



**Hässelholms
kommun**

Kallelse till omsorgsnämndens arbetsutskott

Torsdagen den 16 januari 2025, kl. 09:00
Sammanträdesrum Majoren, Kasern Johnsson

I tur att justera: Susanne Lottsfeldt
Ersättare: Ann Persson
Tid och plats för justering: Digital justering måndag den 2025-01-20

Föredragningslista

	Ärenden	Föredragande	Till	
	Upprop			
	Protokollsjustering			
1.	Godkännande av dagordning			
2.	Aktuellt i verksamheten	FC 09:05-09:20	ONAU	Information
3.	Ekonomisk uppföljning per föregående månadsslut	EC ekonomi 09:20-09:35	ONAU	Information
4.	Uppföljning statsbidrag	EC ekonomi 09:35-09:50	ONAU	Information
5.	Information om årsbokslut 2024 som går direkt till nämnden	EC ekonomi 09:50-10:10	ONAU	Information
6.	Uppdrag till omsorgsförvaltningen angående mat inom verksamheten i Hässelholms kommun <i>Handlingar</i> • Ordförandeförslag 2025-01-02	FC 10:10-10:20	ON	Beslutsärende

7.	Återrapportering till kommunfullmäktige avseende uppföljningen av omsorgsnämndens kontroll vid användning av bemanningstjänster <i>Handlingar</i> • OF tjänsteskrivelse 2024-12-02	FC 10:20-10:40		Beslutsärende
8.	Granskningsrapport intern kontroll 2024 <i>Handlingar</i> • OF tjänsteskrivelse 2024-10-25 • Granskningsrapport Intern kontroll 2024	SAS 10:40-10:50		Beslutsärende
9.	Intern kontrollplan 2025 <i>Handlingar</i> • OF tjänsteskrivelse 2024-10-07 • Intern kontrollplan 2025 • Risk- och väsentlighetsanalys	SAS 10:50-11:05		Beslutsärende
10.	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete <i>Handlingar</i> • OF tjänsteskrivelse 2024-10-25 • Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (ny version) • Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (äldre version)	SAS 11:05-11:20		Beslutsärende
11.	Yttrande över motion om rutiner vid stölder inom omsorgen <i>Handlingar</i> • OF tjänsteskrivelse 2024-12-16 • Rutin vägledning polisanmälan • Motionen	SAS 11:20-11:30		Beslutsärende

12.	Yttrande över motion- Utbildning vård- och omsorgspersonal inom särskilt boende <i>Handlingar</i> • OF tjänsteskrivelse med ordförandeförslag 2024-12-20 • Motion	EC HR 11:30-11:40		Beslutsärende
13.	Yttrande över motion- Attraktiv arbetsgivare inom omsorgen <i>Handlingar</i> • OF tjänsteskrivelse med ordförandeförslag 2024-12-20 • Motionen	EC HR 11:40-11:50	ON	Beslutsärende
14.	Information från MAS	MAS 11:50-12:00	ONAU	Information
15.	Uppföljning patientsäkerhetsberättelsen	MAS 12:00-12:20	ONAU	Information

Omsorgsnämndens arbetsutskott

Christer Welinder (S)
Ordförande

Micaela Duvsjö
Sekreterare

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att föreslå omsorgsnämnden att ge omsorgsförvaltningen följande uppdrag:

- Genomföra en genomlysning på måltidssituationen inom omsorgens verksamhet utifrån kvalitet och ekonomi.
- Utvärdera ifall måltidspolicyn behöver uppdateras.
- Genomlysningen skall presenteras för omsorgsnämnden den 24 april 2025 med ev. förslag till förändringar.

Bakgrund

Det har framförts ifrån olika håll att den mat som erbjudes på bl.a. våra särskilda boenden ej håller den kvalitet som är godtagbar. Man har även framfört synpunkter på den matsedel som erbjudes. Eftersom måltiderna är en stund på dagen som man ser fram emot är det viktigt att man får god och näringsriktig mat i tillräcklig mängd. Varje måltid är även en stund i social gemenskap som också är viktig.

Därför är det väsentligt att nämnden förvissar sig om att maten uppfyller de krav som de boende och anhöriga känner sig trygga med.

Ordförande och vice ordförande har utifrån ovan bakgrund bett förvaltningschefen att till nämnden i januari 2025 inkomma med en lägesbild angående måltidssituation inom förvaltningen och det arbete som pågår.

2025-01-02

Christer Welinder

Omsorgsnämndens Ordf.
vice ordf.

Ann Persson

Omsorgsnämndens 1:e

Kommunfullmäktige

Handläggare
Birgitta Ljungbeck
Omsorgsförvaltningen

birgitta.ljungbeck@hassleholm.se

Återrapportering till kommunfullmäktige avseende uppföljningen av omsorgsnämndens kontroll vid användning av bemanningstjänster

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår omsorgsnämnden besluta att anta omsorgsförvaltningens förslag till återrapportering till kommunfullmäktige.

Sammanfattning

Omsorgsnämnden fick i uppdrag av kommunfullmäktige att rapportera hur rekommendationerna från kommunens revisorer implementeras, särskilt avseende avtalstrohet vid inköp och interna kontroller. Det konstateras att det fortfarande saknas skriftliga rutiner för ansvarsfördelning i upphandlingsprocessen, vilket kan vara en orsak till att bemanningsföretag utanför avtal har använts. Årets internkontroll visar 59 % avtalstrohet, och ytterligare kontroller och riktlinjer behövs för att reglera upphandlingsprocessen men även rutiner för hur och när bemanningssjuksköterskor får användas. Förvaltningschef för omsorgsförvaltningen har gett uppdraget till ekonomichefen (omsorgsförvaltningen) samt verksamhetschefen för HS att ta fram en skriftlig rutin för ansvarsfördelning. Om det under arbetets gång framkommer behov av att se över delegationsordningen ska även detta genomföras.

Hässleholms kommun / Omsorgsförvaltningen

Omsorgsnämnden har vid nämndssammanträdena vårterminen 2024 fått redovisningar från verksamheten HS att kostnader håller sin budgetram. Under hösten 2024 framkom att kostnaderna för bemanningssköterskor ökat nämnvärt under sommaren 2024 mot det tidigare planerade behovet samt kostnader. Omsorgsförvaltningen använder sedan den 1 november inte längre några bemanningssjuksköterskor. Detta innebär att det är något mer ansträngt i verksamheterna då det fortfarande finns en del vakanser. Det kräver också en större bemanningsplanering där resurser måste omfördelas. Förvaltningen har dock rekryterat flertalet nya sjuksköterskor och arbetar aktivt med rekrytering för att fylla alla vakanser. Parallellt pågår ett arbete med att effektivisera organisationen och säkerställa god patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomisk hållbarhet.

Beskrivning av ärendet

Revisionen genomförde en granskning avseende upphandling av bemanningstjänster inom omsorgsförvaltningen under 2022. Mot bakgrund av vad som framkom i den granskningen beslutades att ytterligare en revision skulle genomföras i början av 2024. Syftet med den senare granskningen var att bedöma om omsorgsnämnden säkerställt en tillräcklig kontroll avseende avrop av bemanningstjänster. Revisionen lyfter i den rapporten särskilt fram fyra punkter som bör beaktas inför kommande avtalsupphandlingar. Dessa är:

- Att säkerställa att inköp görs i enlighet med tecknade avtal.
- Att genomföra interna kontroller i syfte att säkerställa efterlevnad av beslutade riktlinjer och rutiner
- Att säkerställa att det finns fungerande rutiner gällande attestering och att attestförteckningar hålls uppdaterade
- Följa hur införandet av hyrstopp fortlöper och vilka nya riktlinjer som tas fram och implementeras under införandet.

Nedan ges en återrapportering till kommunfullmäktige utifrån dessa specifika punkter.

Att säkerställa att inköp görs i enlighet med tecknade avtal

Fram till 2024-05-25 har det funnits ramavtal med 10 bemanningsföretag: Vårdbron Sverige AB, Omsorg & Behandling, Nurse & Doc Partner, Medicarrera Temp, Colivia Sweden AB, Helsebemanning AS, RentalCare, MEDCURA, Prime Care & Professional och Amelia vårdbemanning. Från och med 2024-05-25 till och med

2026-05-24 har det tecknats avtal med följande fyra bemanningsföretag: Bonliva, MEDCURA, QURA Care AB och Viva Bemanning. Under sommaren (v. 21-35) har följande bolag anlåtats: Bonliva, Scandoc, Rental Care, Medcura, Nurse Partner, Läkarleasing, Viva bemanning. Det innebär att tre av fyra bemanningsföretag inom det nya avtalet har använts, samt fyra utanför avtal. Anledningen till att avrop gjordes utanför det nya avtalet har varit att dessa gjordes inför semesterperioden innan det nya avtalet började gälla, dvs utifrån det tidigare ramavtal som inkluderade 10 bemanningsföretag. Dock var det svårt även då att få tag på sjuksköterskor, vilket har bidragit till att även andra bemanningsföretag än de som var upphandlade i det tidigare avtalet har använts. Viktigt att nämna i sammanhanget är att flera av de företag som anlåtats utanför avtal har varit billigare än de inom ramavtalet. Det framkommer dock vid kontroll under hösten att det nytecknade ramavtalet var utformat som ett direktupphandlingsavtal, vilket inte tidigare framkommit till verksamheten.

I samband med att det nya upphandlingsavtalet tecknades, beslutades att alla avrop skulle gå via den centrala upphandlingen framöver. Upphandlare skulle ansvara för förnyade konkurrensutsättningar i Kommers. På det sättet skulle det vara säkerställt att nya avrop endast skickas till de leverantörer som förvaltningen har avtal med, dvs till Bonliva AB, Medcura, Qura Care AB och Viva Bemanning. Det har dock uppmärksammats under hösten att när det gäller avrop av bemanningssjuksköterskor utanför avtal så hanteras detta enbart av omsorgsförvaltningen genom att enhetscheferna gör avropen och förvaltningschefen godkänner dessa. (Se tabell 1 där en sammanställning av bemanningspersonal inom och utanför avtal 2024 presenteras). I samtal med enhetschefer uppger de att dem har känt en osäkerhet i upphandlingsprocesserna där de hade behövt mer stöd. De anser att detta är en uppgift som bör ligga på högre chef.

I det nya ramavtalet finns det beskrivet att takvolymen för avrop uppgår till 8 109 450 kronor exkl. mervärdesskatt. Avtalet har inte längre någon verkan när takvolymens värde har uppnåtts. Om detta förhållande förväntas inträffa inom en snar framtid har beställaren rätt att säga upp avtalet med omedelbar verkan. En sådan uppsägning eller att ramavtalets takvolym uppnåtts, påverkar inte giltigheten av kontrakt som ingåtts med stöd av ramavtalet dessförinnan. Förvaltningens ekonomichef uppger att om inte bemanningssjuksköterskor kan levereras inom ramavtalet från avtalets start den 25 maj och förvaltningen därför gör avrop till företag utanför avtalet så görs en direktupphandling som ska vara dokumenterad enligt rutin. Bemanningssjuksköterskor som upphandlas utanför avtalet får inte förlängas när gränsen på 8.1

miljoner har passerat enligt det nya avtalet. Dock har det uppmärksammats att fram till oktober är denna gräns passerad med 2.5 miljoner. Omsorgsnämnden beslutade också vid sammanträde i maj månad att kontroll av följsamhet till tecknade avtal gällande bemanningstjänster ska följas upp i samband med bokslut 2024.

Således går det att konstatera att följsamhet till tecknade avtal inte har följts, det är inte heller säkerställt genom en skriftlig rutin att inköp görs i enlighet med tecknade avtal. I linje med revisionens rekommendationer är det därför nödvändigt att snarast ta fram en rutin för att säkerställa detta framöver. Därför har förvaltningschef för omsorgsförvaltningen gett i uppdrag till ekonomichefen och verksamhetschefen för HS att ta fram en skriftlig rutin för ansvarsfördelning. Detta arbete är nu pågående och en ny rutin förväntas vara klar senast under februari månad. Det är också nödvändigt med ett närmare samarbete mellan upphandlingsenheten och omsorgsförvaltningen. Enligt uppgift har endast muntlig dialog förekommit, vilket ger utrymme för missförstånd och oklarheter när det gäller vem som ansvarar för vad.

Tabell 1. Bemanningspersonal inom och utanför avtal 2024

Period	Antal timmar	Antal ÅA	Inom avtal	Utanför avtal	Belopp
Januari	398	2.41 (8)	80 599	0	80 599
Februari	477	2.89 (6)	512 989	0	512 989
Mars	1075	6.52 (5)	633 793	0	633 793
April	1796	10.89 (7)	770 576	448 230	1 218 806
Maj	2541	15.40 (16)	871 099	908 878	1 779 977
Juni	3531	21.40 (14)	916 430	1 884 617	2 801 047
Juli	2947	17.87 (19)	1 610 322	1 080 779	2 691 102
Augusti	5605	34.49 (9)	1 606 252	3 323 311	4 929 563
September	1477	8.95 (9)	1 219 940	25 320	1 245 260

Oktober	1847	11.19 (11)	1 380 071	70 896	1 450 967
November	0				
December	0				
Totalt	21 697	132.14	9 602 071	7 742 031	17 344 102

Kommentar: Siffrorna ovan är enligt ekonom beräknade utifrån hur fakturorna för bemanningspersonal har inkommit. Det faktiska antalet b-ssk som använts har vissa gånger varit högre och vissa gånger lägre än vad tabellen påvisar beroende på hur fakturorna inkommit till förvaltningen. Detta presenteras inom parentes i antal åa i tabellen ovan.

Att genomföra interna kontroller i syfte att säkerställa efterlevnad av beslutade riktlinjer och rutiner

En gång årligen genomförs det en internkontroll för kontroll av avtalstrohet gällande bemanningstjänster, vilket genomförs av upphandlingsenheten. Årets kontroll påvisade 59 % avtalstrohet. Revisionsrapporten lyfter fram att bedömning om användande av bemanningstjänster görs av enskilda enhetschefer och bemanningsplanerare. Dock är det tydligt att det finns ett behov av att verksamhetschef i större utsträckning är involverad inför avrop av bemanningssjuksköterskor och inte endast för uppföljning av kostnaden i efterhand. Av stickprovsgranskning i revisionsrapporten framkommer att avrop gjorts för att täcka vakanser på mellan fyra dagar och sex månader. Enligt omsorgsförvaltningens rutin för tillsättning av vakanser för kortare tid än två veckor beskrivs hur detta ska täckas med egen personal. Enhetschefer uppger dock att de inte har gjort något avrop för fyra dagar. Uppgiften från revisionsrapporten kan i stället bero på andra orsaker som till exempel att någon bemanningssjuksköterska har avslutat sitt uppdrag inom fyra dagar. I genomlysningen framkommer även att bemanningssjuksköterskor oftast kontrakteras enbart på dagtid. Det har därför inneburit att det varit svårigheter att omfördela dessa resurser när det uppstått frånvaro på jourtid, vilket i sin tur gör att övertid för ordinarie sjuksköterskor har ökat då de gått in och täckt pass på jourtid.

Att säkerställa att det finns fungerande rutiner gällande attestering och att attestförteckningar hålls uppdaterade

Under 2023 ingick stickkontroll av samtliga attester och behörigheter inom OF som internkontroll. Under september 2023 genomförde ekonomichef en kontroll för perioden januari-augusti. Resultatet visade att registrerade attester och behörigheter följde beslutsunderlag och reglemente och att upplagda behörigheter var aktuella. Internkontrollspunkten togs därför bort inför 2024 då allt var i sin ordning. Omsorgsnämnden beslutade dock på sammanträdet i maj 2024 att lägga till ”kontroll av attestlista” i 2024 års intern kontroll med uppföljning i samband med bokslut för 2024. Kontrollen genomfördes 240801 och beslutsattestsförteckningen uppdaterades utifrån personalförändringar.

Revisionsrapporten lyfter fram att i stickprov som har utförts i samband med revisionen avseende attester finns det fortfarande brister. Enligt uppgift är tillvägagångssättet för attestering av bemanningstjänster följande; när fakturan kommer granskningsattesterar bemanningsplanerare den och enhetschef beslutsattesterar och därefter går den vidare för betalning. Om inte fakturan beslutsattesteras inom 10 dagar går den vidare till verksamhetschef. Ingen specifik rutin finns för detta utan det är ett vedertaget tillvägagångssätt. En rutin behöver tas fram för att tydliggöra attesteringsprocessen och på vilken roll gransknings- och beslutsattest ska ligga på.

Följa hur införandet av hyrstopp fortlöper och vilka nya riktlinjer som tas fram och implementeras under införandet.

Revisionsrapporten belyser att omsorgsnämnden har brutit ner de strategiska utmaningarna som kommunfullmäktige beslutat om till två nyckeltal för att få en budget i balans. Det ena nyckeltalet relevant för denna genomlysning gäller att följa andel egna sjuksköterskor i relation till andel bemanningssjuksköterskor. Det framkommer två olika beräkningar över hur många bemanningssjuksköterskor som har anlåtats per månad i förvaltningen under året. Detta kan härledas till att kostnaden som presenterats har baserats på de fakturor som inkommit efter hand och inte det faktiska antalet använda bemanningssjuksköterskor per månad (se tabell 1).

TF verksamhetschef kan se att det behöver tas fram rutiner för hur och när bemanningssjuksköterskor får eller inte får användas, då det i nuläget saknas. I en rutin behöver det också beskrivas hur många vakanser det kan vara i verksamheten innan bemanningssjuksköterskor får tas in, med hänsyn tagen till patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi i en helhet. Verksamhetschef behöver också följa upp mer

att tillgängliga resurser har fördelats så ändamålsenligt som möjligt som ett första steg innan det ska vara tillåtet att ta in bemanningspersonal.

I december 2023 antog omsorgsnämnden omsorgsförvaltningens förslag att införa hyrstopp av legitimerad bemanningspersonal i två etapper med följande datum: att per den 1/2 2024 påbörja utfasning av hyrpersonal dagtid, att vara hyroberoende den 1 september 2024 dagtid, att per den 1/3 2024 påbörja utfasning av hyrpersonal kvällar och helger och att vara hyroberoende den 1 november 2024 kvällar och helger.

Från och med 1 november finns inte längre några bemanningssjuksköterskor kvar i verksamheten. Det finns dock fortfarande en del vakanser kvar och rekryteringsprocesser pågår. Ett 10 tal nya sjuksköterskor har hittills rekryterats och har eller väntas inom kort påbörja sina anställningar. För att säkerställa att nyanställda sjuksköterskor får en god introduktion har ett nytt gediget introduktionsprogram tagits fram av en arbetsgrupp

En risk- och konsekvensanalys har genomförts av verksamhetschef tillsammans med enhetschefer, MAS och fackliga representanter för vårdförbundet. Riskerna berör patientsäkerhet och arbetsmiljö i samband med hyrstoppet av bemanningssjuksköterskor. Högsta prioritet framåt är att aktivt arbeta med och följa upp åtgärderna för att säkerställa en acceptabel arbetsmiljö och en hög patientsäkerhet trots ett hyrstopp. Som en åtgärd för att använda tillgängliga resurser så ändamålsenligt som möjligt har vissa specialistfunktioner gått ut i kliniskt arbete under en tid. Dock behöver ytterligare omfördelning av resurser göras, parallellt med att rekryteringsprocesser pågår. Sjuksköterskor kan också komma att behöva använda prioriteringsrutinen för att säkerställa att nödvändiga medicinska åtgärder alltid blir genomförda. För att optimera bemanningen och använda tillgängliga resurser så effektivt som möjligt har EC tagit fram samarbetsgrupper som kommer att hjälpas åt att hantera det dagliga arbetet på de olika enheterna. Omfördelning av resurser kan ske utanför samarbetsområdena i de fall det uppstår ytterligare frånvaro. Förvaltningen har också HSL undersköterskor som avlastar vissa av sjuksköterskornas arbetsuppgifter genom utökade delegeringar eller tar hand om vissa administrativa arbetsuppgifter. I dagsläget finns också 13 timanställda sjuksköterskor varav flertalet har gått in under hösten på vakanta tjänster och täcker upp.

Det har också under hösten uppmärksammats att arbetstidsmättet för kväll- och nattsjuksköterskor inte följer HÖKs avtal, utan deras arbetstidsmätt är idag 32.83

timmar för kväll och 32 timmar för nattjänstgöring. Det pågår ett arbete för att förändra dessa så de istället följer HÖKs avtal, vilket innebär 38.25 för kväll och 34.33 för natt. Genom denna förändring tillkommer ytterligare resurser för att säkerställa bemanning på jourtid.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Enbart till godo.

Facklig samverkan

FÖS den 20 januari

Ekonomiska konsekvenser

Hyrstoppet kommer att innebära en bättre ekonomisk hushållning då egen personal används.

Sändlista:

Förtroendevalda revisorer

Kommunala pensionärsrådet

Kommunala tillgänglighetsrådet

Kommunfullmäktige

Omsorgsförvaltningen

Annette Viksten Åhl
Förvaltningschef

Birgitta Ljungbeck
*TF Verksamhetschef/ Medicinskt ansvarig
sjuksköterska*

Handläggare
Maria Persson
Omsorgsförvaltningen

maria.c.persson@hassleholm.se

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens
arbetsutskott

Granskningsrapport intern kontroll 2024

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att föreslå omsorgsnämnden följande beslut:

1. Granskningsrapport intern kontroll för omsorgsförvaltningen 2024 godkänns.
2. Rapporten översänds till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Paragrafen ska anses omedelbart justerad.

Sammanfattning

Intern kontroll ska göras enligt regler för intern kontroll. Gällande omsorgstagarnas privata medel ser förvaltningen behov av att genomföra utbildningsinsatser i verksamheten under 2025 för att säkerställa hanteringen. Kontroll kring upprättande av genomförandeplan inom tre veckor redovisar ett försämrat resultat sedan föregående år, som förklaras med ett uppdaterat verksamhetssystem i dokumentation. För att säkerställa att genomförandeplan upprättas har primär utbildningsinsats genomförts och flera planeras. Avvikelsehanteringen ligger kvar på samma nivå och under 2025 kommer nuvarande system för avvikelser att uppdateras. Gällande kontrollmomentet om checklistan utifrån bedömning om skydds- och begränsningsåtgärder är implementerad framkommer det att flera insatser behövs för att säkerställa följsamhet. Resultatet av mätning gällande basal vårdhygien kommer inte att genomföras på grund av frånvaro av ansvarig för sammanställningen. Uppföljning av privata aktörer upphandlade utanför ramavtal

har fortsatt under 2024. Förra året var det 13 verksamheter och 2024 är det nu 22 verksamheter. Några avtal har avslutats eller ingår numera inom ramavtal samt att det tillkommit nya avtal. Flera av de nya avser internatboende tillhörande folkhögskola/gymnasium, psykiatriboende, kolloverksamhet, för att ge några exempel. Samtliga verksamheter (privata) har kontrollerats löpande avseende tillstånd med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ekonomisk rapport (UC). Verksamhetsbesök har genomförts i 15 verksamheter, de som var med 2023 samt nytillkomna psykiatriboende och dagverksamheter. Samtliga verksamheter är godkända utifrån avtalet. Ovanstående kontrollmoment kommer att vara kvar 2025. Kontrollen av beslutattestantförteckningen visade inga avvikelser, kontrollen kommer att genomföras som egen kontroll av ekonomienheten under 2025. Kontrollmoment kring läkemedelshantering visade ett godkänt resultat och granskningen gällande delegeringsprocessen påvisade inga brister.

Beskrivning av ärendet

Den interna kontrollen syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs ändamålsenligt, att verksamheten är tillförlitlig samt att säkerställa att lagar, föreskrifter, policys och riktlinjer följs. Internkontroll ska göras enligt regler för internkontroll, KF 2015/342 049. Kontroll har utgått från de av omsorgsnämnden beslutade 10 granskningsområdena omfattande: Rutin IT systemavbrott, uppföljning verksamhetsavtal, basalvårdhygien, genomförandeplan upprättade i verksamheten inom tre veckor, ohanterade avvikelser, hantering av omsorgstagares privata medel, attesthantering, bedömning och beslut kring begränsningsåtgärder, läkemedelshantering samt delegeringsprocessen.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Granskning inom omsorgsnämndens ansvarsområde gynnar de personer som erhåller insatser då intern kontroll syftar till förbättringsåtgärder.

Barnperspektivet

Barnperspektivet vägs in i helheten och beaktas utifrån de områden som granskats.

Miljökonsekvenser

Inga miljökonsekvenser har identifierats

Facklig samverkan

Förvaltningsövergripande samverkan 2025-01-20

Ekonomiska konsekvenser

Inga uttalade ekonomiska konsekvenser har identifierats.

Bilagor

1. Granskningsrapport intern kontroll 2024

Sändlista:

Kommunledningsförvaltningen

Revisionen

Omsorgsförvaltningen

Annette Viksten Åhl
Förvaltningschef

Tina Thomasson
Vik avd chef

Maria Persson
Socialt ansvarig samordnare

Sammanfattning av nämndens interna kontrollarbete:

Gällande omsorgstagarnas privata medel ser förvaltningen behov av att genomföra utbildningsinsatser i verksamheten under 2025 för att säkerställa hanteringen. Kontroll kring upprättande av genomförandeplan inom tre veckor redovisar ett försämrat resultat sedan föregående år, som förklaras med ett uppdaterat verksamhetssystem i dokumentation. För att säkerställa att genomförandeplan upprättas har primär utbildningsinsats genomförts och flera planeras. Avvikelsehanteringen ligger kvar på samma nivå och under 2025 kommer nuvarande system för avvikelser att uppdateras. Gällande kontrollmoment om checklistan utifrån bedömning om skydds- och begränsningsåtgärder är implementerad framkommer det att flera insatser behövs för att säkerställa följsamhet. Resultatet av mätning gällande basal vårdhygien kommer inte att genomföras på grund av frånvaro av ansvarig för sammanställningen. Uppföljning av privata aktörer upphandlade utanför ramavtal har fortsatt under 2024. Förra året var det 13 verksamheter och under 2024 har det tillkommit ytterligare nio verksamheter och är nu totalt 22. Flera av verksamheterna som tillkommit är psykiatriboende enligt SoL men även internatboende vid studier samt dagverksamheter. Samtliga verksamheter (privata) har kontrollerats löpande avseende tillstånd med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ekonomisk rapport (UC). Verksamhetsbesök har inte kunnat genomföras hos samtliga men besök har genomförts på 15 verksamheter vilka har godkänt resultat utifrån avtalet. Prioriteringen har varit boenden och verksamheter LSS, äldre och psykiatri. Verksamheter koloniverksamhet (2), korttidsplats dagtid (1) samt internatboende (3) kopplat till utbildning (skola) har inte prioriterats. Några verksamheter med samma huvudman och chef som ligger geografiskt nära och det handlar om uppföljning samt har kunnat besökas vid samma tillfälle återges i en gemensam rapport. Ovanstående kontrollmoment kommer att vara kvar 2025. Kontrollen av

Kontrollområden	Rutin "vilka regler, policies, system osv som ligger till grund för granskningen?"	Kontrollmoment "vad ska granskas?"	Metod 2 "Beskrivning av hur granskningen har utförts" (kolumn till granskningsrapporten)	Resultat/avvikelser "vad blev resultatet efter granskningen" (kolumn till granskningsrapporten)	Åtgärder och tidplan "vilka eventuella åtgärder är aktuella och när i tiden kommer detta att ske? Ska momentet vidare till nästa års plan?" (kolumn till granskningsrapporten)
FJOLÅRETS MOMENT					
IT systemavbrott	Ofs rutiner kring systemavbrott	Direktåtgärd: Översyn av gällande rutiner	1) Inventering av hur väl fungerande befintliga rutiner är för systemavbrott genomfördes 2023. Åtgärd 2023: Beslut att ta fram gemensam rutin för systemavbrott. 2) Gemensam rutin för systemavbrott beräknas vara klar första kvartalet 2024.	Rutinen för driftstopp beslutades i förvaltningsledningen 2024-12-05	Tillkom på nämnd 2024-02-13. Kontrollen/uppföljning av att gemensam rutin är framtagen. Momentet inte vidare till nästa år.
Uppföljning verksamhetsavtal utanför Skånes ramavtal	Program omsorgsnämnden - Upphandling, avtal och uppföljning privata vårdgivare	Säkerställa följsamhet till verksamhetsavtal utanför Skånes kommuners ramavtal genom avtals- och kvalitetsuppföljning av privata vårdgivare utanför ramavtal	Basen i uppföljningen är de olika avtalen med de privata vårdgivarna samt Skånes Kommuners uppföljningsmall av privata vårdgivare inom upphandlat ramavtal samt en egen framtagen mall anpassad efter verksamhet och uppföljning, utgår från Skånes Kommuners uppföljningsmall. Med uppföljningsmallen som utgångspunkt anpassas uppföljningen beroende på vilken typ av verksamhet som skall följas upp. Verksamhetsbesök och intervju enligt mall. Rundvandring med chef samt intervju med personal. Ifall det passar och samtycke föreligger även intervju med den enskilde. Verksamhetens styrande dokument samt visning av system och statistik vid första besöket dessa följs sedan upp vid kommande besök. Protokoll skickas för godkännande till chef som blivit intervjuad avseende faktakontroll. När det är godkänt delges myndigheten resultat samt chef och de diarieförs därefter. Uppföljning av internatboende tillhörande skolverksamhet kan göras via Teams såvida det inte föreligger faktorer att ett verksamhetsbesök skall göras. Tillsynsprotokoll beslutas utifrån typ av besök och verksamhet. Skånekommuners mall eller anpassad uppföljningsmall.	Uppföljning av privata aktörer upphandlade utanför ramavtal har fortsatt under 2024. Förra året var det 13 verksamheter och under 2024 har det tillkommit ytterligare nio verksamheter och är nu totalt 22. Flera av verksamheterna som tillkommit är psykiatriboende enligt SoL men även internatboende vid studier samt dagverksamheter. Samtliga verksamheter (privata) har kontrollerats löpande avseende tillstånd med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ekonomisk rapport (UC). Verksamhetsbesök har inte kunnat genomföras hos samtliga men besök har genomförts på 15 verksamheter vilka har godkänt resultat utifrån avtalet. Verksamhetsbesöken kommer att fortgå löpande under detta och kommande år. Inför 2025 har värdering av metod samt genomförandet analyserats och effektiviserats utan avkall på kvalitén i granskningen. Delårsredovisning 2024-08-01 Kontroll hos IVO och UC har gjorts av samtliga verksamheter utan anmärkning.	Tillkom på nämnd 2024-02-13. Momentet vidare till nästa år med viss förändring i metod.

Sammanfattning av nämndens interna kontrollarbete:

Gällande omsorgstagarnas privata medel ser förvaltningen behov av att genomföra utbildningsinsatser i verksamheten under 2025 för att säkerställa hanteringen. Kontroll kring upprättande av genomförandeplan inom tre veckor redovisar ett försämrat resultat sedan föregående år, som förklaras med ett uppdaterat verksamhetssystem i dokumentation. För att säkerställa att genomförandeplan upprättas har primär utbildningsinsats genomförts och flera planeras. Avvikelsehanteringen ligger kvar på samma nivå och under 2025 kommer nuvarande system för avvikelser att uppdateras. Gällande kontrollmoment om checklistan utifrån bedömning om skydds- och begränsningsåtgärder är implementerad framkommer det att flera insatser behövs för att säkerställa följsamhet. Resultatet av mätning gällande basal vårdhygien kommer inte att genomföras på grund av frånvaro av ansvarig för sammanställningen. Uppföljning av privata aktörer upphandlade utanför ramavtal har fortsatt under 2024. Förra året var det 13 verksamheter och under 2024 har det tillkommit ytterligare nio verksamheter och är nu totalt 22. Flera av verksamheterna som tillkommit är psykiatriboende enligt SoL men även internatboende vid studier samt dagverksamheter. Samtliga verksamheter (privata) har kontrollerats löpande avseende tillstånd med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ekonomisk rapport (UC). Verksamhetsbesök har inte kunnat genomföras hos samtliga men besök har genomförts på 15 verksamheter vilka har godkänt resultat utifrån avtalet. Prioriteringen har varit boenden och verksamheter LSS, äldre och psykiatri. Verksamheter koloniverksamhet (2), korttidsplats dagtid (1) samt internatboende (3) kopplat till utbildning (skola) har inte prioriterats. Några verksamheter med samma huvudman och chef som ligger geografiskt nära och det handlar om uppföljning samt har kunnat besökas vid samma tillfälle återges i en gemensam rapport. Ovanstående kontrollmoment kommer att vara kvar 2025. Kontrollen av

Kontrollområden	Rutin "vilka regler, policy, system osv som ligger till grund för granskningen?"	Kontrollmoment "vad ska granskas?"	Metod 2 "Beskrivning av hur granskningen har utförts" (kolumn till granskningsrapporten)	Resultat/avvikelser "vad blev resultatet efter granskningen" (kolumn till granskningsrapporten)	Åtgärder och tidplan "vilka eventuella åtgärder är aktuella och när i tiden kommer detta att ske? Ska momentet vidare till nästa års plan?" (kolumn till granskningsrapporten)
PPM - Punktprevalens - mätning, basal vårdhygien	"Basala hygienrutiner samt personligt hygienansvar" Dokument ID 0426	Kontroll av efterlevnad av basala hygienrutiner, jämfört med resultat i 2023 års mätning.	Sveriges kommuner och regioner, SKR, har stängt ned mätsystemet för PPM. Förvaltningen har utarbetat ett eget mätverktyg.	Mätning har inte genomförts på grund av frånvaro av funktion som ansvarar för uppdraget samt sammanställning av mätningen. Tidigare PPM resultat. Höst 2023 65,5% Vår 2023 65,9% Höst 2022 56,8% Vår 2020 28,6%	Momentet vidare till nästa år.
Upprättande av genomförandeplan	Rutin för dokumentation enligt socialtjänstlagen - SoL och lagen om stöd och service till vissa funktionsnedsatta LSS.	Kontroll av upprättade genomförandeplaner i förhållande till beslut	Sökning av fattade beslut under perioden 20230701 -20240630. Slumpgenerering av de 100 besluten. Manuell jämförelse av datum för beslut och datum för upprättad genomförandeplan. LSS gruppboend har färre antal fattade beslut än granskningen på 20, vilket innebär att samtliga 13 beslut i egen regi granskades.	Upprättade genomförandeplaner inom 3 veckor efter verkställt beslut 2024 Ordbo 14% Säbo 17% LSS gruppboend 31% 2023 Ordbo 35% Säbo 45% LSS gruppboend 50% 2022 Ordbo 33% Säbo 50% LSS bostad 20%	Tillkom på nämnd 2024-02-13 De lägre resultaten i jämförelse med föregående år kan förklaras med att dokumentationssystemet har uppdaterats och i samband med detta brister i implementering av förändrat arbetssätt. Åtgärder och tidplan Rutin för genomförandeplan är uppdaterad 2024-10-24. Rutin för social dokumentation uppdaterades 2024-12-05. Förvaltningens dokumentationsombud informeras med fokus på genomförandeplaner. 2024-11-13 Planering för utbildningsinsatser gällande social dokumentation 2025 . Momentet vidare till nästa år.
Ohanterade avvikelser	SOFS 2011:9, Kvalitetsledningssystemet	Att avvikelser hanteras och avslutas enligt lagkrav och gällande rutiner	Sökning i verksamhetssystemet på oavslutade avvikelser för respektive verksamhetsområde 2024. Sammanställning på oavslutade avvikelser skickas till VC för säkerställande av hantering av ansvarig chef. I sammanställningen visas även de avvikelser som är nya och inte hanterade.	SoL/LSS 2024-01-01-2024-09-30 16% oavslutade kvalitetsrapporter. Resultatet är en höjning från fjolåret med 3 procentenheter. Resultatet värderas inte utifrån att det saknas bedömningsgrund för vad som ses som rimlig % att ha som pågående öppna avvikelser. Siffran för 2023 var 13%. HSL Det går att se att det arbetas mer ändamålsenligt med avvikelser och fallrapporter än tidigare år, men fortfarande ligger det en för stor andel avvikelser och fallrapporter ohanterade. Kontroll av hantering av avvikelser bör därför fortsätta även under 2025.	Tillkom på nämnd 2024-02-13 Byte av verksamhetssystem för avvikelser är planerat att genomföras 2025. Uppdateringen innebär positiv förändring i möjlighet att analysera avvikelser. Momentet vidare till nästa år.

Sammanfattning av nämndens interna kontrollarbete:

Gällande omsorgstagarnas privata medel ser förvaltningen behov av att genomföra utbildningsinsatser i verksamheten under 2025 för att säkerställa hanteringen. Kontroll kring upprättande av genomförandeplan inom tre veckor redovisar ett försämrat resultat sedan föregående år, som förklaras med ett uppdaterat verksamhetssystem i dokumentation. För att säkerställa att genomförandeplan upprättas har primär utbildningsinsats genomförts och flera planeras. Avvikelsehanteringen ligger kvar på samma nivå och under 2025 kommer nuvarande system för avvikelser att uppdateras. Gällande kontrollmoment om checklistan utifrån bedömning om skydds- och begränsningsåtgärder är implementerad framkommer det att flera insatser behövs för att säkerställa följsamhet. Resultatet av mätning gällande basal vårdhygien kommer inte att genomföras på grund av frånvaro av ansvarig för sammanställningen. Uppföljning av privata aktörer upphandlade utanför ramavtal har fortsatt under 2024. Förra året var det 13 verksamheter och under 2024 har det tillkommit ytterligare nio verksamheter och är nu totalt 22. Flera av verksamheterna som tillkommit är psykiatriboende enligt SoL men även internatboende vid studier samt dagverksamheter. Samtliga verksamheter (privata) har kontrollerats löpande avseende tillstånd med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ekonomisk rapport (UC). Verksamhetsbesök har inte kunnat genomföras hos samtliga men besök har genomförts på 15 verksamheter vilka har godkänt resultat utifrån avtalet. Prioriteringen har varit boenden och verksamheter LSS, äldre och psykiatri. Verksamheter koloniverksamhet (2), korttidsplats dagtid (1) samt internatboende (3) kopplat till utbildning (skola) har inte prioriterats. Några verksamheter med samma huvudman och chef som ligger geografiskt nära och det handlar om uppföljning samt har kunnat besökas vid samma tillfälle återges i en gemensam rapport. Ovanstående kontrollmoment kommer att vara kvar 2025. Kontrollen av

Kontrollområden	Rutin "vilka regler, policies, system osv som ligger till grund för granskningen?"	Kontrollmoment "vad ska granskas?"	Metod 2 "Beskrivning av hur granskningen har utförts" (kolumn till granskningsrapporten)	Resultat/avvikelser "vad blev resultatet efter granskningen" (kolumn till granskningsrapporten)	Åtgärder och tidplan "vilka eventuella åtgärder är aktuella och när i tiden kommer detta att ske? Ska momentet vidare till nästa års plan?" (kolumn till granskningsrapporten)
Hantering av privata medel	<p>Hantering av privata medel</p> <p>"Riktlinjer för hantering av privata medel inom FSS"</p> <p>Diariennr: 2014/543</p> <p>Rutin "Bokföringsanvisningar för privata medel i kassabok SoL och LSS" Dokument ID 0041.</p> <p>Rutin "Hantering av privata medel SoL" Dokument ID 0042.</p>	Att hantering av privata medel sker enligt fastställda rutiner	<p>IK granskning för våren genomförd 2024-09-06 och 2024-09-09</p> <p>Granskningen genomfördes på fyra boende 9§9 inom FSS samt fyra säbo enheter. 14 omsorgstagare granskades per verksamhet.</p> <p>IK granskning hösten 2024. Granskning genomfördes på fyra boende 9§9 inom FSS samt fyra säbo enheter. 20 omsorgstagare granskades per verksamhet.</p>	<p>Delårsrapportering gällande granskning april/maj</p> <p>De privata medeln förvars till 100% i låsbart skåp.</p> <p>De tydligaste bristerna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontaktman har inte signerat att hon/han har tagit del av anvisningarna i kassaboken. - Brister inom båda verksamhetsområdena, inom Säbo saknas det i 50% av kontrollerna. - Legal företrädare har inte signerat i kassaboken varannan månad. 100% (aldrig) inom säbo, 86% inom FSS. - Belopp över 100 kronor, då originalkvitto saknas, signerats inte av två personer inom FSS. - Kassabok och kontanter stämmer inte. Köp med betalkort är felaktigt inskrivna/redovisade i kassaboken. Inom FSS stämmer inte 43%, säbo 29%. <p>Delårsrapportering september/oktober</p> <p>Säbo</p> <p>Bokföringen följde riktlinjerna. Kontanter använd inte då flertalet omsorgstagare blir fakturerade av frisör eller fotvård.</p> <p>LSS boende 9§9</p> <p>I samtliga fall saknas signatur om att legal företrädare har kontrollerat redovisningen, detta är återkommande varje år. Enheterna har påtalat hanteringen för gode män. På en enhet har all personal tillgång till nycklarna till de låsbara skåpen pga omfattande korthantering. På en enhet saknades det redovisning i kassabok gällande en omsorgstagare. Handel med kort hade genomförts men uttagskvitton som tillhörde kortet saknades. Det fanns dock andra kvitton som inte var registrerade i kassaboken.</p> <p>Granskningen genomfördes vid båda tillfällena av ett mindre antal än 25 omsorgstagare per verksamhetsområde.</p>	<p>Det konstateras i resultatet att det skiljer sig även mellan enheter. Säkerställan av rutinerna genomförs förvaltningsövergripande.</p> <p>Resultaten av granskningarna återkopplas till verksamheterna.</p> <p>Rutiner för privata medel ses över och alternativt uppdateras. November 2024</p> <p>Utbildning gällande hantering av privata medel genomförs i verksamheten. Våren 2025</p> <p>Granskningsnyckel ses över och uppdateras vid behov.</p> <p>Momentet vidare till nästa år.</p>

Sammanfattning av nämndens interna kontrollarbete:

Gällande omsorgstagarnas privata medel ser förvaltningen behov av att genomföra utbildningsinsatser i verksamheten under 2025 för att säkerställa hanteringen. Kontroll kring upprättande av genomförandeplan inom tre veckor redovisar ett försämrat resultat sedan föregående år, som förklaras med ett uppdaterat verksamhetssystem i dokumentation. För att säkerställa att genomförandeplan upprättas har primär utbildningsinsats genomförts och flera planeras. Avvikelsehanteringen ligger kvar på samma nivå och under 2025 kommer nuvarande system för avvikelser att uppdateras. Gällande kontrollmoment om checklistan utifrån bedömning om skydds- och begränsningsåtgärder är implementerad framkommer det att flera insatser behövs för att säkerställa följsamhet. Resultatet av mätning gällande basal vårdhygien kommer inte att genomföras på grund av frånvaro av ansvarig för sammanställningen. Uppföljning av privata aktörer upphandlade utanför ramavtal har fortsatt under 2024. Förra året var det 13 verksamheter och under 2024 har det tillkommit ytterligare nio verksamheter och är nu totalt 22. Flera av verksamheterna som tillkommit är psykiatriboende enligt SoL men även internatboende vid studier samt dagverksamheter. Samtliga verksamheter (privata) har kontrollerats löpande avseende tillstånd med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och ekonomisk rapport (UC). Verksamhetsbesök har inte kunnat genomföras hos samtliga men besök har genomförts på 15 verksamheter vilka har godkänt resultat utifrån avtalet. Prioriteringen har varit boenden och verksamheter LSS, äldre och psykiatri. Verksamheter koloniverksamhet (2), korttidsplats dagtid (1) samt internatboende (3) kopplat till utbildning (skola) har inte prioriterats. Några verksamheter med samma huvudman och chef som ligger geografiskt nära och det handlar om uppföljning samt har kunnat besökas vid samma tillfälle återges i en gemensam rapport. Ovanstående kontrollmoment kommer att vara kvar 2025. Kontrollen av

Kontrollområden	Rutin "vilka regler, policies, system osv som ligger till grund för granskningen?"	Kontrollmoment "vad ska granskas?"	Metod 2 "Beskrivning av hur granskningen har utförts" (kolumn till granskningsrapporten)	Resultat/avvikelser "vad blev resultatet efter granskningen" (kolumn till granskningsrapporten)	Åtgärder och tidplan "vilka eventuella åtgärder är aktuella och när i tiden kommer detta att ske? Ska momentet vidare till nästa års plan?" (kolumn till granskningsrapporten)
EKONOMI, PERSONAL					
Hantering av privata medel - se ovan					
Attestantförteckning	Beslut attestantförteckning 2015/586 040	Att beslutattestantförteckningen är uppdaterad utifrån personalförändringar.	Kontroll i digitallista att beslutattestantförteckningen stämmer med personer ansvariga för attest.	Kontroll genomförd 2024-08-01 Beslutattestantförteckningen är uppdaterad utifrån personalförändringar.	Tillkom på nämnd 2024-05-07 till handlingsplan Kvalitetsberättelse.
VERKSAMHET					
Resurs - Följsamhet till rutin	Bedömning och beslut om skydds- och begränsningsåtgärder inom vård och omvårdning. Dokument ID: 0062	Att bedömning av behovet görs genom kartläggning och riskanalys utifrån punkterna i checklistan "kartläggning inför skyddsåtgärder".	Granskningsnyckel av journaler och pinnstatistik. 10 journaler per granskningstillfälle. Rehab uppdrag att granska tre journaler. Sjuksköterska sju journaler. Bedömning: Vid 1:a avvikelse i granskningsnyckeln ses resultatet som avvikande och kräver åtgärder.	Av de granskningar som har genomförts påvisar samtliga brister, vilket innebär att det är ett område som måste fortsätta kontrolleras under 2025. Det är tydligt att checklistan inte är tillräckligt implementerad i förvaltningen och fler insatser behövs för att säkerställa att insättande av begränsningsåtgärder följer checklistan inför beslut av åtgärd. Delårsrapportering Rehabs uppdrag att genomföra granskning av tre journaler: Alla tre granskade journaler saknar genomförd checklista "kartläggning inför skyddsåtgärder" Sjuksköterska - uppdrag att granska sju journaler: Ingen inkommen rapportering för april/maj.	Åtgärd utifrån bedömningsskala. Utbildningsinsats kommer att genomföras i teambaserade arbetssättet samt i vad en skydds- och begränsningsåtgärd innebär. Sjuksköterska ska se över hantering. Information /dialog har genomförts. Rutinen har lyfts i samtliga ledningsgrupper under hösten. Momentet vidare till nästa år.
Resurs - följsamhet till rutin	Läkemedelshandtering. Dokument ID 0385	Följsamhet för läkemedelsöverlämning. Har patienter fått sina läkemedel i tid. Har läkemedlet signerats. Ges läkemedlet utanför tidsramen.	Kontroll av statistik APPVA.	Internkontrollen påvisar att vi har mer att göra med att säkerställa att alla patienter får sina läkemedel och andra HSL insatser utförda. Några enheter har 100 % signerade insatser, och det är det målet alla bör sträva efter. Även om många enheter har 99 % så blir det trots det ganska många insatser som missas. Totalt i förvaltningen har det genererat att 31 960 insatser inte är signerade under mätperioden 2. Några enheter sticker ut där det behöver vidtas direkta åtgärder för att säkerställa att alla insatser blir signerade. De flesta signerade insatser blir signerade i tid. Genomsnittet för förseningar av insatser ligger på ett förvaltningsövergripande plan runt 10 minuter och får anses som godtagbart.	Momentet inte vidare till nästa år.
Resurs	Rutin delegeringsprocessen för läkemedel och insulin Dokument ID 0529	Efter genomgången och godkänd utbildning ska delegering utfärdas. Tiden mellan godkänt prov till utfärdad delegering tar olika tid i olika verksamheter.	Granskning genomförs av tidsintervall mellan godkänt prov och delegering. Granskningsmall framtagna av MAS används. Bedömning: Mätningstiderna som rapporteras in kan se olika ut och i dagsläget finns inget basvärde (rimlig tid). Mätningen avser att kontrollera tidsåtgång för att sedan ta fram ett tidsmått för vad som är rimlig tidsåtgång. Vad är måttet hur lång tid det ska ta från godkänt prov i delegering tills att sjuksköterskorna har godkänt delegeringen.	Kontrollen skulle utföras 2 ggr under 2024. Första kontrollen utfördes aldrig. Kontroll 2 är pågående varav resultat endast inkommet från en enhet i dagsläget. Den påvisar inga brister. Delårsrapportering augusti - april/maj 2024-08-01 Inget resultat har inkommit för april/maj Rapportering kommer att genomföras i oktober.	Momentet inte vidare till nästa år.

Handläggare
Maria Persson
Omsorgsförvaltningen

maria.c.persson@hassleholm.se

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens
arbetsutskott

Förslag till intern kontrollplan 2025

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att föreslå omsorgsnämnden följande beslut:

1. Intern kontrollplan för 2025 fastställs
2. Risk- och väsentlighetsanalys omsorgsförvaltningen intern kontroll 2025 godkänns.
3. Rapporten översänds till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Paragrafen ska anses omedelbart justerad.

Sammanfattning

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Intern kontroll är ett av flera sätt för en organisation att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. I omsorgsförvaltningen skapar en god intern kontroll förutsättningar för en effektiv användning av skattepengarna och en bra service till kommunmedlemmar och andra intressenter.

Generellt sett handlar intern kontroll om att ha ordning och reda och se till att:

- verksamheten är ändamålsenlig och effektiv
- information om verksamhet och ekonomi är tillförlitlig samt
- lagar, förordningar och styrdokument följs

Beskrivning av ärendet

Plan för intern kontroll tas fram genom att samla uppkomna risker i en risklista. Utifrån risklistan görs en risk- och väsentlighetsanalys av de huvudsakliga arbetsmomenten som ingår i nämndens uppdrag. Flera kontrollområden kvarstår från föregående år. Nämnden har även identifierat nya kontrollområden för 2025.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Granskning inom omsorgsnämndens ansvarsområden gynnar de personer som erhåller insatser, då intern kontroll syftar till att genomföra systematiska förbättringar i verksamheten och säkra kvaliteten

Barnperspektivet

Barnperspektivet vägs in i helheten utifrån de områden som ska granskas.

Miljökonsekvenser

Inga kända konsekvenser i nuläget.

Facklig samverkan

Förvaltningsövergripande samverkan 2024-12-09

Ekonomiska konsekvenser

Inga kända konsekvenser i nuläget.

Bilagor

1. Intern kontrollplan 2025
2. Risk och väsentlighetsanalys internkontroll 2025

Sändlista:

Kommunledningsförvaltningen
Revisionen

Omsorgsförvaltningen

Annette Viksten Åhl
Förvaltningschef

Tina Thomasson
Vik avd chef

Maria Persson
Socialt ansvarig samordnare

Intern kontrollplan

ÅR: 2025

Förvaltning: Omsorg

Kontroll-områden	Rutin "vilka regler, policys, system osv som ligger till grund för granskningen?"	Kontrollmoment "vad ska granskas?"	Metod 1 "hur kommer granskningen att göras?"	Frekvens "hur ofta kommer granskningen att göras?"	Ansvar "vem är ansvarig för att granskningen blir gjord?"	Rapportering "vem ska utföra granskning rapporteras till?"	Risk "risken att fel ska uppstå?"	Väsentlighet "konsekvensen om fel uppstår?"
FJOLÅRETS MOMENT								
Uppföljning verksamhetsavtal utanför Skånes ramavtal	Program omsorgsnämnden -Upphandling, avtal och uppföljning privata vårdgivare.	Säkerställa följsamhet till verksamhetsavtal utanför Skånes kommuners ramavtal genom avtals- och kvalitetsuppföljning av privata vårdgivare utanför ramavtal.	Kontroll hos UC, kontroll hos IVO, verksamhetsbesök eller annan kontakt. Besöken prioriteras utifrån avtal med heldygnsplaceringar som är kostsamma och där det är omsorgstagare med störst skyddsbehov. Uppföljning av internatboende tillhörande skolverksamhet kan göras via Teams såvida det inte föreligger faktorer att ett verksamhetsbesök bör göras. Mall beslutas utifrån typ av besök och verksamhet. Skånekommuners mall eller anpassad uppföljningsmall.	1) Kontroll kreditupplysningstjänst UC 1 gång/år samt vid inkommen information som föranleder behov av kontroll oftare. 2) Kontroll hos Inspektionen för vård och omsorg var tredje månad. 3) Verksamhetsuppföljning 1 g/år. LSS, SoL äldre samt psykiatri. Övriga besök på förekommen anledning.	Utredare/kvalitet senhet på uppdrag av Förvaltningschef	SAS	3	4
PPM - Punktprevalens - mätning, basal vårdhygien	"Basala hygienrutiner samt personligt hygienansvar" Dokumentet ID 0426	Kontroll av efterlevnad av basala hygienrutiner, jämfört med tidiagare resultat.	Kontroll genom mätning som utförs av hygienombud	1 gång per år mellan januari och september.	Hygijnsjukskötarska på uppdrag av MAS	MAS med vidare rapportering till SAS	3	3
Upprättande av genomförandeplan för nya omsorgstagare inom tre veckor efter verkställt beslut.	Rutin för dokumentation enligt socialtjänstlagen - SoL och lagen om stöd och service till vissa funktionsnedsatta - LSS.	Kontroll av upprättade genomförandeplaner i förhållande till verkställighet.	Slumpmässigt urval av 100 beslut fattade från ett år tillbaka och framåt (40 hemtjänst, 40 säbo och 10 gruppboende)	1 gång per år, genomförs under juli-aug	SAS	SAS	3	3
Hantering av avvikelser	SOFS 2011:9, Kvalitetslednings systemet	Att avvikelser hanteras och avslutas enligt lagkrav och gällande rutiner. Nytt verksamhetssystem implementeras under året som kan innebära påverka av sammanställningar.	Kontroll av icke avslutade avvikelser - Sammanställningar på antal oavslutade avvikelser skickas till VC för säkerställande av hantering av ansvarig chef.	4 ggr/år Sammanställs av resp MAS och SAS och skickas vid samma tillfälle.	MAS/SAS utifrån respektive ansvarsområde	SAS	4	3

Intern kontrollplan

ÅR: 2025

Förvaltning: Omsorg

Kontroll-områden	Rutin "vilka regler, policys, system osv som ligger till grund för granskningen?"	Kontrollmoment "vad ska granskas?"	Metod 1 "hur kommer granskningen att göras?"	Frekvens "hur ofta kommer granskningen att göras?"	Ansvar "vem är ansvarig för att granskningen blir gjord?"	Rapportering "vem ska utförd granskning rapporteras till?"	Risk "risken att fel ska uppstå?"	Väsentlig het "konsekvensen om fel uppstår?"
Hantering av privata medel	Nedanstående rutiner är under uppdatering och kommer vara informerade innan granskningen genomförs. "Riktlinjer för hantering av privata medel inom FSS " Diariern: 2014/543 Rutin "Bokföringsanvisningar för privata medel i kassabok SoL och LSS" Dokument ID 0041. Rutin "Hantering av privata medel SoL" Dokument ID 0042. "	Att hantering av privata medel sker enligt fastställda rutiner	Granskning gällande bokföring av privata medel i gruppboendestäder och särskilda boenden med stöd av en granskningsmall. 25 brukare inom respektive lagrum SoL och LSS. Fysiska kontroller på enheten. Det kan vara flera som genomför kontrollen men behöver inte vara två vid kontrollen, på samma ställe, då även personal på enheten är tillgänglig.	2 ggr per år - april/maj och september	Ekonomi-administratör - på uppdrag av Enhetschef ekonomi	SAS	3	3
Hälsa- och sjukvård Följsamhet till rutin gällande bedömning och beslut om skydds- och begränsningsåtgärder.	Bedömning och beslut om skydds- och begränsningsåtgärder inom vård och om sorg	Att bedömning av behovet görs genom kartläggning och riskanalys utifrån punkterna i checklistan "kartläggning inför skyddsåtgärder".	Granskningsnyckel av journaler och pinnstatistik. 10 journaler per granskningstillfälle . Mäta antalet genomförda bedömningar i relation till antalet bedömningar som är utförda.	Månatlig dokumentationsgranskning	Legitimerad personal	MAS med vidare rapportering till SAS	3	4
EKONOMI, PERSONAL								
Avtalstrohet	Vid inköp ska den kommunövergripande avtalsdatabasen Xpendio användas.	Granska avtalstrohet i förvaltningen gällande inköp av inhyrd personal	Kontrollera att inköp sker utifrån upprättade ramavtal Underlag placeras från Xpendio - digitalt system för avtal. I systemet redovisas inköp utifrån ramavtal.	2 gånger per år Analyt görs för januari - maj och juni - september.	Enhetschef ekonomi	SAS	3	2

Intern kontrollplan

ÅR: 2025

Förvaltning: Omsorg

Kontroll-områden	Rutin "vilka regler, policys, system osv som ligger till grund för granskningen?"	Kontrollmoment "vad ska granskas?"	Metod 1 "hur kommer granskningen att göras?"	Frekvens "hur ofta kommer granskningen att göras?"	Ansvar "vem är ansvarig för att granskningen blir gjord?"	Rapportering "vem ska utförd granskning rapporteras till?"	Risk "risken att fel ska uppstå?"	Väsentlighet "konsekvensen om fel uppstår?"
Företrädesrätt inför anställning. Vid formulering av kontrollmoment konstateras en direktåtgärd i form av säkerställa kring hantering av företrädesrätten.	Företrädesrätt vid rekrytering	Att företrädesrätten följs inför anställning över 6 månader samt tillsvidareanställning.	Genom kontroll av företrädeslista i jämförelse med genomförda anställningar. Kontroll av alla genomförda anställningar i förhållande till aktuell företrädeslista. Bedömningsgrund: Vid första avvikelser där hänsyn till företrädeslistan inte tagits vid rekrytering.	En gång under året - mars. Granskningen kommer att göras för alla rekryteringar som avslutas i mars.	HR administratör på uppdrag av enhetschef HR	SAS	3	3
Attestantförteckning	Beslut attestantförteckning 2015/586 040	Att beslutattestantförteckningen är uppdaterad utifrån personalförändringar.	Kontroll i digital lista att beslutattestantförteckningen stämmer med personer ansvariga för attest.	Delårsrapportering	Ekonomi-administratör på uppdrag av Enhetschef ekonomi	SAS	3	4

Intern kontrollplan

ÅR: 2025

Förvaltning: Omsorg

Kontroll-områden	Rutin "vilka regler, policys, system osv som ligger till grund för granskningen?"	Kontrollmoment "vad ska granskas?"	Metod 1 "hur kommer granskningen att göras?"	Frekvens "hur ofta kommer granskningen att göras?"	Ansvar "vem är ansvarig för att granskningen blir gjord?"	Rapportering "vem ska utföra granskning rapporteras till?"	Risk "risken att fel ska uppstå?"	Väsentlighet "konsekvensen om fel uppstår?"
Journalanteckningar	Rutin för dokumentation enligt socialtjänstlagen - SoL och lagen om stöd och service till vissa funktionsnedsatta - LSS. Rutin dokumentation HSL	Att journalanteckningar innehåller relevant och tillräcklig information.	SoL/LSS Grankningsnyckel utifrån: Värderingar i dokumentationen. Samt tidsaspekter kring senaste journalanteckning. Stickprovskontroll. De 10 senaste journalanteckningarna på 25 omsorgstagare inom vardera verksamhetsområde utifrån slumpgenerator. HSL Dokumentationsgranskning genomförs med stöd av mallar framtagna av MAS	SoL/LSS 1 gång/ år under juni - augusti HSL 5 journaler varje månad	SoL/LSS SAS HSL Enhetschef HSL på uppdrag av verksamhetschef	SAS HSL - MAS med vidare rapportering till SAS	4	3

Intern kontrollplan

ÅR: 2025

Förvaltning: Omsorg

Kontroll-områden	Rutin "vilka regler, policys, system osv som ligger till grund för granskningen?"	Kontrollmoment "vad ska granskas?"	Metod 1 "hur kommer granskningen att göras?"	Frekvens "hur ofta kommer granskningen att göras?"	Ansvar "vem är ansvarig för att granskningen blir gjord?"	Rapportering "vem ska utföra granskning rapporteras till?"	Risk "risken att fel ska uppstå?"	Väsentlighet "konsekvensen om fel uppstår?"
VERKSAMHET								
Visam-Beslutsstöd	Bedömning av patient med försämrat hälsotillstånd/risik för trauma	Kontroll av att visam beslutstöd har använts vid bedömning av försämrat hälsotillstånd.	Dokumentationsgranskning genomförs med stöd av mallar framtagna av MAS	5 journaler varje månad	Enhetschef på uppdrag av verksamhetschef	MAS med vidare rapportering till SAS	3	4
Hälsa och sjukvård. Riskbedömningar av adekvata vårdplaner	Dokumentera riskbedömning	Att det finns adekvata vårdplaner upprättade vid påvisad risk i samband med fall.	Dokumentationsgranskning genomförs med stöd av mallar framtagna av MAS	5 journaler varje månad	Enhetschef på uppdrag av verksamhetschef	MAS med vidare rapportering till SAS	2	3
Uppföljning genomförandeplan i befintliga verkställigheter	Rutin Genomförandeplan	Kontroll av genomförd uppföljning av genomförandeplan utifrån minst var sjätte månad.	Slumpmässigt urval av 100 genomförandeplaner (40 hemtjänst, 40 såbo och 20 gruppbo) bostad)	1 gång per år, genomförs under juli-aug	SAS	SAS	3	3

Risk- och väsentlighetsanalys 2025

Förvaltning: Omsorgsförvaltningen

En risk- och väsentlighetsanalys ska göras över de huvudsakliga arbetsmoment som finns under respektive nämnds ansvar. Analysen ska årligen uppdateras och ligga till grund för vilka moment som tas med i den interna kontrollplanen. En motivering ska finnas med i analysen till varför de olika arbetsmomenten lyfts in alternativt inte lyfts in i den interna kontrollplanen. Denna mall och nedanstående matris för risk- och väsentlighetsanalys ska användas. Om ett arbetsmoment får 9 poäng eller mer enligt matrisen nedan och inte tas med i den interna kontrollplanen ska detta motiveras. Risk- och väsentlighetsanalysen ska lämnas till ekonomiavdelningen samtidigt som den interna kontrollplanen lämnas in.

Matris för risk- och väsentlighetanalys

Konsekvens					
4 – Allvarlig	4	8	12	16	
3 - Kännbar	3	6	9	12	
2 - Lindrig	2	4	6	8	
1 - Försumbar	1	2	3	4	
	1 – Osannolik	2 – Mindre sannolik	3 - Möjlig	4 - Sannolik	Sannolik

Konsekvensen om ett fel uppstår är:

- 1 – Försumbar är obetydlig för de olika intressenterna och kommunen.
- 2 – Lindrig uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen.
- 3 – Kännbar uppfattas som besvärande för intressenter och kommunen.
- 4 – Allvarlig är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa.

Sannolikheten att ett fel ska uppstå är:

- 1 – Osannolik risken är praktiskt taget obefintlig för att fel ska uppstå.
- 2 – Mindre sannolik risken är mycket liten för att fel ska uppstå.
- 3 – Möjlig det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå.
- 4 – Sannolik det är mycket troligt att fel ska uppstå.

De olika komponenterna multipliceras med varandra och texten enligt ovan beskriver utgångsläget för en specifik rutin.

- 1-3: Inget agerande krävs. Vi accepterar riskerna.
- 4-8: Rutinen/processen bör hållas under uppsikt. Eventuellt delar vi riskerna med annan part (exempelvis försäkringslösning.)
- 9-12: Rutinen/processen bör åtminstone tas med i kommande intern kontrollplan. Eventuellt behöver nya regelverk och/eller utbildning av personalen. Vi reducerar riskerna.
- 13-16: Direkt åtgärd krävs! Vi försöker minimera riskerna.

Uppföljning verksamhetsavtal utanför Skånes ramavtal

Här beskrivs riskerna med arbetsmomentet och nedan görs bedömningen av graden av risk och väsentlighet.

Risk för bristande följsamhet till individavtal utanför Skånes kommuners ramavtal-
”Upphandling, avtal och uppföljning privata vårdgivare – program omsorgsnämnden”

Risk: Möjlig 3

Väsentlighet: Allvarlig 4

Totalt: 12 poäng

Motivering:

Varje nämnd ansvarar för att säkerställa att alla utförare, såväl kommunala som privata, inom nämndens ansvarsområde bedriver verksamheten enligt de lagar, förordningar och föreskrifter samt mål som gäller.

Syftet med programmet är att:

- förbättra uppföljning och kontroll av privata utförare
 - öka allmänhetens insyn i privata utförares verksamhet
 - stimulera till ett strategiskt förhållningssätt när privata utförare anlitas
-

PPM – Punktprevalens – mätning, basal vårdhygien

Här beskrivs riskerna med arbetsmomentet och nedan görs bedömningen av graden av risk och väsentlighet.

Risk gällande brist i följsamhet till basal vårdhygien med ökad smittspridning som konsekvens.

Risk: Möjlig 3

Väsentlighet: Kännbar 3

Totalt: 9 poäng

Motivering:

Nationell PPM gällande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom vård- och omsorgsverksamheter har avslutats. Omsorgsnämnden ser PPM mätning som ett viktigt kvalitativt mätninginstrument för att förhindra smittspridning och vårdrelaterade infektioner och kontrollen kvarstår därmed. Mätningarna leder till ökad medvetenhet och kunskap hos omvårdnadspersonal gällande hygien enligt lagar och föreskrifter.

Hygienarbetet blir mer sammanhängande och ökar motivationen till förbättring.

Resultatet från 2023 på 65,9 visar på ett förbättrat resultat. Ingen mätning genomfördes 2024.

Upprättande av genomförandeplan för nya omsorgstagare inom tre veckor efter verkställt beslut.

Här beskrivs riskerna med arbetsmomentet och nedan görs bedömningen av graden av risk och väsentlighet.

På grund av att genomförandeplanen inte upprättas inom tre veckor kan risk uppstå att verksamheten inte ger omsorgstagaren inflytande och delaktighet i planering och genomförandet av sitt stöd.

Risk: Möjlig 3

Väsentlighet: Kännbar 3

Totalt: 9 poäng

Motivering:

Genomförandeplanen är en viktig vägledning för verkställande enhet när det gäller planering och genomförande av insatser. Planen utgör också underlag för handläggare vid uppföljning och omprövning av beslut. Omsorgstagaren ska vara delaktighet och utöva inflytande över verkställighet av insatser inom ramen för beslut och riktlinjer. Vid brister i upprättandet kan konsekvensen vara att omsorgstagaren upplever brister i hur stödet genomförs.

Hantering av avvikelser

Här beskrivs riskerna med arbetsmomentet och nedan görs bedömningen av graden av risk och väsentlighet.

Risk att avvikande händelser inte hanteras i enlighet med rutiner och riktlinjer vilket kan innebära att brister i verksamhetens kvalitet fortlöper.

Risk: Allvarlig 4

Väsentlighet: Kännbar 3

Totalt: 12 poäng

Motivering:

Att säkerställa att inrapporterade händelser utifrån systematiskt kvalitetsarbete utreds, åtgärdas och avslutas. Detta kan annars leda till att omsorgstagaren inte får det stöd enligt SoL, LSS och HSL lagstiftningarna som hen har rätt till.

Hantering av privata medel

Här beskrivs riskerna med arbetsmomentet och nedan görs bedömningen av graden av risk och väsentlighet.

Det förekommer att omsorgstagare drabbas av stöld. Rutiner motverkar inte att enskilda personer begår brottsliga handlingar, stölder är oacceptabla.

Risk: Möjlig 3

Väsentlighet: Kännbar 3

Totalt: 9 poäng

Motivering:

Omvårdnadspersonal hanterar privata medel åt omsorgstagare både inom SoL och LSS verksamheter. Att hantera pengar åt omsorgstagare som erhåller insatser genom omsorgsförvaltningens försorg innebär ett stort förtroende. Det är av yttersta vikt att

värna om detta förtroende genom en felfri hantering av privata medel enligt gällande rutiner.

Hälso- och sjukvård

Följsamhet till rutin gällande bedömning och beslut om skydds- och begränsningsåtgärder.

Här beskrivs riskerna med arbetsmomentet och nedan görs bedömningen av graden av risk och väsentlighet.

Risk för att otillåtna skydds- och begränsningsåtgärder används om inte rutinen för skydds- och begränsningsåtgärder följs.

Risk: Möjlig 3

Väsentlighet: Allvarlig 4

Totalt: 12 poäng

Motivering:

Brister i följsamhet till rutin vilket kan innebära att frihetsbegränsande skyddsåtgärder vidtas utan att säkerställa följsamhet till de strikta lagkrav som finns inom detta område.

Avtalstrohet

Här beskrivs riskerna med arbetsmomentet och nedan görs bedömningen av graden av risk och väsentlighet.

Risk finns att avtal inte följs utifrån att inköp inte genomförs utifrån gällande avtal i avtalsdatabasen - Kommers.

Risk: Möjlig 3

Väsentlighet: Lindrig 2

Totalt: 6 poäng

Motivering:

I enlighet med revisionens rekommendation och med utgångspunkt i nämndens fattade beslut om bemanningsoberoende, ska omsorgsnämnden stärka den interna kontrollen av inköpsprocessen.

Företrädesrätt inför anställning.

Här beskrivs riskerna med arbetsmomentet och nedan görs bedömningen av graden av risk och väsentlighet.

Risk att den lagstadgade företrädesrätten inte efterlevs.

Risk: Möjlig 3

Väsentlighet: Kännbar 3

Totalt: 9 poäng

Motivering:

Att säkerställa lagefterlevnad utifrån företrädesrätten följs inför anställning.

Journalanteckningar

Här beskrivs riskerna med arbetsmomentet och nedan görs bedömningen av graden av risk och väsentlighet.

Risk att journalföringen i SoL/LSS samt HSL inte följer gällande lagstiftning.

Risk: Allvarlig 4

Väsentlighet: Kännbar 3

Totalt: 12 poäng

Motivering:

Säkerställande av omsorgsförvaltningens journalföring.

Visam-Beslutsstöd

Här beskrivs riskerna med arbetsmomentet och nedan görs bedömningen av graden av risk och väsentlighet.

Risk att patienterna inte får en adekvat medicinsk bedömning vid försämrat hälsotillstånd/falltrauma om inte rutin för bedömning enligt Visam Beslutsstöd följs.

Risk: Möjlig 3

Väsentlighet: Allvarlig 4

Totalt: 12 poäng

Motivering:

Flertalet allvarliga vårdskador har inträffat och lex Maria anmälts där bakomliggande orsaker kan härledas till att rutin för bedömning av patient med försämrat hälsotillstånd/falltrauma inte har följts. Det är därför av yttersta vikt att säkerställa följsamhet till rutin för att minimera risken för att nya allvarliga händelser.

Hälso- och sjukvård.

Riskbedömningar och adekvata vårdplaner

Här beskrivs riskerna med arbetsmomentet och nedan görs bedömningen av graden av risk och väsentlighet.

Risken är att patienten inte erhåller en god och säker vård om inte riskbedömningar genomförs eller att det brister i upprättandet av adekvata vårdplaner vid identifierad risk.

Risk: 2

Väsentlighet: 3

Totalt: 12 poäng

Motivering:

Dokumentationsgranskningar efter flertalet allvarliga vårdskador har påvisat att det inte alltid finns aktuella riskbedömningar och adekvata vårdplaner upprättade vid identifierad risk. Detta är av yttersta vikt för att säkerställa en god och säker vård och grunden i att skapa förutsättningar för att arbeta med hög patientsäkerhet i fokus.

Handläggare
Maria Persson
Omsorgsförvaltningen

maria.c.persson@hassleholm.se

Omsorgsnämnden/Omsorgsnämndens
arbetsutskott

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår omsorgsnämnden följande beslut:

- Att uppdaterat och reviderat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete antas att gälla från och med 2025-02-01

Sammanfattning

Omsorgsförvaltningens ledningssystem ska ge en struktur för den ledning och styrning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska också beskriva hur vi ska arbeta för att förbättra kvaliteten när vi upptäcker att det finns brister. God kvalitet i vård och omsorg uppnås, enligt Socialstyrelsens definition, när verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter. God kvalitet uppnås också när verksamhetens egna kvalitetsmål uppfylls och framför allt genom att omsorgstagarna är nöjda.

Vårt arbete följer huvudprocesserna och de rutiner och processer som beskriver hur arbetet ska utföras. Olika typer av egenkontroller och uppföljningar genomförs för att uppnå kvalitet. Mätningar och kontroller är inte målet utan medlet för förbättringsarbetet för att nå en god kvalitet. En ständig granskning och utveckling av verksamheten är förutsättning för att uppnå kvalitet. Kvalitet förändras över tid och därför är det viktigt att följa utvecklingen genom återkommande kontroller.

Beskrivning av ärendet

Omsorgsnämnden ska årligen uppdatera och revidera rutin för systematiskt kvalitetsarbete, i syfte att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Alla verksamheter i hälso- och sjukvården och tandvården måste ha ett ledningssystem. Ledningssystemets intention är att säkra kvalitet, planera, leda och förbättra verksamheten.

Med utgångspunkt i dokumenterade processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten uppnå kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens brukare

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska användas för att säkra kvalitet i, samt planera, leda och förbättra verksamheten.

Barnperspektivet

Prövningen av barnets bästa ska utgöra underlag för beslut i frågor som direkt rör barn eller som indirekt berör barn. Beslutet avseende ledningssystemet medför inte någon påverkan för barn och ungdomar

Miljökonsekvenser

Inte aktuellt

Facklig samverkan

Förvaltningsövergripande samverkan 2025-01-20

Ekonomiska konsekvenser

Inte aktuellt

Bilagor

1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Sändlista:

Handläggaren

Omsorgsförvaltningen

Annette Viksten Åhl
Förvaltningschef

Tina Thomasson
Vik avd chef

Maria Persson
Socialt ansvarig samordnare



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Omsorgsförvaltningen Hässleholms kommun

Innehållsförteckning

Inledning	3
Hässleholms kommuns Vision	3
Uppdrag	4
Styrmodell	4
Verksamhetsstyrning	4
Ekonomistyrning	6
Kvalitetsstyrning	6
Värdegrund	6
Hälsofrämjande och förebyggande arbete	7
Kvalitetsstyrning	7
Riktlinjer, processer och rutiner	7
Huvudprocess	7
Ansvar och befogenhet	7
Styrning och ledning	7
Kvalitetsutveckling	8
Kvalitetssäkring	8
Systematisk uppföljning	8
Analys av resultat	9
Kvalitetskontroll	9
Risikanalys	9
Avvikelse	9
PGUF-hjulet	10
Ledningsstöd	10
Dokumentation av kvalitetsarbetet	10
Bilaga 1: Lagkravslista	11
Bilaga 2: Definitioner	13
Bilaga 3: Ansvar och befogenheter	14
Bilaga 4: Omsorgsförvaltningens organisation	17

Inledning

Omsorgsförvaltningens ledningssystem ska ge en struktur för den ledning och styrning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska också beskriva hur vi ska arbeta för att förbättra kvaliteten när vi upptäcker att det finns brister. God kvalitet i vård och omsorg uppnås, enligt Socialstyrelsens definition, när verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter. God kvalitet uppnås också när verksamhetens egna kvalitetsmål uppfylls och framför allt genom att omsorgstagarna är nöjda.

Vårt arbete följer huvudprocesserna och de rutiner och processer som beskriver hur arbetet ska utföras. Olika typer av egenkontroller och uppföljningar genomförs för att uppnå kvalitet. Mätningar och kontroller är inte målet utan medlet för förbättringsarbetet för att nå en god kvalitet. En ständig granskning och utveckling av verksamheten är förutsättning för att uppnå kvalitet. Kvalitet förändras över tid och därför är det viktigt att följa utvecklingen genom återkommande uppföljningar.

Hässleholms kommuns Vision

Hässleholms kommun är en viktig knutpunkt i Sverige. Här möts människor för att leva, uppleva, arbeta och lära i en kommun präglad av förändring och med ambition att utvecklas.

Leva genom närhet mellan människor, öppen kommunal demokrati, bra boende, goda kommunikationer, god miljö, god social omsorg och god folkhälsa och sjukvård.

Uppleva genom ett rikt utbud av kulturaktiviteter, ett rikt utbud av fritidsaktiviteter, ett rikt utbud av evenemang, ett aktivt föreningsliv och en bred idrottsrörelse.

Arbeta genom aktivt företagande, mångfald i arbetslivet och kreativ verksamhet.

Lära genom utvecklande lärande, kompetensutveckling, forskning, utbildning och skola.

Sammantaget innebär detta att Hässleholms kommun är en knutpunkt och mötesplats som präglas av förändring och utveckling, genom öppenhet gentemot omvärlden och nyfikenhet på det nya.

Omsorgsnämndens vision

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

Diarienummer: OF 2024/1261

Fastställt den: 2025-01-30

Fastställt av: Omsorgsnämnden

För revidering ansvarar: Omsorgsnämnden

För uppföljning ansvarar: Omsorgsförvaltningen

Dokumentet gäller för: Omsorgsförvaltningen

Giltighetsperiod: 2025-02-01 - Tillsviare

Ersätter: OF 2021/843 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Kommunal författningssamling: [Ange författningsförsamling]

Antagen: 2025-01-30

Omsorgs- förvaltningens värdegrund

Omsorgs-
förvaltningens värde-
grund utgår från
Hässleholms
kommuns värde-

grund: medborgaren i fokus, med respekt för individen, med kvalitet som syns.

Uppdrag

Omsorgsnämndens basuppdrag är att ge stöd, service och omvårdnad till äldre och personer med funktionsnedsättning. Socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, dessa lagar kompletteras av olika regelverk.

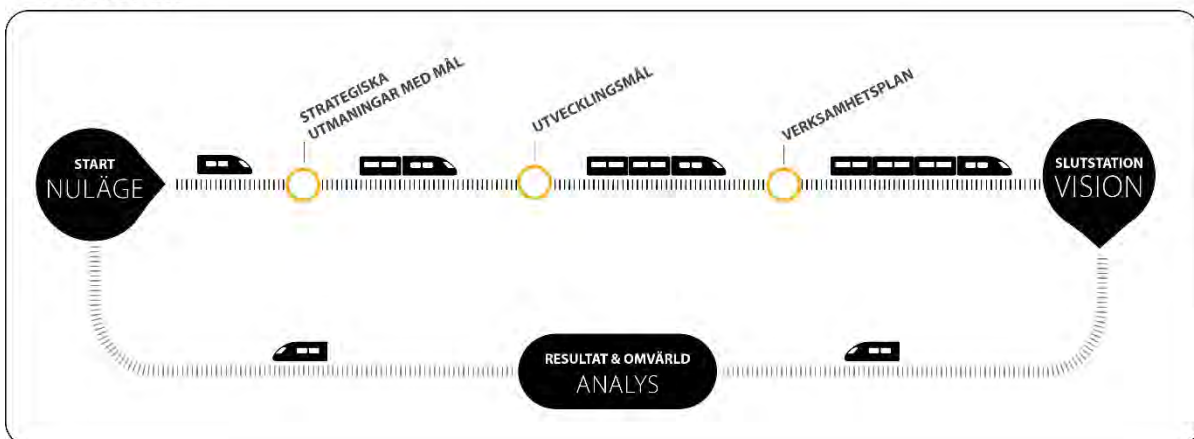
Styrmodell

Vi börjar med nuläge.

Vårt nuläge i omsorgsförvaltningen är en viktig pusselbit i planeringen för såväl förtroendevalda som tjänstepersoner. Genom att ha bra koll på nuläget i våra verksamheter är det lättare att identifiera vilka utmaningar och möjligheter som verksamheten står inför.

Omsorgsförvaltningen gör en nulägesanalys för att planera verksamheten. Nulägesanalysen fungerar också som ett underlag för politiken i deras arbete att prioritera och sätta mål. För att kunna genomföra analysen behöver verksamheten följa upp relevanta resultat, diskutera dem samt kartlägga orsaker och samband. Analysen utgår dels ifrån nämndens grunduppdrag, dels från de utvecklingsmål som politiken beslutat om.

STYRMODELL



Verksamhetsstyrning

Verksamhetsstyrning utgår ifrån nämndens mål. Förvaltningen inleder sedan ett målarbete för att förverkliga målen i det dagliga arbetet anpassning av målen beskriver hur förvaltningen styr arbetet för att lyckas med vårt grunduppdrag och nå nämndens mål. Till vår hjälp har vi omvärldsanalys, nulägesanalys och verksamhetsplan. Nulägeskartan använder vi i dialogen med politiken och den sammanfattar nulägesanalysen med det som är relevant för politikens styrning framåt.

Omvärldsanalys

Kommunledningsförvaltningen kommer fortsättningsvis att ta fram en kommunövergripande omvärldsanalys som grund för förvaltningarnas dialog.

Nulägesanalys

Nulägesanalys gör vi för att ha koll på vår verksamhet. Vi gör den för att fånga kunskaper och erfarenheter från olika perspektiv inom vår verksamhet, till exempel omsorgstagare, medarbetare, chefer och stödfunktioner. Utifrån resultat, fakta och uppföljningar diskuterar vi verksamheten och hittar samband och orsaker. Därefter kan vi dra slutsatser om vad som behöver förbättras och hur det ska gå till. Resultaten från nulägesanalysen ger en grund för arbetet med förvaltningens verksamhetsplan och för dialogen med politiken om nämndens utvecklingsmål och prioriteringar.

Nulägeskarta

Nulägeskarta använder vi i dialogen med politiken och den är ett underlag i deras arbete att ta fram utvecklingsmål och göra prioriteringar. Förutom att förtroendevalda använder nulägeskartan i den egna nämnden är den även ett underlag vid nulägesdialogerna mellan nämnderna och kommunstyrelsen.

Verksamhetsplan

Utifrån nämndens utvecklingsmål, de ekonomiska förutsättningarna samt omvärlds- och nulägesanalysen tar förvaltningen fram en verksamhetsplan med aktiviteter för att nå den önskade utvecklingen. Verksamhetsplanen är svar på frågan HUR nämndens utvecklingsmål ska uppfyllas. Verksamhetsplanen kan ses som en handlingsplan över förvaltningens aktiviteter för att utveckla verksamheten och nå målen. Verksamhetsplanen ska fungera som ett verktyg för verksamheterna i utvecklingsarbetet och därför kan aktiviteter revideras eller bytas ut under året. Verksamhetsplanen beskriver hur verksamheten ska arbeta i riktning mot nämndens utvecklingsmål och svarar på hur verksamheten ska uppfylla målen. Verksamhetsplanen ska fungera som ett verktyg för verksamheterna i utvecklingsarbetet och därför kan aktiviteter revideras eller bytas ut under året. Planen kopplar ihop den kortsiktiga verksamhetsstyrningen med den långsiktiga visionen.

Förtroendevalda ansvarar för vad som ska göras, varför det ska göras samt när det ska göras för att Hässleholms kommun ska utvecklas i riktning mot visionen. Medarbetarna ska vara införstådda med verksamhetsplanens innehåll för att kunna bli delaktiga i det systematiska förbättringsarbetet, utifrån det så kallade basuppdraget. Resultatet av kontroller redovisas och analyseras i den årliga verksamhetsberättelsen.



Ekonomistyrning

Kommunfullmäktige beslutar varje år om en budget med fördelning per nämnd. Varje nämnd beslutar om fördelningen inom nämnden i sin internbudget. Under året följs utfallet upp jämfört med budget.

Kvalitetsstyrning

Omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret för att följa och utveckla verksamhetens kvalitet avseende basuppdraget. Utvecklingsmålen ska sedan följas upp regelbundet upp bland annat genom de kvalitetsindikatorer som beslutats av nämnden. Resultaten ska tas tillvara och användas som underlag för det systematiska förbättringsarbetet samt säkra kvaliteten.

Värdegrund

Kommunens värdegrund beskriver de värderingar som vi utgår från och som ska återspeglas i vårt förhållningssätt. I värdegrunden återfinns flera av lagstiftningens värdeord därutöver är trygghet, inflytande och kontinuitet viktiga begrepp för att uppnå god kvalitet.

Värdegrund

Medborgaren i fokus

Vi har alltid fokus på medborgaren i vårt arbete.

Det betyder för oss:

- Utgå alltid från medborgarens behov
- Bemöt och behandla alla utifrån deras behov
- Skapa dialog och delaktighet

Med respekt för individen

Vi respekterar alla människor oavsett ålder, kön, etnicitet, religion, funktionshinder och sexuell läggning.

Det betyder för oss:

- Visa aktning och empati för individen
- Var lyhörd
- Visa ömsesidig respekt

Med kvalitet som syns

Vi ska alltid ha en ambition att ge våra medborgare en hög kvalitet.

Det betyder för oss:

- Ge god service till så låga kostnader som möjligt
- Använd resurser på ett hållbart och effektivt sätt
- Skapa ett mervärde för våra medborgare

Våra utgångspunkter

Samhällsuppdraget först

Det betyder för oss:

- Att vi ska stödja människors strävan till ett bra liv i en bra miljö
- Att se vårt uppdrag i ett helhetsperspektiv

Olikheter är vår styrka

Det betyder för oss:

- Att dra nytta av olikhetens fördelar: i organisationen, vid rekrytering, i samarbete, i medborgardialog
- Att olikheter skapar en bättre och mer dynamisk verksamhet

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Ett hälsofrämjande och förebyggande arbete är en aspekt av kvalitet som innebär att arbeta för att förbättra och/eller bevara hälsa och livskvalitet. Det görs bland annat genom att skapa förutsättningar för social gemenskap och delaktighet för medborgaren i kommunen.

Stöd till anhöriga

En viktig aspekt av kvalitetsarbete är stödet till anhöriga. Omsorgsnämnden ”ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre, eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”

Kvalitetsstyrning

Kvalitetsstyrning innebär att det ska finnas dokumenterade och välkända processer och rutiner som alla medarbetare har tillgång till och arbetar efter.

Riktlinjer, processer och rutiner

I ledningssystemet finns riktlinjer, processer och rutiner som styr verksamheten. Medarbetarna ska känna till var de kan hitta styrdokumentet och signalera till närmaste chef om de inte är ändamålsenliga eller svåra att förstå.

Riktlinjerna grundar sig bland annat på aktuell lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. En processbeskrivning beskriver de olika aktiviteter som krävs för att uppnå det förväntade resultatet. Rutinerna beskriver övergripande hur arbetet ska utföras och vem som ansvarar för vad.

Huvudprocess

Varje verksamhet har en huvudprocess. Begreppet huvudprocess använder omsorgsförvaltningen för att övergripande beskriva de aktiviteter som utförs när en omsorgstagare ansöker om eller har behov av socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård. Huvudprocesserna beskriver även medarbetarnas roller och ansvar. De omfattar alla aktiviteter avseende handläggning och genomförande, från start av vård och omsorg till uppföljning och avslut.

Ansvar och befogenhet

Förvaltningschefen ansvarar för att leda och styra arbetet inom förvaltningen och därmed även det övergripande kvalitetsarbetet. De riktlinjer, processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet ska identifieras utifrån de krav som lagar och förordningar ställer på verksamheten. Hur ansvaret är fördelat i verksamheten, till exempel vem som har mandat att fastställa riktlinjer och rutiner, framgår av Bilaga 3 Ansvar och befogenheter.

Styrning och ledning

Alla medarbetare ska få en tydlig och enhetlig introduktion, för att kunna utföra sitt arbete. I en verksamhet som styrs av flera olika lagar, är det viktigt att medarbetarna vet vilka processer och arbets-

modeller de ska använda, för att kunna ge omsorgstagaren den kvalitet på vård och omsorg som eftersträvas. Entydiga begrepp och ett gemensamt språk för dokumentationen ger förutsättningar för en god kommunikation.

Exempel på arbetsmodeller:

Handläggare och utförare ska arbeta i enlighet med IBIC - Individens Behov i Centrum. Modellen utgår från den nationella processen för individbaserad dokumentation inom socialtjänsten och omfattar följande delprocesser: utreda, utforma uppdrag, genomföra och följa upp. IBIC ger även ett stöd i samtal med anhöriga för att beskriva deras situation och behov av stöd.

Legitimerad personal ska använda Förskrivningsprocessen vid bedömning av hjälpmedel till omsorgstagaren. Processen omfattar följande delprocesser: prova ut och anpassa, informera, instruera och träna, följa upp och utvärdera funktion och nytta. En noggrann behovsanalys ska ligga till grund för förskrivningen. Nationella kvalitetsregister ska användas som stöd för att arbeta på ett strukturerat och enhetligt sätt. Det förebyggande arbetet kommer att bedrivas enligt Senior alert och fokus ligger på att minska förekomsten av fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Senior alert kommer att visa på arbetssätt för att minska problemen vid inkontinens. Arbetsmetodiken ska tillämpas inom alla verksamhetsområden och rutinerna för till exempel fallhändelse och nutrition bygger på den.

BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens) ska användas inom demensvården. BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. Registret bygger på de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demens. Syftet är att minska förekomsten av BPSD och öka livskvaliteten för personer med demenssjukdom.

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vi registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vi är också anslutna till kvalitetsregistret RiksSår, som är ett svenskt nationellt kvalitetsregister för patienter med svårsläkt sår, vilket är en del av sårsköterskans arbete.

Kvalitetsutveckling

Omsorgsnämndens uppdrag att ge stöd, service och omvårdnad innebär att omsorgstagarens behov behöver analyseras och utvärderas. Såväl uttalade som outtalade behov ska kunna tillgodoses utifrån lagstiftning och andra styrdokument. Den totala kvaliteten omfattar, förutom kvaliteten på de direkta omsorgstagarriktade insatserna, även servicekvalitet som till exempel väntetider och tillgänglighet för omsorgstagaren och dennes omdöme om verksamheten. För att kunna förbättra kvaliteten behöver vi följa upp och granska våra resultat på olika sätt för att ta reda på om vi arbetar på rätt sätt och med rätt saker.

Kvalitetssäkring

Kvalitetssäkring innebär att det finns mätbara mål som ska uppnås och indikatorer som följer utvecklingen. När målen uppnåtts kan verksamheten anses vara "kvalitetssäkrad".

Systematisk uppföljning

Omsorgstagarens behov ska tillgodoses utifrån den bedömning som är gjord och de insatser som utlovas. Tydliga riktlinjer och rutiner ska ge förutsättningar för att utföra arbetet så att omsorgstagaren blir nöjd.

Uppföljningen av de insatser som vi ger till enskilda omsorgstagare och resultatet av insatserna ger information som kan användas för att utveckla och förbättra verksamheten. Underlaget används för kvalitetsutveckling på olika nivåer: I det direkta arbetet med omsorgstagaren (individuell uppföljning), på verksamhetsnivå för att utveckla verksamheten (verksamhetsuppföljning) och på nationell nivå, till exempel öppna jämförelser (nationell uppföljning).

Analys av resultat

Resultatet av den systematiska uppföljningen av insatserna och egenkontrollerna behöver analyseras för att vi ska förstå, se sammanhang och tolka informationen för att kunna dra slutsatser om vilka åtgärder som behöver vidtas. Åtgärderna kan vara förebyggande eller förbättrande och kräver i sin tur en regelbunden uppföljning tills vi uppnått målet. Att hela tiden analysera och granska resultatet av vårt arbete är alltså en viktig del i kvalitetsarbetet som ger underlag för planering och utveckling av verksamheten.

Kvalitetskontroll

Nämndens system för avvikelshantering är av grundläggande betydelse för en god kvalitetskontroll. Vi strävar efter att ge en vård och omsorg av god kvalitet. När brister framkommer i verksamheten är det viktigt att vi lär oss av misstagen för att undvika att det upprepas. Därför ska avvikelser rapporteras, dokumenteras, sammanställas och analyseras. Resultatet kan användas som underlag för att ta fram nya rutiner och är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet.

Riskanalys

Syftet med en riskanalys är att försöka förebygga att negativa händelser inträffar. Det sker genom att identifiera och värdera brister, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser. I riskanalysen ingår att bedöma sannolikheten för att fel ska uppstå och hur allvarlig konsekvensen kan bli. Mallen för riskanalys finns på Kupén. Många medarbetare kommer i kontakt med riskanalyser när en ny brukare ska tas emot. Om vård och omsorg ska utföras i omsorgstagarens hem görs en riskbedömning av arbetsmiljön. Om omsorgstagaren behöver HSL-insatser görs riskbedömningar för att till exempel upptäcka risker för undernäring, fall och trycksår.

Avvikelser

För att säkerställa att avvikelser hanteras på rätt sätt finns det rutiner, processer, handböcker med mera tillgängliga på Kupén som alla medarbetare ska använda för att kunna göra rätt. Medarbetare ska utifrån SoL och LSS rapportera missförhållanden enligt lex Sarah och beroende på profession har man ansvar för att rapportera negativa händelser utifrån HSL, SOL och LSS. Likaså kan såväl omsorgstagare och närstående som medarbetare lämna synpunkter och klagomål. Alla avvikelser och analyserna av dem sammanställs i kvalitets- eller patientsäkerhetsberättelsen.

PGUF-hjulet

För att arbeta med förbättringar på ett strukturerat sätt använder vi PGUF-hjulet som en modell och ett stöd för det systematiska förbättringsarbetet på alla nivåer.

PGUF betyder att vi **P**lanerar arbetet, vi **G**enomför förändringar, vi **U**tvärderar resultatet och vi **F**örbättrar för att bli ännu bättre. Riskanalyser, egenkontroller och avvikelser ger underlag för förbättringsarbetet. Bilden med det snurrande PGUF-hjulet ska illustrera att det systematiska förbättringsarbetet ständigt pågår.



Ledningsstöd

Riktlinjer, rutiner och processer, arbetet med riskanalyser, egenkontroller samt åtgärder finns för att garantera att vi arbetar systematiskt och ger omsorgstagarna vård och omsorg av god kvalitet. Ledningsstödet för systematiskt kvalitetsarbete är till största delen uppbyggt av manuell hantering av momenten ovan. Ett IT- ledningsstöd med syfte att underlätta för oss att planera, genomföra och följa upp kvalitetsarbetet saknas. Genom ett IT ledningsstöd för fortlöpande inrapportering under året av våra resultat och åtgärder skulle uppgifterna samlats på ett och samma ställe.

Dokumentation av kvalitetsarbetet

Varje år redovisas arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet i kvalitets- samt i patientsäkerhetsberättelse. Informationen ska finnas tillgänglig så att alla, såväl medarbetare som medborgare kan ta del av vårt kvalitetsarbete.

Bilaga 1: Lagkravslista

Svensk författningssamling SFS

- 1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- 1993:584 Lag om medicintekniska produkter, MTP
- 2001:453 Socialtjänstlag, SOL
- 2008:355 Patientdatalag
- 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag, OSL
- 2010:659 Patientsäkerhetslag, PSL
- 2014:821 Patient lagen
- 2016:1145 Lag om offentlig upphandling, LOU20
- 2017:30 Hälso- och sjukvårdslag, HSL
- 2017:372 Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården
- 2017:612 Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- 2017:725 Kommunallagen
- 2017:900 Förvaltningslag, FL

Socialstyrelsens författningssamling, föreskrifter och allmänna råd (SOSFS och HSLF-FS)

SOSFS

- 2002:9 Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 5 9, LSS
- 2007:10 Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- 2008:32 Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer
- 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- 2011:12 Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre
- 2011:5 Lex Sarah
- 2012:3 Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre
- 2012:6 Bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS
- 2012:11 Socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende
- 2014:2 Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SOL och LSS
- 2014:4 Våld i nära relationer
- 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SOL, LVU, LVM och LSS

- 2014:10 Förebyggande av och behandling vid undernäring
- 2023:23 Handläggning av ärenden som gäller barn och unga
- 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- 2001:16 Kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel
- 2005:27 Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård
- 2007:10 Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- 2008:1 Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
- 2009:6 Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsuppgift kan utföras som egenvård
- 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- 2012:17 Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning
- 2014:4 Våld i nära relationer
- 2014:10 Förebyggande av och behandling vid undernäring
- 2015:10 Basal hygien i vård och omsorg
- HSLF-FS**
- 2016:55 Hem för vård eller boende
- 2016:56 Stödboende
- 2016:40 Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
- 2017:37 Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
- 2017:40 Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete
- 2017:41 Anmälan av händelser som har medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria)
- 2022:44 Smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS

Bilaga 2: Definitioner

Lag:	Är en författning som beslutas av riksdagen. Lagstiftning föregås av statlig utredning (SOU) på uppdrag av regeringen. Efter utredning lämnas ett betänkande till regeringen som skickar det på remiss till berörda myndigheter och organisationer för synpunkter (remissvar). Därefter bearbetas förslaget i regeringen och skriver ett förslag till lag som kan skickas till Lagrådet (lagrådsremiss) för bedömning. Regeringen arbetar därefter förslaget lämnar det sedan som proposition som är ett förslag från regeringen till riksdagen om till exempel en ny lag.
SOU:	Är förkortning för Statens offentliga utredningar. Dessa utredningar är rapporter och betänkande från kommittéer som tillsatts av regeringen och som tillkommit under en lagstiftningsprocess.
Reglemente:	Är hälsa-, vård- och omsorgsnämndens viktigaste kommunala reglerande styrdokument som beslutas av kommunfullmäktige.
Författning:	Samlingsnamn på lag, förordning och föreskrift
Förordning:	Regler som beslutas av regeringen. Förordningar är underordnade lagarna.
Föreskrift:	Detaljregler inom vissa sakområden kan myndigheter besluta genom att utfärda en föreskrift.
Allmänna råd:	Är inte bindande utan rekommendationer hur en författning kan eller bör tillämpas.
Process:	Är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett resultat.
Riktlinje:	Ett övergripande direktiv eller anvisning vad som ska utföras.
Rutin:	Ett bestämt tillvägagångssätt för en aktivitet

Bilaga 3: Ansvar och befogenheter

Anger hur uppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. *I samband med organisationsförändring i ledningsfunktionerna kommer ansvar och befogenheter att påverkas.*

Förvaltningschefen ansvarar för att

- Leda och fördela det systematiska kvalitetsarbetet inom förvaltningen.
- Årligen fastställa en förvaltningsövergripande verksamhetsplan för omsorgsförvaltningen som bygger på nämndens mål, direktiv, interna och externa granskningsrapporter, egenkontroll samt omvärldsanalys.
- Utfärda, revidera och fastställa övergripande administrativa rutiner och processer utifrån aktuell lagstiftning som berör både SoL/LSS och HSL.

Administrativchef ansvarar för att

- Upprätthålla, utveckla och kontinuerligt revidera ledningsstöd för systematiskt kvalitetsarbete
- Samordna och årligen revidera förvaltningens systematiska kvalitetsarbete
- Årligen upprätta förslag till en förvaltningsövergripande nulägeskarta för vård och omsorg som bygger på nämndens mål, direktiv, interna och externa granskningsrapporter, egenkontroll samt nulägesanalys och nulägeskarta
- Samordna upprättandet av en årlig kvalitetsberättelse och redovisa denna till nämnden
- Utföra granskningar och uppföljningar utifrån socialtjänstens och LSS verksamhetsområde enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån klagomål och synpunkter, avvikelser och särskilda uppdrag
- Initiera förbättringsförslag utifrån granskningsresultat inom socialtjänstens och LSS verksamhetsområde
- Redovisa resultat av granskningar till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd
- Förvissa sig om att ledningssystemets olika processer och rutiner är kända och följs.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, ansvarar för att

- Den kommunala hälso- och sjukvården håller en god kvalitet och att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling
- Utfärda, revidera och fastställa övergripande riktlinjer, rutiner och processer inom hälso- och sjukvårdsområdet
- Övergripande riktlinjer, rutiner och processer inom hälso- och sjukvårdsområdet följs upp
- Upprätta en patientsäkerhetsberättelse och redovisa denna till nämnden
- Ansvara för att granskningar och uppföljningar inom hälso- och sjukvårdsområdet genomförs
- Årligen redovisa och rapportera avvikelser till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd
- Anmälan görs till omsorgsnämnden om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom
- Initiera förbättringsförslag utifrån granskningsresultat som rör hälso- och sjukvårdsområdet
- Vara förvaltningens kontaktperson gentemot patientnämnden
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalag

Myndighetschef ansvarar för att

- Förvissa sig om att ledningssystemets olika rutiner och processer är kända och följs inom verksamhetsområdet
- Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- Utfärda, revidera och fastställa rutiner och processer utifrån aktuell lagstiftning SOL och LSS inom verksamhetsområdet
- Upprätta en årlig verksamhetsplan för myndighetsfunktionen utifrån den övergripande verksamhetsplaneringen för vård och omsorg samt inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter och resultaten från egenkontroller som rör verksamhetsområdet.
- Medarbetarna har rätt kompetens och ges möjlighet till kompetensutveckling
- Utföra granskningar och uppföljningar inom myndighetsfunktionen enligt fastställda dokument från nämnden samt utifrån klagomål och synpunkter, avvikelser och särskilda uppdrag
- Redovisa resultat av granskningar till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd
- Initiera och implementera förbättringsförslag utifrån granskningsresultat som rör verksamhetsområdet

Verksamhetschef ansvarar inom verksamhetsområdet för att

- Förvissa sig om att ledningssystemets olika rutiner och processer är kända och följs inom verksamhetsområdet
- Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- Upprätta en årlig verksamhetsplan för verksamhetsområdet utifrån den övergripande verksamhetsplaneringen för vård och omsorg samt inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter och resultaten från egenkontroller som rör verksamhetsområdet
- Medarbetarna har rätt kompetens och ges möjlighet till kompetensutveckling
- Utföra granskningar och uppföljningar inom verksamhetsområdet enligt fastställda dokument från nämnd och ledningsgrupp samt utifrån klagomål och synpunkter, avvikelser och särskilda uppdrag
- Redovisa resultat av granskningar till förvaltningens ledningsgrupp och nämnd
- Initiera och implementera förbättringsförslag utifrån granskningsresultat som rör hela verksamhetsområdet
- Där behov finns upprätta, revidera och fastställa lokala rutiner för verksamhetsområdet utifrån gällande riktlinjer, rutiner och processer
- Följa upp rutiner och processer inom verksamhetsområdet

Enhetschef ansvarar för att inom verksamhetsområdet

- Förvissa sig om att ledningssystemets rutiner och processer är kända och följs inom enheten
- Systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet

- Medarbetarna har rätt kompetens och ges möjlighet till kompetensutveckling
- Genomföra och delta i verksamhetsområdets olika egenkontroller
- Initiera och implementera förbättringsförslag utifrån granskningsresultat som rör enheten
- Där behov finns upprätta lokala rutiner för enheten utifrån gällande riktlinjer, rutiner och processer
- Följa upp och revidera enhetens lokala rutiner årligen

Alla medarbetare ansvarar för att

- Följa ledningssystemets rutiner och processer
- Vara delaktiga i att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- Återkoppla när riktlinjer och rutiner inte fungerar

Bilaga 4: Omsorgsförvaltningens organisation







Ledningssystem

Systematiskt kvalitetsarbete omsorgsnämnden

Diarienummer: 2021/843
Fastställt den: 2022-01-25
Fastställt av: Omsorgsnämnden
För revidering ansvarar: SAS, MAS, Kvalitetsutvecklare SoL/LSS/HSL
För uppföljning ansvarar: Åsa Ollerstam Lundh
Dokumentet gäller för: Omsorgsförvaltningen
Revideras senast: 2023-01-25
Ersätter: Kvalitetsledningssystem 2014
Antagen: 2022-01-25

Innehåll

Inledning.....	3
1. Kvalitet - vad ska uppnås?	4
Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner	4
Kvalitet utifrån olika aspekter.....	4
Upplevd kvalitet.....	4
Kvalitet genom vision, värdegrund och gemensamma värderingar	4
Omsorgsnämndens vision	5
Omsorgsförvaltningens värdegrund.....	5
Brukaren som patient.....	5
Hälsofrämjande och förebyggande arbete	5
Stöd till anhöriga.....	5
2. Planera, genomföra, utvärdera, förbättra.....	7
Målstyrning	7
Planera.....	8
Genomföra	8
Utvärdera	8
Förbättra	8
3. Metoder och verktyg för att uppnå kvalitet.....	9
Egenkontroll.....	9
Risk- och händelseanalys	9
Intern kontroll.....	9
Introduktion och kompetensutveckling	10
Avvikelsehantering.....	10
Synpunkter och klagomål.....	10
Anmälan enligt Lex Maria.....	10
Anmälan enligt Lex Sarah.....	10
Riktlinjer och rutiner	11
Dokumentation	11
Kvalitetsregister.....	11
Kommunens kvalitet i korthet KKiK.....	12
Punktprevalensmätning (PPM)	12
Öppna jämförelser	12
Palliativregistret	12
Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens	12
Samverkan internt och externt.....	12

Teamarbete i omsorgsförvaltningen	12
Överenskommelse samarbete socialnämnd och omsorgsnämnd.....	13
Samverkan omsorgs-, social- och barn- och utbildningsnämnd.....	13
Samverkan inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.....	14
Patientsäkerhetsberättelse	14
Kvalitetsberättelse.....	14
4. Ansvar - vem gör vad?.....	16
Nämnd	16
Reglemente för omsorgsnämnden.....	16
Författning om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	16
Förvaltning	17
Omsorgschef.....	17
Medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering, kvalitetsutvecklare HSL.....	17
Socialt ansvarig samordnare, Kvalitetsutvecklare SoL/LSS.....	17
Avdelningschef.....	18
Myndighetschef	18
Verksamhetschef	18
Enhetschef.....	18
Medarbetare	18
Bilaga 1 Definitioner.....	19
Bilaga 2 Författningar med mera	21

Inledning

Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete knyter samman lagstadgade skyldigheter med de områden som förvaltningen arbetar med för att säkerställa kvalitet för vårdtagare/patient och anhöriga. Ledningssystemet ger en överblick kring vad som ska uppnås, vilka verktyg som används, hur ansvarsfördelningen ser ut samt hur förvaltningen leder, följer upp och analyserar resultat.

Ledningssystemet syftar till att skapa tydlighet kring lagrummen i socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och patientsäkerhetslagen (PSL), föreskrifter, rutiner och beslut som styr förvaltningens arbete och uppdrag. Ledningssystem för kvalitet utgör flera delar som på olika sätt styr förvaltningen för att säkerställa utveckling och förbättrad kvalitet för medborgaren i kommunen ur olika perspektiv.

Dokumentet är uppdelat i fyra kapitel som börjar med *Kvalitet - vad ska uppnås?* I detta kapitel ligger tyngdpunkten på att skapa en förståelse kring vad kvalitet är och olika utgångspunkter för kvalitet.

I det andra kapitlet beskrivs kommunens målstyrningsmodell och förvaltningens modell för att *planera, genomföra, utvärdera och förbättra* för att uppnå beslutade utvecklingsmål.

Den tredje delen belyser *Metoder och verktyg för att uppnå kvalitet*. I denna del finns bland annat beskrivningar kring egenkontroll, hantering av synpunkter och klagomål, avvikelser lex Maria och lex Sarah samt hur förvaltningen arbetar med kvalitetsregister, rutiner och riktlinjer.

Dokumentet avslutas med kapitel kring *ansvarsfördelningen* utifrån olika roller och uppdrag inom förvaltningen.

1. Kvalitet - vad ska uppnås?

Inom detta kapitel beskrivs de olika krav som finns på nämnden och förvaltningen utifrån lagar och riktlinjer samt vad dessa riktlinjer innehåller. Detta kapitel sätter därigenom de grundläggande ramarna för arbetet med ett systematiskt kvalitetsarbete både gällande vad det ska innehålla och vad som ska uppnås samt i vissa delar hur det ska genomföras.

Att upprätthålla och utveckla kvalitet är en ständig utmaning inom våra verksamheter. Ambitionerna om kvalitet finns på alla nivåer: från statlig nivå genom lagar och regler, till den enskilde medarbetaren i mötet med de förvaltningen är till för. Det behövs en gemensam ram inom vilken arbete kan ske med kvalitetsfrågorna.

Staten har genom de så kallade kvalitetsparagraferna i SoL, HSL, LSS och PSL angivit att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras och att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten för att god vård ska uppnås. Enligt Socialstyrelsen ska de processer och rutiner som leder till en god kvalitet identifieras, beskrivas, fastställas, kontrolleras och utvecklas. Ledningssystemet ska utgöra ett stöd i detta arbete och bestå av metoder och regler för hur det ska gå till. Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 och allmänna råd utgör ett stöd för kommunerna i upprättandet av ledningssystemet.

Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner

Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Socialstyrelsen framhåller att god kvalitet förutsätter att vården är kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig och jämlik.¹

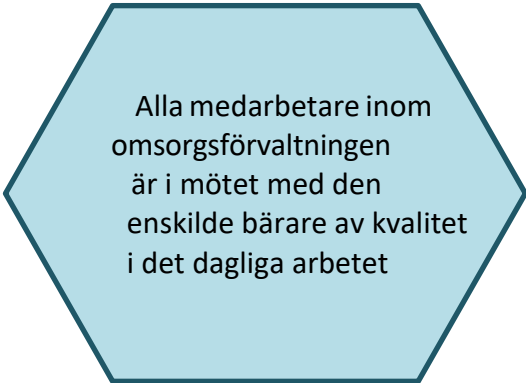
Kvalitet utifrån olika aspekter

Kvalitet skapas i mötet mellan organisationens medarbetare och den enskilde: brukare/patient och anhörig. Kvalitet inom omsorgsförvaltningen kan beskrivas som förmågan att kunna tillgodose den enskildes uttalade och underförstådda behov. Det handlar också om att rätt saker ska utföras på rätt sätt och i rätt tid. Verksamheten kan därmed åstadkomma största möjliga nytta för den enskilde i förhållande till de resurser som används, det vill säga ett kostnadseffektivt arbetssätt.

Upplevd kvalitet

Medarbetare som möter den enskilde ska på ett tydligt sätt kommunicera vad hen kan förvänta sig av sin vård och omsorg. Rätt förväntan ger bättre för-

utsättningar för upplevelse av god kvalitet. Detta kan till exempel göras vid ankomstsamtal i samband med inflytt på särskilt boende/LSS-boende/boende socialpsykiatri, vid inskrivning i hemsjukvård, vårdplaneringar, utredningar och uppföljningar av biståndsbeslut, vid hembesök och i kontakt med anhöriga. Genom att löpande ta reda på den enskildes upplevelse av kvalitén på servicen och omsorgen kan den utvecklas och anpassas kontinuerligt. Som ett komplement görs årligen även nationella brukarundersökning som genomförs av Socialstyrelsen.



Alla medarbetare inom omsorgsförvaltningen är i mötet med den enskilde bärare av kvalitet i det dagliga arbetet

¹ SOU 2017:21 Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, sid 120.

Kvalitet genom vision, värdegrund och gemensamma värderingar

Genom att arbeta utifrån gemensamma grundläggande värderingar skapas och upprätthålls kvalitén i verksamheten. Intentionerna i, för verksamheten, styrande lagstiftning är att vårdtagare/patienter som erhåller insatser ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Arbetet ska genomsyras av allas rätt till delaktighet och jämlikhet. För att uppnå det behöver samtliga medarbetare värna och respektera den enskilda personens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning.

Det är omsorgsnämndens vision som ligger till grund för omsorgsförvaltningens fortlöpande arbete med att bedriva och utveckla vård och omsorg i Hässleholms kommun.

Omsorgsnämndens vision

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

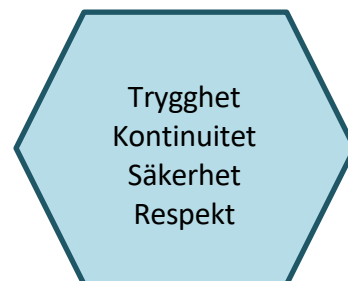
Omsorgsförvaltningens värdegrund

Omsorgsförvaltningens värdegrund utgår från Hässleholms kommuns värdegrund: medborgaren i fokus, med respekt för individen, med kvalitet som syns.

Brukaren som patient

En god vård ska bland annat tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet². Hälso- och sjukvårdsinsatser ska genomsyras av ett personcentrerat förhållningssätt där den enskildes behov och delaktighet styr den legitimerade medarbetarens undersökande, behandlande och förebyggande åtgärder. Det innebär bland annat att målen ska utformas med ett patientperspektiv och enligt den enskildes önskemål. Enligt patientlagen² ska den enskilde göras delaktig i sin vård och behandling. Detta innebär bland annat att legitimerade yrkesgrupper ska informera om planerad vård och behandling samt försäkra sig om att den enskilde har förstått informationen.

All hälso- och sjukvård ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer ska genomsyra all vård och omsorg. Risker ska identifieras och adekvata åtgärder vidtas för att vidmakthålla munhälsa och förebygga/behandla undernäring, fall, trycksår, och blåsdysfunktion. Registrering i nationella kvalitetsregister för vård och omsorg ska göras för att identifiera riskpatienter samt för att utveckla förebyggande arbetssätt.



Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Ett hälsofrämjande och förebyggande arbete är en aspekt av kvalitet som innebär att arbeta för att förbättra och/eller bevara hälsa och livskvalitet. Det görs bland annat genom att skapa förutsättningar för social gemenskap och delaktighet för medborgaren i kommunen.

Stöd till anhöriga

En viktig aspekt av kvalitetsarbete är stödet till anhöriga. Omsorgsnämnden ”ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre, eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”.³

² Patientlag (2014:821)

³ 5 kap 10 § SoL

Arbetet med stöd till anhöriga ska omfatta socialtjänstens alla verksamheter. Syftet är att minska de anhörigas psykiska och fysiska belastning. För en del personer avser det att få hjälp med insatser som den närstående behöver, men det kan även innebära att få information eller utbildning av kommunen. Principer för delaktighet och inflytande ska vara utmärkande för arbetet. Antagna mål för stödet till anhöriga i kommunen är:

- Hässleholms kommun har ett gott stöd till barn som anhöriga
- Hässleholms kommun uppmärksammar anhöriga och utvecklar dialogen med anhöriga
- Nära och tillgängligt stöd till anhöriga
- Medborgare får enkel och tydlig information om stöd till anhöriga
- God intern och extern samverkan

Utifrån uppsatta mål är kommunens ansvar:

- att upprätta planer för hur bestämmelsen om stöd till anhöriga ska tillämpas i socialtjänsten
- att informera kommuninvånarna om möjligheten att få stöd om man vårdar eller stödjer en närstående
- att avsätta pengar för stöd till anhöriga
- att följa upp arbetet

2. Planera, genomföra, utvärdera, förbättra

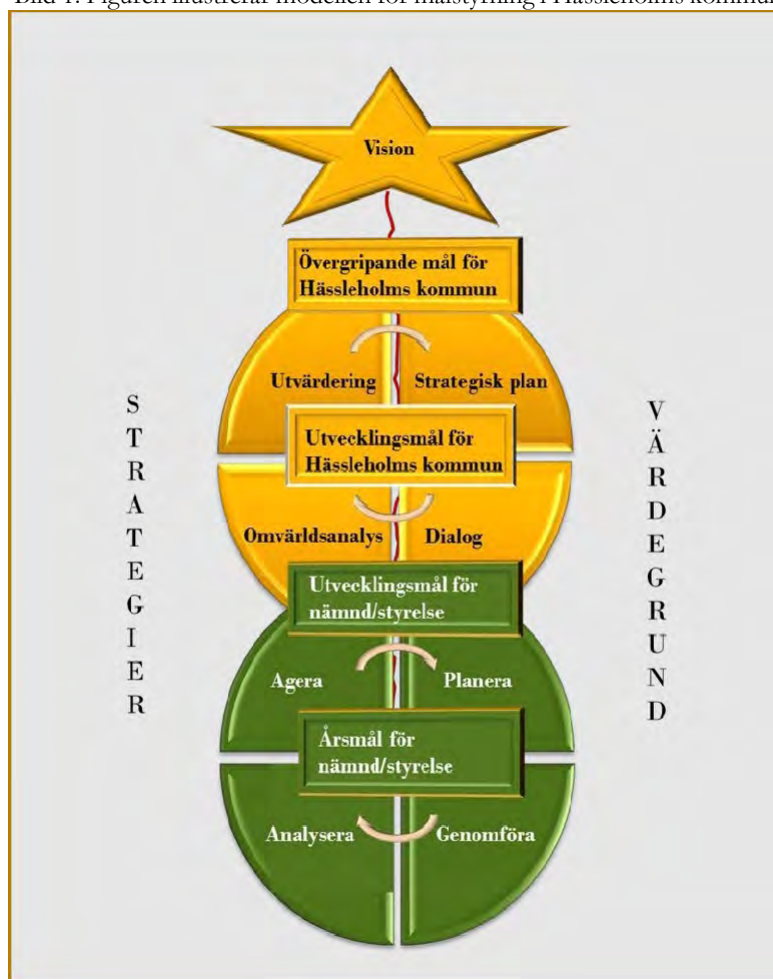
Målstyrning

Kommunfullmäktige arbetar efter en målstyrningsmodell (bild 1). Syftet med denna är att förstärka det strategiska perspektivet och skapa en röd tråd i styrningen. På detta sätt ökar transparensen och effektiviteten i kommunens verksamhet.

Arbetet med att formulera mål inleds med att nämnder och förvaltningar gör en omvärldsanalys. Denna analys innehåller en beskrivning och bedömning av framtida utmaningar och möjligheter för Hässleholms kommun. Utifrån omvärldsanalysen och utvärderingen i årsuppföljningen utformar kommunfullmäktige en strategisk plan som beskriver den framtida ambitionsnivån i form av utvecklingsmål. Nämnderna har därefter till uppgift att ta emot dessa stafettpinor och formulera egna utvecklingsmål för den närmaste fyraårsperioden. Dessa långsiktiga mål ska sedan brytas ned till årsmål. Syftet är att skapa en röd tråd i styrningen från visionen, genom de övergripande målen och utvecklingsinsatserna, till den dagliga operativa verksamheten.

Detta innebär att omsorgsnämnden i början av varje mandatperiod beslutar om politiska mål och önskvärda resultat inom ansvarsområdet. Omsorgsnämnden beslutar årligen, inom ramen för sitt ansvarsområde och inom ramen för av Kommunfullmäktige tilldelade medel, om resursfördelning inom omsorgsförvaltningen. I samband med detta fastställer omsorgsnämnden mätbara mål för året.

Bild 1: Figuren illustrerar modellen för målstyrning i Hässleholms kommun.



Bilden (bild 2) nedan visar grunden förvaltningens modell för att planera, genomföra, utvärdera och förbättra verksamheten. De *inre pilarna* visar fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet är ständigt pågående. De *långa pilarna* visar att underlag för att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner är sammanhängande.

Den övre halvan, planera och genomföra, representerar det dagliga brukar- och patientnära arbetet. Den undre halvan, utvärdera och förbättra, skapar förutsättningarna för det dagliga arbetet. Båda delarna måste vara med i processen. För att nå framgång i det systematiska kvalitetsarbetet, måste arbetet kontinuerligt utvärderas och verksamheten ständigt utvecklas.

Bild 2: Förvaltningens modell för att planera, genomföra, utvärdera och förbättra verksamheten



Planera

Planering av verksamheten och upprättande av mål sker bland annat utifrån gällande lagstiftning och kommunfullmäktiges beslutade övergripande utvecklingsmål. Omsorgsnämnden tar utifrån detta fram en årlig verksamhetsplan där målen bryts ner på verksamhetsnivå. Uppföljningen redovisas bland annat i den årliga verksamhetsberättelsen. För att säkerställa dessa krav och mål behöver verksamheten kartlägga processer och rutiner samt göra riskanalyser.

Genomföra

Med processer och rutiner som grund i kvalitetsarbetet innebär fasen ”genomföra” att verksamheten ska ta emot rapporter, synpunkter och klagomål och utreda om något gått fel i verksamheten.

Utvärdera

I utvärderingsdelen sammanställs och analyseras underlag för att följa upp och utvärdera resultat som framkommit under utredningar i fasen ”genomföra”.

Förbättra

Delen att förbättra handlar om att utveckla processer och rutiner med syfte att arbetet ska utvecklas och förbättras och att omsorgsnämnden uppnår beslutade krav och mål.

3. Metoder och verktyg för att uppnå kvalitet

I detta kapitel beskrivs viktiga verktyg som används inom förvaltningen för att säkra och utveckla kvalitet. Fokus är medborgaren i kommunen som kan vara en vårdtagare/patient eller anhörig.

Verktygen är till för att främja effektiva processer och för att förebygga fel, men även, när det går fel, kunna hantera detta på ett korrekt sätt, ta vara på lärdomarna och undvika framtida felaktigheter. De två kompletterande delarna, att arbeta för att förebygga risker och att hantera inträffade felaktigheter, är viktiga aspekter i kvalitetsarbetet.

Egenkontroll

Egenkontrollen syftar till att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamheten för att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt lagar och rutiner och att arbetet görs på rätt sätt.

Egenkontrollen kan innefatta;

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation,
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos medarbetare som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
- analys av uppgifter från patientnämnder, och
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

Risk- och händelseanalys

Riskanalyser innebär att den som bedriver verksamheten är framåtblickande, det vill säga arbetar förebyggande. Riskanalyser ska omfatta verksamhetens samtliga delar. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Riskanalyserna innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Omsorgsförvaltningen använder en metod för risk- och händelseanalys som bygger på material från hälso- och sjukvårdens *Riskanalis och Händelseanalys – Handbok för patientsäkerhetsarbete* samt SKR:s modell för risk- och händelseanalys vilken är anpassad efter kommunal verksamhet. En händelseanalys avser att identifiera brister i systemet när en oönskad händelse eller avvikelse har inträffat och ska svara på följande frågor: Vad har hänt? Varför har det hänt? Hur gör vi för att det inte ska upprepas? Både riskanalys och händelseanalys ska leda fram till förslag på åtgärder som ska göra att sannolikheten och/eller allvarlighetsgraden för risken minskar eller att händelsen inte upprepas.

Intern kontroll

Intern kontroll syftar till att förhindra att det går fel i verksamheten. Det handlar om mer än enbart brukar- och patientperspektiv och kan till exempel gälla informationssäkerhet, upphandling och inköp eller risker som berör medarbetare. Detta görs genom riskanalyser på varje enhet. Riskanalyserna visar när åtgärder behöver vidtas eller om det finns behov av att närmare undersöka så att saker genomförs på rätt sätt. Varje år beslutar nämnden om en intern kontrollplan.

Introduktion och kompetensutveckling

Det är närmsta chef som har det yttersta ansvaret för planering och genomförande av introduktionen av nya medarbetare och att säkerställa att medarbetarna har den kompetens som behövs. Introduktionsplan och kompetensförsörjningsplan finns på intranätet Kupén i förvaltningens Personalhandbok.

Kommungemensam introduktion för nyanställda tillsvidare, visstidsanställda mer än sex månader i mån av plats, sker en halvdag två gånger om året. Ansvarig chef anmäler nya medarbetare. Syftet med introduktionen är att nya medarbetare ska få kunskap om vad det innebär att arbeta i en kommun, att arbeta i en politiskt styrd verksamhet med ett samhällsuppdrag samt att få ett ansikte på personer med ledande befattningar. Utöver introduktionen är arbetet med kompetensutveckling av redan anställda medarbetare, med en tydlig koppling till verksamhetsutveckling, också ett viktigt steg för att säkerställa kvalitet.

Avvikelsehantering

Förvaltningen ska arbeta förebyggande inom ett flertal områden, men det händer att det går fel ändå. Förvaltningen har rutiner för att hantera avvikelser, synpunkter och klagomål på ett korrekt sätt med ansvarsfördelning kopplat till olika roller.

Omsorgsförvaltningen har rutiner som beskriver hur avvikelser i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp. Sammanställd information om avvikelser ligger till grund för systematiskt kvalitetsarbete.

Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål kan vara av positiv eller negativ karaktär. De utgör en källa till möjligheter att förbättra verksamheten och kvaliteten.

Samtliga medarbetare inom omsorgsförvaltningen kan vara mottagare av synpunkter och klagomål. Enskilda som inte är nöjda med den vård eller omsorg de fått ska i första hand lämna sina synpunkter och klagomål till den verksamhet som ansvarat för insatsen eller via www.hassleholm.se

Anmälan enligt Lex Maria

I de fall det uppstått en händelse i verksamheten som medfört eller riskerar att medföra en allvarlig vårdskada görs en anmälan enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Med vårdskada avses i PSL lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses en vårdskada som är:

- bestående och inte ringa
- har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Anmälan enligt Lex Sarah

I de fall det inträffat en händelse i en verksamhet som är missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden ska händelsen rapporteras enligt bestämmelserna om lex Sarah. Enligt SoL har alla ”som fullgör uppgifter inom socialtjänsten” en rapporteringsskyldighet.

Förvaltningen utreder händelserna på uppdrag av nämnden. I korthet kan det beskrivas; om en handling eller en underlåtelse av handling har medfört ett hot mot eller medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa så är det ett missförhållande.

I de fall en händelse i verksamheten bedöms som ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande görs en anmälan enligt lex Sarah till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) av socialt ansvarig samordnare (SAS).

Riktlinjer och rutiner

Styrande dokument i form av riktlinjer och rutiner ska upprättas enligt rutin Upprätta och publicera styrande dokument. ⁴ Riktlinjer ska beslutas av omsorgsnämnden och rutiner ska beslutas av förvaltningsledningsgruppen. Riktlinjer och rutiner finns på intranätet Kupén i förvaltningens handböcker.

Riktlinjer är oftast förvaltningsövergripande och anger gränsdragningar och ansvarsområden mellan olika verksamhetsområden för att en process ska kunna löpa rättssäkert genom hela flödet med brukaren/patienten i fokus.

Rutiner finns för en mängd olika områden och nivåer i organisationen. De ska säkra ett gemensamt och evidensbaserat arbetssätt och att vården och omsorgen blir likvärdig för den enskilde. Rutinerna ska vara ett stöd för medarbetarna att agera rätt i svåra situationer. När fel och misstag sker fyller också rutinerna en viktig funktion för att kunna utreda vad som hände och hur detta eventuellt skiljer sig från den specifika rutinen.

Dokumentation

Dokumentation under handläggning och genomförande av insats ska ske enligt gällande föreskrift.⁵ Dokumentationen ska göras med utgångspunkt i kvalitet, kontinuitet, spårbarhet, tillgänglighet och rättssäkerhet. Utredning, bedömning av behov och beslut om insats enligt SoL dokumenteras av biståndshandläggarna utifrån IBIC (Individens Behov I Centrum). På sikt ska även LSS-handläggarna utreda, bedöma behov och besluta om insats enligt LSS utifrån IBIC. Varje beslutad insats ska dokumenteras i verksamhetssystem och verkställighet ska ske i anslutning till beslut.

Vård- och omsorgspersonal med ansvar för genomförandet av beslutad insats är skyldiga att dokumentera. På sikt ska även verkställigheten dokumentera enligt IBIC. Dokumentationen för genomförande av beslutad insats omfattar såväl upprättande av genomförandeplan som löpande anteckningar i journal och sker i Procapita.

Enligt HSL och patientdatalagen (PDL) är all legitimerad personal skyldig att dokumentera. Beslutade åtgärder för den enskilde och förskrivna individuella medicin- och arbetstekniska produkter, ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen. Patientjournalen ska bidra till en god och säker vård. Samtliga åtgärder ska följas upp och det ska framgå om behandlingen har haft den avsedda effekten.

Kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister ger kunskap om hur vården och omsorgen fungerar och kan förbättras. I ett kvalitetsregister registreras personbundna uppgifter om diagnos, behandling, och resultat. De flesta kvalitetsregister som finns används inom regionens hälso- och sjukvård men några av dem används även inom den kommunala hälso- och sjukvården. De kvalitetsregister som används inom förvaltningen är

⁴ Dokument ID 0006

⁵ SOSFS 2014:5

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK), Punktprevalensmätning (PPM), Öppna jämförelser, Palliativregistret och svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD).

Förvaltningen arbetar kontinuerligt med att utveckla användningen av kvalitetsregister i syfte att både kvalitetssäkra och utveckla verksamheten.

Kommunens kvalitet i korthet KKiK

Kommunens kvalitet i korthet redovisar och jämför resultat inom olika områden inom kommunen, däribland äldreomsorg och funktionsnedsättning. Det är i huvudsak den politiska ledningens underlag och verktyg för att styra och bidra till en demokratisk dialog med medborgarna.

Resultaten har ambitionen att i ett övergripande perspektiv beskriva kommunens kvalitet och effektivitet i jämförelse med andra kommuner. KKiK ger inte svaret på allt, men det ger en bra lägesbild av kommunen som, inte minst för ledande förtroendevalda, kan utgöra grund för den egna styrningen av kommunen, och i dialog med medborgarna samt för utveckling.

Punktprevalensmätning (PPM)

PPM-mätningen är en nationell mätning där alla Sveriges kommuner bjuds in att delta. Den organiseras av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Den genomförs under två veckor en gång om året och består i observationer kring följsamhet till de rutiner som finns om basal vårdhygien och klädregler.

Öppna jämförelser

Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra vård och omsorg och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla verksamheten på olika nivåer.

Palliativregistret

Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit den sista veckan, i syfte att förbättra vården. Registret används både inom kommunal och regional hälso- och sjukvård. Utifrån resultatet kan vårdpersonalen få en överblick över vilken kvalitet vården håller och vad som behöver förbättras.

Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som kan användas inom särskilda boenden, demensboenden, dagverksamheter, demensteam, hemsjukvård och ordinärt boende. Syftet är att genom multiprofessionella åtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom för personen med demenssjukdom. Målet är att minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. Fokus i BPSDregistret ligger på bemötande och personcentrerade vårdåtgärder, för att förebygga och lindra de symtom som finns.

Samverkan internt och externt

Teamarbete i omsorgsförvaltningen

Förvaltningsledningen har beslutat om att det inom förvaltningens verksamhet ska finnas ett teambaserat arbetssätt. Ett teambaserat arbetssätt är grunden för att ge den enskilde en god och säker vård och omsorg av hög kvalitet. Utgångspunkten ska vara ett personcentrerat och holistiskt förhållningssätt där den enskildes behov står i centrum. Teamet ska gemensamt ansvara för att tillgodose de behov varje individ har för att kunna leva ett värdigt liv. Att känna trygghet, välbefinnande och delaktighet är väsentliga delar i detta. Med ett teambaserat arbetssätt är vinsten att alla professioners unika kompetens gemensamt bidrar till att individens behov av hjälp och stöd blir synliggjort och åtgärdat på bästa sätt. Ett strukturerat teamarbete där alla professioner vet vad som förväntas av dem bidrar också till att arbetet runt den enskilde blir effektivare. Det är därför viktigt att alla i teamet har kunskap och förståelse

för varandras olika ansvarsområden och vågar mötas i ett prestigelöst samarbete. Lika viktigt är det att i teamet våga kommunicera och reflektera över det som kanske inte fungerar eller upplevs hindra en god teamsamverkan. God kommunikation är nyckeln till att utveckla ett välfungerande teamarbete till gagn för de vi ska

finnas till för. Teamsamverkan sker dagligen på olika nivåer och i olika konstellationer såväl internt i förvaltningen som externt i samverkan med andra vårdgivare.⁶

Överenskommelse samarbete socialnämnd och omsorgsnämnd

I Hässleholms kommun är socialtjänsten indelad i tre nämnder; omsorgsnämnden, socialnämnden och arbetsmarknadsnämnden. Enligt SoL är alla tre nämnderna socialnämnder som kan fatta beslut om bistånd enligt SoL. Kommunfullmäktige har antagit en överenskommelse för samarbete mellan socialnämnd och omsorgsnämnd. Syftet med överenskommelsen är att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan omsorgsnämnd och socialnämnd och att säkerställa god kvalitet på samarbetet mellan de två nämnderna. Samarbetet ska utgå ifrån intentionerna i FN:s barnkonvention. Barnets bästa ska alltid prioriteras. Målet är att säkerställa en hög kvalitet på kommunens bistånd i enlighet med gällande lagstiftning och evidensbaserad praktik. Utgångspunkten ska alltid vara den enskildes behov.

För specifika lagrum inom det sociala området har kommunfullmäktige beslutat att en av nämnderna ska vara ensamt ansvarig. Omsorgsnämnden ansvarar för LSS och socialnämnden för lagen om vård och unga (LVU) och lagen om vård av missbrukare (LVM).

Man kan ha rätt till insatser enligt samtliga lagrum samtidigt, och man kan ha rätt till flera insatser inom samma lagrum. Enligt gällande lagstiftning är det kommunen som har ansvar att ge det bistånd som sökande har rätt till oavsett hur kommunen har valt att organisera sin socialtjänst. För att veta vilken nämnd som ansvarar för vad och hur nämnderna ska samarbeta har denna överenskommelse om gränsdragning och samarbete mellan nämnderna utarbetats.

Socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen samarbetar när det gäller personer som kan behöva stöd från båda förvaltningarna. Utgångspunkten är att de som behöver stöd ska uppfatta oss som en förvaltning. Det gemensamma arbetet kräver sekretessmedgivande från vårdtagare/klient. Om detta inte kan uppnås ansvarar varje förvaltning för att fatta beslut utifrån de ansökningar och anmälningar som inkommit till respektive förvaltning.⁸

Samverkan omsorgs-, social- och barn- och utbildningsnämnd

Kommunfullmäktige har antagit överenskommelse om samverkan mellan omsorgs-, social- och barn- och utbildningsnämnden. Samarbete ska ske med barns och ungas bästa i fokus, såväl avseende främjande och förebyggande generella insatser som avseende insatser för enskilda, i frågor där mer än en av nämnderna enligt lag, förordningar, kommunala reglementen, etc, har ansvar för barns och ungas utveckling. Samarbetet ska gynna barn och unga genom att insatser samordnas, men också bidra till att resurser och kompetens används effektivt. Överenskommelsen ska följa intentionerna i FN:s barnkonvention. Överenskommelsen fråntar inte respektive nämnd något av de ansvar som framgår av lag, förordning, kommunala reglementen, etc.

Arbetet med att förverkliga denna överenskommelse leds av en styrgrupp bestående av de tre nämndernas presidier och förvaltningschefer från de berörda förvaltningarna. Styrgruppens uppdrag är att ansvara för utveckling och uppföljning av samarbetet, samt att fastställa avtal, riktlinjer och

⁶ DokumentID 0358

⁸

ON 2016/552 010, SN 2016/4529 701

handlingsplaner där mer än en nämnd är berörd. Respektive förvaltningschef återrapporterar till respektive nämnd.

Det operativa samarbetet leds av en ledningsgrupp bestående av minst två verksamhetschefer från respektive förvaltning. Till ledningsgruppen kan representanter för arbetsgrupper adjungeras. Ledningsgruppens uppdrag är att leda gemensam operativ verksamhet, samt att utarbeta förslag till avtal, riktlinjer och handlingsplaner.⁷

Samverkan inom socialtjänst och hälso- och sjukvård

Många enskilda som kommer i kontakt med hälsa, vård och omsorg har sammansatta och komplexa behov som kräver samverkan mellan olika verksamheter, medarbetare och andra aktörer. Processer och rutiner för hur samverkan ska ske såväl internt som externt måste därför fastställas. Syftet med samverkan är att klargöra ansvaret kring planeringen och vården för den enskilde. Samverkan sker mellan omsorgsförvaltningen, primärvården, sluten- och specialistsjukvården, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri samt privata vårdgivare. Centrala former för samverkan mellan olika huvudmän är följande:

- I samband med utskrivning från sjukhus ska samverkan mellan sjukhus och kommun ske.
- En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas då den enskilde har behov av insatser där mer än en huvudman ingår. Enligt *Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*⁸ ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna, om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.
- Samarbete inom ramen för mobilt vårdteam har sitt ursprung i hälso- och sjukvårdsavtalet⁹. Det är de mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård och med omfattande vård- och omsorgsbehov som kan vara aktuella för inskrivning i mobilt vårdteam. Till gruppen räknas personer som bor i kommunens särskilda boenden inklusive boenden enligt LSS, i ordinärt boende eller tillfälligt vistas på korttidsplatser. Läkare från primärvården och den kommunala sjuksköterskan utgör kärnan i mobilt vårdteam och ska svara för det gemensamma uppdraget att vårda de mest sjuka i hemsjukvården. Målgruppen definieras utifrån sex inklusionskriterier, varav minst fyra måste vara uppfyllda för att inskrivning i den aktuella vårdformen ska kunna ske. Genom insatser från teamet undviker majoriteten av patienterna väntetider på akutmottagningen samt inläggning på sjukhus.
- En individuell planering ska alltid genomföras när läkare bedömt att patienten befinner sig i livets slutskede (palliativ vård). Detta innebär att ansvarig sjuksköterska i samråd med patientansvarig läkare initierar till samtal och planering med den enskilde och anhöriga.

Patientsäkerhetsberättelse

Enligt PSL ska vårdgivaren senast den 1 mars årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. I omsorgsförvaltningen upprättas patientsäkerhetsberättelsen av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehab (MAR). Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att redovisa hur

⁷ Dokumentnummer 2013.1685

⁸ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

⁹ Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne 2016-01-19

patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår genom att redovisa strategier, mål och resultat av betydelse för kvaliteten och patientsäkerheten i omsorgsförvaltningen.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits under föregående år.

Kvalitetsberättelse

Omsorgsförvaltningen bedriver socialtjänst och verksamhet enligt LSS och bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse med dokumentationen enligt SOSFS: 2011:9 7 kap 1§ som utgångspunkt. I omsorgsförvaltningen upprättas kvalitetsberättelse av socialt ansvarig samordnare (SAS).

I kvalitetsberättelsen bör det framgå:

-hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
-vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och -vilka resultat som har uppnåtts

Berättelsen bör 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, och

-att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

4. Ansvar - vem gör vad?

Under detta kapitel beskrivs ansvarsfördelningen för olika roller inom nämnden och förvaltningen. Roller och ansvar utgör en viktig del av ledningssystemet för att säkerställa att det inte finns områden där ansvaret inte är definierat. Det ska finnas möjlighet till ett ansvarsutkrävande kopplat till olika roller och den kvalitet som dessa roller ska säkerställa inom organisationen.

Nämnd

Reglemente för omsorgsnämnden

Omsorgsnämnden arbetar utifrån det reglemente som kommunfullmäktige har beslutat om. I reglementet anges nämndens ansvarsområden i förkortning enligt nedan.

Grunduppdraget definieras av lagar - huvudsakligen SoL, LSS, HSL och PSL. Verksamheten riktar sig till tre målgrupper:

1. äldre människor,
2. barn och vuxna med fysisk och psykisk funktionsnedsättning, och
3. barn och vuxna med somatisk sjukdom.

Nämndens verksamhet ska präglas av likvärdighet i tillgången till stöd och hjälp för nämndens målgrupper samt god service. Nämnden ska beakta ett jämställdhets- och antidiskrimineringsperspektiv.

Nämnden ansvarar för att tillhandahålla förebyggande och uppsökande insatser avseende målgrupperna.

Nämnden fullgör inom sitt område de uppgifter som ankommer på vårdgivaren för kommunens hälso- och sjukvård.

Nämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är äldre, är vuxen och har en fysisk funktionsnedsättning eller är vuxen och långvarigt somatiskt sjuk.

Nämnden får tillhandahålla och ansvara för mötesplatser avseende nämndens målgrupper.

Författning om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ett antal författningar styr nämndens och förvaltningens arbete, varvid särskilt kan nämnas SOFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Nämnden har det yttersta ansvaret, är vårdgivare och ansvarar för att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra sin verksamhet.

Förvaltning

Nämndens förvaltning är organiserad i fyra verksamhetsavdelningar, en myndighetsenhet och en stab.

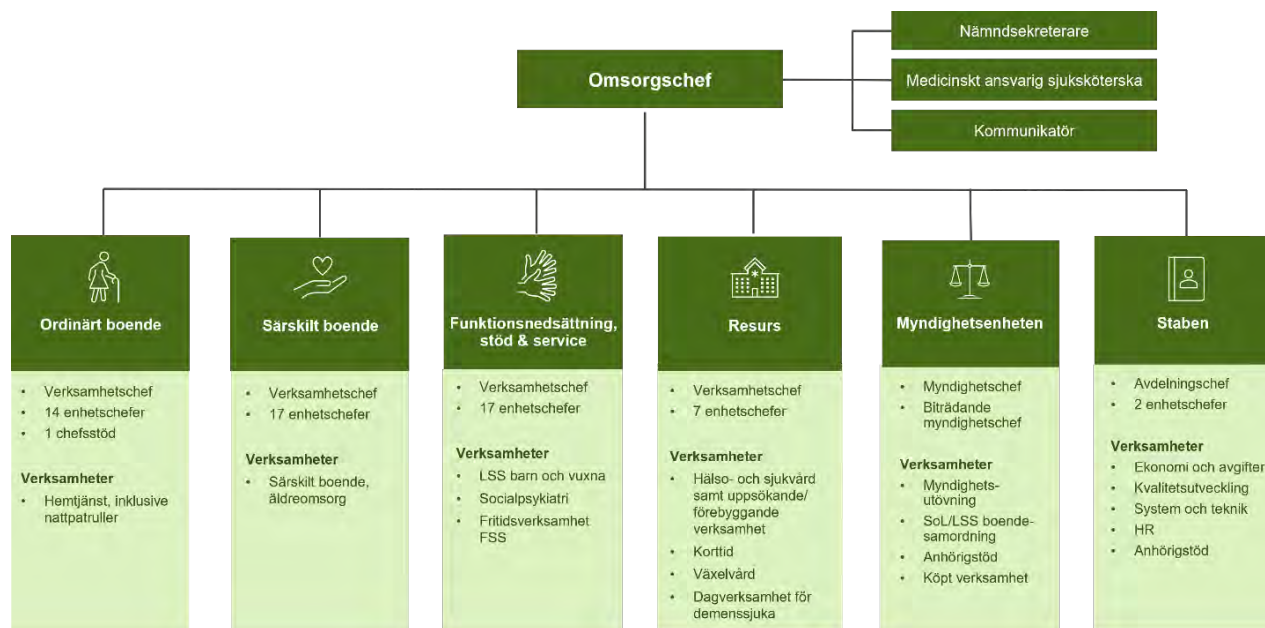


Bild: Omsorgsförvaltningen

Omsorgschef

Omsorgschefen har ett övergripande ansvar att inom förvaltningen planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra genom det systematiska kvalitetsarbetet. Omsorgschefen ansvarar för att ha en kontinuerlig dialog med, och ge information till nämnden, om kvalitetsutvecklingen inom verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, medicinskt ansvarig för rehabilitering, kvalitetsutvecklare HSL

Enligt Socialstyrelsen ska de processer och rutiner som leder till en god kvalitet identifieras, beskrivas, fastställas, kontrolleras och utvecklas. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ansvarar för att den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs i överensstämmelse med gällande författningar, föreskrifter och rutiner. MAS /MAR/kvalitetsutvecklare HSL ska också bedöma vilka övergripande processer och rutiner som behöver fastställas för att den kommunala hälso- och sjukvården ska uppfylla gällande krav och mål. Utifrån resultat av riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser ska MAS/MAR/ kvalitetsutvecklare HSL föreslå förbättringsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. MAS/MAR ska också om allvarig vårdskada inträffat eller riskerat att inträffa, rapportera detta till IVO. Slutligen ansvarar MAS/MAR för att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Socialt ansvarig samordnare, Kvalitetsutvecklare SoL/LSS

Socialt ansvarig samordnare (SAS) har kvalitetsansvar för:

- det sociala innehållet utifrån gällande lagstiftningar och ansvarar för att följa upp, granska och säkerställa att dokumentationen sker enligt gällande föreskrift,
- har även ett visst uppföljningsansvar utifrån egenkontrollsdefinition,
- för att utredning enligt lex Sarah påbörjas samt att anmäla allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

-föreslå förbättringsåtgärder inom ramen för SoL utifrån resultat av risk- och händelseanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser. -årligen upprätta kvalitetsberättelse.

Avdelningschef

Avdelningschefen har ett samlat ledningsansvar för staben. Staben är ett ledningsstöd och har som uppgift att öka ledningens förmåga till samverkan och ledning. Avdelningschefen har ett övergripande ansvar att inom staben planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra. Avdelningschefens uppdrag innefattar ansvar för verksamhet, kvalitet, ekonomi och medarbetare i stabsavdelningen.

Myndighetschef

Myndighetschefen har övergripande ansvar för verksamhet, kvalitet, ekonomi och medarbetare i myndighetsenheten. Myndighetschefen har ansvar för att utredning, bedömning, beslut och uppföljning av insatser bedrivs i enlighet med de olika lagrum som ligger till grund för verksamheten och kommunfullmäktiges och omsorgsnämndens styrdokument, policys och processer. Myndighetschefen ska också inom myndighetsenhetens område planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. I ansvaret ingår även att främja samverkan inom enheten och med de olika verkställighetsområdena inom förvaltningen samt externa verkställighetsvårdgivare. En biträdande myndighetschef bistår, på uppdrag av myndighetschefen, i det interna arbetet på myndighetsenheten, handleder medarbetare i enskilda ärenden och bistår vid utvecklingsarbete inom enheten. Biträdande myndighetschef ersätter även myndighetschefen och boendesamordnaren vid deras frånvaro.

Verksamhetschef

Verksamhetschef har ansvar för att verksamheten bedrivs i enlighet med de olika lagrum som ligger till grund för verksamheten och kommunfullmäktiges och omsorgsnämndens styrdokument, policys och processer. Verksamhetschefens uppdrag innefattar ansvar för verksamhet, kvalitet, ekonomi och arbetsmiljö för enhetschefer. Verksamhetschefen ska också inom verksamhetsområdet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. Verksamhetschefen samlar in analysunderlag för att kunna fatta beslut om åtgärder, inom det egna verksamhetsområdet och i förvaltningsledningsgruppen, som behövs för att tillgodose verksamheternas behov och säkerställa kvaliteten inom verksamheten och förvaltningen. I ansvaret ingår även att främja samverkan inom verksamhetsområdet, med myndighetsenheten samt mellan verksamhetsområdena inom förvaltningen.

Enhetschef

Enhetschef har ett övergripande ansvar att i enheten planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet. Enhetschefens uppdrag innefattar ansvar för verksamhet, kvalitet, ekonomi och arbetsmiljö för medarbetare. Uppdraget hanteras utifrån de olika lagrum som ligger till grund för verksamhetsområdet och kommunfullmäktiges och omsorgsnämndens styrdokument, policys, processer och rutiner. Enhetschefen skapar förutsättningar för medarbetarna genom att säkra en god arbetsmiljö, kompetensutveckling, coachning, rekrytering och tvärprofessionell samverkan.

Medarbetare

Medarbetarna inom omsorgsförvaltningen ska i mötet med den enskilde sträva efter att skapa meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet, en känsla av sammanhang. Arbetet ska ske utifrån den nationella värdegrunden. Medarbetare ska ta del av och arbeta efter de processer och rutiner som finns för den verksamhet som de arbetar i. De ansvarar också för att rapportera avvikelser.

Bilaga 1 Definitioner

- Lag:** Regler som får konsekvenser för enskilda medborgare och företag måste finnas i form av lagar, vilket innebär att riksdagen fattar beslut om dem.
- SOU:** Är förkortningar för Statens offentliga utredningar. Dessa utredningar är rapporter och betänkande från kommittéer som tillsatts av regeringen och som tillkommit under en lagstiftningsprocess.
- Reglemente:** är hälsa-, vård- och omsorgsnämndens viktigaste kommunala reglerande styrdokument som beslutas av kommunfullmäktige.
- Författning:** ett samlingsnamn på lag, förordning och föreskrift.
- Förordning:** regler som beslutas av regeringen. Förordningar är underordnade lagarna.
- Föreskrift:** detaljregler inom vissa sakområden kan myndigheter besluta genom att utfärda en föreskrift.
- Allmänna råd:** är inte bindande utan rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas.
- Process:** en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett resultat.
- Riktlinje:** ett övergripande direktiv eller anvisning för vad som ska utföras.
- Rutiner:** ett bestämt tillvägagångssätt för en aktivitet
- Lag:** Regler som får konsekvenser för enskilda medborgare och företag måste finnas i form av lagar, vilket innebär att riksdagen fattar beslut om dem.
- SOU:** Är förkortningar för Statens offentliga utredningar. Dessa utredningar är rapporter och betänkande från kommittéer som tillsatts av regeringen och som tillkommit under en lagstiftningsprocess.

Reglemente:	är hälsa-, vård- och omsorgsnämndens viktigaste kommunala reglerande styrdokument som beslutas av kommunfullmäktige.
Författning:	ett samlingsnamn på lag, förordning och föreskrift.
Förordning:	regler som beslutas av regeringen. Förordningar är underordnade lagarna.
Föreskrift:	detaljregler inom vissa sakområden kan myndigheter besluta genom att utfärda en föreskrift.
Allmänna råd:	är inte bindande utan rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas.
Process:	en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett resultat.
Riktlinje:	ett övergripande direktiv eller anvisning för vad som ska utföras.
Rutiner:	ett bestämt tillvägagångssätt för en aktivitet

2017:900 Förvaltningslag, FL
2017:612 Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
2009:400 Offentlighets- och sekretesslag, OSL
2016:1145 Lag om offentlig upphandling, LOU
2017:725 Kommunallag
EU:s allmänna dataskyddsförordning 679/2016

Statens offentliga utredningar, SOU

2017:21 Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer

Lagstiftning och föreskrifter för socialtjänsten

2001:453 Socialtjänstlag, SoL
2001:937 Socialtjänstförordning
1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
1993:1090 Förordning om stöd och service till vissa funktionshindrade

Föreskrifter, SOSFS (Socialstyrelsens författningssamling)

2007:10 Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
2007:17 Handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer 2011:12 Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre 2011:5 Lex Sarah
2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
2012:3 Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre
2014:2 Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL o LSS till personer med funktionsnedsättning
2014:4 Våld i nära relationer
2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM o LSS 2015:1 Ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boende

Lagstiftning och föreskrifter för hälso- och sjukvården

1985:125 Tandvårdslag
2008:355 Patientdatalag, PDL
2010:659 Patientsäkerhetslag, PSL
2014:821 Patientlag
2015:315 Läkemedelslag
2017:30 Hälso- och sjukvårdslag, HSL
2017:612 Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Föreskrifter, SOSFS

1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård
2001:16 Kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel
2005:27 Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård
2005:28 Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria
2007:10 Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
2008:1 Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
2008:14 Informationshantering och journalföring HSL
2009:6 Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård
2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2012:17 Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionshinder
2014:10 Förebyggande av och behandling vid undernäring 2015:10
Basal hygien i vård och omsorg

Handläggare
Maria Persson
Omsorgsförvaltningen

Maria.c.persson@hassleholm.se

Omsorgsnämndens arbetsutskott/
Omsorgsnämnden

Yttrande över motion om rutiner vid stölder inom omsorgen

Ordförandens förslag till beslut

I enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår omsorgsnämnden att föreslå kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige följande beslut:

1. Motionens yrkande 1 ska anses besvarad.
2. Motionens yrkande 2 bifalles.

Vidare anser omsorgsnämnden paragrafen omedelbart justerad.

Beskrivning av ärendet

Sverigedemokraterna har lämnat in en motion till kommunfullmäktige 2024-10-21 § 116 med följande yrkanden:

- Att rutiner tas fram och inrättas för hur man agerar vid stölder inom omsorgen.
- Att rapport om inträffade stölder skall redovisas som information för omsorgsnämnden.

Motionen har sänts till omsorgsnämnden för yttrande och svar ska vara kommunledningsförvaltningen tillhanda senast den 31 december 2024.

Omsorgsnämnden fick 2024-11-13 anstånd att inkomma med sitt yttrande till och med 2025-01-31.

Bedömning

Motionens yrkande 1

- Att rutiner tas fram och inrättas för hur man agerar vid stölder inom omsorgen.

Rutin ”Vägledning polisanmälan” antogs i omsorgsförvaltningens ledningsgrupp 2023-11-09.

Rutinen punktär upp de omständigheter som ger förvaltningen möjlighet att göra en polisanmälan eller som de måste ta hänsyn till vid en polisanmälan:

- Om omsorgstagaren lämnar samtycke till en polisanmälan kan ansvarig chef göra anmälan eller hjälpa omsorgstagaren att göra den. Motsätter sig exempelvis omsorgstagarens godeman detta spelar det ingen roll utan polisanmälan kan göras ändå.
- För att kunna göra en polisanmälan utan samtycke krävs det att man bryter sekretessen och då måste straffvärdet vara minst ett år.
- Är det ett pågående brott larma polisen.

Vägledningen förtydligar att polisanmälningar kan göras av alla så länge man inte bryter mot reglerna gällande det eventuella brottets strafflängd i Offentlighets- och sekretesslagstiftningen (2009:400). Där står det att man får gå förbi lagstiftningen om brottet inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år eller om det är försök till brott där straffet inte är lindrigare än två år.

Det innebär att möjligheten att bryta sekretessen infaller vid grövre brott som till exempel grov misshandel och grov utpressning.

Konstaterade stölder som begås av anställda är brottsliga handlingar där omsorgsförvaltningen kan behöva vidta åtgärder mot den anställde. En sådan situation kan behöva hanteras i särskild ordning, men det är viktigt att i samband med en sådan händelse även se över verksamhetens rutiner och sprida information om hur verksamheten kan arbeta för att förhindra ekonomiska övergrepp i hela verksamheten.

Motivering till beslut för yrkande 1.

Omsorgsförvaltningen har sedan 2023-11-09 en inrättad rutin för hur anställda ska agera vid stölder inom verksamheten. Yrkande ett i motionen bör därför anses besvarad.

Motionens yrkande 2 – Att rapport om inträffade stölder skall redovisas som information för omsorgsnämnden.

Rapportering av avvikande händelser inom omsorgsförvaltningen är viktigt att särskilja från en anmälan till polisen.

Omsorgsförvaltningen arbetar systematiskt med inrapportering av avvikande händelser i verksamheten. Utredningar av lex Sarah rapporter och kvalitetsrapporter SoL/LSS syftar till att utreda bakomvarande orsaker på systemnivå. Det vill säga att identifiera brister i verksamheten utifrån till exempel bristande rutiner eller kunskap. Genom det systematiska kvalitetsarbetet eftersträvar verksamheten att skapa ett lärande klimat och därmed undvika att det händer igen.

Just nu håller omsorgsförvaltningen på med en uppdatering av omsorgsförvaltningens system för händelserapportering. Uppdateringen kommer att genomföras under 2025 och medför teknisk möjlighet till förändringar i kategorisering av inrapporterade händelser. Ett tillägg i kategoriseringen kommer inte att innebära extra kostnad i samband med införandet. Sammantaget inrymmer det att rapportering om eventuella stölder skulle kunna redovisas till omsorgsnämnden när uppdateringen är färdig. Förvaltningen ser även en sådan möjlighet till uppföljning som positiv för utvecklingen av verksamheten. Det skapar möjlighet att ytterligare förbättra för våra omsorgstagare.

Motivering till beslut för yrkande 2.

I och med den nya uppdateringen av omsorgsförvaltningens avvikelssystem så är det möjligt inrätta nya kategoriseringar utan större kostnader eller ökad arbetsbelastning. Förvaltningen tror även att uppföljningen skulle kunna bidra till nya infallsvinklar och möjligheter för förvaltningen att jobba för en bättre vård och omsorg till våra omsorgstagare.

Därmed anser förvaltningen att omsorgsnämnden ska föreslå kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige att information om eventuella stölder skall redovisas för omsorgsnämnden.

Bilagor

Motionen

Sändlista:

Kommunledningsförvaltningen
Förvaltningschef omsorgen
Handläggaren

Omsorgsförvaltningen

Annette Viksten Åhl
Förvaltningschef

Tina Thomasson
Avdelningschef

Maria Persson
Socialt ansvaig samordnare

Rutin: Vägledning polisanmälan

Framtagen av: Ulf Jönsson, utredare, Maria Persson SAS.

Faktaägare: Avdelningschef administration och utveckling

Dokument ID: 0568

Version: 01

Reviderad: Ange datum.

Antagen i ledningsgrupp: 2023-11-09

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

Oklarheter i verksamheten kring polisanmälan.

Syfte

Förtydligande information om när och hur polisanmälan ska göras.

Omfattning

Alla anställda i omsorgsförvaltningen.

Genomförande

Polisanmälan

Alla får göra polisanmälningar, privatpersoner och verksamheter så länge man inte bryter mot reglerna i Offentlighets- och sekretesslag (2009:400), se 10 kap 23 § OSL. P. 1- p.2 ...”inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år... försök till brott där straffet inte är lindrigare än två år”.¹

Omsorgstagare drabbas av brott som faller under allmänt åtal²

Olika omständigheter att ta hänsyn till vid anmälan:

- Om omsorgstagaren lämnar samtycke till en polisanmälan kan ansvarig chef göra anmälan eller hjälpa omsorgstagaren att göra den. Motsätter sig exv. god man detta spelar det ingen roll utan polisanmälan kan göras ändå.

¹ Handlar om grövre brott som grov misshandel och grov utpressning, straffskalor ett år och sex månader medan grovt olaga tvång/hot är straffskalan 9 månader. Undantag finns för sekretessgenombrott angående barn. Enligt 10 kap 21 § OSL hindrar inte socialtjänstsekretess att uppgift lämnas till polis eller åklagare om uppgiften angår misstanke om brott enligt 3, 4 eller 6 kap brottsbalken (BrB) eller brott enligt lagen (1982:316) med förbud mot könsstymning av kvinnor mot någon som inte har fyllt arton år. 3 kap BrB handlar om brott mot liv och hälsa, t ex barnmisshandel. 4 kap BrB handlar om brott mot frihet och fred, t ex människohandel, olaga hot eller olaga frihetsberövande. 6 kap BrB handlar om sexualbrott, t ex sexuellt utnyttjande av barn. Enligt 10 kap 22 § OSL hindrar inte socialtjänstsekretessen att uppgift lämnas till Polismyndigheten eller Åklagarmyndigheten om uppgiften angår misstanke om langning m m. till underårig.

² De flesta brott faller under allmänt åtal. Då väcker åklagaren åtal för det allmänna, det vill säga samhällets, räkning. Det krävs inte att brottsoffret själv har anmält brottet. För att ett åtal ska kunna väckas måste bevisningen vara tillräckligt stark. Brottsoffrets deltagande i utredningen spelar ofta en avgörande roll för hur rättsprocessen fortlöper.

- För att kunna göra en polisanmälan utan samtycke krävs det att man bryter sekretessen och då måste straffvärdet vara minst ett år (grova brott).
- Är det ett pågående brott larma polisen.

Personal begår brott

Misstanke om brott exv. mot/mellan kollegor, omsorgstagare eller verksamhet - brottsoffret anmäler (omsorgstagare, se ovan) och HR kopplas in (avstängning, utredning m.m.).

Lex Sarah och polisanmälan

Det är olika kriterier och två olika typer av anmälningar som kan sammanfalla i samma händelse men utreds i parallella spår. Allmänt är att utredningar enligt lex Sarah utreder bakomliggande orsaker för att hitta systemfel och brister i verksamheten exv. rutiner, introduktion m.m.

Enligt SOFS 2011:5 2 kap 3 § är ett missförhållande (enligt lex Sarah) ”... utförda handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa...”

För ytterligare information kring anmälan se www.polisen.se



Motion

”Inrätta rutiner vid stölder inom omsorgen”

Till Kommunfullmäktige Hässleholm

Hässleholms kommun har inga samstämmiga rutiner hur man agerar vid stölder inom omsorgen. Man har inga rutiner om vem som ska polisanmäla, hur man rapporterar till nämnden eller statistik över omfattningen.

Andra kommuner har efter en del efterforskning tydliga rutiner om vem som polisanmäler, hur man följer upp, åtgärder samt rapport till nämnden.

Många rutiner inom Hässleholms kommun är bristande men man måste se till att det finns samstämmiga rutiner i hela kommunen som skall följas.

Vi motsäger oss att ansvaret på polisanmälan vid stölder inom omsorgen ska ligga på den enskilde omsorgstagaren och att större ansvar tas av chef över drabbad verksamhet.

På grund av ovanstående yrkar Sverigedemokraterna:

- **Att rutiner tas fram och inrättas för hur man agerar vid stölder inom omsorgen.**
- **Att rapport om inträffade stölder skall redovisas som information för omsorgsnämnden.**

Hanna Nilsson (SD)

Susanne Lottsfeldt(SD)

Handläggare
Anna Strömbäck
Omsorgsförvaltningen

Anna.stromback@hassleholm.se

Omsorgsnämndens arbetsutskott/
Omsorgsnämnden

Yttrande över motion- Utbildning vård- och omsorgspersonal inom särskilt boende

Ordförandens förslag till beslut

Omsorgsnämnden anser att munhälsa är viktig men ser också att det ekonomiska läget inte ger utrymme för att införa det som motionen yrkar på. Omsorgsnämnden beslutar därmed att föreslå kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige att motionen ska avslås. Vidare kommer omsorgsnämnden att lyfta frågan i kommande budgetarbete inför 2026.

Paragrafen anses omedelbart justerad.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår omsorgsnämnden att föreslå kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige att motionen ska avslås.

Vidare anser omsorgsnämnden paragrafen omedelbart justerad.

Sammanfattning

Förvaltningen erbjuder redan idag utbildningen i äldreomsorgen och inom funktionsstödsverksamheten.

Yrkandet att öka antalet utbildade till 50% ser inte förvaltningen som negativt men, att utöka det arbete som redan pågår är inte genomförbart med den budgetram vi förhåller oss till idag.

Beskrivning av ärendet

Sverigedemokraterna har lämnat in en motion till kommunfullmäktige 2024-10-21 § 116 med följande yrkanden:

- Att omsorgspersonalen inom alla men främst särskilda boenden ska ges möjlighet till denna utbildning.
- Att vi ska öka antalet utbildade till minst 50%.

Motionen har sänts till omsorgsnämnden för yttrande och svar ska vara kommunledningsförvaltningen tillhanda senast den 31 december 2024.

Omsorgsnämnden fick 2024-11-14 anstånd att inkomma med sitt yttrande till och med den 31 januari 2025.

Bedömning

Äldre kan ha svårt att behålla en god munhälsa. Svårigheter att borsta tänderna ökar om den äldre drabbas av sjuklighet och funktionsnedsättning. Försämrad motorik kan göra det svårt att på egen hand klara av sin munvård. Att medarbetare stärks i munvård är därför viktigt.

Det är inte bara i äldreomsorgen som det är viktigt att medarbetarna har kunskap om god munhälsa, det är lika viktigt inom funktionsstödsverksamheten då många behöver stöd i det genom hela livet.

Personal inom omsorgsförvaltningen ges i viss utsträckning möjligheten att genomföra den kostnadsfria utbildningen i munvård som erbjuds av Region Skåne. Men utifrån de förutsättningar som verksamheten har, i form av tid och budgetmedel, så finns det inte utrymme i dagsläget att öka antalet utbildade till 50%.

Även om utbildningen i sig är gratis så kostar vikarier för personalen som ska utbilda sig på arbetstid.

Utifrån ovan nämnda anledning, så föreslår förvaltningen att omsorgsnämnden beslutar att föreslå kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige att motionen ska avslås.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens omsorgstagare

Utbildningen genomförs i tillräcklig omfattning för att undvika konsekvenser för verksamhetens omsorgstagare.

Ekonomiska konsekvenser

Om 50% av medarbetarna ska genomgå utbildningen behövs det tillsättas medel för vikariekostnader.

Bilagor

Motionen

Sändlista:

Kommunledningsförvaltningen
Förvaltningschef omsorgen
Handläggaren

Omsorgsförvaltningen

Annette Viksten Åhl
Förvaltningschef

Anna Strömbäck
Enbetschef HR



Sverigedemokraterna
Hässleholm

Motion

” Utbildning för vård- och omsorgspersonal inom Säbo” .

Till Kommunfullmäktige i Hässleholm

När munvården inte fungerar ökar behovet av akut tandvård och sjukdomsbehandling. Det blir ett lidande för omsorgstagaren när det gäller att äta, tala och vara smärtfri. Samsjuklighetsproblematiken ökar också. Det finns ett stort konstaterat behov av tandvård på våra särskilda boenden.

En kostnadsfri utbildning som endast tar 1 timme för vår omsorgspersonal erbjuds av Region Skåne där personalen stärks i munvård.

I Hässleholm ligger vi dåligt till med endast 18% av all personal som har genomfört denna utbildning. Detta kan jämföras med Tomelillas 52%.

Detta tycker vi i Sverigedemokraterna är väldigt viktigt för att våra äldre ska kunna äta och slippa samsjukdomar och få vara smärtfria.

Med anledning av ovanstående yrkar Sverigedemokraterna:

- Att omsorgspersonalen inom alla men främst särskilda boenden ska ges möjlighet till denna utbildning.
- Att vi ska öka antalet utbildade till minst 50%.

Susanne Lottsfeldt (SD)

Hanna Nilsson (SD)

Handläggare
Anna Strömbäck
Omsorgsförvaltningen

Anna.stromback@hassleholm.se

Omsorgsnämndens arbetsutskott/
Omsorgsnämnden

Yttrande över motion- Attraktiv arbetsgivare inom omsorgen

Ordförandens förslag till beslut

Omsorgsnämnden anser motionens yrkanden som både viktiga och relevanta men ser också att det ekonomiska läget inte ger utrymme för att införa det som motionen yrkar på fullt ut. Omsorgsnämnden beslutar därmed att föreslå kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige att motionens yrkande ett ska anses besvarad och motionens yrkande två och tre ska avslås. Vidare kommer omsorgsnämnden att lyfta frågan i kommande budgetarbete inför 2026.

Paragrafen anses omedelbart justerad.

Förvaltningens förslag till beslut

Omsorgsnämndens arbetsutskott föreslår omsorgsnämnden att föreslå kommunstyrelsen att föreslå kommunfullmäktige följande beslut:

1. Yrkande ett i motionen anses besvarad.
2. Yrkande två och tre i motionen avslås.

Beslutet anses omedelbart justerat och översänds tillsammans med förvaltningens yttrande till kommunledningsförvaltningen.

Sammanfattning

Då förvaltningen redan idag har samverkan med gymnasier och högskolor, bedriver marknadsföring för rekrytering, så kan det konstateras att vi gör stora delar av det som motionen yrkar på. Yrkandet att intensifiera arbete ser inte förvaltningen som

negativt men, att utöka det arbete som redan pågår är inte genomförbart med den budgetram vi förhåller oss till idag. Det samma gäller för yrkandet att starta upp ett mentorsprogram och tilldela alla nyanställda en mentor.

Därför föreslår omsorgsförvaltningen att omsorgsnämnden ska föreslå kommunfullmäktige att motionens yrkanden ska delas upp i två beslut där yrkande ett anses besvarad och yrkande två och tre ska avslås.

Beskrivning av ärendet

Centerpartiet har lämnat in en motion till kommunfullmäktige 2024-10-21 § 116 med yrkanden att omsorgsnämnden i Hässleholm:

- Initierar samverkan med gymnasium, universitet och högskolor för att etablera god kontakt med studenter/elever som är omsorgsförvaltningens framtida arbetstagare.
- Utökar marknadsföring och annonser för att rekrytera nya medarbetare.
- Startar ett mentorsprogram med en mentor och mentorstid till alla nyanställda

Motionen har sänts till omsorgsnämnden för yttrande och svar ska vara kommunledningsförvaltningen tillhanda senast den 31 december 2024.

Omsorgsnämnden fick 2024-11-14 anstånd att inkomma med sitt yttrande till och med den 31 januari 2025.

Motivering till beslut

En rapport från SKR (personalrapport 2023–2033) visar på att kompetensbristen är välfärdens största utmaning. När arbetskraften inte räcker till måste fokus riktas mot att behålla och utveckla befintliga medarbetare. Välfärdens kompetensförsörjning kommer inte att lösas genom att enbart rekrytera fler. Att introducera nya medarbetare är en viktig parameter för att behålla medarbetare samtidigt som det såklart är viktigt att även se till att förvaltningen ska kunna få framtida medarbetare genom rekrytering.

Förvaltningen genomför aktiviteter kring de yrkade förslagen och är eniga i att det är viktigt för att visa upp Hässleholm som en attraktiv arbetsgivare. Välfärdens kompetensförsörjning kommer dock inte att lösas genom att enbart rekrytera fler utan fokus framåt behöver vara att behålla och utveckla befintliga medarbetare.

Inom vård och omsorgscollage, ett samarbete mellan arbetsgivare, utbildningsaktörer och fackliga organisationer, görs arbete såsom;

- Regional kvalitetssäkrad handledarutbildning

- Gemensam marknadsföring
- Gemensamt/likvärdigt valideringsförfarande
- Öka attraktiviteten inom vård- och omsorgssektorn
- Karriärvägar och nuläges-/framtidanalys

Utöver detta har förvaltningen goda kontakter med högstadium, gymnasieskolor, yrkesskolor, Komvux och universitet/högskola där vi tar emot *APL* platser och studenter samt marknadsför oss.

Omsorgsförvaltningen har en rekrytering- och introduktions grupp som kontinuerligt arbetar med att marknadsföra oss som arbetsgivare. Till exempel genom; att besöka Jacobskolan, AME och olika mässor (både för gymnasieval och arbetssökande) för att locka till yrket. Förvaltningen försöker tänka nytt och har till exempel haft med VR glasögonen, som varit ett populärt inslag. Det visar på en teknisk lösning samtidigt som det skapar insikt om yrket. Det har tagits fram ett enkelt material kring uppdrag/tjänster med ansökan via QR kod. Vi har gjort filmer till sommarrekryteringen och marknadsföring via Espresso, Linkedin och vår egen Facebook grupp för omsorgsförvaltningen.

I våra kommungemensamma rutiner för introduktion av medarbetare uttrycks det att chefen kan delegera vissa delar av introduktionen till att genomföras av en mentor. Det är bra för både den nyanställda och den som är mentor, som får möjlighet att utvecklas och träna på en coachande roll. I rutin för att introducera chefer uttrycks det att för att en chef smidigt ska kunna komma in i sitt arbete är det bra att utse en mentor. En mentor fungerar som en lots och ska vara bra på att lyssna och föra dialog men även vara positiv till att åta sig uppdraget. Det finns mentorer, vilka är riktade för nyanställda chefer, organiserat av centrala HR .

Utifrån rådande ekonomiska läge och förvaltningens budgetramar finns det inget utrymme att utöka det arbete som förvaltningen redan bedriver idag. Det handlar snarare om att försöka bibehålla upparbetade arbetssätt.

Bedömning

Då förvaltningen redan idag har samverkan med gymnasier och högskolor, bedriver marknadsföring för rekrytering, så kan det konstateras att vi gör stora delar av det som motionen yrkar på.

Yrkandet i punkt 2, att intensifiera arbetet som redan pågår, ser inte förvaltningen som något negativt men det är inte genomförbart när vår budgetram inte medger några utökningar i dagsläget. Det samma gäller för yrkandet i punkt 3, att starta upp ett mentorsprogram och tilldela alla nyanställda en mentor, vilket också skulle innebära nya kostnader som inte finns tillgängliga inom vår budget.

Utifrån ovanstående bedömning föreslår omsorgsförvaltningen att omsorgsnämnden ska föreslå kommunfullmäktige att motionens yrkanden ska delas upp och beslutas var för sig på följande sätt:

- Yrkande 1 ska anses besvarad.
- Yrkande 2 och 3 ska avslås.

Vidare föreslår förvaltningen att omsorgsnämnden omedelbart justerar beslutet för att hinna lämna in beslutet i tid till kommunledningsförvaltningen.

Förslagets konsekvenser för verksamhetens omsorgstagare

Förvaltningen bedömer att frågan är en del i kompetensförsörjningsarbetet och att det arbetas tillräckligt den delen för att undvika konsekvenser för verksamhetens omsorgstagare.

Ekonomiska konsekvenser

Om förvaltningen ska utöka arbetet med marknadsföring och mentorsprogram behöver det tillföras budgetmedel.

Bilagor

Motionen

Sändlista:

Kommunledningsförvaltningen
Förvaltningschef omsorgen
Handläggaren

Omsorgsförvaltningen

Annette Viksten Åhl
Förvaltningschef

Anna Strömbäck
Enhetschef HR

Tina Thomasson
Avdelningschef

Motion Attraktiv arbetsgivare inom omsorgen

Bristen på arbetskraft är ett vanligt problem inom omsorgen (SKR 2019). Hög personalomsättning är kostsamt och tidskrävande, både vad gäller rekrytering och introduktion av ny personal. Genom att säkerställa tillgången på personal, kan både arbetsmiljö och kvalitet förbättras (Arbetsmiljöverket, 2020).

Att vara en attraktiv arbetsgivare kan handla om att erbjuda goda arbetsvillkor, och utvecklingsmöjligheter. På det sättet kan omsorgsnämnden förbättra arbetsmiljön, minska stress och öka personalens trivsel och hälsa. Detta leder till minskad sjukfrånvaro och högre arbetstillfredsställelse. Om arbetsplatsen är attraktiv, kommer personalen sannolikt att stanna längre, vilket kan skapa kontinuitet i vården och kan minska kostnaderna för ständiga nyrekryteringar. Personal som trivs och känner sig uppskattad på sin arbetsplats är ofta mer engagerad och motiverad i sitt arbete. Ökat engagemang leder till bättre resultat, vilket direkt påverkar kvaliteten på den omsorg som brukarna får.

Därför yrkar Centerpartiet att omsorgsnämnden i Hässleholm

- Initierar samverkan med gymnasium, universitet och högskolor för att etablera god kontakt med studenter/elever som är omsorgsförvaltningens framtida arbetstagare
- Utökar marknadsföring och annonser för att rekrytera nya medarbetare.
- Startar ett mentorsprogram med en mentor och mentorstid till alla nyanställda

2024-09-27

Anna Pålsson, Centerpartiet

Ledamot i Kommunfullmäktige

Anders Edwall, Centerpartiet

Ledamot i Kommunfullmäktige

Med jordnära visioner vill vi skapa en grön och trygg vardag som ger kraft åt varje människa