kända i verksamheten. De ansvarar också för att ny hälso- och sjukvårdspersonal har den kunskap och får den information som krävs för att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter med hög kvalitet.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att den hälso- och sjukvård som ges är omsorgsfull och sakkunnig samt grundar sig i vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom ramen för verksamhetens ledningssystem, styrande dokument och rutiner är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonal ska ta ansvar för att de rutiner och riktlinjer som är fastställda i omsorgsförvaltningen är kända, implementerade och efterföljs i verksamheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Intern samverkan

Den interna samverkan är en central del av det dagliga teamarbetet på alla nivåer och inom olika verksamhetsområden i förvaltningen. Förutom den löpande samverkan i det dagliga arbetet finns särskilda forum som syftar till att stärka kvaliteten och patientsäkerheten. Dessa innefattar:

- Samverkansforum på förvaltningsnivå
- Teammöten på respektive enhet
- Kvalitetsråd på alla nivåer
- Tvärprofessionella enhetschefsmöten

Extern samverkan

Den externa samverkan utgår från hälso- och sjukvårdsavtalet, vilket reglerar ansvarsfördelningen och formerna för samarbete mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne. Inom ramen för detta avtal sker samverkan på en övergripande nivå genom ett centralt samverkansorgan. Det centrala organet inkluderar en central tjänstemannaberedning samt sex delregionala samverkansorgan och delregionala tjänstemannaberedningar, där Hässleholms kommun ingår i den nordöstra gruppen.

Utöver detta finns andra viktiga externa samverkansforum som syftar till att stärka patientsäkerheten över vårdgivargränserna. Dessa forum verkar på olika nivåer, och representanter från omsorgsförvaltningen deltar i arbetet. Se bilaga 1 för utförligare beskrivning.

De samverkansforum där förvaltningen deltar inkluderar:

- Samverkan kommunal och regional primärvård samt slutenvård
- Samverkan MAS/MAR nordost
- Samverkan Högskolan Kristianstad
- FOU nätverk Skåne Nordost
- Samverkan vid utskrivning från slutenvård till primärvård (SVU-processen och IT-stödet Mina Planer).
- Samverkan vid SiP
- IHopa (digital samverkan vid utskrivning från slutenvård)
- Sirius
- Samverkan mobilt team - närsjukvård

Analys, resultat och utvecklingsområden

Intern samverkan

Trots framsteg kvarstår en del arbete innan en helt sömlös och effektiv intern samverkan kan uppnås. I föregående års patientsäkerhetsberättelse betonades vikten av att, på strategisk nivå, integrera patientsäkerhetsperspektivet med arbetsmiljö och ekonomi i både dialoger och beslut. Detta arbete har gått framåt under året och det finns nu ett tydligare helhetsperspektiv än tidigare på förvaltningsnivå. Det är tydligt i strategiska dialoger att förvaltningsledningen har en mer samstämmig bild om vad som brister och vad som behöver göras för att komma vidare. Mycket handlar om att få till en förvaltningsövergripande kulturförändring. Förvaltningsledning och stab har under 2024 gjort en kulturreisa och denna behöver under 2025 fortsätta ut i alla verksamheter.

Samarbetet på första linjens ledningsnivå har stärkts genom de tvärprofessionella enhetschefsmötena, vilka har en positiv inverkan på det dagliga arbetet. Dessa möten har skapat en plattform för att diskutera frågor ur ett övergripande helhetsperspektiv och utveckla konkreta lösningsförslag för verksamhetens utmaningar. Erfarenheter har dock visat att gruppindelningen inte varit fullt ut anpassad till de befintliga samarbetsområdena i det dagliga arbetet. För att optimera arbetsprocesserna har ett beslut fattats om en ny gruppindelning som bättre speglar verksamhetens strukturer och behov. Den nya gruppindelningen kommer att träda i kraft under 2025 och förväntas förbättra samarbetet ytterligare. Det är också beslutat att ledningsgruppen för HSL två gånger per termin träffar de andra ledningsgrupperna för strategiska dialoger utifrån ett helhetsperspektiv.

Det dagliga teamarbetet mellan professionerna i det direkta patientarbetet behöver utvecklas ytterligare. Trots framsteg finns det kvarvarande utmaningar, särskilt kopplade till arbetskulturen, där ett helhetsperspektiv ibland nedprioriteras till förmån för ett alltför snävt fokus på resursfördelning i respektive lagrum. Detta leder till att patienternas komplexa och individuella behov inte alltid fullt ut tillgodoses. För att stärka teamarbetet krävs ett ökat fokus på samverkan och ett gemensamt ansvarstagande, där alla professioner bidrar utifrån sin specifika kompetens men med en gemensam målsättning om att sätta patientens behov i centrum. Ett viktigt steg är att främja en kulturförändring som uppmuntrar till ett mer integrerat arbetssätt, där dialog och samarbete mellan olika yrkesgrupper förbättras och där helhetsperspektivet genomsyrar det dagliga arbetet. I förlängningen kommer en utvecklad teamkultur att bidra till bättre vårdresultat, en mer resurseffektiv verksamhet samt ökad patientnöjdhet, där individens behov och helhetsperspektivet får stå i fokus. Ett viktigt förbättringsområde att arbeta med långsiktigt är att säkerställa ändamålsenliga lokaler som främjar en god teamsamverkan. Det finns flertalet enheter som idag inte har tillfredsställande lokaler för optimal teamsamverkan.

Ett annat viktigt område för att skapa ett helhetsperspektiv är samarbetet mellan HSL och myndighetsenheten. Ofta uppfattas HSL och myndighetsenheten som separata enheter snarare än integrerade delar av organisationens helhet, detta resulterar i att

insatser för medborgarna inte alltid är välkoordinerade eller heltäckande. För att lösa dessa utmaningar krävs en strategisk satsning på att stärka samarbetet mellan HSL och myndighetsenheten. Dialoger för detta är pågående.

Extern samverkan

Den externa samverkan har utvecklats positivt framförallt under hösten. Vid flera av årets samverkansmöten mellan kommun och region har processledarna för god och nära vård deltagit. Deras uppgift har varit att hjälpa till att utveckla samverkan mellan kommunen och regionen. Tidigare år har det beskrivits att det funnits en del samarbetsproblem men under året har viktiga framsteg gjorts. Dialoger har förts om hur deltagarna kan utveckla forumet tillsammans. Det finns nu en gemensam målbild av att det behöver läggas mer fokus på strategiska frågor snarare än att diskutera lokala problem, vilket det har varit tidigare. Därför har framför allt höstens möten inneburit ett viktigt steg framåt för att utveckla en god extern samverkan. Nytt för höstens möten har varit att även representanter från sjukhuset i Kristianstad har deltagit, vilket är ett välkommet tillskott då det finns frågor som berör även det samarbetet. Det ses ett ökat engagemang från regionens slutenvård att samverka med kommunen och tillsammans arbeta för att patienter ska få en sömlös övergång mellan olika vårdgivare.

God och nära vård

För att lyckas med omställningen till en god och nära vård krävs ett starkt samarbete på alla nivåer, såväl internt som externt. Som tidigare nämnts finns det fortfarande utmaningar kopplade till både intern och extern samverkan. För att nå målet om en personcentrerad vård och omsorg behöver förståelsen för helheten öka, och alla professioners bidrag till det dagliga teamarbetet måste ses som lika betydelsefulla. I förra årets patientsäkerhetsberättelse presenterades en evidensbaserad modell som ger förutsättningar att utveckla det personcentrerade förhållningssättet och kan fungera som en utgångspunkt för att driva omställningsarbetet framåt. Det fanns planer för att arbeta strukturerat med modellen under 2024, men det arbetet påbörjades inte. Därför bör det åter framföras som ett viktigt mål under 2025 att arbeta med denna modell.

Modellen bygger på ett ramverk med fem sammanhängande områden som spänner över makro-, meso- och mikroperspektiv, där alla delarna måste fungera för att uppnå ett personcentrerat förhållningssätt:

1. **Makroperspektiv** – Fokuserar på strategiskt ledarskap och ramverk som sätter de övergripande förutsättningarna för arbetet.
2. **Mesoperspektiv** – Betonar personalens förutsättningar, såsom arbetsengagemang, självkännedom och värderingar, som är avgörande för att forma en personcentrerad kultur.
3. **Vårdmiljö** – Handlar om den kontext där vården bedrivs och de personalsammanhang som påverkar vårdkvaliteten.
4. **Mikroperspektiv** – Belyser det direkta utförandet av vården, där ett holistiskt synsätt och sympatisk närvaro är centrala.

5. *Personcentrerade resultat* – Inkluderar positiva vårdupplevelser, delaktighet, välbefinnande och en hälsofrämjande kultur som det slutliga målet.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för att säkerställa en trygg och säker vård är en stark och välförankrad säkerhetskultur. Denna kultur formas av organisationens normer och värderingar – de principer som är viktiga och styr det dagliga agerande. En god säkerhetskultur växer fram i organisationer där medarbetarna känner sig delaktiga och där arbetsmiljön, både fysisk och psykisk, präglas av psykologisk trygghet. Chefer och ledare spelar en avgörande roll i att skapa de rätta förutsättningarna för en hållbar säkerhetskultur.



Analys, resultat och utvecklingsområden

I tidigare patientsäkerhetsberättelser har brister i säkerhetskulturen konstaterats. Det har under de senaste åren varit ett fortlöpande arbete med att hitta strategier för att förändra patientsäkerhetskulturen. Trots detta är det angeläget att lyfta fram att det är en kvarstående brist och att förvaltningen inte har lyckats fullt ut med detta arbete. Även om förvaltningsledningen har gjort framsteg i att skapa ett större helhetsperspektiv kvarstår brister att nå ut med budskapet till alla verksamheter. Det behöver arbetas mer strategiskt och ändamålsenligt med denna förändring för att nå en god säkerhetskultur.

Allvarliga vårdskador eller risker för sådana fortsätter att inträffa, ofta med samma bakomliggande orsaker som tidigare händelser. Trots att åtgärdsplaner upprättas efter lex Maria-anmälningar implementeras de inte fullt ut i verksamheterna, vilket gör att riskerna kvarstår. Utredningar visar dessutom att rutiner inte alltid följs och att de inte är tillräckligt kända av alla medarbetare. Det framkommer även att vissa medarbetare inte vet var de kan hitta de fastställda rutinerna. Detta är särskilt allvarligt eftersom en hög patientsäkerhet förutsätter att riktlinjer och rutiner följs konsekvent. Detta belyser vikten av att säkerställa en tillräcklig och ändamålsenlig introduktion av nya medarbetare, så att de från start får den kunskap som krävs för att upprätthålla säker vård.

Det finns fortfarande brister i att skapa en tydlig koppling mellan efterlevnad av rutiner och verksamhetens patientsäkerhet och kvalitet. Det finns spår av en kultur där det inte leder till konkreta konsekvenser när rutiner inte följs, vilket signalerar att riktlinjer inte alltid behöver tas på allvar. Detta riskerar att urholka både trovärdigheten i styrande dokument och arbetsgivarens ansvar att upprätthålla en säker och professionell vårdorganisation. Vårdgivaren behöver arbeta mer systematiskt med att följa upp hur väl rutiner och riktlinjer tillämpas. Det är viktigt att hantera situationer när inte rutiner efterlevs genom konstruktiv återkoppling, uppföljande samtal eller erbjuda riktade utbildningsinsatser där det behövs extra stöd.

För att lyckas med en kulturförändring är det också avgörande att alla medarbetare inom förvaltningen har en tydlig förståelse för det ansvar och de skyldigheter som följer med deras profession och anställning. Krav och förväntningar kopplade till varje roll måste vara klart definierade och kommunicerade på ett sätt som skapar en gemensam bild inom organisationen. Det är en central förutsättning för att bygga en verksamhet präglad av hög patientsäkerhet och en stark, positiv kultur. Det bör därför vara ett mål under 2025 att utveckla detta.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Det innebär att verksamheten på både kort och lång sikt aktivt måste arbeta för att säkerställa tillgången till personal med rätt kompetens. Det krävs också särskild kunskap om patientsäkerhet på alla nivåer i hälso- och sjukvården, hos enskilda medarbetare, chefer och politiker.



Analys, resultat och utvecklingsområden

Den snabba kunskapsutvecklingen och omställningen mot en mer personcentrerad och samordnad vård i hemmet ställer nya och ökade krav på både bemanning och kompetens. För att möta dessa utmaningar är det avgörande att arbeta långsiktigt och hållbart med kompetensförsörjning. Ett tydligare fokus krävs för att identifiera och specificera de kompetenser som behöver säkras för att möta vårdens framtida behov på ett effektivt och kvalitetssäkrat sätt. Under året har det dock skett en hel del aktiviteter för att stärka kompetensen inom olika områden som beskrivs nedan.

Stärkt medicinskt kompetens för undersköterskor

Under 2024 har utbildningen för undersköterskor i stärkt medicinskt kompetens fortsatt. Utvärderingar påvisar att utbildningsinsatsningen är uppskattad av undersköterskor och får mycket fina lovord. Fokus är på den geriatriska patienten och de vanligaste sjukdomarna som drabbar äldre, kopplat till anatomi och de fysiologiska förändringar som sker i kroppen i det naturliga åldrandet. Ansvariga för den fyra dagar långa utbildningen har varit en sjuksköterska och en fysioterapeut i förvaltningen, vilket också är ett effektivt sätt att använda förvaltningens egen kompetens. Totalt har 120 undersköterskor utbildats under året. Dock var det svårt att avsätta rehabpersonal till höstens utbildning, därav genomfördes endast de delar som sjuksköterskan ansvarade för vid höstens utbildningstillfällen. Utbildningen planeras att fortsätta under 2025.

Undersköterskor med specialistkompetens

Förvaltningen har ett kontinuerligt behov av att säkerställa tillgången till specialistkompetens, både bland omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Tack vare äldreomsorgslyftet har satsningar kunnat göras för att utbilda flera specialistundersköterskor inom förvaltningen. Det är dock viktigt att denna kompetens används på rätt sätt. Därför krävs ytterligare insatser under 2025 för att säkerställa att

specialistkompetensen tas tillvara och integreras effektivt i verksamheten. Särskilt viktigt är detta i relation till de HSL-undersköterskor som finns inom förvaltningen, av vilka några även har genomgått utbildningen till specialistundersköterska. På strategisk nivå behöver det skapas en tydligare struktur för hur dessa roller ska definieras, användas och samverka för att optimera verksamheten.

Samtidigt finns det ett behov av att se över hur HSL-undersköterskornas och rehabassistenternas arbete organiseras och används. Dokumentationsgranskningar visar att de utför flera avancerade arbetsuppgifter genom delegering, uppgifter som annars skulle utföras av legitimerad personal. För att säkerställa patientsäkerheten är det nödvändigt att legitimerad personal följer upp patienterna tillräckligt, även när insatserna utförs av HSL-undersköterskor eller rehabassistenter. Vid dokumentationsgranskning går det att se att detta inte alltid sker. Därför kommer MAS att följa upp och granska detta under 2025 och eventuella åtgärder vidtas.

Specialistkompetens hos legitimerad personal

Tidigare patientsäkerhetsberättelser har betonat vikten av att säkerställa specialistkompetens bland legitimerad personal. Förvaltningen har i dag cirka 15 sjuksköterskor med specialistutbildning. Det behövs fler, även om det finns utvecklingspotential när det gäller att använda befintlig kompetens på ett mer ändamålsenligt sätt. För att optimera verksamheten är det avgörande att arbetsgivaren har en djup förståelse för vilken kompetens som tillförs genom vidareutbildning och ser till att den används på rätt sätt.

En central del i detta arbete är att tydliggöra de ökade krav och det utvidgade ansvar som följer med en anställning som specialistsjuksköterska. Specialistutbildad personal bör inte bara bidra med sin specifika kompetens i det direkta patientarbetet utan även inta en mer aktiv roll som föredömlig ledare och handledare för nya kollegor och omvårdnadspersonal. För att möjliggöra detta behövs tydligare riktlinjer och förväntningar som särskiljer ansvaret som grundutbildad i relation till specialistutbildad sjuksköterska.

När det gäller legitimerad rehabpersonal finns det begränsade möjligheter till formella specialistutbildningar jämfört med andra professioner. Däremot erbjuder högskolor och universitet fortbildningsprogram på både master- och magisternivå som kan bidra till att höja kompetensen inom verksamheten. För att långsiktigt stärka kompetensförsörjningen inom rehabområdet behöver förvaltningen utarbeta planer och satsningar som möjliggör vidareutbildning även för dessa yrkesgrupper. Denna tydlighet är avgörande, inte bara för att säkerställa kvaliteten i vården utan också för att skapa attraktiva karriärvägar för legitimerad personal. När skillnader i ansvar och förväntningar mellan olika kompetensnivåer uttalas och efterlevs, blir det mer motiverande för legitimerad personal att satsa på vidareutbildning.

Förvaltningens HSL-organisation har utöver specialistutbildade personal i det direkta patientarbetet även specialistfunktioner som arbetar förvaltningsövergripande med

utveckling- och utbildningsinsatser. De är viktiga resurser för den interna kompetensförsörjningen. Regelbundna utbildningsinsatser i olika omfattning genomförs fortlöpande inom områden som till exempel demenssjukdomar och BPSD, vårdhygien, nutrition och undernäring, dokumentation, sårvård och kompressionsbehandling, HLR, psykisk hälsa, MHFA och utbildningar i Mina Planer. Förvaltningen använder även olika digitala utbildningar i fortbildnings syfte. Utvecklingsområden under 2024 har varit att skapa struktur för hur och när utbildningar ska genomföras för att säkerställa introduktion och kompetensutveckling framåt. Då förvaltningens utbildningssamordnare slutat under året har arbetet avstannat något och det är viktigt att det återupptas under kommande år, vilket är under planering.

SBAR rapporteringsverktyg

Under 2023 gjordes en förvaltningsövergripande utbildningsinsats för att säkerställa rapport- och informationsöverföring mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Anledningen var att flertalet lex Maria utredningar påvisade allvarliga brister i rapport- och informationsöverföring mellan professioner, vilket gjorde det nödvändigt att säkerställa detta. Samtlig omvårdnads- och legitimerad personal genomförde en digital utbildning i SBAR rapporteringsstöd. En rutin för användning togs fram och från och med januari 2024 skulle all rapportering mellan personal ske med hjälp av SBAR. Trots detta har det under året fortsatt att inträffa allvarliga händelser där utredningar identifierar fortsatta brister i rapport - och informationsöverföring. Det påvisar att rutinen inte är tillräckligt implementerad och fler insatser för att verktyget ska användas enligt syftet behöver vidtas under 2025.

Delegeringsutbildning

En ny digital delegeringsutbildning för läkemedel upphandlades och implementerades under 2023. Denna utbildning är nu en integrerad del av verksamheten, där alla nya medarbetare som ska delegeras för läkemedelsöverlämning genomgår en grundläggande utbildning. Dessutom sker en årlig fortbildning i samband med förnyelse av delegeringar, vilket säkerställer att kunskapen kontinuerligt uppdateras. Det har varit ett utmärkt samarbete med apoteket som levererar utbildningen med kontinuerliga uppföljningar. Synpunkter om förbättringar har framförts och apoteket har åtgärdat dessa efter hand.

Säkerställa en god introduktion för legitimerad personal

Flertalet utredningar i samband med lex Maria-anmälningar har både under det gångna året och tidigare år påvisat brister i introduktionen för nyanställd legitimerad personal. Det har varit ett prioriterat mål att åtgärda tidigare. Trots detta har förvaltningen inte lyckats säkerställa introduktionen. Under hösten 2024 togs därför ett omtag i frågan. En specialistsjuksköterska fick, tillsammans med en arbetsgrupp, i uppdrag att utveckla ett strukturerat introduktionsprogram för att säkerställa en trygg och effektiv introduktion för framförallt nyanställda sjuksköterskor.

Det nya programmet har implementerats under hösten och har redan visat mycket lovande resultat. Programmet erbjuder en gradvis introduktion till arbetet som kommunal sjuksköterska, med fokus på att skapa en stabil grund i de rutiner och arbetssätt som gäller inom förvaltningen. Under de två första månaderna tillhandahålls fyra heldagar med introduktion och utbildning inom prioriterade områden.

De initiala utbildningsdagarna täcker grundläggande aspekter som dokumentation, hygienrutiner och användning av verktyget Mina Planer. Senare utbildningsdagar inkluderar mer specialiserad kunskap, såsom genomgångar av rutiner och riktlinjer från medicinskt ansvarig sjuksköterska, suicidpreventiv samordnare och demenssjuksköterska. Efter tre till sex månader i tjänst erbjuds fördjupade utbildningar inom områden som sårbehandling, samordnad individuell planering (SIP) och hjärt-lungräddning (HLR). På längre sikt, mellan sex och tolv månader efter anställning, ges ytterligare möjligheter till kompetensutveckling, exempelvis inom Mental Health First Aid (MHFA) och förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel.

Nyanställd legitimerad rehabpersonal har redan deltagit i vissa delar av introduktionen. Planering pågår för att utöka programmet så att det erbjuds i sin helhet även till legitimerad rehabpersonal, då nästan alla delar anses vara lika relevanta för deras arbete. Att inkludera denna yrkesgrupp kan bidra till en mer enhetlig och kvalitativ introduktion för all legitimerad personal inom förvaltningen.

Patienten som medskapare

Patienter och närstående ska göras delaktiga i vården i enlighet med Patientlagen (2014:821). Syftet med patientlagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning och all hälso- och sjukvård ska så långt det är möjligt planeras och genomföras i samråd med patienten. Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke.



Analys, resultat och utvecklingsområden

Dokumentationsgranskningar visar återkommande att patienter inte görs tillräckligt delaktiga i sin egen vård, vilket är en central del av personcentrerad vård. För att förbättra patientens delaktighet ska en samordnad individuell planering (SiP) upprättas när behov föreligger, exempelvis vid inflyttning till särskilt boende, inskrivning i mobilt vårdteam eller vid andra förändringar i vården. SiP är ett viktigt verktyg för att skapa en tydlig och strukturerad planering av vården. En väl genomförd SiP innebär att vården planeras med patientens behov och önskemål i fokus, och att tydliga ansvarsfördelningar fastställs för olika delar av vården. Det genomförs många SiPar, dock ses vid granskning att kvaliteten på dem inte alltid är hög och patienternas önskemål om vården är sällan välutvecklade.

Att förbättra patient- och närståendes delaktighet har varit ett prioriterat mål under de senaste åren, men hittills har insatserna inte varit tillräckliga för att åstadkomma den önskade förändringen. Detta indikerar att det fortfarande finns fortsatta behov av att

stärka patientens och närståendes delaktighet i planeringen och besluten kring vården, varvid detta bör vara med som ett mål även under 2025.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

Enligt SOSFS 2011:9 och PSL 2010:659 ska vårdgivaren utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontroller syftar till att kontrollera att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande lagar och förordningar samt de mål och rutiner som är uppsatta för verksamheten. Nedan ges en sammanfattning av årets egenkontroller och övrigt förbättringsarbete inom olika områden av vikt för patientsäkerheten.

Läkemedelshantering

Enligt HSLF-FS 2017:37 ska läkemedel förvaras under säkra förhållande i den enskildes bostad eller i särskilt läkemedelsförråd och ska vara anpassat till verksamhetens inriktning. Läkemedel ska förvaras oåtkomligt för obehöriga, enligt tillverkarens anvisningar och på ett sådant sätt att läkemedlets kvalitet inte försämras.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Årligen genomförs en granskning av extern apotekare i enlighet med lagkraven avseende kvaliteten på läkemedelshantering i förvaltningen. 2024 års granskning påvisade en förbättring i jämförelse med tidigare år. Efter 2023 års granskning påtalades ett behov av en lokal rutin för hantering av läkemedel på respektive enhet. MAS tog fram en mall för denna och alla enheter ombads att tillsammans i teamet fylla i de lokala rutinerna. Apotekaren återkopplar utifrån 2024 års granskning att den har varit värdefull för att säkerställa läkemedelsprocessen. Dock påtalas vikten av att detta dokument hålls levande och uppdateras vid förändring. Enligt rutin från MAS ska denna ses över årligen.

Förvaltningen har sedan tidigare en plan för att successivt byta ut alla läkemedelsskåp mot skåp med spårbarhet avseende vilka personer som har öppnat skåpen. Den planeringen fortlöper och under året har samtliga särskilda boenden fått nya spårbara skåp. Arbetet kommer under 2025 att fortsätta inom FSS. Ett viktigt kvalitetsarbete, inte minst på grund av upprepade stölder av narkotikaklassade läkemedel.

Dokumentation

För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut som har gjorts avseende patientens vård och behandling. Såväl planering, genomförande som utvärdering av vården måste finnas dokumenterad i patientjournalen. Dokumentation utgör också ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Det finns fortfarande brister i dokumentationen som utgör risker för patientsäkerheten, vilket påvisas i lex Maria utredningar som genomförts under året.

Det handlar fortfarande om otillräcklig dokumentation av riskbedömningar och upprättande av adekvata hälsoplaner vid påvisad risk, uppföljning av aktuella ordinationer samt dokumentation av bedömningar hos patienter med försämrat hälsotillstånd. Dock ses förbättringar på gruppnivå inom framförallt dokumentation av patienter med försämrat hälsotillstånd, vilket tidigare varit ett utvecklingsområde. Under december genomfördes en extra dokumentationsgranskning där varje legitimerad personal skulle granska en journal utifrån riktade frågor relaterat till riskbedömningar och hälsoplaner. Detta då ett förbättringsarbete har skett under hösten som en åtgärd efter lex Maria anmälningar i syfte att säkerställa att det finns riskbedömningar och vårdplaner för alla patienter. Analys av granskningen påvisar endast 53 svar, varav samtlig rehabpersonal har deltagit i den obligatoriska granskningen medan endast 23 ssk har besvarat enkäten. Se resultat av svar nedan.

Resultat av riktad dokumentationsgranskning under december månad

Frågor	Ja (%)	Nej (%)
Finns det aktuell (senaste året) riskbedömning utifrån risk för fall?	81	18
Finns det aktuell (senaste året) riskbedömning utifrån risk för undernäring?	69	30
Finns det aktuell (senaste året) riskbedömning utifrån risk för trycksår?	67	32
Finns det aktuell (senaste året) riskbedömning utifrån risk för dålig munhälsa?	40	59
Finns det uppgifter om genomförda utredningar och bedömningar?	94	5
Finns det en utredande ordination skapad under kroppsfunktioner/-strukturer kopplad till ovanstående riskbedömningar?	49 (till några) 28 (till alla)	22
Är planerade åtgärder tydligt dokumenterade under ordination och relevant sökord?	84	15
Finns det dokumenterat ett aktuellt mål i hälsoplanen?	92	7
Finns det aktuell dokumentation om vad som ska göras?	83	16
Finns det aktuell dokumentation om när åtgärd ska utföras?	73	26
Finns det aktuell dokumentation om hur insatsen ska genomföras?	86	13
Finns det aktuell dokumentation om vem som ska utföra åtgärden?	84	15
Finns det dokumenterat tid för uppföljning?	75	25
Finns det dokumenterat vem som ansvarar för uppföljning?	75	24
Finns det dokumenterat resultat av uppföljning?	64	35

Granskningen av dokumentationen visar att det finns både positiva aspekter och områden som behöver förbättras för att säkerställa en fullgod och konsekvent dokumentation inom vårdverksamheten. Ett rimligt mål är att eftersträva att ovan kvalitetsindikatorer ligger på åtminstone 95 %.

Uppgifter om genomförda utredningar och bedömningar: 94 % av dokumentationen innehåller denna information, vilket tyder på att det finns en stark grund för att följa upp patienternas behov.

Dokumentation av aktuella mål i hälsoplanen: 92 % av dokumentationen inkluderar detta, vilket är positivt för att säkerställa att hälsoplanen är anpassad till patientens aktuella behov.

Dokumentation av vad som ska göras, när, hur och vem: Generellt god dokumentation i dessa kategorier, med 83-86 % som är korrekt dokumenterade.

Dokumentation av vem som ansvarar för uppföljning: 75 % av dokumentationen specificerar vem som ansvarar för uppföljning, vilket är en otillräcklig siffra för att säkerställa uppföljning av insatser.

Fallrisk: 81 % av dokumentationen innehåller aktuell riskbedömning för fall, vilket innebär att 18 % saknar fallriskbedömning.

Undernäring: 69 % har aktuell riskbedömning för undernäring, vilket innebär att 30 % saknar denna bedömning. Resultatet indikerar att många patienter riskerar att inte uppmärksammas för undernäring.

Trycksår: 67 % av dokumentationen har aktuell riskbedömning för trycksår, medan 32 % saknar det, vilket kan innebära en risk för att uppmärksamma behov av trycksårsprevention.

Munhälsa: 40 % har en aktuell riskbedömning för dålig munhälsa, vilket är betydligt lägre än för de andra riskerna och visar på ett allvarligt behov av att prioritera detta område mer.

Utredande ordinationer: Endast 49 % av dokumentationen kopplar ordinationer till de riskbedömningar som genomförts, och endast 28 % av dokumentationen omfattar samtliga riskområden. Detta innebär att åtgärder inte alltid är tillräckligt detaljerade eller systematiskt genomförda.

Tid för uppföljning: 75 % av dokumentationen innehåller tid för uppföljning, vilket är bra men lämnar 25 % utan planerad uppföljning.

Resultat av uppföljning: Endast 64 % av dokumentationen har dokumenterat resultatet av uppföljning, vilket är en allvarlig brist då detta hindrar en effektiv utvärdering av genomförda åtgärder och förbättringsmöjligheter.

Granskningen visar att dokumentationen i många fall är god, men det finns flera viktiga förbättringsområden, särskilt när det gäller riskbedömningar för munhälsa, undernäring, fall och trycksår, upprättande av vårdplaner vid identifierad risk samt uppföljning och utvärdering av åtgärder. Detta resultat stämmer också väl överens med

det som framkommer som återkommande brister när allvarliga händelser utreds. För att säkerställa en hög patientsäkerhet och kvalitet behöver det arbetas ytterligare med dessa områden under 2025.

Demenssjukdomar och BPSD

Idag lever mellan 130 000 - 150 000 personer med demenssjukdom i Sverige. Demenssjukdomarna förväntas öka alltmer och cirka 20 000 - 25 000 personer insjuknar årligen. Demenssjukdomar går inte att bota och många personer med demenssjukdom drabbas någon gång under sjukdomsförloppet av beteende-mässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Det kan handla om mani, hypomani, depression, ångest, agitation, hallucinationer, vanföreställningar osv. Personer som drabbas av BPSD utsätts för ett stort lidande och det är därför viktigt att identifiera de patienter som drabbas. Behandlingen inriktas på att finna utlösande faktorer till symtomen och försöka att åtgärda dessa genom såväl omvårdnadsåtgärder som medicinska åtgärder. Som ett stöd används det nationella BPSD-registret, vars syfte är att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av denna patientkategori över hela landet.

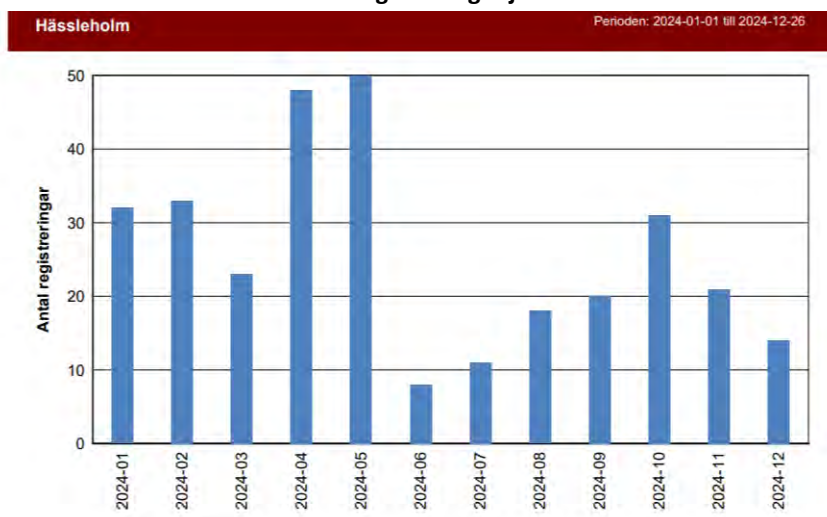
Analys, resultat och utvecklingsområden

Omsorgsförvaltningens demenssjuksköterska har ett övergripande ansvar för att utveckla och kvalitetssäkra demensvården utifrån gällande lagstiftningar, värdegrund och senaste evidens. En viktigt uppdrag i rollen som demenssjuksköterska är att handleda medarbetare när behov av stöd uppstår. Många gånger handlar det om bemötandefrågor i samband med svårare BPSD symtom hos patienter med demenssjukdom, där demenssjuksköterskans specialistkompetens kan vara betydelsefull.

Demenssjuksköterskan håller även fortlöpande utbildningar i demenssjukdomar och bemötande av personer med demenssjukdom för övriga medarbetare. Utöver det genomförs utbildningar för att utbilda medarbetare till att bli BPSD administratörer. Det innebär att de får kunskap i att utföra BPSD bedömningar och registrera dessa i det nationella BPSD registret.

Resultatet av utbildningen går att mäta genom att se att antalet registreringar i BPSD-registret ökar. Under 2022 genomfördes 146 registreringar, 2023 har 216 registreringar medan det ökade ytterligare under 2024 då det skett 289 registreringar fördelat på 249 patienter med demenssjukdom. Det indikerar att det sker ett aktivt arbete med att identifiera BPSD-symtom hos personer med demenssjukdom i förvaltningen. Se tabell nästa sida för antal registreringar per månad.

Tabell över antal registreringar jan – dec 2024



Stjärnmärkning

På förvaltningens demensboenden pågår ett viktigt kvalitetsarbete genom svenskt Demenscentrums utbildningsmodell – stjärnmärkning. Syftet med modellen är att ge medarbetare kunskap och verktyg för att utveckla vården av personer med demenssjukdomar utifrån ett personcentrerat arbetssätt. När minst 80 procent av personalen har genomfört utbildningen tilldelas arbetsplatsen diplommet Stjärnmärkt. Stjärnmärkningen omprövas varje år.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Tre av förvaltningens demensboenden; Högalidshemmet, Hemgården och Björksäter blev under 2023 stjärnmärkta. Under 2024 har Ehrenborg, Sjögläntan, Nybo och Solgården stjärnmärkts och planering pågår för att även Björkhaga, Skansnhemmet och Hasselbacken ska stjärnmärkas under 2025. Det är också viktigt att följa upp arbetet med stjärnmärkningen för att kunna påvisa resultat av satsningen. Det har framkommit synpunkter på att inte legitimerad personal är delaktiga i arbetet med stjärnmärkning i den omfattning som är nödvändig. Det är därför viktigt att legitimerad personal framöver är mer involverade då detta är en teambaserad kvalitetsatsning för att säkerställa en god demensvård. Uppföljning av hur stjärnmärkningen påverkar demensvården kommer att ske i någon omfattning av MAS och demenssjuksköterska under 2025.

Palliativ vård

När bot inte längre är möjlig krävs ett medvetet förhållningssätt för att kunna hjälpa både patient och närstående. Palliativ vård är en egen vårdfilosofi, där specifik kunskap krävs för att hjälpa människor i livets slutskede. Ett av den palliativa vårdens huvudsakliga mål är att lindra smärta och andra symtom. Men den palliativa vården ska inte bara lindra den fysiska smärtan utan även erbjuda psykologiskt, socialt och andligt/existentiellt stöd för patient och närstående. Teamarbete mellan olika yrkesgrupper är en förutsättning för god palliativ vård. Socialstyrelsen har tagit fram

ett nationellt kunskapsstöd till hälso- och sjukvården och socialtjänsten om palliativ vård i livets slutskede.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Arbetet med att utveckla den palliativa vården i linje med det nationella kunskapsstödet har varit pågående under de senaste åren. Positiva förflyttningar ses, men mer arbete återstår innan den palliativa vården fullt ut är kvalitetssäkrad. Nedan ges en redovisning med analys utifrån antal registreringar från Palliativa registret.

Under 2024 har sammanlagt 87 registreringar av dödsfall registrerats. Som referens kan beskrivas att sammanlagt 406 journaler har avslutats under året där dödsfall är den huvudsakliga orsaken. Dock är ett 100 tal avslutade av annan anledning än dödsfall. Många av dödsfallen kan också ha inträffat på sjukhus och blir då inte registrerade i palliativa registret av kommunens sjuksköterskor. Däremot är det möjligt att dra slutsatsen att inte samtliga dödsfall som skett i förvaltningen har rapporterats in i palliativa registret.

Diagrammet och tabellen nedan jämför målvärden med de faktiska resultat som uppnåtts för olika kvalitetsindikatorer under perioden 2023-12 till 2024-11. Syftet är att utvärdera hur väl verksamheten uppfyller målen inom den palliativa vården, som omfattar flera viktiga aspekter av patientvård i livets slutskede.



Tabell över måluppfyllelse relaterat till det nationella kunskapsstödet (%)

Kvalitetsindikatorer	Målvärde (%)	Måluppfyllelse (%)
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket:	90.0	86.2
Vårdplan	100	73.6
Dokumenterade brytpunktssamtal	98	70.1
Ordnation på injektion med stark opioid vid smärtgenombrott	98	97.7
Ordnation på injektion med ångestdämpande	98	95.4
Smärtkattning sista levnadsveckan	100	58.8
Dokumentation om munhälsobedömning sista levnadsveckan	90	41.4
Utan trycksår	90	81.6

Slutsatsen av ovanstående statistik påvisar att målen för palliativ vård uppnås i varierande grad. Ett fåtal indikatorer ligger nära eller på målvärdet, medan andra visar tydliga brister, vilket indikerar att det finns stora variationer i kvaliteten på olika områden som måste arbetas vidare med att säkerställa under 2025.

- **Mänsklig närvaro i dödsögonblicket:** Resultatet ligger mycket nära målvärdet, vilket indikerar att de allra flesta personer inte behöver avlida i ensamhet.
- **Vårdplan:** Målvärdet på 100 % speglar den standard som förväntas för att ge en god och personcentrerad vård i livets slutskede. Att endast 73 % uppfyller detta innebär att verksamheten inte lever upp till kvalitetskraven. Vårdplanen är avgörande för att säkerställa att patientens önskemål och behov tas tillvara, särskilt i livets slutskede. Att 27 % av patienterna saknar en aktuell vårdplan innebär att dessa patienter riskerar att få vård i livets slut som inte är optimalt anpassad efter deras individuella behov och önskemål.
- **Dokumenterat brytpunktssamtal:** Resultatet på 70.1 % mot målvärdet på 98 % visar att detta inte utförs i önskad utsträckning, vilket är oroande då brytpunktssamtal är avgörande för att säkerställa att vården anpassas efter patientens behov och önskemål i livets slutskede.
- **Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan:** Denna indikator på strax över 40 % ligger betydligt under målvärdet som är 90 %. Det påvisar att munhälsobedömningar i livets slutskede inte prioriteras i tillräcklig utsträckning.
- **Smärtskattning sista levnadsveckan:** Smärtskattning är en central aspekt av palliativ vård, och bristande uppföljning kan ha direkt negativ påverkan på patientens livskvalitet. Under 2023 användes Abbey Pain Scale inom förvaltningen för att göra totalt 109 smärtbedömningar. Dessa gjordes av sammanlagt 15 olika sjuksköterskor. Under 2024 har sammanlagt 107 bedömningar utförts av 16 olika sjuksköterskor och en fysioterapeut. Sammanlagt finns det dokumenterat smärtskattning med Abbey Pain Scale på 56 olika patienter i livets slut. Resultatet påvisar således att en majoritet av legitimerad personal inte använder bedömningsinstrumentet.
- **Ordnation av injektion med stark opioid vid smärtgenombrott:** Resultatet påvisar en god måluppfyllelse, däremot krävs precis som påvisas ovan förbättringar relaterat till smärtskattning. Detta är ett mönster som bekräftas av dokumentationsgranskning. Det saknas ofta adekvat smärtskattning innan injektion ges och det saknas ofta uppföljning av effekt när injektion är given.
- **Ordnation av injektion med ångestdämpande vid behov:** Även här ligger resultatet nära målvärdet. Dokumentation påvisar däremot att effekt av injektionen inte följs upp i tillräcklig utsträckning.

Vårdhygien

Enligt Socialstyrelsens föreskrift gällande basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10) ska all personal där det bedrivs hälso- och sjukvård tillämpa basala hygienrutiner. Vårdgivaren ansvarar för att personalen följer föreskrifterna och i ansvaret ingår att säkerställa att det finns tydliga rutiner för att de basala

hygienrutinerna kan förstås och efterföljas. Vårdgivaren ansvarar också för att en god hygienisk standard är möjlig att hålla. Detta innebär att lokaler, utrustning och hela verksamheten ska utformas så att risken för infektioner och smittspridning är så liten som möjligt.

Analys, resultat och utvecklingsområden

Under året har hygiensjuksköterskan arbetat vidare med arbetsgruppen och hygienombuden. Dock har inte den årliga PPM mätningen kunnat genomföras som planerat på grund av sjukdom. Denna kommer därför att prioriteras att genomföras i början av 2025. Att säkerställa god följsamhet till basala hygienrutiner är av största vikt. Under året har förvaltningen haft flera allvarliga fall med spridning av multiresistenta bakterier, vilket påvisar att det fortfarande finns mycket att göra för att säkerställa att alla medarbetare har tillräcklig kunskap om vårdhygien. Det är viktigt att det satsas på både utbildning för nyanställda men också kontinuerlig fortbildning för redan anställda medarbetare. Detta sker löpande av hygiensjuksköterskan som också är mycket ute i verksamheten och handleder personal vid olika situationer.

Arbetsgrupper inom specifika områden

Arbetsgrupper finns sedan tidigare inom vårdhygien, palliativ vård och dokumentation. Dock har det under 2024 varit begränsad aktivitet i arbetsgrupperna. Det finns därför ett behov av att tydliggöra strukturen för arbetsgrupperna, vars syfte är att driva kvalitetsförbättringar inom områdena. Den nuvarande bristen på tydlig struktur begränsar både framsteg och effektivitet. För att stärka arbetsgruppernas funktion krävs en tydligare uppdragsbeskrivning där syfte, krav och förutsättningar för deltagande definieras. Dialoger kring detta har redan inletts, och tydliga uppdrag kommer att formuleras under våren 2025. Att erbjuda medarbetare möjlighet att delta i arbetsgrupper inom områden som engagerar dem särskilt kan bidra till ökad motivation och delaktighet. Det är därför väsentligt att det avsätts tid för deltagande i arbetsgrupperna. Det finns också behov av att inkludera omvårdnadspersonal i arbetsgrupperna för att få till en tvärprofessionell utveckling. Dialoger om detta är också pågående.

APPVA signeringssystem

Läkemedelsöverlämning signeras i APPVA signeringssystem och har under både 2023 och 2024 varit en internkontrollspunkt med 2 kontroller per år. Syftet har varit att följa upp att antal insatser blir korrekt signerade. utifrån följande mätvariabler: sammanlagt antal insatser, andel signerade insatser, andel signerade insatser i tid och antal tillfällen som inte är signerade. På nästa sida följer en redovisning av 2024 års resultat i jämförelse med 2023 års resultat som referens.

År	Område	Totala antal insatser	Andel signerade insatser	Antal osignerade insatser	Signerade i tid	Genomsnittlig avvikelse i tid
2023	Hela kommunen	2 875 861	97 %	86 275	87 %	12 min
	SäBo	1 820 320	98 %	36 406	88 %	8 min
	Ordinärt boende	755 166	94 %	45 309	83 %	16 min
	FSS	286 575	98 %	5 731	92 %	26 min
2024	Hela kommunen	3 203 288	97 %	96 098	88 %	9 min
	SäBo	1 890 490	99 %	18 904	88 %	7 min
	Ordinärt boende	992 523	95 %	49 626	86 %	10 min
	FSS	307 724	99 %	3077	92 %	13 min

Analys, resultat och utvecklingsområden

Statistiken påvisar att en hög andel av läkemedelsdoserna ges enligt ordination med acceptabla avvikelser i tid. Däremot blir det märkbart att trots en hög procent av andel signerade insatser, är det många doser som är osignerade och i teorin ej givna när procentsatsen omvandlas till siffror. Därför kommer ytterligare uppföljningar genomföras under 2025. Ett riktmärke bör vara att 99 % av insatserna är signerade, då avvikelser alltid kan förekomma utifrån att legitimerad personal t ex kan glömma att pausa signeringen om patienter vårdas på sjukhus eller av andra orsaker. Inom FSS finns en god förbättring när det gäller avvikelse i tid mellan 2023 och 2024, där tiden halverats.

Övrigt kvalitetsarbete av vikt för en god och säker vård

Utveckling av rehabiliterande insatser

När det gäller rehaborganisationen har det under året satsats på två viktiga projekt i syfte att stödja och utveckla det rehabiliterande arbetssättet för att nå ökad självständighet hos den enskilde. På korttidsboendet dit de mest sköra patienterna kommer efter sjukhusvistelse har det varit möjligt att med stöd av stadsbidrag anställa en arbetsterapeut, en fysioterapeut och en rehabassistent i projektform. Deras projekt riktas mot att ge utökade rehabiliterande insatser med avsikten att utifrån den enskildes mål kunna bli så självständig som möjligt i det dagliga livet. Detta projekt kommer att utvärderas både kvalitativt och kvantitativt med förhoppningen om hälsoekonomiska vinster för både vårdgivaren och den enskilde. Det andra projektet inom rehaborganisationen innefattar ett förbättringsområde inom FSS. Projektet innebär ett ökat fokus på att genomföra korrekta bedömningar inför beslut om insatser. Målet är att öka självständighet och delaktighet genom att ge bättre förutsättningar för den enskilde att rehabiliteras.

Att utveckla det rehabiliterande förhållningssättet är en central del i omställningen till en god och nära vård där den enskildes självständighet och delaktighet ska vara fokus. Regeringskansliets rapport ”God och nära vård 2023” framhåller vikten av att regioner och kommuner stärker sitt arbete med förebyggande, hälsofrämjande, habiliterande och rehabiliterande insatser. Dessa insatser ska riktas både till vuxna, oavsett ålder, och till barn och unga, för att på ett tidigt stadium identifiera och möta behov som kan påverka individens långsiktiga hälsa och livskvalitet.

Den nya socialtjänstlagen, som betonar ett förstärkt förebyggande arbete, ger ytterligare stöd för denna inriktning. Förebyggande insatser handlar inte bara om att minska risken för ohälsa utan också om att skapa förutsättningar för den enskilde på både lång och kort sikt. Ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra aktörer är centralt för att uppnå detta.

För att möjliggöra ett ökat fokus på rehabilitering behöver bemanningen inom rehabenheten ses över. Den nuvarande bemanningstätheten gör det utmanande för arbetsterapeuter och fysioterapeuter att fullt ut möta de behov som krävs för att stödja omställningen till ett mer rehabiliterande arbetssätt. Det är viktigt att dessa professioner får större möjlighet att vara närvarande i det dagliga arbetet. Deras deltagande är centralt för att kunna handleda och stödja omvårdnadspersonal i att arbeta utifrån ett hälsofrämjande och rehabiliterande förhållningssätt. Genom att skapa bättre förutsättningar för detta kan rehabilitering bli en mer naturlig del av verksamheten och bidra till förbättrade resultat för både individ och vårdgivare.

Nya lokaler för hjälpmedelsverksamheten

Under december månad flyttade hjälpmedelsverksamheten in i nya och mer ändamålsenliga lokaler, vilket har varit en viktig milstolpe att få till. De nya lokalerna gör det möjligt att upprätthålla en god vårdhygienisk standard i hanteringen av rena respektive orena hjälpmedel, då dessa nu kan hanteras i separata lokaler. I samband med inflyttningen i nya lokaler köptes också ett tvättkabinett in, vilket kommer att göra det möjligt att rekonditionera vissa hjälpmedel i stället för att de kasseras. Det kommer framför allt vara viktigt ur ett miljöperspektiv men i förlängningen ska det även kunna ses en del ekonomiska vinster. Förhoppningen är att tvättkabinettet ska kunna tas i bruk under början av 2025.

Ökad kunskap om inträffade vårdskador

Avvikelsehantering

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Nedan presenteras statistik över det totala antalet avvikelser som rapporterats som vårdskada samt antal fallrapporter under 2024 och jämförande statistik från 2022 och 2023 när det gäller antal avvikelserrapporter, avslutade och ej avslutade.

	Vårdskada samtliga	Vårdskada ej avslutade	Fallrapporter samtliga	Fallrapporter ej avslutade
2022	1652	581	3039	581
2023	1547	250	3052	392
2024	2224	282	3108	394

Analys, resultat och utvecklingsområden

Generellt är medarbetare i verksamheterna noga med att skriva avvikelser när det har inträffat en händelse som påvisar en risk för vårdskada, vilket ovanstående siffror bekräftar. Den allra vanligaste orsaken till att avvikelserrapporter upprättas är relaterat till brister i läkemedelshantering. Totalt 1471 av rapporterna beror på brister i läkemedelshantering. Den vanligaste orsaken är att en läkemedelsdos har missats att överlämna. Däremot är det oroande att antal fallrapporter fortsätter att öka då det samtidigt i dokumentationsgranskning påvisas att riskbedömningar för fall och åtgärdsplaner efter identifierad risk brister. Det finns ett stort personligt lidande bakom varje fall och höga samhällskostnader till följd av frakturer. Det är därför av yttersta vikt att ta ett omtag kring detta arbete då det varit en återkommande brist under flera år. Framförallt syns brister i utredning av fallrapporter ur ett tvärprofessionellt perspektiv, där de bakomliggande orsakerna inte identifieras tillräckligt och otillräckliga åtgärdsplaner skapas utan ett helhetsperspektiv.

Det har tidigare lagts mycket fokus på att kvalitetssäkra avvikelseprocessen vad gäller att rapportera, utreda, skapa åtgärdsplaner och avsluta avvikelser. Förvaltningen har kommit framåt i detta arbete men ytterligare fokus bör läggas då det fortfarande är en för hög andel som inte hanteras korrekt. Det kvarstår också problem med att det i samband med allvarliga händelser som anmäls enligt Lex Maria alltför sällan kommer in en avvikelserrapport som påvisar vad som hänt. Dessa uppmärksammas i stället ofta via inkomna synpunkter och klagomål från anhöriga, ibland direkt till förvaltningen men upprepade gånger via patientnämnden eller IVO. Det är viktigt att fortsätta arbeta proaktivt med att säkerställa att medarbetare har kunskap om rapporterings-skyldigheten och alltid rapporterar händelser i direkt anslutning till när händelsen inträffar.

Externa avvikelser

Under året har det skickats 176 avvikelserrapporter till externa vårdgivare. Till största delen handlar det om avvikelser till CSK. Återkommande avvikelser ses främst från akutmottagning, kirurgavdelning, ortopedavdelning samt urolog/kärlavdelning. Från Hässleholms sjukhus ses främst avvikelser till akutmottagning. Avvikelser handlar för det mesta om brister i utskrivningsprocessen, felaktiga läkemedelsordinationer

och/eller avsaknad av medskick av läkemedel och material och oklarheter i medicinska vårdplaner.

Totalt 63 avvikelserapporter från externa vårdgivare har under året inkommit till omsorgsförvaltningen. Tolv av dem är från vårdcentralen Capio och det har även skickats lika många avvikelser från kommunen till samma vårdcentral. Dessa berör till största del brister i kommunikation, samverkan och planering mellan läkare och sjuksköterskor på ett särskilt boende. Det har varit flertalet möten under året för att komma till rätta med det som har brustit i samverkan. Andra avvikelser har kommit från ambulans, där det uteslutande handlar om att patienter inte har bedömts av kommunens sjuksköterskor innan ambulans tillkallas.

De allra flesta avvikelserapporter berör dock samverkan i utskrivningsprocessen i Mina Planer, där inte rutin för SVU processen alltid följs och leder till att patienter inte kan skickas hem enligt tänkt planering. Det går dock ut betydligt fler avvikelser om brister i SVU processen från kommunen till regionen än tvärtom. Positivt är att det går att konstatera att regionen arbetar intensivt med de avvikelserapporter som inkommer till dem och det skickas betydligt fler svar nu än tidigare år. I svaren framkommer det tydligt att orsakerna till felaktigheter i SVU – processen från deras sida framförallt är kopplade till otillräcklig kunskap i SVU – processen och hög arbetsbelastning som medför att rutin för utskrivning frångås. Från Hässleholms sjukhus märks ett minskat antal både inkommande och utgående avvikelser, vilket påvisar ett aktivt arbete med att öka kunskapen kring SVU processen.

Antal externa avvikelser fördelat på inkommande och utgående 2022 - 2024

	Inkommande	Utgående
2022	30	132
2023	51	174
2024	63	176

Synpunkter och klagomål

Under året har det inkommit tre synpunkter och klagomål som berör vårdskador. Av de inkomna synpunkterna och klagomålen bedömdes två av tre som allvarlig vårdskada, varav en är under utredning. Här påvisas även att inte rapporteringsskyldigheten har följts då avvikelserapporter skulle ha inkommit innan synpunkt och klagomål inkommer.

D-nr	Händelse	Kommentar
2024/1397	Patient som avlider i cancer där det ses brister i uppföljning av patient.	Inkom via IVO. Pågående utredning för trolig lex Maria.
2024/1047	Synpunkterna berör en patient som försämrats i förflytnings/ gångförmåga	Inkom via telefonkontakt till MAS. Utredning påvisar ej allvarlig vårdskada.

	samt brister i läkemedelsbehandling.	
2024/939	Brister i bemötande och omvårdnad, skötsel av trycksår och trycksårsprevention.	Händelsen är anmäld enligt lex Maria (2024/978)

Lex Maria anmälningar

Under året har 7 lex Maria anmälningar rapporterats till inspektionen för vård och omsorg. Antalet anmälningar håller sig konstant i jämförelse med de två senaste åren. Dock är det bekymmersamt att anledningen till att det inträffar allvarliga vårdskador påvisar samma bakomliggande orsaker som under tidigare år. Det visar att det inte arbetas tillräckligt ändamålsenligt med att säkerställa det som brustit, trots åtgärdsplaner som upprättas för att eliminera risken.

Lex Maria anmälningar 2020 - 2024

	2020	2021	2022	2023	2024
Antal lex Maria	2	4	7	8	7

Lex Maria 2024

Diarienummer	Händelse
2024/56	Pat som fallit, avlider till följd av hjärnblödning. Ej bedömd av sjuksköterska, får två Alvedon via telefonordination.
2024/104	Pat som fallit 24 gånger, brister i bedömning och uppföljning, brister i teamarbete, avsaknad av adekvat vårdplan.
2024/651	Omvårdnadspersonal utför en arbetsuppgift, omläggning av PiccLine, som endast får utföras av sjuksköterska. Ej hanterats enligt rutin varvid stor risk för sepsis förelåg.
2024/978	Allvarliga brister i skötsel och uppföljning av trycksår och brister i trycksårsprevention.
2024/1296	Försämring av hälsotillstånd, allvarliga brister i teamsamverkan i samband med läkemedelsbehandling.
2024/1355	Suicid, allvarliga brister i uppföljning av patient.
2024/1482	Patient som försämras i sin epilepsi pga att inte ett specifikt läkemedel givits under två veckors tid.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Att integrera det systematiska patientsäkerhetsarbetet som en central del av verksamhetsutvecklingen möjliggör en balans mellan reaktiva och proaktiva perspektiv på patientsäkerhet. Samtidigt bidrar en minskning av oönskade variationer i arbetssätt och processer till att stärka patientsäkerheten och säkerställa en hög kvalitet i vården.



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) utgör grunden för att systematiskt och kontinuerligt utveckla och säkerställa kvaliteten inom verksamheter som regleras av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt socialtjänstlagen (2001:453).

Ledningssystemet ska innehålla tydliga beskrivningar av processer, arbetsmetoder och ansvarsfördelning som styr hur det systematiska kvalitetsarbetet genomförs. Detta säkerställer en strukturerad och effektiv hantering av kvalitetsfrågor och bidrar till att verksamheterna uppfyller lagstiftningens krav och levererar insatser av hög kvalitet.

Analys, resultat och utvecklingsområden

I tidigare patientsäkerhetsberättelse har det konstaterats att det systematiska kvalitetsarbetet hade omfattande brister. Därför påbörjades under 2021 ett viktigt förbättringsarbete i syfte att säkerställa att förvaltningen arbetar i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Resultatet av det arbetet är att det nu finns en grundläggande struktur som stödjer den vidare utvecklingen av ett processorienterat ledningssystem.

Under de föregående åren har det lagts fokus på att implementera ledningssystemet i QPR. Detta arbete har dragit ut på tiden och under hösten har det påvisats att detta system inte är helt ändamålsenligt för förvaltningens behov. Därför togs det även under hösten ett beslut om att inte fortsätta att använda detta. Nya dialoger om annan lösning är pågående. Dock har förvaltningen ett ledningssystem som är uppbyggt som handböcker för respektive område där rutiner och riktlinjer finns publicerade som fungerar relativt väl. Faktaägaren för dessa ansvarar för att säkerställa att de uppdateras regelbundet samt efter behov. Fortsatta utmaningar är att säkerställa implementering och följsamhet till de rutiner som finns, då det fortfarande är noterbart att rutiner och riktlinjer inte är kända och följs av alla medarbetare i verksamheterna. Detta bör följas upp ytterligare under 2025.

Informationssäkerhet

Enligt HSLF_FS 2016:40 ansvarar vårdgivaren för att det finns en informations-säkerhetspolicy. Policyn ska ange vårdgivarens övergripande mål för och inriktning på verksamhetens arbete med informationssäkerhet enligt nedan:

1. dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet)
2. personuppgifterna är oförvanskade (riktighet)
3. obehöriga ska inte kunna ta del av personuppgifterna (konfidentialitet)
4. åtgärder ska kunna härledas till en användare (spårbarhet) i informationssystem som är helt eller delvis automatiserade.

Rutin ska finnas för dataintrång och loggkontroller där även ansvarsområden och tilldelning av behörigheter beskrivs. Vårdgivaren ansvarar för att regelbundet genomföra risk- och konsekvensanalyser. Därefter tilldelas individuella behörigheter för åtkomst till personuppgifter utifrån vilka behörigheter respektive profession behöver för att kunna fullfölja sina uppdrag. Vårdgivaren ansvarar också för att elektronisk åtkomst eller direktåtkomst till personuppgifter föregås av stark autentisering. Om vårdgivaren använder öppna nät vid behandling av personuppgifter ansvarar denne för att överföring av uppgifterna görs på ett sådant sätt att inte obehöriga kan ta del av dem (HSLF-FS 2016:40).

Analys, resultat och utvecklingsområden

Under 2023 togs ett omtag kring informationssäkerheten då det konstaterades brister. En ny rutin för loggkontroller fastställdes i januari. Loggkontrollerna utökades från 1 procent till 10 procent och dessutom infördes en särskild kvalitetskontroll för granskning av utförda loggkontroller. Utifrån loggkontroller har inga avvikelser konstaterats under 2024 vad gäller hälso- och sjukvårdspersonal.

Under tidigare år uppmärksammades brister i behörighetsbegränsningar. Behörigheter var för vida och det var nödvändigt att begränsa dessa i olika system Risk och konsekvensanalys är därför genomförd på förvaltningsnivå. Förvaltningen arbetar med att säkerställa korrekta behörigheter till alla medarbetare. Rutin för behörighetsbegränsningar är framtagen och ska implementeras under 2025.

Under hösten gjordes en IMY anmälan pga risk för personuppgiftsincident. Det uppmärksammades att det sparades listor med personuppgifter och annan patientinformation i datorn, teams och USB minne i olika omfattning. Förvaltningen vidtog omedelbara åtgärder och samlade in alla USB minnen och gick ut med tydlig information om att detta inte fick förekomma. All persondata hos patienter utanför ProCapita ska förvaras i patientens pappersjournal. IMY har ännu inte återkopplat.

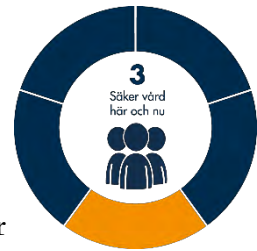
SITHS-kort inloggning

SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller Patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på

internet, såsom Pascal, Mina planer, Nationell Patientöversikt (NPO) och kvalitetsregister.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården är en komplex och dynamisk verksamhet där människor, teknik och organisation ständigt samverkar för att möta nya utmaningar. Säkerhetsförutsättningarna förändras snabbt, vilket ställer krav på ett omedelbart och effektivt agerande vid störningar för att minimera risker. Den fortlöpande utvecklingen inom vården medför dessutom att nya, risker kan uppstå, ofta svåra att förutse.



För att hantera dessa utmaningar krävs en hög beredskap att identifiera, analysera och åtgärda potentiella hot mot säkerheten. Vårdgivare har en central roll och ansvarar för att regelbundet bedöma om det finns risker som kan påverka kvaliteten i verksamheten. För varje identifierad risk bör sannolikheten för dess uppkomst uppskattas, och de potentiella negativa konsekvenserna analyseras noggrant. Genom ett strukturerat och systematiskt arbete kan vården säkerställa en trygg och högkvalitativ verksamhet samtidigt som säkerheten ständigt förbättras.

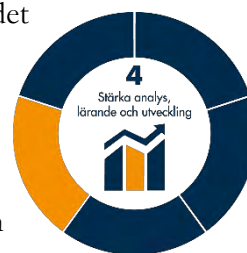
Analys, resultat och utvecklingsområden

Under de senaste åren har det systematiska kvalitetsarbetet utvecklats, vilket har bidragit till att förvaltningen arbetar mer strukturerat och proaktivt med risk- och konsekvensanalyser. Riskmedvetenheten har ökat, men det finns fortfarande brister i att effektivt eliminera de identifierade riskerna. Som nämnts tidigare visar nya allvarliga händelser under året att samma bakomliggande orsaker ofta identifieras på nytt, vilket tyder på att åtgärdsplaner inte implementeras eller följs upp i tillräcklig omfattning. Detta undergräver både patientsäkerheten och verksamhetens förmåga att lära av tidigare erfarenheter.

En stor utmaning är den kulturella normen där hög arbetsbelastning ofta åberopas som förklaring till att upprättandet av adekvata vårdplaner vid identifierade risker hos patienterna inte hinns med. Detta synsätt riskerar att befästa ineffektiva arbetssätt och fördröja nödvändiga åtgärder, vilket direkt påverkar vårdens kvalitet och säkerhet. För att bryta detta mönster krävs en förändring i både inställning och prioriteringar. I stället för att se dessa uppgifter som tidskrävande bör de betraktas som kärnuppgifter som är avgörande för att upprätthålla en säker och högkvalitativ vård. För att uppnå detta krävs inte bara en förändring i arbetsrutiner utan också ett ledarskap som främjar en stark patientsäkerhetskultur. När tid och resurser riktas mot rätt prioriteringar förbättras inte bara patientsäkerheten utan också arbetsmiljön för vårdpersonalen, vilket på sikt leder till en starkare och mer hållbar vårdkultur.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och erfarenhetsbaserat lärande ska vara en integrerad del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. Genom att använda resultaten för att identifiera faktorer som främjar säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och positiva vårdresultat kan verksamheten utvecklas i riktning mot högre kvalitet och ökad säkerhet. Samtidigt minskar risken för vårdskador, vilket stärker patientens trygghet och vårdens effektivitet.

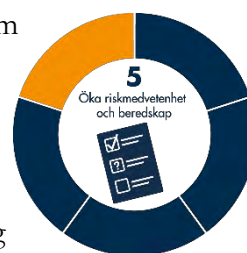


Analys, resultat och utvecklingsområden

Målet med allt systematiskt kvalitetsarbete är att öka kvalitet och patientsäkerhet. Att fortlöpande säkerställa ett lärande efter varje negativ händelse är avgörande för att skapa en lärande organisation. Förvaltningen har mer att göra när det gäller att sammanställa analyser efter avvikelser på en övergripande nivå. Det är nödvändigt att arbeta mer strategiskt med detta för att skapa ett erfarenhetsbaserat lärande. När det inträffar allvarliga händelser finns det en tendens till att åtgärderna som är planerade inte får förvaltningsövergripande effekt, då alla enheter inte arbetar lika ändamålsenligt och följer åtgärdsplanen. Framför allt uppföljning av att åtgärderna får effekt är otillräcklig. Ett exempel är införandet av SBAR för att säkerställa rapport och informationsöverföring i teamet. Alla medarbetare fick utbildning, rutin togs fram och startdatum beslutades. Trots detta fortsätter allvarliga händelser att inträffa relaterat till brister i kommunikation i teamet. Att följa upp att beslutade rutiner efterföljs är ett ansvar som ligger i ledarskapsrollen och det behöver arbetas mer med detta under 2025.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens. Resiliens är en beskrivning av organisationens kapacitet eller förmåga att stå emot och klara av en förändring, samt att återhämta sig och vidareutvecklas.



Analys, resultat och utvecklingsområden

Förbättringsområden inom patientsäkerhet identifieras löpande. Vad gäller krisberedskap inom hälso- och sjukvården behöver det vara ett utvecklingsarbete under 2025, då det saknas en enhetlig krisberedningsplan på verksamhetsnivå. I en sådan plan behöver det finnas tydlighet i ansvarsfördelning för vem som ansvarar för vad, t ex beredskapslager för hjälpmedel och läkemedel, men också andra frågor kring bemanning och särskilda rutiner vid en krissituation med mera. Det finns en hel del arbete gjort men det behöver sammanställas i en verksamhetsplan.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Patientsäkerhetsarbetet för det kommande året behöver intensifieras för att möta de utmaningar som identifierats. Fokus bör ligga på att vidareutveckla det strategiska och operativa arbetet på ledningsnivå i syfte att skapa en vård och omsorg som präglas av ett helhetsperspektiv. Trots tidigare insatser har framstegen under 2024 varit otillräckliga, vilket understryker behovet av ytterligare strategier för att lyckas i omställningen till en god och nära vård.

En central del av detta arbete är att stärka den interna samverkan för att bygga en stark patientsäkerhetskultur. Detta är en förutsättning för att implementera ett personcentrerat förhållningssätt som genomsyrar hela organisationen. Ledarskapets betydelse kan inte överskattas – på alla nivåer krävs ett tydligt och engagerat ledarskap för att komma över organisatoriska hinder och skapa en sammanhållen verksamhet.

Legitimerad personal har också en viktig ledarroll i det patientnära teamarbetet. Tydliga ansvarsområden och förväntningar för alla yrkesgrupper i teamet behöver konkretiseras, där alla professioner är lika viktiga.

Utvecklingsområden under 2025 bör därför fokusera på nedan punkter och aktiviteter kommer att specificeras mer i handlingsplanen för föreliggande patientsäkerhetsberättelse.

Stärka samverkan på ledningsnivå

- Fortsätta att utveckla det strategiska och operativa samarbetet på ledningsnivå för ett tydligare helhetsperspektiv i syfte att överbrygga organisatoriska hinder mellan olika verksamhetsområden.
- Arbeta tillsammans utifrån vårdens tre fundament – patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi – som en integrerad bas i det strategiska arbetet.

Fortsätta kulturresan i hela organisationen

- Fortsätta arbeta långsiktigt för att etablera en kultur av samarbete och ansvarstagande i hela organisationen.
- Dialoger och fortbildning om självledarskap och yrkesansvar.
- Dialoger och uppföljning av följsamhet till fastställda rutiner.
- Dialoger och fortbildning om patientsäkerhetskultur.

Utveckla det personcentrerade förhållningssättet

- Utveckla och implementera modellen för personcentrerad vård som beskrivs i föreliggande rapport.

Utveckla det erfarenhetsbaserade lärandet

- Utveckla och förbättra analyser och lärande efter inkomna avvikelserapporter och lex Maria anmälningar. Följa upp att upprättade åtgärdsplaner följs.

Öka delaktighet för patienter och närstående

- Arbeta för att stärka patienters och närståendes inflytande och engagemang i vårdprocessen.

Utveckla användande av digital teknik

- Införa mer digitala lösningar som skapar mervärde för patienter och närstående samt effektiviserar arbetet.

Kompetensförsörjning

- Genomföra insatser för att säkra kompetens på kort och lång sikt genom utbildning, rekrytering och strategisk planering.

Handlingsplan för krisberedskap

- Upprätta en verksamhetsnära plan för att säkerställa kontinuitet och effektiv hantering vid krissituationer.

Införa Lifecare HSL och Lifecare avvikelssystem

- Processledare som finansieras med stadsbidrag ska anställas inom kort och leda processen med att införa Lifecare HSL.

Implementera Senior Alert

- Säkerställa att alla patienter blir riskbedömda utifrån ett tvärprofessionellt arbetssätt.
- Rutin är under framtagande.

Avvikelsehantering och rapporteringsskyldighet

- Säkerställa att alla medarbetare är införstådda med rapporteringsskyldigheten för hälso- och sjukvårdspersonal.
- Säkerställa att avvikelseprocessen hanteras korrekt och att avvikelser analyseras utifrån bakomliggande orsaker innan åtgärder tas fram utifrån ett tvärprofessionellt samarbete.

Rutin för frihetsbegränsande åtgärder

- Säkerställa att rutin för frihetsbegränsande åtgärder är känd och efterföljs.
- Följsamhet ska ingå i egenkontroll genom dokumentationsgranskning.

Externa samverkansforum

Samverkan primärvård, slutenvård och kommun. Samverkansforum med verksamhetschefer från Hässleholms sjukhus, ASIH och de lokala vårdcentralerna samt MAS, verksamhetschef HSL, enhetschefer HSL från omsorgsförvaltningen. Träffas för att diskutera samverkansfrågor två gånger per termin.

Samverkan primärvård och kommun

Regelbundna möten en till två gånger per termin med de vårdcentraler som jobbar mot respektive hemsjukvårdsområde och särskilt boende. Deltagare är sjuksköterskor och enhetschefer från kommun samt verksamhetschefer, enhetschefer, läkare och sjuksköterskor från vårdcentral.

Samverkan MAS/MAR nordost. Är ett samverkansforum för MAS från Hässleholm, Osby, Perstorp, Östra Göinge, Kristianstad och Bromöllas kommuner. Regelbundna träffar varannan vecka samt vid behov där olika frågor av vikt för patientsäkerheten lyfts och diskuteras.

Samverkan Högskolan Kristianstad. Regelbundna möten med studenter, utbildningsansvariga från Högskolan och verksamhetsansvariga från kommuner och regionen som tar emot studenter från Kristianstad. Syftet med träffarna är att lärosäte och verksamheter möts och diskuterar sjuksköterske/specialistsjuksköterskeutbildningar och stämmer av olika frågor av vikt gällande utbildningarna, praktikplatser osv. MAS och enhetschefer för sjuksköterskor deltar.

FOU nätverk Skåne nordost är ett forsknings och utbildningsnätverk (FOU) och är ett viktigt led i utvecklingen av samverkan och gemensam utveckling i Nordöstra Skåne, mellan regionens sjukhus, primärvård och ASIH, de sex kommunerna och Högskolan i Kristianstad. De grupper som är aktiva för närvarande är: näring och ätande, kognitiv svikt och palliativ vård. En till två sjuksköterskor från förvaltningen deltar i varje grupp.

Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (SVU) och IT-stödet Mina Planer Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård är en lagstyrd process som syftar till att patienter ska få en snabb och trygg utskrivning. För att underlätta kommunikationen mellan berörda vårdaktörer och ge stöd i planeringsprocessen för SVU och SIP används IT-stödet Mina Planer. Planeringsprocessen i Mina Planer berör fem punkter inkluderat inskrivningsmeddelande, kartläggning av patients behov, utskrivningsklar, ställningstagande till SiP och ställningstagande inför utskrivning. Samverkan för genomförande av samordnad individuell plan (SiP). En SiP ska göras när den

enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när samordning av insatser kring en enskild individ behövs. Den vårdgivare som ser ett behov av en SiP sammankallar till denna via Mina Planer efter att samtycke inhämtats från patient.

IHopa. Ett arbetssätt för att samverka kring patienter efter sjukhusvistelse. På vardagar stämmer slutenvården, vårdcentral och kommun av i ett digitalt möte kring ineliggande patienter som inom det snaraste är färdigbehandlade och ska återgå till kommunal vård och omsorg. Fokus är på patientens fortsatta behov och vem som ansvarar för vad.

Läkarmedverkan.

Lokala avtal om läkarmedverkan med vårdcentralerna i Hässleholms kommun finns upprättade. Samtliga särskilda boende har varje vecka avsedd tid för rond med läkare samt möjlighet att konsultera läkare dagligen via telefon. Sjuksköterskor i hemsjukvård har avsatta telefontider varje vecka för att kunna diskutera patientfall med läkare. Vid akuta behov av konsultation med läkare tas kontakt med vårdcentral via deras vip-telefonnummer. Vid akuta behov av hembesök på dagtid görs dessa i möjligaste mån av ansvarig eller annan läkare från vårdcentralen. Om det inte går att lösa kan hembesök av läkare från Falck läkarbilar bokas.

Mobilt vårdteam. När hälso – och sjukvårdsavtalet implementerades skapades också en ny vårdform, det så kallade mobila vårdteamet. Läkaren från vårdcentralen tillsammans med den kommunala sjuksköterskan utgör kärnan i teamet och ansvarar tillsammans för att vårda de mest sjuka äldre. En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas tillsammans med kommunen inför/vid inskrivning.

Samverkansmöte mobilt team – närsjukvård En ny vårdform har under året utvecklats i syfte att kunna vårda fler patienter hemma och ge en personcentrerad vård. Utvecklingen är ännu i sin linda men påvisar än så länge positiva resultat. Varje månad träffas region och kommun i samverkansmöten tillsammans för att utvärdera vårdformen och i ett tidigt stadium ta tag i olika utmaningar som uppstår. MAS och VC HSL deltar från förvaltningen.

MAS/MAR rådet. Samverkansforum med Skånes kommuner. I nuläget ingen representant från förvaltningen men representeras av MAS från annan kommun. Syftet med den regionala samverkansgruppen för MAS och MAR är att föra en dialog kring hälso- och sjukvårdsfrågor och vara en informations kanal mellan MAS/MAR nätverken.

Handläggare
Birgitta Ljungbeck
Omsorgsförvaltningen

birgitta.ljungbeck@hassleholm.se

Omsorgsnämndens
arbetsutskott/Omsorgsnämnden

Återrapportering om hur förvaltningen har följt upp verksamheten för hälso- och sjukvård efter genomlysningen av verksamheten under hösten 2024

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår omsorgsnämnden att godkänna återrapporteringen med tillhörande tjänsteutlåtande och lägga den till handlingarna.

Sammanfattning

Föreliggande rapport beskriver förvaltningens vidare hantering efter de brister som uppmärksammats i genomlysningen. Rapporten fokuserar huvudsakligen på uppföljning och åtgärder för att säkerställa en god ekonomisk hushållning med en budget i balans, en hög patientsäkerhet och en tillfredställande arbetsmiljö. Vissa åtgärder är påbörjade medan andra behöver ta lite längre tid så att olika förändringar hinner samverkas enligt rutin. De mer specifika åtgärderna av vikt för att uppnå en hög patientsäkerhet kommer att beskrivas mer detaljerat i handlingsplanen för patientsäkerhetsberättelsen.

Beskrivning av ärendet

Förvaltningen har lyckats relativt väl med att säkerställa en tillräcklig bemanning efter hyrstoppet. Det är en omställning för enheten då bemanningsstoppet innebär en större planering av befintliga resurser. Det finns fortfarande en del vakanser men rekrytering sker fortlöpande. Det finns sökande till de lediga tjänsterna och intervjuer är pågående. Totalt saknas det 7.52 årsarbetare tills vidare anställningar, dock är 7 av vakanserna föräldraledigheter. De sjuksköterskor som idag bemannar befintliga föräldraledigheter är informerade om att de kommer att förflyttas när sjuksköterskor som är föräldralediga kommer tillbaka, de har dock fått en fast anställning i kommunen. Några tjänster bemannas fortfarande med timanställda sjuksköterskor som inte önskar ta en fast tjänst. Det är högsta prioritet att ersätta dessa med månadsanställningar så snart som möjligt. Detta kommer att påverka budgeten gynnsamt då timanställda erhåller en högre timpenning än de högst betalda tills vidare anställda sjuksköterskorna. Det pågår åtgärder för att säkerställa en optimal resursanvändning av befintliga resurser. Åtgärderna fokuserar områden som organisationsstruktur - och kultur, budget i balans, organisationsförändringar, introduktion och byte av verksamhets-system

Förslagets konsekvenser för kommunkoncernen

Enbart till godo.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens omsorgstagare

Enbart till godo. Kvalitet och patientsäkerhet ökar genom avslut av bemanningspersonal som leder till högre kontinuitet och möjlighet att arbeta med kvalitetsförbättringar.

Facklig samverkan

FÖS 17 februari

Ekonomiska konsekvenser

Enbart tillgodo. Förutsättningarna för en budget i balans ökar i takt med att tillsvidare anställd personal bemannar ordinarie tjänster i stället för bemanningspersonal.

Bilagor

Tjänsteutlåtande
ON protokoll 2024-11-19

Sändlista:

Förtroendevalda revisorer
Kommunala pensionärsrådet
Kommunala tillgänglighetsrådet

Omsorgsförvaltningen

Annette Viksten Åhl
Förvaltningschef

Birgitta Ljungbeck
Vik. Verksamhetschef HS



**Hässelholms
kommun**

Återrapportering till omsorgsnämnden efter genomlysningen av avdelningen för hälso- och sjukvård

Datum: 2025-01-17

Ansvarig för innehållet:

TF Verksamhetschef/

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Birgitta Ljungbeck

Diarienummer: OF 2024/1367

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Nuläge bemanning	1
Arbetsmiljö	2
Organisationsstruktur- och kultur	4
Budget i balans.....	5
Utbildning i bemanningsekonomi	6
Åtgärder efter synpunkter från revisionens gällande bemanningspersonal.....	6
Förändringar av heltidsmått för kväll- och nattjänstgöring	6
Semesterplanering inför sommaren 2025	7
Organisatoriska förändringar	8
Samverkan på ledningsnivå	8
Intern samverkan i vårdteamet.....	8
SVU – team	8
Kvälls- och nattorganisation	8
Specialistfunktioner	8
Arbetsgrupper inom specifika områden	9
Introduktion av legitimerad personal	9
Byte av verksamhetssystem från Procapita till Lifecare	10

Inledning

I september fick omsorgsförvaltningen ett uppdrag från omsorgsnämnden att utföra en genomlysning av avdelningen för hälso- och sjukvård (HS). Anledningen var ett ökat användande av bemanningspersonal under sommaren. Uppdraget innefattade att analysera sommarens semesterplanering samt att kartlägga bemanningen och avdelningens ökande kostnader. Genomlysningen presenterades för omsorgsnämnden i november. Därefter inkom ett nytt uppdrag från omsorgsnämnden till omsorgsförvaltningen att vid varje sammanträde under 2025 skriftligen ge en uppföljning av hur situationen inom HS utvecklas. Utöver det gavs uppdraget att till februari månads sammanträde ge en skriftlig återkoppling för hur förvaltningen kommer att hantera synpunkterna som framkommit i genomlysningen.

Föreliggande rapport kommer därför att beskriva förvaltningens vidare hantering efter de brister som uppmärksammats i genomlysningen. Rapporten fokuserar huvudsakligen på uppföljning och åtgärder för att säkerställa en god ekonomisk hushållning med en budget i balans, en hög patientsäkerhet och en tillfredställande arbetsmiljö. Vissa åtgärder är påbörjade medan andra behöver ta lite längre tid så att olika förändringar hinner samverkas enligt rutin. De mer specifika åtgärderna av vikt för att uppnå en hög patientsäkerhet kommer att beskrivas mer detaljerat i handlingsplanen för patientsäkerhetsberättelsen.

Nuläge - bemanning

Förvaltningen har lyckats relativt väl med att säkerställa en tillräcklig bemanning efter hyrstoppet. Det är en omställning för enheten då bemanningsstoppet innebär en större planering av befintliga resurser. Dock lyckas enhetscheferna lösa korttidsvakanser bra genom omfördelning av tillgängliga resurser. Det finns fortfarande en del vakanser men rekrytering sker fortlöpande. Det finns sökande till de lediga tjänsterna och intervjuer är pågående. Det finns gott hopp om att alla tjänster tillsätts under första delen av våren. Totalt saknas det 7.52 årsarbetare tills vidare anställningar, dock är 7 av vakanserna föräldraledigheter. De sjuksköterskor som idag bemannar befintliga föräldraledigheter är informerade om att de kommer att förflyttas när sjuksköterskor som är föräldralediga kommer tillbaka, de har dock fått en fast anställning i kommunen. Några tjänster bemannas fortfarande med timanställda sjuksköterskor som inte önskar ta en fast tjänst. Det är högsta prioritet att ersätta dessa med månads-anställningar så snart som möjligt. Detta kommer att påverka budgeten gynnsamt då timanställda erhåller en högre timpenning än de högst betalda tills vidare anställda sjuksköterskorna.

Det finns fortfarande områden/enheter som är sårbara då det saknas tills vidare anställda sjuksköterskor, bland annat korttidsboendet. Den specialist-sjuksköterska som anställdes i november där har valt att säga upp sig igen och slutar sista januari. Det fanns sedan tidigare en vakans. Nya rekryteringsprocesser är därför pågående varav en ny ssk är rekryterad och börjar den 1/3.

Hemsjukvården Väster, Tyringe och Bjärnum/Vittsjö har varit ansträngt efter bemanningsstoppet men ser nu bättre ut bemanningsmässigt.

Nedan tabell visar nuläget i sjuksköterskeorganisationen utifrån att specialistfunktionerna sår-ssk och en ssk från en väg in arbetar kliniskt, 2 pool-ssk och 4.8 tim ssk som arbetar enligt schema. Utöver det finns det 12 HSL usk och cirka 8 tim ssk som arbetar dag- och/eller jourtid. Som framkommer av tabellen så presenteras bemanningen utifrån nuläge och i jämförelse med årsarbetare (ÅA) utifrån 25 patienter per omvårdnads-ansvarig sjuksköterska (OAS) och ÅA utifrån budget. Anledningen till två mått är att i samband med bemanningsstoppet togs denna siffra fram av dåvarande verksamhetschef i samråd med MAS som en rimlig siffra att säkerställa en acceptabel arbetsbelastning och få en överskådlig bild över bemanningen. Tabellen är en nulägesbild och är föränderlig beroende på nya anställningar, sjukskrivningar och eventuella uppsägningar.

Tabell över nuläge för bemanning av ssk fördelat på område 1 – 4

	Nuläge (ÅA)	ÅA 25 pat/OAS	ÅA enligt budget	Vakanser
Område1	14.09	14.36	15.61	- 1.52 (1 FL)
Område 2	14.6	14.2	16.05	- 1.45 (4 FL)
Område 3	20.91	22.58	24.71	- 3.8 (2 FL)
Område 4	17.6	16.91	17.35	+ 0.25
Totalt	68.2	68.92	72.98	- 7.52 ÅA
Diff mellan nuläge och ÅA	68.2	+ 0.15	-4.78	Av de 7.52 som saknas är det 7 ssk som innehar fasta tjänster men är föräldralediga.

När det gäller legitimerad rehabpersonal är situationen som tidigare, dvs att de har en något låg grundbemanning och beslut behöver fattas inför 2026 års budget om en ökad grundbemanning för att säkerställa förutsättningarna för rehab att delta i det dagliga teamarbetet runt patienten på ett ändamålsenligt sätt.

Arbetsmiljö

Under hösten blev det oroligt i verksamheten med anledning av bemanningsstoppet. Som alltid vid förändringar av olika slag så påverkas medarbetare och oro uppstår. Enhetscheferna har lagt mycket tid på att föra dialog med medarbetarna för att skapa ett lugn i situationen och har lyckats väl med den uppgiften. De allra flesta medarbetare förstår situationen och gör vad de kan för att hjälpa till. Det finns dock ett visst motstånd att behöva förflyttas från sin ordinarie arbetsplats. Därför är det viktigt att skapa förståelse bland medarbetare att de har en anställning i Hässleholms kommun och att arbetsgivaren har rätten att förflytta personal utifrån ansvaret att leda och fördela arbetet så optimalt som möjligt. Detta kommer att vara en viktig sak att arbeta med då det är nödvändigt att kunna fördela personal efter arbetsbelastning. Detta gäller särskilt i hemsjukvården där det är svårare att ha en konstant bemanning då patientantalet

kan gå upp och ner i jämförelse med boenden där antalet är konstant över tid. Detta arbetssätt är mer accepterat bland legitimerad rehabpersonal då de redan idag gör detta kontinuerligt utifrån behov.

Som en reaktion på bemanningsstoppet gjorde Vårdförbundet en 6:6a begäran som senare skickades till arbetsmiljöverket (AMV) då de inte var nöjda med arbetsgivarens åtgärdsplaner efter genomförd risk- och konsekvensanalys. Därefter har två dialogmöten tillsammans med förtroendevalda, arbetsmiljöverket och arbetsgivaren ägt rum. Återkoppling från arbetsmiljöverket har inkommit med en underrättelse om att de kan komma att besluta om ett föreläggande om inte kraven de ställer genomförs. Arbetsgivaren har fått möjlighet att lämna synpunkter före beslut, vilket har gjorts. I svaret redogörs för nulägesbilden och vilka åtgärder som har vidtagits utifrån de krav arbetsmiljöverket överväger att ställa. Arbetsgivaren inväntar återkoppling för vidare hantering.

Under hösten genomfördes även en inspektion från arbetsmiljöverket avseende enhetschefernas arbetsmiljö. Med anledning av hyrstoppet ökade initialt även deras arbetsbelastning och det fanns en stor oro även bland enhetscheferna. Samtidigt slutade dåvarande verksamhetschef och MAS gick in som TF verksamhetschef under rekryteringsperioden av ny. Arbetsmiljöarbetet för enhetschefer har inte varit helt enligt rutinerna under året och det hade inte genomförts någon arbetsmiljöromd under våren. TF verksamhetschef genomförde den under hösten i samband med att SAM skulle sammanställas.

Vid arbetsmiljöverkets inspektion fann de brister i arbetsmiljöarbetet och återkom med ett inspektionsprotokoll med tydliga krav på åtgärder. Bland annat handlade det om att säkerställa följsamhet till rutiner för det systematiska arbetsmiljöarbetet och att genomföra en risk- och konsekvensanalys utifrån arbetsmiljön. Denna gjordes under senare delen av hösten. AMV ställde dock ett krav på att ta in sakkunnig hjälp för att säkerställa att arbetsmiljöarbetet fortskrider i enlighet med arbetsmiljölagen. Tf VC tog därför kontakt med företagshälsovården Feelgood och en workshop tillsammans med dem är inplanerad i januari. AMV kommer för uppföljande inspektion i början av februari.

Under 2023 och 2024 har det skett flera förändringar i bemanningen av enhetschefer för sjuksköterskor, vilket har bidragit till en ökad arbetsbelastning. Under 2023 slutade två erfarna enhetschefer. Under våren 2024 rekryterades två nya chefer, men i slutet av september 2024 slutade ytterligare en annan enhetschef. En ersättare anställdes och påbörjade sin tjänst i december. Därefter valde ännu en enhetschef att avsluta sin tjänst den 30 december. En ny chef har rekryterats och tillträder den 24 mars 2025. Detta innebär att en av fyra enhetschefstjänster förblir vakant fram till den 24 mars. Totalt sett finns det för närvarande fem av sex chefer på plats i ledningsgruppen för hälso- och sjukvård,

inklusive två chefer för rehabenheten, där det finns utrymme att utveckla samarbetet.

I slutet av februari tillträder också en ny verksamhetschef som kommer att behöva tid för att sätta sig in i arbetet och de utmaningar som avdelningen står inför. Framöver blir det viktigt att arbeta med att forma och stärka samarbetet inom ledningsgruppen, eftersom den nya sammansättningen kräver att arbetsformer och samarbete etableras.

Organisationsstruktur - och kultur

Parallellt med pågående rekryteringsprocesser för att säkerställa grundbemanningen pågår strategiska dialoger om vilka förändringar som behöver göras för att ta nästa steg mot en god och nära vård. Det är tydligt i verksamheterna att den interna samverkan inte är tillräckligt välutvecklad för att komma vidare utan ytterligare åtgärder. Många enheter har ett otillräckligt internt samarbete som måste vidareutvecklas. Det går många gånger att se att det beror på att helhetsperspektivet saknas. Det leder till att det finns en tendens till att vårdteamen arbetar i stuprör efter profession i stället för tillsammans med vårdtagaren i fokus. Det är nödvändigt att lyfta blicken och hitta ett tillsammans-perspektiv där alla professioner i teamet är lika viktiga. I det förbättringsarbetet är ledning och styrning avgörande. Det gör det nödvändigt att utveckla samarbetet även på alla ledningsnivåer så att det är synligt för medarbetarna att det finns ett helhetsperspektiv i hela organisationen.

Ett viktigt första steg för att få helhetsperspektivet är att förvaltningsledningen har haft dialoger om vad som behöver göras. Det finns nu en samstämmig målbild att arbeta vidare utifrån där vissa åtgärder är pågående medan andra kräver mer bearbetning.

När det gäller organisationskultur behöver ytterligare arbete göras. Arbetsgivaren behöver arbeta mer systematiskt med att förändra kulturen. För att det ska vara möjligt är det nödvändigt att börja från början, det vill säga att fokusera på vad det innebär att sluta ett avtal om anställning i omsorgsförvaltningen. Det är viktigt att med utgångspunkt från anställningsavtalet och ansvaret som följer med det tydliggöra krav och förväntningar utifrån profession. Förslagsvis kan denna dialog föras på APT som en del i värdegrundsarbetet. Förvaltningsledning och stab har under hösten genomgått en kulturresa utifrån modellen ”kulturkuben”. Denna resa ska under 2025 genomföras även ute i verksamheterna med enhetschefer och övriga medarbetare.

Budget i balans

Att balansera budgeten är en prioriterad uppgift under 2025. För att skapa förutsättningar att nå en hållbar ekonomi har flera åtgärder planerats. Målet är

att effektivisera användningen av befintliga resurser och samtidigt säkerställa en god arbetsmiljö. På samma gång behöver framtida budgetramar granskas noggrant för att möjliggöra leverans av vård och omsorg av hög kvalitet.

Som tidigare nämnts är budgeten för rehabenheten otillräcklig. Detta begränsar redan idag möjligheterna för rehabpersonalen att delta i det dagliga teamarbetet på ett ändamålsenligt sätt, särskilt med tanke på kraven kopplade till omställningen mot en god och nära vård men också den kommande nya socialtjänstlagen. Den nya lagstiftningen betonar ett rehabiliterande och förebyggande arbetssätt, där legitimerad rehabpersonal kommer att spela en central roll. Det är därför viktigt att säkerställa att rehabenheten får tillräckliga resurser för att kunna uppfylla sitt ansvarsområde i de olika professionerna.

Den medicinska vården blir alltmer komplex, då fler vårdas i hemmet eller på särskilda boenden. Detta gör det nödvändigt att se över grundbemanningen även för sjuksköterskor. På särskilda boenden ökar antalet personer med svår demenssjukdom, vilket ställer höga krav på att det finns legitimerad personal med rätt kompetens för att kunna handleda och stötta personalen. Arbetet med personer som har demenssjukdom kräver tid, vilket gör det särskilt angeläget att säkerställa en tillräcklig bemanningstäthet inom dessa boenden. Samtidigt ställer sjuksköterskeyrket i kommunal verksamhet allt högre krav på att kunna hantera avancerad medicinteknisk utrustning. Det handlar ofta om behandlingar som kräver betydande tid och resurser, såsom hantering av intravenösa infarter, drän och andra medicinska insatser. Dessa faktorer understryker vikten av att beslutsfattare tar hänsyn till den ökande komplexiteten vid fastställandet av budgetramar. En adekvat bemanning är avgörande för att kunna upprätthålla kvaliteten på vården och möta behoven hos en alltmer komplex patientgrupp.

För att säkerställa att förvaltningen använder tilldelad budget så effektivt som möjligt är olika åtgärder att pågående. En åtgärd är att säkerställa att enhetschefer har tillräcklig kompetens i bemanningsekonomi, medan andra åtgärder handlar om att tillse att befintliga resurser används så effektivt som möjligt utan att ge avkall på arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Utbildning i bemanningsekonomi för EC

Dialoger om att det behövs ökad kompetens inom bemanningsekonomi har förts och att utbildning behöver prioriteras för samtliga enhetschefer i förvaltningen. Genom att analysera och optimera arbetstidsmätt, anställningsformer och resursutnyttjande kan organisationen skapa förutsättningar för att möta verksamhetens behov utan att överskrida budgetramarna. En välplanerad bemanningsekonomi innebär även att strategiskt planera rekrytering, minimera kostsamma lösningar som övertid och bemanningsföretag samt säkerställa att personalens kompetens används på rätt sätt. Detta bidrar inte bara till ekonomisk hållbarhet utan även till en bättre arbetsmiljö och ökad kvalitet i verksamheten.

Utbildning för enhetschefer i bemanningsekonomi av extern konsulent kommer att ske den 11 mars 2025.

Åtgärder efter synpunkter från revisionen gällande bemanningspersonal

I samband med genomlysningen och inför olika revisioner under året har hantering och användning av bemanningspersonal granskats. Det kan konstateras att förvaltningen skulle ha haft bättre kontroll på detta. Av olika anledningar har inte upphandling, avrop och användning följts upp på ett strukturerat sätt. Förvaltningen har nu hyrstopp och ingen bemanningspersonal planeras att användas under året. Dock kan det uppkomma ett behov och det är då viktigt att säkerställa en rutin för när bemanningspersonal får tas in och vem som ansvarar för vad. Detta har varit en återkommande synpunkt från revisionerna som inte har verkställts. Förvaltningschef har därför gett ekonomichef och verksamhetschef HS i uppdrag att ta fram en heltäckande rutin så snart som möjligt. Arbetet med en ny rutin är påbörjat och ska vara klar senast under februari månad.

Förändringar av heltidsmått för kvälls – och nattjänstgöring

Sjuksköterskor som för närvarande arbetar kväll har ett heltidsmått på 34,83 timmar per vecka, vilket inte överensstämmer med HÖK:s avtal. Det saknas även ett lokalt avtal för detta arbetstidsmått. Ett förberedande arbete pågår för att justera arbetstidsmättet till 38,25 timmar per vecka, vilket ligger i linje med avtalet. Denna förändring möjliggör skapandet av en extra heltidstjänst för kvällsarbete inom befintlig budgetram.

För sjuksköterskor som arbetar ständig natt gäller idag ett heltidsmått på 32 timmar per vecka enligt ett lokalt avtal. Det lokala avtalet sades upp av personalutskottet den 16 december. Arbetsgivaren avser därefter att erbjuda ett arbetstidsmått på 34 timmar per vecka för ständig nattjänstgöring, vilket motsvarar HÖK:s avtalade nivå. Detta är särskilt viktigt att verkställa då nuvarande grundschema inte täcks av ordinarie bemanning utan det används systematisk personal som ersätts med övertid för extrapass. Förändringen kommer att ske efter sedvanlig process och risk- och konsekvensanalyser kommer att genomföras med fackliga representanter. Representanter från HR är med under hela processen.

Semesterplanering inför sommaren 2025

Semesterplaneringen inför sommaren 2025 är påbörjad. Annonser har gått ut om vikariat. Kontakt är tagen med chef för skolsköterskor med förfrågan om det finns intresse av att arbeta några veckor under sommaren. Avvaktar återkoppling om det finns intresse. Önskemål om semestrar ska vara inlagda senast 28 februari. Därefter går enhetschefer igenom önskemålen och säkerställer att perioderna har följts och att det alltid finns minst en ordinarie i tjänst, ev fler beroende på område. Tidigare somrar har det utgått extra

ersättning när sjuksköterskor tagit extra pass och/eller flyttat på semesterveckor. Dialog är påbörjad för att se över möjligheten inför sommaren 2025. Dialoger förs även avseende hur semesterperioden ska vara indelad och kommer att diskuteras i FLG för beslut.

Organisatoriska förändringar

Dialoger kring möjliga organisationsförändringar i syfte att främja det interna samarbetet och få till en hög patientsäkerhet pågår. Målet med förändringarna ska vara att tydligare integrera HSL i kärnverksamheten, både på ledningsnivå och i vårdteamen, för att skapa ett helhetsperspektiv och stärka samverkan.

Samverkan på ledningsnivå

Som ett första steg i detta utvecklingsarbete behöver samarbetet mellan enhetschefer inom HSL och SoL/FSS vidareutvecklas för att säkerställa ett gemensamt helhetsperspektiv i verksamheten. För närvarande finns etablerade forum som tvärprofessionella enhetschefsmöten och kvalitetsråd på enhetsnivå. Rutiner och områdesindelningar har nyligen uppdaterats för att bättre återspegla och stödja enhetschefernas samarbete i det dagliga arbetet. Dessa kommer att gälla från och med 2025. Det har också fattats beslut om att ledningsgruppen för HSL ska delta i de andra ledningsgruppernas möten två gånger per termin. Syftet med dessa strategiska dialoger är att ytterligare stärka samarbetet mellan verksamhetsområdena och främja en mer integrerad arbetsprocess i det dagliga arbetet. Utvecklingen i samarbetet kommer att följas fortlöpande och ytterligare gemensamma insatser för att utveckla samverkan kan vara aktuellt.

Intern samverkan i vårdteamet

När det gäller det interna samarbetet i teamen närmast patienterna kräver det också en utveckling. Det finns fortfarande en kultur av att arbeta i stuprör där helheten ibland missas. Under de senaste åren har det varit ett fortlöpande arbete med att hitta strategier för att förändra patientsäkerhetskulturen. Trots det finns det kvarstående brister då förvaltningen inte fullt ut har lyckats med detta arbete. Det behöver arbetas mer strategiskt och ändamålsenligt med denna förändring för att nå en god säkerhetskultur där det viktigaste är en intern sömlös samverkan mellan HSL och Sol/FSS. Detta är grunden för att lyckas i både omställningen till en god och nära vård och den nya socialtjänstlagen. Budskapet i båda reformerna är sömlös samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård med fokus på personcentrerad vård och förebyggande insatser. Formerna för det vidare arbetet är inte klara i dagsläget utan kommer att diskuteras mer.

SVU-team

Det har under lång tid varit en otillräcklig intern samverkan mellan myndighetsenheten och HSL när det gäller planering av patienter efter sjukhusvistelse. Det är därför nödvändigt att säkerställa ett mer ändamålsenligt

samarbete. Dialoger är pågående för att utveckla ett SVU-team där biståndshandläggare och legitimerad personal ska ingå och tillsammans samverka i planeringen av utskrivningsklara patienter. Förändringen som det planeras för innebär att den legitimerade personal som idag bemannar En väg in organisatoriskt flyttar över till myndighetsenheten. Där skapas ett SVU team tillsammans med de biståndshandläggare i planeringsteamet som ansvarar för planering av utskrivningsklara patienter. Utöver planeringen av utskrivna patienter kommer den legitimerade personalen i SVU teamet att ansvara för remisshantering från andra enheter såsom vårdcentraler och specialistmottagningar som tidigare. Rutin för det nya arbetssättet kommer att tas fram.

Ett första möte har ägt rum med enhetscheferna som kommer att beröras av förändringen. Nästa steg är att genomföra en risk- och konsekvensanalys med fackliga representanter. Ett preliminärt startdatum när förändringen ska börja gälla är satt till 1 april.

Kvälls- och nattorganisationen

Nuvarande telefonväxelsystem har i tidigare lex Maria utredningar identifierats som patientsäkerhetsrisker. Riskerna finns framförallt genom att olika sjuksköterskor under ett pass kan vara involverade i samma patient, vilket ger risk för att viktig information missas. Nuvarande arbetssätt behöver därför utvärderas och eventuella ändringar för att uppnå en hög patientsäkerhet kommer att genomföras. Detta arbete kommer att påbörjas under våren.

Specialistfunktioner

Avdelningen för hälso- och sjukvård har en del tjänster som idag varit tänkt att finansieras med stadsbidrag. Under genomlysningen framkom det att det inte fanns avsatta medel för stadsbidrag för flertalet av tjänsterna, vilket i sin tur påverkade budgeten negativt. Arbete och dialog är påbörjad för att ta beslut om vilka tjänster förvaltningen behöver och i så fall arbeta för att få in dessa inom budget. För att få möjlighet att arbeta igenom detta på ett strukturerat sätt har styrgruppen för stadsbidrag beslutat att prioritera stadsbidrag för dessa tjänster under 2025. Det finns också ett antal av tjänsterna där inte avtalet är skrivet som en projektanställning utan som en tillsvidare tjänst. Därför är det viktigt att ta beslut om vilka tjänster som ska vara kvar antingen som en projektanställning eller en tillsvidare tjänst. Därefter behöver processen för eventuell omskrivning av avtal ta vid så att medarbetarna har tydlighet i sina anställningar.

Arbetsgrupper inom specifika områden

Arbetsgrupper finns sedan tidigare inom vårdhygien, palliativ vård och dokumentation. Dock har det under 2024 varit begränsad aktivitet i arbetsgrupperna. Det finns därför ett behov av att tydliggöra strukturen för arbetsgrupperna, vars syfte är att driva kvalitetsförbättringar inom områdena.

Den nuvarande bristen på tydlig struktur begränsar både framsteg och effektivitet. För att stärka arbetsgruppernas funktion krävs en tydligare uppdragsbeskrivning där syfte, krav, förväntningar och förutsättningar för deltagande definieras. Dialoger på ledningsnivå har inletts, och tydligare uppdrag kommer att formuleras under våren 2025. Att erbjuda medarbetare möjlighet att delta i arbetsgrupper inom områden som särskilt engagerar dem kan bidra till ökad motivation och delaktighet. Det är därför väsentligt att det avsätts tid för deltagande i arbetsgrupperna. Det finns också behov av att inkludera omvårdnadspersonal i arbetsgrupperna för att få till en tvärprofessionell utveckling. Dialoger om detta är också pågående.

Introduktion av legitimerad personal

Att säkerställa introduktion för legitimerad personal har varit ett viktigt mål under flera år där förvaltningen inte riktigt har lyckats med det. Därför togs under hösten ett nödvändigt omtag kring detta. Det fanns under hösten möjlighet att avsätta tid för en specialistsjuksköterska att arbeta med detta. Tillsammans med en arbetsgrupp med olika specialistfunktioner har ett strukturerat och ändamålsenligt introduktions-program tagits fram. Det har implementerats under hösten med mycket goda resultat. Nyanställda sjuksköterskor känner sig väl omhändertagna.

Programmet erbjuder en gradvis introduktion till arbetet som kommunal sjuksköterska, med fokus på att skapa en stabil grund i de rutiner och arbetssätt som gäller inom förvaltningen. Under de två första månaderna tillhandahålls fyra heldagar med introduktion och utbildning inom prioriterade områden. De initiala utbildningsdagarna täcker grundläggande aspekter som dokumentation, hygienrutiner och användning av verktyget Mina Planer. Senare utbildningsdagar inkluderar mer specialiserad kunskap, såsom genomgångar av rutiner och riktlinjer från medicinskt ansvarig sjuksköterska, suicidpreventiv samordnare och demenssjuksköterska. Efter tre till sex månader i tjänst erbjuds fördjupade utbildningar inom områden som sårbehandling, samordnad individuell planering (SIP) och hjärt-lungräddning (HLR). På längre sikt, mellan sex och tolv månader efter anställning, ges ytterligare möjligheter till kompetensutveckling, exempelvis inom Mental Health First Aid (MHFA) och förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel.

Nyanställd legitimerad rehabpersonal har redan deltagit i vissa delar av introduktionen. Planering pågår för att utöka programmet så att det erbjuds i sin helhet även till legitimerad rehabpersonal, då nästan alla delar anses vara lika relevanta för deras arbete. Att inkludera denna yrkesgrupp kan bidra till en mer enhetlig och kvalitativ introduktion för all legitimerad personal inom förvaltningen.

Byte av verksamhetssystem från Procapita till Lifecare HSL

Övergången från verksamhetssystemet Procapita till Lifecare HSL är planerad i syfte att öka patientsäkerhet och stärka teamarbetet då det finns risker med att

Sol och HSL personal arbetar i två separata system. Det innebär också mertid för medarbetarna att hantera två olika system. En projektledare kommer att anställas för att säkerställa ett effektivt införande av Lifecare HSL då det är ett omfattande arbete. Tjänsten är utannonserad och rekryteringsprocessen kommer att ske i början av året.

Handläggare
Fredrik Carbonnier
Omsorgsförvaltningen

Fredrik.carbonnier@hassleholm.se

Omsorgsnämndens arbetsutskott/
Omsorgsnämnden

Omsorgsnämndens strategi för hantering av statsbidrag

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att föreslå omsorgsnämnden följande beslut:

1. Omsorgsnämnden antar förvaltningens förslag till strategi för hantering av statsbidrag.
2. Förvaltningen ska inkomma till nämnden med en uppföljning av hur statsbidragen hanterats kvartalsvis med start den 28 mars 2025. Redovisningen ska presenteras som ett beslutsärende.

Sammanfattning

Strategin för statsbidragens tillämpning har till syfte att vägleda och säkerställa hur omsorgsförvaltningen i arbetet med ansökan samt fördelning av statsbidragen ska ske på ett korrekt tillvägagångssätt. Strategin ska särskilt stärka förvaltningen och göra det möjligt för förvaltningen att nå nämndens mål och vision. Detta inom ramen för statsbidragens användningsområde. Omsorgsförvaltningen ska förvalta statsbidragen så att de i slutändan kommer till gagn för omsorgstagarna.

Beskrivning av ärendet

Hässleholms kommuns revisorer genomförde en granskning av omsorgsnämndens hantering av riktade statsbidrag under hösten 2023. Rapporten resulterade i ett antal rekommendationer. Utifrån dessa rekommendationer beslutade omsorgsnämnden 2024-05-27 § 38 att ge förvaltningen i uppdrag att ta fram en strategi för hanteringen av statsbidrag och återkomma med den till omsorgsnämnden 2024-10-15. Förvaltningen uppdrogs även att inkomma till varje nämnd för att ge en uppföljning av hur statsbidragen använts.

Arbetet med att ta fram strategin har tagit något längre tid än förväntat, eftersom förvaltningen genomgått större förändringar under hösten 2024, men det har resulterat i ett väl genomarbetat dokument.

I och med att strategin ger förvaltningen möjlighet att jobba efter nämndens satta mål och visioner på ett effektivt och ändamålsenligt sätt så bedömer förvaltningen att nämndens uppföljningar av statsbidragen bör reduceras från varje nämnd till kvartalsvis med skriftligt underlag.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Tydligare målstyrning av de medel som förvaltningen rekvirerar från andra myndigheter leder förhoppningsvis till bättre effekt av budgetmedel för våra omsorgstagare.

Barnperspektivet

Inget specifikt i detta ärende

Miljökonsekvenser

Inte tagit hänsyn till miljöperspektivet i detta ärende

Facklig samverkan

Enligt rutin

Ekonomiska konsekvenser

Tydlighet i den ekonomiska styrningen.

Koncerngemensamma konsekvenser

Stöttar förvaltningen i bättre ekonomisk hushållning.

Bilagor

Strategi för statsbidrag 2025-2027

Sändlista:

Kommunal författningssamling
Intranätsansvarig
Kommunens revisorer
Anmälan till kommunfullmäktige
Förvaltningschefen
Samtliga chefer inom Staben

Annette Viksten Åhl
Förvaltningschef

Fredrik Carbonnier
Enbetschef ekonomi-, system och teknik

Omsorgsförvaltningen



Strategi för statsbidrag

Omsorgsnämnden 2025-2027

Innehållsförteckning

Strategi för statsbidragens utnyttjande	1
1. Syfte.....	1
2. Bakgrund.....	1
3. Mål	1
En hållbar ekonomisk utveckling -	2
Livskvalitet och trygghet – hela livet.....	2
En attraktiv plats för medborgare och företag	2
En attraktiv arbetsgivare -	3
4. Processen för statsbidrag.....	3
4.1 Genomföra	3
4.2 Återrapportering	4

Diarienummer: OF 2024/717

Fastställt den: 2025-02-27

Fastställt av: Omsorgsnämnden

För revidering ansvarar: Omsorgsnämnden

För uppföljning ansvarar: Omsorgsnämndens arbetsutskott

Dokumentet gäller för: Omsorgsförvaltningen

Giltighetsperiod: 2025-03-24 tillsvidare

Kommunal författningssamling: Styrdokument

Antagen: ON 2025-02-27 §

Strategi för statsbidragens utnyttjande

1. Syfte

Strategin för statsbidragens utnyttjande har till syfte att visa vägen för hur förvaltningen med hjälp av statsbidrag ytterligare ska stärka förvaltningen och göra det möjligt för förvaltningen att nå nämndens mål och vision, detta inom ramen för statsbidragens användningsområde. Förvaltningen ska förvalta statsbidragen så att de i slutändan kommer till gagn för omsorgstarna.

2. Bakgrund

Statsbidrag är politiska beslut som utlyses via ett regleringsbrev från Riksdagen som presenteras vid årsskiftet. Dessa medel, som presenteras under första kvartalet innevarande år, ses som verktyg för att uppnå kommunens politiska mål och vision.

3. Mål

Nedan följer kommunens strategiska mål och nämndens utvecklingsmål och den strategiska inriktningen som ger inramningen för de framtida beslut av projekt som ska finansieras av statsbidrag. Genom att förvaltningen förhåller sig till dessa ramar fortsätter förvaltningen att sträva mot nämndens och kommunens övergripande mål. För mandatperioden 2025–2027 har kommunen fyra strategiska utmaningar med övergripande mål:

- *En hållbar ekonomisk utveckling*
- *Livskvalitet och trygghet, hela livet*
- *En attraktiv plats för medborgare och företag*
- *En attraktiv arbetsgivare*

Omsorgsnämnden vision samt utvecklingsmål

"Hässleholms kommun erbjuder Sveriges bästa vård och omsorg utförd av de stoltaste medarbetarna"

- *Omsorgsnämnden har en ekonomi i balans med förbättrad kvalitet i insatserna*
- *Omsorgsnämnden ska säkerställa insatser av god kvalitet och hög kontinuitet i omställningen till en nära vård och omsorg*
- *Omsorgsnämnden ska genom främjande och förebyggande insatser öka tilliten till nämndens verksamheter samt tillgodose den enskildes behov av trygghet, omtanke och livskvalitet*
- *Omsorgsnämnden ska säkra kompetensförsörjningen genom att attrahera, utveckla och engagera medarbetare och ledare i nämndens verksamheter*

För att nå kommunens vision och strategiska mål ska statsbidragen rekvideras utifrån kriterierna ovan och projekten för respektive bidrag planeras för att aktivt stärka dessa mål. De projekten som godkänns av styrgruppen är enligt styrgruppen de projekt som har störst potentiell påverkan att bidra till att nå förvaltningens och kommunens mål och vision.

EN HÅLLBAR EKONOMISK UTVECKLING - *Omsorgsnämnden har en ekonomi i balans med förbättrad kvalitet i insatserna.*

Denna målformulering upprätthålls genom att medel planeras för att stödja en satsning för säkrad välfärd. För att möta den demografiska utvecklingen med en betydande ökning av personer över 80 år (+25% fram till 2033, Kolada), och allt lägre befolkningstillväxt, i kombination med en ny lagstiftning, inom t.ex. arbetsrätt och socialtjänstlagen (SoL), bör förvaltningen satsa på insatser för effektivisering. Detta genom användning av ny teknik och satsning på kompetens i alla led av förvaltningen. God utbildning och kunskap skapar en ökad trygghet i alla led och en kreativ organisation som i sin tur skapar medarbetare som har förutsättningar att även bidra till kommunens ekonomiska mål.

LIVSKVALITET OCH TRYGGHET – HELA LIVET - *Omsorgsnämnden ska säkerställa insatser av god kvalitet och hög kontinuitet i omställningen till en nära vård och omsorg.*

Detta uppnås genom aktiviteter för att stödja omställningen till en nära vård med primärvården som nav och genom insatser som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt. Det kan till exempel handla om samordning inom eller mellan vårdgivare, samt kontinuitet, relationsbyggande och tillgänglighet. Här bör aktiviteter prioriteras för att bibehålla och återvinna bästa möjliga hälsa och funktionsförmåga genom fokus på exempelvis preventivt arbete, hälsosamma levnadsvanor, hälsosamtal och ett omfattande arbete med riskbedömning och åtgärdsplanering. Ett annat stort folkhälsoproblem som bör prioriteras är ofrivillig ensamhet bland äldre, vilket kan förhindras genom satsning på gemensamma aktiviteter för att förebygga ökad isolering och ensamhet.



EN ATTRAKTIV PLATS FÖR MEDBORGARE OCH FÖRETAG - *Omsorgsnämnden ska genom främjande och förebyggande insatser öka tilliten till nämndens verksamheter samt tillgodose den enskildes behov av trygghet, omtanke och livskvalitet.*

Kommunen behöver ställa om till nya förebyggande, tillitsskapande, jämställda och kunskapsbaserade arbetssätt – både utifrån den nya socialtjänstlagen samt för att möta samhällets utmaningar. Samhällsviktiga verksamheter måste anpassas efter nya och skärpta direktiv (Nya SoL).

lagstiftning, GDPR, NIS-2 m.fl.). Insatser bör ytterligare planeras för att skapa rutiner och arbetssätt samt vidta åtgärder vid oönskade händelser och stärka samhällets motståndskraft. Detta görs genom insatser för höjd beredskap, utveckling av informationssäkerhet och välfärdsteknik. En betydande del av omsorgen utförs av privata utförare som verkar på kommunernas uppdrag och är här en viktig part i kommunens gemensamma arbete i en attraktiv plats för företag.

EN ATTRAKTIV ARBETSGIVARE - *Omsorgsnämnden ska säkra kompetensförsörjningen genom att attrahera, utveckla och engagera medarbetare och ledare i nämndens verksamheter.*

Förvaltningen ser att detta mål främjas genom att ge goda förutsättningar för vårdens medarbetare via kompetensutveckling och genom att stärka arbetsmiljön. I takt med att befolkningen växer och andelen äldre blir större, ökar behoven av välfärd, så även trycket på förvaltningen. Samtidigt kommer konkurrensen om arbetskraften att vara hård de kommande åren. För att möta kompetensutmaningen behöver omsorgsförvaltningen fortsätta att aktivt rekrytera, men fokus behöver ligga på befintlig personal samt att arbeta med nya arbetssätt. Det kommer att krävas en palett av insatser, till exempel att arbeta med digitalisering, innovation, heltid som norm och arbeta för att sänka sjuktalen. En god arbetsmiljö är central för att säkra kompetensförsörjning både på kort och på lång sikt. Detta handlar bland annat om att arbeta med friskfaktorer, stärka chefers förutsättningar att leda, kompetensutveckling och IT-stöd. Insatser behövs för att skapa förutsättningar för utveckling och engagemang i syfte att kunna behålla medarbetare och vara en attraktiv arbetsgivare.

4. Processen för statsbidrag

Den av förvaltningen framtagna strategin för statsbidrag har utgångspunkten att dessa medel fungerar som ett verktyg för att uppnå de politiska målen. Rutin för hantering av statsbidrag är framtagen av förvaltningen och arbetas aktivt med sedan verksamhetsåret 2024.

De specifika statsbidragen utlyses därefter bland annat via Socialstyrelsen i deras statsbidragskalender, främst under det första kvartalet av året. I statsbidragskalendern utlyses respektive statsbidrag, villkoren för användning av statsbidraget, fördelningslista med respektive kommuns belopp vid rekvisering samt villkor för återredovisning.

När statsbidragen rekviseras kan projekt planeras inom ramen för bidragens användningsområde.

4.1 GENOMFÖRA

Statsbidragen rekviseras eller ansöks om utifrån målen därefter kan projekten för respektive bidrag planeras för att aktivt stärka dessa mål i linje med denna strategi.

Omsorgsförvaltningen har en arbetsgrupp och en styrgrupp. Arbetsgruppen består av kvalitetsutvecklare och ekonom. I styrgruppen ingår arbetsgruppen samt verksamhetschefer, enhetschef för HR och ekonomi. Dessa två grupper arbetar med hanteringen av statsbidragen. Där arbetsgruppen arbetar operativt med rekvisering, strukturen runt statsbidragen, samordningen samt uppföljning. Styrgruppen beslutar om vilka projekt som antas och redovisar till

nämnd. Arbetsgruppen har tagit fram en rutin för arbetsgången kring hanteringen och tydliggjort ansvar och roller. Rutinen är sedan beslutad i förvaltningsledningen. Förvaltningsledningen inklusive samtliga verksamheter tillfrågas om projekt som de vill genomföra i sina respektive verksamheter. Här kan förvaltningschefen definiera behov och sätta ytterligare ramar för rekviderade statsbidrag. Nämnden har också insyn i processen och kommer att få rapporterat till sig vilka statsbidrag som rekviderats, vilka belopp och vilka projekt som är beslutade under varje bidrag. En mall för hur projektansökningar ska se ut och tidsplan har tagits fram. Minnesanteckningar från styrgruppsmötena har strukturerats med tydlighet i ansvarig, beslut, aktiviteten som avses samt specificering av kostnaderna vilka regelbundet följs upp. Vid större projekt finns även en projektplan som underlag, vilken bifogas projektansökan. När verksamhet ansöker om medel för projekt ska det framgå hur aktiviteten ska implementeras och en utvärdering sker av effekterna.

Projekt kan komma att ändras under årets gång och det är då styrgruppens ansvar att se över ändrade förutsättningar samt omfördela.

Ekonomichefen informerar förvaltningschefen om vilka projekt som planeras under respektive statsbidrag. Förvaltningschefen har således insyn i processen och besluten.

Varje månad informeras nämnden om rekviderat, planerat och nyttjat statsbidrag. Ytterligare information om statsbidragens utnyttjande presenteras vid efterfrågan från nämnden.

4.2 ÅTERRAPPORTERING

Åtterrapporing av statsbidrag genomförs under första kvartalet efterföljande år. Förvaltningen ansvarar för åtterrapporing till respektive myndighet därefter till nämnden efter första kvartalet.



**Hässleholms
kommun**

Hässleholms kommun • Stadshuset • 281 80 Hässleholm • Tel 0451-26 70 00 • hassleholm.se

Förvaltningschef
Annette Viksten Åhl
Omsorgsförvaltningen

annette.viksten.ahl@hassleholm.se

Omsorgsnämndens arbetsutskott/
Omsorgsnämnden

Uppdrag att återrapportera till kommunstyrelsen om hanteringen av statsbidrag inom omsorgsförvaltningen

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att föreslå omsorgsnämnden följande beslut:

1. Omsorgsnämnden godkänner återrapporteringen gällande hanteringen av riktade statsbidrag och antar den som sin egen.
2. Återrapporteringen överlämnas till kommunstyrelsen.

Sammanfattning

Kommunfullmäktige beslutade 2024-11-25 § 147 att omsorgsnämnden ska inkomma med en återrapportering till kommunstyrelsen hur man efterföljt revisionens rekommendationer gällande hantering av riktade statsbidrag.

Förvaltningen har tagit fram en ny rutin för samordning av statsbidrag där ansvarsfördelning, uppföljning och ekonomisk redovisning förtydligas gällande statsbidragen. Rutinen antogs i ledningsgruppen 2024-04-11.

Förvaltningen har även arbetat fram en strategi för hantering av statsbidrag som ska förtydliga nämndens viljeinriktning, mål och vision med statsbidragen. Samtidigt ska strategin bidra till att riktlinjerna blir överskådliga, konkreta och handlingskraftiga.

I och med att strategin antas så kommer även rutinen för samordning av statsbidrag att ses över för att överensstämja med strategin. Strategin är uppe för beslut i omsorgsnämnden den 2025-02-27.

Beskrivning av ärendet

Bakgrund

EY fick i uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Hässleholms kommun att granska omsorgsnämndens hantering av riktade statsbidrag. Syfte var att bedöma ändamålsenligheten av hanteringen.

Omsorgsnämnden lämnade in sitt svar på revisorernas granskning till kommunfullmäktige 2024-05-10 och kommunfullmäktige beslutade 2024-11-25 § 147 att omsorgsnämnden ska inkomma med en återrapportering till kommunstyrelsen hur man efterfolljt revisionens rekommendationer.

Revisionens bedömning efter granskningen var att omsorgsnämndens hantering kunde stärkas ytterligare. Revisionen lämnade tre rekommendationer för omsorgsnämnden att efterfollja:

- tydliggöra ansvar och roller för samtliga delar av hanteringen av riktade statsbidrag i dokumenterandet av stödprocessen,
- tydliggöra riktlinjer och rutiner för utvärdering, uppfolljning och ekonomisk redovisning av riktade statsbidrag, samt
- fatta beslut om vilken uppfolljning nämnden ska ta del av.

Risker som identifierades i granskningsrapporten var bland annat att när ett projekt avslutas som är subventionerat av statsbidrag, så har nämnden kvar fasta kostnader för genomförandet och därmed en ofinansierad verksamhet.

Vidare belyste revisionen avsaknaden av tydliga riktlinjer och rutiner för delar av hanteringen av statsbidragen, framför allt vid utvärdering och uppfolljning gällande den ekonomiska redovisningen av beslutade aktiviteter.

Revisionen belyste även problematiken i att nämnden inte fattade några beslut gällande hanteringen och användandet av statsbidragen, trots att de riktade statsbidragen står för en betydande del av förvaltningens finansiering.

Redogörelse för hur revisionens rekommendationer efterfolljts

- tydliggöra riktlinjer och rutiner för utvärdering, uppfolljning och ekonomisk redovisning av riktade statsbidrag, samt
- fatta beslut om vilken uppfolljning nämnden ska ta del av.

I och med revisions granskningsrapport så beslutade omsorgsnämnden 2024-05-07 § 38 att vid varje nämnd få en uppfolljning från förvaltningen om rekviderade och

nyttjade statsbidrag per respektive månadsslut. Nämnden har i och med uppföljningarna, fått insikt i vad statsbidragen använts till, och möjlighet att ifrågasätta eventuell hantering av dem.

Vidare under samma sammanträde 2024-05-07 § 38 beslutade omsorgsnämnden att ge förvaltningen i uppdrag att ta fram en strategi för hantering av statsbidrag. Strategin ska förtydliga nämndens viljeinriktning, mål och vision med statsbidragen och göra dem överskådliga, konkreta och handlingskraftiga.

Arbetet med att ta fram den här strategin har tagit lång tid, då det inte finns exempel från andra kommuner att ta del av. Utifrån vår eftersökning så har vi kommit fram till att Hässleholms omsorgsnämnd blir den först med att ta en sådan strategi.

Strategin är uppe för beslut vid samma nämndssammanträde som den här återrapportens behandling 2025-02-27, och om den antas så vinner den laga kraft i slutet av mars 2025.

- tydliggöra ansvar och roller för samtliga delar av hanteringen av riktade statsbidrag i dokumenterandet av stödprocessen,

När revisionen gjorde sin granskningsrapport 2023 så påbörjade förvaltningen arbetet med att se över sina rutiner. Man inrättade även en styrgrupp för statsbidragen och tog fram en mall för projektansökningar. Mallen förtydligar aktiviteten, ansvarig, kostnader med specificering, utvärdering samt planering för hur aktiviteten ska implementeras i ordinarie verksamhet.

Vid större projekt finns en projektplan där syfte, alltså hur projektet ska genomföras samt utvärderingsansvar, bifogas till ovan beskrivna projektansökan.

Förvaltningen har även arbetat fram en ny rutin, ”Samordning statsbidrag”, som klargör vem som ansvarar för vad, vem som gör vad och när det ska göras.

Syftet med rutinen är att säkerställa en god och kvalitativ planering för rekvisering av statsbidrag. Den ska även säkerställa beslut och planering för aktiviteter inom ramen för respektive statsbidrag. Utöver det ska den förtydliga vem som ansvarar för, och när uppföljning av, beslutade aktiviteter samt återrapportering av rekviserade statsbidrag ska ske.

Rutinen omfattar styrgruppen för statsbidrag, som består av förvaltningens verksamhetschefer, myndighetschef, samordnare för statsbidrag, enhetschef HR, enhetschef ekonomi samt ekonomer.

Rutinen antogs i ledningsgruppen 2024-04-11 men kommer att behöva revideras i samband med att ”Strategin för statsbidrag” antas, då till exempel vissa ansvarsroller kan komma att ändras när det nya styrdokumentet stas i bruk.

Förslagets konsekvenser för kommunkoncernen

Inga negativa konsekvenser kan förmodas vara kopplade till denna återrapportering.

Inte heller till de åtgärder som vidtagits för att efterkomma revisionens rekommendationer i berörd fråga.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens omsorgstagare

En väl fungerande process i hanteringen av riktade statsbidrag är till gagn för alla våra omsorgstagare, då det kan säkerställa att pengarna når ut rätt i organisationen.

Ekonomiska konsekvenser

En överskådlighet av processen och hanteringen av riktade statsbidrag bidrar till en tydlighet i användningsområdet för respektive statsbidrag. Tydligheten stärker förvaltningens förmåga att använda statsbidragen för att utveckla verksamheten i linje med förvaltningens och nämnds mål och vision. Samtidigt bidrar en ökad tydlighet till ramar som säkerställer att förvaltningen inte riskera att projekt överlämnas ofinansierad från verksamhet till linjeorganisationen.

Bilagor

Rutin samordning statsbidrag

ON protokoll 2024-05-07 § 38

Missiv 2024-02-15 Granskning av hantering av riktade statsbidrag

Sändlista:

Kommunstyrelsen

Förvaltningschef omsorgen

EC ekonomi, system och teknik

Omsorgsförvaltningen

Annette Viksten Åhl

Förvaltningschef

Rutin: Samordning statsbidrag**Framtagen av:** Kvalitetsutvecklare/samordnare styrgrupp statsbidrag**Faktaägare:** Förvaltningschef**Dokument ID:** 0643**Version:** 01**Reviderad:** Ange datum.**Antagen i ledningsgrupp:** 2024-04-11**Sida:** 1 av 2**Omsorgsförvaltningen / Administration och utveckling****Postadress:** , 281 80 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlunds väg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00 **Telefax:** 0451-814 06 **E-post:** kontakt-center@hassleholm.se **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** www.hassleholm.se

Bakgrund

Statsbidragen är politiska beslut som presenteras via ett regleringsbrev från Riksdagen som kommer vid årsskiftet. I regleringsbrevet presenteras det totala belopp som ligger till grund för årets statsbidrag. De specifika statsbidragen utlyses därefter via Socialstyrelsen statsbidragskalender, främst under det första kvartalet av året. I statsbidragskalendern utlyses respektive statsbidrag, villkoren för användning av statsbidraget, fördelningslista med respektive kommuns belopp vid rekvisering samt villkor för återredovisning.

När statsbidragen offentliggjorts kan aktiviteterna planeras inom ramen för bidragens användningsområde. Målet med aktiviteterna som genomförs är att främja en god måluppfyllelse och ökad kvalitet för verksamheten. Detta sker genom utformning av tjänster, projekt, inköp, kompetensutveckling med mera.

Syfte

Syftet med rutinen är att säkerställa en god och kvalitativ planering för rekvisering av statsbidrag, beslut och planering för aktiviteter inom ramen för respektive statsbidrag, uppföljning av beslutade aktiviteter samt återrapportering av rekviserade statsbidrag.

Omfattning

Rutinen omfattar styrgruppen för statsbidrag, som består av förvaltningens verksamhetschefer, myndighetschef, samordnare för statsbidrag, enhetschefer i verksamheten, enhetschef HR, enhetschef ekonomi samt ekonomer.

Genomförande

Samordnare för statsbidrag bevakar utlysning av relevanta statsbidrag och presenterar för styrgruppen. Styrgruppen beslutar i sin tur om vilka bidrag att ansöka om. Planeringen för respektive aktivitet inom ramen för sökta statsbidrag sker i respektive verksamhetsområde. Detta är dels ett förarbete innan utlysningen av bidragen samt som sker löpande under årets gång.

Ekonomerna för respektive ansvar är delaktiga i dessa forum och får ta del av beslutade aktiviteter inom ramen för respektive statsbidrag, och ska i sin tur intäktsföra korrekt intäkt till korrekt kostnad med hänvisning till aktivitet i konteringen för att underlätta uppföljningen. De forum

som finns för diskussion kring statsbidrag är styrgruppen. Verksamhetscheferna är ansvariga för information ut i verksamhetsområdena avseende styrgruppens beslut om vilka statsbidrag som ska sökas och vilka aktiviteter och kvalitativa utvecklingssatsningar som ska genomföras för sökta statsbidrag. Inför varje styrgrupp genomförs ett förmöte där samordnare och ekonomer går igenom sökta statsbidrag, pågående aktiviteter inom ramen för respektive statsbidrag och status av intäktföring av kostnader.

Åtterrapporering av statsbidrag genomförs under första kvartalet efterföljande år. Samordnare ansvarar för åtterrapporeringen tillsammans med ekonomerna. Åtterrapporeringen sker utifrån underlag för respektive statsbidrag.

Rekvirering av statsbidrag och åtterrapporering av statsbidrag diarieförs av samordnare.

§ 38

Granskning riktade statsbidrag

Dnr: OF 2024/225

Beslut

Omsorgsnämnden beslutar att:

1. Godkänna förvaltningens förslag till svar på revisionens rekommendationer och skicka det till revisionen.
2. Ge förvaltningen i uppdrag att ta fram en strategi för hanteringen av statsbidrag och återkomma med den till omsorgsnämnden 2024-10-15.
3. Vid varje nämnd få en uppföljning av statsbidragen.

Omedelbar justering

Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Yrkande

Ordförande Christer Welinder (S) yrkar på att följande punkt förs till beslutsförslaget:

- Vid varje nämnd få en uppföljning av statsbidragen.

Beslutsförslaget får då följande lydelse:

Omsorgsnämnden beslutar att:

1. Godkänna förvaltningens förslag till svar på revisionens rekommendationer och skicka det till revisionen.
2. Ge förvaltningen i uppdrag att ta fram en strategi för hanteringen av statsbidrag och återkomma med den till omsorgsnämnden 2024-10-15.
3. Vid varje nämnd få en uppföljning av statsbidragen.

Omröstning

Ordförande ställer liggandeförslag till beslut med tilläggsyrkandet under proposition och finner det bifallet.

Beskrivning av ärendet

Revisionen granskade hösten 2023 omsorgsnämndens hantering av statsbidrag. Utifrån granskningsresultatet har revisionen tagit fram ett antal rekommendationer. Omsorgsnämnden ska återkomma till revisionen med svar på rekommendationerna senast 2024-05-15.

Ärendets tidigare behandling

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutade 2024-04-23, § 29, att föreslå omsorgsnämnden att besluta följande:

Omsorgsnämnden beslutar att:

1. Godkänna förvaltningens förslag till svar på revisionens rekommendationer och skicka det till revisionen.
2. Ge förvaltningen i uppdrag att ta fram en strategi för hanteringen av statsbidrag och återkomma med den till omsorgsnämnden 24-10-15.

Sänt till:
Kommunstyrelsen
Kommunens revisorer
Avdelningschef Tina Thomasson



Kommunfullmäktige
Omsorgsnämnden

Granskning av hantering av riktade statsbidrag

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Hässleholms kommun granskat omsorgsnämndens hantering av riktade statsbidrag med syfte att bedöma ändamålsenligheten av hanteringen.

Den samlade bedömningen är att omsorgsnämndens hantering kan stärkas. Det har framkommit att förbättringsarbetet i verksamheten i stort sett uteslutande sker med stöd av riktade statsbidrag. Därtill visar ekonomisk redovisning att de riktade statsbidragen bidrar till nämndens positiva resultat. Vi kan konstatera att det finns ett etablerat arbetssätt för hanteringen i stort. Lika så att verksamheten har identifierat förbättringsområde och att det finns en samsyn om detta vilket vi ser som en förutsättning för att stärka hanteringen framöver.

Däremot saknas tydliga riktlinjer och rutiner för delar av hanteringen. Detta avser framförallt utvärdering och uppföljning av beslutade aktiviteter gällande den ekonomiska redovisningen. Nämnden har inte fattat några beslut gällande hanteringen av statsbidrag. Samtidigt står de riktade statsbidragen för en betydande del av nämndens budget. Det är ytterst nämndens ansvar att tillse att riktade statsbidrag används på ett ändamålsenligt och korrekt sätt både utifrån statsbidragens villkor och nämndens uppsatta mål.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi omsorgsnämnden att:

tydliggöra ansvar och roller för samtliga delar av hanteringen av riktade statsbidrag i dokumenterandet av stödprocessen,

tydliggöra riktlinjer och rutiner för utvärdering, uppföljning och ekonomisk redovisning av riktade statsbidrag, samt

fatta beslut om vilken uppföljning nämnden ska ta del av.

Vi ser en risk i att när ett projekt avslutas, har nämnden kvar fasta kostnader för genomförandet av det bidragsfinansierade projektet och därmed en ofinansierad verksamhet. Vi önskar nämndens svar på hur detta hanteras, så att inte ett underskott byggs upp som resultat av statligt initierade utvecklingsinsatser.

Revisionen önskar omsorgsnämndens skriftliga svar på rapportens rekommendationer och vår fråga senast 2024-05-15.

För Hässleholms revisorer,

Grupp 2

Patrik Tysper

Leif Nilsson

Helena Bengtsson

Handläggare
Fredrik Carbonnier
Omsorgsförvaltningen

fredrik.carbonnier@hassleholm.se

Omsorgsnämnden / Omsorgsnämndens
arbetsutskott

Prestationsbaserad finansiering inom ordinärt boende

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslå omsorgsnämnden följande beslut:

- 1.Förvaltningen går över från anslagsfinansierad till prestationsbaserad finansiering inom ordinärt boende.
- 2.Budgeten för personalen flyttas till myndighetsenheten - för att disponeras via respektive beslut till berörd enhet inom ordinärt boende.

Beskrivning av ärendet

Förvaltningen vill se om en positiv ekonomisk effekt kan nås genom att budgetmedel får följa beslutet från myndighetskontoret till respektive hemtjänstområde där beslutet verkställs. Detta i stället för att placera en förutbestämd budgetram på respektive område som är baserad på föregående årsbehov. Anledningen är att det är svårt att förutse exakt var kostnaderna för ordinärt boendes verksamhet kommer att uppkomma från år till år. Klart är att den demografiska statistiken som presenteras via Kolada (+25% fram till 2033, Kolada) pekar på att befolkningen blir allt äldre i kommunen över en tio års period. Förvaltningen behöver hushålla med kostnaderna och behöver designera budgetmedel där kostnaderna verkligen finns. Att göra denna förflyttning av budgetmedel kan vara en sådan åtgärd.

Det finns inga konsekvenser för verksamheten eller dess omsorgstagare i detta ärende, det ger däremot omsorgsnämnden samt förvaltningen en tydligare bild av kostnaderna inom ordinärt boendes insatser, samt var och hur förvaltningen kan justera resurser för att möta behoven. Förvaltningen skapar även en tydlighet och ansvarstagande för våra gemensamma resurser inom omsorgsförvaltningen. Det ökar insikten i hur besluten som fattas påverkar ordinärt boende.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens omsorgstagare

Inga konsekvenser

Miljökonsekvenser

Inga konsekvenser

Facklig samverkan

FÖS 2025-02-17

Barnperspektivet

Inga konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser

Inga konsekvenser

Koncerngemensamma konsekvenser

Inga konsekvenser

Sändlista:

Kommunstyrelsen
Kommunens revisorer

Omsorgsförvaltningen

Annatte Viksten Åhl
Förvaltningschef

Fredrik Carbonnier
Enhetschef ekonomi, system- och teknik

Handläggare
Fredrik Carbonnier
Omsorgsförvaltningen

fredrik.carbonnier@hassleholm.se

Omsorgsnämndensarbetsutskott /
Omsorgsnämnden

Investeringsbudget 2026

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att föreslå omsorgsnämnden besluta följande:

1. Förvaltningens förslag till investeringsbudget för 2026 godkänns och lämnas över till kommunstyrelsen.

Beskrivning av ärendet

Förvaltningens ledningsgrupp har enats om en investeringsbudget för 2026 enligt nedanstående tabell.

Verksamhet	Investeringsbehov	Belopp	Anslagstyp*
Säbo	Vårdsängar	730 000	2
FSS	utemiljö för barn- och ungdomsverksamhet	200 000	2
Förvaltningsövergripande	Möbler, inventarier och renovering	400 000	2

Förvaltnings- övergripande	Digital utveckling, mobiler mm	170 000	2
Summa		1500 000	

*Anslagstyp 2 innebär att förvaltningen står för kapitalkostnaderna för investeringen (ränta i dagsläget 2.5% och amortering, i regel avbetalas på 5 år). Detta påverkar ramen för respektive verksamhet.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens omsorgstagare

Investeringarna bibehåller och säkrar vården, arbetsmiljön och verksamhetens utveckling.

Barnperspektivet

Barnen får genom denna investeringsbudget en bättre utemiljö att verka i.

Facklig samverkan

FÖS 2025-01-20

Ekonomiska konsekvenser

Kapitalkostnader för respektive investering för respektive verksamhet.

Sändlista:

Kommunstyrelsen
Kommunens revisorer

Omsorgsförvaltningen

Annette Viksten Åhl
Förvaltningschef

Fredrik Carbonnier
Enhetschef ekonomi och system och teknik

Handläggare
Ulf Jönsson & Maria Persson
Omsorgsförvaltningen

Omsorgsnämndens arbetsutskott/
Omsorgsnämnden

Förslag till revidering av omsorgsnämndens delegeringsregler, etapp 1

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår omsorgsnämnden besluta följande:

1. Första revideringen av omsorgsnämndens delegationsregler antas att gälla från och med 2025-03-01.
2. Förvaltningen uppdras att inkomma med slutrevideringen av delegationsreglerna till och med omsorgsnämndens sammanträde i april.

Paragrafen ska anses omedelbart justerad.

Beskrivning av ärendet

Omsorgsnämnden beslutade 2025-01-30 § att godkänna och anta den nya organisationsstrukturen för omsorgsförvaltningen. I och med omorganisationen så har delegationsordningen behov av att ses över.

Då vissa delar av delegationsordningen varit brådskande att ändra, så har förvaltningen valt att genomföra revideringen av dokumentet i två etapper.

Etapp ett, som presenteras i det här ärendet, beslutas om i februaris nämnd. Detta för att så fort som möjligt kunna harmonisera med den nya organisationsstrukturen.

Etapp två kommer innebära en djupare utredning av vad som saknas och behöver ses över i delegationsordningen. Förslaget för slutrevideringen, alltså etapp två, föreslås presenteras för nämnden i april för att ge förvaltningen möjlighet att utreda ärendet på ett korrekt sätt och även förhandla centralt gällande eventuella förändringar av titlar för vissa tjänster i och med omorganisationen.

De största ändringarna som genomförts i den här revideringen är följande:

Ändring, borttagande eller tillägg av titlar på tjänster som berörs av omorganisationen.

Ändring i numrering då det tillkommit punkter i vissa avsnitt.

Tillägg i avsnitt 8. Beslut gällande överklagande, yttrande, anstånd m.m.

- Punkt 8.8 har uppdaterats med följande mening ”..., besvara remisser av mindre vikt för verksamheten” och att det ska anmälas till nämnden
- En ny punkt har lagts till, 8.9, som lyder på följande vis:
” Besvara inkomna skrivelser av ringa karaktär som är ställda till nämnden från; -Allmänheten -Andra myndigheter”

Tillägg i avsnitt 9. Ekonomiärenden.

- 9.8 Beslutsattestering av fakturor vid inhyrning av personal till förvaltningens verksamheter.

Tillägg i avsnitt 10. Personalärenden.

- 10.19 Utse semestervikarie för förvaltningschef på högst 5 sammanhängande veckor. – FC i samråd med ONAU

Förslagets konsekvenser för verksamhetens omsorgstagare

Tydliga riktlinjer minimerar risken för fel i verksamheten och kan endast ses som positivt för omsorgstagarna.

Barnperspektivet

Ingen risk identifierad.

Facklig samverkan

Samverkan sker på FÖS 2025-02-17

Ekonomiska konsekvenser

Tydliga riktlinjer minimerar risken för fel i verksamheten och kan endast ses som positivt.

Bilagor

ON protokoll 2025-01-30 § 15
Organisationskiss omsorgsförvaltningen
Reviderade delegationsregler med markeringar

Sändlista:

Kommunal författningssamling
Förvaltningschefen
Samtliga verksamhetschefer
Bitr. Myndighetschef
Enhetschef för ekonomi, system och teknik
Enhetschef för HR
Intranätsansvarig
Handläggarna

Omsorgsförvaltningen

Annette Viksten Åhl
Förvaltningschef

Maria Persson
Socialt ansvarig samordnare

Ulf Jönsson
Utredare



Hässelholms
kommun

Sammanträdesdatum
2025-01-30

Omsorgsnämnden

§ 15

Organisationsförändring inom omsorgsförvaltningen

Dnr: OF 2025/73

Beslut

Omsorgsnämnden beslutar följande:

1. Förvaltningens förslag till organisationsförändring inom omsorgsförvaltningen godkänns.
2. Den nya organisationen antas att gälla från och med 2025-02-01.

Paragrafen ska anses omedelbart justerad.

Yrkande

Robin Gustavsson (KD) yrkar bifall till liggande förslag.

Moderaterna yrkar bifall till liggande förslag.

Vänsterpartiet yrkar bifall till liggande förslag.

Socialdemokraterna yrkar bifall till liggande förslag.

Omröstning

Ordförande ställer liggande förslag till beslut under proposition och finner det bifallet.

Beskrivning av ärendet

En av de första uppdragen som den nya omsorgschefen fick när hon började sin tjänst 2024-09-09, var att se över organisationen inom förvaltningen. Omorganisationen är behövlig dels ur ett besparingsperspektiv, dels ur ett effektiviseringsperspektiv.

Den nya organisationen innebär att två tjänster kommer att avvecklas, avdelningschefen som sitter direkt under förvaltningschefen och kommunikörstjänsten som också ligger direkt under förvaltningschefen i dagsläget. Medarbetaren som har rollen som avdelningschef i dag är på mammaledighet och vikariatet hålls av ordinarie verksamhetschef för särskilt

Omsorgsnämnden

Justering

Utdraget bestyrkes



**Hässleholms
kommun**

Sammanträdesdatum
2025-01-30

Omsorgsnämnden

boende. Vikariatet kommer i och med organisationsförändringen att upphöra och medarbetaren kommer gå tillbaka till sin ordinarie tjänst som verksamhetschef. För verksamhetschefen för särskilt boende har en enhetschef vikarierat och även detta vikariat kommer att upphöra i och med organisationsförändringen och medarbetaren kommer att återgå till sin ordinarie tjänst.

Två enhetschefstjänster som idag lyder under avdelningschefen görs om till cheftjänster och kommer ligga direkt under förvaltningschefen.

Organisatoriskt så kommer medarbetarna som tidigare legat under avdelningschefen att fördelas mellan myndighetschef, chef för ekonomi, system- och teknik samt enhetschef HR.

Förvaltningen har två kvalitetsutvecklare med samma inriktning i dagsläget var av en av dem är en projektanställning, men har behovet av en kvalitetsutvecklare som jobbar på en strategisk nivå med målstyrning och verksamhetsutveckling. Därför så kommer den tjänst som idag är en tillsvidare tjänst att få en mer strategisk inriktning, och den andra kommer att jobba operativt. Kvalitetsutvecklare med operativ inriktning kommer även att ta över vissa av kommunikatörstjänstens uppgifter. Organisationsförändringen har varit uppe i förvaltningssamverkan flertalet gånger under hösten och slutsamverkades 2025-01-20. Alla berörda medarbetare har informerats och de åtgärder som åligger arbetsgivaren att genomföra har vidtagits. Till ärendet har ett förslag till organisationsskiss bifogats.

Förslagets konsekvenser för kommunkoncernen

Effektivare omsorgsförvaltning kommer bidra till ett bättre arbete utåt i kommunkoncernen.

Facklig samverkan

FÖS 2024-11-11, FÖS 2024-12-09 samt FÖS 2025-01-20

Ekonomiska konsekvenser

Det finns direkta vinster i genomförandet av omorganisationen då två tjänster dras in. I det långa loppet så önskar förvaltningen även se ekonomiska vinster genom en effektivisering av förvaltningens arbete.

Sänt till:
Kommunstyrelsen för anmälan

Omsorgsnämnden

Justering

Utdraget bestyrkes



**Hässelholms
kommun**

Sammanträdesdatum
2025-01-30

Omsorgsnämnden

Förvaltningschef
Intranätsansvarig
Samtliga verksamhetschefer
HR chef
Chef för ekonomi-, system- och teknik
Myndighetschef
Berörda medarbetare

Omsorgsnämnden

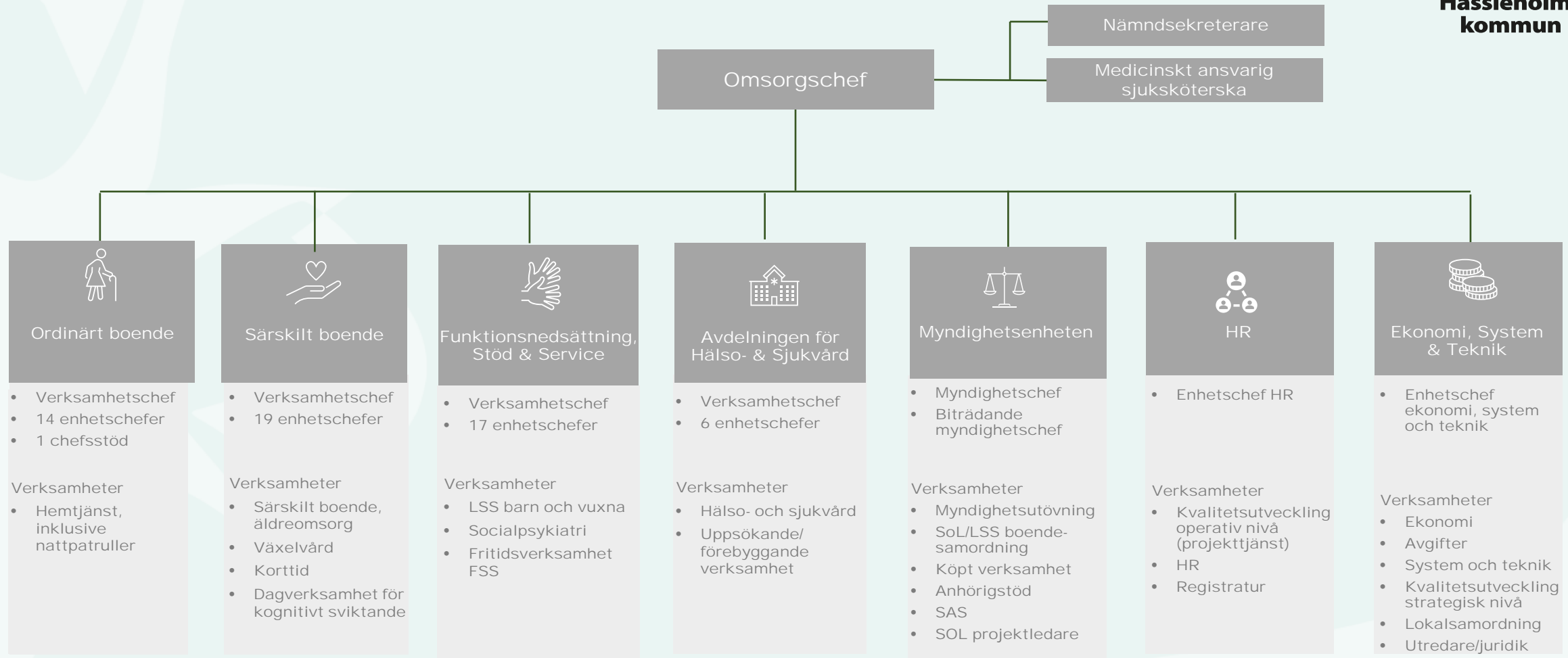
Justering

Utdraget bestyrkes

Omsorgsförvaltningens organisation



Hässelholms
kommun





Delegeringsregler för omsorgsnämnden

2025-03-01

Innehåll

Förkortningar.....	4
Övriga förkortningar	4
Delegering av ärenden.....	5
Beslutanderätten får inte delegeras	5
Anmälan av delegeringsbeslut.....	5
Om jäv	6
Gränsdragning mellan beslut och verkställighet.....	6
Vidaredelegering.....	6
Ersättare vid frånvaro.....	7
Revidering av delegeringsregler.....	7
Delegeringsregler	8
1. Allmänna ärende.....	8
2. Personuppgiftshantering (GDPR 2016/679).....	9
3. Informationshanteringsplan.....	9
4. Övrigt.....	9
5. Beslut enligt socialtjänstlagen SoL.....	10
6. Beslut enligt LSS.....	12
7. Beslut enligt Patientsäkerhets- och smittskyddslagen m. fl.	15
8. Beslut gällande överklagande, yttrande, anstånd m.m.	16
9. Ekonomiärende	17
10. Personalärende.....	20

GULMARKERING – TILLAGT/NYTT

~~RÖD ÖVERSTRUKEN TEXT~~ – TAS BORT

Diarienummer:

Fastställt den:

Fastställt av: Omsorgsnämnden

För revidering ansvarar: Omsorgsförvaltningen

För uppföljning ansvarar: Omsorgsnämnden

Dokumentet gäller för: Omsorgsnämnden

Giltighetsperiod:

Ersätter:

Kommunal författningssamling: Styrdokument

Antagen:

Förkortningar

Lagar myndigheter med mera

AB	Allmänna bestämmelser (kollektivavtal)
FB	Föräldrabalken (1949:381)
FL	Förvaltningslagen (2017:900)
GDPR	Dataskyddsförordningen, The General Data Protection Regulation, EU 2016/679
HSL	Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30)
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JK	Justitiekanslern
JO	Riksdagens ombudsmän (Justitieombudsmannen)
KL	Kommunallagen (2017:725)
KS	Kommunstyrelsen
LAS	Lagen (1982:80) om anställningsskydd
LOU	Lag (2016:1145) om offentlig upphandling
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
OSL	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
PSL	Patientsäkerhetslag (2010:659)
SKR	Sveriges kommuner och regioner
SoF	Socialtjänstförordningen (2001:937)
SOFS	Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
TF	Tryckfrihetsförordningen (1949:105)

Tjänster

AC	Avdelningschef för staben
EC	Enhetschef
FC	Förvaltningschef
KU	Kvalitetsutvecklare
LG	Ledningsgrupp
MC	Myndighetschef
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
ON	Omsorgsnämnden
ON AU	Omsorgsnämndens arbetsutskott
SAS	Socialt ansvarig samordnare
VC	Verksamhetschef
VC FSS	Verksamhetschef Funktionsnedsättning Stöd och service
VU	Verksamhetsutvecklare

Övriga förkortningar

KLF	Kommunledningsförvaltningen
KLK	Kommunledningskontoret (numera KLF)
PBB	Prisbasbelopp
HÖK	Huvudöverenskommelse
HR	Human Resources
FSS	Funktionsnedsättning, Stöd och serviceverksamhet
HS	Hälsa- och sjukvårdsverksamhet
Säbo	Särskilt boendeverksamhet
OrdBo	Ordinärt boendeverksamhet

Delegering av ärenden

Nämnders möjligheter att delegera ärenden behandlas i 6 kap 37–40 §§ och 7 kap 5–8 §§ KL.

Delegering innebär enligt KL att rätten att besluta i ett visst ärende, eller en grupp av ärenden, flyttas över till någon annan. Den som har en sådan rätt kallas delegat.

Av detta dokument framgår i vilka fall ON har delegerat sin beslutanderätt. I delegationen ingår även att underteckna de handlingar, till exempel avtal, som hör till delegeringsbeslutet. I de fall det är KS som fattat beslut om delegeringsrätt framgår det först i varje avsnitt och de delegeringarna har markerats med ljusgrå färg och i kolumnen anmärkningar finns en hänvisning till diarienummer för beslutet.

Ett ärende som är beslutat på delegation kan inte upphävas av ON utan endast ändras av högre instans efter överklagan.

Beslutanderätten får inte delegeras

Beslutanderätten får inte delegeras, 6 kap 38 § KL, när det gäller:

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

Anmälan av delegeringsbeslut

Delegeringsbeslut ska alltid anmälas till ON. Anmälan kan ske genom att lämna in antingen ett protokoll eller en förteckning med en kortfattad beskrivning över de fattade besluten. Det ska av de inlämnade handlingarna framgå under vilken tidsperiod delegationsbesluten har fattats.

Anmälan ska ske snarast efter det att beslutet fattats.

Syftet med anmälningsskyldigheten är dels att tillgodose nämndens informations- och kontrollbehov, dels att se till att beslutet vinner laga kraft. Ett kommunalrättsligt beslut som kan överklagas genom laglighetsprövning enligt KL, 13 kap, vinner laga kraft efter tre veckor räknat från den dag då det tillkännagavs på anslagstavlan att protokollet över beslutet justerats. Vad gäller beslut som fattats med stöd av delegation räknas klagotiden från den dag då anslag skett avseende justering av protokoll från det sammanträde vid vilket beslutet anmäldes till nämnden. Vad gäller beslut enligt FL ska ett överklagande ha kommit in till beslutsmyndigheten inom tre veckor från den dag då den som överklagar fick del av beslutet genom den myndigheten. Om den som överklagar är en part som företräder det allmänna, ska överklagandet dock ha kommit in inom tre veckor från den dag då beslutet meddelades, 44 § FL.

Om jäv

Av 6 kap 28–32 §§ och 7 kap 4 § KL följer att delegerad eller vidaredelegerad beslutanderätt inte får utövas i ärenden där det föreligger jäv. Den som känner till en omständighet som kan antas utgöra jäv mot honom eller henne ska självmant uppge det.

Har det uppkommit en fråga om jäv mot anställd och ingen annan trätt in i dennes ställe, ska beslut i jävsfrågan snarast fattas av den anställdes närmaste chef eller av omsorgsnämndens ordförande om närmaste chef inte kan närvara. Sådant beslut anmäls till nästkommande nämndssammanträde. Har det uppkommit en fråga om jäv mot en förtroendevald och ingen annan trätt in i dennes ställe, ska nämnden i sin helhet snarast besluta i jävsfrågan. Beslut i jävsfråga får endast överklagas i samband med överklagande av det beslut genom vilket nämnden avgör ärendet.

Gränsdragning mellan beslut och verkställighet

Delegering av verklig beslutanderätt, det vill säga av beslut enligt KL:s mening, ska skiljas från sådana beslut som är av rent förberedande eller verkställande art och som grundas på instruktion, tjänsteställning eller liknande. Skillnaden är viktig då de båda förfarandena har olika rättsverkningar. Ett beslut kan alltid överklagas, medan åtgärder av rent förberedande eller verkställande art inte kan det.

Kännetecknande för beslut är att det finns utrymme för alternativa lösningar och att det krävs någon form av övervägande eller bedömning av beslutsfattaren. Till ledning för gränsdragningen kan också ligga om det förefaller rimligt att beslutet ska kunna överklagas. Vid ren verkställighet saknas utrymme för bedömningar, såsom vid exempelvis avgiftsdebitering enligt en fastställd taxa. Så är även fallet för inköp till den egna verksamheten inom beslutad budget, under förutsättning att upphandling enligt lagen om offentlig upphandling inte måste ske. Detsamma gäller flertalet beslut som rör myndighetens rent interna förhållanden, till exempel fastighetsförvaltning, attest, lönesättning, och övrig personaladministration.

Gränsdragningen är ibland svår att göra. I nedanstående delegerade ärendegrupper förekommer åtgärder som i vissa situationer inte kan anses utgöra beslutsfattande. Då det skulle leda för långt att i detalj i dessa regler särskilja vad som är beslutsfattande har det inte gjorts, utan en bedömning måste göras från fall till fall.

Vidaredelegering

Vidaredelegering innebär att den beslutanderätt som ON delegerat till FC kan överlämnas till annan anställd. Sådan vidaredelegering ska dokumenteras och eventuella begränsningar i beslutanderätten ska antecknas.

Beslut om vidaredelegering ska läggas ut på intranätet. Beslut som fattas på grund av vidaredelegering ska anmälas till FC, som i sin tur ska anmäla besluten vidare till ON.

Ersättare vid frånvaro

Vid frånvaro av delegat övergår beslutanderätten till ersättare som kan vara den som vikarierar för delegaten eller som är särskilt utsedd av förvaltningschefen. Om inte vikarie eller ersättare är utsedd övergår beslutanderätten vid delegatens frånvaro till närmast högre chef. FC ersätts vid frånvaro kortare än 5 veckor av ställföreträdande FC. Ställföreträdande FC utses av FC i samråd med ONAU. ON:s ordförande ersätts vid frånvaro i första hand av 1:e vice ordföranden och i andra hand av 2:e vice ordföranden.

Revidering av delegeringsregler

~~Dessa~~ Nämndens delegeringsregler ska revideras vid behov. Då kommunstyrelsens delegeringsregler ändras och om ändringar påverkar omsorgsnämndens delegeringsregler kommer ändringarna att införas i detta dokument. Mindre redaktionella justeringar i delegeringsreglerna får beslutas av FC, se ON s beslut 2022-05-03, § 40. Gjorda justeringar ska meddelas omsorgsnämnden senast vid nästkommande sammanträde.

Delegeringsregler

Punkt	Ärendetyp	Lagstiftning	Delegat	Vidaredelegering/ kommentar
-------	-----------	--------------	---------	--------------------------------

1. Allmänna ärende

1.1	Beslut i brådskande ärenden där nämndens avgörande inte kan avvaktas (ordförandebeslut)	6 kap 39§ KL	Ordförande 1:e vice ordförande	Anmäls till nästkommande nämnd
1.2	Undertecknande av avtal, andra handlingar och skrivelser som beslutats av ON och ONAU		Ordförande	
1.3	Beslut att inte lämna ut handling eller del av handling eller avge yttrande över ett sådant beslut	2 kap TF OSL	FC	
1.4	Beslut om att lämna ut sekretesskyddad uppgift med förbehåll	10 kap 14 § första stycket OSL	FC	
1.5	Beslut att inte lämna ut data efter begäran enligt lagen (2022:818) om den offentliga sektorns tillgängliggörande av data		FC	
1.6	Beslut att överklagande kommit in i rätt tid	45 § FL	Ansvarig handläggare	
1.7	Beslut att överklagande inte kommit in i rätt tid -SoL och LSS beslut -Beslut gällande avgifter och övriga beslut	45 § FL	MC Biträdande MC/ AG /EC ekonomi/EC HR	
1.8	Anmälan av behov av godeman eller förvaltare enligt föräldrabalken för någon, eller att någon inte längre bör ha förvaltare	5 kap 3 § SoF	Bistånds-, ISS-handläggare/ EC	

1.9	Yttrande till tingsrätt/ överförmyndare i ärenden om förordnande av godeman eller örvaltare	11 kap 16 § FB	Bistånds-, LSS- handläggare	
-----	--	-------------------	--------------------------------	--

2. Personuppgiftshantering (GDPR 2016/679)

2.1	Undertecknande av personuppgiftsbiträdesavtal	Art. 28	FC	
2.2	Beslut om rättelse, blockering eller radering av personuppgifter		FC	
2.3	Beslut att begränsa registrerades rätt enligt artikel 12.5 eller 15–22 GDPR, även beslut att avgiftsbelägga		FC	
2.4	Beslut om att anmäla eller avstå att anmäla personuppgiftsincident till tillsynsmyndighet samt information till den registrerade	Art. 33 o 34	FC	Tidsfrist 72 timmar.
2.5	Beslut om nytt eller annat personuppgiftsbiträde eller underbiträde	Art. 37	FC	

3. Informationshanteringsplan

3.1	Revidera omsorgsförvaltningens informationshanteringsplan efter verksamhetens behov		FC	Tillåten OF-FV-FT-0030
-----	---	--	----	---------------------------

4. Övrigt

4.1– 4.7 jfr KLF 2024/369 A 7.2–7.4, 7.7–7.9

4.1	Förtroendevaldas deltagande i kurser, konferenser och liknande		Ordförande	KLF 2024/369
4.2	Tillstånd att använda kommunvapnet		Kommunikationschef	KLF 2024/369
4.3	Yttrande enligt kamerabevakningslagen (2018:1200)		FC	KLF 2024/369
4.4	Utfärda bindande anvisningar ang. val av teknik, produkt eller leverantör inom IT-området		FC	Tillåten

4.5	Medgivande att ta emot lös egendom genom gåva eller testamente		FC	KS § 56/96
4.6	Polisanmälan vid brott mot tjänsteman eller mot den egna verksamheten		FC	Tillåten
4.7	Beslut i andra ärenden vilka till sin art och betydelse är jämförliga med de i dessa delegeringsregler angivna ärendegrupper		ON AU	
4.8	Revidering av rutiner för verksamheten enligt lagar och föreskrifter.		FC	Tillåten

5. Beslut enligt socialtjänstlagen SoL

5.1	Beslut om att inleda, att inte inleda utredning, samt att avsluta utredning utan åtgärd	11 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
5.2	Beslut om framställning om överflyttning av ärende till annan kommun och beslut om att ta emot ärende från annan kommun	2 a kap 10 § SoL	MC/FC	
5.3	Om berörda kommuner inte är överens om flytt av ärende enligt 5.2 begära överflyttning av ansökan till IVO	2 a kap 11 § SoL	MC/FC	
5.4	Beslut om hemtjänst Beslut om tillfällig utökning av hemtjänst upp till 14 dagar Akut beslut om hemtjänst utanför kontorstid, max tre dagar	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare EC/EC chef i beredskap EC chef i beredskap	Avser inte tidigare kända individer
5.5	Beslut om trygghetslarm <=75 år >75 år	4 kap 1 § SoL 4 kap 2a § SoL	Biståndshandläggare	Se ON beslut 2020-01-28 § 3

5.6	Beslut om matdistribution	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
5.7	Beslut om särskilt boende/ parboende/medboende Beslut om köp av plats för enskilda hos privat utförare Verkställighetsbeslut för placering på kommunalt boende från privat utförare	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare MC/Biträdande MC Biträdande MC/MC	
5.8	Beslut om bostad med särskild service (målgrupp inom FSS och socialpsykiatri) Beslut om köp av plats för enskilda hos privat utförare Verkställighetsbeslut för placering på kommunalt boende från privat utförare	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare MC/Biträdande MC Biträdande MC/MC	
5.9	Beslut om internatboende samt köp av plats i samband med skolgång	4 kap 1 § SoL	MC/Biträdande MC	
5.10	Beslut om korttidsboende - <3 veckor ->= 3 veckor med undantag för målgrupp inom FSS Beslut om köp av korttidsplats hos privat utförare	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare Biträdande MC /MC MC/biträdande MC	
5.11	Beslut om avlösning/växelvård - <20 timmar/ månad -Avlösning>= 20 timmar /månad -Beslut om köp av växelvård hos privat utförare	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare MC/biträdande MC MC/biträdande MC	
5.12	Beslut om dagverksamhet	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
5.13	Beslut om ledsagarservice	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	

5.14	Beslut om boendestöd Beslut om tillfällig utökning av boendestöd upp till 14 dagar	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare EC	
5.15	Beslut om kontaktperson och frekvensnivå enligt SKR cirkulär	4 kap 1 § SoL	Biståndshandläggare	
5.16	Beslut om vård i familjehem för vuxna	4 kap 1 § SoL	MC/biträdande MC	
5.17	Avskrivningsbeslut vid återtagande av ansökan samt beslut om insats	31 § FL	Biståndshandläggare	
5.18	Anmälan till IVO om tillståndspliktig verksamhet	7 kap 1 § SoL	FC	
5.19	Lämna ut personuppgifter till Socialstyrelsen och andra statliga myndigheter	12 kap 5–6 §§ SoL	FC	
5.20	Besluta om Lex Sarah anmälan anses utgöra allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande. Vid allvarlig eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande ansvara för anmälan till IVO	14 kap 7 § SoL	SAS/Utredare/ KU SoL/LSS	OF-FV-RU-0475 Lex Sarah och OF-FV-RU0494 Informera politiken
5.21	Avge yttrande i frågor om särskild avgift	16 kap 6a-e § SoL	MC/biträdande MC	

6. Beslut enligt LSS

6.1	Beslut enligt LSS om personkretstillhörighet 1–3	1,6 §§ LSS	LSS-, Biståndshandläggare	
6.2	Beslut om - biträde av personlig assistent - tillfälligt utökat behov av biträde av personlig assistent	9 § 2 p LSS	LSS-, Biståndshandläggare	
6.3	Beslut om ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistent och för tillfälliga utökade behov	9 § 2 p LSS	LSS-, Biståndshandläggare	

6.4	Beslut om ledsagarservice tillfälligt utökat behov av ledsagarservice <=2 nätter -tillfälligt utökat behov av ledsagarservice >2 nätter	9 § 3 p LSS	LSS- Biståndshandläggare LSS- Biståndshandläggare MC/Biträdande MC	
6.5	Beslut om biträde av kontaktperson	9 § 4 p LSS	LSS-, Biståndshandläggare	
6.6	Beslut om avlösarservice i hemmet	9 § 5 p LSS	LSS-, Biståndshandläggare	
6.7	Beslut om korttidsvistelse utanför det egna hemmet Beslut om köp av plats på lägervistelse hos privat utförare	9 § 6 p LSS	LSS-, Biståndshandläggare MC/Biträdande MC	
6.8	Beslut om korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov	9 § 7p LSS	LSS-, Biståndshandläggare	
6.9	Beslut om -boende/upphörande av boende i familjehem för barn och ungdomar	9 § 8 p LSS	MC/FC	
6.10	Beslut om bostad med särskild service för barn eller ungdomar Beslut om köp av plats om bostad med särskild service för barn eller ungdomar hos privat utförare	9 § 8 p LSS	MC/biträdande MC MC/biträdande MC	
6.11	Beslut om bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna Beslut om bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna hos privat utförare	9 § 9 p LSS	LSS-, Biståndshandläggare MC/biträdande MC	
6.12	Beslut om daglig verksamhet Beslut om köp av plats vid daglig verksamhet hos privat utförare	9 § 10 p LSS	LSS-, Biståndshandläggare MC/biträdande MC	

6.13	Beslut om återbetalning till kommunen av stöd som beviljats enligt 9 § 2 LSS -Återkrav gällande sjuklöner enligt pkt 8.3.1	§ 12 LSS	MC VC FSS	
6.14	Beslut om att bevilja insatser enligt LSS åt en person som till följd av beslut av Hässleholms kommun - är beviljad boende enligt LSS eller -familjehem -hem för vård och boende -boende för service och omvårdnad för äldre människor -bostad med särskild service enligt SoL, i en annan kommun än Hässleholms kommun	16 c-d § LSS 7, 9 §§ LSS	LSS-, Biståndshandläggare	
6.15	Beslut om förhandsbesked om rätt till insatser enligt LSS för person som inte är bosatt i Hässleholms kommun	16 § 2 st LSS	LSS-, Biståndshandläggare	
6.16	Avskrivningsbeslut vid återtagande av ansökan samt beslut om insats	31 § FL	LSS-, Biståndshandläggare	
6.17	Anmälan till IVO om tillståndspliktig verksamhet	23 § LSS	FC	
6.18	Besluta om Lex Sarah anmälan anses utgöra allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande. Vid allvarlig eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande ansvarar för anmälan till IVO	24 f § LSS SOSFS 2011:5	SAS/ utredare/ KU SoL/LSS	OF-FV-RU-0475 Lex Sarah och OF-FV-RU0494 Informera politiken
6.19	Avge yttrande i frågor om särskild avgift	28 a-e § LSS	MC/Biträdande MC	

6.20	Vid delad vårdnad av barn och ena vårdnadshavaren motsätter sig begäran om insats enligt LSS krävs ett beslut av ON	6 kap 13a § FB	ON	Avser insatser enligt LSS 9. p.4–6 § Meddelandeblad 10/2012, Socialstyrelsen
------	---	-------------------	----	--

7. Beslut enligt Patientsäkerhets- och smittskyddslagen m. fl.

7.1	Besluta om Lex Maria anmälan anses ha medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada eller sjukdom. Vid allvarlig eller påtaglig risk för allvarlig vårdskada eller sjukdom ansvara för anmälan till IVO	3 kap 3 och 5 §§ PSL	MAS	Rutin för lex Maria och OF-FV-RU0494 Informera politiken
7.2	Besluta om att till IVO snarast anmäla om det finns skälig anledning att befara att en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren kan utgöra en fara för patientsäkerheten	3 kap 7 § PSL	MAS	
7.3	Upprättande av patientsäkerhetsberättelse	3 kap 10 § PSL	MAS	ON fastställer Patientsäkerhetsberättelsen senast den 1 mars Fastställs av ON senast 1:a mars
7.4	Anmälan till IVO om ny verksamhet eller väsentliga förändringar av hälso- och sjukvårdsverksamhet	2 kap 1–2 §§ PSL	FC	
7.5	Ansvar för medicintekniska produkter i enlighet med författningen	HSLF-FS 2021:52	VC HSL, MAS	
7.6	Lämna uppgifter till smittskyddsläkare efter begäran	6 kap 9 § Smittskyddslagen	MAS	

7.7	Anmäla till smittskyddsläkare efter underrättelse om att smittad inte följer förhållningsregler	6 kap 9–12 §§ smittskyddslagen	MAS	
-----	---	--------------------------------	-----	--

8. Beslut gällande överklagande, yttrande, anstånd m.m.

8.1	Beslut om att föra talan i ärende eller mål vid domstol	10 kap 2 § SoL	FC	Tillåten
8.2	Utse ombud och att utfärda fullmakt för ombud att föra ON:s talan	10 kap 2 § SoL	FC	I samråd med ONAU
8.3	Omprövning av beslut i ärende gällande SoL och LSS	38–39 §§ FL	Biträdande MC VC FSS Annan handläggare för avgifter än den som fattat beslutet	Gällande sjuklöner, personlig assistans Gällande avgifter
8.4	Beslut om att avge yttrande, samt beslut om överklagande och inhibition i ärende gällande SoL och LSS.	16 kap § 3 SoL 27 § LSS	Ansvarig handläggare	
8.5	Beslut om att avge yttrande, samt beslut om överklagande och inhibition i ärende gällande SoL och LSS, i de fallen förvaltningsrätt eller kammarrätt ändrat ON:s beslut. Ursprungsbeslutet har fattats av -Delegat -ON eller ON AU	16 kap § 3 SoL 27 § LSS	FC Ordförande	Se OF-FV-RU0494 informera politiken Tillåten
8.6	Begäran om anstånd/förlängd svarstid vid inkommen begäran från tillsynsmyndighet		FC/VC/ AG /MC/ MAS/SAS/EC ekonomi/EC HR	

8.7	Lämna uppgifter om någon vistas i ett hem för vård eller boende, stödboende eller familjehem, om uppgifterna begärs av en domstol. En åklagarmyndighet, Polismyndigheten, Säkerhetspolisen, Kronofogdemyndigheten eller Skatteverket.	12 kap 10 § SoL	Biträdande MC	
8.8	Yttrande till tillsynsmyndighet, utlämnande av handlingar och upplysningar efter Sekretessprövning, besvara remisser av mindre vikt för verksamheten	13 kap 5 § SoL och 25 § LSS	FC	Tillåten Anmäls till nästkommande nämnd
8.9	Besvara inkomna skrivelser av ringa karaktär som är ställda till nämnden från; -Allmänheten -Andra myndigheter		FC	Tillåten Anmäls till nästkommande nämnd
8.10	På begäran lämna ut uppgifter ur personregister till statliga myndigheter i forskningssyfte	12 kap 6 § SoL	FC	
8.11	Beslut om överklagande av beslut om föreläggande från IVO	16 kap 4 § SoL 27 § LSS	MC	
8.12	Avvisning av ombud eller biträde	14 § FL	FC	

9. Ekonomiärende

PKT. 9.1 – 9.5 gäller kommunövergripande och samordnade upphandlingar enligt KLF 2024/369, pkt B 1.1.1–1.1.5

9.1	Fastställa förfrågningsunderlag		Upphandlingschef För samordnade och kommungemensamma upphandlingar	KLF 2024/369
9.2	Fatta tilldelningsbeslut och andra beslut inom ramen för ett upphandlingsärende, inkl. avbrytande av upphandling		Upphandlingschef För samordnade och kommungemensamma upphandlingar	KLF 2024/369

9.3	Ingå avtal intill ett belopp om högst 50 000 000 kr i varje enskilt fall		Upphandlingschef För samordnade och kommungemensamma upphandlingar	KLF 2024/369
9.4	Ingå avtal till högre belopp än 50 000 000 kronor i varje enskilt fall		KSAU	KLF 2024/369
9.5	Undertecknande av kommunövergripande upphandlingsavtal		Upphandlingschef	KLF 2024/369
9.6	Fastställa förfrågningsunderlag för upphandling enligt LOU Belopp >=3 mnkr Belopp <=3 mnkr	LOU	ONAU FC	
9.7	Fatta tilldelningsbeslut och andra beslut inom ramen för ett upphandlingsärende LOU, inklusive avbrytande av upphandling samt underteckna avtal Belopp >3mnkr Belopp <=3 mnkr Belopp 25 000–700 000 kr Belopp <25 000 kr	LOU	ON AU FC AG , MC, VC, EC ekonomi/EC HR Budgetansvarig	Se Inköp och upphandling, riktlinjer samt Inköps-och upphandlings-policy
9.8	Beslutsattestering av fakturor vid inhyrning av personal till förvaltningens verksamheter.		VC	
9.9	Uppdra åt annan myndighet/organisation/företag att genomföra upphandling åt ON		FC	Ex, Skånes kommuner, upphandlad vård och omsorg
9.10	Teckna avtal med leverantör/privat utförare då annan myndighet genomfört upphandling åt ON		FC	Tillåten
9.11	Utse beslutsattestanter		FC	Tillåten Se attestregler 2015/586040
9.12	Avskrika fordringar <= 2 prisbasbelopp >2 prisbasbelopp i varje särskilt fall		FC ONAU	Gällande avgifter under 100 kr se 9.20.

9.13	<p>Besluta om skadestånd till personal eller annan enskild person</p> <p><0,5 pbb</p> <p>>=0,5 pbb</p>	HÖK 16 Bil 3 3 kap 2,3 § Skadeståndslagen	<p>AC, MC/VC/EC ekonomi/ EC HR</p> <p>FC</p>	<p>Se Personallhandbok, rutin Dok ID 0151 och Ekonomihandbok rutin Dok ID 0059</p> <p>Tillåten >=0,5 pbb anmäls till kommunens försäkringsbolag</p>
9.14	Beslut om förhyrning och uppsägning av lokaler samt underteckna avtal i enlighet med nämndens uppsatta mål		ONAU	
9.15	Teckna hyreskontrakt för bostäder till omsorgstagare i omsorgsförvaltningens förhyrda lokaler		EC	
9.16	<p>Besluta om nivå för arvodes- och omkostnadsersättning till kontaktpersoner/-familj och familjehem</p> <p>= SKR:s rekommendationer</p> <p>>SKR:s rekommendationer</p>	SoL och LSS	<p>EC</p> <p>ONAU</p>	
9.17	Omdisponering av budgetmedel -inom samma del av verksamhetsgren (dvs. mellan olika utgiftsslag)		<p>AC, MC/VC/ECHR/ EC ekonomi +samråd med LG</p>	i samråd med LG
9.18	Beslut om ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans i form av sjuklön.	9 § 2 p LSS	Ekonomiadministratör/ Ekonom inom verksamhetsområde LSS	
9.19	<p>Besluta om:</p> <p>-nedsättning vid dubbla boendekostnader vid inflyttning till vård- och omsorgsboende</p> <p>-jämkning av avgifter för vård, omsorg och tillagningskostnader för kost.</p>	8 kap 4–9 §§ SoL	<p>Handläggare för avgifter</p> <p>Handläggare för avgifter</p>	KLK 2019/567 2019-10-28

9.20	Besluta om jämkning av avgift för kost i särskilt boende vid vård i livets slutskede.		EC för respektive boende	Efter samråd med ssk KLF 2019/567 2019-10-28
9.21	Avskrivna avgifter med småbelopp, högst 100 kr per kvartal och omsorgstagare		Handläggare avgifter	OF-AV-RU-0406
9.22	Beslut att ge anstånd med hyror och avgifter för omsorgstagare inom omsorgsnämndens ansvarsområde. <=1 av gällande pbb maximalt 6 månader. >1 av gällande pbb maximalt 6 månader.		Handläggare avgifter FC	
9.23	Hyressättning vid omvandling av lägenhet i befintligt boende. Rättelse vid uppenbara felaktigheter i beräkningsunderlaget för enskild lägenhetshyra.		FC FC	

10. Personalärende

10.1-10.17 gäller samtliga förvaltningar enligt beslut KLF 2024/369

10.1	Tecknande av kollektivavtal eller andra avtal som reglerar frågor rörande förhållandet mellan kommunen som arbetsgivare och dess arbetstagare		Personalutskott	KLF 2024/369
10.2	Vidtagande av stridsåtgärd		Personalutskott	KLF 2024/369

10.3	Överenskommelse om anställningsvillkor vid nyanställning, ändrad tjänst eller motsvarande för chefer på nivå närmast under FC eller motsvarande		FC	KLF 2024/369 Samråd ska ske med HR-chef för att skapa likställighet mellan anställningsvillkor i olika förvaltningar. FC undertecknar anställningsavtal
10.4	Överenskommelse om anställningsvillkor vid nyanställning, ändrad tjänst eller motsvarande för övrig personal		FC	Tillåten KLF 2024/369
10.5	Anställande av, samt särskilda anställningsvillkor för FC och kommundirektör		KSAU	KLF 2024/369
10.6	Entledigande, uppsägning eller avskedande av FC		Kommundirektör	KLF 2024/369 Efter samråd med KSAU och presidium i berörd nämnd
10.7	Lönesättning av FC i samband med löneöversyn		Kommundirektör	KLF 2024/369
10.8	Fastställande av ramar vid löneöversynsförhandlingar		Personalutskott	KLF 2024/369 Eftersamråd med KSAU
10.9	Beslut om ändrad lön utanför löneöversyn		FC	KLF 2024/369
10.10	Beslut om ledighet och förmåner för fackliga företrädare vid tillfällig facklig verksamhet		HR-chef	KLF 2024/369 Tex för att gå utbildning, vikariekostnad ersätts centralt.
10.11	Beslut om omplacering av arbetstagare till annan nämnd inom kommunen		HR-chef	KLF 2024/369
10.12	Beslut i frågor om tolkning och tillämpning av lag, avtal och andra bestämmelser rörande förhållandet mellan kommunen som arbetsgivare och dess arbetstagare		HR-chef	KLF 2024/369

10.13	Beslut i dispensfrågor angående övertidsuttag		HR-chef	KLF 2024/369
10.14	Beslut om lönetillägg		HR-chef	KLF 2024/369
10.15	Företråda arbetsgivaren vid förhandlingar vad gäller arbetsrättsliga tvister samt övriga förhandlingar enligt 10 § MBL (vidaredelegering förhandlingsansvarig och HR-chef)		HR-chef/ förhandlingsansvarig	KLF 2024/369
10.16	Krigsplacering av personal Kommundirektör Förvaltningschef Övrig personal		a) KSO b) Kommundirektör c) Förvaltningschef	6 § förordningen (2015/1053) om totalförsvar och höjd beredskap
10.17	Utse tillförordnad förvaltningschef för en period av max 6 månader		Kommundirektör	KLF 2024/369 p.C 1.8
10.19	Utse semestervikarie för förvaltningschef på högst 5 sammanhängande veckor		FC i samråd med ONAU	Anmäls till nästkommande nämnd
10.20	Anställande av chefer underställda förvaltningschef och vikarier för dessa		FC i samråd med presidiet ONAU	Se pkt 10.3 samråd krävs innan anställning
10.21	Anställning av anhörig -arbete inom hemtjänst -arbete inom personlig assistans		ONAU EC	OF-PE-RU-0035
10.22	Uppsägning av arbetstagare från tjänst på grund av arbetsbrist eller personliga skäl -Personal underställd FC -Övrig personal	AB och LAS	-FC -VC/AG/MC/EC	Efter samråd med enhetschef EC HR
10.23	Beslut om avskedande		FC	se OF-FV-RU0494 informera politiken
10.23	Enskild överenskommelse om avslut av anställning med ersättning		FC	se OF-FV-RU0494 informera politiken
10.24	Beslut om avstängning	10 § AB	FC	se OF-FV-RU0494 informera politiken

10.25	Beslut om disciplinpåföljd i form av skriftlig varning	11 § AB	FC/MC/ AC /VC/ EC ekonomi/EC HR	se OF-FV- RU0494 informera politiken
10.26	Övriga personalärenden		FC	



**Hässelholms
kommun**

Hässelholms kommun • Stadshuset • 281 80 Hässelholm • vx 0451-26 70 00 • kontaktcenter@hasselholm.se