

Kanslienheten

Emma Svedin
Nämnd-/bolagssekreterare
0156-522 50
emma.svedin@trosa.se

Kallelse
Datum
2022-03-08



Tid: Onsdagen den 9 mars 2022, kl. 13.30
Plats: Skärborgarnas hus
Gruppmöte: Alliansen, se separat inbjudan
S och V, se separat inbjudan
SD, se separat inbjudan

Kallelse till Vård- och omsorgsnämnden

Ärende	Dnr
1. Godkännande av dagordning	
2. Patientsäkerhetsberättelse 2021	VON 2022/18
3. Uppföljning – Efterlevnad av dataskyddsförordningen 2021	VON 2022/16
4. Bokslut 2021 för vård- och omsorgsnämnden	VON 2022/19
5. Uppföljning av Trosa kommuns miljöledningssystem 2021	VON 2022/20
6. Kvalitetsberättelse 2021	VON 2022/21
7. Redovisning av utförd internkontroll 2021 för vård- och omsorgsnämnden	VON 2022/22
8. Internkontrollplan 2022 för vård- och omsorgsnämnden	VON 2022/23
9. Information covid-19 (Inga handlingar)	VON 2020/34
10. Nyckeltal (Inga handlingar)	
11. Vård- och omsorgschef informerar (Inga handlingar)	
12. Anmälan av delegationsbeslut	VON 2022/1
13. Anmälningsärenden	VON 2022/2
14. Övriga frågor	

Helena Koch
Ordförande

Emma Svedin
Nämndsekreterare

2

Patientsäkerhetsberättelse 2021

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner *Patientsäkerhetsberättelse 2021* och de föreslagna målen för år 2022.

Ärendet

Året 2021 har gått i pandemins tecken där verksamheten ständigt behövt anpassa sig till olika rekommendationer och nya arbetssätt. Trots stora utmaningar som verksamheten behövt anpassa sig till har enheterna fortsatt kunnat ge god och patientsäker vård till Trosa kommuns medborgare. Året började fortsatt med att begränsa smittspridning inom verksamheten samt att så snabbt som möjligt få igenom vaccinering av patienter samt våra medarbetare. Detta arbete har verksamheten lyckats väl med tack vare internt samarbete och god laganda.

Det preventiva arbetet med att förebygga smittspridningen har getts stort fokus där basala hygienrutiner genomfyrat hela verksamhetens arbete. Då covid 19 klassas som samhällsfarlig sjukdom har verksamheten själva behövt arbeta systematiskt med smittspårning under året. Bedömningen är att verksamheten lyckats väl med att begränsa smittspridningen när väl enstaka positiva fall dykt upp i verksamheten. Trolig orsak till att verksamheten lyckats väl med att begränsa smittspridningen är effektivt vaccinationsarbete och allt fler medarbetare som har formell utbildning inom vård och omsorg.

Flera av uppsatta mål för verksamheten under 2021 har kunnat uppfyllas trots ansträngt läge i verksamheten pga pandemin. Ett preventivt arbete med att tidigt upptäcka olika risker när det gäller bl a undernäring, trycksår och fall har kunnat bedrivas genom att olika kvalitetsregister används. Följsamheten i att använda sig av olika kvalitetsregister är god när det gäller särskilda boenden. Däremot har verksamheterna inom ordinärt boende större utmaningar till att implementera detta arbete.

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är viktigt i ett förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner. Under året genomfördes två PPM där följsamheten mättes och resultatet är inget som kan accepteras. Följsamheten inom verksamheten ligger på 58% korrekt i alla 8 steg vilket bör anses som ett underkänt resultat. Följsamheten för i år har därmed gått ner från 71% för 2020 till

58% 2021. Det arbetsmomentet som får sämst betyg är desinfektion av händerna. Riktade utbildningsinsatser och inställningen till följsamhet är avgörande om verksamheten ska förbättra sina resultat. Att ge utrymme till lokala hygienombud så att de kan driva på arbetet inom enheten är ett sätt att förbättra följsamheten.

Totala antalet avvikelser under 2021 inom HSL har ökat till 1990 i jämförelse med tidigare år 2020 där antalet avvikelser varit 1327. I jämförelse med senaste tre åren har antalet avvikelser tredubblats inom samtliga områden som berör HSL. Områden där de flesta avvikelser inom HSL sker är fall och läkemedelshantering. En möjlig slutsats till det ökade antalet avvikelser är att hela verksamheten haft riktade utbildningsinsatser inom området avvikelser vilket möjlighet gjort att fler medarbetare har fått ökad förståelse för rapporteringsskyldighet. Denna ökning av avvikelser bör följas vidare under nästkommande året. Ett inträffat ärende har lett till att anmälan enligt lex Maria till Inspektion för vård och omsorg (IVO) behövt göras.

Utmaningar framöver är att verksamheten kommer behöva ta hand om allt fler vårdtagare med komplex sjukdomsbild där utbildningsgrad bland medarbetare kommer vara avgörande i hur verksamheten kommer att lyckas med uppgiften.

Målen för 2021 var:

- Tidig upptäckt av risker genom preventivt arbetssätt genom mätning i olika kvalitetsregister (Delvis uppfyllt)
- Säker kommunikation och informationsöverföring korrekt användning av prator och SIP (Ej uppfyllt)
- Dokumentation enl. ICF international classification of functions och KVÅ Klassifikation av vårdåtgärder (Målet uppfyllt)
- Basala hygienrutiner SOSFS 2015:10 följs. (Ej uppfyllt)
- Trygg hemgång och effektiv samverkan vid utskrivning från sjukhus efterlevs och är säker. (Ej kunnat utvärderas pga att teamet inom hemtjänsten inte funnit under året)
- Journalgranskning av hälso och sjukvårdsjournaler (Målet uppfyllt)
- Revidering och uppdatering av rutiner gällande läkemedelshantering och delegeringsförfarandet (Målet uppfyllt)
- Digitalisering av signering vid läkemedelsöverlämning samt digitala skåp hemma hos brukarna för en säkrare hantering och förvaring av läkemedel (Delvis uppfyllt, digitala läkemedelsskåp införts)
- Digitaliserad bokning av ärende för hälso- och sjukvårdspersonalen i TES för en säkrare och tydligare tidbok (Målet uppfyllt)
- Rutin för avvikelshantering skall ses över och förbättras för effektivare arbete med avvikelser (Målet uppfyllt)

Mål för 2022 är:

- Basala hygienrutiner SOSFS 2015:10 följs, >90% rätt vid PPM mätning
- Minska antalet fallavvikelser inom verksamheten genom preventivt arbetssätt

- Tidig upptäckt av risker genom preventivt arbetssätt genom mätning i kvalitetsregister som BPSD, Senior alert samt Palliativa registret. Bredd införa BPSD register inom hela verksamheten och utbilda fler medarbetare. Samtliga förväntade dödsfall inom verksamheten ska registreras i Palliativa registret för att identifiera olika behov hos individen i den palliativa fasen av vården. 80% av alla >65 år ska vara bedömda i Senior alert.
- Säker kommunikation och informationsöverföring genom korrekt användning av Prator och SIP. Det behövs utbildningsinsatser inom området.
- Trygg hemgång och effektiv samverkan vid utskrivning från sjukhus efterlevs och är säker.
- Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal utförs årligen och implementeras inom verksamheten så att verksamheten granskar sig själva enligt bestämd mall.
- Digitalisering av signering vid läkemedelsöverlämning inom hela verksamheten för en säkrare hantering och förvaring av läkemedel.
- Undersöka implementeringen av HSE (Hållbart medarbetar engagemang) där syftet ska vara att medvetandegöra patientsäkerhetsarbetet inom verksamheten
- Införande av applikation Visible care som innebär att medarbetare har tillgång till olika instruktionsvideon när det gäller olika arbetsmoment
- Öka antal utförda digitalt hembesök i samverkan med regionen.
- Uppstart av ett särskilt palliativt team inom hemtjänsten som tar hand om palliativa vårdtagare inom ordinärt boende.
- Fler medarbetare som genomgår munhälsoutbildning

Fredrik Yllman
Produktionschef vård och omsorg

Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Bilagor

Patientsäkerhetsberättelse 2021

Patientsäkerhetsberättelse för Trosa kommun vård och omsorg 2021



Datum 2022-02-18
Samir Salkic MAS Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Diarienummer VON 2022/18

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Vård och omsorgsnämnden (VON) i Trosa kommun är ansvarig vårdgivare och har därmed skyldighet att upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen ovan.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Med externa intressenter menas vårdtagare och deras anhöriga som också ska kunna ta del av berättelsen men även få möjlighet att medverka i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

Patientsäkerhetsberättelsen ska tas fram varje år och finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Bild

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	3
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	4
Engagerad ledning och tydlig styrning	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Informationssäkerhet	6
En god säkerhetskultur	7
Adekvat kunskap och kompetens	7
Patienten som medskapare	8
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador	12
Tillförlitliga och säkra system och processer	13
Säker vård här och nu	14
Riskhantering	15
Stärka analys, lärande och utveckling	16
Avvikelser	16
Klagomål och synpunkter	20
Öka riskmedvetenhet och beredskap	21
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	24

SAMMANFATTNING

Även detta år har gått i pandemins tecken där verksamheten ständigt behövt anpassa sig till olika rekommendationer och nya arbetssätt. Trots stora utmaningar som verksamheten behövt anpassa sig till har enheterna fortsatt kunnat ge god och patientsäker vård till Trosa kommuns medborgare.

Året började fortsatt med att begränsa smittspridning inom verksamheten samt att så snabbt som möjligt få igenom vaccinering av patienter samt våra medarbetare. Detta arbete har verksamheten lyckats väl med tack vare internt samarbete och god laganda. Omfördelning av personal för att smittspåra och all administration med vaccineringen gjorde att sjuksköterskor kunde ägna sig åt att vaccinera närmare 300 patienter och deras medboende med sammanlagt 3 doser vaccin.

Eftersom smittspridningen av covid 19 i samhället under året legat på höga nivåer har stort fokus legat på att skydda äldre och sköra vårdtagare. Det preventiva arbetet med att förebygga smittspridningen har getts stort fokus där basala hygienrutiner genomförs hela verksamhetens arbete. Då covid 19 klassas som samhällsfarlig sjukdom har verksamheten själva behövt arbeta systematiskt med smittspårning under året. Detta arbete har varit omfattande och krävt stora resurser från verksamheten där en central smittspårningsorganisation inrättades. Bedömningen är att verksamheten lyckats väl med att begränsa smittspridningen när väl enstaka positiva fall dykt upp i verksamheten. Trolig orsak till att verksamheten lyckats väl med att begränsa smittspridningen är effektivt vaccinationsarbete och allt fler medarbetare som har formell utbildning inom vård och omsorg. Vilken utbildningsnivå medarbetare har är av stor betydelse när resultat av följsamhet kring bl a basal hygien och klädregler undersöks.

Flera av uppsatta mål för verksamheten under 2021 har kunnat uppfyllas trots ansträngt läge i verksamheten pga pandemin. Ett preventivt arbete med att tidigt upptäcka olika risker när det gäller bl a undernäring, trycksår och fall har kunnat bedrivas genom att olika kvalitetsregister används. Ökad användning av säker kommunikation mellan vårdenheter i form av användning av Prator samt ökat antal genomförda SIP (Samordnad individuell planering) gör att vårdtagare får en sammanhållen och individuell plan där fler aktörer är inblandade. Vidare har dokumentationen hos både omvårdnadspersonal men också hos legitimerad personal mer strukturerad utformning genom att både IBIC (Individens behov i centrum) används av omvårdnadspersonalen samt att ICF (International classification of functions) och KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder) används av den legitimerade personalen.

En större översyn av avvikelshanterings modul har genomförts under året för att göra det lättare och mer tydligt hur ansvarsfördelningen går till när det gäller avvikelshanteringen. För att öka patientsäkerheten har hela delegeringsförfarandet setts över och säkerställts så att all personal inom vård och omsorg genomgår samma utbildning och att en delegering då kan gälla inom hela verksamheten. Vidare har digitala läkemedelsskåp införts över hela verksamheten vilket har ökat säkerhetsaspekten och att bara personal med giltig delegering har tillgång till läkemedelsskåp. För att öka patientsäkerheten har även ett nytt planeringsverktyg TES införts inom hälso och sjukvårdsenheten som gjort att det blivit säkrare och tydligare tidsbokning för besök hos vårdtagare.

Utmaningar framöver är att verksamheten kommer behöva ta hand om allt fler vårdtagare med komplex sjukdomsbild där utbildningsgrad bland medarbetare kommer vara avgörande i hur verksamheten kommer att lyckas med uppgiften. Att navigera i den stora digitala världen är ytterligare en utmaning som verksamheten kommer behöva hantera.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

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

Verksamheten har haft flertal mål under 2021 där flera av målen uppnåtts men även en del mål där fortsatt arbete krävs.

- Tidig upptäckt av risker genom preventivt arbetssätt genom mätning i kvalitetsregister som tex BPSD, Senior alert samt Palliativa registret.
- Säker kommunikation och informationsöverföring genom korrekt användning av Prator och SIP.
- Dokumentation enl. ICF international classification of functions och KVÅ Klassifikation av vårdåtgärder
- Basala hygienrutiner SOSFS 2015:10 följs och genomsyrar hela verksamhetens arbete
- Trygg hemgång och effektiv samverkan vid utskrivning från sjukhus efterlevs och är säker.
- Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal utföras årligen och implementeras inom verksamheten så att verksamheten granskar sig själva enligt bestämd mall.
- Revidering och uppdatering av rutiner gällande läkemedelshantering och delegeringsförfarandet.
- Digitalisering av signering vid läkemedelsöverlämning samt digitala läkemedelskåp inom hela verksamheten för en säkrare hantering och förvaring av läkemedel.
- Digitaliserad bokning av ärende för hälso- och sjukvårdspersonalen i TES för en säkrare och tydligare tidbok.
- Rutin för avvikelshantering översyn och förbättringar för effektivare arbete med avvikelser.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Vård och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden i Trosa kommun är vårdgivare av hälso- och sjukvård och har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet och att detta integreras med de befintliga systemen för budget- och verksamhetsplanering som nämnden har. Detta innebär ansvar för att verksamheten är organiserad och ges förutsättningar i syfte att upprätthålla god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Vård och omsorgschefs ansvar

I Trosa kommun är det vård och omsorgschef som är lagstadgad verksamhetschef för hälso- och sjukvård (HSL). Vård och omsorgschefen ska kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom vård och omsorg. Ansvaret avser att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården som främjar kostnadseffektivitet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I varje kommun ska det enligt HSL 11 kap 4§ finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. I hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) beskrivs att MAS ansvarar för att patienten får en ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, att beslut om att delegera ansvar för hälso och sjukvårdsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten och att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering och att rapportering enligt 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659) utförs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska utreder alla allvarliga händelser inom vård och omsorg som gäller hälso- och sjukvård efter delegation av nämnden. MAS beslutar om ärende ska anmälas som lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO). MAS rapporterar anmälda Lex Maria händelser till vård och omsorgsnämnden.

Enhetschef

Enhetscheferna i verksamheten är ansvariga för att en god och säker hälso- och sjukvård bedrivs inom sin respektive enhet och vård och omsorgschefen har ansvaret för att leda och fördela enhetschefernas arbete, samordna, följa upp och initiera förändringar.

Legitimerad personal

Legitimerad personal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med vårdtagare. Vårdtagaren ska visas omtanke och respekt. Legitimerad personal ansvarar för att anmäla avvikelser inom hälso- och sjukvården samt för att utreda avvikelser som berör hälso och sjukvård och vidta nödvändiga åtgärder efter det inträffade.

Samtlig personal inom vård och omsorg

All personal inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera avvikelser i verksamhetssystemet. Samtlig personal har också en skyldighet att följa uppsatta riktlinjer så att en patientsäker verksamhet kan upprätthållas.

Patientnämnden

Om vårdtagare eller närstående vill framföra ett klagomål till vårdgivare kan denne vända sig till patientnämnden. Patientnämnden fattar inga medicinska beslut, men kan hjälpa och stödja i att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren. De klagomål som kommer in till patientnämnden framförs till vårdgivaren som genom sin utredning av klagomålet kan hitta åtgärder för att förbättra verksamheten.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

En del i patientsäkerhetsarbetet är hur vård och omsorgs verksamhet för hälso- och sjukvård samverkar med andra vårdgivare. Samverkan regleras i diverse samverkansdokument:

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Sörmland och kommunerna i Södermanland.
- Samordnad vårdplanering, rutiner vid samordnad vårdplanering
- Övergripande rutin som gäller palliativ vård i Sörmland.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Riktlinjer för uppsökande tandvård i Regionen och kommunerna där Tandvårdsenheten utför munhälsobedömningar och utbildar medarbetare inom munhälsa.
- Länsgemensam struktur för Närvård i Sörmland där kommunernas förvaltningar deltar i olika styr och arbetsgrupper som berör områden äldre, barn, psykiatri samt funktionshinder.
- Smittskydd och vårdhygien där avtal finns för återkommande utbildningar samt hygienronder inom verksamheter. Under året genomfördes två hygienronder på två olika enheter med åtgärdsplaner som följd.
- Avtal med Kronans Apotek om årliga kvalitetsgranskningar av läkemedelshantering inom både särskilt och ordinärt boende samt boendestöd och LSS.
- Flertal samverkansgrupper på lokal nivå där detaljerade framgångar men även brister diskuteras, exempelvis samarbete med specialistsjukvården, lokala arbetsgrupper.
- MAS nätverk för alla Sörmlands MAS:ar

Ett forum för samverkan på lokal nivå när det gäller psykiatri saknas idag och där finns stort förbättringsområde när det gäller vårdtagare som tillhör psykiatri men där kommunen indirekt är inblandad i vårdtagarens vardagliga vård.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Vårdgivaren är skyldig att kontrollera att ingen obehörig har läst i patientjournaler. För att ha rätt att läsa en patientjournal ska personen ha en vårdkontakt eller på annat sätt behöva uppgiften för arbetet. I Trosa kommun förs patientjournalen i verksamhetssystemet Treserva och varje gång en journal läses registreras aktiviteten och därmed finns möjligheten att hämta ut loggar för aktiviteter. Förutom i verksamhetssystemet finns även tillgång till att läsa Region Sörmlands patientjournaler via Nationell patientöversikt (NPÖ) vilket förutsätter att patienten är inskriven i hemsjukvård och att samtycke från vårdtagaren har inhämtats. Under 2021 har det inträffat några incidenter inom verksamheten där personuppgifter spridits vidare på ett otillåtet sätt. Det finns väl utarbetade rutiner för personuppgiftsincidenter som efterföljs. Behovet är stort av att övergå till fler digitala lösningar såsom digital signering för läkemedel då nuvarande sätt att signera på papper är förknippad med stora risker inte minst för hanteringen av personuppgifter. All kommunikation som berör patienter eller där känslig information ska föras vidare internt sker via verksamhetssystemet

Treserva. Verksamheten har även under året börjat säkerhetsklassa all dokumentation som hanteras på enheterna och säkerställt att olika dokument sparas enligt gällande föreskrifter.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Som det ser ut idag finns det inga data att ta del av i Trosa kommun när det gäller ex HSE (Hållbart säkerhets Engagemang) som är ett verktyg som tagits fram av SKR (Sveriges kommuner och regioner) för att mäta säkerhetskulturen inom verksamheterna. Detta kan vara ett mål att sträva efter och införa enkäten i samband med årlig HME enkät som görs i kommunen sedan flera år tillbaka. Syftet med HSE bör vara att skapa dialog och kunna följa upp arbete kring säkerhetskulturen inom verksamheten. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra varför det är av betydelse att lyfta frågorna inom verksamheten. Säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. Att skapa tid för lärande och reflektion inom verksamheterna är en god grund för att främja god säkerhetskultur. Alla enheter har avsatt tid för sk omvårdnadsträffar där flera professioner samlas och går igenom varje enskilt fall och lägger upp gemensamma vårdplaner.



Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Under året har hela delegeringsförfarandet inom vård och omsorg setts över och säkerställts att delegeringen av hälso och sjukvårdsuppgifter ska vara likadan över hela vård och omsorg, dvs att den delegerande sjuksköterska ska genomföra likadan utbildning oavsett vilken enhet inom vård och omsorg som personen arbetar inom. Efter att detta arbete genomförts gäller en delegering inom hela vård och omsorg. All personal inom vård och omsorg har under året fått genomgång i den nya avvikelssystemet i verksamhetssystemet. Modulen är anpassad för att det ska vara enkelt att kunna rapportera in risker eller redan inträffade händelser. Syftet med avvikelser är att hitta risker i verksamheten och åtgärda dessa i tid.



Verksamheten har under senaste åren uppmuntrat ännu fler medarbetare att utbilda sig till undersköterskor och de flesta har kunnat göra det under sin arbetstid vilket har resulterat i att vård och omsorg har stor andel av personalen som har en undersköterskeutbildning. Flera medarbetare har även börjat utbilda sig inom olika specialistkompetenser såsom demens, palliativ vård och diabetes. I och med detta kommer verksamheten framöver kunna driva och fördjupa sig inom dessa områden.

Under den pågående pandemin har verksamheten behövt ta hjälp av varandra när det gäller bemanning vilket har varit avgörande för att klara av det dagliga arbetet. Exempel på att kunskap och kompetens inom ett visst område stärks är bildande av det sk covid team inom hemtjänsten där en

särskild grupp medarbetare efter en fördjupad utbildning fått arbeta med vårdtagare som varit misstänkta eller konstaterade för covid 19. Dementsteamet är ett annat exempel på att specialistkunskap inom verksamheten tas tillvara på ett effektivt sätt.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

När en vårdtagare skrivs in i hemsjukvården erbjuds ett inskrivningssamtal där anhöriga till patienten har möjlighet att närvara efter samtycke från vårdtagaren. Vid ett sådant samtal ges möjlighet för vårdtagaren att uttrycka sina önskemål om hur vården ska bedrivas. Information överlämnas som berör olika kvalitetsregister som vårdtagaren själv väljer om denne vill medverka i och samtycke om överföring av information mellan vårdgivare inhämtas. Efter samtalet gör den legitimerade personalen olika vårdplaner som beskriver hur en specifik arbetsuppgift ska utföras hos denna vårdtagare. Mål med behandlingen sätts upp individuellt med vårdtagaren men även hur uppföljningen ska ske.

När flera vårdgivare och professioner är involverade hos vårdtagaren tas ofta initiativ till en SIP (Samordnad individuell plan) där vårdtagaren är i fokus och medverkar i planeringen där det tydligt skrivs vem som gör vad och när uppföljningar ska ske. Initiativet till en SIP kan även komma från andra vårdgivare men kan även initieras från vård och omsorg. Att initiera till en SIP och därmed säkerställa vem som gör vad kring en vårdtagare är en avgörande faktor för att minimera risker för missförstånd och oklarheter kring en vårdtagare. Detta arbete behöver förbättras inom verksamheten så att fler [SIP:ar](#) genomförs än vad det utförs idag.

I samband med allvarliga vårdskador eller när allvarliga vårdskador skulle kunna ha inträffat tar tjänstgörande sjuksköterska kontakt med vårdtagare och om samtycke finns även kontakt med närstående och informerar om det inträffade.

Vid lex Maria-ärenden erbjuds patienten och eller dess närstående att som en del av utredningen beskriva hur de upplevt händelsen. Detsamma gäller vid klagomål som riktas mot verksamheten.

Genom att verksamheten använder sig av olika kvalitetsregister som ex Palliativa registret eller BPSD register involveras vårdtagare och är delaktig i sin vård. Vid sk brytpunktssamtal som ska genomföras vid förändrad sjukdomsbild hos en vårdtagare ges denne möjlighet att uttrycka önskemål om hur ex den palliativa vården ska bedrivas framöver och ställning till behandlingsinskränkningar tas.

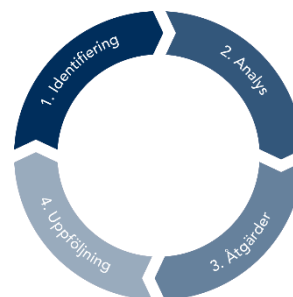
AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Egenkontroll

Trosa kommun har ett utarbetat system för egenkontroll där enhetschef och MAS åtar sig att granska olika förbestämda områden. Detta kallas för kommunens internkontrollplan. Här nedan följer områden som har varit aktuella under 2021 och berör hälso och sjukvårdsverksamheten.



Smitta/Pandemi

Spridning av olika former av smitta i verksamheten. Att hygienrutiner finns och efterlevs samt erbjuda personal vaccin även mot andra sjukdomar såsom säsongsinfluensa och ev hepatit. Tillse att pandemiplan finns och uppdateras årligen och som tar höjd för fler smittor som är i form av både dropp, luftburen och kontaktsmitta.

Skyddsutrustning

Brist på skyddsutrustning på global nivå som påverkar verksamheten i negativ bemärkelse. Tillse att det finns ett lokalt lager av skyddsutrustning.

Dokumentation

Att dokumentation sker enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och är korrekt och att viktiga uppgifter är lätta att hitta. Granskningen av journal görs av MAS med en stickprovskontroll 1 gång/år. Vid årets journalgranskning som genomförts av MAS på 5 slumpvis utvalda journaler framkommer det att hälso och sjukvårdsjournaler i det stora hela uppfyller lagkrav på det som ska finnas i en journal. Vid samtliga granskade journaler fanns vårdplaner med problemområden och åtgärder. Verksamheten uppfyller även kraven på inlämning av KVÅ koder till Socialstyrelsen på de åtgärder som utförs av legitimerad personal. Uppföljning på vårdplaner görs regelbundet och det är av stort värde att omvårdnadspersonalen kan gå in i fördelade vårdplaner och själva dokumentera. Förbättringsområde när det gäller journalföring av den legitimerade personalen är att regelbundet inhämta och dokumentera samtycke från vårdtagare och att på ett tydligt sätt i journalen dokumentera att ett inskrivningssamtal genomförts med vårdtagare och anhöriga.

Förslag finns att verksamheten själva ska granska sin dokumentation efter en utarbetad mall och samtidigt lära verksamheten. Anmärkningar och synpunkter tas vidare och diskuteras tillsammans med den legitimerade personalen.

Uppföljning av privata utförare

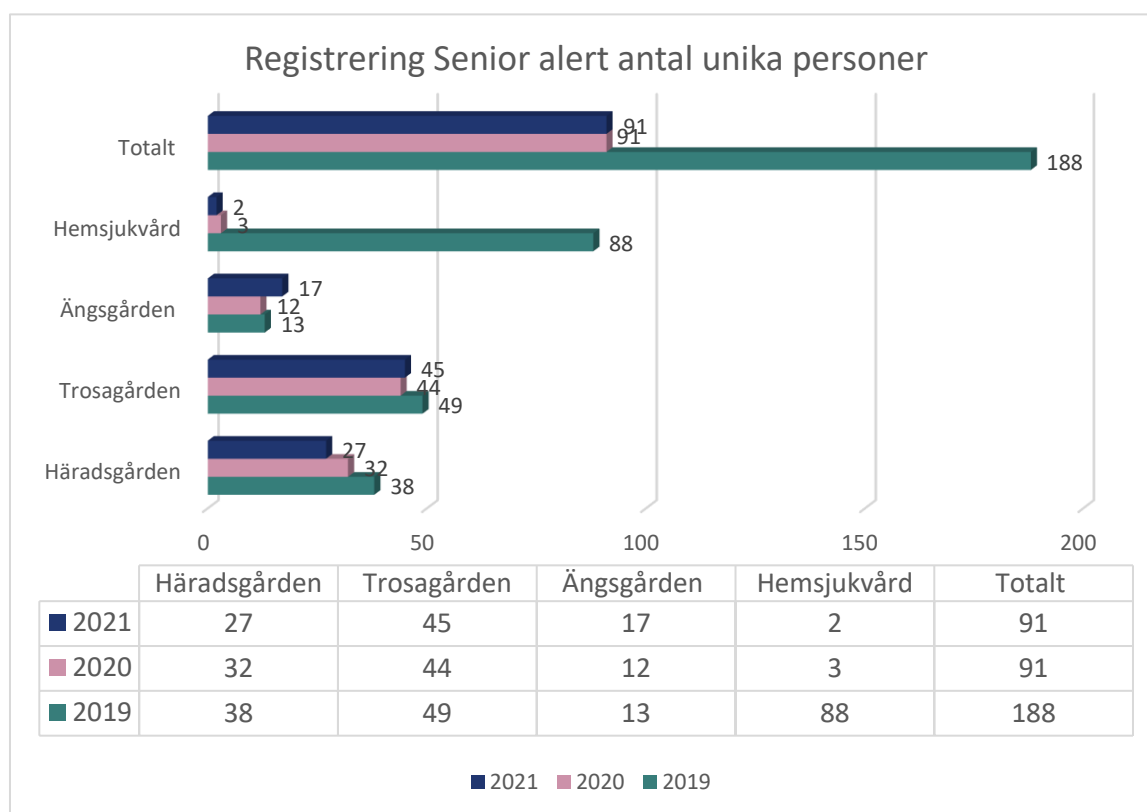
Uppföljning av privata utförare sker enligt program för uppföljning och tillsyn av verksamhet som utförs av privata utförare i Trosa kommun.

Kvalitetsledningssystem

Att medarbetare hittar lätt bland aktuella rutiner och riktlinjer. Att verksamheten har ett aktuellt kvalitetsledningssystem som är uppdaterat. Granskningen av övergripande rutiner och riktlinjer sker av MAS årligen.

Senior alert

Kvalitetsregister Senior alert används för att på ett systematiskt och preventivt arbetssätt stödja vårdprevention och förebygga för vårdtagare som riskerar att drabbas av trycksår, undernäring, fall, munhälsobedömningar och svårigheter med blåsdysfunktion. Målet för 2021 har varit att 80% av alla vårdtagare över 65 år ska ha fått en bedömning i Senior alert. Detta målvärde har inte uppnåtts under året och behöver fortsatt arbetas med. Årets resultat har troligen påverkats av pandemin där det preventiva arbetet behövt prioriteras ner pga det ansträngda läget som verksamheten befunnit sig i. Största minskningen ses i hemsjukvården där antalet genomförda registreringar under senaste två åren under pandemin legat på några enstaka fall. En förutsättning för att detta arbete ska vara framgångsrikt är att hela teamet kring patienten arbetar tillsammans i systemet, identifierar risker och vidtar nödvändiga åtgärder. Arbetet behöver drivas av legitimerad personal i samråd med omvårdnadspersonal. På särskilda boenden fungerar detta arbete bra idag men utmaningarna finns inom ordinärt boende att på ett strukturerat sätt implementera arbetsverktyget.



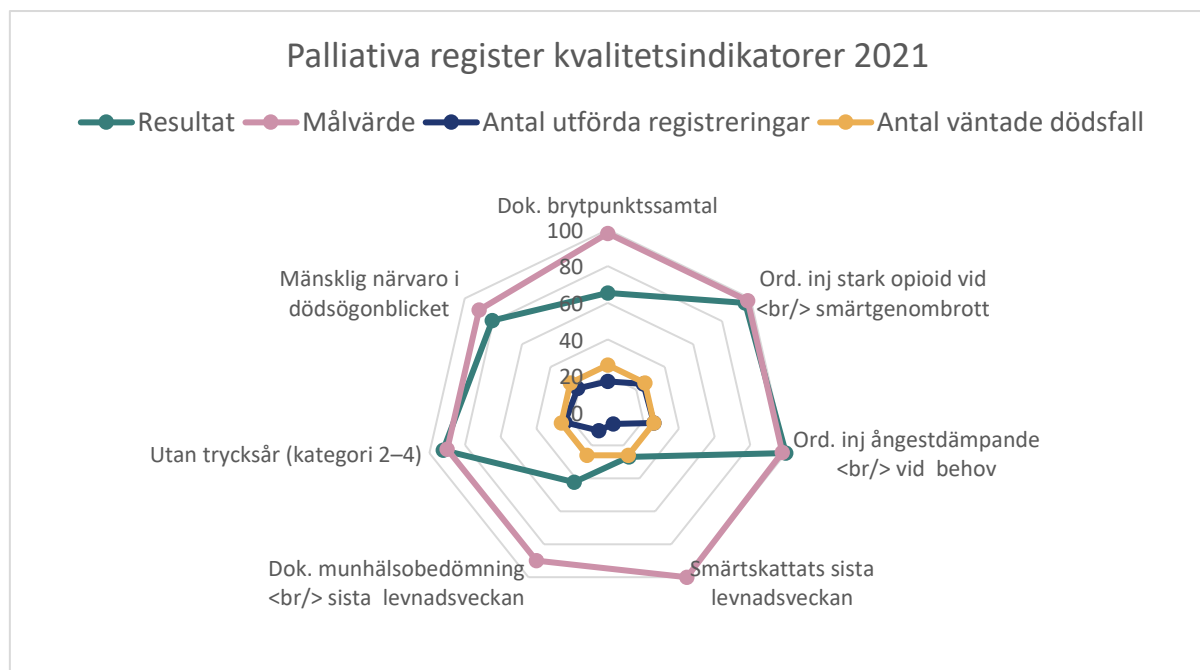
BPSD register

Kvalitetsregister BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) används för att identifiera beteendemässiga och psykiska symtom och vidta nödvändiga åtgärder för att minska lidande och öka livskvaliteten för vårdtagare med demenssjukdom. Verksamheten har under året utbildat totalt fyra legitimerade medarbetare som i sin tur kan utbilda administratörer i registret.

Målet är att under kommande året utbilda all personal och chefer som arbetar vardagligt inom verksamheten där vårdtagare med demenssjukdom finns. Det pågår ett intensivt arbete med att återigen arbeta aktivt med registret på en bred front. Verksamheten arbetar även med att ta fram en handlingsplan för demens. På särskilda boenden pågår arbetet med registret och en god följsamhet kan ses. Utmaningen finns inom hemtjänsten där fler medarbetare behöver genomgå utbildningen innan ett breddinförande kan påbörjas. Detta är ett prioriterat område för nästkommande år.

Palliativa registret

Palliativa registret används i syfte att förbättra vården i livets slut för vårdtagare och deras anhöriga. Under året har en regionövergripande rutin för palliativ vård implementerats inom verksamheten där syftet varit att få en jämlik vård över regionen där alla Sörmlands kommuner medverkat. Ett projekt har inletts inom verksamheten när det gäller subkutana injektioner inom palliativ vård som oftast ges genom att sticka vårdtagare med en nål varje gång ett läkemedel ska ges. Syftet är att istället pröva ett annat sätt där vårdtagare inte ska behöva stickas varje gång utan att istället ge läkemedel i en perifer venkateter som är kvarvarande. Detta projekt provas i nuläget inom särskilda boenden och en utvärdering kommer att ske under året för att om möjligt implementera arbetssättet inom hela verksamheten. Syftet är att minska lidande för vårdtagaren men även minimera risker med att medarbetare sticker sig på olika nålar vilket oftast är förknippat med risker och oro hos medarbetaren när detta inträffar.



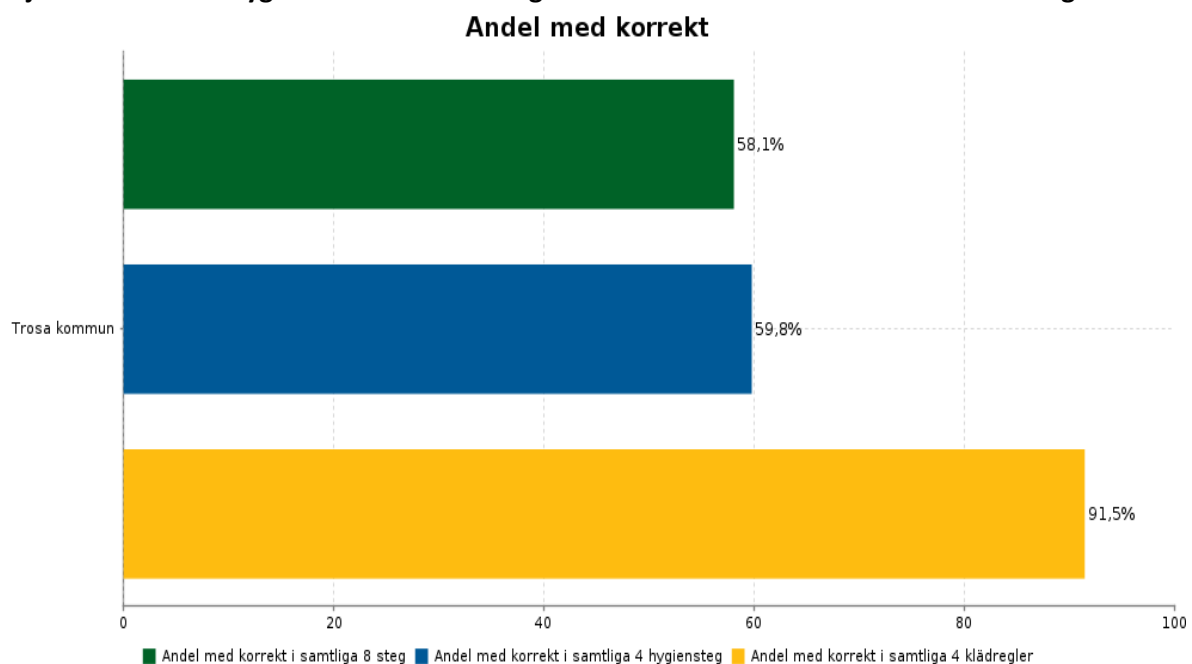
Verksamheten har under året registrerat totalt 26 väntade dödsfall varav 17 av dessa fullföljts som utförda inom alla steg. Det är en minskning av antalet registrerade dödsfall sedan tidigare år som i sin tur kan bero på att en överdödlighet skett under 2020 då det totalt registrerades 40 dödsfall inom verksamheten. Verksamheten visar ett bra resultat när det gäller områden som mänsklig närvaro i dödsögonblicket, att ordinationer av olika läkemedel finns samt att vårdtagare inte drabbas av allvarliga trycksår i den palliativa fasen. Områden som behöver förbättras är att smärtskattning

behöver ske och dokumenteras regelbundet samt att munhälsobedömningar behöver utföras i högre utsträckning än vad det görs idag. Genomförda brytpunktssamtal är också ett område som visar på ett bra resultat där den mest troliga slutsatsen är att det utförs i ännu högre utsträckning men dokumenteras inte. Brytpunktssamtal utförs av ansvarig läkare men kan initieras av legitimerad personal.

Basala hygienrutiner och klädregler

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är viktigt i ett förebyggande arbete mot vårdrelaterade infektioner. Metoden punktprevalensmätningar (PPM) grundar sig på observationsstudier av medarbetare i patientnära arbete exempelvis vid omvårdnad, undersökning och behandling. Pandemin har även medfört något positivt med sig genom att fokus på basal hygien även i vården fått stort genomslag. Att vi skapar en systematik för kontinuerlig mätning och uppföljning i våra verksamheter är nyckeln till ett hållbart hygienarbete. Via SKR:s databas kan kommuner och regioner mäta följsamhet kring basal hygien och klädregler en gång/år. Det resultatet kan jämföras med andra kommuner. Trosa kommun kommer att genomföra undersökningen 2 gånger /år, vår och höst. Observationer genomförs genom att observatörer undersöker samtliga 8 punkter när det gäller hygien och klädregler.

Följsamhet i basala hygienrutiner och klädregler vecka 45-46 2021 inom Vård och omsorg



Under året genomfördes två PPM där följsamheten mättes och resultatet är inget som kan accepteras. Följsamheten inom verksamheten ligger på 58% korrekt i alla 8 steg vilket bör anses som ett underkänt resultat. Följsamheten för i år har därmed gått ner från 71% för 2020 till 58% 2021. Det finns goda exempel inom verksamheten där följsamheten är mycket god medan andra enheter har ett större arbete att göra. När det gäller klädregler är följsamheten god vilket även kan tolkas som ett resultat att ex hemtjänstpersonalen fått ny tvättstuga där klädhantering sköts på ett tillfredställande sätt. Det arbetsmomentet som får sämst betyg är desinfektion av händerna. Verksamheten har tagit till sig årets resultat och kommer aktivt att arbeta med att förbättra resultatet för nästa år. Riktade utbildningsinsatser och inställningen till följsamhet är avgörande om verksamheten ska förbättra sina

resultat. Att ge utrymme till lokala hygienombud så att de kan driva på arbetet inom enheten är ett sätt att förbättra följsamheten.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3§

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

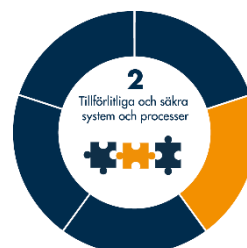


Den som upptäcker en avvikande händelse ska skyndsamt vidta nödvändiga åtgärder som behövs för att förhindra att den enskilde drabbas av en vårdskada. Om en vårdskada redan uppstått ska åtgärder genomföras så att vårdskada får så liten effekt som möjligt för den drabbade. Händelser ska alltid bedömas, åtgärdas och utredas där dessa har inträffat. Vid allvarigare händelser där bedömningen görs att hela förvaltningen behöver få information om det inträffade informeras all personal via enhetschefer om händelsen och vilka omedelbara åtgärder vidtas som berör hela förvaltningen. Syftet är att utveckla en lärande och transparent organisation. Idag diskuteras avvikelser på gemensamma träffar mellan olika professioner men även på samtligas arbetsplatsträffar.

Under 2021 har ett ärende inträffat inom verksamheten som lett till en händelseanalys för att därefter anmälas till IVO (Inspektion för vård och omsorg) enligt lex Maria. Inträffad avvikelse berör felmedicinering där delegerad omvårdnadspersonal på aktuellt särskilt boende gett insulin till fel vårdtagare. Den vårdtagaren som fått insulin har inte diabetes. Misstaget uppdagades omgående efter att läkemedlet administrerats. Flera åtgärder sattes in omgående och vårdtagaren kunde behandlas på plats. IVO har besvarat anmälan och bedömer att vidtagna åtgärder är tillräckliga och att vårdgivaren uppfyllt sin utredningsskyldighet och ärendet avslutas hos IVO. Händelsen har föranlett att en översyn av delegeringsförfarandet av hälso och sjukvårdsuppgifter setts över. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inledde under 2020 en nationell tillsyn avseende medicinsk vård och behandling under Covid 19 –pandemin. Under 2021 har IVO begärt ut totalt 82 journaler som förts av legitimerad personal inom förvaltningen under en bestämd tid. Syftet är att fortsätta granska vården under covid.

Tillförlitliga och säkra system och processer

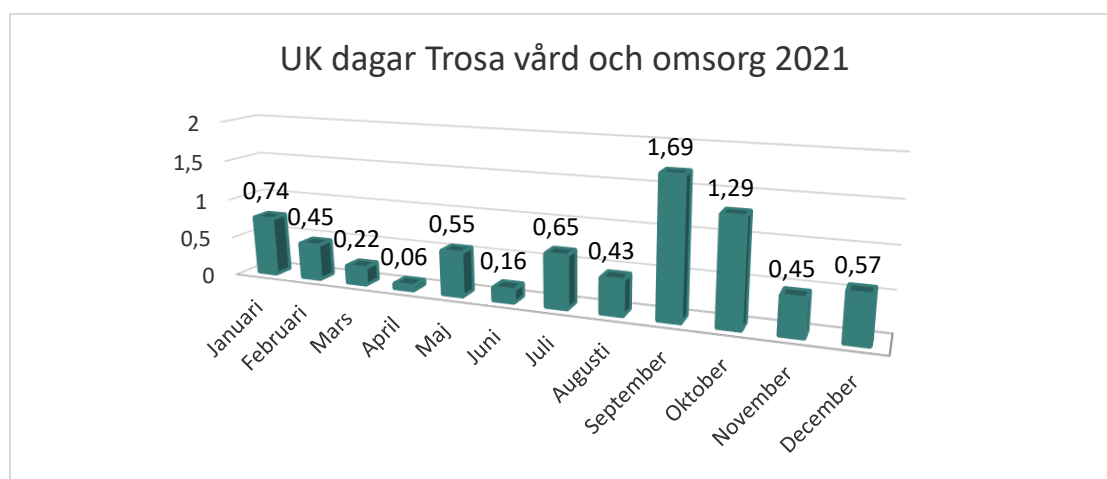
Under året har förvaltningen aktivt arbetat med basala hygienrutiner och uppföljning på följsamheten har gjorts två gånger under året. All personal som nyanställs genomgår olika utbildningar som senaste året varit digitala varav basal hygien och klädregler är en av dessa. Det görs även en gemensam introduktionsutbildning inom förvaltningen för all vikarierande personal som arbetar under sommaren. Utbildningen är både praktiskt och teoretiskt där legitimerad personal håller i den praktiska delen som bl a berör hygien, smittspridning samt förflyttningkunskap. Detta koncept anses vara lyckat och kommer att fortsätta hållas i även framöver. Syftet är att all ny personal får samma utbildning där utformningen på utbildningen är kommungemensam oavsett var personen ska arbeta inom förvaltningen.



Förvaltningen har avtal med Region Sörmland angående läkarmedverkan. Varje år följs detta avtal upp och revideras beroende på hur många patienter som tillkommit inom verksamheten men även hur många boendeplatser som finns både korttids samt särskilt boende platser. Revideringen av avtalet följer en avsedd mall där olika frågeställningar berörs som tex läkarmedverkan i tid, läkemedelsgenomgångar, SIP användning och utbildning som ombesörjs av läkaren. Syftet är att säkerställa kvaliteten i givna insatser och identifiera eventuella brister samt inhämta underlag till förbättringsarbete.

Utskrivningsklara dagar (UK) för Trosa vård och omsorg 2021

Verksamheten redovisar för året något fler utskrivningsklara dagar än för tidigare år. Anledningen till detta är att ovanligt många ansökningar inkommit till verksamheten om särskilda boenden som också ses som en pandemieffekt där allt fler vårdtagare vårdats i ordinärt boende och många har inte sökt sig till särskilda boenden. Detta resulterade i att verksamheten under några månader inte hade tillräckligt med korttidsboendeplatser för att kunna ta hem patienter i tid. Snittresultatet för utskrivningsklara dagar 2021 ligger på 0,6 dagar/vårdtillfälle vilket ska anses som ett mycket bra resultat i sammanhanget.



Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Verksamheten har under året breddinfört digitala läkemedelsskåp vilket har gjort betydligt säkrare läkemedelshantering att obehöriga inte ska kunna ta sig in i läkemedelsskåp. Enbart personal som har delegering på läkemedelsadministrering kommer ha tillgång till att öppna läkemedelsskåpen. Detta ses som ett lyckat projekt och ett lyft för patientsäkerheten. Nästa steg är att införa digital signering för att effektivisera och minimera risker för misstag inom verksamheten. Det innebär en enklare spårbarhet av signering på utförda och ej utförda hälso- och sjukvårdsinsatser som är användbart vid kvalitetsarbete och uppföljning.



När det gäller verksamhetens övergripande arbete kring digitalisering har en projektledare för välfärdsteknik och digitalisering anställts där syftet är att ta fram en handlingsplan inom verksamheten när det gäller området välfärdsteknik och digitalisering. Förhoppningen är att

handlingsplanen ska visa riktningen för verksamheten när det gäller hur införskaffande och införande av olika digitala lösningar ska gå till. Detta bedöms vara välbehövligt eftersom verksamheten kommer tvingas navigera inom det stora området som digitalisering innebär. För att kunna möta kraven framöver som ställs på verksamheten med alla demografiska utmaningar är detta en grund som absolut är nödvändig att skapa.

Smittspårning

Då covid 19 klassas som samhällsfarlig sjukdom har verksamheten själva behövt arbeta systematiskt med smittspårning under året. Detta arbete har varit omfattande och krävt stora resurser från verksamheten där en central smittspårningsorganisation inrättades. Varje enskilt prov har behövt tas två gånger efter jämna mellanrum för att försöka identifiera eventuella fler fall inom verksamheten. Några vårdtagare har valt att tacka nej till smittspårning varför dessa behövt hanteras som eventuellt positiva fall och rutiner för det följts.

Antal smittspårningar 2021

	personal	vårdtagare	Totalt
Antal index	11	11	22
Antal index som ej lett vidare till smittspårning inom VO			6
Antal index som lett vidare till smittspårning inom VO			16
Antal olika <u>individer</u> som lett vidare till smittspårning exkl. index			94
Antal positiva fall som hittas med smittspårning			8
Antal positiva fall prov 1			7
Antal positiva fall prov 2			1
Antal negativa fall			165
Antal negativa fall prov 1			84
Antal negativa fall prov 2			81
Antal fall som ej provtagits			5
Totalt antal utförda provtagningar inom Vård och omsorg			173

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Risk- och konsekvensanalyser utförs kontinuerligt för att reducera risker, minska sårbarheter inom verksamheten och att förbättra verksamhetens förmåga att förebygga, motstå och hantera kriser och allvarliga händelser. I verksamhetens interna kontrollplan lyfts och återspeglaras identifierade risker inom verksamheten. Varje enskild enhetschef samt övriga ledande funktioner ansvarar för att förutbestämda identifierade risker har en åtgärdsplan och är genomförda under året. Redovisning av utförda internkontroller sker årligen till vård och omsorgsnämnden.

Risk och konsekvensanalyser utförs på samtliga system eller förändringar i verksamheten där det finns möjliga risker att beakta.

Konsekvensbedömning enligt Dataskyddsförordningen är en del i riskanalysarbetet som utförs.

Åtgärdsplan för framtagna risker och sårbarheter följs upp och åtgärdas kontinuerligt.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar. Ett stort arbete har lagts ner på att implementera

omvårdnadspersonalens dokumentation enligt IBIC. I och med detta ses en allmän förbättrad dokumentation bland omvårdnadspersonalen. Fortsatt arbete behövs framöver när det gäller vad som ska dokumenteras i vårdtagarens genomförandeplaner. En övergripande utbildning för nyanställda i verksamhetssystemet saknas idag när det gäller både legitimerad och omvårdnadspersonal. I dagsläget lär personal av varandra vilket i längden kan innebära risker då kollegor uppfattar olika och därmed lär ut olika. Dokumentationsombud som ska finnas på alla enheter behöver ges utrymme att stödja verksamheten i det dagliga arbetet när det gäller dokumentation.



Avvikelse

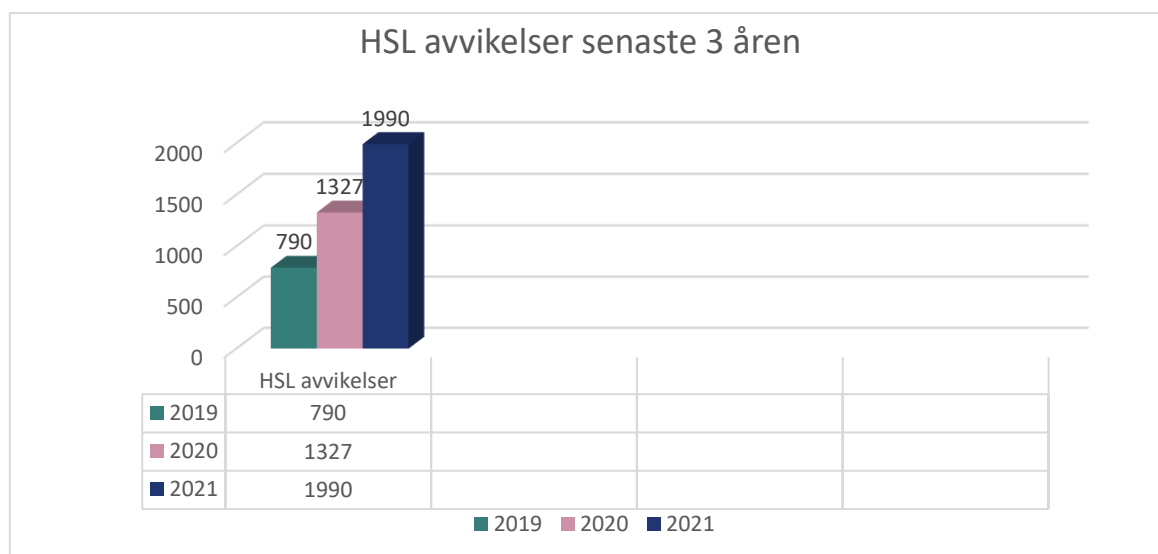
PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Under året har stort arbete genomförts när det gäller avvikelshantering i verksamheten. Verksamheten har tagit fram en handbok som benämner ansvarsfördelningen i samband med hanteringen av avvikelser. Detta ses som en stor förbättring för att förtydliga roller inom avvikelshantering. Ansvarig enhetschef är ytterst ansvarig för att avvikelser inom den egna verksamheten på ett systematiskt sätt analyseras, sammanställs och utvärderas. Efter att avvikelser analyserats och åtgärdats ska resultatet redovisas inom den egna verksamheten för att lära och utveckla den. Avvikelsemodulen i verksamhetssystemet har setts över och förtydligats så att det ska vara enkelt för medarbetare att kunna skriva en avvikelse. Alla enheter inklusive enhetschefer har fått genomgång i avvikelsemodulen samt den nya framtagna handboken för avvikelshantering. I och med att fler medarbetare fått en utbildning i avvikelsemodulen har kunskapen och viljan att rapportera in avvikelser ökat för i år.

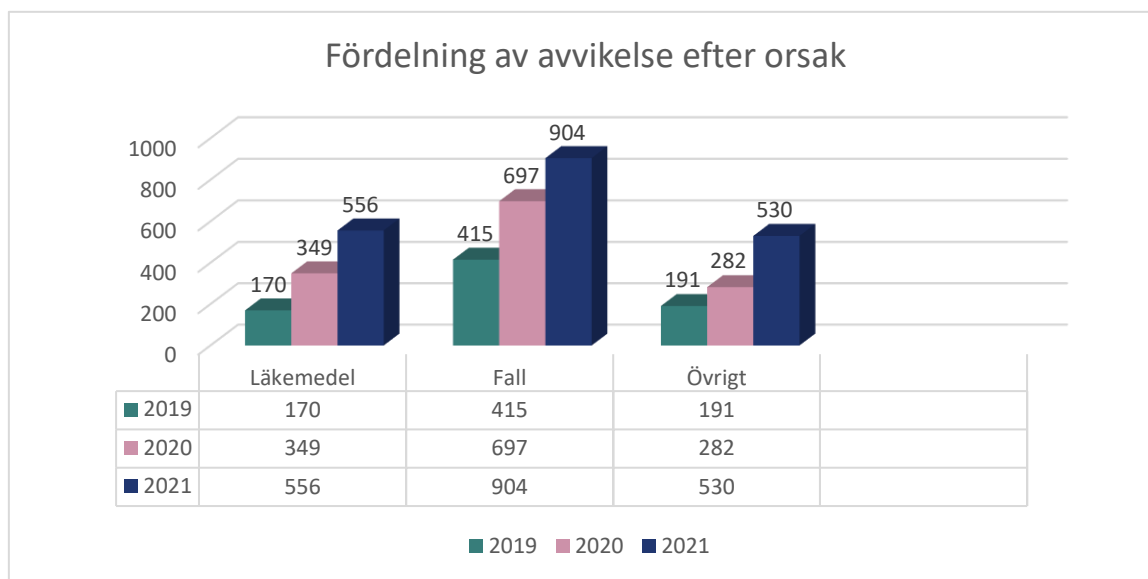
Det har under året inträffat några enstaka avvikelser som berör externa verksamheter och samarbete med region Sörmland. Avvikelserna rapporteras inte in i vårt verksamhetssystem varför det krävs

manuell inhämtning av statistik som ibland inte är heltäckande. De inkomna avvikelserna handlar om brister i informationsöverföring mellan enheter som tex när en vårdtagare skickas in till sjukhus samt från ambulanspersonal om bristande kommunikation. Avvikelse som kommunen framfört till regionen handlar om brister i informationsöverföring, brister i följsamhet till olika överenskommelser/rutiner, brister i bemötande från bl a ambulanspersonal. När en avvikelse inträffar som berör annan vårdgivare skickas underlaget från verksamhetssystemet till vårdgivaren med önskemål om att verksamheten ska få tillbaka ett svar på att avvikelsen är utredd och vilka åtgärder som vidtagits. Detta är stort förbättringsområde som framförts i olika samverkansgrupper med regionen om att kommunen behöver få en återkoppling vid inträffade avvikelser. Verksamheten ska i alla inträffade fall återkoppla till berörd enhet när en avvikelse är avslutad och vilka åtgärder som vidtagits för att lära av det inträffade.

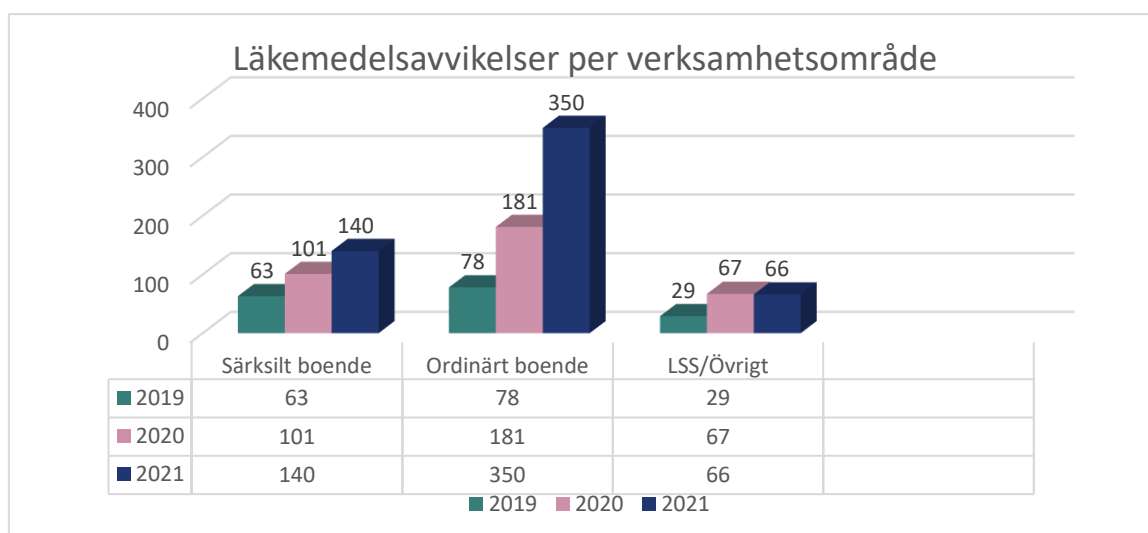
Under 2021 har samtliga kategorier inom området HSL (hälso och sjukvårdslagen) avvikelser ökat i jämförelse med tidigare år. Denna ökning kan troligen förklaras genom att allt fler medarbetare fått utbildning inom avvikelsehanteringen och därmed ökad medvetenhet om rapporteringsskyldighet. Hemtjänstens verksamhet har behövt delas pga att verksamheten växt och därmed har fler dokumentationsstationer uppkommit vilket också kan vara bidragande orsaker att allt fler avvikelser skrivs.



Totala antalet avvikelser under 2021 inom HSL har ökat till 1990 i jämförelse med tidigare år 2020 där antalet avvikelser varit 1327. I jämförelse med senaste tre åren har antalet avvikelser tredubblats inom samtliga områden som berör HSL. Områden där de flesta avvikelser inom HSL sker är fall och läkemedelshantering. Det har funnits även en kategori som benämns "övrigt" där det kan ha förekommit olika typer av avvikelser som bl a kan handla om bristande kommunikation, bemötande osv. Denna kategori har i samband med översynen av avvikelsemodulen setts över och förtydligats så att medarbetare bättre kan specificera vad avvikelsen gäller för.



Läkemedelsavvikelser



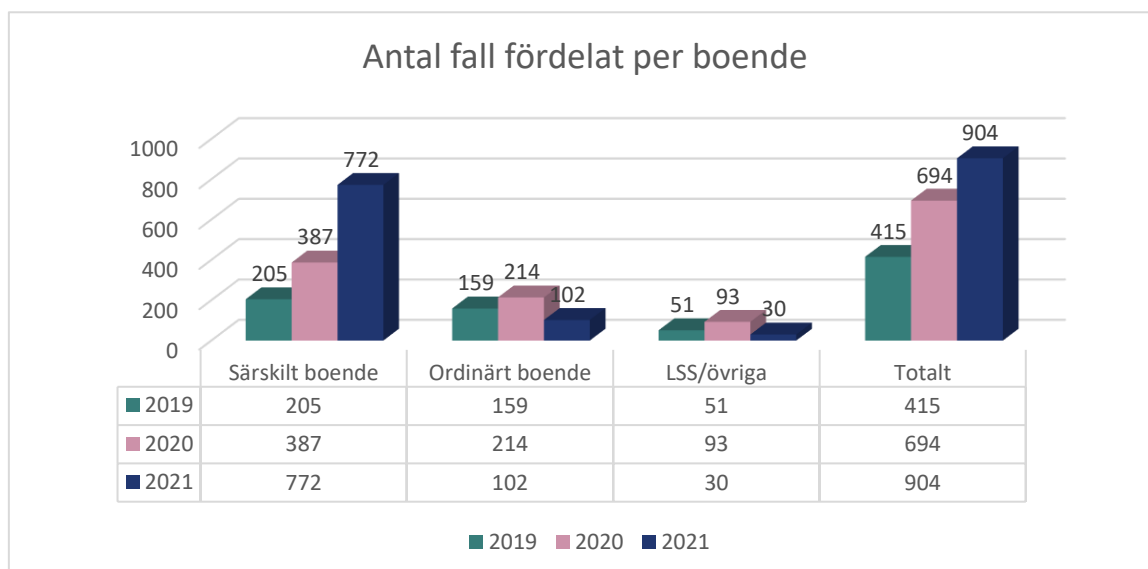
När det gäller kategorin läkemedelsavvikelser ses det en påtaglig ökning inom ordinärt boende. Det är även en ökning inom särskilt boende sedan tidigare år. Inom LSS verksamheten ligger läkemedelsavvikelser inom samma nivåer som tidigare år. Området läkemedelshantering är förknippat med stora risker där nog följsamhet har stor betydelse för att minimera riskerna. Ett omtag när det gäller läkemedelsdelegering har under året gjorts vilket också kan förklara ökad medvetenhet bland medarbetare att rapportera in avvikelser. En övergripande utbildning inom delegeringsförfarandet har genomförts under året där bl a medarbetare fått lära sig när en avvikelse ska skrivas. Detta arbete kommer verksamheten att fortsätta med där syftet är att alla medarbetare får ta del av samma information inom området läkemedel.

Inom området ordinärt boende hemtjänst Vagnhärad har avvikelser ökat mest där verksamheten påpekat flera förbättringsområden när det gäller läkemedelshanteringen. Detta arbete kommer fortsätta under kommande året i nära samarbete med MAS. Denna enhet har under året flyttat till nya lokaler vilket gjort att rutiner för hantering av läkemedel behövs ses över i flera omgångar.

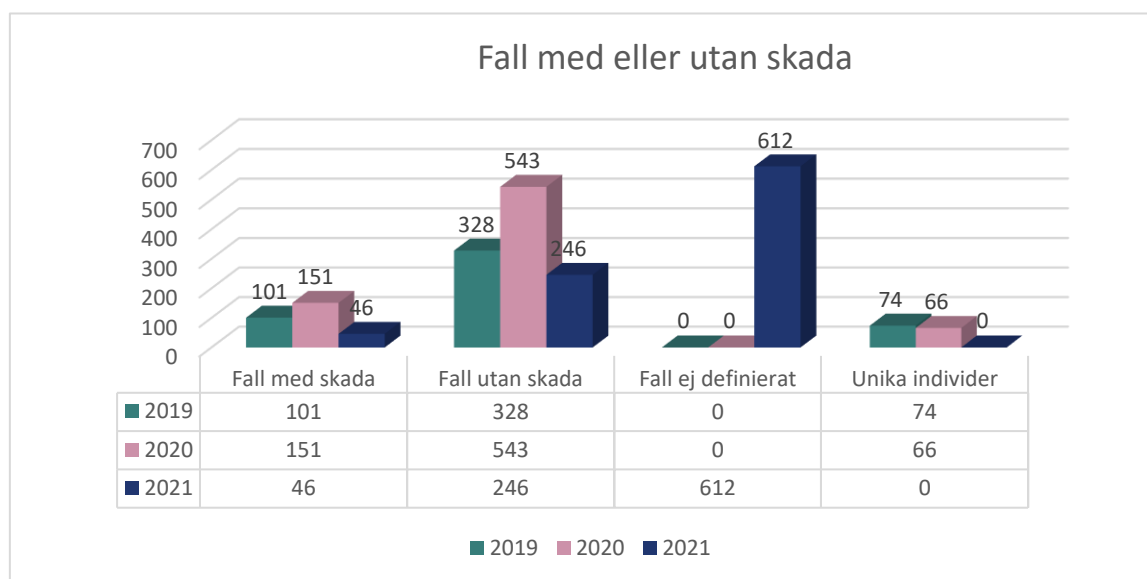


Den största ökningen inom typ av läkemedelsavvikelse och orsak till det inträffade ses under kategorin "uteblivet läkemedel". Att ett läkemedel uteblir av någon anledning och inte ges ses som allvarligt då det i de flesta fall bygger på olika systemfel, allt från felplaneringar i schema till mer banala orsaker. Detta område behöver verksamheten arbeta mycket med och vidta nödvändiga åtgärder under kommande året. Utebliven signering är ett område som minskat sedan tidigare år vilket ses som positivt. Att införa digital signering är av stort värde för verksamheten eftersom ex uteblivna läkemedel som inte är signerade kan snabbare upptäckas då ett larm går till ansvariga vid utebliven signering. Verksamheten har som mål att under året införa brett digital läkemedelssignering vilket kommer underlätta det administrativa arbetet för legitimerad personal och öka patientsäkerheten. Syftet är även att digital signering ska öka möjligheter till att även arbetsuppgifter som delegeras av fysioterapeuter och arbetsterapeuter idag ska signeras att uppgiften är utförd.

Fallavvikelser



Under de senaste tre åren har fallavvikelse ökat stadigt och största ökningen ses på särskilt boende där antalet registrerade fall fördubblats sedan tidigare år. Det finns några enskilda individer som faller ofta och bidrar till att antalet fall ökat något men kan inte förklaras vara bidragande orsak till att allt fler faller. Detta område behöver arbetas med under kommande åren där teamarbete är avgörande för att lyckas. Med detta menas alla professioner kring vårdtagaren måste arbeta i team och samordna sina insatser. Det preventiva arbetet där rehabiliteringspersonalen ges möjlighet att komma med tidigare insatser är avgörande i att förebygga antalet fall. Att fortsätta med årlig förflyttningsutbildning för all personal kommer leda till att det förebyggande arbetet med fall initieras. Under pandemin har det hållits enskilda utbildningar i förflytningsteknik pga olika restriktioner vilket visar på att kunskapen årligen behöver förnyas och att all nyanställd personal ska genomgå utbildningen.



De flesta fall som inträffar leder inte till skada och detta år ses en minskning av antalet fall med skada. I statistiken har det tillkommit en ny kategori där fall är ej definierat vilket gör årets statistik svårtolkat. Detta behöver ses över för att på ett tydligt sätt kunna se om ett fall lett till skada eller inte. I det preventiva arbetet med fall är det av stor betydelse att verksamheten börjar ta hjälp av olika digitala lösningar som finns ute på marknaden. Detta är dock inte helt problemfritt att använda sig av eftersom individens frihet och när ett sensorlarm ska ses som ett hjälpmedel lämnar en del obesvarade frågor. Inom detta område behöver framförallt den legitimerade personalen få utbildning kring förskrivning av olika hjälpmedel för att förebygga fall. Verksamheten ska tydligt upprätta individuella vårdplaner kring varje enskilt fall och vidta nödvändiga åtgärder för att minska antalet fall.

Klagomål och synpunkter

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

Verksamheten ser positivt på att Trosa kommuns medborgare har möjlighet att lämna synpunkter som klagomål och förbättringsförslag. Medborgare kan lämna sina synpunkter genom att ex använda E-tjänst, ringa till verksamheten eller skriva brev. Det finns ingen statistik att ta del av när det gäller olika klagomål som inkommit direkt till enheterna och som berör hälso och sjukvård. I den nya

avvikelsmodulen som verksamheten har finns möjlighet att anteckna olika synpunkter som inkommit utan att involvera en vårdtagare. Detta behöver förbättras då de flesta synpunkter inte antecknas. Ett sådant ärende finns antecknat under 2021 som berör vårdtagarens missnöje med hemsjukvårdens insatser vilket har hanterats och vårdtagaren har fått återkoppling.

Den enskilde eller personens anhöriga kan också vända sig till patientnämnden med sina synpunkter eller frågeställningar om vård och behandling. Under året har tre ärenden inkommit till patientnämnden som berör synpunkter på verksamheten vård och omsorg i Trosa kommun. Två av dessa ärenden har inte lett till att patientnämnden begärt yttrande från verksamheten. Det tredje ärendet har än så länge inte inkommit till verksamheten. De två förstnämnda ärenden handlar om vårdtagarens upplevelser kring bristen på vårdplanering samt ansvarsfördelning.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

Verksamheten kommer även framöver att behöva ta hand om allt fler vårdtagare med komplexa sjukdomsbilder varför kompetensutveckling på alla nivåer inom verksamheten är nödvändig för att klara dessa utmaningar. Under året har det inrättats en särskild lokal inom verksamheten för klinisk träning och simulering av olika arbetsmoment där det idag bl a undervisas i hjärt- och lungräddning, förflyttningsteknik samt delegeringsutbildningar av olika slag. Målet är att utveckla denna verksamhet ännu mer där ännu fler arbetsmoment kan utföras i simuleringsmiljö. Med denna satsning kommer patientsäkerheten att öka när medarbetare känner sig trygga i att utföra olika arbetsmoment där det krävs reell kompetens.



Vidare har den legitimerade personalen medverkat i ett projekt tillsammans med Linköpings universitet för att använda och utvärdera en applikation som mäter sårstorlek med hjälp av AI teknik. Syftet har varit att på ett säkert sätt kunna mäta omkretsen på ett sår för att därefter kunna utvärdera en behandling som utförs. Detta säkerställer att vårdtagare får rätt behandling i rätt tid där mätmetoden görs av en kamera som ger en mycket pålitlig och nästintill 100 procentig bild av storleken på ett sår. Projektet väntas förhoppningsvis övergå till att applikationen kommer breddas införas inom hela verksamheten.

Initiativ har också tagits till ett projekt för att pröva en applikation för omvårdnadspersonal som bygger på olika instruktionsfilmer när det gäller de mest förekommande arbetsuppgifterna inom vård och omsorg. Förhoppningen är att omvårdnadspersonalen ska öka sina kunskaper inom området samt att ha tillgång till informationen ute hos vårdtagaren. Detta projekt kommer att prövas under 2022 för att sedan utvärderas.

Sammanställning utifrån arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Tabell 1 Område, mål, resultat, analys av resultatet, åtgärd, uppföljning åtgärd, omfattning.

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Fall	Att minimera antal fall inom verksamheten	Totalt antal fall för i år 904	En ökning sedan tidigare, kan bero på ny avvikelser modul	Förebyggande arbete med tidigare rehabinsatser	Information till all personal om medvetenheten kring fallprevention	Hela verksamhet en ska arbeta med förebyggande åtgärder	Intern avvikelser statistik, hämtas ut årligen

Tillförlitliga och säkra system och processer

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Basal hygien och klädregler	Att rutiner efterlevs	PPM mätning 58% rätt i alla 8 steg	Ej acceptabelt resultat, en minskning sedan tidigare år	Tydligt mål satt till >90% rätt i alla 8 steg	2 årliga PPM mätningar införs vår/höst	Hela vård och omsorg som har patientnära kontakt omfattas	PPM databas via SKR
Läkemedels genomgång -ar	Öka antal genomförda läkemedels genomgångar	Utgå från ett utgångsläge 2022	Ska ligga till grund för årlig uppföljning av läkaravtalet	Initiera till ansvarig läkare att genomföra årlig läkemedels genomgång	1 årlig mätning genom att inhämta manuell statistik från Regionens journaler	Alla vårdtagare som bor på såbo har rätt till årlig genomgång av sina läkemedel	Manuell statistik

Säker vård här och nu

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Leverans problem av nödvändig utrustning	Att ha en god beredskap inför kommande driftstörningar	Intern hantering	God krisberedskap	Årlig inventering	Rapportera resultat till verksamhetschef	Hela vård och omsorg	Årlig avstämning

Stärka analys, lärande och utveckling

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Att lära av misstag	Genomgång av inträffade avvikelser med all personal. Inledda händelseanalyser informeras över hela förvaltningen	internkontroll	Följa alla steg i avvikelsoprocessen	Information om inträffade händelser ska ges till all berörd personal så att misstag inte upprepas	Apt protokoll där det framgår att avvikelser och händelseanalyser som berör patientsäkerhet har diskuterats	Gäller hela vård och omsorg	Intern kontroll

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Om-fattning	Källa
Preventivt arbetssätt	80% av alla över 65 år ska vara bedömda i Senior alert	Målet ej uppnått. Totalt antal individer som bedömts är 91 personer	Pandemi som påverkat resultatet. Bättre följsamhet på säbo än hemsjukvården.	Arbeta aktivt med kvalitetsregister, förtydliga kriterier	Informera samtliga medarbetare	All legitimerad personal ska använda sig av Senior alert.	Årlig statistik från Senior alert
Kompetensutveckling	Inrätta simulering på KTC (Klinisk träningscenter)	Möjlighet till att träna på olika arbetsmoment för all personal	Stärka struktur för olika simuleringsutbildningar	KTC ansvariga	Förtydliga rollen som KTC ansvarig, inventera utbildningsgraden	All personal har tillgång till att träna på simulering	Intern kontroll

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Året som gått har bjudit på stora utmaningar för verksamheten i form av pandemi som genomsyrat hela arbetet där målet varit att skydda våra sköraste, dvs våra vårdtagare. Detta arbete bör anses vara lyckat då det inte skett en omfattande smittspridning inom verksamheten. När väl något positivt fall dykt upp har det med adekvata åtgärder kunnat begränsas till ett avgränsat område. Trots stora utmaningar för verksamheten med pandemin har en hel del utvecklingsarbetet kunnat genomföras och implementeras.

Beroende på hur pandemin utvecklas kommer verksamheten behöva även i fortsättningen vara flexibel för att snabbt ställa om till andra arbetssätt. Detta har fram till idag varit ett framgångskoncept där samarbete med regionen på lokal nivå har varit avgörande. Den största utmaningen som verksamheten har framför sig är att behålla kompetensen och skapa förutsättningar för kompetensutveckling samt att besvara de allt högre kraven som kommer ställas på medarbetare att vårda allt fler och allt sjukare vårdtagare i hemmet. Omställningen till nära vård tillsammans med regionen kommer påverka hela verksamheten när det gäller samverkan kring vårdtagare.

Mål för 2022

Förutom identifierade målen under processer enligt ovan har verksamheten följande mål för 2022

- Tidig upptäckt av risker genom preventivt arbetssätt genom mätning i kvalitetsregister som BPSD, Senior alert samt Palliativa registret. Bredd införa BPSD register inom hela verksamheten och utbilda fler medarbetare. Samtliga förväntade dödsfall inom verksamheten ska registreras i Palliativa registret för att identifiera olika behov hos individen i den palliativa fasen av vården.
- Säker kommunikation och informationsöverföring genom korrekt användning av Prator och SIP. Det behövs utbildningsinsatser inom området.
- Trygg hemgång och effektiv samverkan vid utskrivning från sjukhus efterlevs och är säker.
- Journalgranskning av hälso- och sjukvårdsjournal utförs årligen och implementeras inom verksamheten så att verksamheten granskar sig själva enligt bestämd mall.
- Digitalisering av signering vid läkemedelsöverlämning inom hela verksamheten för en säkrare hantering och förvaring av läkemedel.
- Undersöka implementeringen av HSE (Hållbart medarbetar engagemang) där syftet ska vara att medvetandegöra patientsäkerhetsarbetet inom verksamheten
- Införande av applikation Visible care som innebär att medarbetare har tillgång till olika instruktionsvideon när det gäller olika arbetsmoment
- Öka antal utförda digitalt hembesök i samverkan med regionen.
- Uppstart av ett särskilt palliativt team inom hemtjänsten som tar hand om palliativa vårdtagare inom ordinärt boende.
- Fler medarbetare som genomgår munhälsoutbildning

3

Uppföljning – Efterlevnad av dataskyddsförordningen 2021

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att den har tagit del av rapporten Uppföljning - *efterlevnad av dataskyddsförordningen i Trosa kommun 2021*.

Ärendet

Tillsynen har genomförts som en del av det arbete dataskyddsbuden enligt dataskyddsförordningen ska utföra för de personuppgiftsansvariga (som i Trosa kommun är nämnderna och bolagsstyrelserna). Tillsynen har skett under 2021 genom utskickade frågor till dataskyddsbudambassadörerna, genomgång av anmälda personuppgiftsincidenter och en fortsatt analys av dataskyddsbudens tidigare förslag till personuppgiftsansvariga om central styrning av autentisering och auktorisering.

Under 2022 föreslås de personuppgiftsansvariga bland annat att fortsätta arbetet med:

- Att öka den generella medvetenheten och kunskapen hos personuppgiftsansvariga genom ytterligare informationsinsatser.
- Säker hantering av mobila enheter
- Inrätta funktion för att hantera olika typer av säkerhetsincidenter (informationssäkerhet, fysisk säkerhet, IT-säkerhet etc.)
- Kompetensutveckling och frigörande av resurser för att säkerställa nyttorealisering av investeringen i ADAudit Plus.

Nadja Furuberget Skog
Dataskyddsbud

Martin Snygg
Dataskyddsbud

Bilagor

Efterlevnad av dataskyddsförordningen

Uppföljning – efterlevnad av dataskyddsförordningen i Trosa kommun 2021

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Jämförelsematris för fokusområden	3
Bakgrund	4
Metod och avgränsningar	4
Reflektioner från förra årets rapport	6
Omvärldsfaktorer	6
Interna händelser och utredningar	6
Arbete efter föregående rapport	7
Några punkter som noterats vid föregående tillsyner kvarstår att arbeta med: ..	8
Förslag till förbättring under 2022:	9
Central styrning av autentisering och auktorisering	10
Autentisering	11
Auktorisering	11
Varför är det viktigt att ha kontroll över konton?	11
Single Sign On (SSO)	12
Personuppgiftsincidenter	14
Konsekvensbedömningar	18

Sammanfattning

Tillsynen har genomförts som en del av det arbete dataskyddsbuden enligt dataskyddsförordningen ska utföra för de personuppgiftsansvariga (som i Trosa kommun är nämnderna och bolagsstyrelserna). Tillsynen har skett under 2021 genom utskickade frågor till dataskyddsambassadörerna, genomgång av anmälda personuppgiftsincidenter och en fortsatt analys av dataskyddsbudens tidigare förslag till personuppgiftsansvariga om central styrning av autentisering och auktorisering. Vid årets tillsyn har fokusområdena varit färre dels för att djupare kunna analysera dessa och dels för att mycket av dataskyddsbudens tid under 2021 har ägnats åt ett större projekt kring informationssäkerhet med klassificering av kommunens information i verktyget KLASSA.

Den här rapporten belyser vikten av central styrning av autentisering och auktorisering för att rätt personer ska komma åt rätt system vid rätt tillfälle och av rätt anledning. Idag auktoriseras konton manuellt utan autentisering. En rekommendation är att ta fram en korrekt styrmodell för åtkomstkontroll baserad på korrekt tillitsnivå för autentiserade användare med rollbaserad auktorisering via Single Sign On (SSO) med stöd för multifaktorautentisering (MFA).

Under 2021 har dataskyddsbuden tagit emot 28 interna anmälningar av personuppgiftsincidenter varav 12 stycken har anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Drygt hälften av de internt inrapporterade personuppgiftsincidenterna utgörs av obehörigt röjande via e-post, brev eller sms.

Arbetet med konsekvensbedömningar har kommit igång. Enligt svar från dataskyddsambassadörerna har VON, HN, MN och KS gjort en eller flera konsekvensbedömningar. Idag genomförs konsekvensbedömningarna i en wordmall där förvaltningarna har påtalat att den upplevs som tung och att det är flera frågor som är lika de som redan besvarats i Draftit records eller vid klassning av information i verktyget KLASSA. Rekommendation från dataskyddsbuden är att köpa in en modul från Draftit för att effektivisera och förenkla processen med konsekvensbedömningar.

Jämförelsematris för fokusområden

Nedan finns en sammanställning i tabellform per personuppgiftsansvarig nämnd/bolagsstyrelse och fokusområde. Grönt betyder att dataskyddsombuden bedömer att den personuppgiftsansvariga uppnår lagens krav utifrån fokusområdet och det underlag som använts för att ta fram rapporten. Gult betyder att den personuppgiftsansvarige uppfyller lagens krav men behöver fortsätta utveckla fokusområdet och att vissa delar saknas för att kunna fastslå ett systematiskt arbetssätt. De vita fälten används för att det är en svårbedömd personuppgiftsansvarig då det inte finns någon direkt verksamhet med personal att koppla till. I rapporten för 2021 presenterar vi två fokusområden i tabellen.

Fokusområde 2019	KS *	HN* BoU	HN* Ifo	VON *	KFN *	TSN *	SBN *	MN *	VXL *	ÖF *	REV *	VN *	Trobo	Trofi
Personuppgiftsincidenter														
Konsekvensbedömningar														

Fokusområde 2020	KS *	HN* BoU	HN* Ifo	VON *	KFN *	TSN *	SBN *	MN *	VXL *	ÖF *	REV *	VN *	Trobo	Trofi
Personuppgiftsincidenter														
Konsekvensbedömningar														

Fokusområde 2021	KS *	HN* BoU	HN* Ifo	VON *	KFN *	TSN *	SBN *	MN *	VXL *	ÖF *	REV *	VN *	Trobo	Trofi
Personuppgiftsincidenter														
Konsekvensbedömningar														

*KS	Kommunstyrelsen
*HN BoU	Humanistiska nämnden Barn och utbildning (Skola/förskola)
*HN Ifo	Humanistiska nämnden Individ och familjeomsorg
*VON	Vård- och omsorgsnämnden
*KFN	Kultur- och fritidsnämnden
*TSN	Teknik- och servicenämnden
*MN	Miljönämnden
*VXL	Växelnämnden
*ÖF	Överförmyndaren
*REV	Revision
*VN	Valnämnden

Bakgrund

Enligt dataskyddsförordningen artikel 39 p.1b ska dataskyddsombudet övervaka efterlevnaden av dataskyddsförordningen och den personuppgiftsansvariges strategi för skydd av personuppgifter, inbegripet ansvarstilldelning, information till, och utbildning av personal som deltar i behandling och tillhörande granskning.

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) menar att den uppgiften bland annat innebär att dataskyddsombudet¹:

- Samlar information om hur personuppgifter behandlas i organisationen
- Analyserar och kontrollerar om personalen följer bestämmelser
- Utfärdar rekommendationer till den personuppgiftsansvarige

2021 är tredje året Trosa kommuns dataskyddsombud utför en tillsyn med rapport till de personuppgiftsansvariga. Dataskyddsombuden planerar att årligen kontrollera efterlevnaden av dataskyddsförordningen och återkomma till de personuppgiftsansvariga med en rapport.

Tillsynen syftar till att ge de personuppgiftsansvariga nämnderna och styrelserna en bild av hur arbetet fortlöpt under året och peka på vilka utvecklingsområden som finns för att ge en aktuell lägesbild. Slutligen ska rapporten även ge konkreta förslag på åtgärder som kan hjälpa den personuppgiftsansvarige att skapa en plan för det fortsatta arbetet.

Metod och avgränsningar

Tillsynen har genomförts genom utskickade frågor, genomgång av anmälda personuppgiftsincidenter och en fortsatt analys av dataskyddsombudens tidigare förslag till nämnderna om central styrning av autentisering och behörigheter. Tillsynen omfattar alla personuppgiftsansvariga inom kommunen utifrån valda fokusområden. Fokusområden är hämtade ur lokalt kopplade projekt, områden som IMY nämner i sin plan för tillsyn 2019-2020, konstaterade brister vid föregående tillsyn samt domar eller andra beslut från tillsynsmyndigheter som påverkat förutsättningarna för behandling av personuppgifter.

De personuppgiftsansvariga som rapporten omfattar är kommunstyrelsen, humanistiska nämnden, vård- och omsorgsnämnden, kultur- och fritidsnämnden, teknik- och servicenämnden, samhällsbyggnadsnämnden, miljönämnden, gemensamma växelnämnden, överförmyndaren, revision och valnämnd samt styrelserna för Trobo och Trofi.

¹ [Dataskyddsförordningen \(GDPR\) om dataskyddsombud - Integritetsskyddsmyndigheten \(imy.se\)](#)

Fokusområden

Valet av fokusområden för tillsynen 2021 är:

- Central styrning av autentisering och auktorisering
- Personuppgiftsincidenter
- Konsekvensbedömningar

Frågor

Tre frågor skickades ut till dataskyddsambassadörerna;

1. Har ni genomfört några konsekvensanalyser i verksamheten?
2. Vilka behandlingar har de i så fall avsett?
3. Hur hanteras anmälda personuppgiftsincidenter i er verksamhet?

Granskning av anmälda personuppgiftsincidenter

En genomgång av samtliga interna anmälningar av personuppgiftsincidenter har genomförts.

Reflektioner från förra årets rapport

Omvärldsfaktorer

Covid-19

Även 2021 har präglats av Covid-19 och personal har på de enheter där det går, haft möjlighet att jobba hemifrån och de flesta möten har skett digitalt.

Externa utredningar

Under våren 2021 utredde Skatteverket och Kronofogden deras förutsättningar för att ersätta Skype for business med Teams som huvudsaklig video- och samarbetsplattform.

I utredningen konstaterades att en användning av Teams inte skulle vara förenlig med de rådande dataskydds- och sekretessregelverken. Efter att rapporten presenterats bildades en arbetsgrupp bestående av specialister från Skatteverket, Kronofogden, Arbetsförmedlingen, Bolagsverket, Försäkringskassan, Länsstyrelsen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap samt Trafikverket vilka i november presenterade rapporten *Digital samarbetsplattform för offentlig sektor*². I rapporten har arbetsgruppen identifierat flera lösningar som i sig själv eller gemensamt, kan utgöra en digital samarbetsplattform för en organisation inom offentlig sektor utan att den offentliga organisationen behöver röra sig i en rättslig gråzon.

Nya riktlinjer från EDPB som berör kommunens verksamhet

- 05/2021 Klargörande av vad som är en överföring av personuppgifter till tredjeland
- 04/2021 Uppförandekoder som grund för tredjelandsöverföring av personuppgifter
- 01/2021 Riktlinjer om anmälan av personuppgiftsincidenter

Interna händelser och utredningar

Inera, Digitala möten

Trosa kommun har valt att arbeta med Ineras tjänst *digitala möten* för politiska sammanträden och andra möten där känsliga personuppgifter eller uppgifter som omfattas av sekretess behandlas. Under våren 2021 upplevdes stora tekniska svårigheter med Ineras *digitala möten* då deltagare vid upprepade tillfällen kastades ut ur mötena. Det var inte möjligt att fullfölja de politiska sammanträdena och flera kontakter togs med leverantören. Efter flera försök med åtgärder från leverantören kvarstod problemen och den tillgängliga lösningen för de politiska nämnderna, bortsett från individ- och familjeutskottet, var att gå tillbaka och använda Teams.

Vård- och omsorgs kontoret använder fortsatt Inera för alla möten som behandlar information som omfattas av sekretess. Under en period ska vård- och omsorgskontoret testa och hjälpa till att utveckla tjänsten i samarbete med Inera genom kontinuerliga avstämningar.

² [Digital samarbetsplattform - det finns lämpliga och lagliga alternativ för offentlig sektor - eSamverka](#)

Microsoft 365

Det har funnits önskemål från förvaltningarna att införa Microsoft 365. Dataskyddsombuden har utrett ett införande av Microsoft 365 utifrån dataskyddsförordningen och OSL och tagit fram en skriftlig rekommendation där Microsoft inte rekommenderas som leverantör. Detta då inget av de lagliga sätt som beskrivs i dataskyddsförordningens artikel 45 - 49 uppfylls vid den här typen av överföring av personuppgifter till USA.

Google Meet/Microsoft Teams

Två gemensamma konsekvensanalyser och risk- och sårbarhetsanalyser avseende Microsoft Teams och Google Meet har genomförts i samarbete med 10 andra kommuner. I det gemensamma arbetet som nu är slutfört har olika professioner från kommunerna deltagit. Nu ska flera av dessa kommuners dataskyddsombud samarbeta för att ta fram rekommendationer utifrån dataskyddsförordningen. De juridiska problem dataskyddsombuden ser med användningen av Microsofts och Googles molntjänster är framförallt att amerikanska molntjänstleverantörer inte kan ge tillräckliga garantier för skydd av personuppgifter på grund av gällande amerikansk lagstiftning inom underrättelseområdet.

Arbete efter föregående rapport

Efter tillsynsrapporten för 2020 har arbetet fortgått med att utveckla och förbättra kommunens arbete med personuppgiftsfrågor:

- Klassning av kommunens prioriterade system är färdig
- Klassning av information i 30 system har genomförts och där klassning genomförts arbetar förvaltningarna med de handlingsplaner som kommer ur verktyget KLASSA. Klassning av information kommer att pågå under hela 2022.
- Förslag till förvaltningsplan är framtagen
- Flera konsekvensanalyser har genomförts
- DISA utbildning finns på intranätet och alla anställda rekommenderas att gå
- Koncernövergripande avveckling av webbanalysverktyg och karttjänster som överför besökares personuppgifter till tredjeland.
- Flera förvaltningar arbetar med de interna anmälningarna av personuppgiftsincidenter för att visa på konkreta exempel och lära organisationen av tidigare händelser. Informationen tas upp på t.ex. arbetsplatsträffar (APT).
- Med "Central logghantering" som vi tidigare har rekommenderat avses en så kallad SIEM (Security Information and Event Management) som transporterar händelse och säkerhetsloggar från hela infrastrukturens ingående komponenter (servrar, switchar, brandväggar, klientdatorer etc.) till en central loggserver som lagrar och analyserar dessa loggar. Med en dylik lösning kan man möjliggöra kontroll av regelefterlevnad, revision, incidenthantering och rapportering över en hela infrastrukturen. Med stöd av avancerad automation effektiviseras insamlingen och analysen av systemloggar och säkerhets-händelser för att minska internt resursutnyttjande samtidigt som strikta efterlevnadsrapporteringsstandarder uppfylls. Man etablerar en grundnivå för aktivitet och hanterar således enbart avvikelser från denna grundnivå. Man lagrar även loggar för att i händelse av en säkerhetsincident ha möjlighet att

säkra bevisning samt genom IT forensiska åtgärder upptäcka och förhindra tidigare okända säkerhetsluckor. Man skapar en lägesbild av hela IT infrastrukturen och etablerar ett tillvägagångssätt för att få en helhetssyn i organisationens säkerhetshantering. IT enheten har infört verktyget ADAudit Plus från ManageEngine för övervakning av Active Directory och vissa filservrar. Detta verktyg spårar förändringar och avvikande beteenden i Active Directory, som är den centrala katalogtjänst som styr behörigheter till vissa anslutna tillgångar, inte samtliga. ADAudit Plus beskrivs av leverantören som ett verktyg för att tillhandahålla realtidsinformation om Windows Active Directory och kan med tilläggslicenser även granskar filservrar, applikations-servrar och arbetsstationer med e-postvarningar och detaljerade förkonfigurerade rapporter om varje ändringsaktivitet. De av ADAudit Plus bearbetade loggarna ger en förståelse för förändringar av nätverksinställningar, spårar användaraktiviteter och hjälper till att förstå de interna Windowsnätverksinställningarna. Regelbunden övervakning hjälper till att proaktivt övervaka interna och externa hot genom att förstå beteendemönster och säkerställa grupp-policyinställningar och andra säkerhetsinställningar. ADAudit Plus är alltså inte att betrakta som en komplett SIEM lösning men ett steg i rätt riktning.

Några punkter som noterats vid föregående tillsyner kvarstår att arbeta med:

- Fortsätta öka den generella medvetenheten och kunskapen hos personuppgiftsansvariga. Det finns en struktur för var och vid vilka tillfällen det är lämpligt att göra detta och den generella medvetenheten bedöms fortsatt som relativt hög. Under 2021 planerade dataskyddsombuden att tillsammans med kommunikationsenheten hitta ytterligare nya kanaler eller nya sätt att få ut information i organisationen och på så vis höja kunskapsnivån ytterligare. Detta har inte kunnat prioriteras men ambitionen är att sätta igång med det arbetet under 2022.
- Frågan kring säker hantering av mobila enheter har lyfts upprepade gånger utan resultat.
 - 2019 togs MDM med som en option i upphandlingen av operatörstjänster då man såg att det var en möjlig väg.
 - 2020 togs en offert in för utnyttjande av optionen som överlämnades till växelnämnden.
 - 2021 Skrevs en PM till kommunens ledning för att uppmärksamma behovet ånyo. Resultatet blev ytterligare en uppmaning att växelnämnden skulle hantera frågan.
 - 2022 är planen att införa M365 (trots juridisk gråzon) och nyttja InTune för MDM. Frågan är ständigt aktuell och kräver hantering.
- Arbetet med att koppla en rutin för personuppgiftsincidenter till rutiner för andra typer av säkerhetsincidenter, t.ex. stöld/förlust av kommunens egendom, inbrott, IT relaterade incidenter och administrativa avvikelser påbörjades under 2021. Det konstaterades att det var svårt att genomföra då fler personer än nödvändigt bedömdes få ta del av känslig information.

Förslag till förbättring under 2022:

- Fortsätta öka den generella medvetenheten och kunskapen hos personuppgiftsansvariga genom ytterligare informationsinsatser
- För att säkerställa nyttorealisering av investeringen i ADAudit Plus krävs kompetensutveckling och frigörande av resurser för att kunna hantera lösningen.
- Säkerställa tillgången av avtalskompetens kring personuppgiftsbiträdesavtal, samt teckna personuppgiftsbiträdesavtal som eventuellt saknas.
- För att kunna hantera olika typer av säkerhetsincidenter rekommenderas att inrätta en funktion för detta ändamål och det bör i organisationen finnas en tjänst med ett tydligt mandat och utpekat ansvar för säkerhet som kan samordna säkerhetsarbeten av varierade slag (informationssäkerhet, fysisk säkerhet, IT säkerhet etc). Det är även centralt att denna person har god kunskap om informationssäkerhet och får tillräcklig tid och resurser för att utföra sitt arbete. Erfarenheter visar att organisationer som har detta på plats får en bättre kontroll över risker och organisationens skydd, vilket i förlängningen leder till minskade risker, att omvärldens förtroende för organisationen ökar och oväntade kostnader kan förhindras. Säkerhet handlar om hela organisationen och denna tjänst bör därför organisatoriskt placeras så att samarbete med och stöd från nödvändiga professioner inom organisationen kan bedrivas på bästa sätt.

Central styrning av autentisering och auktorisering

Dataskyddsförordningen

Enligt dataskyddsförordningens artikel 5 p 1f ska personuppgifterna skyddas med bland annat lämpliga tekniska åtgärder så att de inte blir åtkomliga för obehöriga. Det är den personuppgiftsansvariges ansvar (artikel 24:1 och 25) att genomföra dessa tekniska åtgärder för att säkerställa att behandlingen utförs i enlighet med dataskyddsförordningen. Det innebär bland annat att verksamhetssystem måste ha funktioner för behörighetsstyrning och det måste finnas rutiner för hur behörigheter delas ut och tas tillbaka.

"En central del i arbetet med informationssäkerhet och dataskydd handlar om behörighetsstyrning. Alla organisationer som hanterar personuppgifter behöver ha stabila rutiner för att säkerställa att behörigheter tilldelas korrekt, att behörigheterna löpande kontrolleras och följs upp samt att åtkomstkontroller genomförs"³.

Aktuell status

Idag auktoriseras konton manuellt utan autentisering. Anställande chef skickar ett ärende till IT enheten med nödvändig information för att skapa ett konto i katalogtjänsten samt ett tillhörande e-postkonto. Anställande chef ska även beskriva vilka informationstillgångar det nya kontot behöver ha åtkomst till (delade kataloger på filserver etc.). Denna hantering är mycket föråldrad och har framförallt några huvudsakliga brister:

- Det sker ingen regelstyrd kvalitetssäkring av indata. Dvs namn kan felstavas och tilldelning av åtkomst kan ske godtyckligt ("den här katalogen är också bra att ha").
- Harmonisering med övriga system och deras behörigheter sker inte vilket leder till att man skapar upp snarlika konton i flera system och återanvänder lösenord som är enkla att komma ihåg.
- Uppskapandet av behörigheten är prioriterad för att medarbetaren ska kunna komma igång och jobba. Avvecklingen av densamma är lågt prioriterad men samtidigt en stor säkerhetsbrist.

Utöver detta sker ingen autentisering som bekräftar att användarna verkligen är de som de utger sig för att vara.

Autentisering och auktorisering låter lika men de är helt separata säkerhetsprocesser när det gäller hantering av identitet och åtkomst (IAM, Identity and Access Management).

Autentisering är en process som kontrollerar användarens identitet. Detta är första steget i alla säkerhetsprocesser.

Att ge någon tillåtelse att ladda ner en fil från en server eller ge en enskild användare administrativ åtkomst av en app är bra exempel på auktorisering.

³ [Anmällda personuppgiftsincidenter 2020 | IMY](#)

Autentisering

Autentiseringen utförs genom:

Lösenord

Användarnamn och lösenord är de vanligaste faktorerna för autentisering. Om en användare anger korrekta data utgår systemet från att identiteten är riktig och beviljar åtkomst.

Engångskod

Ger tillgång för bara en session eller transaktion.

Autentiseringsappar

Genererar säkerhetskoder för åtkomst via ett externt system.

Biometri

Användarens fingeravtryck eller ögonbottensskanning ger tillgång till systemet. I vissa fall kräver systemet flera av dessa faktorer för att bevilja åtkomst. Detta kallas multifaktorautentisering (MFA) och används ofta för att öka säkerheten från den som ges av bara ett lösenord.

Auktorisering

En säkerhetsprocess i systemet som ger användaren tillåtelse att använda en viss resurs eller funktion. Termen används ibland istället för åtkomstkontroll eller behörighet. I en säker miljö måste en auktorisering alltid göras efter autentiseringen. Användaren måste först bevisa sin identitet innan organisationens administratör kan tillåta åtkomst av önskade resurser.

Varför är det viktigt att ha kontroll över konton?

Angripare har ofta för avsikt att få tillgång till ett legitimt (giltigt) konto. Genom tillgången till kontot vill angriparen sedan utöka rättigheterna eller ta över andra konton med utökade rättigheter. Just för att ett legitimt konto används gör det svårt för de som övervakar nätverken att upptäcka avvikelserna. Konton för leverantörer där relationen avslutats eller konton för tidigare anställda som inte har inaktiverats, eller där rättigheterna inte har tagits tillbaka, har ofta blivit utnyttjade på detta sätt. Det är känt från andra organisationer att illasinnade insiders, eller tidigare anställda, dessutom har möjliggjort att kunna använda sig av konton långt efter anställningen och då fått tillgång till verksamhetens IT-system och känsliga data. Organisationer har ofta inte full kontroll över konton i verksamheten. Även i de fall en katalogtjänst har implementerats på ett bra sätt finns det konton utanför katalogen som kan utnyttjas för angrepp. I verkligheten så finns t.ex. administratörs- eller testkonton för databaser eller operativsystem lokalt och kan därmed utnyttjas av angripare för att få tillgång till värdefull information, få utökade rättigheter eller gå vidare till andra kritiska system. Vikten av att blockera behörigheter vid avslutad anställning blev påtaglig för hälso- och sjukvård inom EU då ett portugisiskt sjukhus 2018 blev belagd med den första sanktionsavgiften för bristande efterlevnad av GDPR. Den portugisiska tillsynsmyndigheten CNPG fann vid sin granskning att det fanns fler aktiva läkarkonton i journalsystemet än det faktiska antalet anställda läkare, samt att

dessa användes av andra medarbetare. Dessutom hade läkarna åtkomst till patientuppgifter utanför sina egna specialistområden. Bedömningen av tillsynen blev därför att sjukhuset saknade tillräckliga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder för att skydda sina patientuppgifter, och sjukhuset blev därför ålagd en sanktionsavgift på 400 000 euro (GDPR.se 2018; Computer Sweden 2019).

I takt med samhällets digitala transformation ställs högre krav på säkert nyttjande av digitala tjänster. Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) redogör för de olika tillitsnivåerna (grad av säkerhet och tillförlitlighet) och upplyser om att för låga krav kan medföra oacceptabla risker, och för höga krav kan medföra onödiga kostnader och hinder för en användare att bruka tjänsten.

Single Sign On (SSO)

Single Sign ON är en autentiseringsprocess som tillåter användaren att få åtkomst till flera system, program eller datorer med en och samma uppsättning inloggningsuppgifter.

Fördelar med SSO:

Minskar lösenordströtthet

Att komma ihåg ett lösenord istället för många gör användarnas liv enklare. Ger användarna större incitament att använda starka lösenord.

Förenklar användarnamn och lösenordshantering

När personalbyten sker minskar SSO både IT-ansträngning och möjligheter till misstag. Anställda som lämnar organisationen hanteras på ett ställe.

Förbättrar identitetsskyddet

Med SSO kan företag stärka identitetssäkerheten med tekniker som tvåfaktorsautentisering (2FA) och multifaktorautentisering (MFA).

Ökar hastigheten där det behövs som mest

I miljöer där ett stort antal användare och avdelningar kräver snabb och obegränsad tillgång till samma applikationer, är SSO särskilt användbart. I sådana fall kan förhindrande av fel och intrång av skadlig programvara vara avgörande för upprätthållandet av god informationssäkerhet.

Avlastar helpdesk

Färre användare som ringer efter hjälp med förlorade lösenord sparar pengar och förbättrar säkerheten.

Minskar säkerhetsrisker

för kunder, leverantörer och partners. Kopplingar mellan samarbetande organisationer uppvisar alltid sårbarheter, som SSO kan minska.

Effektiva SSO-lösningar finns tillgängliga

Det finns ingen anledning att skapa sitt eget system eller att utveckla djup SSO-expertis. Standardiserade lösningar finns och bör kravställas.

Risker med SSO:**Extra starka lösenord måste upprätthållas**

Om ett SSO-konto är knäckt kan andra under samma autentisering också utsättas för fara.

När SSO är nere stoppas åtkomsten till alla anslutna tjänster

SSO ställer höga krav på kontinuitetsplanering och redundans.

När Identitetsleverantören (IdP) går ner, gör SSO det också

Leverantörens sårbarhet för någon form av avbrott blir också vår sårbarhet, valet av leverantörer är därför avgörande.

Om en antagonist angriper IdP kan alla länkade system vara öppna för angrepp.

Detta kan vara en klassisk single point of failure och bör hanteras i planeringsprocessen.

SSO kan ta längre tid än förväntat att konfigurera

Varje miljö är unik, så ytterligare steg i implementeringen kan dyka upp. Ett exempel är att koppla identitetsleverantören till tjänsteleverantören.

SSO är riskabelt för delade datorer. Vad händer när en användare är inloggad och en annan behöver använda maskinen?

Rekommendationer till den personuppgiftsansvarige

Se till att rätt personer kommer åt rätt system vid rätt tillfälle och av rätt anledning

1. Ta fram en korrekt styrmodell för åtkomstkontroll baserad på korrekt tillitsnivå för autentiserade användare med rollbaserad auktorisering via SSO med stöd för MFA. Med en styrmodell för åtkomstkontroll baserad på relevanta tillitsnivåer kan man komma långt, men med det ökande antalet integrerade verksamhetssystem krävs dessutom att all personal tar ett större ansvar för informationssäkerhet och integritetsskydd.
2. Utbilda personalen. Genom utbildning kan organisationen påverka medarbetarnas attityd till de ändamål då känsliga personuppgifter hanteras. Om medarbetare inte förstår orsaken till juridiska och tekniska säkerhetsåtgärder som avser medborgarnas integritetsskydd kommer de säkerhetshöjande insatserna att vara förgäves.

Personuppgiftsincidenter

Dataskyddsförordningen

En personuppgiftsincident är enligt dataskyddsförordningens artikel 33 en säkerhetsincident som kan innebära risker för människors friheter och rättigheter. En incident ska anmälas till IMY utan onödigt dröjsmål senast 72 timmar efter att den personuppgiftsansvarige fått vetskap om den. Anmälan behöver inte göras till IMY om det är osannolikt att personuppgiftsincidenten medför risk för personers rättigheter och friheter.

Den personuppgiftsansvarige ska tillse att det finns rutiner för rapportering av incidenter, att det finns kunskap om incidenthantering i organisationen och att incidenterna och åtgärderna efteråt dokumenteras.

Personuppgiftsincidenter

Under 2021 har dataskyddsombuden tagit emot 28 interna anmälningar av personuppgiftsincidenter varav 12 stycken har anmälts till IMY. Som visas nedan är antalet internt anmälda personuppgiftsincidenter nästan lika över de tre år som visas. Skillnaden i antalet anmälda personuppgiftsincidenter till IMY förklaras framförallt genom att IMY gick ut med information som förtydligade när anmälan skulle lämnas dit under år 2020 och att EDPB under 2021 kom med riktlinjer för anmälan av personuppgiftsincidenter.

De interna anmälningarna under 2021 kommer från Kommunstyrelsen (6), Samhällsbyggnadsnämnden (1), Kultur- och fritidsnämnden (2), Vård- och omsorgsnämnden (5) samt Humanistiska nämnden (14).

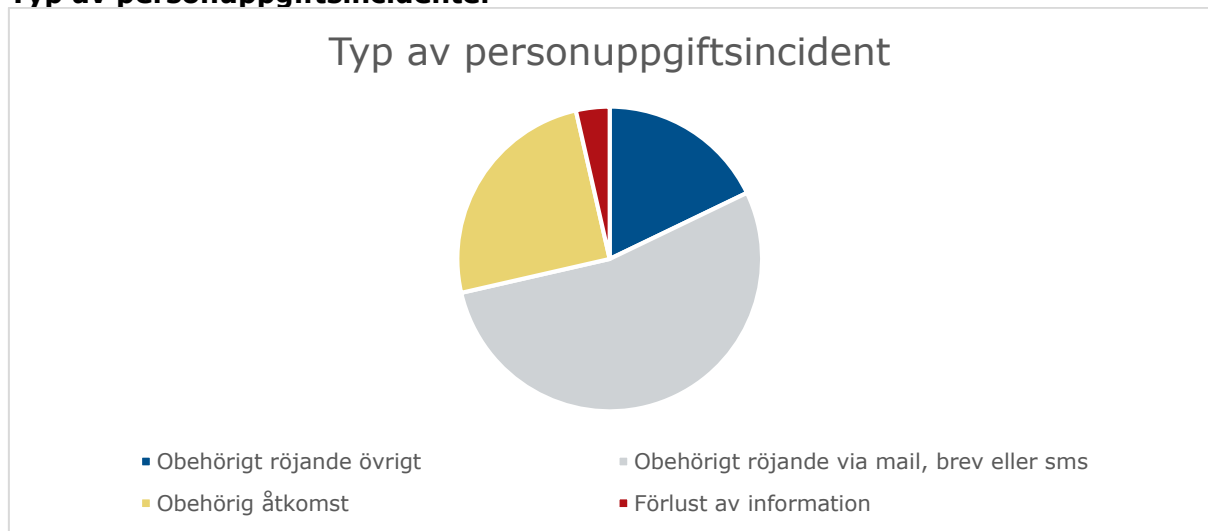
År	Interna anmälningar (inkl. de som anmälts till IMY)	Anmälda till IMY
2021	28	12
2020	27	9
2019	25	17

Av de tolv personuppgiftsincidenter som anmäldes till IMY skickades en anmälan in senare än 72 timmar efter att incidenten upptäcktes. I det fallet angavs hög arbetsbelastning under sommaren som skäl till sen rapportering. Det var även flera av de interna anmälningarna som inte skickades till IMY som rapporterades efter mer än 72 timmar från det att incidenten upptäcktes. Förklaringen till det ligger troligtvis både i att alla medarbetare inte vet när en personuppgiftsincident faktiskt har skett men även att medarbetare inte vet var de ska anmäla incidenten. Det är också svårt i de verksamheter med personal som jobbar kvällar och helger då det saknas administrativ personal under dessa tider som kan hjälpa till med anmälan. Kvälls- och helgpersonal har sällan tillgång till egna datorer utan använder sig av mobiltelefoner.

System och inställningar

Under 2021 har två system i kommunens verksamhet visat på brister kopplat till behandling av personuppgifter. I båda fallen har kontakt tagits med leverantörerna för att utarbeta en plan för det fortsatta arbetet för att utveckla och förbättra skyddet för personuppgifter i de berörda systemen. Tillfälliga lösningar har arbetats fram i väntan på att långsiktiga och säkrare (ur personuppgiftsperspektiv) lösningar ska tas i bruk.

Typ av personuppgiftsincidenter



Orsak till incidenten



Rapportering

I början av 2022 har alla dataskyddsambassadörer fått en sammanställning av de personuppgiftsincidenter, som hör till deras personuppgiftsansvarige, som anmälts internt under 2021. Av de incidenter som IMY har hanterat har hittills alla avslutats utan vidare åtgärd. Det finns dock alltid en möjlighet för IMY att i ett senare skede återuppta ärendet och starta en tillsyn.

Uppföljning

Ett sätt att minska risken för återkommande incidenter av samma karaktär är att prata om dem och på så sätt öka medvetenheten och förbättra rutiner. En av frågorna som skickades till dataskyddsambassadörerna även i år var om anställda hos de personuppgiftsansvariga pratar om incidenter vid t.ex. arbetsplatsträffar. Från de svar som inkommit framkommer att de personuppgiftsansvariga som anmält incidenter pratar om dem och att flera personuppgiftsansvariga har stående punkter kopplat till Dataskyddsförordningen på t.ex. APT. Vård- och omsorgsnämnden skriver att de utöver när de pratar om aktuella personuppgiftsincidenter årligen sammanställer och presenterar incidenterna för enhetscheferna som i sin tur tar med informationen till medarbetare.

Dataskyddsombudens reflektioner**Ökad medvetenhet**

Hos de personuppgiftsansvariga som inte rapporterat några personuppgiftsincidenter finns risk för att incidenter inte alls diskuteras. Hela organisationen skulle vinna på att få information om personuppgiftsincidenter som hänt i organisationen, eller för den del hänt utanför, för att fler ska få en förståelse för vad en personuppgiftsincident är och få möjlighet att t.ex. förbättra rutiner eller tekniska lösningar för att minska risken för ytterligare incidenter.

E-post

Många personuppgiftsincidenter är kopplade till användandet av e-posten, både felaktigt användande och antagonistiskt angrepp. E-post står också fortfarande för en övervägande del av den kritiska externa exponeringen och är en vanlig attackvektor vid antagonistiska angrepp. En stor del av inträffade incidenter sker idag genom så kallad "phishing" vilket är ett raffinerat sätt att locka mottagare av e-post att klicka på en länk som leder till någon typ av skadlig kod som sedan utnyttjas för att genomföra ett angrepp.

Medvetenheten kring detta i Trosa kommun med dess bolag får anses vara relativt hög. Genom riktade utbildningsinsatser som den av MSB framtagna DISA (Digital informationssäkerhetsutbildning för alla) belyser man problemet och sprider information. Dock förfinas hela tiden hotaktörernas metoder och det blir allt svårare att urskilja vad som är rätt och riktigt och vad som inte är det. Givetvis utvecklas även skyddsmekanismerna för att avvärja detta men det sker något reaktivt eftersom det är svårt att förutspå åt vilket håll utvecklingen bär. Rent tekniskt är en så kallad molnlösning för e-post mycket tilltalande ur denna aspekt då man så att säga lägger risken hos någon annan i jämförelse med att själva drifva e-post server.

Skulle någon incident inträffa är det leverantörens ansvar att avvärja attacken och med stora globala leverantörer finns det i det närmaste obegränsade resurser att tillsätta. Dessa leverantörer erbjuder även sofistikerade teknologiska lösningar för att urskilja bedrägliga beteenden och avvikande mönster som ytterligare höjer skyddsnivåerna. Dock kräver dessa lösningar att innehållet tillgängliggörs för analys för att upptäcka och avvärja angrepp. Om leverantören finns utanför EU blir tillgängliggörandet en överföring till tredjeland. Kan det landet inte garantera tillräckligt skydd för personuppgifterna blir överföringen olaglig.

Rekommendationer till den personuppgiftsansvarige

- Se över och uppmärksamma e-postpolicyn
- Se över lösningar som reducerar risk för felaktiga e-postutskick
- Ta fram information och exempel på personuppgiftsincidenter och åtgärder som vidtagits till hela organisationen
- Lägga till en enkel sökväg till den interna personuppgiftsincident-rapporteringen i mobiltelefonerna som framförallt används av kvälls- och helgpersonal.

Konsekvensbedömningar

Dataskyddsförordningen

Om en typ av behandling, särskilt med användning av ny teknik och med beaktande av dess art, omfattning, sammanhang och ändamål, sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter ska den personuppgiftsansvarige före behandlingen utföra en bedömning av den planerade behandlingens konsekvenser för skyddet av personuppgifter (artikel 35). Den personuppgiftsansvarige ska rådfråga dataskyddsombudet vid genomförande av en konsekvensbedömning avseende dataskydd. Det ska finnas en rutin för hur och när konsekvensbedömningar ska göras.

Konsekvensbedömningar i Trosa kommun

Arbetet med konsekvensbedömningar har kommit igång. Enligt svar från dataskyddsambassadörerna har VON, HN, MN och KS kommit igång och gjort en eller flera konsekvensbedömningar. Det finns en wordmall som förvaltningarna kan använda sig av som är framtagen av dataskyddsombuden i samarbete med flera andra dataskyddsombud i andra kommuner. Wordmallen togs fram för att underlätta för förvaltningarna när de ska göra konsekvensbedömningar. Dataskyddsombuden har noterat att dokumentet upplevs som en tung och stor mall. Det har också framkommit att förvaltningarna tycker att de fyller i nästan samma frågor när de svarar på frågor i Drafit records (registerförteckningarna) och vid klassningen via KLASSA. En lösning på det hade varit att köpa in Drafit's tjänst för konsekvensbedömningar där information från registerförteckningen kommer in i konsekvensbedömningsverktyget. Drafit's tjänst är ett lättare verktyg både att använda vid genomförandet av konsekvensanalysen och det är visuellt lättare att överblicka alla delar i analysen efteråt.

Dataskyddsombudens reflektioner

De personuppgiftsansvariga kommer att behöva fortsätta arbetet med att bedöma om konsekvensbedömningar behövs eller inte för redan pågående behandlingar. Vid nya behandlingar är det viktigt att bedömningen görs innan behandlingen påbörjas. Dataskyddsombuden ska undersöka om valet av säkerhetsnivå avseende konfidentialitet i KLASSA kan ge en indikation om en konsekvensbedömning behövs. Då kan en rekommendation ges i samband med klassning av information i KLASSA för att ytterligare påminna om behovet av konsekvensbedömningar. Då det är viktigt att arbetet med dataskyddsförordningen och dess konsekvenser kan effektiviseras och bli en del i det vardagliga och löpande arbetet ser dataskyddsombuden att ett inköp av konsekvensbedömningsmodulen från Drafit skulle kunna ge positiva effektivitetseffekter.

Rekommendationer till den personuppgiftsansvarige

- Rekommendation att köpa in modul i Drafit för att effektivisera och förenkla processen, enligt tidigare kostnadsförslag 25 000 kr/år.

4

Vård- och omsorgskontoret

Fredrik Yllman
Produktionschef
0156-521 15
fredrik.yllman@trosa.se

Tjänsteskrivelse

Datum
2022-03-08
Diarienummer
VON 2022/19



Bokslut 2021 för Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden överlämnar bokslut 2021 till kommunstyrelsen.

Ärendet

Vård- och omsorgsnämnden redovisar ett positivt resultat på 2,7 mkr vid årets slut. Resultatet inkluderar nämndens buffert samt reglering mot central buffert för demografi äldre.

Äldreomsorgen redovisar totalt sett ett överskott på 13,3 mkr medan funktionshinderområdet redovisar ett sammantaget underskott på 12,3 mkr.

Hälso- och sjukvårdsenheten (inklusive tekniska hjälpmedel) lämnar ett negativt resultat på 2,6 mkr.

Enligt bilaga presenteras vård- och omsorgsnämndens verksamhetsberättelse.

Fredrik Yllman
Produktionschef

Peter Hellmark
Ekonom

Bilagor

1. Verksamhetsberättelse 2021 för vård- och omsorgsnämnden
2. Måluppfyllelse 2021

Vård- och omsorgsnämnden

Ordförande: Helena Koch (M)

Produktionschef: Fredrik Yllman

Totalt, tkr	2021	2020	2019
Budget, netto	223 048	214 974	207 219
Resultat, netto	220 310	211 963	205 702
Avvikelse	2 738	3 011	1 517
Antal årsarbetare	265	242	234
Antal kvinnor	252	247	243
Antal män	30	22	23
Frisknärvaro*, %	41	35	63

*Andel månadsavlönade som har fem eller färre sjukdagar per år.

VERKSAMHETSOMRÅDE

- Äldreomsorg
- Funktionshinderområdet
- Hälso- & sjukvård

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för alla kommuninvånare som har behov av stöd, service och omvårdnad. Inom verksamhetsområdena ges insatser till enskild utifrån Socialtjänstlagen (SoL), Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

ÅRETS RESULTAT

Vård- och omsorgsnämnden redovisar totalt sett ett överskott på 2 738 tkr för verksamhetsåret 2021. Resultatet inkluderar nämndens buffert samt reglering mot central buffert för demografi äldre.

Äldreomsorgen totalt redovisar ett överskott om 13 300 tkr. Resultatenheterna särskilt boende visar ett överskott på 1 090 tkr (inkl. resultatöverföring från tidigare år) medan resultatenheterna inom hemtjänsten stänger året på noll. Båda områdena har fått tilldelning från statsbidrag som förvaltningen erhållit under året.

Funktionshinderområdet redovisar sammantaget ett underskott på 12 300 tkr. Framförallt är det de externa köpen av boendeplatser samt kostnader för personlig assistans som medfört högre kostnader än budgeterat och prognostiserat. Det ska nämnas att nämnden i samband

med delårsbokslutet inte begärde någon ersättning från central buffert då det beräknade helårsresultatet visade på ett större överskott än vanligt för förvaltningen.

Hälso- och sjukvård (inkl. tekniska hjälpmedel) redovisar ett negativt resultat på 2 600 tkr. Sjuksköterskeenheten och Rehabiliteringsenheten stänger året på -1 800 tkr medan tekniska hjälpmedel redovisar ett underskott på 800 tkr för året.

Myndigheten redovisar ett positivt resultat om 2 050 tkr och färdtjänsten (som hanteras av myndigheten) lämnar ett underskott på 870 tkr.

MÅLUPPFYLLELSE

Enligt kommunfullmäktiges mål ska äldreomsorgen tillhöra de 25 % bästa i landet vad gäller nöjdhet samt att kommunens kostnader ska vara i nivå med standardkostnaderna för kärnverksamheterna. Standardkostnaderna avser år 2020 och där ligger kostnaderna över standardkostnaden inom både verksamheter för personer med funktionsnedsättningar samt äldreomsorg. Avvikelsen för verksamheter för personer med funktionsnedsättningar avviker endast 0,7% från standardkostnaden. Nämndens mål är samma för hela mandatperioden. Målet kring kompetens uppnås. Avseende mål kring nöjdhet, trygghet och personal så kommer föregående års siffror att redovisas då Socialstyrelsen inte genomförde brukarundersökningen under 2021 utan slog ihop och tidigare lade den med 2022 års undersökning. Det innebär att dessa mål fortsatt uppnås. Målet kring hållbart medarbetarengagemang kommer inte att uppnås då resultatet för årets medarbetarundersökning sjönk. Målet kring miljö kommer inte heller att uppnås då vissa transporter fortsatt sker med diesel som drivmedel.

VÄSENTLIGA

PERSONALFÖRHÅLLANDEN

Heltidsresan, som innebär att heltid är norm inom vård- och omsorgskontoret, har inneburit

att fler personer ökat sin sysselsättningsgrad. Kontoret har även ökat det totala antalet anställda personer samt antalet årsarbetare under året. När heltidsresan startade 2018 arbetade cirka 33 % av medarbetarna heltid och nu är andelen personer som arbetar heltid cirka 73 %. Den genomsnittliga sysselsättningsgraden har på samma sätt ökat från 84 % till 93 %. Då heltid numer är norm har alla scheman behövt arbetas om under året samt att arbetssätt har fått förändras för att möta de nya arbetssätt som krävs för en fungerande heltidsorganisation.

Medarbetarenkäten hållbart medarbetarengagemang (HME) genomfördes under hösten. Resultatet var lägre än tidigare år och skiljer sig stort mellan olika enheter. Resultatet är dock klart högre än rikssnittet för jämförbara verksamheter med undantag för en enskild enhet. Alla chefer inom vård- och omsorgskontoret analyserar resultatet av undersökningen tillsammans med sina medarbetare. På en enhet har en extern konsult gjort en stor fördjupad arbetsmiljökartläggning.

Det har varit problem med hot och våld på en del enheter under året och väktartjänst har skapats för stöd till personal på de berörda enheterna.

Frisknärvaron har ökat under året från 35 % till 41 %. Det är fortsatt låga siffror och det beror till största delen på den ökade sjukskrivningen som blivit med anledning av Folkhälsomyndighetens rekommendationer kring när personer ska vara hemma från arbetet. Vård- och omsorgskontorets medarbetare har i mycket liten utsträckning möjlighet till hemarbete.

För närvarande har kontoret en relativt god tillgång på arbetskraft men det är fortsatt svårt att anställa fysioterapeuter och sjuksköterskor. Vård- och omsorgskontoret har erbjudit cirka 55 stycken medarbetare, som saknar formell kompetens, distansutbildning till undersköterska de senaste åren. Under 2021 läste 12 medarbetare till undersköterska via externa utbildningsanordnare. Deras studietid finansieras av statliga medel. Det har genomförts mycket internutbildning under året och den har mestadels genomförts som distansundervisning. Uppdragsutbildning på högskolenivå för sjuksköterskor och fysioterapeuter har också erbjudits. Exempel på andra utbildningar är basal hygien, individens

behov i centrum (IBIC), demensutbildning, baspsykiatri med mera. Det har också genomförts en tvådagars utbildning för alla sommarvikarier. Verksamheten har startat upp ett eget "kliniskt träningscenter" där mycket internutbildning avseende hälso- och sjukvård kan hållas. Vård- och omsorgskontoret har gått med i ett utbildningsprojekt, kallat Evikomp, som bekostas med medel av den europeiska socialfonden (ESF). Projektet möjliggör utbildning på distans för alla medarbetare inom verksamheten inom en stor variation av områden. För att skapa nya karriärvägar för medarbetare har även nya tjänster som specialistundersköterska, stödpedagog och gruppchef skapats. I dagsläget finns det specialistundersköterskor inom området demens men då ett flertal medarbetare läser utbildning i palliativ vård via yrkeshögskolan planeras tjänster som specialistundersköterska även inom palliativ vård. Ytterligare områden som kan vara aktuella är specialistundersköterskor inom välfärdsteknik och rehabilitering.

VIKTIGA FÖRHÅLLANDEN FÖR RESULTAT OCH EKONOMISK STÄLLNING

Då världen även under 2021 befunnit sig i en pandemi har vård- och omsorgskontoret påverkats då det varit högre kostnader för exempelvis skyddsutrustning, sjukskrivning och bemaning. Det är fortsatt risk för smittspridning inom verksamheterna och skyddsutrustning används i allt patient/brukarnära arbete. Verksamheten har även erhållit ett flertal statsbidrag under året som möjliggjort satsningar.

HÄNDELSE AV VÄSENTLIG BETYDELSE

Verksamheten har under pandemin haft en rad åtgärder för att begränsa smittspridningen. Under 2021 har ett flertal av dessa åtgärder kunnat avslutas. Besöksförbudet på de särskilda boendena har upphävts, dagverksamheten för personer med demenssjukdom har öppnat och under hösten öppnande restaurangerna på Håradsgården och Trosagården igen. Fritidshuset, som är en öppen fritidsverksamhet för personer med funktionsnedsättning, öppnade under hösten. Återvinningsbutiken kunde också öppna och fixartjänsten startade upp för hembesök under hösten.

Sedan årsskiftet och några månader framåt så arbetade hälso- och sjukvårdsenheten hårt med vaccinering av alla brukare i samarbete med region Sörmland och vårdcentralen i Trosa. Under hösten/vintern gavs det även påfyllnadsdos för alla brukare. På mycket kort tid vaccinerades alla som så önskade och verksamheten var även behjälplig med vaccinering av vissa av vårdcentralens patienter. Det har också gått åt stora personalresurser till smittspårning under året.

Den 1 maj togs den dagliga verksamheten Återvinningsbutikens över av vård- och omsorgskontoret från att tidigare ha varit en extern utförare via teknik- och servicenämnden. I och med att verksamheten har utökats så omvandlades två samordnartjänster till att istället bli gruppchefer.

Under försommaren avslutade de två godkända LOV-utförarna sina uppdrag i Trosa kommun beroende på att de inte fick tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det gör att Trosa kommuns hemtjänst i nuläget är det enda valbara alternativet. Nytt förfrågningsunderlag har tagits fram och annonserats för att försöka få till fler valmöjligheter för brukarna.

Då det har varit svårt att rekrytera sjuksköterskor har nya arbetssätt tagits fram som innebär att andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvårdsenheten involveras och där mycket erfarna undersköterskor utför uppgifter för att avlasta sjuksköterskorna.

Under 2020 var det stora problem med trygghetslarmen beroende på fel hos leverantören. Alla trygghetslarm har under året bytts ut till en nyare modell där det finns möjlighet att bevaka samtliga larm och se status på dem via datorn. Detta innebär en bättre kontroll över att larmen fungerar som de ska samt att eventuella fel kan upptäckas tidigt vilket skapar en ökad trygghet för våra brukare.

Då verksamheten växer, och planeras att fortsätta växa, så har det anskaffats nya lokaler under året. Hemtjänsten har fått nya lokaler i Vagnhärad. I Trosa har Boendestöd fått en personallägenhet. Hemtjänsten och hälso- och sjukvårdsenheten har fått nytt hjälpmedelsförråd, nya omklädningsrum, tvättstuga samt renoverat kök.

Det har startats ett multiprofessionellt team inom demens. Teamet består av tre sjukskö-

terskor och fem undersköterskor samt 1 arbetsterapeut med specialistutbildning inom demens.

Vård och omsorgsnämnden har i juni beslutat att permanent öka habiliteringsersättningen för de personer som har daglig verksamhet med 25 %.

Under året har myndighetsenheten utökat med en förstehandläggartjänst. Syftet är att vara ett lättillgängligt stöd till biståndshandläggarna och ansvara för samordning i det dagliga arbetet med brukarärenden.

Under stora delar av året har ansökningarna, anmälningarna och inflödet samt sökandet av kontakt med myndigheten på äldreomsorgssidan varit omfattande. Det har dock mattats av under senare delen av året. Ansökningarna om särskilt boende har varit konstant hög vilket har medfört ökat behov av handläggarresurser. Det har också medfört att utförarverksamheterna behövt utökas då antalet ärenden ökat och väntas att öka än mer framåt.

Det har varit ett stort tryck på platser till särskilt boende för äldre under året. Det har flera orsaker, delvis är det många som väntat med att söka insatser under pandemin samt att det är ett stort söktryck av personer boende i andra kommuner. Vid årsskiftet så har platsläget stabiliserats även om det är fortsatt underskott av platser. Verksamheten tillskapade 5 stycken korttidsplatser, i tillfälliga lokaler på Häradsgården och Trosagården, under hösten för att möta det stora trycket på äldreboendeplatser. Dessa platser är nu stängda men kan tas i anspråk med cirka 2 veckors varsel vid behov. Verksamheten har under hösten köpt korttidsplatser av en privat verksamhet för att kunna ta hem personer snabbare från sjukhus.

Under året har tre digitala anhöriggrupper hållits av myndighetens anhörigkonsulent. Målgruppen har varit anhöriga till personer med psykisk ohälsa samt anhöriga till personer med demensdiagnos som pågick både under våren som hösten. Rekommendationerna från Folkhälsomyndigheten har begränsat stödet som erbjudits genom anhörigstöd har fått anpassas efter situationen på olika sätt, exempelvis genom digitala lösningar samt begränsat deltagarantal.

Det rehabiliterande och förebyggande arbetssättet är fortsatt prioriterat. Arbetssättet

förutsätter ett nära och tätt samarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare och hemtjänstpersonal. Förutom förhöjd kvalitet för individen är målsättningen med arbetssättet också att omsorgsbehovet hos invånarna i Trosa Kommun kan hanteras inom tillgängliga ekonomiska ramar. Under 2021 har ett arbete påbörjats för att utveckla modellen till en mer intensiv hemrehabilitering med Eskilstuna kommun som förebild.

Under året har det tillkommit nya digitala lösningar inom kontoret, exempelvis digitala nyckelfria medicinskåp och planeringsverktyg för hälso- och sjukvårdsenheten, det förbereds också för ett införande av digitala signeringslistor. Inom hälso- och sjukvårdsverksamheten infördes även ett nytt och säkrare passagesystem på samtliga läkemedelsrum för att kunna säkerställa att enbart behörig personal har tillgång till läkemedelsrummen. I samverkan med Region Sörmland pågår ett projekt för införande av så kallad hemmonitorering för patienter med hjärtsvikt, det har i andra kommuner visat resultat som gör patienten mer självständig och nöjd samtidigt som verksamhetens resurser används mer effektivt då onödiga hembesök kan undvikas. Verksamheten tittar även på möjligheten att införa digitala läkemedelsrobotar. Framöver kommer det också att införas ett digitalt kvalitetsledningssystem. För att bättre möta behovet av digitala lösningar inom vård- och omsorgskontoret har det under året anställts en projektledare med ansvar för att bland annat ta fram en handlingsplan för välfärdsteknik och e-hälsa.

Det har anställts en aktivitetssvård för kommunens särskilda boenden, personen arbetar med att utföra och samordna sociala aktiviteter på boendena.

Kvalitetsenheten har arbetat med att inventera och förnya avtal och få en struktur i hanteringen av dessa. Ett verktyg för att få överblick över samtliga avtal finns utarbetat

Under 2019 startade vård- och omsorgskontoret ett projekt för införande av individens behov i centrum (IBIC). Det är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt i arbetet med vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning. IBIC utgår från individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i dagliga livet. Med ett systematiskt arbetssätt beskrivs nuläge, mål

och resultat med strukturerad dokumentation. Införandeprojektet är nu avslutat och arbetssättet är implementerat inom kontorets alla delar. Implementeringen och arbetet med IBIC har varit givande och framgångsrikt, arbetssättet bidrar till att insatserna nu är mer behovsanpassade och utredningarna är av bättre kvalitet. Alla nya utredningar och uppföljningar utreds enligt IBIC.

FÖRVÄNTAD UTVECKLING

Vård- och omsorgskontorets verksamheter kommer att vara beroende av hur covid-19 pandemin fortskrider. Även om de flesta restriktioner nu är hävda påverkar det inte verksamheten inom vård- och omsorgskontoret då dessa restriktioner fortsätter som tidigare. Fortsätter den positiva utvecklingen med färre antal smittade samt lågt antal sjukhusinlagda på samma vis kommer en återgång till tidigare arbetssätt att ske, dock kommer vissa arbetssätt säkerligen att ändras vad gäller exempelvis hygienrutiner, lagerhållning, hemarbete etc.

Heltidsresan har skapat en överkapacitet av anställd personal och den resursen som skapas måste planeras på ett bra sätt. Det kommer att medföra att andelen arbetad tid som utförs av timvikarier kommer att minska framöver. Samtidigt är de demografiska utmaningarna stora med en allt mer åldrande befolkning som gör att alla verksamheter inom vård- och omsorgskontoret kommer att behöva utökas de närmsta åren.

Den snabbast växande målgruppen inom vård- och omsorgskontoret är personer med demenssjukdom. För närvarande väntar ett fåtal personer på verkställighet till särskilt boende för äldre. Verksamheten projekterar en ombyggnation av lokaler på Ängsgården för att tillskapa 11 st. nya boendeplatser. Platserna beräknas vara redo för inflytt den 1 september 2023. Det planeras också för en start av ny dagverksamhet i Vagnhärad, då behovet av boendeplatser är betydligt högre kommer lokalen att användas till tillfälliga korttidsplatser framöver och en start av ny dagverksamhet för personer med demenssjukdom får därför skjutas på framtiden.

Under året har det varit en ökning av hemtjänstinsatser, den ökningen väntas fortgå då de demografiska prognoserna visar att andelen

personer som är över 80 år kommer att öka med cirka 50 % de närmsta åren, det kommer även att innebära en ökning av antalet inskrivna patienter i hemsjukvården. Det finns också en tendens att allt fler patienter väljer att bo kvar hemma med mycket komplexa sjukdomstillstånd och det sker en förflyttning av vård från sjukhus till det egna hemmet vilket ställer stora krav på framtida kompetensutveckling. Vård- och omsorgsnämnden fattar årligen beslut kring en boendeplan som är en strategisk plan för boendeförsörjning och dagverksamhetsplatser de närmsta 10 åren.

Under året pågår en förstudie inför ett eventuellt införande av intensiv hemrehabilitering (IHR) för att än mer öka det rehabiliterande och förebyggande arbetet. Beslut om införande kommer att ske under första halvåret 2022. Arbetssättet förutsätter ett nära och tätt samarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare, hemtjänstpersonal och beteendevetare. Tanken med IHR är att genom att sätta in stora insatser tidigt så ökar självständigheten för individen på lång sikt vilket medför minskat framtida behov av hemtjänst samt förskjutning av inflytt på särskilt boende för äldre. Förutom förhöjd kvalitet för individen är målsättningen med arbetssättet också att omsorgsbehovet hos invånarna i Trosa Kommun kan hanteras inom tillgängliga ekonomiska ramar.

Under 2017 togs det fram en partsgemensam handlingsplan för hur heltid ska bli norm inom vård och omsorg i Trosa kommun. Arbetet med omställning till heltidsanställningar startades under 2018 och har pågått fram till 2021 då alla anställda har erbjudits en heltidsanställning. Detta har skapat en överkapacitet av personal i verksamheten som blir kostsam kortsiktigt men nya arbetssätt tas fram för att bättre hantera överkapaciteten framåt. Då verksamheten kommer att växa framöver kommer denna överkapacitet att behövas.

Det har under året kommit många statsbidrag inom äldreomsorgen, det är självklart välkomna medel men allt kan inte gå till att öka verksamheten permanent då den långsiktiga finansieringen är oklar. Även under 2022 fortsätter en hel del statsbidrag men inte i samma omfattning som tidigare.

Regeringen har tillsatt en utredning om en äldreomsorgslag som ska komplettera Socialtjänstlagen. Utredaren ska överväga och lämna förslag på hur medicinsk kompetens kan stärkas i verksamheten och, om det behövs, inom den kommunala ledningen. Målet är att få till stånd långsiktiga förutsättningar för äldreomsorgen, tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen. Utredaren ska presentera förslaget senast den 30 juni 2022.

Regeringen har utrett kring en fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Syftet med att införa en fast omsorgskontakt i hemtjänsten är att öka delaktigheten och självbestämmandet för äldre personer som har hemtjänst samt att öka tryggheten både för de äldre och för deras anhöriga. Förslaget träder i kraft 1 juli 2022.

Utredningen *framtidens socialtjänst* har lämnat sitt slutbetänkande, där ingår en översyn av Socialtjänstlagen (SoL). Förslaget innebär bland annat att Socialtjänstlagen öppnas upp för en förenklad handläggning och beslutsfattande av vissa ärenden. Förslaget är att lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

SKR och staten har träffat en överenskommelse om att vidareutveckla den nära vården. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Den bygger på samverkan mellan den regiondrivna primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och hur omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut. Arbetet utgör ett viktigt steg i en strukturförändring av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, som innebär att primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

Regeringen föreslår lagändringar för att stärka rätten till personlig assistans för personer med psykisk funktionsnedsättning och för att öka rättssäkerheten för barn som är i behov av assistans. Förändringen innebär ökad rätt till förebyggande stöd för att inte skada sig själv, andra eller egendom. Kvalificerade aktiverings- och motivationsinsatser ska räknas som ett grundläggande behov. Föräldraansvaret vid assistans

för barn kommer att schabloniseras och det innebär att fler barn kan beviljas assistans och att barn som redan har assistans kan beviljas fler timmar. Lagrådsremissen baseras på betänkandet "Stärkt rätt till personlig assistans – Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser" som kom i maj 2021. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 januari 2023 och kommer innebära att fler personer får kommunal personlig assistans.

Regeringen har gett i uppdrag till en särskild utredare att analysera och lämna förslag på hur personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken ska organiseras i ett statligt huvudmannaskap. Utredaren ska analysera för- och nackdelar med ett förändrat huvudmannaskap samt överväga förslag till alternativa lösningar till ett statligt huvudmannaskap.

Socialstyrelsen har tagit fram underlag för en nationell strategi för anhöriga. Kommunerna är skyldiga att erbjuda stöd till anhöriga som ger vård eller stöd till någon de står nära.

E-hälsomyndigheten fick i april 2021 uppdraget att analysera och föreslå hur de legala möjligheterna till sammanhållen journalföring kan nyttjas i så stor utsträckning som möjligt i vården och i omsorgen i hela landet. Sammanhållen journalföring ger vårdgivare som behandlar en patient möjlighet att ta del av patientuppgifter som skapats och finns hos andra vårdgivare trots den sekretess som normalt gäller mellan vårdgivare. Regeringen har i en lagrådsremiss föreslagit en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som ska göra det möjligt för vård- och omsorgsgivare att ge, eller få tillgång, till patientuppgifter hos andra vård- eller omsorgsgivare.

VERKSAMHETSMÅTT

Verksamhetsmätt	Redov 2021	Redov 2020	Redov 2019
Demografi äldre / antal per åldersgrupp			
65-79 år	2 818	2 798	2 694
80-89 år	675	621	567
90 -	121	108	106

UPPLYSNING OM VÄSENTLIGA PRIVATA UTFÖRARE

Hemtjänsten i Trosa kommun omfattas av lagen om valfrihet (LOV). Det innebär att brukare av hemtjänst kan välja andra utförare än kommunen. I Trosa kommun finns det, i dagsläget, ingen annan godkänd utförare än kommunen. Det kommunala utförandet av personlig assistans är upphandlat och ligger i extern regi. Under 2022 kommer en ny upphandling att göras då avtalet inte kan förlängas fler gånger.

INVESTERINGAR

Vård- och omsorgskontoret har gjort en del större investeringar under året. Dels har nya skenor för lyftanordningar köpts in till Trosagården och Ängsgården och även lyftmotorer till det är inköpt. Alla trygghetslarm är nya och de gamla larmen är utbytta under året. Det har också investerats i ErgoNova-stolar till alla äldreboenden.

INTERN KONTROLL

Internkontroll för 2021 är genomförd och visar på vissa brister. Riskanalyser på nya brukare görs och där är en del att analysera risken för hot och våld, vid risker upprättas en särskild handlingsplan. Det som kan ses är att dessa riskanalyser inte alltid görs inom rimlig tid samt att vissa inte följs upp vid ändrade behov. Riskanalyser och genomgång görs också för att belysa den psykosociala arbetsmiljön som varit ansträngd under pandemin.

Granskningen av dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) visar även 2021 att det finns utvecklingsbehov i dokumentationen, den följer gällande föreskrifter men viss information kan vara svår att hitta då den står i löpande journaltext i verksamhetssystemet. Granskningen av den sociala dokumentationen visar en viss förbättring mot tidigare år men det finns en skillnad i hur dokumentationen sker på olika enheter. De flesta brukare har en genomförandeplan men alla inte är aktuella och den sociala dokumentationen i stort behöver förbättras. Då vård- och omsorgskontoret infört individens behov i centrum (IBIC) har en stor del av personalen utbildats i dokumentation men utbildningsinsatserna behöver fortsätta även framåt.

Verksamheten har under året bytt ut alla trygghetslarm med större möjlighet att kontrollera att de fungerar och att brukarna provlarmar. Rutiner för kontroll av larm samt reservrutiner när de inte fungerar finns framtagna.

Hygienrutiner finns framtagna och har gjorts kända genom utbildningar och att de tagits upp på arbetsplatsträffar. Däremot visar de genomförda punktprevalensmätningarna att efterlevandet av hygienrutinerna inte är tillräckligt.

Den interna kontrollen visar också att verksamheten har en pandemi- och en kontinuitetsplan. Det finns också ett lager med skyddsutrustning som gör att verksamheten inte behöver finna sig i samma läge som vid pandemins start med stora svårigheter att köpa in skyddsutrustning.

All nyanställd personal samt de flesta av den redan befintliga personalen har fått skriva på den nyligen framtagna blanketten kring offentlighets- och sekretesslagen samt meddelarfrihet.

Vidare så sker det stickprovskontroller månadsvis för att tillse att den statistik som tas ut ur verksamhetssystemet är korrekt.

Alla chefer kontrollerar analyslistorna för att tillse att rätt löner betalas ut. Även bisysslor kontrolleras årligen och bedöms utifrån bisysslans art. När förändringar sker i verksamheten upprättas riskanalyser ur ett arbetsmiljöperspektiv, vid risker upprättas särskild handlingsplan. När riskanalyserna upprättas är utgångspunkten att arbetstagarorganisationer och medarbetare ska vara delaktiga. När en medarbetare slutar sker också, i de flesta fall, ett avslutssamtal för att fånga upp förbättrings- och förändringsförslag.

Registerförteckningen har setts över under 2021 och lagts in i ett digitalt system.

Delegeringsordningen ses över minst en gång varje år. SKLs skrift om mutor och jäv tas upp årligen på arbetsplatsträffar och finns även tillgänglig på personalens kontor på vissa arbetsplatser. De privata utförarna följs upp. Alla företag som utför hemtjänst enligt lagen om valfrihet (LOV) samt upphandlad leverantör av personlig assistans följs upp årligen. I maj månad så sades avtalen med de privata leverantö-

erna upp då de saknade tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva hemtjänst.

Utifrån genomförd internkontroll 2021 och riskanalys har förvaltningen satt som mål framåt att kontrollera att det görs en riskanalys på alla nya brukare samt att det finns hygienrutiner och att dessa efterlevs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska kommer att granska att dokumentationen som görs enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är skriven på ett sätt som främjar patientsäkerheten. Verksamhetsutvecklaren kommer på motsvarande sätt granska att den sociala dokumentationen är ändamålsenlig. Vidare kommer den sociala dokumentationen att följas genom att ett slumpmässigt urval av genomförandeplaner granskas i form av aktualitet och innehåll. Det kommer även att granskas att all berörd personal genomgått svenskt demenscentrums webutbildning *0-vision* rörande tvångs- och skyddsåtgärder. Granskning av att statistikuppgifter som tas ut ur verksamhetssystemet är kvalitetssäkrade kommer också att ske.

Vad gäller offentlighet- och sekretess så kommer det att granskas att behörighetstilldelningen till olika verksamhetssystem sker korrekt samt att loggkontroller görs. Vidare ska rutiner tas fram för att säkerställa att information mellan olika verksamheter inte går att se samt ett arbete kring när samtycken krävs samt hur dessa ska dokumenteras. Det ska också tillses att det finns reservrutiner för hur verksamheten ska agera om/när våra digitala system inte fungerar samt hur funktionen på trygghetslarmen ska kontrolleras.

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDENS MÅL 2021

	Mål	Målprecisering	Upp- fyllelse	Trend	Utfall	Mätmetod	Kommentar
Rubrik							
1.	Personal som arbetar inom vård- och omsorgskontoret ska ha rätt formell kompetens	Andel personal med formell kompetens ska öka		↑	Ökat antal	Egen mätning av personals utbildning	Undersköterskeutbildning har skett under året
2.	Brukarna ska vara sammantaget nöjda med vård- och omsorgskontoret i Trosa kommun	Minst 90% av brukarna ska vara mycket nöjda eller nöjda med vård- och omsorgskontoret		↑	92% Hemtjänst 95% Säbo 70% LSS	Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende? Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har? Socialstyrelsen, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, samt egen enkät egen regi-verksamheter funktionsnedsättning	Resultat 2019 85% Hemtjänst 89% Säbo LSS inget resultat
3.	Brukaren ska känna sig trygg i sitt hem med stöd	Minst 90% ska känna sig trygga till mycket trygga i sitt hem med stöd		↑	91% Hemtjänst 95% Säbo 72% LSS	Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende? Hur tryggt eller otryggt känns det att bo hemma med stöd från hemtjänsten? Socialstyrelsen, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen.samt egen enkät egen regi-verksamheter funktionsnedsättning	Resultat 2019 89% Hemtjänst 96 % Säbo LSS inget resultat
4.	Hållbart medarbetarengagemang	Totalt index på minst 85		—	Index 81	HME mätning genomförs 1 gång per år i Trosa kommun	Resultat 2020 85
5.	Vård- och omsorgskontoret ska vara kostnadseffektivt	Ej överstiga standardkostnaderna		↑	Äldreomsorg 8,2% LSS 0,7%	Standardkostnadsavvikelse ÄO och FH, vad kostar verksamheten (VKV)	Resultat 2020 ÄO 9,4 % LSS 3,3 %
6.	Transporter ska ske så miljömässigt som möjligt	Alla transporter ska ske fossilfritt		—	Uppfylls ej	Egen mätning	Uppfylls ej då möjlighet till tankning av HVO-diesel funnits under året

5

Vård- och omsorgskontoret

Fredrik Yllman
Produktionschef
0156-521 15
fredrik.yllman@trosa.se

Tjänsteskrivelse

Datum
2021-02-23
Diarienummer
VON 2022/20



Uppföljning av Trosa kommuns miljöledningssystem 2021

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner sin del av uppföljningen utav Trosa kommuns miljöledningssystem 2021.

Ärendet

Under 2020 antog Trosa kommun ett nytt miljöledningssystem som omfattar kommunens verksamheter och de helägda bolagen Trobo och Trofi. Syftet med miljöledningssystemet är att alla kommunens verksamheter kontinuerligt ska arbeta för att negativ miljöpåverkan ska bli så liten som möjligt samt bidra med positiv miljöpåverkan. Som en del av miljöledningssystemet ska miljöarbetet årligen följas upp och redovisas till kommunfullmäktige som underlag för kommande prioriteringar och beslut.

Inom ramen för miljöledningssystemet redovisas även Sveriges Ekokommuners gröna nyckeltal samt nyckeltal för Agenda 2030.

Fredrik Yllman
Produktionschef

Bilagor

Uppföljning av Trosa kommuns miljöledningssystem 2021

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgskontoret

Ordförande: Helena Koch (M)

Produktionschef: Fredrik Yllman

MILJÖPÅVERKAN

Nedanstående områden är förvaltningens största miljöpåverkan.

- Bilkörning
- Transporter
- Kemikalier – hantering av städ och mediciner
- Engångsartiklar – mycket sjukvårdsmaterial i engångsförpackningar
- Lokaler

MILJÖUTBILDNING

För att miljöhänsyn ska kunna genomsyra den kommunala verksamheten så är det viktigt att medarbetarna har grundläggande miljökunskaper.

Andelen redovisas som följande:

- >25 %
- 25-50 %
- 50-75 %
- < 75 %
- 100 %

På vård och omsorgskontoret har 25-50 % av personalen genomgått utbildningen.

MILJÖINSATSER OCH AKTIVITETER

Personal inom vård- och omsorgskontoret kör mycket bil i tjänsten. Tidigare har kontoret haft ett flertal elbilar men då räckvidden på dem var bristfällig sades dessa leasingavtal upp. Räckvidden har förbättrats och det har införskaffats nya elbilar under året. Vid de senaste inköpen av bilar har ett krav varit att de ska vara elbilar eller att de ska kunna tankas med hydrerad vegetabilisk olja (HVO). Tanken var också att kommunen skulle öppna en egen tankstation med HVO-diesel. Detta har dock inte blivit av men det finns möjlighet att tanka HVO-diesel hos extern aktör i Vagnhärad. Då verksamheten väntade på kommunens egen lösning tankades istället

bilarna med vanlig diesel i avvaktan på den andra lösningen.

Då bilkörningen är en stor miljöpåverkan krävs det ett aktivt arbete i ruttplaneringen för, främst, hemtjänsten och hälso- och sjukvårdsenheten. Dessa enheter försöker också ersätta bilkörning med cykling när det är möjligt. Under 2021 flyttade delar av hemtjänsten till nya lokaler i Vagnhärad vilket har möjliggjort att fler besök kan ske via cykel istället för via bil.

En stor miljöpåverkan är leverans av varor och den upphandlade leverantören Apotekstjänst har skickat beställningar i många små kollin istället för att samla allt material i en större försändning, exempelvis kan en relativt liten beställning skickas i ett tiotal olika paket. Vård- och omsorgskontoret har haft kontakt med företaget för att tillse andra leveranssätt och arbetar också aktivt för att göra större samordnade beställningar.

Vård- och omsorgskontoret använder sig till stor del av digitala inköp för brukare i hemtjänst. Det möjliggör att beställningar kan samordnas istället för att en transport sker för varje inköp.

Vid inköp av livsmedel till äldreboendena prioriteras ekologiska livsmedel där det är möjligt.

En viktig påverkan är också kasserade läkemedel. Hälso- och sjukvårdsenheten anpassar sina beställningar för att minska kasseringen av utgångna läkemedel.

Vård- och omsorgskontoret använder mycket engångsmaterial, speciellt vid omvårdnad och hälso- och sjukvårdsinsatser. Detta är dock inte möjligt att förändra då hygien är prioriterad.

2022-01-20

Då verksamheten hyr lokaler är det svårt att påverka hur energieffektiva de är och hur underhållet sker. I dialog med hyresvärden sker alltid diskussioner kring underhåll etc.

MILJÖMÅL OCH NYCKELTAL

Vård- och omsorgsnämnden har ett mål om att all bilkörning ska ske fossilfritt. Det målet har inte kunnat uppnås, se ovan.

6

Kvalitetsberättelse 2021

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner *Kvalitetsberättelse 2021*.

Ärendet

Enligt föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 7 kap 1 §) bör den som bedriver socialtjänst varje år upprätta en kvalitetsberättelse. Den beskriver hur verksamheten bedrivit ett systematiskt kvalitetsarbete, vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som har uppnåtts.

Kravet på god kvalitet gäller både enskild (näringsidkare som bedriver socialtjänst) och offentlig verksamhet inom socialtjänsten.

Trots rådande pandemi under 2021 har vård- och omsorgskontorets olika enheter och de externa verksamheterna fortsatt sitt arbete med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter och kompetensutveckling av medarbetare.

Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete reviderades och fastställdes under 2021. Det framtagna systemet för ledning utgör grunden för kvalitetssäkringen av verksamheten i stort. Under 2022 kommer ett arbete att ske för att överföra det skriftliga ledningssystemet till en i digital form.

Under 2021 genomfördes de första analysdagarna i förvaltningen. Enhetscheferna tog fram en handlingsplan med förbättringsområden att arbeta med under 2022 och flera år framöver. Ett område man enades om var social dokumentation och genomförandeplaner.

Digitaliseringen och säkerställande av våra digitala verktyg, både utifrån gällande lagkrav samt säkerhetsprocesser, har fortsatt spelat en avgörande funktion i verksamhetens kvalitetsutveckling. Arbetet är tidskrävande och påverkar verksamhetens arbete i stort.

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för vård- och omsorgsnämndens fortsatta förbättringsarbete 2022. Prioriteringar som gäller för 2022 har justerats

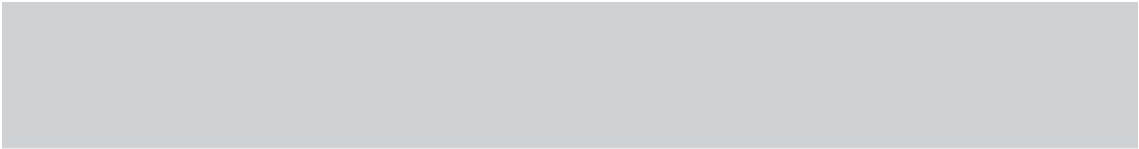
och inom samtliga krävs utveckling och förbättring för att kvalitetssäkra vår verksamhet.

Fredrik Yllman
Produktionschef vård och omsorg

Sejla Salkic
Kvalitetschef

Bilagor

Kvalitetsberättelse 2021



Kvalitetsberättelse 2021

Vård- och omsorgskontoret

Kvalitetsberättelse

Datum

2022-03-10

Dnr

VON 2022/21

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Organisatoriskt ansvar och roller i kvalitetsarbetet.....	5
Systematiskt förbättringsarbete	6
Brukarundersökning	11
Avvikelse.....	12
Tillsyn.....	17
Kompetensutveckling och särskilda satsningar	17
Verksamhetsuppföljning.....	18
Prioriteringar 2022.....	18

Sammanfattning

Enligt föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 7 kap 1 §) bör den som bedriver socialtjänst varje år upprätta en kvalitetsberättelse. Den beskriver hur verksamheten bedrivit ett systematiskt kvalitetsarbete, vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som har uppnåtts.

Kravet på god kvalitet gäller både enskild (näringsidkare som bedriver socialtjänst) och offentlig verksamhet inom socialtjänsten.

Trots rådande pandemi 2021 har vård- och omsorgskontorets olika enheter och de externa verksamheterna fortsatt sitt arbete med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter och kompetensutveckling av medarbetare.

Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete reviderades och fastställdes under 2021. Det framtagna systemet för ledning utgör grunden för kvalitetssäkringen av verksamheten i stort. Under 2022 kommer ett arbete att ske för att överföra det skriftliga ledningssystemet till en i digital form.

Under 2021 genomfördes de första analysdagarna i förvaltningen. Enhetscheferna tog fram en handlingsplan med förbättringsområden att arbeta med under 2022 och flera år framöver. Ett område man enades om var social dokumentation och genomförandeplaner.

Digitaliseringen och säkerställande av våra digitala verktyg, både utifrån gällande lagkrav samt säkerhetsprocesser, har fortsatt spelat en avgörande funktion i verksamhetens kvalitetsutveckling. Arbetet är tidskrävande och påverkar verksamhetens arbete i stort.

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för vård- och omsorgsnämndens fortsatta förbättringsarbete 2022. Prioriteringar som gäller för 2022 har i år justerats och inom samtliga krävs utveckling och förbättring för att kvalitetssäkra vår verksamhet.

1. Inledning

Enligt föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9, 7 kap 1 §) bör den som bedriver socialtjänst varje år upprätta en kvalitetsberättelse. Den beskriver hur verksamheten bedrivit ett systematiskt kvalitetsarbete, vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som har uppnåtts.

Kravet på god kvalitet gäller både enskild (näringsidkare som bedriver socialtjänst) och offentlig verksamhet inom socialtjänsten. Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer: strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser. Medborgare har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet.

Socialstyrelsen beskriver kvalitet med följande definition: att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.¹

Socialstyrelsen har också identifierat kvalitetsindikatorer för socialtjänstens arbete och definierat deras betydelse. Enligt dessa ska verksamhetens tjänster:

- bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet
- utgå från en helhetssyn, vara samordnade och präglas av kontinuitet
- vara kunskapsbaserade och effektivt utförda
- vara tillgängliga och jämlikt fördelade
- vara trygga, säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen.

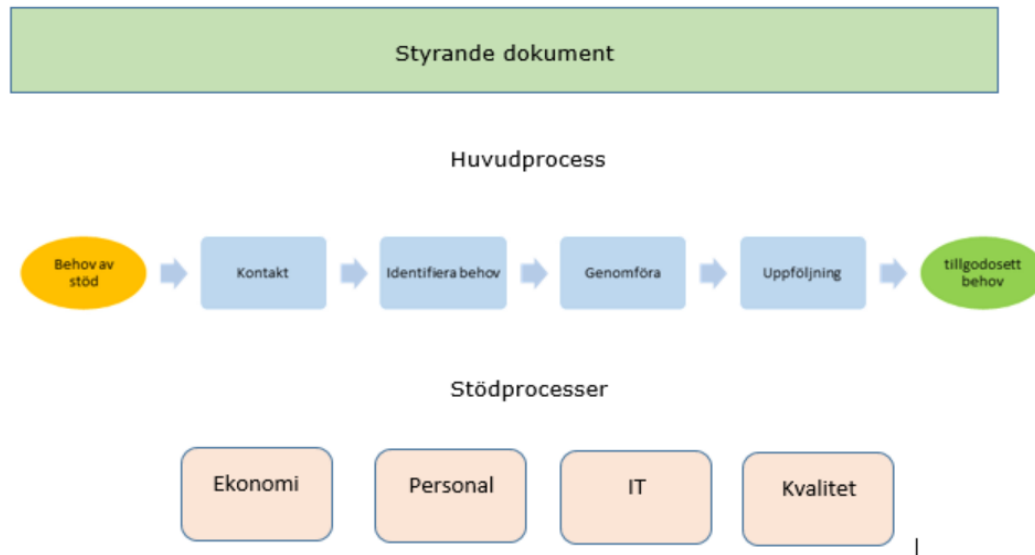
Dessa indikatorer fungerar som utgångspunkter vid verksamhetsplanering och verksamhetsutveckling samt i allt kvalitetsarbete.

Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete reviderades och fastställdes under 2021. Av ledningssystemet framgår hur ansvaret är fördelat i förvaltningen, vilka områden som ingår, vilka processer, rutiner och stödjande dokument som är kopplade till respektive område. Här framgår också hur uppföljning sker.

Processer och rutiner utgör ledningssystemets mest grundläggande delar och är därför viktiga för kvalitetssäkringen av verksamheterna.

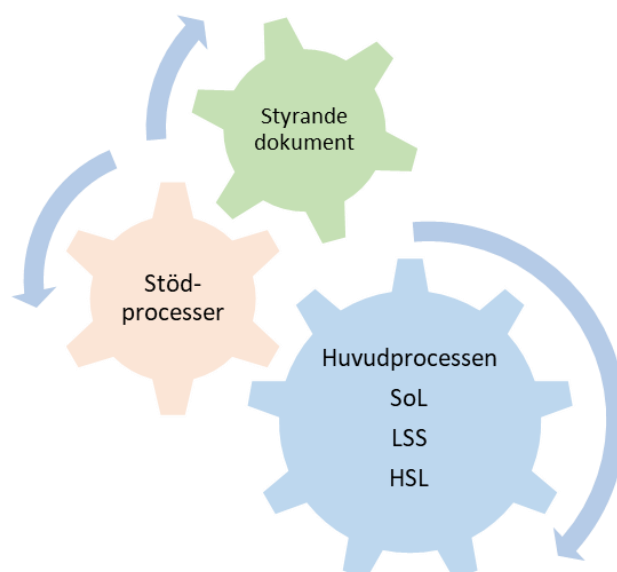
Vård- och omsorgsförvaltningen har identifierat följande huvudprocess utifrån lagstiftningen:

¹ Det systematiska kvalitetsarbetet utgår från övergripande mål och grundläggande värderingar i Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Motsvarande gäller för kommunala hälso- och sjukvården som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).



Grunden för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten är ett välfungerade och systematiskt kvalitetsarbete. I detta arbete ingår att uppmärksamma och förebygga kvalitetsbrister och ta hand om synpunkter och klagomål i syfte att förbättra verksamheten för brukarna och minska risken för missförhållanden.

Kvalitet i vård- och omsorgsverksamheten innebär att vi skapar värde tillsammans med dem vi är till för. Identifierade processer är värdeskapande, effektiva, rättssäkra, transparenta, förebyggande och förvaltningsövergripande.



2. Organisatoriskt ansvar och roller i kvalitetsarbetet

Ett välfungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att implementera, utveckla och vidta åtgärder inom verksamhetens enheter. Av vård- och omsorgsverksamhetens framtagna riktlinje tydliggörs VEM gör VAD och HUR.

Kvalitet är ett personligt åtagande där varje chef och medarbetare har ett ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete. Chefer och medarbetare på alla nivåer inom vård- och omsorgsverksamheten ansvarar för att ta del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Vård- och omsorgsnämnden har skapat en struktur för ansvarsfördelningen när det gäller ansvar och utveckling av kvalitetsfrågor vilken följer nedan:

2.1 Vård- och omsorgsnämnden

Nämnden beslutar om ledningssystem för kvalitet, beslutar om mål och måtvärden för verksamheten och följer upp målen. Nämnden ska också försäkra sig om att det bedrivs ett systematiskt kvalitetsarbete i övrig yrkesmässigt bedriven verksamhet där nämnden upphandlar tjänster eller har avtal med.

2.2 Produktionschef

Produktionschefen har det yttersta ansvaret för att ett ledningssystem upprättas, planeras, genomförs och följs upp. Produktionschefen ansvarar för att leda och fördela förvaltningens kvalitetsarbete i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Produktionschefen har även det yttersta ansvaret för att utvärdera och förbättra kvalitetsarbetet.

2.3 Kvalitetschef

Kvalitetschefen ansvarar för att utarbeta och förvalta ett ledningssystem för kvalitet utifrån nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Kvalitetschefen ansvarar också för att det systematiska kvalitetsarbetet planeras, genomförs, dokumenteras och följs upp samt upprättar åtgärdsplan för övergripande förbättringsarbete inom verksamheten. Kvalitetschefen har också ansvar för utredning av lex Sarah samt att sammanställa Kvalitetsberättelsen för förvaltningen.

2.4 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har det övergripande ansvaret för att säkerställa att den kommunala hälso- och sjukvården är säker, ändamålsenlig och håller god kvalitet. MAS är processledare för förvaltningens kvalitetsarbete avseende hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta innebär ett ansvar för att utöva tillsyn, egenkontroll och uppföljning av verksamheternas HSL-arbete, utarbeta riktlinjer för HSL (hälso- och sjukvårdslagen), årligen dokumentera det systematiska patientsäkerhetsarbetet i förvaltningens patientsäkerhetsberättelse, på ett förvaltningsövergripande plan samordna patientsäkerhetsarbetet samt att ge enheterna stöd i det systematiska kvalitetsarbetet för HSL-delen.

I samverkan med enhetschefen med hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL 2017:30 ska MAS säkra att en god och säker hälso-och sjukvård bedrivs inom de enheter där kommunen har hälso-och sjukvårdsansvar.

2.5 Enhetschef

I uppdraget som enhetschef ingår att ta fram verksamhetsnära mål och ansvara för att de är väl kända inom ansvarsområdet. Enhetschefen ska säkerställa att medarbetarna på enheten arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

2.6 Medarbetare

Det är i mötet mellan brukare och medarbetare som det verkliga kvalitetsarbetet äger rum och därför är medarbetaren den viktigaste länken i kvalitetskedjan. Alla medarbetare ska kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att:

- Arbeta i enlighet med processer och rutiner
- Medverka i förvaltningens olika aktiviteter i kvalitetsarbetet
- Delta i och lämna uppgifter till egenkontroll, kvalitetsregister och dyl.
- Delta i uppföljning och analys av mål och resultat
- Rapportera avvikelser av olika slag
- Lämna uppgifter till rapporter och utredningar

Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänst eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Verksamheter både i egen och privat regi beskriver i underlaget inför kvalitetsberättelsen en tydlig ansvarsfördelning och det framkommer att många har ett forum där kvalitetsfrågor kan lyftas och ständigt arbetas med syfte att öka verksamhetens kvalitet.

3. Systematiskt förbättringsarbete

I det systematiska förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder som riskanalyser för att kunna förhindra att missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Även egenkontroller betonas där den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkra kvaliteten.

3.1 Riskanalys

Riskanalys är en metod för att förutse och förebygga skador och andra negativa händelser som kan drabba brukare. Riskanalys handlar om att kartlägga risker som finns i verksamheten, eller som kan tänkas uppstå vid t.ex. förändringar i verksamheten. Riskanalyser handlar om flera olika saker, t.ex.

- Regelbundet se över verksamhetens kvalitet och hitta långsiktiga lösningar.
- Hitta förklaringar till en ökad mängd klagomål, avvikelser eller negativa resultat i brukarundersökningar och andra jämförelser.

- Uppmärksamma och komma tillrätta med problem kring omsorgsinsatser
- Att förbygga skador.
- Arbeta för att verksamheten ska bli mer brukarcentrerad.

3.1.1 Internkontrollplan

Enligt kommunallagen ska nämnderna försäkra sig om att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Varje år ska en ny internkontrollplan arbetas fram och antas av nämnden. Den nya internkontrollplanen bygger dels på den riskanalys som årligen görs av förvaltningens ledningsgrupp och dels på de upptäckter som gjorts i samband med utförd internkontroll. Internkontroll avseende 2021 är genomförd och kommer belysas närmare i information om internkontrollplanen. Fokus på 2021 års kontrollpunkter har framförallt inriktats mot verksamhetens kvalitet.

3.2 Egenkontroll

Till skillnad från riskanalyser som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontroll att granska och utvärdera om verksamheterna bedrivs enligt lagkrav, kvalitetskrav och andra uppsatta mål. Egenkontroll är en form av intern granskning som ger verksamheten en möjlighet att förbättra kvaliteten och utveckla verksamheterna.

Egenkontrollen kan exempelvis innehålla granskning av journaler, akter och annan dokumentation, mottagning och hantering av synpunkter och klagomål från brukare och anhöriga. Egenkontrollen kan också innehålla jämförelser med andra kommuner eller med verksamhetens resultat från tidigare år, exempelvis i brukarundersökningar eller Öppna jämförelser.

Under 2021 genomfördes de första analysdagarna i förvaltningen. Enhetscheferna fick ta fram en handlingsplan med förbättringsområden att arbeta med. Två områden man enades om var social dokumentation i journal och genomförandeplaner.

3.3 Vård- och omsorgskontoret

Trots rådande pandemi 2021 har vård- och omsorgskontorets olika enheter och de externa verksamheterna fortsatt sitt arbete med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter och kompetensutveckling av medarbetare. Nu mer än förr har högre krav ställts på verksamheten och det stöd som erbjuds vår målgrupp.

I kvalitetsberättelsen för 2020 togs ett antal prioriterade områden fram för kvalitetshöjande arbete under 2021. Dessa prioriterade områden har legat till grund för verksamhetens kvalitetsarbete under det gångna året.

Uppdatering av samtliga riktlinjer och rutiner i ledningssystemet blev ett fortsatt arbete under 2021. Under våren 2021 startades ett arbete upp med att tydliggöra våra viktigaste processer och göra dessa tillgängliga för samtliga medarbetare inom vård och omsorg. En riktlinje för verksamhetens kvalitetsledningssystem togs fram och antogs av nämnden.

En översyn av verksamhetens intranät inleddes, och är fortfarande pågående, för att anpassas till ett arbetsverktyg för medarbetare att ta del av viktiga dokument

som stöd i sitt arbete. Under 2021 blev det möjligt för medarbetare att även komma åt intranätet på sina mobila verktyg. Genom denna möjlighet blev det lättare för medarbetare att komma åt viktiga verktyg oavsett vart de befinner sig.

I slutet av årsskiftet 2021 inleddes ett arbete med att implementera en form av digitalt kvalitetsledningssystem. Det digitala systemet kommer underlätta för verksamheten att hantera det systematiska kvalitetsarbetet. Enheterna kommer att kunna få ett helhetsgrepp över gällande mål och aktiviteter, både övergripande och på enhet kopplade mål. Verktöget kommer i målarbetet även att koppla till identifierade risker och egenkontroll och uppföljning av kvalitetsförbättringar kommer samtidigt att möjliggöras.

En uppgradering av vårt IT system har lett till oförutsedda driftstörningar under 2021. Dessa driftstörningar innebar att våra medarbetare inte kom åt viktiga dokument via verksamhetens verksamhetssystem. En dialog med leverantören har hållits och kommer fortfarande att hållas under 2022 för att åtgärda denna incident, då problemet kvarstår.

En del av det systematiska förbättringsarbetet, både på verksamhets- och enhetsnivå, är de uppstartade och årliga analysdagarna. Analysdagarna genomförs i samråd med samtliga enhetschefer i vård- och omsorgsverksamheten. Syftet med analysdagarna är att samla in årets samtliga resultat, analysera dessa och skapa en bild över styrkor samt förbättringsområden inom de olika enheterna. Genom att hålla analysdagar får man ett helhetsgrepp över enheternas behov av kvalitetsarbete och en handlingsplan som gäller för fortsatt arbete och underlag för planering av aktiviteter som ska ske under det kommande året.

Under våren 2021 påbörjades ett arbete med risk- och väsentlighetsanalys tillsammans med enhetschefer i samband analysdagarna. Tillsammans behöver vi bli bättre på att lyfta eventuella risker. Enhetscheferna behöver arbeta med att skapa samsyn och delaktighet tillsammans med medarbetarna i sina verksamheter. Detta arbete ligger till grund i arbetet med internkontrollen. Risker som uppkommer, men som inte får tillräckligt högt riskvärde blir eventuella egenkontroller i verksamheterna. De riskanalyser som utförts sedan föregående år har bl.a. lett till förbättrade rutiner, bemötande, kompetens, arbetsmetoder samt dokumentation.

Tidigare har vård- och omsorgskontoret haft ett system för egenkontroll som innebär att enhetscheferna varje månad skulle rapportera in uppgifter till ett gemensamt system enligt olika variabler. Detta system har inte följts till fullo utan uppgifterna har tagits fram i samråd med systemförvaltare. Detta är ett förbättringsområde. Under 2021 har vård- och omsorgsverksamhetens arbetat med mätetal stannat upp med tanke på att fokus har varit på hantering av pandemins effekter. Detta arbete kommer att öppnas upp på nytt under 2022.

Inom samtliga enheter under vård- och omsorgskontoret finns framtagna årshjul för att förtydliga vilka egenkontroller som ska genomföras.

Med grund i Dataskyddsförordningen (GDPR) har enheten haft i uppdrag att ta fram personuppgiftsbiträdesavtal (Pub), inneha en uppdaterad registerförteckning och anpassa dessa förteckningar till det digitala verktyget Drafit och se till att kompe-

tens finns ute i verksamheten för att följa rutiner avseende hanteringen av personuppgiftsincidenter². En översyn av samtliga dessa uppdrag har skett under 2021. En sammanställning av samtliga enheters incidentrapportering görs och presenteras årligen för enhetscheferna. I många fall är personuppgiftsincidenterna kopplade i avvikelshanteringen och blir därför precis som inkomna avvikelser ett verktyg för kvalitetsutveckling. De incidentrapporter som anmälades under 2021 handlade bland annat om att brukares personuppgifter varit synliga i bil och en stor andel rörande information som kommit obehörig till handa som tex att vård- och omsorgskontoret och individ och familjeomsorgen kommer åt obehöriga personuppgifter i och med ett gemensamt verksamhetssystem. Hanteringen av den sistnämnda incidenten har föranlett flera åtgärder och kommer att påverka verksamhetens arbete framöver. Att ha ett verksamhetssystem som är tillförlitligt och uppbyggt utifrån ett behov och följsamhet av gällande föreskrifter är en prioriterad och ständig pågående fråga.

Digitaliseringen och säkerställande av våra digitala verktyg har, med tanke på rådande pandemin, spelat en avgörande funktion i verksamhetens kvalitetsutveckling. Användandet av datorer och annan teknisk utrustning förändrades snabbt under våren och liksom andra verksamheter genomgick även vård- och omsorgskontoret en digital transformation på väldigt kort tid. Kvalitetsenheten har haft i uppdrag att säkerställa att nuvarande digitala system och kommande digitala verktyg följer lagkrav samt att behörighetskontrollera och se till att kunskapen om hanteringen av dessa verktyg finns. Detta är ett fortsatt och prioriterat område framöver. Behov finns av framtagande av en rutin avseende trygghetsskapande teknik i samråd med kommunens IT-avdelning. Dessutom finns ett fortsatt behov av att informations-säkra och klassa samtliga verksamhetssystem som att de uppfyller gällande lagkrav. Detta arbete kommer att påbörjas under 2021 och är ett ständigt pågående utvecklingsområde.

Sedan början av 2021 använder sig vård- och omsorgsförvaltningen av Ineras tjänst *Digitala möten* vid möten med till exempel brukare. Förvaltningen har inlett ett samarbete med Inera för att förbättra tjänsten så att den kan tillgodose befintliga behov i förvaltningen.

En av prioriteringarna som togs fram i 2020 års kvalitetsberättelse var att verksamheten skulle säkerställa system för framtagande av rätt statistiskt underlag för att kunna utföra egenkontroller. Under 2021 har flera arbetsverktyg och metoder utvecklats för att kunna få fram rätt statistiskt underlag vid förfrågan från berörda myndigheter och ledning. Bland annat handlar det om att göra stickprovskontroller och att samarbeta mellan andra berörda i verksamheten för rätt inrapportering av material som ligger till grund för statistiken. Ett exempel på en åtgärd är de utbildningar som hållits med samtlig omvårdnadspersonal i olika former av avvikelshantering och kvalitetsarbetets betydelse.

Mycket arbete återstår fortfarande när det gäller att få fram rätt efterfrågad

² En personuppgiftsincident är t. ex. en säkerhetsincident som leder till oavsiktlig eller olaglig förstörelse, förlust eller ändring av de personuppgifter som behandlas. Personuppgiftsincidenter ska rapporteras till Integritetsmyndigheten (IMY)

statistik och under kommande år kommer en heltäckande genomlysning av systemet och dess flöde att göras för att komma åt med den problematik som har varit.

3.2.1 Myndighetsenheten

Myndighetsenheten har egna enhetsmål gällande uppföljningstider, utveckling, kompetens mm.

Inom myndighetsenheten arbetar man med ärendetavlor som stöd till att få gemensam kontroll, överblick på helheten och följa upp ärenden i grupp. Under pandemin infördes en digital målstyrningstavla och aktivitetstavla som är tillgänglig för alla. Mål- och mätetal följs upp en gång per månad på arbetsplattsträffarna.

Myndigheten arbetar enligt principen ständiga förbättringar, vilket innebär att avvikelser i det dagliga arbetet görs till aktiviteter för att tillsammans i grupp titta på hur vi kan arbeta framåt för att göra processen tydlig, lätt och göra en skriftlig rutin som implementeras på enheten. Alla potentiella förbättringsområden tas vara på för att så småningom bli aktiviteter som arbetas med. Arbetssättet gör att medarbetare blir involverade och det finns ett tydligt forum för att arbeta med detta. Övriga forum för systematiskt förbättringsarbete är ärendedragningar och metodmöten där fokus är att säkerställa att utredningsarbete bedrivs likartat och att rättssäkra bedömningar utförs.

Granskning av personakter skedde på myndighetsenheten under hösten 2021. Resultatet visar i korthet att myndighetsenheten uppfyller de krav som kan ställas på en rättssäker myndighetsutövning. Det finns målområden att arbeta vidare med, vad gäller dokumentation i journalanteckningar och att upprätta beslutsunderlag.

3.1.1 Utförarverksamheter för äldreomsorg

En egenkontroll i utförarverksamheterna utgörs genom stickprovsgranskning av dokumentation och genomförandeplaner som görs en gång per år av kvalitetschefen och kvalitetsutvecklare. 2021 års granskning av den sociala dokumentationen visade på en förbättring jämfört med 2020 års resultat. Störst förbättringsarbete har hemtjänstenheterna gjort när det gäller att ha aktuella, tydliga och väsentliga journaler. Dock visade en uppföljning med enhetscheferna inom utförarverksamheterna att den sociala dokumentationen är fortsatt ett utvecklingsområde som föranleder som följd fortsatta utbildningsinsatser av dokumentationsföreskrifterna för samtliga medarbetare. För att få en lyckad implementering av arbetssättet individens behov i centrum (IBIC) är avgörande av hur väl enheterna hanterar den sociala dokumentationen.

Dokumentationsombuden har haft möjlighet till kontakt med kvalitetsutvecklare i frågor kring social dokumentation. Detta har skett från flera enheter under året.

3.1.2 Utförarverksamheter för funktionshinderområdet

Även inom funktionshinderområdet har stickprovsgranskning av dokumentation och genomförandeplaner genomförts. Granskningen visade att funktionshinderområdet behöver förbättra den sociala dokumentationen. För att kunna implementera IBIC, individens behov i centrum, krävs att den sociala dokumentationen fungerar

optimalt. Kvalitetsutvecklare har under 2021 bjudits in till arbetsplatsträffar inom verksamhetsområdet för att fördjupa diskussion om social dokumentation.

Egentillverkad brukarundersökning inom funktionshinderområdet har skett under 2020-2021 för att säkerställa måluppfyllandet av nämndens mål.

4. Brukarundersökning

Brukarnas upplevelse av bland annat inflytande, trygghet och bemötande har mätts genom Socialstyrelsens nationella enkätundersökning riktad mot brukare inom äldreomsorgen. Den årliga brukarundersökningen inom hemtjänst och särskilt boende sköts upp under 2021 till följd av pågående pandemi och några resultat finns därmed inte redovisade för 2021. Undersökningen omfattar brukare med insatserna hemtjänst i ordinärt boende och i särskilt bostad. När det gäller resultaten från tidigare undersökningar inom äldreomsorgen i sin helhet får såväl hemtjänst som särskilt boende goda betyg. Där jämförelser över tid är möjliga går det inte att se att resultaten förändras i någon större utsträckning. Förbättringsområden som har kunnat urskiljas inom såväl hemtjänst som på särskilt boende är frågor som rör inflytande, bemötande samt information om tillfälliga förändringar. De befintliga resultaten uppvisar att nämndens mål avseende nöjdhet inom äldreomsorgen uppfylls.

På vård- och omsorgskontoret gjordes en egen undersökning första gången 2020 av brukarnas upplevelse inom funktionshinderområdet. En egen brukarundersökning inom funktionshinderområdet har skett även under 2021 för att säkerställa måluppfyllandet av nämndens mål. Undersökningen innehöll bland annat brukarnas upplevelse av inflytande, trygghet och trivsel. Då enkäten gjordes om för att passa nämndens mål, finns inga säkra jämförelsesiffror mot föregående år, men att nämndens mål i antalet positiva svar uppfylls. I svaren på brukarundersökningen kan man se att känslan av trygghet och delaktighet har ökat något. Resultatet från undersökningen kommer att analyseras och handlingsplaner skapas av ansvarig enhet.

Resultatet av 2021 års undersökningar har redovisats i nämnden och nämndens måluppfyllelse med grund i undersökningarna tas med i bokslutet 2021.

Det genomförs ett antal statistik- och uppgiftsinsamlingar varje år. I vissa fall är det svårt att kvalitetssäkra de uppgifter som rapporterats in och det finns inte alltid en plan för hur resultaten ska analyseras. Ett arbete kommer att fortlöpa under 2022 kring att sammanställa vilken statistik enheterna lämnar ifrån sig, hur denna ska kvalitetssäkras och analys av resultaten ska genomföras.

5. Avvikelser



I Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 anges att inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att den som bedriver verksamhet enligt SOL och LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. I alla verksamheter inträffar kvalitetsavvikelser som drabbar den enskilde. Det kan exempelvis vara att man inte har utfört det som är fastställt i rutiner eller i den enskildes genomförandeplan. Det kan också handla om olämpligt bemötande mot brukare, eller bristande samverkan mellan olika verksamheter eller huvudmän. Utöver avvikelser som personalen själv rapporterar kommer även klagomål och synpunkter från brukare och anhöriga som ska hanteras som en del i det systematiska förbättringsarbetet.

5.1 Avvikelser SoL/LSS/lex Sarah

Begreppet avvikelser i redovisningen innefattar:

- avvikelser enligt SoL, LSS
- klagomål och synpunkter SoL, LSS
- lex Sarah

Informationen om avvikelser och lex Sarah ges till alla nyanställda. Informationen ges också vid en arbetsplatsträff under året. Under 2019 togs en ny riktlinje för avvikelshantering fram och denna anpassades under 2021 till verksamhetens systematiska arbetssätt. Riktlinjen för avvikelshantering gäller för samtliga enheter under vård- och omsorgskontoret.

Under 2021 arbetades det fram en ny rutin för avvikelshantering som anpassades helt till verksamhetssystemet Treserva, där alla avvikelser ska göras. Kvalitetsenheten har under hösten 2021 utbildat samtlig personal inom alla enheter

på respektive arbetsplatsträffar. Under 2022 kommer utbildningsmaterial att tas fram för att all personal ska ha tillgång till samma utbildning och minska riskerna för felrapportering.

Under 2021 har samtliga enheter under vård- och omsorgskontoret rapporterat in totalt 120 sociala avvikelser. I jämförelse med 2020 då antalet uppgick till 147 stycken.

I sammanställningen av årets avvikelser är 6 stycken av dessa dokumenterade avvikelser på myndighetsenheten. Avvikelsena handlar bland annat om att brev skickades till fel brukare, brister informationsöverföring, fel i debiteringen samt att en insats inte utförts.

Utförarverksamheten inom äldreomsorgen står för den större delen av de rapporterade händelserna och av dessa står hemtjänsten för en större del än särskilt boende. Totalt för 2021 hade hemtjänstenheterna 94 sociala avvikelser. De rapporterade händelserna handlar framförallt om ej utförda omvårdnadsinsatser, brist i omvårdnaden, brist i informationsöverföringen samt brister i bemötande.

Rapporterade händelser i särskilt boende för äldre uppgår till 12 stycken under 2021. I jämförelse med år 2020 då motsvarande siffra var 45 stycken avvikelser. Avvikelsena handlar om bland annat brister i in, ej besvarat larm, brist i omvårdnad och teknikutrustning samt hot och våld, och brist i samverkan.

Funktionshinderområdet rapporterade för 2021 totalt nio stycken avvikelser med en motsvarande siffra på 6 avvikelser under 2020. 2021 års rapporterade avvikelser avser bland annat miss i ej utförda insatser och avvikelser i tekniska verktyg och därmed inte åtkomst till väsentlig information.

Bedömningen är att det generellt är relevanta händelser som rapporteras. Dessa händelser ska rapporteras/dokumenteras på annat sätt.

Avvikelsesystemet för rapportering gjordes om under senhösten 2021. Processerna tydliggjordes och systemet anpassades utifrån rutin och behov i verksamheterna. Vilka tillval som skulle finnas och hur upplägget skulle se ut skedde i samtal med ledningsgruppen och andra berörda professioner. Vid uppdateringen av det nya avvikelshanteringsflödet erbjöds en utbildning för samtliga enhetschefer i vad avvikelser är, syftet med dessa och hur avvikelser skulle registreras. Utöver utbildning för enhetscheferna har det hållit utbildningar i avvikelshantering för samtlig omvårdnadspersonal. Rutiner har förtydligats och en webbutbildning kommer att lanseras under våren 2022.

Minskningen av antalet sociala avvikelser är inte en säkerställd bild av att det inte begås fel som gör att en avvikelse ska göras enligt SoL eller LSS. Cheferna uppger att det borde skrivas fler avvikelser, men att det inte skrivs just sociala avvikelser. Exempel på social avvikelse är t.ex. avsaknad av genomförandeplan, brist i bemötande och felaktig utförd insats. Antalet avvikelser tyder på fortsatta svårigheter i hantering av gällande rutiner för avvikelshantering. På vilket sätt man arbetar med avvikelser används olika beroende på enhet. Detta har varit en av anledningarna till svårigheter att få fram tillförlitlig statistik i det system som används.

Förhoppningen för 2022 är att möjligheterna att göra avvikelser registreras på felaktigt sätt minimeras och uppgifter som tas fram säkerställs ytterligare.

Det är viktigt att lyfta att det inte enbart handlar om tillgången på verktyg som underlättar kvalitetsarbetet på plats utan en förståelse hos samtliga, inte minst cheferna, för varför vi arbetar mer kvalitetsfrågor och det arbete som vissa uppgifter medför. Vi har alla ett ansvar i att ge stöd av god kvalitet för våra brukare. Om vi bara använder uttrycket och inte följer upp vårt stöd och granskar oss själva kan vi inte uppfylla lagens intentioner. Därför är system och viljan att blir bättre för de som vi finns till de lika viktiga.

När det gäller Trosa kommuns upphandlade utförare av personlig assistans skickar företaget årligen en kvalitetsrapport där siffror om avvikelser framgår. Verksamheten via entreprenad för personlig assistans hade inga avvikelser registrerade under året.

5.1.1 Exempel på åtgärder utifrån avvikelser inom vård- och omsorgskontoret

De åtgärder som vidtas förutom de omedelbara är att samtal förs på arbetsplatsträffarna om det inträffade, rutiner och mallar tas fram för att liknande inte uppstår igen, bättre samverkan mellan beställare, utförare, leverantörer, personal och andra professioner.

Vård- och omsorgskontoret har bland annat arbetat med att öka förståelse för varför man skriver avvikelser. Det är ett hjälpmedel till förbättring, inte kritik av arbetet. Verksamheten har förbättrat processer och rutiner för att öka livskvaliteten för den enskilde brukaren. Handlingsplaner och samverkansöverenskommelser är upprättade efter brukares behov.

När det gäller kvalitetsarbetet överlag har kompetenshöjning skett för samtlig personal med genomgång i avvikelshantering och social dokumentation. Biståndshandläggarna har genomgått ytterligare utbildning i handläggning och dokumentation.

5.3 Klagomål och synpunkter

Trosa kommun har en kommungemensam hantering av synpunkter från medborgare och brukare. Hanteringen ska säkerställa att synpunkter tas tillvara på ett bra sätt för att snabbt och effektivt kunna åtgärda eller förbygga fel och brister. Dokumentation och systematisering av synpunkter är ett viktigt underlag till förbättringsarbete och utveckling av verksamheten. Synpunkten kan komma vid besök, via telefonsamtal, brev, e-post eller formulär på hemsidan. Synpunkterna analyseras för att kunna se mönster och trender som indikerar brister i verksamheten. Tidigare fick förvaltningen en sammanställning av samtliga synpunkter, inkomna via den kommungemensamma e-tjänsten, via serviceenheten. Serviceenheten har för 2021 inte sammanställt samtliga inkommande synpunkter. Det förändrade arbetssättet innebär att när synpunkterna inkommer via den kommunövergrinade e-tjänsten skickades dessa vidare till ansvariga på förvaltningen. Synpunkterna ska

sedan av varje ansvarig registreras på befintlig enhet. Genom uppdatering av förvaltningens verksamhetssystem blev det från och med september 2021 möjlighet att lägga in även synpunkter och klagomål för registrering.

Vård- och omsorgskontoret har redovisat 30 stycken inkomna synpunkter och klagomål. Det är enbart tre enheter inom förvaltningen som har registrerat sina avvikelser.

Återkoppling har skett till samtliga brukare/anhöriga. Synpunkterna omfattar bland annat följande områden:

- brist i bemötande och brist på återkoppling i ärendena.
- hantering av stöd för enskild brukare.
- Organisation och planering

Flera av synpunkterna på verksamhet har inkommit från personal.

Enhetscheferna uppger att finns en fungerande rutin för hur klagomål och synpunkter besvaras av enhetschef. Detta gör att den enskilde får möjlighet att framföra sina synpunkter och få de dels behandlade och dels besvarade. Tidigare saknades ett system för en systematisk hantering av inkomna synpunkter och klagomål. I och med uppgraderingen av vårt verksamhetssystem finns nu denna möjlighet. Samtliga enheter har fått information om detta under hösten 2021 i och med avvikelse utbildningarna.

Det låga antalet inkomna synpunkter och klagomål är inte representativt för verksamheten. Det handlar om att man inte skriver in synpunkter i systemet för avvikelsehantering, där klagomål och synpunkter ingår. Detta är ett utvecklingsområde som kräver stort förbättringsarbete. Arbetet med synpunkts- och klagomålshantering inleddes under hösten 2019 och kommer att fortlöpa under 2022. Förväntningarna att synpunkter ska sammanställas och analyseras är inte nytt på enheterna men i och med att det är en ny modul som har köpts in och ett nytt tillvägagångssätt behövs det mer tid för lärande.

Förbättringsområde för flertalet enheter är att förtydliga och informera om vart och till vem brukaren kan vända sig med synpunkter och klagomål. Det finns fortsatt förbättrings potential.

Utifrån de externa verksamheterna bestående just nu av LOU- verksamhet finns inga rapporterade synpunkter.

5.4 Missförhållanden enligt lex Sarah

Att rapportera missförhållanden och utreda händelser som inneburit hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa (definition enligt SOSFS 2011:5) tillhör det systematiska kvalitetsarbetet. Det kan exempelvis vara fysiska, psykiska, sexuella eller ekonomiska övergrepp (stöld). Det kan också vara brister i bemötande, rättssäkerhet vid handläggning eller brister i utförandet av insatser. Med missförhållande avses såväl utförda handlingar som handlingar som av försummelse eller annat skäl personal har underlåtit att utföra. Alla som arbetar i verksamheten, både inom myndighet och utförarverksamhet, ska känna till skyldigheten att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för

missförhållanden. Ledningen ska informera sin personal om lex Sarah rapporteringsskyldigheten minst en gång per år. Enligt gällande årshjul ska enhetscheferna en gång per år eller/och vid behov gå igenom lex Sarah rutinen och den utbildning som tagits fram.

Rapportering av händelser som inträffat inom nämndens egna verksamheter utreds och bedöms av kvalitetschef på vård- och omsorgskontoret. Allvarliga missförhållanden, det vill säga händelser som har medfört allvarliga konsekvenser eller risk för allvarliga konsekvenser för brukarens liv och hälsa, ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Under 2021 har antalet lex Sarah ärenden minskat. Enbart en lex Sarah rapport inkom som bedömdes vara ett allvarligt missförhållande och anmäldes vidare till IVO. Missförhållandet inträffade i hemtjänstverksamheten och rörde sig om att en misstanke om att personal hållit fast en enskild mot dennes vilja. IVO avslutade ärendet med motiveringen att nämnden fullgjort sin utredningsskyldighet och att man vidtagit rätt åtgärder. I extern verksamhet är det verksamheten själv som ansvarar för att utreda missförhållanden och anmäla dessa till IVO. Den externa verksamheten ska också informera den nämnd som är ansvarig för den drabbade brukaren. Under 2021 har inga rapporteringar av lex Sarah skett till kommunen.

5.4.1 Missförhållanden i kommunal och extern verksamhet år 2021

Kategori	2019 (Endast kommunens verksamheter)	2020 (Endast kommunens verksamheter)	2021 (Endast kommunens verksamheter)	2021 (externa verksamheter)
Fysiska övergrepp (ä.v. våld mellan brukare)	1		1	
Sexuella övergrepp				
Psykiska övergrepp				
Brister i bemötande				
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande	1	2		
Brister i utförande av insatser				
Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik		2		
Ekonomiska övergrepp (ex. stöld från brukare)				
Annat				
Totalt	2 samtliga bedömdes som allvarliga	2 samtliga bedömdes som allvarliga	1 bedömdes som allvarlig	0

5.4.2 Exempel på vidtagna åtgärder utifrån missförhållanden inom kommunens verksamheter

Riskanalys för samtliga brukare sker för att säkerställa hantering av skydds- och begränsningsåtgärder. Utbildning inom skydds- och begränsningsåtgärder planeras för personal under 2022 samt hålls redan för samtlig nyanställd personal under

sommaren. En av flera åtgärder som vidtagits med anledning av inträffat missförhållande är samverkan vid omvårdnadsträffar.

Vård- och omsorgskontorets utförarenheter har arbetat med att öka förståelsen för rapporteringsskyldigheten. Samtliga medarbetare har blivit mer uppmärksamma på lex Sarah avvikelser.

6. Tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedriver tillsyn inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt verksamheten enligt lag om stöd och service för vissa funktionshindrade. IVO har ett tydligt uppdrag att ha patient- och brukarperspektiv i tillsynen. Klagomål på myndighet eller verksamhet kan också lämnas till JO som kan begära nämndens yttrande i ärendet.

6.1 Tillsynsärenden IVO

Inom vård- och omsorgskontoret har IVO haft två tillsyner under 2021. Syftet med ett av tillsynen var att granska i vilken utsträckning kommunen anlitade privata utförare av hemtjänstinsatser samt om kommunen kontrollerade att dessa har tillstånd från IVO att utföra hemtjänstinsatser. IVO avslutade ärendet och bedömde att vård- och omsorgskontoret kunde kontrollera privata utförares tillstånd att bedriva hemtjänst. Den andra tillsynen grundade sig på en uppföljning av en lex Sarah anmälan som handlade om tvångs- och begränsningsåtgärder inom hemtjänsten. IVO avslutade ärendet och bedömde att vård- och omsorgskontoret fullgjort sin utredningsskyldighet.

7. Kompetensutveckling och särskilda satsningar

7.1 Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom vård och omsorgskontoret

Projektet att införa IBIC, individens behov i centrum, avslutades 2021.

Dokumentationsombud har tillsatts på varje enhet för att underlätta det fortsatta arbetet med social dokumentation.

Vård- och omsorgskontoret har en hög andel personal med adekvat utbildning vilket är en viktig förutsättning för god kvalitet i utförandet. Förutom gemensamma satsningar på kompetensutveckling har respektive enhet haft medel att disponera för utbildningsinsatser. Den övergripande satsningen för ökad kompetens hos medarbetarna har påbörjats och ska säkerställa att personalen har rätt kompetens som svarar mot verksamhetens behov. För att underlätta detta arbetar förvaltningen med Evikomp för att på sikt ha detta som utbildningsportal.

a. Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom myndighetenheten

Inom myndighetenheten har man arbetat kontinuerligt med förbättringar utifrån avvikelser, synpunkter och klagomål, samt interna observationer av de aktiviteter som behöver ses över. Enheten har en gemensam aktivitetslista för de

förbättringsarbeten som sker och detta följs upp på APT.

b. Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom äldreomsorgen

I och med att vård- och omsorgskontoret infört IBIC har medarbetare inom äldreomsorgen fortsatt utbildats i hur och varför man skriver journal och upprättar genomförandeplaner.

Utbildning har skett i avvikelshantering efter att rutinen för avvikelshantering i Treserva uppdaterades 2021. De båda områdena social dokumentation och avvikelshantering behöver fortsatt och kontinuerligt uppdateras för att arbeta upp en genomgående stabil kunskap i personalgrupperna.

Kontinuerliga samtal sker med personal i samband med arbetsplatsträffar kring bemötande och förhållningsätt för att kunna förbättra kvalitén i verksamheten.

Utbildning i basala hygienrutiner och hantering av skyddsutrustning har även skett för att säkerställa kvaliteten i arbetet avseende brukarsäkerhet.

Samtal och genomgång på APT om sekretess och tystnadsplikt har genomförts efter händelser i verksamheten.

c. Exempel på kompetensutveckling och särskilda satsningar inom funktionshinderområdet

Arbetet med social dokumentation och kunskap kring IBIC har återupptagits under 2021. Social dokumentation finns med som stående punkt på APT varje månad i samtliga verksamheter inom Funktionshinderverksamheten. Här har aktuella frågor tagits upp ifrån medarbetare och ev. information kring dokumentation har tagits under denna punkt. Dragning av genomförandeplaner enligt IBIC har genomförts av kvalitetsenheten i enlighet med verksamheternas mål under 2021. Även dragning av avvikelsemodulen i Treserva har genomförts i samtliga verksamheter.

8. Verksamhetsuppföljning

All upphandlad och avtalad verksamhet ska följas upp årligen. Det gäller både de som bedrivs på entreprenad och i privat regi. Verksamhetsuppföljning görs utifrån avtal med externa verksamheter samt lagstiftning och övriga regelverk.

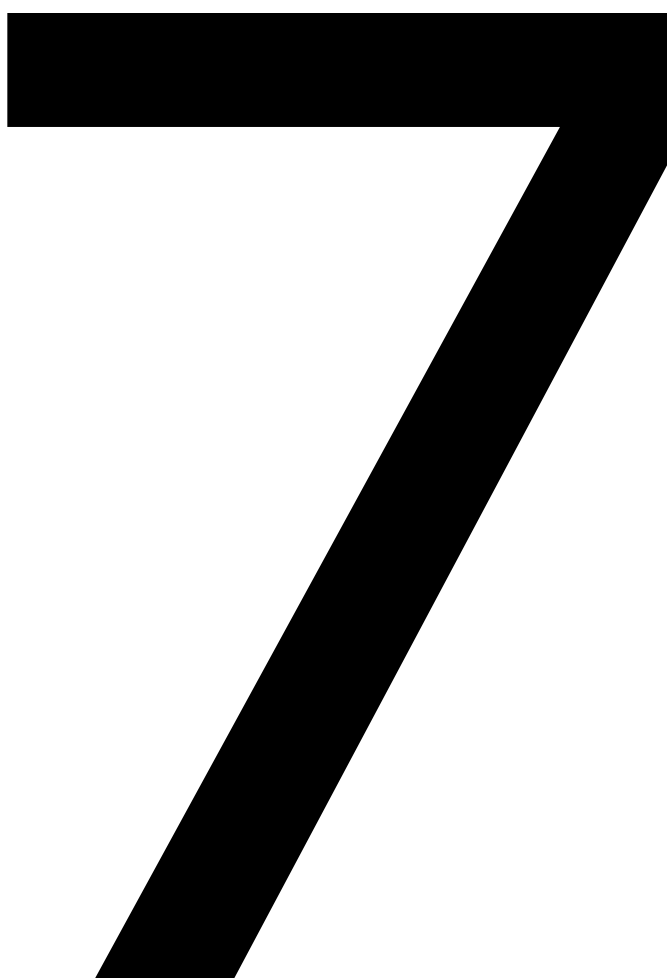
Uppföljningen har under hösten 2021 skett av kommunens upphandlade verksamhet för personlig assistans. Uppföljningen visade att den externa utföraren följer de krav som kommunen ställer och erbjuder insatser av god kvalitet.

Då kommunen inte längre har några LOV-utförare inom hemtjänst så gjordes inga uppföljningar enligt mallen för LOV-uppföljning.

9. Prioriteringar 2022

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för vård- och omsorgsnämndens fortsatta förbättringsarbete 2022. Prioriteringar för 2022 har justerats, då det finns behov av utveckling och förbättring för att kvalitetssäkra vår verksamhet.

- Framtagande av nyckeltal, som arbetsverktyg, som underlättar arbetet med att mäta kvalitet i verksamheterna samt bättre användning av inkomna statistiska underlag.
- Implementera den framtagna riktlinjen för kvalitetsledningssystem samt knyta an detta arbete i befintliga verksamheter.
- Fortsatt översyn av nuvarande rutiner och riktlinjer som ger stöd för kvalitetsarbetet i vård- och omsorgsverksamheten i samband med och för att få en sammanhållen övergång till Hypergene.
- Fortsatt dokumentationsutbildning i olika former för att uppfylla samtliga krav som följs av lag samt som en framgångsfaktor för lyckad implementering av arbetssättet individens behov i centrum.
- Genomföra egenkontroll mot social dokumentation.
- En ökad systematik i avvikelshanteringen och översyn av rutiner för avvikelse- samt synpunktshanteringen.
- Ökad kompetensutveckling gällande avvikelshantering och synpunkthantering.
- Bättre samverkan med de externa verksamheterna när det gäller kvalitetsarbete.
- Det är viktigt att verksamheten kontinuerligt följer upp och tillvaratar erfarenheter från varandra och andra som är av relevans för verksamheten för att bidra till utvecklingen av verksamheten och dess kvalitetssäkring.
- Ta fram en handlingsplan för Välfärdsteknik.
- Arbeta med synpunktshantering och öka förståelsen för varför detta är viktigt.
- Säkerhet med klassning enligt GDPR.



Redovisning av utförd internkontroll 2021 för vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden godkänner utförd interkontroll 2021.

Sammanfattning

Internkontroll avseende 2021 är genomförd. Vård- och omsorgsnämnden antog 2021-03-10 internkontrollplan för 2021. Redovisning av genomförd internkontroll visar på vissa anmärkningar.

Utifrån genomförd internkontroll 2021 och riskanalys har förvaltningen satt som mål framåt att kontrollera att det görs en riskanalys på alla nya brukare samt att det finns hygienrutiner och att dessa efterlevs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska kommer att granska att dokumentationen som görs enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är skriven på ett sätt som främjar patientsäkerheten. Verksamhetsutvecklaren kommer på motsvarande sätt granska att den sociala dokumentationen är ändamålsenlig. Vidare kommer den sociala dokumentationen att följas genom att ett slumpmässigt urval av genomförandeplaner granskas i form av aktualitet och innehåll. Det kommer även att granskas att all berörd personal genomgått svenskt demenscentrums webutbildning *0-vision* rörande tvångs- och skyddsåtgärder. Granskning av att statistikuppgifter som tas ut ur verksamhetssystemet är kvalitetssäkrade kommer också att ske.

Vad gäller offentlighet- och sekretess så kommer det att granskas att behörighetstilldelningen till olika verksamhetssystem sker korrekt samt att loggkontroller görs. Vidare ska rutiner tas fram för att säkerställa att information mellan olika verksamheter inte går att se samt ett arbete kring när samtycken krävs samt hur dessa ska dokumenteras. Det ska också tillses att det finns reservrutiner för hur verksamheten ska agera om/när våra digitala system inte fungerar samt hur funktionen på trygghetslarmen ska kontrolleras.

Bakgrund

Internkontrollplanen avser åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens samtliga verksamheter och därmed minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel.

Internkontrollen syftar till att:

- Trygga kommunens tillgångar, förhindra förluster
- Säkerställa att lagar, bestämmelser och överenskommelser efterlevs
- Minimera risker, säkra system och rutiner
- Säkra att resurser används i enlighet med tagna beslut

- Säkra en rättvisande redovisning
- Skydda politiker och personal från grundlösa misstankar

Ansvarsfördelning

I 6 kap. 1 och 7 §§ kommunallagen framgår styrelsens och nämndernas ansvar för den interna kontrollen. Revisorernas uppgifter framgår av 9 kap. 7 §.

Enligt reglemente för intern kontroll framgår bl.a. följande:

Styrelsen har det övergripande ansvaret för att tillse att det finns en god intern kontroll. I detta ligger ett ansvar för att en organisation kring intern kontroll upprättas inom kommunen.

Nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den enskilda nämnden har därvid att tillse att en organisation upprättas för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde, samt att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen.

Produktionschefen eller motsvarande inom nämnds verksamhetsområde ansvarar för att konkreta regler och anvisningar utformas för att upprätthålla en god intern kontroll. Dessa regler ska antas av respektive nämnd.

Verksamhetsansvariga chefer på olika nivåer i organisationen är skyldiga att följa antagna regler och anvisningar om intern kontroll, samt att informera övriga anställda om reglernas och anvisningars innebörd. Vidare har de att verka för att de arbetsmetoder som används bidrar till en god intern kontroll.

Brister i den interna kontrollen ska rapporteras till närmaste chef.

Utförd internkontroll 2021

Internkontroll för 2021 är genomförd och visar på vissa brister. Riskanalyser på nya brukare görs och där är en del att analysera risken för hot och våld, vid risker upprättas en särskild handlingsplan. Det som kan ses är att dessa riskanalyser inte alltid görs inom rimlig tid samt att vissa inte följs upp vid ändrade behov. Riskanalyser och genomgång görs också för att belysa den psykosociala arbetsmiljön som varit ansträngd under pandemin.

Granskningen av dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) visar även 2021 att det finns utvecklingsbehov i dokumentationen, den följer gällande föreskrifter men viss information kan vara svår att hitta då den står i löpande journaltext i verksamhetssystemet. Granskningen av den sociala dokumentationen visar en viss förbättring mot tidigare år men det finns en skillnad i hur dokumentationen sker på olika enheter. De flesta brukare har en genomförandeplan men alla inte är aktuella och den sociala dokumentationen i stort behöver förbättras. Då vård- och omsorgskontoret infört individens behov i centrum (IBIC) har en stor del av personalen utbildats i dokumentation men utbildningsinsatserna behöver fortsätta även framåt.

Verksamheten har under året bytt ut alla trygghetslarm med större möjlighet att kontrollera att de fungerar och att brukarna provlarmar. Rutiner för kontroll av larm samt reservrutiner när de inte fungerar finns framtagna.

Hygienrutiner finns framtagna och har gjorts kända genom utbildningar och att de tagits upp på arbetsplatsträffar. Däremot visar de genomförda punktprevalensmätningarna att efterlevandet av hygienrutinerna inte är tillräckligt.

Den interna kontrollen visar också att verksamheten har en pandemi- och en kontinuitetsplan. Det finns också ett lager med skyddsutrustning som gör att verksamheten inte behöver finna sig i samma läge som vid pandemins start med stora svårigheter att köpa in skyddsutrustning.

All nyanställd personal samt de flesta av den redan befintliga personalen har fått skriva på den nyligen framtagna blanketten kring offentlighets- och sekretesslagen samt meddelarfrihet.

Vidare så sker det stickprovskontroller månadsvis för att tillse att den statistik som tas ut ur verksamhetssystemet är korrekt.

Alla chefer kontrollerar analyslistorna för att tillse att rätt löner betalas ut. Även bisysslor kontrolleras årligen och bedöms utifrån bisysslans art. När förändringar sker i verksamheten upprättas riskanalyser ur ett arbetsmiljöperspektiv, vid risker upprättas särskild handlingsplan. När riskanalyserna upprättas är utgångspunkten att arbetstagarorganisationer och medarbetare ska vara delaktiga. När en medarbetare slutar sker också, i de flesta fall, ett avslutssamtal för att fånga upp förbättrings- och förändringsförslag.

Registerförteckningen har setts över under 2021 och lagts in i ett digitalt system.

Delegeringsordningen ses över minst en gång varje år. SKLs skrift om mutor och jäv tas upp årligen på arbetsplatsträffar och finns även tillgänglig på personalens kontor på vissa arbetsplatser. De privata utförarna följs upp. Alla företag som utför hemtjänst enligt lagen om valfrihet (LOV) samt upphandlad leverantör av personlig assistans följs upp årligen. I maj månad så sades avtalen med de privata leverantörerna upp då de saknade tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO) att bedriva hemtjänst.

Fredrik Yllman
Produktionschef

8

Internkontrollplan 2022 för Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner internkontrollplan för 2022.

Sammanfattning

Enligt kommunallagen ska nämnderna försäkra sig om att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Varje år ska en ny internkontrollplan arbetas fram och antas av nämnden. Den nya planen bygger dels på den riskanalys som årligen görs av förvaltningens ledningsgrupp och dels på de upptäckter som gjorts i samband med utförd internkontroll. Internkontroll avseende 2021 är genomförd och visar på vissa anmärkningar/brister.

Utifrån genomförd internkontroll 2021 och riskanalys har förvaltningen satt som mål framåt att kontrollera att det görs en riskanalys på alla nya brukare samt att det finns hygienrutiner och att dessa efterlevs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska kommer att granska att dokumentationen som görs enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är skriven på ett sätt som främjar patientsäkerheten. Verksamhetsutvecklaren kommer på motsvarande sätt granska att den sociala dokumentationen är ändamålsenlig. Vidare kommer den sociala dokumentationen att följas genom att ett slumpmässigt urval av genomförandeplaner granskas i form av aktualitet och innehåll. Det kommer även att granskas att all berörd personal genomgått svenskt demenscentrums webutbildning *0-vision* rörande tvångs- och skyddsåtgärder. Granskning av att statistikuppgifter som tas ut ur verksamhetssystemet är kvalitetssäkrade kommer också att ske.

Vad gäller offentlighet- och sekretess så kommer det att granskas att behörighetstilldelningen till olika verksamhetssystem sker korrekt samt att loggkontroller görs. Vidare ska rutiner tas fram för att säkerställa att information mellan olika verksamheter inte går att se samt ett arbete kring när samtycken krävs samt hur dessa ska dokumenteras. Det ska också tillses att det finns reservrutiner för hur verksamheten ska agera om/när våra digitala system inte fungerar samt hur funktionen på trygghetslarmen ska kontrolleras.

Det finns också gemensamma kontrollpunkter som ska genomföras av samtliga chefer i kommunen såsom kontroll av att rätt lön betalas ut, att inga otillåtna bisysslor finns, att informationssäkerheten och mutor och oegentligheter diskuteras på arbetsplatsträffar, att delegeringsordningen är relevant med mera.

Bakgrund

Enligt kommunallagen ska nämnderna försäkra sig om att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Kommunstyrelsen har även fastställt kompletterande instruktioner gällande intern kontroll. Vård- och omsorgsnämndens arbete med intern kontroll sker i enlighet med dessa instruktioner.

Intern kontroll medger möjligheten att i ett tidigt skede identifiera eventuella svagheter eller brister i verksamhetens rutiner. Den bidrar därmed till att stärka ändamålsenligheten och effektiviteten inom nämndens förvaltningsorganisation. I praktiken innebär den interna kontrollen ett säkerställande av att diverse arbetsmoment utförs på ett tillfredsställande sätt. Det kan gälla personalens befogenheter, organisatoriska aspekter, redovisning och allehanda administrativa rutiner.

Varje år ska en ny internkontrollplan arbetas fram och antas av nämnden. Den nya planen bygger dels på den riskanalys som årligen görs av förvaltningens ledningsgrupp och dels på de upptäckter som gjorts i samband med utförd internkontroll. Uppmärksammas "risk" bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens. Bedömningen görs utifrån skalan 1-5. Bedömningsvärdena multipliceras med varandra och utgör det så kallade riskvärdet.

Internkontroll 2021

Noteringar som gjorts utifrån 2021 års internkontroll är:

- Rutiner för riskanalyser finns på alla enheter och riskanalyser och handlingsplaner görs vid behov.
- Granskningen av dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) visar även 2021 att väsentlig information oftast finns men att det kan vara svårt att hitta äldre information då strukturen är bristfällig. Det pågår en förstudie för upphandling av nytt verksamhetssystem som kan möjliggöra bättre funktioner vad gäller hälso- och sjukvårdsdokumentation.
- Verksamheten har under året bytt ut alla trygghetslarm och det finns nu en möjlighet för verksamheten att själv kontrollera funktionaliteten av dessa.
- Granskningen av den sociala dokumentationen visar att det sker förbättringar för varje år men att det fortfarande finns en skillnad i hur dokumentationen sker på olika enheter. De flesta brukare har en genomförandeplan men alla inte är aktuella. Utbildningsinsatser behövs fortlöpande.
- Hygienrutiner finns framtagna men punktprevalensmätningar visar att dessa inte efterlevs fullt ut.
- Den interna kontrollen visar också att verksamheten har en pandemi- och en kontinuitetsplan. Det finns också ett lager med skyddsutrustning som gör att verksamheten inte behöver finna sig i samma läge som vid pandemins start med stora svårigheter att köpa in skyddsutrustning.
- De externa utförarna följs upp. Alla företag som utför hemtjänst enligt lagen om valfrihet (LOV) samt upphandlad leverantör av personlig assistans följs

upp årligen. Checklista för vad som ska kontrolleras finns framtagna för att säkerställa kvaliteten på uppföljningen samt att samtliga företag följs upp på ett likvärdigt sätt. Kravåtgärder sker enligt policy när skäl för det föreligger.

- Stickprovskontroller sker månadsvis för att tillse att den statistik som tas ut ur verksamhetssystemet är korrekt.
- Registerförteckningen, enligt GDPR, har setts över då nytt system för att handha denna har införts, tidigare kontroller visar dock att det inte finns några icke anmälda register inom kontoret.
- I övrigt kan noteras att rutinerna kring analyslistor, bisysslor, oegentligheter etc. följs som tänkt.

Internkontrollplan 2022

Varje år ska en ny internkontrollplan arbetas fram och antas av nämnden. Den nya planen bygger dels på den riskanalys som årligen görs av förvaltningens ledningsgrupp och dels på de upptäckter som gjorts i samband med utförd internkontroll. Uppmärksamhet "risk" bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens. Bedömningen görs utifrån skalan 1-5. Bedömningsvärdena multipliceras med varandra och utgör det så kallade riskvärdet. Internkontrollplanen består dels av verksamhetsspecifika kontrollpunkter och dels av kommungemensamma. De sistnämnda tas fram av kommunkontorets internkontrollgrupp och ska finnas med i alla nämnders internkontrollplaner. Även de gemensamma kontrollpunkterna har justerats, se bilagor.

Utifrån genomförd internkontroll 2021 och riskanalys har förvaltningen satt som mål framåt att kontrollera att det görs en riskanalys på alla nya brukare samt att det finns hygienrutiner och att dessa efterlevs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska kommer att granska att dokumentationen som görs enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är skriven på ett sätt som främjar patientsäkerheten. Verksamhetsutvecklaren kommer på motsvarande sätt granska att den sociala dokumentationen är ändamålsenlig. Vidare kommer den sociala dokumentationen att följas genom att ett slumpmässigt urval av genomförandeplaner granskas i form av aktualitet och innehåll. Det kommer även att granskas att all berörd personal genomgått svenskt demenscentrums webutbildning 0-vision rörande tvångs- och skyddsåtgärder. Granskning av att statistikuppgifter som tas ut ur verksamhetssystemet är kvalitetssäkrade kommer också att ske.

Vad gäller offentlighet- och sekretess så kommer det att granskas att behörighetstilldelningen till olika verksamhetssystem sker korrekt samt att loggkontroller görs. Vidare ska rutiner tas fram för att säkerställa att information mellan olika verksamheter inte går att se samt ett arbete kring när samtycken krävs samt hur dessa ska dokumenteras. Det ska också tillses att det finns reservrutiner för hur verksamheten ska agera om/när våra digitala system inte fungerar samt hur funktionen på trygghetslarmen ska kontrolleras.

Det finns också gemensamma kontrollpunkter som ska genomföras av samtliga chefer i kommunen såsom kontroll av att rätt lön betalas ut, att inga otillåtna

bisysslor finns, att informationssäkerheten och mutor och oegentligheter diskuteras på arbetsplatsträffar, att delegeringsordningen är relevant med mera.

Ansvarsfördelning

I 6 kap. 1 och 7 §§ kommunallagen framgår styrelsens och nämndernas ansvar för den interna kontrollen. Revisorernas uppgifter framgår av 9 kap. 7 §.

Enligt reglemente för intern kontroll framgår bl.a. följande:

- Styrelsen har det övergripande ansvaret för att tillse att det finns en god intern kontroll. I detta ligger ett ansvar för att en organisation kring intern kontroll upprättas inom kommunen.
- Nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Den enskilda nämnden har därvid att tillse att en organisation upprättas för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde, samt att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen.
- Produktionschefen eller motsvarande inom nämnds verksamhetsområde ansvarar för att konkreta regler och anvisningar utformas för att upprätthålla en god intern kontroll. Dessa regler ska antas av respektive nämnd.
- Verksamhetsansvariga chefer på olika nivåer i organisationen är skyldiga att följa antagna regler och anvisningar om intern kontroll, samt att informera övriga anställda om reglernas och anvisningars innebörd. Vidare har de att verka för att de arbetsmetoder som används bidrar till en god intern kontroll.

Brister i den interna kontrollen ska rapporteras till närmaste chef.

Fredrik Yllman
Produktionschef

Bilagor

1. Internkontrollplan 2021
2. Riskanalys 2021
3. Riskanalys gemensamma kontrollpunkter

Risk	Beskrivning	Åtgärd (Vad gör vi?)	Sannolikhet (1-5) 5=mycket hög 1=mycket låg	Konsekvens (1-5) 5=mycket hög 1=mycket låg	Riskvärde (sannolikhet x konsekvens)
Administration/övergripande					
Avvikelser	Att vi inte följer de rutiner som finns gällande hur vi dokumenterar avvikelser	Dokumentation och avvikelshantering hålls uppdaterad och aktuell exempelvis via APT, uppdatera/förbättra avvikelsemodul i Treserva.	4	2	8
Dokumentation/patientsäkerhet	Brister i dokumentation både social samt hälso- och sjukvårdsdokumentation, svårt att hitta, brister i patsäkerhet.	Utbildning för all personal. Stickprov av anteckningar.	4	3	12
Att vi inte hittar viktiga dokument	Vi kan inte minimera risker för att dokument inte hittas/finns/kommunicerats	Att vi har ett aktuellt och tillgängligt kvalitets- och ledningssystem, rensa bland gamla dokument, uppdatera dokumenthanteringsplan	3	3	9
Offentlighet och sekretess	Behörighetstilldelning till våra system, risk att personal ser mer än de behöver i sin yrkesutövning	Rutiner och standarder för tilldelning av behörigheter, tydlig information till personal vad som är tillåtet, slumpvisa loggkontroller	3	3	9
Offentlighet och sekretess	Kunskap kring OSL samt meddelarfrihet	All personal ska informeras om lagstiftning och signera att infon är mottagen, in i årshjulet	3	3	9
Offentlighet och sekretess	Samtycken, det finns inte alltid samtycken till informationsdelning eller dåligt dokumenterade samtycken	framtagande av rutin för när samtycken krävs samt hur de ska dokumenteras	3	4	12
Ansökan som inte når myndighet	Ansökan via e-tjänst som ej handläggs	Rutiner kring kontroll av e-tjänsten	2	3	6
Felaktiga statistikuppgifter	Fel statistik från systemet	Säkerställa inmatning av uppgifter, säkerställa att utdatan stämmer	3	4	12

Offentlighet och sekretess	Går att se viss information mellan IFO och VO	Rutiner tas fram för att minimera risken för att personuppgifter går att ses av obehörig	4	3	12
Lex Sarah/Lex Maria	Kunskap kring anmälan etc.	Utbildning/info 1 g/år för all personal	2	3	6
Personal/arbetsmiljö					
Hot o våld	Risk för hot och våld då nya brukare kommer till verksamheten eller när behov förändras hos brukare	Att vi har en aktuell riskanalys och att den finns tillgänglig för personal samt att det finns rutin för hur vi hanterar om det inträffar (Anmäla till SAM)	3	4	12
Saknar personal	Finns ej tillräckligt med personal med formell kompetens att anställa	Kompetensbaserad rekrytering, kompetensutveckling, utbilda redan anställda	2	3	6
Fel personer i verksamheten	Felrekrytering	Kompetensbaserad rekrytering, kompetensutveckling,	2	3	6
Smitta	Vårdhygienisk smitta	Att hygienrutiner finns och efterlevs (Anmäla till SAM)	3	4	12
Risk för stor smittspridning (pandemi)	Risk för pandemi oberoende av smittvariant	Framtagande av pandemiplan	2	4	8
Stick/skärskada	Risk för stick eller skärskada vid felaktig hantering vid stickande och skärande arbete	Att rutiner för hur man ska använda produkter med risk för detta samt hur vi ska hantera det om skada uppstår. (Anmäla till SAM)	2	3	6
Belastningsskador	Felaktig arbetsställning och utförande av arbetsmoment	Att riskanalys ska finnas för olika arbeten. Att utbildning, instruktioner finns för att använda hjälpmedel för att minska riskerna. Diskussion och samtal på APT och utv. samtal finns kring detta. Anmäla arbetsskador o tillbud till SAM	2	3	6

Psykisk belastning arbete	Stor påfrestning på organisation och individ under pandemin	Att riskanalys ska finnas för olika arbete. Att utbildning, instruktioner finns för att använda hjälpmedel för att minska riskerna. Diskussion och samtal på APT och utv. samtal finns kring detta. Anmäla arbetsskador o tillbud till SAM	2	3	6
Otillåtna gåvor	Brukare/anhöriga som ger gåvor till enskilda medarbetare	Uppdatera rutin och sprid ut i verksamheten	1	2	2
Missbruk	Tillgång till narkotikaklassade preparat (Missbruk)	Kontroller utförs enligt rutin. (Uppdaterade rutiner finns)	2	3	6
Brukare/Kund					
Stöld, ekonomiska oegentligheter	Handhavande av enskildas medel	Rutiner finns och personalen informeras	2	3	6
Patientsäkerhet	Digitala system som ej fungerar	rutin finns för hur vi kontrollerar trygghetslarm samt reservrutiner när system ligger nere	3	4	12
Felaktigt utförd behandling	Behandling enligt HSL som utförs på fel sätt eller av icke delegerad/ behörig personal	Att dokumentation och journalföring görs på korrekt sätt, delegeringsprocessen, rätt kompetens hos personalen.	3	2	6
Felaktig läkemedelshantering	Felaktig hantering av läkemedel från delegerad personal	Att vi följer läkemedelshanteringsrutiner för brukare. Följ statistik	3	2	6
Felaktigt utförda eller uteblivna insatser	Insatser beviljade enligt Sol och/eller LSS som ej utförs eller utförs fel	Aktuella och individuella genomförandeplaner finns och följs. Beviljade insatser utförs. Utbildning	3	3	9
Utsatt för otillåtna tvångs- och skyddsåtgärder	Utförs pga av tex bedömd fara för skada/liv	Rätt personalbemanning. Kontinuerligt värdegrundsarbete. Följa genomförandeplanen. Följa lag och förordning om självbestämmande. I dialog med den enskilde. 0-vision, webutbildning	3	4	12

Risikanalys 2022	Kontrollmoment	Sannolikhet (1-5) 5=mycket hög 1=mycket låg	Konsekvens(1-5) 5=mycket hög 1=mycket låg	Riskvärde (sannolikhet x konsekvens) Värde 8 eller högre ska med i IK-planen
Registerförteckning, enligt dataskyddsförordningen, komplett och korrekt *	Genomgång minst en gång per år, görs i Draftit.	2	5	10
Bisysslor *	Att alla chefer efter genomförda utvecklingssamtal har en uppdaterad inventeringslista på medarbetarnas eventuella bisysslor.	3	3	9
Arbetsmiljö *	Att riskanalyser genomförs och att eventuella handlingsplaner upprättas.	4	3	12
Rätt lön *	Att alla chefer månatligen kollar sina analyslistor - (rätt lön till rätt person).	3	4	12
Oegentligheter eller misskötsel i arbete *	Att kommunkoncernens riktlinjer mot mutor och oegentligheter har diskuterats årligen på varje enhets APT samt information om hur man anmäler oegentligheter eller misskötsel i arbetet.	3	4	12
Informationssäkerhet *	Att styrande IT-dokument har diskuterats årligen på varje enhets APT.	3	5	15
Informationshantering *	Informationshanteringsplanen är aktuell och känd inom organisationen	3	3	9
Personal slutar i kommunen *	Kommunövergripande rutiner efterlevs när personal slutar.	3	4	12

12

Anmälan av delegeringsbeslut

Löpnr/ Dnr	Punkt i del. ordning	Ärende och beslut	Datum för beslut	Delegat, titel
	3.9	Återrapportering av 2021 års statsbidrag för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom	2022-01-24	Fredrik Yllman, produktionschef
	8.4	Rapportera ej verkställda gynnande beslut enligt Sol och LSS, kvartal 4 2022	2022-01-12	Mirna Basic, myndighetschef
2022/11	1.21	Rapportera personuppgiftsincident till tillsynsmyndighet	2021-01-27	Fredrik Yllman, produktionschef

Trosa**Beslutsstatistik**

Sida 1(2)

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut**Framställd:** 2022-03-01 15:13**Beställd av:** Örjan Svensson**Anledning:** VON**Urval:**

Beslut	1900-1927	1928-1937	1938-1952	1953-2020	-	-	-	-	Totalt
Anhörigbidrag	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Beslut om avgift	43	153	207	48	0	0	0	0	451
Beslut om verkställighet	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Beslut under utredningstid	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Boendestöd	0	0	0	3	0	0	0	0	3
Dagverksamhet	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Egenvård	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Hemliv	3	11	18	2	0	0	0	0	34
Hemtjänst i särskilt boende	0	4	3	0	0	0	0	0	7
Kontaktperson	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Korttidsboende	2	7	10	0	0	0	0	0	19
Ledsagare	1	1	1	0	0	0	0	0	3
Matdistribution	2	4	3	2	0	0	0	0	11
Personlig vård	0	7	10	3	0	0	0	0	20
Rekreation och fritid	0	2	3	0	0	0	0	0	5
Sommargäst (beslut annan bosättningskommun)	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Särskilt boende (behov och verkställande)	0	6	5	0	0	0	0	0	11

Källa: Treserva

Sida 1(2)

Trosa

Beslutsstatistik

Sida 2(2)

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2022-03-01 15:13

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Trygghetsbesök	3	0	1	0	0	0	0	0	4
Trygghetslarm	0	5	11	2	0	0	0	0	18
Totalt antal beslut:	54	202	275	64	0	0	0	0	595

Antal unika ärenden: 477

Antal unika huvudpersoner: 419

Antal unika ärendepersoner: 1

Varav kvinnor: 253

Varav kvinnor: 0

Varav män: 166

Varav män: 1

Varav okända: 0

Varav okända: 0

Varav barn < 18 år: 0

Varav barn < 18 år: 0

Varav flickor: 0

Varav flickor: 0

Varav pojkar: 0

Varav pojkar: 0

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 1(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74647	2022-01-18	Matdistribution	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74648	2022-01-18	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74653	2022-01-18	Korttidsboende	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Avslag					
74678	2022-01-19	Egenvård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74695	2022-01-20	Trygghetsbesök	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74696	2022-01-20	Matdistribution	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 1(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 2(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

Bifall

74720	2022-01-21	Boendestöd	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	------------	-------------------	-----------	-----------------

Bifall

74731	2022-01-21	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	--------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

74732	2022-01-21	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

74734	2022-01-21	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	---------------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

74740	2022-01-21	Korttidsboende	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

Källa: Treserva

Sida 2(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 3(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74748	2022-01-17	Ledsagare	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Avslag					
74756	2022-01-24	Matdistribution	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74763	2022-01-24	Anhörigbidrag	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Avslag					
74767	2022-01-24	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74772	2022-01-24	Särskilt boende (behov och verkställande)	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Avslag					
74795	2022-01-25	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 3(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 4(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

Bifall

74796	2022-01-25	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	--------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

74798	2022-01-25	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	--------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

74800	2022-01-25	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	--------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

74810	2022-01-25	Trygghetslarm	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	---------------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

74814	2022-01-25	Trygghetslarm	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	---------------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

Källa: Treserva

Sida 4(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 5(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74839	2022-01-26	Personlig vård	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74840	2022-01-26	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74841	2022-01-26	Hemliv	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74847	2022-01-26	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74850	2022-01-26	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74853	2022-01-24	Dagverksamhet	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 5(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 6(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

Bifall

74855	2022-01-26	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	--------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

74876	2022-01-27	Rekreation och fritid	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	-----------------------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

74885	2022-01-27	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

74890	2022-01-28	Korttidsboende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

74893	2022-01-28	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	--------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

Källa: Treserva

Sida 6(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 7(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74894	2022-01-28	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74908	2022-01-28	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74912	2022-01-28	Rekreation och fritid	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74917	2022-01-28	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74920	2022-01-28	Korttidsboende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74962	2022-02-01	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 7(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 8(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

Bifall

74964	2022-02-01	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

74966	2022-02-01	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

74967	2022-02-01	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	--------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

74970	2022-02-01	Korttidsboende	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	-------------------	-----------	-----------------

Bifall

74974	2022-02-01	Hemtjänst i särskilt boende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	-----------------------------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

Källa: Treserva

Sida 8(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 9(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74983	2022-02-02	Hemtjänst i särskilt boende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74986	2022-02-02	Särskilt boende (behov och verkställande)	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Avslag					
74990	2022-02-02	Särskilt boende (behov och verkställande)	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
74996	2022-02-01	Särskilt boende (behov och verkställande)	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75001	2022-02-02	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 10(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
75013	2022-02-02	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75018	2022-02-02	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75031	2022-02-03	Korttidsboende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75037	2022-01-26	Matdistribution	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75039	2022-01-26	Matdistribution	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75041	2022-01-26	Matdistribution	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 10(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 11(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					

Bifall

75046	2022-02-03	Korttidsboende	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

75047	2022-02-04	Beslut om verkställighet	VO/Utskott/Ordförande	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	--------------------------	-----------------------	-----------	-----------------

Avslag

75057	2022-02-04	Trygghetslarm	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	---------------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

75066	2022-02-04	Matdistribution	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	-----------------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

75078	2022-02-07	Särskilt boende (behov och verkställande)	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	---	---------------	-----------	-----------------

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 12(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
75079	2022-02-07	Hemtjänst i särskilt boende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75105	2022-02-07	Trygghetslarm	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75106	2022-02-07	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75112	2022-02-08	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75123	2022-02-08	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Källa: Treserva

Sida 12(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 13(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
75139	2022-02-08	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75142	2022-02-08	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75143	2022-02-08	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75151	2022-02-09	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75153	2022-02-09	Trygghetslarm	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75154	2022-02-09	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 14(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
75155	2022-02-09	Rekreation och fritid	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75176	2022-02-10	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75178	2022-02-10	Trygghetslarm	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75182	2022-02-10	Särskilt boende (behov och verkställande)	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Avslag					
75184	2022-02-10	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Källa: Treserva

Sida 14(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 15(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
75199	2022-02-11	Matdistribution	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75201	2022-02-11	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75204	2022-02-11	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75205	2022-02-11	Särskilt boende (behov och verkställande)	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75208	2022-02-11	Korttidsboende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75213	2022-02-11	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 15(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 16(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
75230	2022-02-10	Ledsagare	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Avslag					
75242	2022-02-14	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75247	2022-02-14	Trygghetsbesök	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75250	2022-02-14	Särskilt boende (behov och verkställande)	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75262	2022-02-14	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 17(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
75263	2022-02-14	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75305	2022-02-11	Hemtjänst i särskilt boende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75374	2022-02-15	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75396	2022-02-15	Trygghetsbesök	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75397	2022-02-15	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Källa: Treserva

Sida 17(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 18(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
75642	2022-02-15	Rekreation och fritid	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75645	2022-02-15	Dagverksamhet	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75655	2022-02-15	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75660	2022-02-15	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75696	2022-02-16	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75700	2022-02-16	Trygghetslarm	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 19(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
75701	2022-02-16	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75720	2022-02-17	Boendestöd	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75725	2022-02-17	Personlig vård	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75726	2022-02-17	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75728	2022-02-17	Trygghetsbesök	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 20(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
75730	2022-02-17	Anhörigbidrag	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75736	2022-02-17	Ledsagare	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Avslag					
75738	2022-02-17	Trygghetslarm	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75741	2022-02-17	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75745	2022-02-17	Personlig vård	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75758	2022-02-18	Korttidsboende	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 21(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
75776	2022-02-17	Matdistribution	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75778	2022-02-16	Matdistribution	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75783	2022-02-18	Boendestöd	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75789	2022-02-21	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75791	2022-02-21	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 22(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
75803	2022-02-21	Korttidsboende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75811	2022-02-21	Hemliv	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75829	2022-02-22	Hemliv	Basic, Mirna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75833	2022-02-22	Korttidsboende	Basic, Mirna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75838	2022-02-23	Särskilt boende (behov och verkställande)	Basic, Mirna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Avslag					
75852	2022-02-23	Korttidsboende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 22(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 23(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					

Bifall

75859	2022-02-14	Hemtjänst i särskilt boende	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	-----------------------------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

75868	2022-02-24	Särskilt boende (behov och verkställande)	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	---	---------------	-----------	-----------------

Bifall

75870	2022-02-24	Hemtjänst i särskilt boende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	-----------------------------	---------------	-----------	-----------------

Bifall

75875	2022-02-24	Särskilt boende (behov och verkställande)	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	---	---------------	-----------	-----------------

Bifall

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 24(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
75889	2022-02-24	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75896	2022-02-24	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75905	2022-02-25	Hemtjänst i särskilt boende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75919	2022-02-25	Personlig vård	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75920	2022-02-25	Hemliv	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75921	2022-02-25	Rekreation och fritid	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 24(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 25(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

Bifall

75925	2022-02-25	Korttidsboende	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	-------------------	-----------	-----------------

Bifall

75927	2022-02-25	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	--------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

75928	2022-02-25	Personlig vård	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	----------------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

75940	2022-02-28	Trygghetslarm	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	---------------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

75951	2022-02-28	Hemliv	Larsson, Marie	Hemtjänst	Biståndsenheten
-------	------------	--------	----------------	-----------	-----------------

Bifall

Källa: Treserva

Sida 25(26)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 26(26)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:07

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VO

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
75967	2022-02-28	Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75974	2022-02-24	Korttidsboende	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75977	2022-02-25	Beslut under utredningstid	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					
75979	2022-02-25	Matdistribution	Liedtke, Sara	Hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall					

Antal beslut: 139

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2022-03-01 15:14

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Beslut	1900-2020	-	-	-	-	-	-	-	-	Totalt
LSS 9:10, Daglig verksamhet	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	9	0	0	0	0	0	0	0	0	9
LSS 9:2, Personlig assistans	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
LSS 9:2, Tillfällig ökning	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
LSS 9:4, Kontaktperson	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
LSS 9:6, Korttidsvistelse	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
LSS 9:9, Bostad med särskild service (vuxna)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
LSS, Avslag	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totalt antal beslut:	23	0	0	0	0	0	0	0	0	23

Antal unika ärenden: 20

Antal unika huvudpersoner: 20

Antal unika ärendepersoner: 0

Varav kvinnor: 6

Varav kvinnor: 0

Varav män: 9

Varav män: 0

Varav okända: 0

Varav okända: 0

Varav barn < 18 år: 5

Varav barn < 18 år: 0

Trosa

Beslutsstatistik

Sida 2(2)

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2022-03-01 15:14

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Varav flickor:	1	Varav flickor:	0
Varav pojkar:	4	Varav pojkar:	0

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:11

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
74903	2022-01-28	LSS 9:10, Daglig verksamhet	VO/Utskott/Ordförande	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74918	2022-01-28	LSS 9:4, Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
74922	2022-01-28	LSS Personkrets 1	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
74925	2022-01-28	LSS 9:10, Daglig verksamhet	Outagourte, Anna-Karin	LSS	Biståndsenheten
Avslag					
74993	2022-02-02	LSS 9:9, Bostad med särskild service (vuxna)	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
75019	2022-02-02	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 2(6)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:11

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

Bifall

75020	2022-02-02	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	---------------------------------------	--------------	-----	-----------------

Bifall

75021	2022-02-02	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	---------------------------------------	--------------	-----	-----------------

Bifall

75022	2022-02-02	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	---------------------------------------	--------------	-----	-----------------

Bifall

75023	2022-02-02	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	---------------------------------------	--------------	-----	-----------------

Bifall

75024	2022-02-02	LSS 9:2, Merkostnader	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	-----------------------	--------------	-----	-----------------

Källa: Treserva

Sida 2(6)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 3(6)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:11

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

vid ass.sjukdom

Bifall

75025	2022-02-02	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	--	--------------	-----	-----------------

Bifall

75032	2022-02-03	LSS Personkrets 1	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
75034	2022-02-03	LSS 9:6, Korttidsvistelse	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten

Bifall

75060	2022-02-04	LSS 9:4, Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	------------------------	-------------------	-----	-----------------

Bifall

75068	2022-02-04	LSS Personkrets 1	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
75070	2022-02-04	LSS 9:6, Korttidsvistelse	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 4(6)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:11

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
Beslutsform					
Bifall					
75074	2022-02-04	LSS, Avslag	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
Avslag					
75075	2022-02-04	LSS 9:4, Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
75167	2022-02-09	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	Pers ass enligt SFB (LASS)	Biståndsenheten
75344	2022-02-15	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Bifall					
75687	2022-02-16	LSS 9:2, Personlig assistans	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
Avslag					
75760	2022-02-01	LSS 9:4, Kontaktperson	Erlandsson, Hanna	LSS	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 4(6)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 5(6)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:11

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Beslutsnr	Beslutsdatum	Beslut	Beslutsfattare	Ärendetyp	Organisation ärende
-----------	--------------	--------	----------------	-----------	---------------------

Beslutsform

Bifall

75793	2022-02-21	LSS Personkrets 1	Outagourte, Anna-Karin	LSS	Biståndsenheten
75795	2022-02-21	LSS 9:9, Bostad med särskild service (vuxna)	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten

Bifall

75827	2022-02-22	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	---------------------------------------	--------------	-----	-----------------

Bifall

75845	2022-02-23	LSS 9:2, Tillfällig ökning	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	----------------------------	--------------	-----	-----------------

Bifall

75850	2022-02-23	LSS 9:2, Personlig assistans	Basic, Mirna	LSS	Biståndsenheten
-------	------------	------------------------------	--------------	-----	-----------------

Bifall

Källa: Treserva

Sida 5(6)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 6(6)

Fördelning: Beslutsnr

Framställd: 2022-03-01 15:11

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Antal beslut: 28

Källa: Treserva

Sida 6(6)

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2022-03-02 09:27

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Beslut	1900-2021	-	-	-	-	-	-	-	-	Totalt
Avsluta utredning färdtjänst/riksfärdtjänst	21	0	0	0	0	0	0	0	0	21
Färdtjänst	14	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Färdtjänst, omsorgsresa	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Inleda utredning färdtjänst/riksfärdtjänst	19	0	0	0	0	0	0	0	0	19
Riksfärdtjänst enstaka resa	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Riksfärdtjänst generellt tillstånd	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Totalt antal beslut:	62	0	0	0	0	0	0	0	0	62

Antal unika ärenden: 23

Antal unika huvudpersoner: 23

Antal unika ärendepersoner: 0

Varav kvinnor: 18

Varav kvinnor: 0

Varav män: 5

Varav män: 0

Varav okända: 0

Varav okända: 0

Varav barn < 18 år: 0

Varav barn < 18 år: 0

Varav flickor: 0

Varav flickor: 0

Varav pojkar: 0

Varav pojkar: 0

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 1(4)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2022-03-02 09:25

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2022-01-17	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-17	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-18	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-20	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-20	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-24	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 1(4)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 2(4)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2022-03-02 09:25

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2022-01-24	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-24	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst, omsorgsresa	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-01-24	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst, omsorgsresa	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-02-09	Färdtjänst	Erlandsson, Hanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-02-11	Färdtjänst	Erlandsson, Hanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-02-11	Färdtjänst	Erlandsson, Hanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 2(4)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 3(4)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2022-03-02 09:25

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2022-02-11	Riksfärdtjänst	Kuhlin, Sofia	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-02-15	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-02-15	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-02-15	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-02-15	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-02-15	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst generellt tillstånd	Kollektivtrafik
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 3(4)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 4(4)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2022-03-02 09:25

Beställd av: Örjan Svensson

Anledning: VON

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2022-02-16	Riksfärdtjänst	Erlandsson, Hanna	Riksfärdtjänst generellt tillstånd	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-02-23	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-02-25	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
Bifall				
2022-02-28	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
Antal beslut:				22

13

Kommunkontoret
Emma Svedin
Nämndsekreterare
0156-522 50
emma.svedin@trosa.se

Tjänsteskrivelse
Datum
2022-03-03
Diarienummer
VON 2022/2



Anmälningssärenden

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av anmälningarna.

Vård- och omsorgskontoret

- Omräkning av avgifter inom vård och omsorg enligt *Tillämpningsföreskrifter för avgifter inom vård och omsorg*.

Integritetsskyddsmyndigheten

- Beslut 2022-02-22. IMY beslutar att avsluta ärenden som rör anmälan.
- Beslut 2022-02-09. IMY beslutar att avsluta ärenden som rör anmälan.

Emma Svedin
Nämndsekreterare