



## Kallelse till socialnämnden

<b>Nämnd</b>	Socialnämnden
<b>Tid</b>	Onsdagen den 24 maj 2023 klockan 17.00
<b>Plats</b>	Höger kammarsal, kommunhuset
<b>Justerare</b>	Kajsa Särenholm

## Föredragningslista

- | Nr  | Ärende   |
|-----|--|
| 1.  | Val av justerare och tid för justering<br>Tid för justering: måndag den 29 maj kl. 15.30   |
| 2.  | Godkännande av dagordning  |
| 3.  | Presentation av anhörigsamordnare<br>Föredragande: Karin Wennblom  |
| 4.  | Tertialuppföljning 1 2023<br>Föredragande: Pernilla Ekstrand och Anna-Carin Alzén  |
| 5.  | Information om förslag på nya verksamhetsutvecklingsmål för socialnämnden 2024<br>Föredragande: Ellen Strömberg och Sara Svenningsson                      |
| 6.  | Avskaffande av servicedeklarationer<br>Föredragande: Ellen Strömberg   |
| 7.  | Lex Sarah<br>Föredragande: Therese Ek  |
| 8.  | Beslut från Inspektionen för vård och omsorg gällande tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre<br>Föredragande: Therese Ek |
| 9.  | Socialnämndens delegationsordning - köp av korttidsplats<br>Föredragande: Pernilla Ekstrand  |
| 10. | Delegationsärenden   |
| 11. | Informationsärenden  |

Hans Jarstig  
Ordförande

Sara Svenningsson  
Sekreterare



**Dokumenttyp**  
Tjänsteskrivelse

**Datum**  
2023-05-08

**Diarienummer**  
SN23/92

**Sida**  
1

**Mottagare**  
Socialnämnden

## Tertialrapport 1 2023

### Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

Tertialrapporten omfattar uppföljning av ekonomi, kvalitet och verksamhetsutvecklingsmål.

Pernilla Ekstrand  
Socialchef

**Beslutet skickas till**  
Kommunstyrelsen

**Bilaga:**  
Tertialrapport 1 Jan-Apr 2023

# Tertialrapport 1 Jan-Apr 2023

## Socialförvaltningen



HABO KOMMUN

# Tertialrapport 1 Jan-Apr 2023

*Status: Påbörjad Rapportperiod: 2023-04-30 Organisation: Socialförvaltningen*

# Innehåll

1	Resursuppföljning.....	3
1.1	Ekonomiskt utfall och prognos.....	3
1.2	Uppföljning personalnyckeltal.....	4
2	Uppföljning av verksamhetsutvecklingsmål.....	6
2.1	Enkel och tillgänglig service.....	6
2.2	Mod och innovation för effektiv resurshantering.....	6
2.3	Attraktiv arbetsgivare.....	7
2.4	Verksamhetens egna verksamhetsutvecklingsmål.....	7
3	Kvalitetsuppföljning.....	9
3.1	Verksamhetsperspektivet.....	9
3.2	Målgruppsperspektivet.....	9
3.3	Medarbetarperspektivet.....	10
3.4	Ekonomiperspektivet.....	10

# 1 Resursuppföljning

## 1.1 Ekonomiskt utfall och prognos

Det ekonomiska utfallet och prognosen redovisas här uppdelat på drift och investering. Uppföljningen av driften redovisas per verksamhet. När det gäller investeringarna redovisas totalen för förvaltningen/nämnden. I kommentarerna beskrivs de väsentliga avvikelserna.

### 1.1.1 Driftsuppföljning (Tkr)

Verksamhet/enhet	Budget helår	Utfall tom aktuell period	Prognos helår	Avvikelse Budget - Prognos
Politisk verksamhet	670	294	670	0
Socialförvaltningen gemensamt	11 403	3 155	10 603	+800
Övergripande ÄO/FO o hälso- o sjukvård	67 378	21 201	69 178	-1 800
Äldreomsorg	63 018	19 572	63 418	-400
Funktionshinderomsorg	54 038	16 348	54 538	-500
Individ- o familjeomsorg	30 539	8 244	29 839	+700
Flykting o integration	27	-2 817	27	0
<b>Total</b>	<b>227 073</b>	<b>65 997</b>	<b>228 273</b>	<b>-1 200</b>

#### 1.1.1.1 Kommentar till driftsuppföljning

Socialnämndens prognos för året hamnar totalt på – 1 200 tkr, varav 900 tkr beror på utköp av bilar i samband med att leasingkontrakt löper ut.

För socialförvaltningen gemensamt redovisas ett överskott på + 800 tkr. Detta beror bl.a. på vakanser då nya tjänster inte är tillsatta från årets början.

Övergripande äldre- och funktionshinderomsorg samt hälso- och sjukvård hamnar på en prognos på – 1 800 tkr. Detta beror på följande poster: inhyrd bemanning på biståndsenheten -800 tkr, ökade kostnader för sjukvårdsmaterial – 300 tkr, personalkostnader inom ledning och administration + 200 tkr och utköp av bilar när leasingkontrakt löper ut – 900 tkr.

Prognosen för äldreomsorgen ligger på – 400 tkr. I denna prognos ingår prestationsbaserat statsbidrag för bemanning av sjuksköterskor 2021 på 1 mnkr som ännu inte nyttjats. Det är lägre kostnader (+1 400 tkr) på särskilt boende p.g.a. att 5 platser ännu inte har kunnat öppnas på demensavdelningen Gläntan. Övriga förklaringar till avvikelsen är ökade kostnader bemanning korttidsenheten – 600 tkr, ökade kostnader natten – 1 000 tkr, ökad volym inom hemtjänsten – 2 000 tkr, lägre kostnader dagverksamhet + 600 tkr och övrigt +200 tkr.

Inom funktionshinderomsorgen ser det ut att bli ett underskott på -500 tkr. Detta beror på ökade behov på korttids/fritids Kråkan – 900 tkr och ökade behov inom personlig assistans -400 tkr. Gruppboendet Solhöjden och barnboendet ser ut att gå med överskott.

För individ- och familjeomsorgen redovisas ett överskott på 700 tkr. Även här är inte alla tjänster tillsattas och det har varit låga kostnader för arbetsmarknadsinsatser i början av året. Det är dock relativt osäkert hur

kostnaderna för försörjningsstöd och placeringar utvecklas. I denna prognos hamnar försörjningsstödet på – 300 tkr och placeringarna på – 300 tkr.

### 1.1.2 Investeringsuppföljning (Tkr)

Verksamhet/enhet	Inv budget helår	Utfall tom aktuell period	Prognos helår	Avvikelse Budget - Prognos
Socialförvaltningen	4 029	581	4 029	0

#### 1.1.2.1 Kommentar till investeringsuppföljning

Inga avvikelser förväntas i dagsläget.

## 1.2 Uppföljning personalnyckeltal

Habo kommun har tagit fram ett antal nyckeltal inom området personal som bedöms viktiga att följa upp regelbundet. Dessa nyckeltal analyseras i fyra områden; sjukfrånvaro, personalomsättning, personalsammansättning och tidsanvändning. Samtliga nyckeltal redovisas ackumulerade från årets början till och med månaden före rapporteringsmånaden pga eftersläpning i löneuppgifter. (Exempelvis för tertial 1 redovisas nyckeltal för perioden jan-mars).

### 1.2.1 Sjukfrånvaro

	Sjukfrv 1-14 % ack Jan - Mar 2023	Sjukfrv 15+ % ack Jan - Mar 2023
Alla åldrar	4.92%	5.04%

Korttidssjukfrånvaron ligger ca 1,6-procentenheter lägre än motsvarande period 2022. Trenden fortsätter med lägre långtidssjukfrånvaro. Motsvarande uppgift för 2022 var 7,5%.

### 1.2.2 Personalomsättning

	2022	2023
Externa avgångar	-8	-10
Omsättning externt (%)	2.99%	3.43%

Personalomsättningen har ökat jämfört med 2022. Detta avser framförallt biståndsenheten.

### 1.2.3 Personalsammansättning

	2021	2022	2023
Antal tillsvidareanställda månadsavlönade	266	272	299
Antal visstidsanställda månadsavlönade	44	30	22

	Antal årsarbetare enl. ÖK	Genomsn. syss.grad, (%)
Tillsvidare	282.87	94.61%

Antalet tillsvidareanställda fortsätter att öka. En ny gruppbostad har öppnat och det anställda där började i mitten av mars. En annan förklaring till ökningen är ökade behov på både äldreboendet och demensboendet.

Även den genomsnittliga sysselsättningsgraden fortsätter att öka.

#### 1.2.4 Tidsanvändning

	Timmar Jan - Mar 2023	Timmar Jan - Mar 2022
A ARBETAD TID	123 921.76	113 226.80
4 Fyllnadstid	379.48	522.84
5 ÖVERTID	842.94	1 813.60
B FRÅNVARO	31 244.35	33 046.40

Den arbetade tiden har ökat med drygt 10 000 timmar. Det avser bl.a. äldre- o demensboendet och den nya gruppboenden.

Sjukfrånvaron har ju varit lägre 2023 än 2022, vilket medfört att både fyllnads- och övertiden är betydligt lägre.



## 2 Uppföljning av verksamhetsutvecklingsmål

Kommunfullmäktige beslutar för varje mandatperiod om fokusområden för verksamhetsutveckling. För innevarande mandatperiod är dessa fokusområden; Enkel och tillgänglig service, Mod och innovation för effektiv resurshantering samt Attraktiv arbetsgivare.

Utifrån fokusområdena för verksamhetsutveckling tar respektive nämnd fram verksamhetsutvecklingsmål kopplade till grunduppgifterna för verksamheterna. Varje nämnd ska arbeta fram 4-6 verksamhetsutvecklingsmål där de önskar göra en markant förflyttning. Målen beslutas årligen av nämnden och vid behov kan mål alltså läggas till eller plockas bort under en pågående mandatperiod. Utöver de mål som är kopplade till fokusområdena kan nämnden besluta om ytterligare så kallade "egna verksamhetsutvecklingsmål".

### 2.1 Enkel och tillgänglig service

Fokusområde Enkel och tillgänglig service syftar till att Habo kommun ska vara en attraktiv kommun med nöjda invånare och till att stärka kommunens varumärke och förtroende. Kommunens invånare ska tillhandahållas en hög servicenivå, ett gott bemötande och snabba handläggningstider.

VUM Verksamhetsutvecklingsmål	Bedömning
-------------------------------	-----------

#### 2.1.1 Analys och slutsats

Nämndens verksamhetsutvecklingsmål Digitalisering och välfärdsteknik kopplar till två fokusområden:


Enkel och tillgänglig service och Mod och innovation för effektiv resurshantering

Bedömning samt Analys och slutsats av verksamhetsutvecklingsmålet Digitalisering och välfärdsteknik finns därför beskrivet i kapitel 2.2 nedan.

### 2.2 Mod och innovation för effektiv resurshantering

Fokusområde Mod och innovation för effektiv resurshantering syftar till att Habo kommun ska ha en kostnadseffektiv verksamhet för att säkerställa största möjliga nytta för pengarna och att använda resurser på bästa sätt i relation till våra invånare. Organisationen ska t ex våga använda ny teknik för att skapa en bättre verksamhet med samma eller mindre resursåtgång.

VUM Verksamhetsutvecklingsmål	Bedömning
-------------------------------	-----------

Digitalisering och välfärdsteknik	
-----------------------------------	---



**Kommentar:**

Det finns behov av att inom förvaltningen hitta nya arbetssätt för att stärka brukares självständighet och förbättra arbetssätten för medarbetare.

E-tjänst för ekonomiskt bistånd testas för närvarande. Utredning pågår för att identifiera varför den inte fungerar tillfredsställande.


Combine-appen används inom hemtjänst, hemteam och boendestöd för att dokumentera samt se dagens planering i telefonen. Inom kort kommer Combine-appen att användas inom särskilt boende och återstående verksamheter inom funktionshinderomsorgen.

### 2.2.1 Analys och slutsats

För att lyckas med att nå målet digitalisering och välfärdsteknik behöver såväl medarbetare som brukare se vinster i användandet av ny teknik och förändrade arbetssätt. Det är också viktigt att förstå att även detta arbetet initialt kräver resurser i form av våra medarbetares tid innan en ny funktion löper på i vardagen. Förvaltningen arbetar kontinuerligt med att hitta digitala lösningar och förändringar i arbetssätt i syfte att frigöra tid för våra medarbetare att möta våra brukare och ge det stöd som ger brukaren största möjliga självständighet.

## 2.3 Attraktiv arbetsgivare

Fokusområde Attraktiv arbetsgivare syftar till att Habo kommun ska ha medarbetare med hög kompetens för att kunna erbjuda kommunens invånare den bästa servicen. För att säkerställa detta krävs bland annat engagerade och nöjda medarbetare, en låg personalomsättning och låga sjuktal. Det ska ses som attraktivt att arbeta inom Habo kommun.


VUM Verksamhetsutvecklingsmål	Bedömning
Personalförsörjning	
<p><b>Kommentar:</b>  Rekrytering av semestervikarier är en stor utmaning inom vård och omsorg, särskilt inom hemtjänst och personlig assistans. Det finns risk för att inte kunna tillsätta tillräckligt många semestervikarier för att täcka bemanningen.  Sommarvikarier kommer att få bonus efter att ha arbetat motsvarande heltid i sex veckor under sommaren 2023.  Från september 2022 är 14 medarbetare inskrivna i äldreomsorgslyftet och läser till undersköterska. Studier bedrivs på halvfart med bibehållen lön och arbete i verksamhet på kvarvarande 50% av heltidstjänst. Hittills har fem personer fullföljt utbildningen. För åtta personer pågår studierna. En person har valt att inte fullfölja utbildningen.  Två undersköterskor studerar till specialistundersköterska och två sjuksköterskor vidareutbildar sig till specialistsjuksköterska.  Undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och socionomer erbjuds att gå handledarutbildning på arbetstid för att verksamheterna ska kunna ta emot studenter och elever.  Socialförvaltningen deltar i vård- och omsorgscollege och påverkar på så sätt innehållet i utbildningen för vård- och omsorgspersonal. Förvaltningen har medarbetare i såväl regionalstyrgrupp som i lokal styrgrupp.  Hållbar bemanning är ett nytt arbetssätt inom vård och omsorg. Arbetsgrupperna attraktiv arbetsgivare och hälsofrämjande arbete är påbörjade.</p>	

### 2.3.1 Analys och slutsats

Personalförsörjning är socialnämndens verksamhetsutvecklingsmål kopplat till fokusområdet Attraktiv arbetsgivare. Personalförsörjning är en av förvaltningens största utmaningar. Utmaningen består främst i att skapa attraktivitet för arbete inom vård och omsorg snarare än att locka medarbetare till Habo kommun. Tillsammans på övergripande nivå i kommunen behöver varumärket Habo kommun vårdas och stärkas.

## 2.4 Verksamhetens egna verksamhetsutvecklingsmål

Utöver de verksamhetsutvecklingsmål som kopplats till fokusområdena kan förvaltningarna välja att arbeta fram andra verksamhetsutvecklingsmål. Dessa rapporteras i detta stycke.

VUM Verksamhetsutvecklingsmål	Bedömning
Integration	
<p><b>Kommentar:</b>  En arbetskonsulent har anställts till funktionshinderomsorgen. Förväntad effekt är att brukare med daglig sysselsättning ska få ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden.  Arbetet med flyktinghandledning pågår. Syftet är att integrera flyktingar in i det svenska samhället.</p>	

### 2.4.1 Analys och slutsats





Integration är nämndens eget verksamhetsutvecklingsmål. Kommunerna har i uppdrag att stödja människor till sysselsättning, ett uppdrag som tidigare låg på Arbetsförmedlingen. Ytterligare resurser kan komma att krävas på grund av att förändringar av lagstiftningen inom området förväntas ske. Av den anledningen arbetar förvaltningen med att anpassa verksamheten.

## 3 Kvalitetsuppföljning

För att säkerställa en god kvalitet i verksamheten ska respektive nämnd identifiera kritiska kvalitetsfaktorer för sina verksamheter. Kvalitetsfaktorerna bevakas och följs upp med hjälp av kvalitetsindikatorer och respektive förvaltningschef ansvarar för att rapportera avvikelser i de kritiska kvalitetsfaktorerna till nämnden. Kritiska kvalitetsfaktorer identifieras inom de fyra olika perspektiven; Målgruppsperspektivet, Verksamhetsperspektivet, Medarbetarperspektivet och Ekonomiperspektivet. Analyser och slutsatser gällande avvikande kvalitet ska följas av åtgärder som behöver vidtas för att tillse att kvalitet uppnås.

### 3.1 Verksamhetsperspektivet

Inom verksamhetsperspektivet ska kvalitet och effektivitet i verksamheten och processerna säkerställas.


KKF Kritisk kvalitetsfaktor	Bedömning
Kompetenta medarbetare	
<b>Kommentar:</b> För att upprätthålla rättssäkerheten hyrs personal in för att täcka vakansen inom biståndsenheten.	
Kontinuitet	
<b>Kommentar:</b> Personalomsättningen inom barn och unga myndighetsutövning är för hög, vilket påverkar arbetsbelastningen negativt. Planen är att överanställa från hösten 2023 för att minska arbetsbelastningen och ha beredskap för oplanerad frånvaro och arbetstoppar. Personalomsättningen inom biståndsenheten är hög. Rekrytering pågår.	
Ändamålsenliga lokaler	
<b>Kommentar:</b> På grund av att det inte har funnits några marginaler för att växa har arbetsgrupper och enskilda medarbetare behövt flytta runt och därmed splittrats från de arbetsgrupper de tillhör. Den lösning som för närvarande sker i förvaltningen är att fler och fler medarbetare flyttas ihop för att dela kontor. Flera av de rum som förvaltningen använder som kontor kommer inom kort behövas för att bedriva verksamhet för brukare. Lokaler avsedda för socialförvaltningens brukare behöver bli fler och större. Under första tertialet 2023 har brukare inom äldreomsorgen fått dela rum vid korttidsvistelse. Förvaltningen väntar fortfarande på att kunna fullfölja uppstart av 10 platser för särskild boende med inriktning mot demensomsorg. Idag är endast 5 av lägenheterna tillgängliga. På grund av lokalbrist har förvaltningen köpt en korttidsplats i annan kommun under perioden.	
Verksamhetssystem	
<b>Kommentar:</b> Det finns brister i verksamhetssystemet vid hantering av ej verkställda beslut. Det råder osäkerhet kring hanteringen vid uppehåll i verkställighet samt delvis verkställt beslut. Anvisningsrutin har inte tagits fram.	

#### 3.1.1 Analys och slutsats

Det är av största vikt att socialförvaltningens verksamheter snabbt får ändamålsenliga lokaler för att kunna upprätthålla god kvalitet.

### 3.2 Målgruppsperspektivet

Inom målgruppsperspektivet ska kvalitet och effektivitet utifrån medborgarnas perspektiv säkerställas.

KKF Kritisk kvalitetsfaktor	Bedömning
Rättsäkerhet	

**Kommentar:**

Två beslut om gruppbofastad har rapporterats till IVO som ej verkställda. Besluten kommer att verkställas under april-maj 2023 i samband med att Ringvägens gruppbofastad öppnar.  
Inom området uppdragstagare har förvaltningen inte kunnat rekrytera kontaktperson, kontaktfamilj och stödfamilj.

Tillgänglighet

**Kommentar:**

Det saknas kännedom om vilket innehåll som ska finnas och vem som ansvarar för innehållet på hemsidan.

### 3.2.1 Analys och slutsats

Inom området uppdragstagare finns brister i kvalitet gällande verkställande av beslut. Förvaltningen utreder för närvarande organisationen kring uppdragstagare.

## 3.3 Medarbetarperspektivet

Inom medarbetarperspektivet ska kvalitet och effektivitet utifrån kompetens, medarbetarskap, ledarskap och arbetsmiljö säkerställas.

KKF Kritisk kvalitetsfaktor	Bedömning
Friska medarbetare	
<b>Kommentar:</b> Korttidssjukfrånvaron ligger på en för årstiden acceptabel nivå. Trenden fortsätter med lägre långtidssjukfrånvaro.	
Nöjda medarbetare	
<b>Kommentar:</b> Ej utvärderad eftersom inget underlag finns än.	

### 3.3.1 Analys och slutsats

Inga avvikelser finns att rapportera.

## 3.4 Ekonomiperspektivet

Inom ekonomiperspektivet ska kvalitet och effektivitet utifrån god ekonomisk hushållning säkerställas.

KKF Kritisk kvalitetsfaktor	Bedömning
Effektiv resursanvändning	
<b>Kommentar:</b> På biståndsenheten har medarbetare slutat eller varit sjukskrivna längre period. Rekrytering pågår. Behovet av inhyrd personal förväntas upphöra när nya medarbetare är på plats. Fortsatta insatser över hela vård och omsorg krävs för att upprätthålla och fortsätta den positiva trend med minskad övertid 2023.	

### 3.4.1 Analys och slutsats

Tjänsterna som biståndshandläggare som varit utannonserade är tillsatta och kommer att tillträdas under augusti och september.



## Avveckla tjänstegarantier / servicedeklarationer inom socialnämnden

### Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att avveckla tjänstegarantier/servicedeklarationer.

### Beskrivning av ärendet

År 2011 beslutade socialnämnden att införa servicedeklarationer, vilket innebär att en viss kvalitetsnivå garanteras. Servicedeklarationerna tydliggör socialnämndens prioriteringar. Ingen ekonomisk ersättning betalas ut till enskilda om kommunen inte uppfyller servicedeklarationen. Bristerna ska istället korrigeras genom själv rättelse.

Utförare som anlitas av socialnämnden godkända utförare av hemtjänst omfattas av servicedeklarationerna.

Syftet med servicedeklarationer är att tydliggöra vilka förväntningar kommuninvånarna kan ha på socialnämndens verksamheter.

Förvaltningen har följande servicedeklarationer:

#### *Hela socialförvaltningen*

Handläggare ska kontakta dig inom två arbetsdagar från det att du sökt oss.

Du ska inom två veckor från anmält behov av bistånd på grund av funktionsnedsättning få en tid med handläggare.

Din genomförandeplan, där du beskriver hur du vill att vi stödjer dig, ska följas upp minst var sjätte månad eller oftare om dina behov förändras.

All personal inom Habo kommuns socialförvaltning som gör besök hemma hos dig ska bära sin tjänstelegitimation väl synlig

Dokumenttyp  
Tjänsteskrivelse

Datum  
2023-05-10

Diarienummer  
SN21/56

Sida  
2

### *Särskilt boende för äldre*

När du flyttar in på särskilt boende ska du erbjudas en personlig kontaktman inom tre dagar.

Inom fyra veckor efter inflyttning på särskilt boende ska du erbjudas ett samtal med din kontaktman. Samtalet är till för att du ska få möjlighet att berätta om dig själv, och hur du vill ha din hjälp. Det är också ett tillfälle för oss att lära känna dig lite bättre.

### *Socialpsykiatri och barn/ungdom som omfattas av lagen om särskilt stöd och service (LSS)*

Personal inom funktionshinderomsorg som gör besök hem till dig ska visa upp tjänstelegitimation vid önskemål.

När du beviljas kontaktperson ska du inom två veckor efter beslutet kontaktas och ges information så lämplig kontaktperson hittas.

Din genomförandeplan, där du beskriver hur du vill att vi stödjer dig, ska vara klar inom fyra veckor från det datum ditt stöd startar.

### *Individ- och familjeomsorgen*

Du ska informeras om din rätt till insyn i den dokumentation som görs om dig.

### *Serveringstillstånd*

Inom sex veckor från det datum en komplett ansökan om stadigvarande serveringstillstånd har inkommit ska du få ett beslut.

Inom två veckor från det datum en komplett ansökan om tillfälligt serveringstillstånd har inkommit ska du få ett beslut.

### **Kvalitet följs med kritiska kvalitetsfaktorer**

I styrmodellen för Habo kommun görs kvalitetsuppföljning genom kritiska kvalitetsfaktorer. Ansvarig chef för verksamheten är skyldig att meddela större avvikelser i kvalitet. Varje tertiäl redovisar förvaltningschefen analys och slutsatser i kvalitetsuppföljningen.

Kraven som ställs på förvaltningen är mer omfattande än de tjänstegarantier/servicedeklarationer som finns. Det är missvisande att begränsa förväntan på god service till det som anges i tjänstegarantier. Brukare, patienter, närstående, företagare och kommuninvånare ska få god kvalitet från socialnämndens verksamheter. Förvaltningen föreslår att tjänstegarantier/servicedeklarationer avvecklas



**Dokumenttyp**  
Tjänsteskrivelse

**Datum**  
2023-05-10

**Diarienummer**  
SN21/56

**Sida**  
3

Ellen Strömberg  
Verksamhetsutvecklare

**Beslutet skickas till**  
Chefer socialförvaltningen  
Webbredaktör socialförvaltningen



Dokumenttyp  
Tjänsteskrivelse

Datum  
2023-05-10

Diarienummer  
SN 23/68

Sida  
1

Mottagare  
Socialnämnden

## Lex Sarah - brister i trygghet på Kärrsgårdens korttidsenhet

### Förslag till beslut

Informationen läggs till handlingarna.

### Ärendebeskrivning

Socialnämnden i Habo kommun är ansvarig för särskilt boende för äldre i Habo kommun.

Socialnämnden är skyldig att rapportera, utreda och anmäla påtagliga risker för allvarliga missförhållanden och allvarliga missförhållanden till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

Den 17 februari 2023 inträffade ett allvarligt missförhållande på Kärrsgårdens korttidsenhet. En brukare tog sig in i en annan brukares lägenhet och knuffade omkull en anhörig som vistades i lägenheten. En utredning är gjord där orsaker identifierats och åtgärder har planerats för att undvika att detta inträffar igen.

Enligt delegationsordningen fattar MAS (Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska) beslut i ärenden som rör missförhållande enligt Lex Sarah.



Inspektionen för vård och omsorg

## BESLUT

2023-04-26

Dnr 3.5.1-01280/2023-5

1(17)

Habo kommun  
Socialnämnden  
Box 212  
566 24 HABO

2023-04-27  
SN23/13

## Vårdgivare och huvudman

Habo kommun

## Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av socialnämnden i Habo kommun (nämnden).

I tillsynen har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskat följande områden:

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkontinuitet
- Läkemedelshantering
- Vård i livets slutskede

## Beslut

IVO konstaterar följande brister:

- den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård.
- läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt.
- vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk.

IVO begär med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden redovisar:

- De förbättringsåtgärder som pågår, vidtagits eller planeras inom dessa områden för att komma till rätta med de brister som IVO konstaterat,
- uppgifter om när åtgärderna genomförts eller kommer att genomföras,
- samt hur och när effekten av planerade, pågående och vidtagna åtgärder kommer att följas upp.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast **den 22 juni 2023**.

Om bristerna inte avhjälpas eller om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande med eller utan vite.

## Skälen för beslutet

Nedan kommer IVO under varje bristpunkt att redovisa myndighetens bedömning av den medicinska vården och behandlingen på SÄBO i Habo kommun.

**Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning**

IVO:s tillsyn visar att den personal som gör individuella medicinska bedömningar på SÄBO i Habo kommun inte alltid har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och inte behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning. IVO bedömer att den bristande kompetensnivån och bristerna i svenska språket utgör en patientsäkerhetsrisk och medför att kommunen inte säkerställer att kraven på en god vård uppfylls.

IVO konstaterar vidare att många livsavgörande bedömningar av patienter på SÄBO görs av den personal som har den lägsta utbildningsnivån. Tillgången till läkare är ibland otillräcklig.

Bristerna innebär att den personal som är närmast patienten inte alltid har den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras. I SÄBO har många patienter allvarliga sjukdomar eller befinner sig i livets slutskede, och det är då viktigt att vård- och omsorgspersonalen t.ex. förstår vilka symtom de ska vara uppmärksamma på för att tillkalla sjuksköterska.

IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att vård- och omsorgspersonal har otillräckliga kunskaper i svenska språket. Språkkunskaper och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt är en förutsättning för patientsäkerheten. Det finns också en risk att information mellan olika yrkeskategorier missuppfattas eller förvanskas. Detta är förstås särskilt allvarligt när det gäller personal med delegering att ge läkemedel till patienter.

IVO vill påtala att det är den enskilda arbetsgivaren som måste ställa krav vid rekrytering utifrån verksamhetens behov av kvalitet och kompetens.

IVO konstaterar av underlaget att tillgång till läkare och läkarkonsultation ibland är otillräcklig. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs för att

enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. IVO påtalar att om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

*IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:*

Nyckeltal	Habo	Jönköping*	Riket
<b>Av journalgranskningen framgår</b>			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	18%	48%	34%
<b>I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de</b>			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	0%	35%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	0%	35%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	0%	56%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	100%	92%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	0%	73%	63%

\* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

*Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:*

#### *Sjuksköterskor*

Vid intervju med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att vård- och omsorgspersonalens kompetens varierar. De flesta av vård- och omsorgspersonalen har kompetens att uppmärksamma om en patients hälsotillstånd förändras eftersom de känner patienterna väl. Vikarier har inte alltid tillräcklig kompetens. Vård- och omsorgspersonalen kontaktar oftast sjuksköterska när det finns behov men ibland kan det dröja, särskilt under kvällar och nätter. Till exempel har det hänt att vård- och omsorgspersonalen väntat med att kontakta sjuksköterska till morgonen efter ett fall

kvällstid. Sjuksköterskorna anser att kvaliteten på vården försämras på grund av bristerna i personalens kompetens, exempelvis i samband med vak hos patienter. De flesta av vård- och omsorgspersonalen har tillräckliga kunskaper i det svenska språket men en del kan ha svårt att kommunicera med patienterna, vilket blir särskilt problematiskt i demensvården. Vid delegering märks det ofta om personalen inte har tillräckliga kunskaper i svenska språket. Då nekar sjuksköterskorna delegering.

Sjuksköterskorna framförde att de under dygnets alla timmar har möjlighet att besöka patienterna för att bedöma hälsotillståndet när de anser att det finns behov av det.

Vidare framförde sjuksköterskorna att den totala läkartiden inte är tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov. På vissa boenden är inte tiden på utlagd mottagning tillräcklig utifrån behovet av insatser. Nattetid kommer läkare inte på hembesök utan då måste patienterna skickas till sjukhus. Det kan även vara svårt att nå läkarna på vårdcentralen via telefon under konsulttiden. Sjuksköterskorna anser att det är för få läkare och att läkarkompetensen brister till viss del. Sjuksköterskorna får ta ett stort ansvar för vården.

#### Patienter

Vid samtal med fyra patienter framkom att de alltid får hjälp av vård- och omsorgspersonalen när de inte mår bra. Någon patient önskar få träffa sjuksköterska och läkare lite oftare. När det gäller kompetens i svenska språket anser patienterna att de alltid eller oftast förstår vad vård- och omsorgspersonalen säger och att personalen alltid förstår dem. Det kan dock vara svårt att föra riktiga samtal och en patient har märkt att det kan uppstå missförstånd mellan personalen och andra patienter. Patienterna känner sig trygga eller ganska trygga med vård- och omsorgspersonalen. En patient upplevde att personalen är jäktad och att det kan vara lite ”rörigt”. Patienten kan själv behöva instruera personalen om exempelvis handhavandet av hjälpmedel.

#### Ledning

Vid samtal med representanter för kommunens ledning framkom att de är medvetna om att det finns brister gällande vård- och omsorgspersonalens kompetens och språkkunskaper, när det gäller vikarier. Det är problematiskt att flera vikarier är utbildade vilket de anser medför risker. Ledningen försöker skapa goda förutsättningar för delegering och att ge vikarierna en bra introduktion, främst inför sommaren. De har även utbildningsmöjligheter med sjuksköterska vid behov kontinuerligt under året. De har hårda krav för delegering men inga kompetens- och språkkrav för vikarier generellt. Ledningen ser utmaningar med att få in rätt personer i verksamheterna men erbjuder inte anställning om de bedömer att en person inte är lämplig. Den ordinarie personalen har enligt ledningen god kompetens och många av dem har undersköterskeutbildning.

När det gäller sjuksköterskebemanningen anser ledningen att de har en bra sjuksköterskebemanning och att de boende på SÄBO har bra tillgång till sjuksköterska.

Ledningen bedömer att sjuksköterskorna har goda möjligheter att hjälpa patienterna och att bedöma deras hälsotillstånd på plats vid behov.

Ledningen anser att läkartillgången för personer på kommunens SÄBO överlag är god och att sjuksköterskorna har bra tillgänglighet till läkare på vårdcentralen. Vårdcentralen har dock inte alltid kapacitet att följa vårdbehovet och det gör att det ibland kan uppstå större behov av läkare än vad som finns tillgängligt. Ledningen beskriver även att läkarna ibland kan anse att de som bor på SÄBO är ”under uppsikt” vilket kan vara ett problem. Kommunen har en god samverkan med vårdcentralen och de har ett direktnummer där de alltid kan komma i kontakt med läkare. Det finns avtal och lokala avtal gällande läkartillgång men de har även samverkan med vårdcentralen där de kan lyfta hur det ser ut just nu och lyfta behov av ökad läkartillgång. De känner inte igen att läkarna inte skulle komma ut på hembesök vid behov på natten, men kan se att det finns skillnader mellan läkarnas arbetssätt. Ledningen har dock inte uppfattningen att patienter skickas till sjukhus i onödan på grund av bristande läkartillgång. Regionen och kommunen har ett gemensamt beslutsstöd för hur man bedömer en patients behov av vård. Detta beslutsstöd är dock nytt och inte helt implementerat än.

#### *Tillämpliga bestämmelser*

Enligt 5 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den ska även bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet.

Enligt 6 kap. 1 § PL ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Av 3 kap. 3 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår att för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.



Av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha:

- kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer och hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg.
- förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs.
- förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper.
- förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska.

Av 16 kap. 1 § HSL framgår bl.a. att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs till kommunen för att de ska kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård. Regionerna ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionerna inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från regionen.

Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård

IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i Habo kommun inte sker enligt gällande regelverk och att det till viss del inte finns en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. IVO konstaterar att det enligt journalgranskningen saknas vårdplaner för flertalet patienter på SÄBO. Av intervjun med sjuksköterskor framkom att de upprättar vårdplaner men att dessa kallas hälsoärenden. Det kan dock vara svårt att följa patientens vård i dokumentationssystemet och om vård- och omsorgspersonalen har utfört de hälso- och sjukvårdsinsatser som ordinerats. IVO bedömer att bristerna utgör en patientsäkerhetsrisk.

En relevant och aktuell dokumentation är av stor betydelse för att bidra till en god och säker vård av patienten. Ju fler som är involverade i patientens vård och behandling desto viktigare är det att det finns en tydlig dokumentation som innehåller en planering för vård och behandling. IVO anser också att den som arbetar patientnära ska ha tillgång till den information som krävs för en god och säker vård.

Sjuksköterskorna uppger att de inte alltid har tillräcklig information, vilket innebär risker för patientsäkerheten eftersom insatser riskerar att försenas eller inte kunna utföras. Kommunen behöver därför vidta åtgärder för att se till att sjuksköterskorna får kännedom om all relevant patientinformation oavsett på vilket sätt detta sker.

IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland vård- och omsorgspersonal vilket inte främjar god vård. Att ständigt möta nya vårdkontakter kan skapa otrygghet, leda till bristfällig vård och medföra ökade risker för patienten. IVO menar att bristande personalkontinuitet, med personal som inte sedan tidigare känner



patienten, i kombination med bristande dokumentation utgör en riskfaktor för patientsäkerheten. Om det saknas en tydlig dokumentation och planering för patienten finns risk för att rätt åtgärder inte vidtas om patienten blir försämrad. Det kan leda till att patienten drabbas av onödig inläggning på sjukhus alternativt inte får tillgång till nödvändig sjukhusvård. Detta riskerar att ske i större utsträckning när det är många olika sjuksköterskor inblandade i patientens vård och behandling.

*IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:*

Nyckeltal	Habo	Jönköping*	Riket
<b>Av journalgranskningen framgår</b>			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	96%	51%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	-	54%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	100%	96%	63%
<b>I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de</b>			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	100%	78%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	0%	27%	26%

\* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

*Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:*

#### Sjuksköterskor

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att kontinuiteten när det gäller sjuksköterskor är bra. De har några vikarier, men de är vana och har arbetat länge på SÄBO. Kontinuiteten för läkarna är varken bra eller dålig. På konsulttiden kan det vara olika läkare som svarar i telefon och som inte alltid känner till patienterna. Kontinuiteten för vård- och omsorgspersonalen är ganska bra men en del vikarier finns och dagtid kan det vara få ordinarie. Uppföljning av patienter kan försvåras av att vikarier inte känner patienterna.

Sjuksköterskorna anser att de inte har tillgång till alla journaler de behöver. De kommer inte åt den sociala dokumentationen och vård- och omsorgspersonalen kan inte

dokumentera i hälso- och sjukvårdsjournalen. Sjuksköterskorna måste därför be personalen att läsa vad de dokumenterat även när det gäller hälso- och sjukvårdsuppgifter. De kan inte läsa regionens journal förutom via nationell patientöversikt (NPÖ) om samtycke getts. Sjuksköterskorna skriver vårdplaner som benämns hälsoärende. De jobbar i nuläget inte med mål och måloppfyllelse men det ska de påbörja. Regionen skriver inte vårdplaner förutom palliativa vårdplaner. Vård- och omsorgspersonalen har tillgång till vårdplanerna men läser dem inte alltid. De utför insatserna men förstår inte alltid varför. Sjuksköterskorna uppger att det är svårt att följa patientens vård samt att följa upp insatser via dokumentationen. Dokumentationssystemet är inte bra och ger dålig överblick över dokumenterade uppgifter. De kan inte heller se i dokumentationssystemet om ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförts av vård- och omsorgspersonalen vilket de anser medför risker. Sjuksköterskorna använder signeringslistor men dessa är ofta ofullständigt ifyllda av personalen. Sjuksköterskorna följer istället upp vården muntligt vilket de tycker fungerar bra.

### Patienter

Vid samtal med patienterna framkom att bara en patient känner till om det finns en planering för dennes vård och behandling. Patienten uppgav att vårdplanen endast delvis följs och att vissa insatser som exempelvis rörelseträning inte alltid blir av. Patienterna upplever av personalens kontinuitet varierar men är sämst för vård- och omsorgspersonalen. Två patienter sa att det är många vikarier och olika personal som kommer vilket kan bli rörigt och kännas oroligt. En patient får ofta träffa olika sjuksköterskor. De tycker att läkarkontinuiteten är bra.

### Ledning

Ledningen anser att läkarkontinuiteten är god och delar inte sjuksköterskornas bild av bristande läkarkontinuitet i samband med konsulttiden via telefon. Det finns bara cirka fyra-fem läkare på vårdcentralen. De instämmer i sjuksköterskornas bild av att kontinuiteten för sjuksköterskorna är bra. Gällande omsorgspersonalens kontinuitet är den god med låg personalomsättning men de har haft och har viss korttidsfrånvaro. De har diskuterat grundbemanningen och sätter in mer personal vid behov om till exempel behovet av insatser ökar.

Ledningen känner överlag till bristerna som framkommit i tillsynen när det gäller dokumentationen. De ser att de har utmaningar och ett arbete att göra. De har hälsoärenden på alla patienter men regionen skriver inte vårdplaner och de delar sjuksköterskornas bild av att det finns vissa brister där. Kommunen använder sig av KVÅ-koder i dokumentationen. Ledningen delar sjuksköterskornas bild om svårighet att följa patientens hälsotillstånd i dokumentationen och att göra uppföljningar. De har ett pågående arbete kring att sjuksköterskorna ska kunna läsa den sociala dokumentationen. Vård- och omsorgspersonalen kan dokumentera i kommunens hälso- och sjukvårdsjournal men gör inte detta utan dokumenterar i den sociala dokumentationen istället. Ledningen känner även till att personalen inte alltid dokumenterar utförda insatser vilket leder till att

sjuksköterskorna inte kan se om dessa utförts. Hemtjänstens personal har en applikation i mobilen där de kan bocka av de insatser som utförts. Tanken är att detta ska införas även på SÄBO. De har superanvändare i dokumentationssystemen och de har träffar om detta men här anser ledningen att det finns förbättringspotential. Det görs journalgranskningar i form av stickprov av hälso- och sjukvårdsdokumentationen av medicinska ansvarig sjuksköterska (MAS) och hälso- och sjukvårdschef. Superanvändarna gör också journalgranskningar och om de ser felaktigheter så ges återkoppling både personligt och i grupp på arbetsplatsträffar.

#### *Tillämpliga bestämmelser*

##### Bristande dokumentation

Enligt 3 kap. 1–2 §§ patientdatalagen (2008:355), PDL, ska en patientjournal föras när en patient får vård, och syftet med det är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Enligt 6 § samma kapitel ska journalen innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, däribland ställd diagnos och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt om patienten har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Av 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den som är behörig att ta del av uppgifterna. Enligt 5 § samma kapitel ska vårdgivaren säkerställa att patientjournalen i förekommande fall innehåller bl.a. följande uppgifter. Aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden och resultatet av dessa åtgärder, ordinationer och ordinationsorsak samt vårdplanering.

Av 3 kap. 2 § första punkten HSLF-FS 2016:40 framgår att vårdgivaren genom ledningssystemet ska säkerställa att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet).

##### Bristande personalkontinuitet

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i Habo kommun inte sker på ett patientsäkert sätt. Bristerna avser delegering och läkemedelsgenomgång och dessa brister medför en patientsäkerhetsrisk.

#### *Delegering*

IVO anser att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt. Detta utgör enligt IVO en brist. Det finns brister i arbetssätt och struktur och det förekommer att den vård- och omvårdnadspersonal som delegerats uppgiften inte alltid iordningställer och administrerar läkemedel på ett patientsäkert sätt.

#### *Läkemedelsgenomgång*

IVO anser att det är av största vikt att kommunerna i samverkan med regionen medverkar till att läkemedelsgenomgångar genomförs för att se till att dessa patienter inte får läkemedel som bör undvikas.

IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vid inspektionen framkom att läkemedelsgenomgångar numera genomförs årligen men inte alltid under pandemin. Vidare dokumenteras läkemedelsgenomgångar på ett sätt som inte är sökbart i dokumentationssystemet. Huvudmannen har därför inte möjlighet att följa upp och säkerställa att samtliga patienter erbjuds en årlig läkemedelsgenomgång. IVO anser att det är av vikt att läkemedelsgenomgångar finns dokumenterade i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen även om huvudansvaret för läkemedelsgenomgång åligger regionen som huvudman.

*IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:*

Nyckeltal	Habo	Jönköping*	Riket
<b>Av journalgranskningen framgår</b>			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	44%	52%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	11%	45%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	20%	19%	20%
<b>I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de</b>			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	75%	68%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	25%	45%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	0%	53%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	0%	17%	17%

\* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

*Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:*

#### Sjuksköterskor

Sjuksköterskorna framförde att de har bra förutsättningar att delegera med bra rutiner och goda förutsättningar att ge stöd och handledning till den delegerade personalen. Det förekommer att sjuksköterskorna känner press inför sommaren att delegera men det är inte några problem att neka delegering när det behövs. Sjuksköterskorna anser att vård- och omsorgspersonalen oftast utför delegerade insatser på ett patientsäkert sätt men vet att det förekommer att personalen glömmer att överlämna läkemedelsdoser och att läkemedel inte överlämnas på rummet. Personalen har inte alltid så bra struktur på arbetet.

Enligt sjuksköterskorna får samtliga patienter en läkemedelsgenomgång varje år i samband med årskontroller eller vid behov. Under pandemin bortprioriterades dessa årskontroller. Det finns sökord i dokumentationssystemet för årskontroll men inte för läkemedelsgenomgång.

Sjuksköterskorna får inte alltid tillräcklig information från läkare i slutenvården när det sker förändringar i patientens läkemedelsbehandling.



### Patienter

Hälften av patienterna har inte diskuterat sin läkemedelsbehandling med läkare det senaste året. Patienterna känner sig ganska trygga med att få rätt läkemedel vid rätt tillfälle. Det händer att de får påminna om att få sina mediciner.

### Ledning

Ledningen beskrev att delegering av läkemedelshantering ständigt diskuteras till exempel i samband med att avvikelser skrivs. Ledningen anser att sjuksköterskorna har goda förutsättningar att delegera och de ger inte delegering om personal inte är lämplig. De har bra rutiner och processer för delegering. Det händer även att de drar in delegeringar vid behov. Ledningen delar dock sjuksköterskornas bild av att det saknas struktur i personalens arbetssätt vilket gör att läkemedel kan missas. De ser behov av struktur och organisation och har till exempel gjort en omstrukturering i arbetsgrupperna. De har även startat upp ett projekt för vårdprevention men inte helt sett effekter av detta än. Antalet läkemedelsavvikelser har inte minskat. Avvikelser sammanställs och går igenom på arbetsplatsträffar. Läkemedelshantering är enligt ledningen komplext och det finns risker med delegerad läkemedelshantering. De ser att de har ett arbete att göra för att förbättra detta på flera områden som till exempel rätt person på rätt plats, handledning, kompetens och bra ledarskap.

Vidare framförde ledningen att läkemedelsgenomgångar görs minst en gång per år men syns inte alltid i dokumentationen då dessa dokumenteras i hälsoärendet och inte är sökbara i dokumentationssystemet. Ledningen ser brister i nuvarande dokumentationssystem och menar att de har ett arbete att göra för att använda systemet bättre och hitta lösningar utifrån deras behov. De har påbörjat en samverkan med närliggande kommuner för att bli starkare emot leverantören och kunna ställa mer krav. Gällande patienternas bild av att inte alla känner till att de diskuterat sin läkemedelsbehandling med läkare kan det enligt ledningen vara så att läkemedelsgenomgångarna genomförs utan att patienten är delaktig.

### Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

## Delegering

Enligt 6 kap. 3 § PSL får delegering av arbetsuppgifter ske endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård och den som delegerar ansvarar för att den som får delegationen har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård framgår bl.a. att den som delegerar en uppgift ska klargöra för den som tar emot den vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att fullgöra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt. Om den som tar emot en delegering inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för uppgiften får uppgiften inte delegeras.

## Läkemedelsgenomgång

Enligt 11 kap. 3–4 §§ HSLF-FS 2017:37 ska vårdgivaren erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid inflyttning på bl.a. SÄBO. Samma patienter ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under boendet. Vårdgivaren ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enklare läkemedelsgenomgång.

Av 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om utredande åtgärder samt bakgrunden till dessa (punkten 2) och andra sammanfattningar av genomförd vård (punkten 5).

Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk .

IVO:s tillsyn visar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede i Habo kommun. IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktssamtal<sup>1</sup> alltid genomförts när vården övergår i livets slutskede.

Av tillsynen framkom att brytpunktsamtal genomförs men dokumenteras på ett sätt som enligt ledningen inte är sökbart via dokumentationssystemet. Huvudmannen har därför inte möjlighet att följa upp och säkerställa att samtliga patienter erbjuds brytpunktsamtal. Vidare förekommer att sjuksköterska ibland genomför brytpunktsamtal istället för läkare samt att personal som arbetar med patienter i livets slutskede inte alltid har tillgång till information om hur vården ska genomföras. IVO anser att dessa brister kan medföra att patienten inte får god vård.

För att uppnå en god och säker vård ska patienten och i förekommande fall närstående vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling. När vården går in i

<sup>1</sup> Samtal som ska dokumenteras enligt 3 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.

livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett s.k. brytpunktsamtal med patienten och/eller närstående. Samtalet, som förs med läkare, är centralt för att patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede, och därför är dokumentationen och tillgången till den viktig.

IVO konstaterar att det förekommer att sjuksköterskor påbörjar läkemedelsbehandling vid livets slutskede utan att först informera och ta kontakt med läkare för ett nytt ställningstagande. IVO menar att utifrån kravet på god vård ska en sjuksköterska, även om en planering för patienten avseende vård i livets slutskede finns beslutad av läkare, i normalfallet ta ny kontakt med läkare innan åtgärder enligt planen vidtas. Detta kan underlåtas endast i undantagsfall.

*IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:*

Nyckeltal	Habo	Jönköping*	Riket
<b>Av journalgranskningen framgår</b>			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	69%	77%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	-	26%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	56%	69%	66%
<b>I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de</b>			
Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	0%	28%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	0%	9%	8%

\* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.



*Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:*

#### Sjuksköterskor

Enligt sjuksköterskorna har de ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för att patient och anhörig ska förstå att vården har övergått till vård i livets slutskede. Alla patienter erbjuds brytpunktssamtal och sjuksköterskorna dokumenterar att det har skett i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vård- och omsorgspersonalen kan inte läsa dokumentationen och information överlämnas därför muntligen. Sjuksköterskorna tror inte att det är tydligt för personalen på alla avdelningar när brytpunktssamtal har skett och att vården övergått till vård i livets slutskede. Vidare framförde sjuksköterskorna att det händer att sjuksköterska får genomföra brytpunktssamtal istället för läkare om patienten försämras hastigt. Sjuksköterskorna upplever även att läkarna kan ha svårt att genomföra brytpunktssamtal på ett bra sätt.

Enligt sjuksköterskorna ordinerar läkare alltid palliativa läkemedel innan patientens vård övergått i detta skede. Om patienten är ordinerad palliativa injektioner ger sjuksköterskorna oftast dem utan att först kontakta läkare. De skulle rådfråga varandra om de är osäkra eller kanske en läkare. Vidare framkom att de har bra rutiner gällande vak och att sjuksköterskorna är nöjda med hur den palliativa vården bedrivs.

#### Ledning

Enligt ledningen erbjuds i stort sett alla patienter brytpunktssamtal. Samtalen är inte sökbara i systemet och de följer istället dessa via palliativa registret. Där har de bra statistik. Ledningen delar sjuksköterskornas bild av att det kan se olika ut hur mycket av informationen från brytpunktssamtalen som kommer vård- och omsorgspersonalen till del. De ser brister när det gäller detta och i samverkan och informationsöverföring överlag när det gäller vård i livets slutskede med tanke på att det finns brister i dokumentationen. Det finns ett arbete att göra med att få personal att gå in och läsa journalerna för att få till sig relevant information. Ledningen ser att de behöver vara ett stöd i detta.

Gällande att ge ordinerade palliativa läkemedel utan föregående kontakt med läkare vid vård i livets slutskede bedömer ledningen att sjuksköterskorna är trygga i sin arbetsroll och ser inget problem med att detta görs. Sjuksköterskorna är självständiga och har tät kontakt med läkarna överlag vilket skapar en trygghet. De har inte fått in klagomål eller avvikelser gällande detta. Vak prioriteras och det finns rutiner för detta.

#### Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel

följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt 5 kap. 1 och 3 §§ PL ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och om lämpligt med närstående.

Enligt 3 kap. 1 och 6 §§ PL ska patienten få anpassad information utifrån sina individuella förutsättningar. Informationen ska bl.a. innehålla uppgifter om hälsotillstånd, metoder för vård och behandling samt förväntat vård- och behandlingsförlopp. Enligt 4 § samma kapitel ska informationen, om den inte kan lämnas till patienten, istället såvitt möjligt lämnas till en närstående.

Av 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling framgår att en patient med ett livshotande tillstånd ska få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Denne ska ansvara för planeringen av patientens vård. Vid planeringen ska den fasta vårdkontakten enligt 4 § samma kapitel fastställa målen för vården inklusive delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården, och ta ställning till hur patientens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses. Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten enligt 3 kap. 2 § i föreskriften rådgöra med minst en annan legitimerad yrkesutövare. Den fasta vårdkontakten ska i patientjournalen bl.a. dokumentera sitt ställningstagande till livsuppehållande behandling, när och med vilka yrkesutövare han eller hon har rådgjort, uppgifter om samråd med patienten, vilken inställning till den livsuppehållande behandlingen som patienten och närstående har gett uttryck för samt när och på vilket sätt patienten och närstående har fått individuellt anpassad information, vilket framgår av 3 kap. 3 § i föreskriften.

Av 4 kap. 1 § SOSFS 2011:7 framgår att om en patient ger uttryck för att en livsuppehållande behandling inte ska inledas eller inte ska fortsätta, ska den fasta vårdkontakten före ställningstagandet till patientens önskemål försäkra sig om att patienten och närstående har fått individuellt anpassad information i enlighet med 3 kap. PL. Den fasta vårdkontakten ska även göra en bedömning av patientens psykiska status och förvissa sig om att patienten

1. förstår informationen,
2. kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller inte fortsätter,
3. har haft tillräckligt med tid för sina överväganden, och

4. står fast vid sin inställning.

I propositionen 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, anges att vård i livets slutskede omfattas av prioritet 1 enligt den etiska plattformen.

### Bakgrund och övergripande slutsatser av den nationella tillsynen

IVO genomförde under 2020–2021 en granskning av den medicinska vården på SÄBO som huvudsakligen var kopplad till vården av patienter som insjuknat i covid-19. Under 2022–2023 genomför nu myndigheten en fördjupad granskning av den medicinska vården på SÄBO hos alla Sveriges kommuner. Tillsynen innefattar en granskning av kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler, enkäter till sjuksköterskor och patienter samt inspektioner på plats i kommuner. Inspektionerna omfattar intervjuer med patienter, sjuksköterskor och personer i ledande befattning. Den omfattande granskningen av journaler tillsammans med enkäterna och inspektionen möjliggör för IVO att dra generella slutsatser om hur kommunerna ger förutsättningar för god vård. Syftet med den fördjupade granskningen är att bidra till att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt de bestämmelser som reglerar området och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att vården blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

Det nationella tillsynsresultatet visar att det finns stora brister inom medicinsk vård och behandling på SÄBO. Bristerna omfattar bland annat svag efterlevnad av reglerna om vård i livets slutskede, avsaknad av individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling enligt ordination, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning samt brister gällande kompetens, kontinuitet och dokumentation.

### Underlag

- Sammanställning intervju sjuksköterskor
- Sammanställning av patientintervjuer
- Protokoll dialog med kommunledning
- Detaljerat kommunkort

---

Beslut i detta ärende har fattats av David Efraimsson. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Andreas Fältskog och Jenny Morsäter deltagit. Inspektören Heléne Roos har varit föredragande.

Enligt 10 kap. 13 § PSL får detta beslut inte överklagas.



Dokumenttyp  
Tjänsteskrivelse

Datum  
2023-04-12

Diarienummer  
SN23/38

Sida  
1

Mottagare  
Socialnämnden

## Socialnämndens delegationsordning

### Förslag till beslut

Beslut enligt 4 kapitlet 1 § socialtjänstlagen att köpa korttidsplats hos annan kommun eller hos annan vårdgivare under maximalt en månad då beslut av arbetsutskottet inte kan avvaktas delegeras till vård- och omsorgschef.

### Beskrivning av ärendet

IFO-chef har delegation att fatta beslut om akutplacering av barn och vuxna på HVB-hem under maximalt en månad.

Förvaltningens bedömning är att det finns behov av motsvarande delegation gällande funktionshinderomsorgen och föreslår därför att socialnämnden beslutar att ge vård- och omsorgschef delegation att enligt 4 kapitlet 1 § socialtjänstlagen köpa korttidsplats hos annan kommun eller hos annan vårdgivare under maximalt en månad då beslut av arbetsutskottet inte kan avvaktas.

Sara Svenningsson  
Utredare

Beslutet skickas till  
Utredare



Till Socialnämnden

### **Informationsärenden i samband med socialnämnden den 24 maj 2023**

I samband med nämndutskick bifogas en innehållsförteckning på de handlingar som ligger i den röda informationsmappen som cirkulerar under nämndsammanträdena. Om det finns handlingar som ledamöterna vill titta närmare på finns, dessa tillgängliga hos förvaltningsadministratören före och efter sammanträdet.

#### **Informationsmappen innehåller följande handlingar:**

1. Artikel
  - *Folktandvården - Nu finns munhälsan med på dagordningen*
2. Facklig Samverkan
  - *Minnesanteckningar den tisdag den 16 maj 2023*