

**Kansliheten**  
Emma Eklund  
Nämnd-/bolagssekreterare  
0156-522 50  
emma eklund@trosa.se

Kallelse  
Datum  
2023-03-09



Tid: Onsdagen den 15 mars 2023, kl. 13.30  
Plats: Skärborgarnas hus  
Gruppmöte: Alliansen, Skärborgarnas hus kl. 12.30  
S och V, Skärborgarnas hus kl. 12.30  
SD, Skärborgarnas hus kl. 12.30

## Kallelse till Vård- och omsorgsnämnden

<b>Ärende</b>	<b>Dnr</b>
1. Godkännande av dagordning	
2. Bokslut 2022 för vård- och omsorgsnämnden	VON 2023/20
3. Kvalitetsberättelse 2022	VON 2023/21
4. Patientsäkerhetsberättelse 2022	VON 2023/22
5. Redovisning av utförd internkontroll 2022 för vård- och omsorgsnämnden	VON 2023/23
6. Internkontrollplan 2023 för vård- och omsorgsnämnden	VON 2023/24
7. Yttrande över revisionsrapport: Gemensam granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter	VON 2023/10
8. Uppföljning- Efterlevnad av dataskyddsförordningen	VON 2023/18
9. <i>Hemtjänstindex</i> – information om resultat och åtgärder (Inga handlingar)	
10. Nyckeltal (Inga handlingar)	
11. Vård- och omsorgschef informerar (Inga handlingar)	
12. Anmälan av delegationsbeslut	VON 2023/1
13. Anmälningsärenden	VON 2023/2

Helena Koch  
Ordförande

Emma Eklund  
Nämndsekreterare

2

**Vård- och omsorgskontoret**

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

## Tjänsteskrivelse

Datum  
2023-03-07  
Diarienummer  
VON 2023/20



## Bokslut 2022 för vård- och omsorgsnämnden

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden överlämnar bokslut 2022 till kommunstyrelsen.

### Ärendet

Vård- och omsorgsnämnden redovisar ett positivt resultat på 1,4 mkr vid årets slut. Resultatet inkluderar nämndens buffert samt reglering mot central buffert för demografi äldre.

Äldreomsorgen redovisar totalt sett ett överskott på 13,8 mkr medan funktionshinderområdet redovisar ett sammantaget underskott på 12 mkr.

Hälso- och sjukvårdsenheten (inklusive tekniska hjälpmedel) lämnar ett negativt resultat på 0,2 mkr.

Enligt bilaga presenteras vård- och omsorgsnämndens verksamhetsberättelse.

Fredrik Yllman  
Produktionschef

Peter Hellmark  
Ekonom

### Bilagor

1. Verksamhetsberättelse 2022 för vård- och omsorgsnämnden
2. Måluppfyllelse 2022

# Vård- och omsorgsnämnden

**Ordförande:** Helena Koch (M)

**Produktionschef:** Fredrik Yllman

Totalt, tkr	2022	2021	2020
Budget, netto	237 259	223 048	214 974
Resultat, netto	235 875	220 310	211 963
Avvikelse	1 384	2 738	3 011
Antal årsarbetare	275	265	242
Antal kvinnor	248	252	247
Antal män	35	30	22
Frisknärvaro*, %	43	41	35

\*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), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), lag om färdtjänst och lag om riksfärdtjänst.

## ÅRETS RESULTAT

Vård- och omsorgsnämnden redovisar totalt sett ett överskott på 1 384 tkr för verksamhetsåret 2022. Resultatet inkluderar nämndens buffert samt reglering mot central buffert för demografi äldre.

Äldreomsorgen totalt redovisar ett överskott om 13 800 tkr. Resultatenheterna särskilt boende visar ett underskott på 1 060 tkr medan resultatenheterna inom hemtjänsten stänger året på -980 tkr. Båda områdena har fått tilldelning från statsbidrag som förvaltningen erhållit under året.

Funktionshinderområdet redovisar sammantaget ett underskott på 12 000 tkr. Framförallt är det de externa köpen av boendeplatser samt kostnader för personlig assistans utan SFB-beslut som medfört högre kostnader än budgeterat och prognostiserat. Värt att nämna är att

nämnden i samband med delårsbokslutet inte sökte någon ersättning från central buffert då det beräknade helårsresultatet visade på ett överskott totalt för förvaltningen.

Hälso- och sjukvård (inkl. tekniska hjälpmedel) redovisar ett negativt resultat på 150 tkr. Sjuksköterskeenheten och Rehabiliteringsenheten stänger året på +690 tkr medan tekniska hjälpmedel redovisar ett underskott på 840 tkr för helåret. Även HSE har fått tilldelning från statsbidrag under året.

Myndigheten redovisar ett positivt resultat om 590 tkr och färdtjänsten (som hanteras av myndigheten) lämnar ett underskott på 460 tkr (2021 var siffran -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 2021 och där ligger kostnaderna över standardkostnaden inom LSS-verksamhet samt äldreomsorg. Standardkostnadsavvikelsen är för LSS-verksamhet 2,4 % och för äldreomsorgen 3,9 %. Målet kring nöjdhet uppnås delvis inom äldreomsorgen då särskilt boende ligger på plats 3 i riket medan hemtjänsten har ett lägre resultat som ligger bland de 25 % lägsta i riket. Nämndens mål är samma för hela mandatperioden. Målet kring kompetens uppnås då ett tiotal medarbetare utbildat sig till undersköterska under året. Målet kring trygghet kommer att uppnås delvis då särskilt boende har ett högt resultat medan hemtjänsten inte uppnår målnivån. Målet kring hållbart medarbetarengagemang uppnås inte då verksamhetens totala index var 82. Målet kring miljö kommer inte heller att uppnås då vissa transporter fortsatt sker med diesel eller bensin 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. Då heltid numer är norm har alla scheman behövt arbetas om samt att arbetssätt har fått förändras för att möta de nya arbetssätt som krävs för en fungerande heltidsorganisation.

Frisknärvaron har ökat något jämfört med föregående år, från 41 % till 43 %. Ökningen är dock från låga nivåer 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.

Under det senaste året har svårigheten att rekrytera personal, med adekvat kompetens, blivit större och spridit sig till bredare grupper. Kontoret har en relativt god tillgång på arbetskraft men det är svårare att rekrytera vissa specialistgrupper såsom legitimerad personal och biståndshandläggare. Även rekryteringen av undersköterskor har blivit svårare och då särskilt inom hemtjänsten. Vård- och omsorgskontoret har de senaste åren erbjudit cirka 55 stycken medarbetare, som saknar formell kompetens, distansutbildning till undersköterska. I dagsläget finansieras dessa studier till stor del av statliga medel. Det är ett arbetssätt som behöver utvidgas i framtiden och bli ett permanent inslag i verksamheten.

Det har genomförts mycket internutbildning under året och den har mestadels genomförts som distansundervisning eller som internutbildning. Uppdragsutbildning på högskolenivå för sjuksköterskor och fysioterapeuter har också erbjudits. Exempel på andra utbildningar är basal hygien, dokumentation, diabetesvård, fallprevention, hot och våld, medicinsk rätt, demensutbildning, suicidprevention, tillämpning av ny lagstiftning med mera. Det har också genomförts en tvådagars utbildning för alla sommarvikarier. Verksamheten har startat upp ett eget "kliniskt träningscenter" där internutbildning avseende hälso- och sjukvård kan hållas. Under året har mycket utrustning köpts in såsom simulatordocka och kroppsdelar för att öva exempelvis katetersättning, sondvård och blodprovstagning. Det finns några sjuksköterskor som driver

undervisning för personer som läser till undersköterska på distans, detta för att säkerställa kunskapen särskilt i de praktiska omvårdningsmomenten. Viss personal har även fått ärendehandledning i det dagliga arbetet med personer med komplexa behov.

Vård- och omsorgskontoret ingår 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 tillgodogöra sig kunskapen på bästa sätt tillämpas metoden arbetsplatslärande. Det är nu sista året som projektet finansieras på detta sätt. Fortsättningen för vård- och omsorgskontoret är, i dagsläget, inte klar.

För att skapa nya karriärvägar för medarbetare har kontoret tidigare skapat nya tjänster såsom specialistundersköterska, stödpedagog och gruppchef. Under året har antalet specialistundersköterskor ökat och även områdena utvidgats då nya specialistundersköterskor inom palliativ vård har anställts.

Vissa enheter arbetar med hälsoinspiratörer som har till uppgift att inspirera, informera och påverka sina kollegor till att få en bättre hälsa.

Alla enheter har haft planeringsdagar under året och där diskuteras områden som exempelvis hur nämndens mål ska uppnås och vilka aktiviteter som krävs på enheten för att göra detta.

<b>Totalt</b>	<b>2022</b>	<b>2021</b>	<b>2020</b>
Antal årsarbetare	275	265	242
Antal kvinnor	248	252	247
Antal män	35	30	22
Frisknärvaro %*	43	41	35

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

## **VIKTIGA FÖRHÅLLANDEN FÖR RESULTAT OCH EKONOMISK STÄLLNING**

Även under 2022 har det varit stor smittspridning av Covid-19. Det har påverkat kostnaderna för exempelvis skyddsutrustning, sjukskrivning

och bemanning. Det är fortsatt risk för smittspridning inom verksamheterna och skyddsutrustning används i allt patient/brukarnära arbete. Inflationen har ökat kraftigt under året vilket, bland annat, ökat priserna på energi och livsmedel.

Verksamheten har även erhållit ett flertal statsbidrag under året som möjliggjort satsningar.

## HÄNDELSER AV VÄSENTLIG BETYDELSE

Även 2022 har präglats av smittspridningen av Covid-19. Verksamheten har tidigare under pandemin haft en rad åtgärder för att begränsa smittspridningen. Många av dem har avslutats och åtgärderna anpassas utifrån aktuella situationer i verksamheten och även på enhetsnivå, åtgärderna som sätts in tas fram i samverkan med smittskyddsläkare och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Hälsa- och sjukvårdsenheten har under året arbetat mycket med vaccinationer mot Covid-19 hos personer på våra särskilda boenden samt de som är inskrivna i hemsjukvården. Det har i de flesta fallen rört sig om påbyggnadsdoser. Vaccineringen har skett i nära samarbete med region Sörmland och vårdcentralen i Trosa. 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.

Då det har varit svårt att ha tillräcklig bemanning med sjuksköterskor har nya arbetssätt tagits fram. Det innebär att andra yrkeskategorier involveras och där mycket erfarna undersköterskor utför uppgifter för att avlasta sjuksköterskorna, arbetssättet används under hela året men särskilt under sommarmånaderna.

Det har pågått ett arbete med utveckling av ett multiprofessionellt team inom demens. Teamet består av sjuksköterskor, arbetsterapeut och specialistundersköterskor. De har också arbetat fram ett utbildningskoncept för all personal samt att verksamhetens handlingsplan ses över.

Verksamheten växer kontinuerligt och efterfrågan på alla insatser ökar. Särskilt markant är

detta inom särskilt boende och inom hemtjänsten. Det beror till stor del på att befolkningen blir äldre men också på inflyttning av äldre personer till Trosa Kommun. Det är i dagsläget ett underskott på platser på särskilt boende och svårigheter att hinna med att bemanna i tillräcklig omfattning på hemtjänsten. För att möta behovet under pandemin tillskapade verksamheten 5 stycken korttidsplatser i tillfälliga lokaler. Dessa platser är nu stängda och är tänkta att användas till dagverksamhet för personer med demenssjukdom. Verksamheten har under året köpt korttidsplatser av en privat verksamhet för att kunna ta hem personer snabbare från sjukhus.

Myndighetsenheten ser att ansökningarna, anmälningarna, inflödet och kontakten med myndigheten på äldreomsorgssidan har fortsatt att öka under året. Därför har myndighetsenheten utökat med en biståndshandläggartjänst. Myndigheten arbetar även med att utredningstiderna ska ske inom uppställda tidsramar.

I juli infördes ny lagstiftning kring 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. Hemtjänsten och kvalitetsenheten har arbetat med att ta fram nya rutiner för hur arbetet ska gå till. Hemtjänsten har även arbetat med att öka personalkontinuitet hos brukare, trots stora volymökningar.

Även inom funktionsnedsättningsområdet är det en konstant volymökning. Serviceboendena i egen regi fortsätter att växa och även andra insatser såsom daglig verksamhet och korttidsvistelse fortsätter att öka.

Under året har ett kontinuerligt arbete skett inom kvalitetsenheten, tillsammans med MAS, med att ta fram rutiner och stöd för att säkerställa ett välfungerande kvalitetsledningssystem. Kommunikationsenheten är med i framtagandet av digital lösning för att tillgängliggöra kvalitetsledningssystemet för all personal.

Vård och omsorgsnämnden har i juni beslutat att fortsätta öka habiliteringsersättningen för de personer som har daglig verksamhet. Ökningen är 2,50 kr per timme till en ny totalnivå på 15

kronor per timme vilket innebär en dubbling under de senaste fyra åren.

Under året har arbetet med anhörigträffar fortsatt med myndighetens anhörigkonsulent. Flera grupper har hållits för anhöriga till personer med demenssjukdom och för föräldrar till barn eller ungdomar under 18 år med ADHD, autism eller annan neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Även antalet individuella stödsamtal har ökat under året. I samarbete med biblioteken genomfördes under anhörigveckan en samtalskväll med poesi, uppläsning av dikter och samtal om socialtjänst.

Vård- och omsorgskontoret har sedan ett antal år tillbaka drivit verksamheten med personligt ombud i egen regi. Då nuvarande ombud gick i pension, i december, så omfattas Trosa kommun nu av Nyköpings kommuns verksamhet för Personligt ombud och där ingår även Gnesta och Oxelösund.

Det rehabiliterande och förebyggande arbets sättet är fortsatt prioriterat. Under 2022 har en modell för intensiv hemrehabilitering tagits fram. Arbets sättet startade under vintern, dock har ingen lämplig patient identifierats så arbets sättet har inte testats i verksamheten. Arbets sättet förutsätter ett nära och tätt samarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal, hemtjänstpersonal och biståndshandläggare. Förutom förhöjd kvalitet för individen är målsättningen med arbets sättet också att omsorgs behovet hos invånarna i Trosa Kommun kan hanteras inom tillgängliga ekonomiska ramar. För att än mer öka samarbetet mellan yrkesgrupperna har biståndshandläggare, sjuksköterska och arbetsterapeut hospiterat hos varandra med strävan att utveckla förståelse och öka kunskapen om varandras arbetsområden.

På de särskilda boendena har det satsats mycket på aktiviteter, en aktivitetsvärd är anställd som samordnar och utför aktiviteter på alla tre särskilda boenden. Exempelvis har det genomförts aktiviteter såsom folkets park-fest, utflykt till badhuset, skördefest, tipspromenader, sångstunder, bingo och utomhusaktiviteter med kyrkan, Lions och Röda Korset. Cykling utan ålder har varit mycket aktiva på de särskilda boendena och genomfört cirka 175 cykelturer. Även inom funktionshinderområdet är det mycket aktiviteter såsom fritidshuset, resa till

Leksand för serviceboendena, badhus etc.

I september startade projektet med ombyggnation av lokaler på Ängsgården för att tillskapa 11 stycken nya boendeplatser. Byggnationen fortskrider enligt plan och beräknas pågå till juni 2023 med beräknad inflyttning 1 september 2023.

Under året har det tillkommit nya digitala lösningar inom kontoret, exempelvis fortsatt implementering av digitala nyckelfria medicinskåp, start av ett införande av digitala signeringslistor samt tvåfaktorsautentisering till känsliga verksamhetssystem via digital legitimation e-SITHS. Det har även köpts in interaktiva aktivitetsverktyg, Ergonova gungstol och interaktiv musikkudde. 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. Det pågår ett arbete med införande av ett digitalt kvalitetsledningssystem i samverkan med kommunikationsenheten.

För att bättre möta behovet av digitala lösningar inom vård- och omsorgskontoret har det anställts en projektledare med ansvar för att bland annat ta fram en handlingsplan för välfärdsteknik och e-hälsa som ska vara klar våren 2023. Kvalitetsenheten har arbetat med att säkerställa att våra digitala tjänster följer lagkrav, är informationssäkrade, att behörighetskontroller sker samt se till att kunskapen om hanteringen av dessa finns.

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

## **FÖRVÄNTAD UTVECKLING**

Vård- och omsorgskontorets verksamheter kommer att vara beroende av hur smittspridningen av covid-19 fortskrider. Även om de flesta restriktioner nu är hävda påverkas vård- och omsorgskontoret med vissa restriktioner och stort personalbortfall vid smittoppar. Vissa arbetssätt har anpassats och skärpts, 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.

En central fråga för vård- och omsorgskontoret framåt är kompetensförsörjning. Kontoret kommer att påbörja ett tydligare arbete med frågan som omfattar områden som attraktiv arbetsgivare, attrahera och behålla personal, utbildning, nya arbetssätt och fördelning av arbetsuppgifter etc.

Den snabbast växande målgruppen inom vård- och omsorgskontoret är personer med demenssjukdom. För närvarande väntar ett antal personer på verkställighet till särskilt boende för äldre. Under 2023 tillkommer 11 stycken nya boendeplatser på Ångsgården. På Trosagården planeras det att omvandla 10 stycken lägenheter på trygghetsboende till särskilt boendeplatser. Det planeras också för en start av ny dagverksamhet i Vagnhärad då nuvarande dagverksamhet inte kan ta emot fler individer och för att möjliggöra för personer boende i Vagnhärad att få dagverksamhet i närområdet. Detta finns planerat i boendeplanen som Vård- och omsorgsnämnden fattar beslut kring årligen.

Under året har det varit en kraftig 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. Då hemtjänsten växer i denna omfattning börjar enheterna bli för stora och ett nytt hemtjänstområde har tillskapats med start i mars 2023. Den stora ökningen inom hemtjänsten 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 hos både baspersonal och legitimerad personal.

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.

Det har under sommaren kommit en utredning om en äldreomsorgslag som ska komplettera Socialtjänstlagen. Utredningen innehåller en struktur för en nationell kvalitetsordning som bland annat innefattar en meningsfull tillvaro, individanpassning och tillgänglighet. De föreslår åtgärder för att stärka hälso- och sjukvården i kommunerna. Det ska till exempel vara möjligt att få en medicinsk bedömning av läkare dygnet runt och möjligt att vid behov få en medicinsk bedömning av sjuksköterska dygnet runt i kommunens primärvård. Det föreslås också att det ska finnas en ledningsansvarig för kommunens primärvård, och att det i regionen ska finnas en ledningsansvarig för planering och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård. Äldreomsorgslagen är inte beslutad i riksdag.

Den 1 juli 2023 blir undersköterska en skyddad yrkestitel. Det innebär att man kommer att behöva ett bevis från Socialstyrelsen för att få använda titeln undersköterska inom vård och omsorg. Den som har en tillsvidareanställning som undersköterska när de nya reglerna börjar gälla den 1 juli 2023, får fortsätta att använda titeln till och med den 30 juni 2033 utan bevis.

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. Den nya regeringen avser gå vidare med förslaget till ny socialtjänstlag och den beräknas att införas under 2024.

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 strukturför-



ändring av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, som innebär att primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. I region Sörmland finns det projektledare som arbetar med frågan tillsammans med de nio kommunerna och regionen. I Trosa kommun finns det två stycken processledare som arbetar med införandet.

Det kommer 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 träder i kraft den 1 januari 2023 och kommer troligtvis 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. Uppdraget ska presenteras senast den 1 mars 2023.

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.

Ny lag om sammanhållen dokumentation för vård- och omsorgsgivare införs den 1 januari 2023. Lagförslaget innebär att vårdgivare och omsorgsgivare, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, får tillgång till personuppgifter hos andra vårdgivare och omsorgsgivare. Patientdatalagens bestämmelser om sammanhållen journalföring överförs till den

nya lagen. I den nya lagen införs också bestämmelser som ger möjlighet för delar av socialtjänstens verksamheter att få tillgång till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Inom hälso- och sjukvården omfattar lagen alla patienter. Inom socialtjänsten omfattar lagen verksamheter som avser omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning.

## VERKSAMHETSMÅTT

	Budget 2022	Utfall 2022	Budget 2023
Demografi äldre/antal per åldersgrupp			
65-79 år	2 730	2 828	2 748
80-89 år	734	759	836
90 -	109	130	122

## 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. Under året har nytt förfrågningsunderlag tagits fram och annonserats för att försöka få till fler valmöjligheter för brukarna.

Det kommunala utförandet av personlig assistans är upphandlat och ligger i extern regi sedan fyra år. Under 2022 har en ny upphandling gjorts och det tidigare upphandlade företaget fortsätter som tidigare.

Vård- och omsorgsnämnden köper mycket verksamhet för personer med funktionsnedsättningar, exempelvis på insatser som köps är gruppboende och daglig verksamhet.

Under året har verksamheten köpt platser inom äldreomsorgen. Det har främst rört sig om korttidsplatser och ett fåtal platser på vård- och omsorgsboende.

## VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDENS MÅL 2022

	Mål	Målprecisering	Upp- fyllelse	Trend	Utfall	Mätmetod	Kommentar
<b>Rubrik</b>							
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		—	Säbo 96 % Hemtjänst 81 %	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	
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		—	Säbo 96 % Hemtjänst 83%	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	
4.	Hållbart medarbetarengagemang	Totalt index på minst 85		—	Funk 90 Äldreomsorg 81	HME mätning genomförs 1 gång per år i Trosa kommun	
5.	Vård- och omsorgskontoret ska vara kostnadseffektivt	Ej överstiga standardkostnaderna		—	Äldreomsorg 3,9 % LSS 2,4 %	Standardkostnadsavvikelse ÄO och FH, vad kostar verksamheten (VKV)	Standardkostnaden överstigs inom både äldreomsorgen och LSS, dock en kraftig minskning inom ÄO
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 ej är möjligt

3

## Vård- och omsorgskontoret

Mia Kihlstrand  
Kvalitetschef  
mia.kihlstrand@trosa.se

Tjänsteskrivelse

Datum  
2023-03-02

Dnr  
VON 2023/21



## Kvalitetsberättelse 2022

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner *Kvalitetsberättelse 2022*.

### 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.

Under året har pandemin fortsatt att påverka förvaltningens arbete. Ett omfattande arbete har lagts ned på att säkerställa efterföljsamhet av de riktlinjer, rutiner och föreskrifter som kommit verksamheten till del. Vård- och omsorgskontorets olika enheter och de externa verksamheterna har trots fortsatt påverkan från pandemin fortsatt sitt arbete med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter och kompetensutveckling av medarbetare. Den dialog som vanligtvis förs utifrån enheternas målarbete, handlingsplaner och resultat har ersatts av införande av nya arbetssätt och bemanningsförsättningar. Detta har lett till att vissa inplanerade utvecklingsarbeten har fått stå tillbaka under år 2022.

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för vård- och omsorgsnämndens fortsatta förbättringsarbete 2023. Prioriteringar för 2023 har i år justerats och inom samtliga krävs utveckling och förbättring för att kvalitetssäkra vår verksamhet.

Fredrik Yllman  
Produktionschef vård och omsorg

Mia Kihlstrand  
Kvalitetschef

### Bilagor

Kvalitetsberättelse 2022



# Kvalitetsberättelse 2022

---

**Vård- och omsorgskontoret**

Kvalitetsberättelse

Datum

2022-xx-xx

Dnr

VON 2023/21

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Organisatoriskt ansvar och roller i kvalitetsarbetet .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Systematiskt förbättringsarbete .....</b>	<b>6</b>
<b>4. Brukarundersökning .....</b>	<b>12</b>
<b>5. Avvikelse .....</b>	<b>13</b>
<b>6. Tillsyn .....</b>	<b>18</b>
<b>7. Kompetensutveckling och särskilda satsningar .....</b>	<b>19</b>
<b>8. Verksamhetsuppföljning .....</b>	<b>20</b>
<b>9. Prioriteringar 2023 .....</b>	<b>20</b>

## 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.

Under året har pandemin fortsatt att påverka förvaltningens arbete. Ett omfattande arbete har lagts ned på att säkerställa efterföljsamhet av de riktlinjer, rutiner och föreskrifter som kommit verksamheten till del. Vård- och omsorgskontorets olika enheter och de externa verksamheterna har trots fortsatt påverkan från pandemin fortsatt sitt arbete med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter och kompetensutveckling av medarbetare. Den dialog som vanligtvis förs utifrån enheternas målarbete, handlingsplaner och resultat har ersatts av införande av nya arbetssätt och bemanningsförutsättningar. Detta har lett till att vissa inplanerade utvecklingsarbeten har fått stå tillbaka under år 2022.

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för vård- och omsorgsnämndens fortsatta förbättringsarbete 2023. Prioriteringar för 2023 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.<sup>1</sup>

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 fastställdes under 2021. Av ledningssystemet framgår hur ansvaret är fördelat i förvaltningen, vilka områden som ingår, vilka processer, rutiner och stödande dokument som är kopplade till respektive område. Här framgår också hur uppföljning sker.

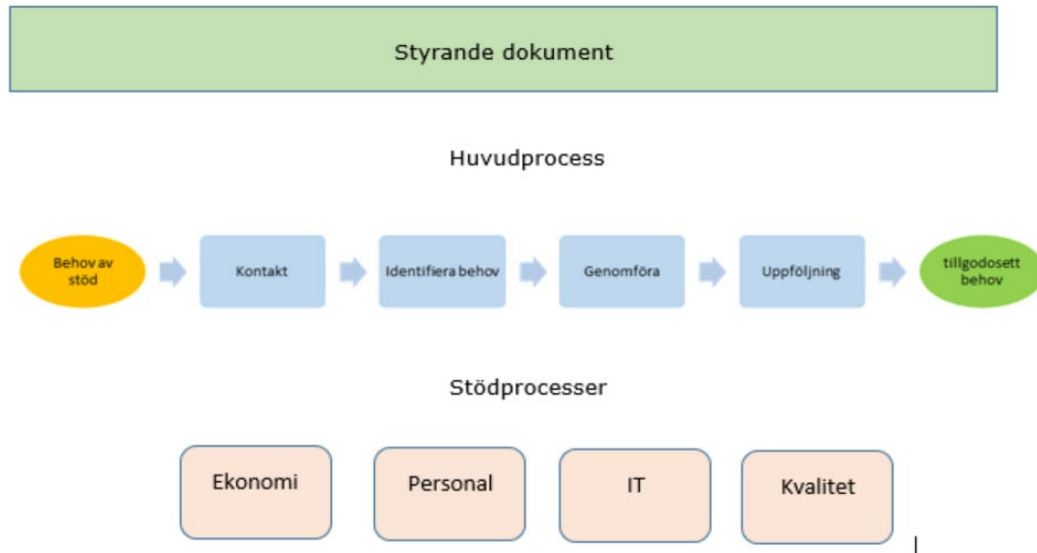
Processer och rutiner utgör ledningssystemets mest grundläggande delar och är därför viktiga för kvalitetssäkringen av verksamheterna.

Vård- och omsorgsförvaltningen har identifierat följande huvudprocess utifrån lagstiftningen:

---

<sup>1</sup> 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.

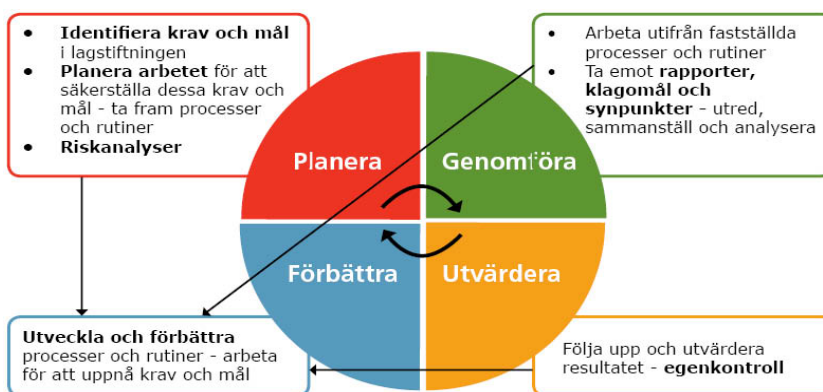
Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänst eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

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.

I kvalitetsberättelsen framgår en sammanställning på hur vård och omsorgsförvaltningen arbetat med nedanstående fyra områden och vad man har lärt sig under årets gång som hjälper oss att förbättra kvaliteten i omsorgen. Områdena är processer/rutiner, riskanalyser, egenkontroll och synpunkter/avvikelser.



#### 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 att:

- 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
- 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.

### **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.

### **3.3 Vård- och omsorgskontoret**

Under året har pandemin fortsatt att påverka förvaltningens arbete. Ett omfattande arbete har lagts ned på att säkerställa efterföljsamhet av de riktlinjer, rutiner och föreskrifter som kommit verksamheten till del. Vård- och omsorgskontorets olika enheter och de externa verksamheterna har trots fortsatt påverkan från pandemin fortsatt sitt arbete med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter och kompetensutveckling av medarbetare. Den dialog som vanligtvis förs utifrån enheternas målarbete, handlingsplaner och resultat har ersatts av införande av nya arbetssätt och bemanningsförutsättningar. Detta har lett till att vissa inplanerade utvecklingsarbeten har fått stå tillbaka under år 2022.

I kvalitetsberättelsen för 2021 togs ett antal prioriterade områden fram för kvalitetshöjande arbete under 2022. Dessa prioriterade områden har legat till grund för verksamhetens kvalitetsarbete under det gångna året.

#### *Processer och Rutiner*

Det ingår i det systematiska kvalitetsarbetet att hela tiden se över våra processer kopplat till vårt kvalitetsledningssystem samt att skriva ned rutiner där det behövs för att säkerställa en god kvalitet inom våra verksamheter. Rutiner är vårt viktigaste verktyg i det systematiska kvalitetsarbetet. När behov finns att ta fram en process i verksamheten tar enhetschefer och berörda medarbetare vid för att gemensamt arbeta fram ett önskvärt arbetssätt för att sedan skriva ned den i

punktform som en rutin. Under 2022 har kvalitetsenheten stöttat verksamheten i framtagande av processer och rutiner. Under 2021 och 2022 med tanke på utbyggnaden av befintligt kvalitetsledningssystem har kvalitetsenheten byggt upp ett ledningssystem som en form av processkartläggningsverktyg. I dagsläget identifierar verksamheten arbetet utifrån specifika rutiner istället för att ha möjlighet att börja i processledet – identifiera vad som skall göras, i vilken ordning, vilka aktörer som berörs, hur de samverka samt olika lagkrav som ställs på verksamheten. I en processkartläggning identifieras sedan specifika aktiviteter som för verksamheten fram till målen med uppdraget och dessa aktiviteter specificeras i rutiner. Under 2023 är målsättningen att komma igång med processkartläggning i ett ändamålsenligt verktyg. Detta leder till en ökad möjlighet för medarbetarna att förstå sitt uppdrag, hur det samverkar med andra och vad som krävs för att kunna utföra det med önskat resultat.

Uppdatering av samtliga riktlinjer och rutiner i ledningssystemet blev under 2022 ett fortsatt arbete. Intranätet fortsatte, tillsammans med den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) och kommunikationsenheten, att byggas om för att anpassas till ett arbetsverktyg för medarbetare att ta del av viktiga dokument som stöd i sitt arbete. Detta arbete är tidskrävande och kommer fortsatt att ta tid.

#### *Riskanalyser*

Cheferna arbetar årligen med risk- och väsentlighetsanalys tillsammans och har arbetat med riskanalyser ur flera olika perspektiv såsom medarbetare, patient/brukare samt organisation. Enhetscheferna behöver fortsatt 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, kompetenslyft gällande dokumentation och bemötande, basala hygienrutiner och begränsningsåtgärder.

Internkontroll avseende 2022 är genomförd och kommer belysas närmare i information om internkontrollplanen. Fokus på 2023 års kontrollpunkter kommer fortsatt att vara inriktad mot verksamhetens kvalitet.

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 Draftit och se till att kompetens finns ute i verksamheten för att följa rutiner avseende hanteringen av personuppgiftsincidenter<sup>2</sup>. En översyn av samtliga dessa uppdrag har skett under 2022. 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 avvikelse ett verktyg för kvalitetsutveckling. Under 2022 inkom det totalt 16 incidentrapporter. Fem (5) anmäldes vidare till tillsynsmyndigheten Integritetsmyndigheten (IMY) och samtliga

---

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

fem ärenden lades ner av IMY då åtgärderna ansågs tillräckliga. Personuppgiftsincidenterna handlade bland annat om att obehörig röjande av personuppgifter via epost, röjande av information och högre behörighet till system än vad som krävs. 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.

Användandet av datorer och annan teknisk utrustning förändrades snabbt med grund i pandemins framfart. 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. Under 2022 utarbetades en handlingsplan av projektledaren för E-hälsa och välfärdsteknik som ska ligga till grund för kontorets arbete kopplat till välfärdsteknik. Kontoret har behövt säkerställa att ta fram underlag för att ha en systematik vid upphandling av nya system och säkerställande av dessa. Förvaltningen jobbar kontinuerligt med informationssäkerheten, dels på en förvaltningsnivå genom att fortsätta klassificeringarna/identifieringen av eventuella säkerhetsbrister samt åtgärder i samtliga system som används av förvaltningen men också centralt i Trosa kommun. Verksamheten har startat upp ett projekt med att säkerställa inloggningen till vårt verksamhetssystem för att uppfylla kravet på tvåfaktorsautentisering. Ett arbete med att förbättra och förenkla loggningskontroller av användare utefter de krav som finns har inletts och kommer att fortsätta under 2023.

#### *Egenkontroller*

Tidigare har vård- och omsorgskontoret haft ett system för egenkontroll som innebar 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 arbetade vård- och omsorgsverksamhetens med mätetal som stannat upp med tanke på att fokus har varit på hantering av pandemins effekter. Detta arbete kommer att öppnas upp på nytt under 2023.

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

I slutet av årsskiftet 2021 inleddes ett arbete med att införa en form av digitalt kvalitetsledningssystem via det inköpta systemet Hypergene. Detta arbete fortsatte under våren 2022 för att därefter pausas. Under implementeringen framkom att det saknades fler komponenter för att lyckas med implementeringen bla saknades moduler i systemet, personer som leder arbetet och tid för verksamheten att ta till sig ett nytt system. Inget av dessa delar fanns på plats under 2022. Planeringen är att en projektledare kommer att anställas under våren 2023 och denne kommer leda detta arbete vidare. 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. Verktyget kommer i målarbetet även att koppla till identifierade risker

och egenkontroll och uppföljning av kvalitetsförbättringar kommer samtidigt att möjliggöras.

En av prioriteringarna som togs fram i 2021 års kvalitetsberättelse samt en riskfaktor i interkontrollplanen var att verksamheten skulle säkerställa system för framtagande av rätt statistiskt underlag för att kunna utföra egenkontroller. Under 2022 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 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.

Förra årets uppstartade analysdagar utvärderades och ansågs av ledningsgruppen inte medföra ett mervärde utöver den redan framtagna styrningen.

### **3.3.1 Myndighetsenheten**

Inom myndighetsenheten arbetar man med en framtagen digital målstyrningstavla som stöd till att få gemensam kontroll, överblick på helheten och följa upp ärenden i grupp. Myndighetsenheten har egna enhetsmål gällande uppföljningstider, utveckling, kompetens mm. Myndighetsenheten arbetar utifrån avvikelser, såväl stora som små, genom att ta upp på APT, identifiera behov av rutinförändringar utifrån gemensam analys på enheten. Utifrån avvikelser identifierar chefen tillsammans med medarbetaren behov av utbildning eller genomgång av rutiner tillsammans. När en avvikelse visar sig bero på arbetsbelastning eller otydlig rutin, görs även åtgärder för att förbättra flödet/ rutiner samt för att säkerställa att bemanningen är tillräcklig för att hålla en god kvalitet i handläggning av ärenden. 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. Myndighetsenheten har regelbundet metodstöd på enheten med olika aktuella teman beroende på behovet och behov av att implementera olika arbetssätt. Exempel på metodstöd som myndighetsenheten satsats på under 2022 har varit: IBIC, handläggning och dokumentation, myndighetsutövning, rättshaveristiskt beteende, våld i nära relation, färdtjänsthandläggning, delaktighet.

Granskning av personakter skedde på myndighetsenheten under hösten 2022. Resultatet visar i korthet att biståndshandläggarna uppfyller de krav som kan ställas på vad gäller dokumentation och rättssäker handläggning. Det finns

förbättringsområden att arbeta vidare med såsom att anteckna i journal med tanke på att flera handläggare är inne i samma ärenden samt att jobba vidare med att utveckla beskrivningen av individens mål med insatsen för att det ska bli tydligt för utföraren.

### **3.3.2 Utförarverksamheter för äldreomsorg**

En egenkontroll i utförarverksamheterna utgörs genom stickprovsgranskning av dokumentation och genomförandeplaner som görs en gång per år av kvalitetsutvecklaren. 2022 års granskning visar en förbättring för vissa verksamheter, men också på sämre resultat. Generellt så uppfyller journalerna ställda krav. Andelen daganteckningar minskar och hälso- och sjukvårdsanteckningar är mer relevanta än i tidigare granskningar. Ett förbättringsområde är rubriksättningen i journalerna, då det är svårt att utläsa vad anteckningarna handlar om.

Gällande genomförandeplaner så har fortfarande inte alla en aktuell genomförandeplan. Jämfört med 2021 har resultatet försämrats för flera enheter. En misstanke finns att upprättade genomförandeplaner inte skrivskyddas och därmed inte syns som upprättade dokument. Detta är ett område som kommer arbetas med under 2023.

Dokumentationsombuden har upplevts vara ett stöd för verksamheterna och har under 2022 tillsammans med kvalitetsutvecklaren stöttat med utbildning och kunskap om den sociala dokumentationen genom deltagande på enheternas APT:n.

### **3.3.3 Utförarverksamheter för funktionshinderområdet**

Även inom funktionshinderområdet har stickprovsgranskning av dokumentation och genomförandeplaner genomförts. Granskningen av journal och genomförandeplan visade att även funktionshinderområdet behöver arbeta med vissa förbättringar. Inom området har i princip alla områden 100% godkända journaler. Här är också rubriksättningen bättre än inom äldreomsorgen. Andelen med godkända genomförandeplaner ökar något. Här finns också den verksamhet som även i år får 100% godkänt både i journal och genomförandeplan. Kvalitetsutvecklaren har under 2022 bjudits in till arbetsplatsträffar inom verksamhetsområdet för att fördjupa diskussion om social dokumentation.

Egen brukarundersökning har skett under hösten 2022. Enkäten är till stor del anpassad till nämndens mål. Resultatet av undersökningen används av enhetschef och gruppchefer för underlag i arbetsplatsträffar och brukarmöten. Verksamheten har utifrån undersökningen fokuserat på frågor som handlar om nöjdhet och trygghet. Samtliga arbetsgrupper har varit med och prioriterat vilka frågor de ska jobba med över året. Verksamheten har involverat de brukare som har boenderåd (serviceboende) och trivselsemöte (Återvinningsbutiken) i att prata mer om begreppen nöjdhet och trygghet för att få en bättre bild av vad som är viktigt för dem inom dessa områden.

Under 2023 har verksamheten även skruvat lite till på uppföljningen av resultaten och har samma frågor med vid alla uppföljningar för att få än mer kännedom och



kunna utveckla verksamheten för att brukarna ska uppleva än större nöjdhet och trygghet. Verksamheten har även med frågor kring delaktighet som också är en mycket viktig del inom LSS.

#### 4. Brukarundersökning

Brukarnas upplevelse av bland annat inflytande, trygghet och bemötande har mätts genom Socialstyrelsens nationella enkätundersökning riktad mot brukare inom äldreomsorgen. Undersökningen omfattar brukare med insatserna hemtjänst i ordi-närt boende och i särskilt bostad. Resultaten för 2022 års undersökning inom äldreomsorgen i sin helhet får hemtjänsten sämre resultat än tidigare år. Resultaten för de särskilda boendena kvarstår på en hög nivå med goda betyg.

Förbättringsområden som har kunnat urskiljas inom såväl hemtjänst som på sär-skilt boende är frågor som rör inflytande, bemötande samt information om tillfälliga förändringar. De befintliga resultaten uppvisar att nämndens mål avseende nöjdhet och trygghet delvis uppfylls, där de särskilda boendena uppger ett gott resultat me-dan hemtjänsten inte når måluppfyllelsen.

Sedan 2020 gör vård- och omsorgskontoret en egen undersökning av brukarnas upplevelse inom funktionshinderområdet. Enkäten är anpassad till nämndens mål. Undersökningen innehöll bland annat brukarnas upplevelse av inflytande, trygghet och trivsel.

Resultatet av 2022 års undersökningar har redovisats i nämnden och nämndens måluppfyllelse med grund i undersökningarna tas med i bokslutet 2022.

Det genomförs ett antal statistik- och uppgiftsinsamlingar varje år. Ett nytt sätt att mäta kvalitet togs fram under 2022 via undersökningen hemtjänstindex. Resultaten av denna mätning var inte goda. Verksamheten kommer under 2023 att arbeta med att kvalitetssäkra uppgifterna som bedömts och ta fram en plan för att analysera dessa. Ett arbete kommer att fortlöpa under 2023 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 2022 fortsatte arbetet med att öka kunskapen om avvikelshantering och att få en systematik i avvikelshantering som följer av gällande riktlinje samt under året framtagen rutin.

Under 2022 fortsatte arbetet med att anpassa modulen för avvikelshantering som finns i vårt verksamhetssystem Treserva. Under året var det planerat inspelning av en utbildningsfilm om avvikelser som all personal skulle få tillgång till men pga.

personalförändring och hinder i systemet kommer detta arbete att slutföras våren 2023.

Under 2022 har samtliga enheter under vård- och omsorgskontoret rapporterat in totalt 390 sociala avvikelser. I jämförelse med 2021 då antalet uppgick till 120 stycken.

I sammanställningen av årets avvikelser är 27 stycken av dessa dokumenterade avvikelser på myndighetsenheten. Avvikelserna handlade bland annat om oskäligt lång handläggningstid, bristande återkoppling efter kontakt med myndigheten, brister i samordningen i mottagningen för äldreomsorg, bristande dokumentation och handläggning av beslutsmeddelande.

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 2022 hade hemtjänstenheterna 280 sociala avvikelser<sup>3</sup>. 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 36 stycken under 2022. I jämförelse med år 2021 då motsvarande siffra var 12 stycken avvikelser. Avvikelserna handlar om bland annat om brist i omvårdnad och teknikutrustning samt brister i dokumentation.

Funktionshinderområdet rapporterade för 2022 totalt 37 stycken avvikelser med en motsvarande siffra på 9 avvikelser under 2021. 2022 års rapporterade avvikelser avser bland annat avvikelser kopplat till dokumentation (ej åtkomst till viktiga dokument), och avvikelser i handläggning, kopplat till uppdraget. Kvarstående tio (10) rapporterade avvikelser hänför sig till extern verksamhet och berör avvikelser kopplade mot regionen och andra interna samarbeten.

Bedömningen är att det generellt är relevanta händelser som rapporteras. Inom hemtjänstenheten framkommer att ett flertal av avvikelserna är mer kopplade till arbetsmiljön och inte till brukaren eller stödet i sig. Chefen för berörd enhet har haft samtal med berörda gällande dessa avvikelser. De tre största avvikelseformerna som förekommer rör frågor om insatser/omvårdnad, information/kommunikation och bemötande. När det gäller avvikelseformen insatser och omvårdnad som representerar nästan hälften av alla avvikelser handlar det inom hemtjänstverksamheten om att man inte har kastat sopor, obytt blöja då man under natten inte velat väcka den enskilde men en stor av avvikelserna rör enligt enhetschefen konflikter i personalgruppen innan omorganisationen. I den övriga verksamheten handlade avvikelserna om förbättringar i planering och i organisationen. Avvikelser rörande bemötande och information/kommunikation står också för en stor del av de inkomna avvikelserna och handlar bland annat om information mellan bistånd och utförare och i uppdrag som skickas samt brist på framtagna genomförandeplaner för uppföljning.

Avvikelsesystemet för rapportering gjordes om under senhösten 2021 och arbetet

---

<sup>3</sup> Jämförande siffra 2021 94 sociala avvikelser.

fortsatte under 2022. Processerna tydliggjordes och systemet anpassades utifrån rutin och behov i verksamheterna. Under 2022 har det framkommit att modulen behöver anpassas ytterligare för att passa verksamhetens rutin för avvikelshantering. Detta arbete görs via kvalitetsenheten i samråd med ledningsgruppen och andra professioner. Under 2022 har det erbjudits 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 ytterligare och en webbutbildning kommer att lanseras under våren 2023.

Årets sammanställning av inkomna avvikelser visar att antalet sociala avvikelser har tredubblats jämfört med föregående år. Verksamheten har under två års tid arbetat med avvikelsemodulen och att säkerställa våra processer så att det blir tydligt för varje medarbetare vilket ansvar man har i kvalitetsarbetet. Tydliga processer, förenklade system och kunskapslyft kan ses som anledningar till att avvikelserna i stort har ökat. 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.

Det har varit problematiskt att från systemet ta fram statistik för antalet inkomna avvikelser. En del förbättringar i detta har skett men en del förbättringar kommer fortsatt att behöva ske. Framförallt handlar det om att i systemet ta fram sökvägar så att det lättare blir för cheferna att ta fram rätt statistik och en förståelse för systemets uppbyggnad också minimerar riskerna för felhantering. Detta är fortsatt ett förbättringsområde under 2023.

Flera enheter går igenom avvikelserna på sina APT för att säkerställa åtgärder och förbättringar i verksamheten. Men dessa avvikelser stannar på enheterna och lyfts inte vidare för att titta på trender och förbättringsområden som berör hela verksamheten. Av framtagna rutin framgår att enhetscheferna kvartalsvis på ledningsgruppen ska presentera sina avvikelser så att risker kan identifieras och trender ses men detta görs inte. För att underlättat det systematiska kvalitetsarbetet behöver detta ske och ligga till underlag för verksamhetsförbättring.

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 eller morgonmöten om det inträffade, rutiner tas fram eller ses

över, arbetssätt ses över, händelseanalyser görs beroende på vad avvikelsen handlar om, bättre samverkan mellan beställare, utförare, leverantörer, personal och andra professioner. Utöver dessa delar så visar vidtagna åtgärder att enheterna har satsats på en hel del utbildningsinsatser under året. Utbildningarna har skett i BPSD, skydds- och begränsningsåtgärder, Nollvision, social dokumentation, metodstöd och dylikt. Även utökning av personal i verksamheten har föranletts som åtgärd på inkomna avvikelser.

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.

## **5.2 Klagomål och synpunkter**

Trosa kommun har en kammungemensam 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. När synpunkterna inkommer via den kommunövergrinade e-tjänsten skickas dessa vidare till ansvariga på förvaltningen. Synpunkterna ska sedan av varje ansvarig registreras på befintlig enhet. Genom uppdatering av förvaltningens verksamhetssystem är det sedan 2021 möjligt att lägga in även synpunkter och klagomål för registrering.

Vård- och omsorgskontoret har redovisat 39 stycken inkomna synpunkter och klagomål.

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 fram-

föra 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.

Under 2022 har verksamheten gjort framsteg i systematiken kring hanteringen av inkomna synpunkter och klagomål. Tidigare uppföljningar visade att synpunkter och klagomål hanterades direkt i verksamheten men att det inte fanns någon systematik eller möjlighet att dokumentera för en övergripande sammanställning. Förväntningarna att synpunkter ska sammanställas och analyseras är inte nytt på enheterna. Enheterna lyfter inkomna synpunkter på APTna eller till för de som berörs. Ingen övergripande sammanställning sker på ledningsnivå kvartalsvis för att följa trender och behov av utveckling över tid. Förbättringsområde för flertalet enheter är att förtydliga och informera om vart och till vem brukaren kan vända sig med synpunkter och klagomål.

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

### **5.3 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 (stölder). 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 2022 har det inte skett någon större ökning av antalet lex Sarah ärenden jämfört med föregående år. Två rapporter inkom under året därav en bedömdes vara ett allvarligt missförhållande och anmäldes vidare till IVO. Missförhållandet inträffade på myndighetsenheten och rörde sig om att ett uppdrag med personuppgifter hade faxats över till obehöriga. 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 2022 har en rapport kopplat till ett missförhållande inkommit till nämnden. Av utredningen framgick att anmälan avsåg våld mellan brukare.

### 5.3.1 Missförhållanden eller risk för missförhållanden i kommunal och extern verksamhet.

Kategori	2021 (Endast kommunens verksamheter)	2022 (Endast kommunens verksamheter)	2021 (Externa verksamheter)	2022 (Externa verksamheter)
Fysiska övergrepp (äv. våld mellan brukare)	1			1
Sexuella övergrepp				
Psykiska övergrepp				
Brister i bemötande		1		
Brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande		1		
Brister i utförande av insatser				
Brister i fysisk miljö, utrustning och teknik				
Ekonomiska övergrepp (ex. stöld från brukare)				
Annat				
<b>Totalt</b>	<b>1 bedömdes som allvarliga</b>	<b>1 bedömdes som allvarliga</b>		<b>1 bedömdes som allvarliga</b>

### 5.3.2 Exempel på vidtagna åtgärder utifrån missförhållanden inom kommunens verksamheter

Åtgärder som vidtogs i och med missförhållanden som uppkommit under 2022 är framförallt översyn av befintliga rutiner och förbättrade arbetssätt internt. Under 2022 har legitimerad personal hållit i utbildningar i skydds- och begränsningsåtgärder på de flesta enheter vilket baserar sig på tidigare missförhållanden som uppkommit i verksamheten. Man har även arbetat med att förbättra 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 under 2022 inlett en tillsyn som fortfarande pågår. Syftet med tillsynen var och är att granska hälso- och sjukvårdsinsatser på de särskilda boendena. Tillsynen har föranletts av de granskningar som IVO gjort med grund i pandemins effekter.

## 7. Kompetensutveckling och särskilda satsningar

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. Introduktionsmaterial för nya vikarier har spelats in och lagts in som ett spår i utbildningsportalen Evikomp. Materialet handlar om bemötande, att arbeta med skydds- och begränsningsåtgärder, dokumentation, sekretess, avvikelser samt lagar som styr.

I oktober 2022 hölls en dokumentationsdag för all personal inom vård och omsorg. Kontakten mellan dokumentationsombud och kvalitetsutvecklare har ökat under 2022.

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, dokumentation, diabetesvård, fallprevention, hot och våld, demensutbildning med mera. Det har också genomförts en tvådagars utbildning för alla sommarvikarier.

Verksamheten har startat upp ett eget "kliniskt träningscenter" där internutbildning avseende hälso- och sjukvård kan hållas. Under året har mycket utrustning köpts in såsom simulatordocka och kroppsdelar för att öva exempelvis katetersättning, sondvård och blodprovstagning. Det finns några sjuksköterskor som driver undervisning för personer som läser till undersköterska på distans, detta för att säkerställa kunskapen särskilt i de praktiska omvårdnadsmomenten.

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. Exempel på metodstöd i år: IBIC, handläggning och dokumentation, myndighetsutövning, rättshaveristiskt beteende, våld i nära relation, färdtjänsthandläggning, delaktighet.

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

Utbildning har fortsatt skett i avvikelshantering efter att rutinen för avvikelshantering i Treserva uppdaterades. De båda områdena social



dokumentation och avvikelshantering behöver fortsatt och kontinuerligt uppdateras för att arbeta upp en genomgående stabil kunskap i personalgrupperna.

## 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 2022 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 2023

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för vård- och omsorgsnämndens fortsatta förbättringsarbete 2023. Prioriteringar för 2023 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.
- Fortsatt arbete med kunskap om 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.
- Genomföra fortsatt egenkontroll mot social dokumentation.
- En ökad systematik i avvikelse, synpunkts och klagomålshanteringen.
- Fortsatt öka kompetensen gällande avvikelshantering och synpunkthantering i ett tillåtande system. Förenkla och tydliggöra processer.
- Bättre samverkan internt 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.
- Arbeta med framtagen handlingsplan gällande E-hälsa och välfärdsteknik.
- Arbeta med att informationssäkra och klassa våra system enligt gällande lagstiftning.
- Arbeta med personuppgiftsincidenter och konsekvensbedömningar enligt GDPR.

4

**Vård- och omsorgskontoret**  
Samir Salkic  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
0156-520 54  
samir.salkic@trosa.se

Tjänsteskrivelse  
Datum  
2023-02-28  
Dnr  
VON 2023/22



## Patientsäkerhetsberättelse 2022

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner *Patientsäkerhetsberättelse 2022* och de föreslagna delmålen för år 2023.

### Ärendet

Även 2022 har präglats av en osäkerhet kring pandemin där verksamheten behövt anpassa sig till olika förhållningsregler samt fortsätta att arbeta aktivt med att förhindra smittspridning inom verksamheten. Flera av uppsatta mål för verksamheten under 2022 har antingen uppfyllts eller så finns plan för när arbetet ska börja, vilket bör ses som framgång trots rådande förhållanden och utmaningar som verksamheten prövats av under året. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheten har gjort ett acceptabelt arbete efter de förutsättningar som funnits för att uppnå god patientsäkerhet och kvalitet under 2022.

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.

Vidare har i och med denna berättelse identifierats flera andra utmaningar som verksamheten behöver arbeta med framöver. Det handlar framförallt om kontinuitet, följsamhet i de nationella kvalitetsregister, strukturerad avvikelshantering, det förebyggande arbetet kring patienterna och samverkan både externt och internt.

Vård och omsorgsnämnden har idag ingen uttalad vision för patientsäkerhet eller övergripande mål med patientsäkerheten. Förslagsvis behöver detta arbetas fram under nästkommande år för att påvisa riktningen samt kunna på ett strukturerat sätt ta fram delmål. Ett förslag på övergripande mål/vision kan tex vara: Stärkt patientsäkerhet och god kvalitet genom säker vård och omsorg med patienten som medskapare.

Fredrik Yllman  
Produktionschef vård och omsorg

Samir Salkic  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

### Bilagor

Patientsäkerhetsberättelse 2022

# Patientsäkerhetsberättelse för Trosa kommun År 2022



Datum 2023-02-28

Ansvarig för innehållet Medicinsk ansvarig sjuksköterska Trosa kommun

Diarienummer VON 2023/22

## Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik. Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Även förra årets patientsäkerhetsberättelse i Trosa kommun har utgått från den nationella handlingsplanen utifrån Socialstyrelsens och SKR:s mall för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Syftet är att belysa önskvärd struktur över arbete med patientsäkerhet i Trosa kommun och involvera hela Vård och omsorgskontoret att utgå ifrån denna struktur vid allt patientsäkerhetsarbete. Målet är att under 2023 ta fram en handlingsplan som utgår från de identifierade nationella fokusområdena för God och säker vård överallt och alltid.

*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.

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska upprättas årligen, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



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

## Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING .....	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD .....	5
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	5
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar.....	5
En god säkerhetskultur.....	8
Adekvat kunskap och kompetens .....	8
Patienten som medskapare .....	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	9
Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	12
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	12
Säker vård här och nu.....	13
Stärka analys, lärande och utveckling .....	14
Avvikelse .....	15
Klagomål och synpunkter .....	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap .....	17
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR .....	18
BILAGA 1 – Översikt egenkontroll gällande hälso och sjukvård.....	20
BILAGA 2 - Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler.....	21
BILAGA 3 – Senior Alert .....	22
BILAGA 4 – Palliativa registret.....	23
BILAGA 5 – Utskrivningsklara patienter (UK dagar) .....	24
BILAGA 6 – Avvikelse hälso och sjukvård.....	25

## **SAMMANFATTNING**

År 2022 har också präglats av en osäkerhet kring pandemin där verksamheten behövt anpassa sig till olika förhållningsregler samt fortsätta att arbeta aktivt med att förhindra smittspridning inom verksamheten. Några av verksamhetens uppsatta mål för året har behövt stå tillbaka eftersom arbete med att minska smittspridningen har behövt prioriteras. Den stora osäkerheten i och med nya virusvarianter har försatt verksamheten i ett läge att ständigt arbeta med förebyggande åtgärder samt regelbunden smittspårning i hela verksamheten. Året började och slutade med förhållandevis ökad smittspridning bland både medarbetare och patienter. Framgångsrikt arbete med att vaccinera alla patienter som velat bli vaccinerade med sammanlagt två doser under året har troligen lett till att de flesta av vårdtagarna klarat sig bra trots att de blivit smittade av covid 19. Flera av uppsatta mål för verksamheten under 2022 har antingen uppfyllts eller att plan finns när arbetet ska börja, vilket bör ses som framgång trots rådande förhållanden och utmaningar som verksamheten prövats för under året. Den sammanfattande bedömningen är att verksamheten har gjort ett acceptabelt arbete efter de förutsättningar som rått för att uppnå god patientsäkerhet och kvalitet under 2022.

### **Viktigaste åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten**

- Övergripande struktur över verksamhetens omvårdnadsträffar
- Omfattande översyn av övergripande hälso och sjukvårdsrutiner
- Initierat arbete kring avvikelshantering för att eftersträva struktur
- Påbörjat arbete med patientsäkerhetsanalys enligt nationell handlingsplan för patientsäkerhet
- Omfattande insatser kring BPSD utbildning och implementering
- Ökad intern och extern samverkan som ex lokal Arbetsgrupp Södra Äldre (ASÄ)
- Införande av applikationen Visible Care som stöd till medarbetare
- Inrättande av Klinisk träningscenter (KTC)
- Utbildning av undersköterskor i praktiska vårdmoment

### **Framtiden – inriktning för ökat patientsäkerhetsarbete**

Verksamheten har för avsikt att fortsätta arbeta med mätbara mål för att uppnå god patientsäkerhet med god kvalitet. Dessa mål ska uppnås genom följande arbete:

- Kompetenshöjande insatser, interna och externa utbildningar av både omvårdnadspersonal och legitimerad personal, struktur för KTC
- Lokal handlingsplan i patientsäkerhet med utgångspunkt i den nationella handlingsplanen
- Utbildade medarbetare ska ges möjlighet att utöva sitt yrke fullt ut genom att tex låta undersköterskor utföra arbetsuppgifter som de utbildats för
- Mäta för att veta – medverkande i olika nationella mätningar såsom PPM, Svenska HALT samt olika kvalitetsregister som Senior Alert, BPSD, SveDem och Palliativa registret
- Intensiv hemrehabilitering (IHR), bredda projektet
- Systematiskt arbete kring avvikelshantering med tydlig struktur över riskområden, uppföljning samt åtgärder
- Digital läkemedelssigenering, erbjuda digitala hembesök

## GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att få en helhetsbild över de fyra grundläggande förutsättningarna för säker vård, se ovan bild sida 2. 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 §*

Vård och omsorgsnämnden har totalt sex övergripande mål som berör kompetens, nöjdhet, trygghet, personal, ekonomi samt miljö. Framtagna mål påverkar indirekt patientsäkerheten i flera avseenden när det bl a gäller kompetens, trygghet och nöjdhet

Verksamhetens uppdrag	Aktivitet
Personal som arbetar inom vård – och omsorgskontoret ska ha rätt formell kompetens	Öka andelen med formell kompetens Öka antalet specialistundersköterskor Kortare fortbildningar för personal Öka utnyttjande av KTC
Vårdtagare ska känna sig trygga i sitt hem med stöd	Införa välfärdsteknik och ta fram handlingsplan för införande av välfärdsteknik
Vårdtagare ska vara sammantaget nöjda med vård och omsorgskontoret i Trosa kommun	Rätt insats utförd i rätt tid och även uppföljd i rätt tid

### 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. 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.

### **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, medverka i utredning samt vidta nödvändiga åtgärder för avvikelser som berör hälso och sjukvård.

### **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 patienter 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*

Samverkan förekommer både internt och externt och är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet för att förebygga vårdskador. Hur samverkan går till regleras i diverse samverkansdokument och överenskommelser genom bl a:

- Länsgemensam struktur för Närvård i Sörmland där förvaltningen deltar i olika arbetsgrupper
- Smittskydd och vårdhygien, bl a bekostnad av hygiensjukskötersketjänster
- Kvalitetsgranskning läkemedel från Svensk Dos AB
- Palliativ vård, länsgemensam rutin
- Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fortbildning.

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso och sjukvården mellan Region Sörmland och kommunerna i Sörmland.
- Samordnad vårdplanering, rutiner kring utskrivningsprocessen.
- MAS nätverk där alla Sörmlands kommuner är representerade
- Lokal samverkan mellan vårdcentral, specialistsjukvården SSIH och kommunen
- Uppsökande tandvård, riktlinjer för munhälsobedömningar samt utbildning för personal.
- Samverkan Forskning och utveckling (FOU)
- Nära vård – samverkan mellan lokala processledare

Det saknas fortsatt samverkan på lokal nivå när det gäller psykiatri idag. Samverkan förekommer på en övergripande nivå men information och arbetssätt bedöms ha svårt att nå ut i verksamheterna och det finns risker att dessa patienter inte får en sammanhållen vård och omsorg.

Vidare behöver verksamheten arbeta mer med intern samverkan mellan tex hemtjänst och hälso och sjukvård samt myndighetsenheten. I och med olika organisationsförändringar internt har teamets arbete kring patienten blivit svårare att upprätthålla. Svårigheter med att rekrytera kompetent personal ses som en av faktorerna. De största utmaningarna finns inom hemtjänsten och en av dessa är att få ihop kontinuitet att tex medverka i olika omvårdnadsträffar som sker internt.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

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. I Trosa kommun finns det en övergripande informationssäkerhetspolicy som tydliggör ansvarsfördelningen. Verksamheten har även en rutin för loggkontroll som beskriver vad som behöver kontrolleras samt ansvarsfördelningen. Det förefaller dock inte har gjorts några sådana loggkontroller under året och en förklaring kan vara att systemförvaltaren för Treserva har ersatts under året samt att det varit ett tomrum under en tid för den tjänsten. Ansvaret för loggkontroll åligger enhetschefer.

Det har gjorts ett stort arbete inom verksamheten att säkerhetsklassa all dokumentation samt alla system som hanteras inom verksamheten. Detta har lett till att det finns en bra systematik när det gäller vad som ska förvaras samt vad som inte får sparas. Det har även genomförts stickprovskontroller hos enhetschefer av kvalitetschef när det gäller sparande av personuppgifter där resultatet visat på god följsamhet i befintliga rutiner. Det är alltid en risk att hantera patientjournaler och personuppgifter på papper. Verksamheten har idag fortsatt många aktiviteter där pappershantering förekommer och därmed risker för personuppgiftsincidenter. Att prioritera digitalisering i alla dess former bör anses vara prioriterat område framöver för att både säkerställa hantering av personuppgifter men även effektivisera verksamheten.

## En god säkerhetskultur

Säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja en öppen kommunikation i det dagliga arbetet kring identifierade risker. En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Att skapa tid för lärande och reflektion inom verksamheterna är en god grund för att främja god säkerhetskultur. Vård och omsorgsnämndens övergripande mål när det gäller Hållbart medarbetarengagemang (HME) är en totalindex på 85. Patientsäkerhet och arbetsmiljö hänger ihop och påverkar varandra varför det är av betydelse att lyfta frågorna inom verksamheten.



Ett sätt att göra det på är att använda sig av ett verktyg som tagits fram av SKR för att mäta säkerhetskulturen inom verksamheten och benämns Hållbart säkerhetsengagemang HSE. Syftet bör vara att skapa dialog inom förvaltningen samt kunna följa upp säkerhetskulturen så som med HME enkäten. I dagsläget finns inga sådana initiativ att införa denna typ av enkät inom verksamheten. När det gäller mer patientspecifika bedömningar kring risker görs det olika typer av riskbedömningar vid anslutande till tex hemtjänst eller hemsjukvård. Enheterna använder sig av arbetsplatsträffar som oftast sker månadsvis för att diskutera tex inträffade avvikelser, risker samt olika händelser.

## Adekvat kunskap och kompetens

Att det finns tillräckligt med personal med adekvat kompetens som har goda förutsättningar att utföra sitt arbete är en förutsättning för en säker vård. Under 2022 utökades användningen av Klinisk träningscenter (KTC) för ökad kompetensutveckling. Stora investeringar för medicintekniska övningsmoment gjordes i form av bl a en simulatordocka, övningsarmar samt övningsmaterial för katetersättning. Dessa investeringar kommer att användas både för att fortbilda redan befintlig personal (legitimerad och icke legitimerad) men även ny personal.



Under 2022 fick även Hälso- och Sjukvårdsenheten i uppdrag att ta över de praktiska momenten som ingår i lärandemålen i undersköterskeutbildningen. Detta arbete har krävt resurser eftersom många av verksamhetens medarbetare har eller genomgår utbildning till undersköterska. En annan åtgärd som har gjorts är att fler legitimerade har gått en 4,5 hp-utbildning inom trycksår och ytterligare tre personal har gått en 4,5 hp-utbildning inom fallprevention. Utifrån denna förvärvade kunskap ska under kommande år en rutin för ett systematiskt arbetssätt tas fram inom respektive område.

Under året har även ett team för Intensiv hemrehabilitering (IHR) startats upp. I teamet ingår en fysioterapeut, en arbetsterapeut, en sjuksköterska och hemtjänstpersonal. Lämpliga patienter kommer att identifieras och tas med i projektet.

Det har under året varit ett prioriterat arbete att utbilda ännu fler BPSD användare och en aktiv arbetsgrupp har till stora delar kunnat följa framtagna handlingsplan inom detta arbete. Målet är även att berörda chefer också ska genomgå utbildningen och börja arbeta aktivt med registret inom verksamheten. Vidare har verksamheten utbildat sina medarbetare inom flera områden såsom tex inom LSS/Funktionshinder har stora delar av personalen genomgått utbildningar inom skydds och begränsningsåtgärder samt basal hygien och klädregler. I och med kommande lag som träder i kraft sommaren 2023, att en fast omsorgskontakt inom hemtjänsten ska vara en undersköterska har målet varit att utbilda så många undersköterskor som möjligt vilket verksamheten lyckats väl med. Utmaningen

framöver kommer vara att skapa en organisation där undersköterskor kan fullt ut arbeta med arbetsuppgifter som de lärt sig under sin utbildning.

Den övergripande delegeringsutbildningen för läkemedel har fortsatt fortlöpande behövt ses över och anpassas. I och med att ett visst kompetenskrav krävs för att säkerställa kunskapsnivå på den som mottar en delegering är bedömningen att fler kommer behöva olika stöd för att klara kunskapsnivån.

Utmaningarna är att allt fler medarbetare inte fullt ut behärskar det svenska språket och enhetscheferna har idag ingen vägledning vid anställningsförfarandet om vilken nivå en medarbetare behöver ha för att erbjudas en anställning. På nationell nivå kommer Socialstyrelsen förhoppningsvis komma ut med en vägledning när det gäller kunskapsnivå inom det svenska språket för att få kunna arbeta inom vård och omsorg. Verksamheten har även rekryterat en medarbetare som aktivt och på lång sikt kommer arbeta med kompetensförsörjning, som är en av de största utmaningarna som verksamheten kommer behöva arbeta med.

## Patienten som medskapare

Patientens och närståendes delaktighet i vården är en grundläggande förutsättning för en säker vård. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och 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 §*

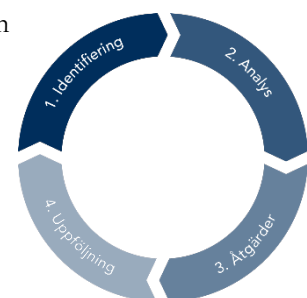
Det finns idag flera sätt som verksamheten aktivt involverar patienten i vården. Vid tex inskrivning i hemsjukvården finns det rutiner på att ett sk inskrivningssamtal ska genomföras där även anhöriga till patienten om det är lämpligt får delta. Under ett sådant samtal planeras vården samt adekvata mål sätts upp tillsammans med patienten. Även samtycke till olika kvalitetsregister och överföring av information inhämtas. När fler aktörer är inblandade i en patients vård ska en sk Samordnad individuell planering (SIP) genomföras. Idag finns det inga data att på ett systematiskt sätt få fram hur många sådana SIP: ar som genomförts under året för att kunna bedöma utvecklingen. Genom att olika kvalitetsregister används involveras patienter att medverka samt även vid utredning av allvarliga vårdskador. Önskvärt är att verksamheten i högre utsträckning arbetar preventivt mot olika patientföreningar eller brukarråd.

## 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.

Verksamheten har en utarbetad rutin för egenkontroll som ses över årligen och uppdateras för nästkommande år. Det är en form av internkontrollplan som ansvarig enhetschef eller annan befattning ska säkerställa att åtgärderna är utförda. Nedan följer en sammanfattning över de egenkontroller som genomförts under året och berör hälso och sjukvård. Bilaga 1 ger en översiktsskild över egenkontrollplanen gällande hälso och sjukvård.



## **Smitta**

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.

## **Skydds och begränsningsåtgärder**

Att all berörd personal genomgått webbutbildning i 0- vision via Svenskt demenscentrum. Utbildning i vad som är skydds och begränsningsåtgärd samt vilka alternativa metoder som finns. All personal har fått information/utbildning på arbetsplatsträffar av rehabiliteringsenheten. Här har även det tagits fram en övergripande rutin på hur dokumentation av insatta skydds och begränsningsåtgärder ska ske i verksamhetssystemet.

## **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 totalt 12 slumpvis utvalda journaler framkommer det att hälso och sjukvårdsjournaler i det stora hela uppfyller lagkrav på det som ska finnas i en journal. Däremot är journalen uppbyggd svår att få överblick över varför det finns risker att viktig information inte kan hittas på ett tydligt sätt. Vidare förekommer vårdplaner som inte bedöms vara aktuella eller inte är avslutade i 3 av dessa granskade fall. Inspektion för Vård och Omsorg (IVO) har under året genomfört en nationell granskning när det gäller kommunernas särskilda boenden och granskat bl a dokumentation.

Verksamheten har ännu inte fått beslutet men en delad bild även från IVO finns när det gäller brister i dokumentation och framförallt när det gäller att aktualisera vårdplaner. Idag finns det ingen systematik för arbete med vårdplaner utan bygger på att varje enskild medarbetare förväntas hålla aktuella vårdplaner uppdaterade samt avsluta det som inte är aktuellt. Det finns rutiner i verksamheten som beskriver arbetet men dessa rutiner efterlevs inte. 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.

Vidare saknas det i flera granskade journaler dokumentation över att en läkemedelsgenomgång är genomförd. Denna genomgång görs av en ansvarig läkare men behöver också dokumenteras i kommunens journaler. Under året har verksamheten infört sk kollegial journalgranskning där rutiner och vägledning har tagits fram i syfte att lära av varandra samt dela med sig på arbetsplatsträffar bland den legitimerade personalen. En framtagen mall finns som medarbetare månadsvis granskar en slumpvis utvald journal och presenterar för övriga kollegor vad som hittats. En sammanställning av dessa granskningar visar på en liknande bild att; aktuella vårdplaner saknas i vissa fall, att det är svårt att få en sammanhållen bild över en patients aktuella status samt att diagnoser och uppdaterat samtycke saknas i flera av fallen. Verksamheten behöver ständigt arbeta med dokumentation samt initiera till en arbetsgrupp som arbetar med dessa frågor för att sprida kunskap och lära ut. IVO:s beslut efter granskningen under året bör ligga till grund för åtgärder som behöver vidtas inom verksamheten.

## **Uppföljning av privata utförare**

Att uppföljning av privata utförare sker enligt program för uppföljning och tillsyn av verksamhet som utförs av privata utförare i Trosa kommun. MAS medverkar vid dessa uppföljningar, men under året som varit har det inte varit aktuellt med några patienter som haft hälso och sjukvård utförd på delegation av kommunen.

## Läkemedelskontroll

Verksamheten utför kontroller av både patientens samt akut och buffertförråd läkemedel där utgångsdatum och avräkning av narkotiska preparat görs. För detta finns det gällande rutiner och stickprovskontroller genomförs. De observerade bristerna som hittats är bl a; följsamhet i avräkningen av narkotika, temperaturkontroll i både läkemedelsrum samt kylskåp där läkemedel förvaras. Det har även utförts extern granskning från apoteksgranskare Svensk Dos under året. De identifierade bristerna som hittats har varje enhet fått där en åtgärdsplan har behövts tas fram för varje identifierat område. Dessa åtgärder följs upp årligen vid extern granskning. De identifierade bristerna handlar bl a om hur tex skötsel av dosetter sker, hur arbetsmiljö vid läkemedelsöverlämnande ser ut, kontroll av temperatur i både läkemedelsrum och kylskåp, följsamhet i månatlig kontroll av läkemedel där har bl a hittats utgångna läkemedel på en enhet vilket bör ses som allvarligt. Verksamheten behöver säkerställa att befintliga rutiner efterlevs när det gäller de identifierade bristerna som hittats.

## Basala hygienrutiner

Under året genomfördes två punktprevalensmätningar där följsamheten mättes, se bilaga 2. Följsamheten inom verksamheten låg på 69 % korrekt i alla 8 steg under vårens mätning. Under höstens mätning visade följsamhet på 48% för hela verksamheten. Resultatet på dessa mätningar ska ses som ett underkänt resultat och verksamheten ska ta fram åtgärdsplaner för att komma till rätta med följsamheten i basala hygienrutiner. 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. Ett steg som behöver förbättras är desinfektion av händerna både före och efter arbetsmoment. 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.

Trosagar den har under året medverkat i ett pilotprojekt som leddes av Folkhälsomyndigheten att ta fram olika kriterier för vård och omsorg när det gäller arbete med att minska användningen av antibiotika. Piloten benämndes som Antibiotika Smart Sverige och gick ut på att testa några kriterier som tex ett utvecklingsarbete samt följsamhet i basala hygienrutiner. Piloten har förhoppningsvis bidragit till att verksamheten kan fortsätta arbeta på ett systematiskt sätt när det tex gäller följsamheten i basal hygien där hygienombuden ges utrymme att stötta i verksamhetsnära arbete.

## Nutrition

Socialstyrelsen beslutade under hösten 2022 om nya föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring. Varje enhet har behövt ta fram lokala rutiner för detta arbete med utgångspunkt från en övergripande rutin som tagits fram med stöd av nya föreskriften. Syftet har varit att i lokala arbetsrutiner identifiera hur bedömningen av undernäring ska göras samt när det ska göras och vilken behandling som ska sättas in. Även i detta arbete är det av stor vikt att använda sig av kvalitetsregister Senior alert för att på ett systematiskt sätt arbeta med undernäring. Att utföra sk nattfastemätning ger oftast inga garantier att en vårdtagare har en god vikt för sin ålder/sjukdomsbild samt att denne verkligen får i sig den näring som behövs via kosten. Istället är rekommendationerna att utgå från individuella bedömningar där hänsyn tas till flera faktorer innan en beräkning av kalorier kan göras. Detta område kommer verksamheten att arbeta med framöver och som stöd utgå ifrån Senior alert samt övergripande rutinen när det gäller riskbedömning av undernäring.

## 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 §*

För att undvika att den enskilde ska drabbas av en vårdskada ska den som upptäcker en avvikande händelse skyndsamt vidta nödvändiga åtgärder som behövs samt informera om upptäckta riskerna. 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 verksamheten behöver få information om det inträffade informeras all personal via enhetschefer om händelsen och vilka omedelbara åtgärder vidtas som berör hela verksamheten. Syftet är att utveckla en lärande och transparent organisation.

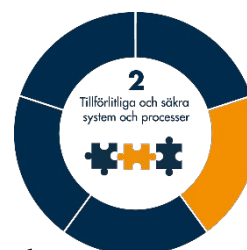


Under 2022 har en fördjupad händelseanalys genomförts inom verksamheten som berör brister i hur avvikelser hanterats på en enhet. Utredningen visade på brister i hanteringen av avvikelser för ca 70 avvikelser som inte hanterats inom en rimlig tid. Som orsaker till det inträffade framkom det hög arbetsbelastning hos berörd enhetschef. En handlingsplan togs fram samt flera åtgärder sattes in för att undvika att händelsen inträffar igen. Denna händelseanalys föranledde inte en anmälan om Lex Maria och kunde hanteras internt.

Inspektion för vård och omsorg (IVO) har under året fortsatt sin nationella granskning av landets särskilda boenden som en följd efter identifierade brister under covid 19 pandemin. Även Trosa kommun har medverkat i denna granskning och inväntar ett beslut. De områden som granskades är; individuell bedömning och kompetens, kontinuitet och dokumentation, läkemedel samt vård i livets slutskede. Vid journalgranskning som IVO genomförde under 2021 har risker identifierats inom området kontinuitet och dokumentation samt läkemedel i Trosa kommun. Under hösten 2022 följde IVO upp journalgranskningen med att bl a intervjua sjuksköterskor, ledningen samt några patienter. Ett beslut väntas i början av 2023 som ska ligga till grund för fortsatt utvecklingsarbete inom verksamheten.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

Det finns idag ingen systematik i verksamheten över patientsäkerhetsarbetet. Varje enhet har oftast skapat egen systematik i tex olika mätningar troligen för att det inte funnits en samsyn kring vad som ska mätas och varför. Att under kommande år starta upp det systematiska kvalitetsarbetet med material från SKR, är förhoppning att det här området kommer att bli mer tillförlitligt med ökad samsyn. Att arbeta med systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ligger även i linje med omställningen till Nära Vård. En arbetsgrupp som leds av MAS bestående av flera enhetschefer samt en arbetsterapeut har under hösten 2022 aktivt arbetat med nulägesanalys av patientsäkerhetsarbete inom verksamheten. Denna analys ska ligga till grund när det gäller att under kommande året ta fram en handlingsplan inom området patientsäkerhet. Analysen kommer fortsätta under kommande året och förhoppningen är att på ett överskådligt sätt visa på de fem fokusområden som ligger till grund för god patientsäkerhet samt initiera olika insatser som behöver genomföras i verksamheten.



Vid nyanställningar genomgår all personal introduktionsutbildning enligt uppdaterad checklista för introduktion, bl a gäller det utbildning i basal och hygienrutiner och förflyttningsutbildning. Den årliga sommarutbildningen för alla sommarvikarier anses idag vara ett implementerat sätt att introducera nya medarbetare som ska arbeta under sommaren. Vilka utbildningar som en medarbetare förväntas ha genomgått under året framgår av den uppdaterade checklistan och ska vara individuell.

Delegeringsutbildningen för läkemedel har ständigt setts över och kommer även framöver att behöva ses över för att fungera på ett tillfredsställande sätt. Utmaningen framöver kommer ligga i att verksamheten behöver säkerställa ett tillfredsställande sätt för den som åtar sig en delegering att även kunna få en uppföljning inom en tid efter mottagen delegering. Här finns tankar att arbeta mer teamsvis så att delegerande sjuksköterskor även har en vardaglig anknytning till den som mottagit en delegering. På det sättet är det mer naturligt att det skapas en nödvändig dialog mellan den som delegerar och den som mottar en delegering.

Trosa kommun har avtal om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården som främst berör äldreomsorgen, vård- och omsorgsboenden samt hemsjukvård. Avtalet följs upp årligen genom fastställt frågeformulär. Syftet är att säkerställa kvaliteten i givna insatser och identifiera eventuella brister samt inhämta underlag till förbättringsarbete. Uppföljningen följer en avsedd mall där olika frågeställningar berörs som tex läkarmedverkan i tid, läkemedelsgenomgångar, SIP användning och utbildning som ombesörjs av läkaren. Identifierade förbättringsområden för året är att fler SIP behöver utföras samt hitta en systematik i hur rapporteringen över antalet inskrivna patienter i hemsjukvården ska ske.

## 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.



### Är vården säker idag? – några exempel från verksamheten

**Omvårdnadsträffar** – En övergripande rutin har tagits fram under året som syftar till att ge vägledning för verksamheten i hur omvårdnadsträffar ska genomföras. En omvårdnadsträff är ett möte mellan olika professioner där olika behov samt åtgärder diskuteras kring en patient. Rutinen behöver implementeras och vara till grund i utformningen av lokala rutiner.

**Vaccinering** – Ett stort och tidskrävande arbete har under året genomförts med stor framgång när det gäller vaccinationer mot framförallt covid 19 men även säsongsinfluensa. Vaccineringen har i stort sett pågått under hela året med tyngd på vår och höst vaccinering för att skydda våra mest sköra mot covid 19.

**Palliativ vård** – Det finns idag en övergripande rutin som gäller både kommuner och regionen i Sörmland. Denna rutin har successivt införts inom verksamheten när det gäller bl a hur sk palliativa ordinationer ska gå till samt vikten av teamarbete. Verksamheten har även som mål att återuppta en arbetsgrupp inom palliativ vård samt planer finns för ett särskilt team inom hemtjänsten som ska arbeta med palliativ vård. Det har även under året utbildats några undersköterskor med specialistkompetens inom palliativ vård och förhoppningen är att dessa undersköterskor ska få utrymme i verksamheten att dela med sig av kunskap.

Verksamheten har även haft som mål att fler medarbetare ska genomgå munhälsoutbildning för i år. Det är sammanlagt 28 personer som genomgått munhälsoutbildning som anordnas av tandvårdsenheten från Regionen. Det är en liten ökning i jämförelse med året innan och fortsatt arbete behöver göras när det gäller munhälsoutbildningar framöver.

**Digitalisering** – Det har under året initierats en pilot för att prova digital signering av läkemedel i en liten skala på trygghetsboendet. Piloten sträcker sig över nästkommande år och kommer att utvärderas i mars månad. Detta projekt har präglats av flera utmaningar på vägen, bl a att lösa hur en inloggning till applikationen ska gå till samt att få till en fungerande kedja. Det har även saknats nödvändigt IT stöd i verksamheten vilket även ses som stort behov i andra kommande projekt. Det finns en del utmaningar att



lösa innan breddinförande kan ske. Verksamheten har även arbetat fram en handlingsplan för införande av välfärdsteknik som kommer redovisas i början på året. Denna handlingsplan ska förhoppningsvis ligga som grund för framtida projekt och implementeringar.

**Smittspårning** – Vård och omsorgsverksamheten har fortsatt under året omfattats av smittspårningsplikt för covid 19. Detta har medfört ett stort och förhållandevis mycket ansträngt arbete under året då det till en början även gällde personal som skulle ingå i smittspårning. Arbetet med smittspårning fortsätter över året och bedöms kräva ännu mer resurser beroende på hur pandemin utvecklas. Fler medarbetare har utbildats för att kunna utföra provtagningen.

**Demensvård** – Har under året fortsatt utvecklas genom att allt fler personal genomgått BPSD utbildningar som förhoppningsvis kommer resultera i ett aktivt arbete med olika indikatorer i det vardagliga arbete med patienter som har demenssjukdom. Det har även tagits fram en handlingsplan för arbete med BPSD av arbetsgruppen som består av demenssjuksköterskor och arbetsterapeut. Detta arbete har skapat ringar på vattnet och initierat flera utvecklingsarbeten inom verksamheten vilket ses som stor framgång.

## 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.



Verksamheten är idag ansluten till följande kvalitetsregister: Senior Alert, Palliativa registret, BPSD register, SveDem samt PPM.

### Senior Alert

Registrering sker med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår och munhälsa. Bedömningen ska uppdateras minst var 6:e månad oftare vid behov. [Se bilaga 3](#) för översiktligt resultat för detta och tidigare år. Under 2022 har det totalt registrerats 47 individer i hela Vård och omsorg i Senior Alert. Det är en halvering av registreringar i jämförelse med tidigare år. Utmaningar finns i hemsjukvården men även på Häradsgården har det under året inte genomförts några registreringar. Verksamheten har inte hittat arbetssätt för att arbeta med kvalitetsregister. Det har under året tagits fram en rutin som beskriver ansvarsfördelningen samt teamet betydelse i detta arbete. Detta är ett område som måste prioriteras framöver och hitta arbetssätt för att arbeta teambaserat. Det finns också organisatoriska utmaningar som också behöver lösas för att få till ett aktivt arbete med kontinuitet och teamarbete.

### Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Legitimerad personal dokumenterar i registret de vårdtagare som avlider inom våra verksamheter där vi har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Spindeldiagram, se [bilaga 4](#), visar vård och omsorgens resultat för förväntade dödsfall i förhållande till Socialstyrelsens mål värden för fastställda kvalitetsindikatorer för år 2022.

Verksamheten har under året totalt registrerat 45 väntade dödsfall i registret. Det är en god följsamhet bland de flesta kvalitetsindikatorerna som ligger vid eller över målet, dock är det två områden som inte når upp till acceptabel nivå. Det är munhälsobedömningar under sista levnadsvecka samt smärtskattning som är dokumenterad sista levnadsvecka. Även dessa indikatorer är en förbättring sedan tidigare år. Allmänt

kan konstateras att registreringen i Palliativa registret för i år haft en god följsamhet där förbättringar setts på flera områden. Det är viktigt att även förbättra områden munhälsobedömningar och dokumentera smärtskattning. Bedömningen är att smärtskattning görs men inte dokumenteras i den utsträckning det är önskvärt.

### **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 lagt stort arbete på att utbilda i registret både personal och enhetschefer. Målet har varit att utbilda personal som arbetar inom verksamheter och vårdar patienter med demenssjukdom. En handlingsplan har tagits fram av arbetsgruppen som aktivt arbetar med utbildningar och har kunnat följas enligt plan. Det pågår ett intensivt arbete med att återigen arbeta aktivt med registret på en bred front. Utmaningen finns inom hemtjänsten där fler medarbetare behöver genomgå utbildningen innan ett breddinförande kan påbörjas. Ett förbättrat område har kunnat ses i form av att teamarbete har ökat för i år där fler professioner möts och tillsammans arbetar i registret. Även antalet patienter med Alzheimersjukdom som har ordinerat skymtomlindrande demensläkemedel har ökat, vilket ska ses som positivt.

### **Utskrivningsklara dagar (UK) för Trosa vård och omsorg 2022**

Verksamheten redovisar för året något färre utskrivningsklara dagar än för tidigare år, se [bilaga 5](#). Snittresultatet för utskrivningsklara dagar 2021 låg på 0,61 dagar/vårdtillfälle vilket ska anses som ett mycket bra resultat i sammanhanget. Snittresultatet för utskrivningsklara dagar för 2022 låg på 0,51 dagar/vårdtillfälle, ett förbättrat resultat i jämförelse med tidigare år. Utmaningen för året som varit låg i slutet av året då verksamheten påvisade ökade antal UK dagar. Det handlar till stora delar om platser på särskilda boenden som verksamheten fortsatt behövt köpa på andra platser utanför kommunen. Regionen har vid flera avstämningar påtalat att Trosa kommun oftast ses som ett gott exempel när det gäller hemtagning av patienter vilket innebär att flödet fungerar i de allra flesta av fallen.

### **Avvikelser**

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

Verksamheten redovisar fortsatt högt antal avvikelser under året som ligger i nivåer med tidigare åren. Det har blivit lättare för enskilda medarbetare att skriva en avvikelse i systemet genom att vi förenklat och utbildat alla medarbetare i avvikelsermodulen. Det är ett ständigt arbete att anpassa avvikelsermodulen samt alla behörigheter där det uppdragats brister när det gäller behörighetstilldelning. Utmaningar framöver ligger i att hitta en systematik i hanteringen av avvikelser på ett tillfredsställande sätt. Att avvikelserapporteringen fortsatt ligger på hög nivå bör anses vara positivt eftersom medarbetare är riskmedvetna och skall rapportera in risker som upptäcks. Det är varje enskild enhetschef som är ansvarig för att hantera uppkomna avvikelser och analysera dessa. De flesta avvikelser inom läkemedel och fall använder enhetscheferna legitimerad personal i utredningen. Det har senaste tiden uppkommit flera stödfunktioner till enhetscheferna såsom gruppchefer som bedöms kunna hjälpa till vid hanteringen av avvikelser genom framförallt det administrativa stödet samt att försöka hitta en systematik där identifierade brister på övergripande nivå kan handläggas och åtgärdas.

### **Analys**

För en översikt över alla inträffade avvikelser inom området hälso och sjukvård se [bilaga 6](#). Det totala antalet avvikelser under året inom området hälso och sjukvård ligger på 1879. De flesta avvikelserna berör området läkemedel och fall. När det gäller fall ligger antalet avvikelser på samma nivåer som tidigare år, däremot redovisar ordinärt boende tre gånger fler fall än tidigare år. Det är även en ökning

när det gäller fall med skada vilket också kan förklaras att verksamheten blivit bättre på att i avvikelssystemet definiera om fallet inneburit en skada eller inte. Samtidigt är det ibland svårt att bedöma om ett fall lett till en skada i det initiala skedet. Däremot har antalet ej definierade fall minskat markant sedan tidigare år vilket kan ses som en förbättring i systemet. Ökning av fall i ordinärt boende behöver analyseras djupare för att kunna dra några slutsatser. Ökad antal vårdtagare inom hemtjänsten kan vara en förklaring samt att det förebyggande arbetet inte gett tillräcklig effekt. Rehabiliteringsteamet har fortsatt utbildat medarbetare under året i förflytningsutbildning.

När det gäller läkemedelsavvikelser ses också en ökning av antalet avvikelser där orsakerna i de flesta fall är att läkemedel av någon anledning inte getts till patienter eller att signering uteblivit. Andra orsaker till avvikelser kan vara att patienten fått läkemedel vid fel tidpunkt eller brister i kommunikation och planering. Delegeringsutbildningen har under året setts över och bedömningen är att kvaliteten på själva utbildningen håller hög klass men att följsamheten i verksamheten av det man lärt sig behöver bli bättre. Att en patient inte får sina läkemedel ska i varje fall ses som allvarligt. Här behöver verksamheten hitta struktur i analysen och åtgärda de bristerna som identifieras för att patienter ska få sina läkemedel i rätt tid. Varje enhet behöver arbeta med avvikelser även på en övergripande nivå där en månatlig sammanställning sker över inträffade avvikelser samt vidtagna åtgärder över dessa. Det finns goda exempel i verksamheten men på en övergripande nivå är detta en brist. Tillägg i delegeringsutbildningen kommer göras för att poängtera särskilda risker med att en patient inte får sina läkemedel och vad detta kan leda till. MAS har även under året tagit fram ett häfte som kan användas av alla verksamheter inför delegering. Häftet är skrivet på ett enkelt språk för att alla ska kunna ta till sig kunskapen.

**Externa avvikelser** – Det har inkommit totalt fyra avvikelser från externt håll där alla är från Region Sörmland och berör områden; brist i kommunikation i Prator, brist i återrapportering till läkare samt brist i följsamhet av en ordination från dietist. Verksamheten har svarat på alla dessa avvikelser samt vidtagit åtgärder för att minimera risker att liknande inträffar igen.

Det är något svårt att få fram exakta data över skickade avvikelser externt, arbete pågår att lösa systemstöd för detta. Ca tio avvikelser har verksamheten skickat till framförallt Region Sörmland där bl a brister i utskrivningsprocessen, kommunikation, bemötande är några orsaker till avvikelser.

## **Klagomål och synpunkter**

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

Det finns flera sätt att lämna in synpunkter och klagomål till verksamheten som tex via telefon, E-tjänst eller via brev. Det är idag inte möjligt att sortera ut dessa klagomål som specifikt berör hälso och sjukvård. Bedömningen är också att synpunkter som kommer in inte läggs in i systemet för att kunna hämta ut statistik. När det gäller synpunkter för hälso och sjukvård finns det inte möjlighet att få fram enskild statistik inom området.

När det gäller ärenden hos Patientnämnden har enligt nämndens statistik inkommit sammanlagt tre ärenden där Trosa kommun varit benämnd. Ärenden handlar om synpunkter kring bristande omvårdnad, synpunkter att en patient fått försenad vård, samt att ett trygghetslarm inte fungerat på flera månader. Dessa ärenden har verksamheten svarat på.

## Öka riskmedvetenhet och beredskap

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

I och med de stora demografiska utmaningarna som stundar kommer verksamheten att behöva ta hand om allt fler patienter med komplexa sjukdomsbilder. Den största utmaningen ligger i kompetensförsörjningen och att öka antalet utbildad personal som kan utföra insatser även inom hälso och sjukvård. Inrättande av Kliniskt träningscenter (KTC) är ett välbehövligt alternativ för att säkra kompetens framöver. Det har under året inhandlats en simulatordocka med tillhörande funktioner vilket anses lyfta hela verksamhetens möjligheter att i en simultan miljö träna på olika vårdssituationer. Organisationen kring KTC behöver säkerställas så att det implementeras och blir en del i det vardagliga arbetet.



En stor utmaning för hälso- och sjukvården för framtiden är den demografiska utvecklingen, då gruppen äldre som behöver stöd kommer att öka i hela landet. Här kommer det att krävas en hälso- och sjukvård som är flexibel, kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet. Det leder till att samverkan behöver utvecklas än mer för att kunna möta vårdbehoven vi har framöver, Nära Vård – innefattar dessa utmaningar. En gemensam målbild har tagits fram mellan Region och alla länets kommuner och är beslutad i alla berörda nämnder. Bedömningen är att omställningen redan pågår i flera verksamheter men att det kommer krävas ännu djupare samverkan mellan region och kommuner för att åstadkomma en förändring. På lokal nivå har flera initiativ tagits för samverkan med Trosa vårdcentral i denna omställning och en lokal processledare har anställts på halvtid att arbeta med denna omställning på lokal nivå.

## MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

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.

Vidare har i och med denna berättelse identifierats flera andra utmaningar som verksamheten behöver arbeta med framöver. Det handlar framförallt om kontinuitet, följsamhet i de nationella kvalitetsregister, strukturerad avvikelshantering, det förebyggande arbetet kring patienterna och samverkan både externt och internt.

Övergripande vision på nationell nivå är ”God och säker vård – överallt och alltid” samt övergripande målet är att ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”. För att uppnå denna vision och detta mål har några delmål och strategier skapats utifrån årets patientsäkerhetsberättelse. Denna vision kommer att ligga som grund för framtagande av en lokal handlingsplan när det gäller patientsäkerhet i Trosa vård och omsorg kommande år.

Vård och omsorgsnämnden har idag ingen uttalad vision för patientsäkerhet eller övergripande mål med patientsäkerheten. Förslagsvis behöver detta arbetas fram under nästkommande år för att påvisa riktningen samt kunna på ett strukturerat sätt ta fram delmål.

Ett förslag på övergripande mål/vision kan tex vara: **Stärkt patientsäkerhet och god kvalitet genom säker vård och omsorg med patienten som medskapare**

Nedanstående delmål har tagits fram utifrån årets patientsäkerhetsberättelse och de identifierade förbättringsområden som framkommit.

### Delmål:

- Kompetenshöjande insatser, interna och externa utbildningar av både omvårdnadspersonal och legitimerad personal, struktur för KTC
- Lokal handlingsplan i patientsäkerhet med utgångspunkt i den nationella handlingsplanen
- Utbildade medarbetare ska ges möjlighet att utöva sitt yrke fullt ut genom att tex låta undersköterskor utföra arbetsuppgifter som de utbildats för
- Mäta för att veta – medverkande i olika nationella mätningar såsom PPM, Svenska HALT samt olika kvalitetsregister som Senior Alert, BPSD, SveDem och Palliativa registret
- Intensiv hemrehabilitering (IHR), bredda projektet
- Systematiskt arbete kring avvikelshantering med tydlig struktur över riskområden
- Digital läkemedelssignering, erbjuda digitala hembesök

## Strategier för att uppnå målen

Delmål	Strategi
Kompetenshöjande insatser, interna och externa utbildningar av både legitimerad och omvårdnadspersonal, struktur för KTC	Kompetensinventering på enhetsnivå, årshjul som beskriver när och vilka utbildningar medarbetare ska genomgå under året med utgångspunkt i befintlig checklista över utbildningar. Skapa övergripande organisation för KTC samt ansvarsfördelning och utbud på utbildningar.
Lokal handlingsplan i patientsäkerhet med utgångspunkt i den nationella handlingsplanen	MAS ska med hjälp av SKR:s verktyg för analys av patientsäkerhet ta fram en lokal handlingsplan efter en fördjupad analys. Medverkande i analysen är flera enhetschefer, MAS och en arbetsterapeut.
Utbildade medarbetare ska få möjlighet att utföra vissa hälso och sjukvårdsåtgärder som de har utbildats i.	Att med hjälp av KTC inventera och säkerställa tillräcklig kunskap hos medarbetare för att kunna utföra tex undersköterskeuppgifter såsom provtagning, vitalparametrar mm. Verksamheten behöver skapa en organisation för att detta ska vara möjligt.
Mäta för att veta – medverkande i olika nationella mätningar	Utveckla arbete med kvalitetsregister, genom utbildning och framtagande av rutiner samt samverka internt. Aktuella kvalitetsregister ska vara Senior Alert, Palliativa registret, BPSD, SveDem, PPM samt Svenska HALT. Efterfråga resultat på enhetsnivå.
Intensiv hemrehabilitering (IHR)	Se över kriterier för att involvera om möjligt fler patienter till projektet.
Förbättrad avvikelshantering	Enhetsvis skapa struktur över systematisk avvikelshantering där risker identifieras, åtgärdas samt följs upp på enhetsnivå. Identifiera riskområden på övergripande nivå och vidta nödvändiga åtgärder.
Digital läkemedelssigenering, erbjuda digitala hembesök	Undersök möjlighet att bredd införa digital signering, initiera tillsammans med Trosa vårdcentral digitala hembesök samt om möjligt implementera hemmonitorering. Initiera arbete med läkemedelsautomater.

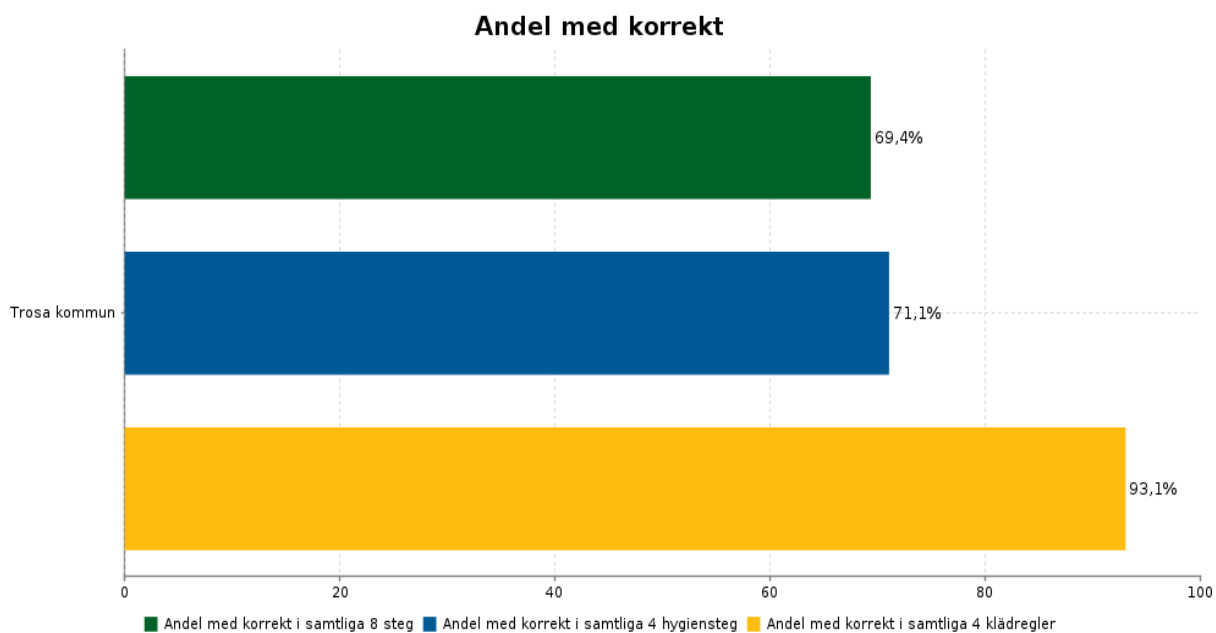
## BILAGA 1 – Översikt egenkontroll gällande hälso och sjukvård

Egenkontroll	Omfattning	Redovisning
Smitta	1 gång/år	Säkerställa att hygienrutiner finns och är uppdaterade, erbjuda vaccin till medarbetare redovisas årligen via internkontrollplan
Skydds och begränsningsåtgärder	1 gång/år	Att all personal genomgått utbildning i 0 vision via Demenscentrum. Enhetschef ansvarar för kontroll samt uppföljning.
Dokumentation	Kollegial journalgranskning enligt rutin, månatligen. MAS granskar journaler 1 gång/år	Legitimerad personal redovisar månatligen på sina apt enligt rutin och framtagen mall. MAS sammanfattar i patientsäkerhetsberättelsen.
Uppföljning av privata utförare	Årligen	MAS medverkar vid uppföljningen av privata utförare
Läkemedelskontroll	Enligt rutin, månatligen	Protokoll förs, stickprovskontroller av enhetschef för hälso och sjukvård görs. Sammanfattas inför extern granskning av läkemedelshantering.
Följsamhet i basal hygien rutiner och klädregler	2 gånger / år, PPM mätning. Alla utförarenheter ska medverka	Uppföljning sker via nationell databas för PPM mätningar, sammanställs av MAS och redovisas på ledningsgrupp
Nutrition	Individuell bedömning	Enligt framtagna lokala rutiner med stöd av övergripande rutinen, bedömningar görs i Senior Alert
Avvikelser	Enhetschef ansvarar för att uppkomna avvikelser handläggs inom skälig tid	Återkoppling inom egna enheten via olika forum samt sammanställning över året sker via avvikelssystemet i Treserva
Kvalitetsregister	Kontinuerligt arbete	Senior Alert, BPSD, Svenska Palliativa registret, SveDem, HALT

## BILAGA 2 - Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler

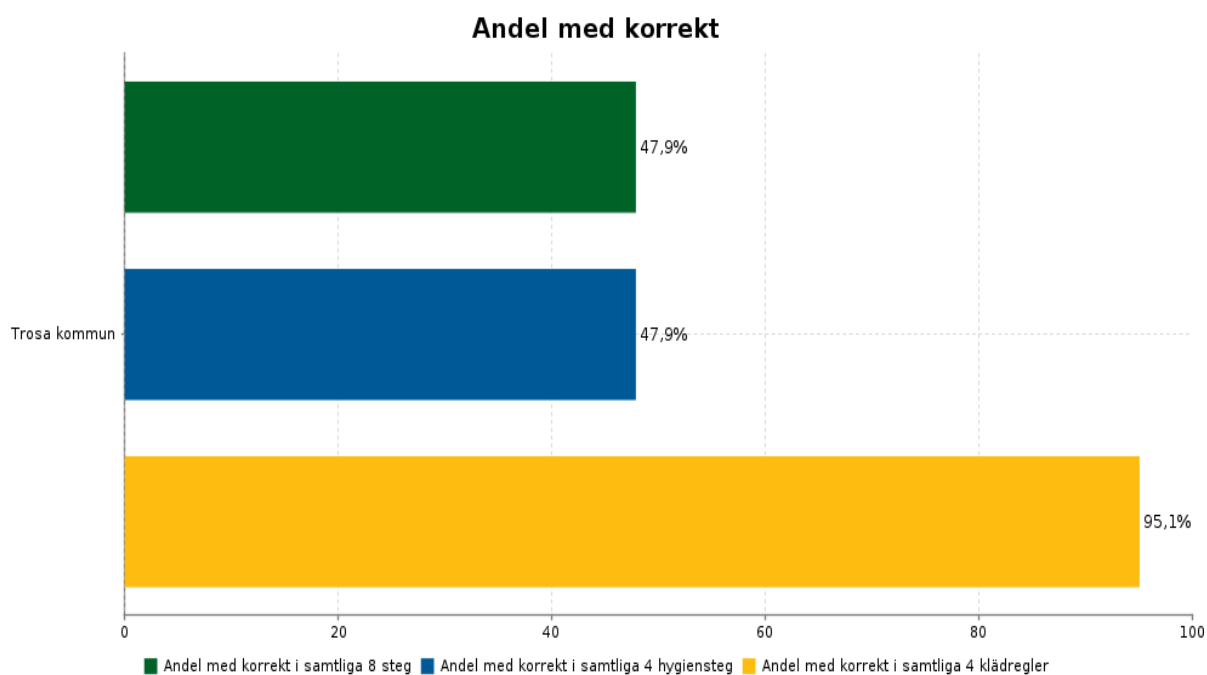
### Resultat för våren 2022

Totalt **69,4%** av observationerna hade korrekt handhavande i alla 8 steg.



### Resultat för hösten 2022

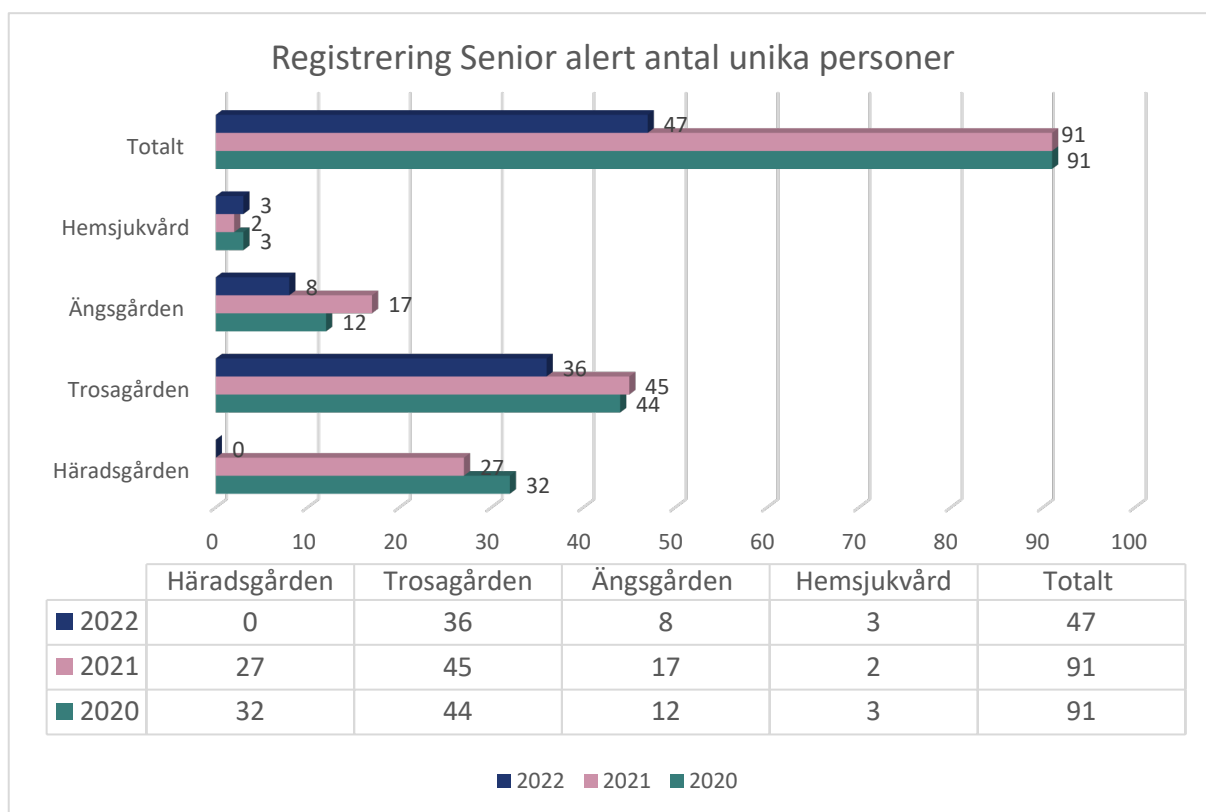
Totalt **47,9 %** av observationerna hade korrekt handhavande i alla 8 steg.





## BILAGA 3 – Senior Alert

### Senior Alert senaste 3 åren

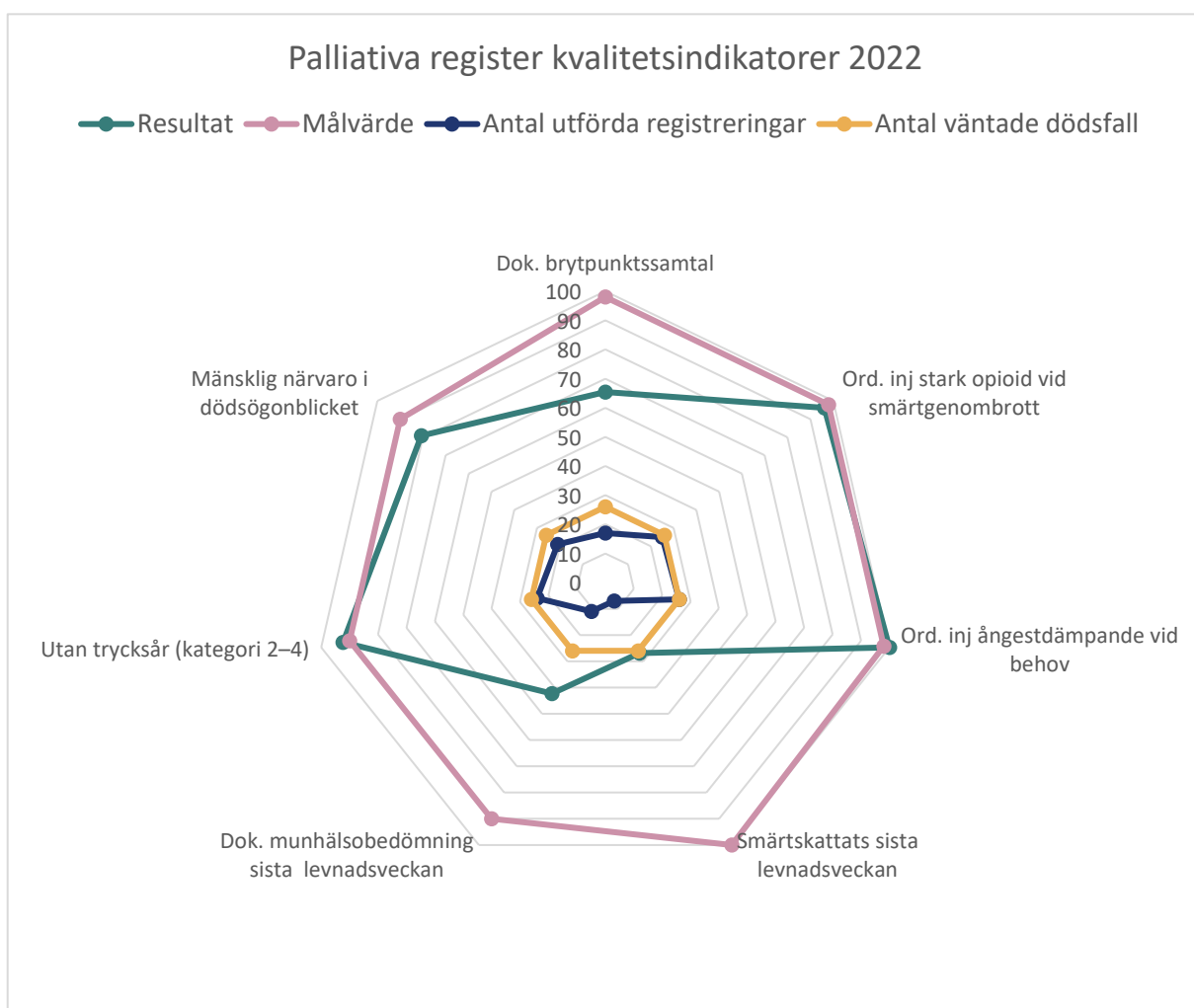


## BILAGA 4 – Palliativa registret

### Palliativa registret – resultat 2022

#### Kvalitetsindikator i %

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	84,4	98	38	45
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100	98	45	45
Ord. inj ångestdämpande vid behov	97,8	98	44	45
Smärtskattats sista levnadsveckan	53,3	100	24	45
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	51,1	90	23	45
Utan trycksår (kategori 2–4)	95,6	90	43	45
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	88,9	90	40	45



## BILAGA 5 – Utskrivningsklara patienter (UK dagar)

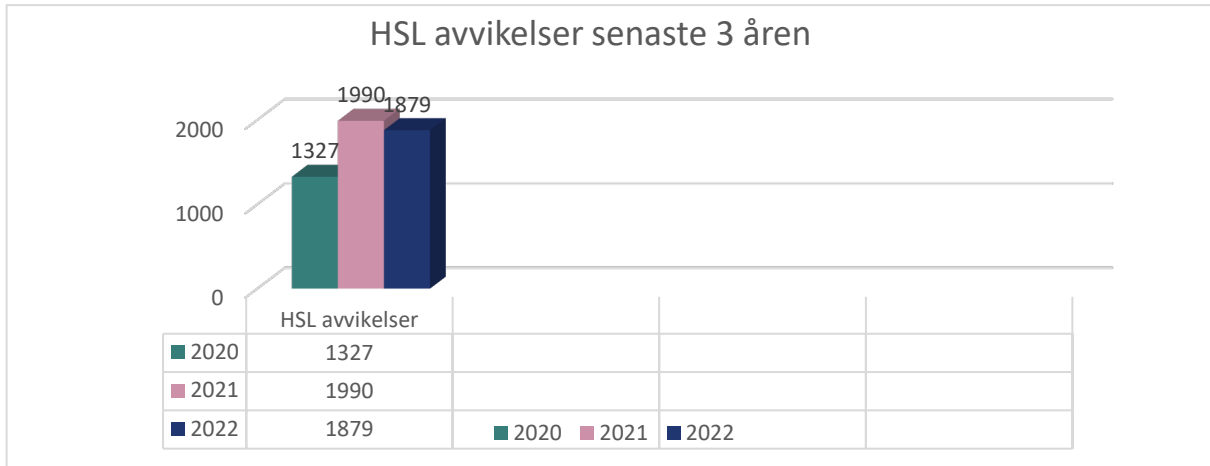
Utskrivningsdagar (UK) 2022

### UK dagar 2022

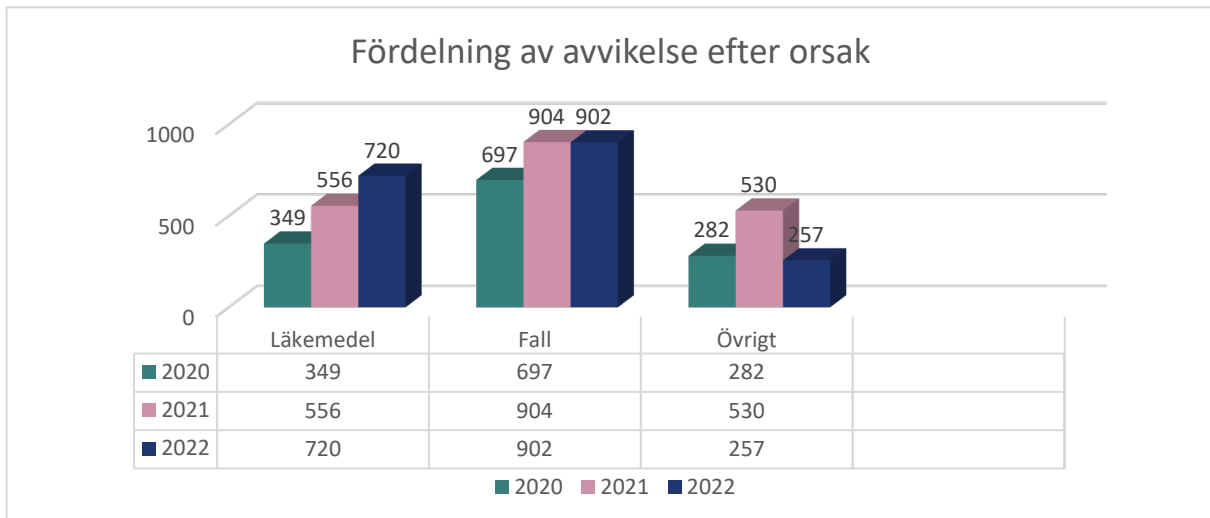
Månad	Eskilstuna	Flen	Gnesta	Katrineholm	Nyköping	Oxelösund	Strängnäs	Trosa	Vingåker	Snitt alla per månad	
Januari	0,27	1,12	0,42	0,11	0,87	1,42	0,22	0,38	3,89	0,97	
Februari	0,53	1,30	0,05	0,17	1,00	2,19	0,26	0,31	0,53	0,70	
Mars	0,61	0,70	0,07	0,11	0,67	1,45	0,30	0,47	0,16	0,50	
April	0,20	0,57	1,00	1,10	1,00	0,39	0,30	0,13	0,14	0,54	
Maj	0,12	1,98	0,29	0,08	1,25	0,76	0,13	0,60	0,69	0,66	
Juni	0,14	1,13	0,29	0,87	0,58	0,89	0,43	0,30	0,00	0,51	
Juli	0,23	1,03	0,48	0,22	0,79	1,22	0,19	0,16	0,29	0,51	
Augusti	0,19	1,64	0,00	0,32	1,59	0,65	0,56	0,60	0,94	0,72	
September	0,24	0,61	0,54	0,12	0,71	1,91	0,63	0,51	0,03	0,59	
Oktober	0,15	1,05	0,19	0,33	0,52	1,29	0,57	0,37	0,42	0,54	
November	0,14	0,58	0,13	0,11	1,26	0,60	0,74	0,62	0,75	0,55	
December	0,21	1,50	0,51	0,20	1,52	1,82	1,06	1,67	0,17	0,96	
<b>Snitt respektive kommun</b>	0,25	1,10	0,33	0,31	0,98	1,22	0,45	0,51	0,67	<b>0,65</b>	<b>Snitt alla hela året</b>

## BILAGA 6 – Avvikelser hälsa och sjukvård

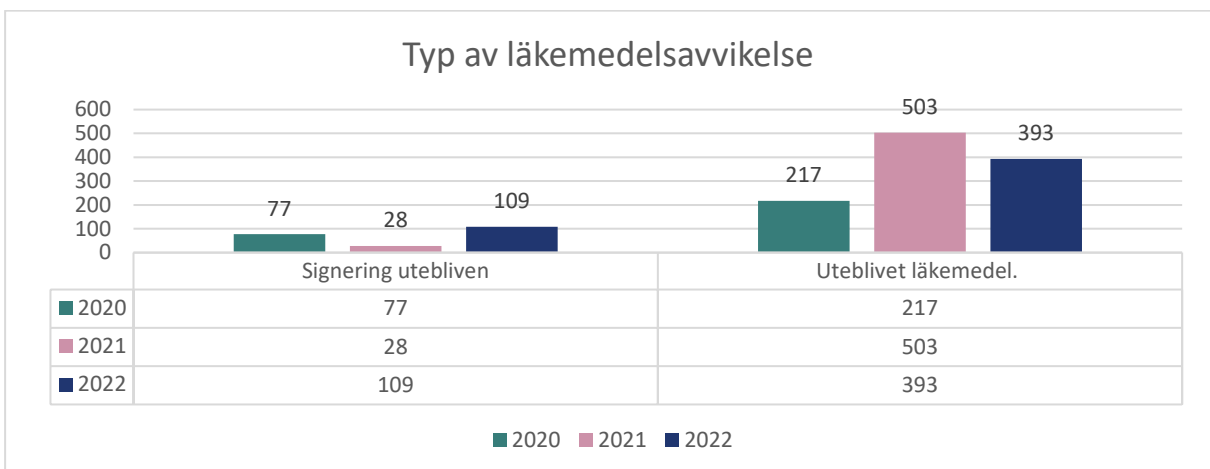
### Antal HSL avvikelser



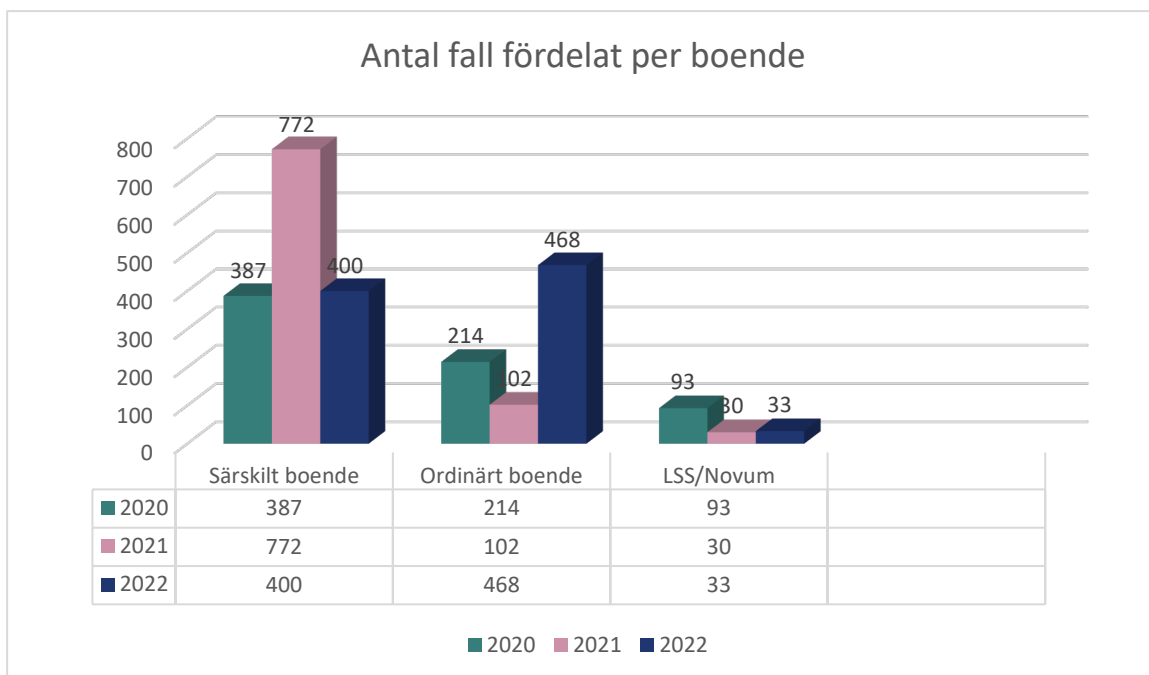
### Fördelning efter orsak



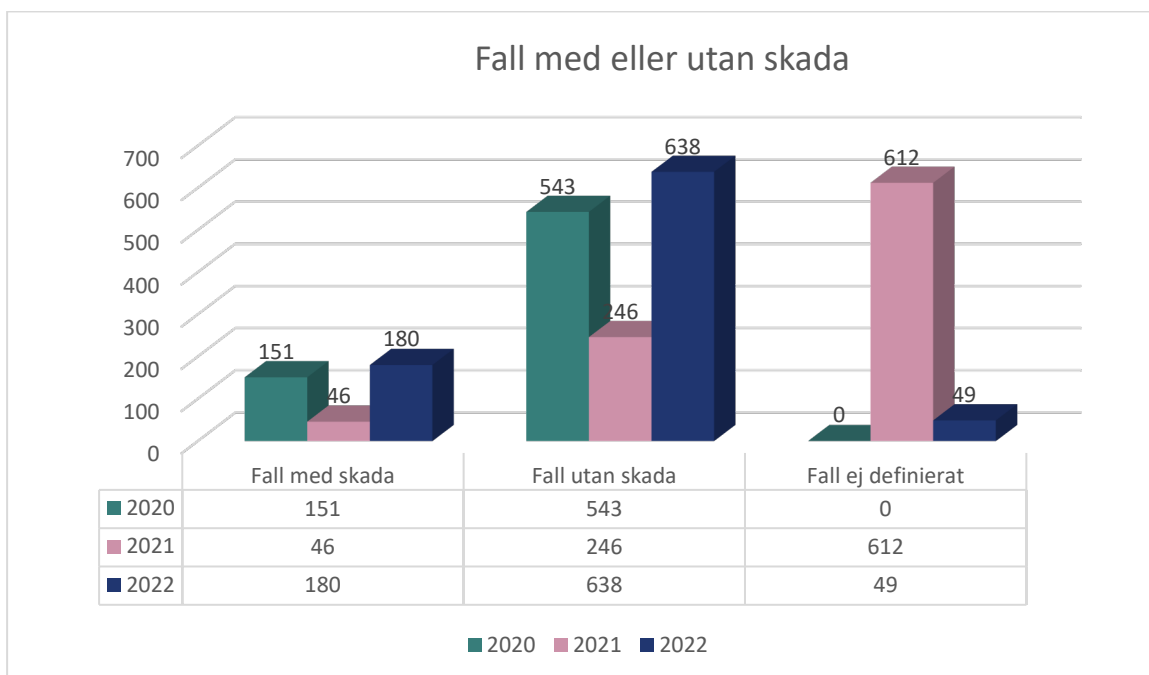
### Läkemedelsavvikelser efter typ



## Fallavikelser fördelat per boende



## Fall med eller utan skada



5

## Vård- och omsorgskontoret

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

## Tjänsteskrivelse

Datum  
2023-03-02  
Diarienummer  
VON 2023/23



# Redovisning av utförd internkontroll 2022 för vård- och omsorgsnämnden

## Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden godkänner utförd interkontroll 2022.

## Sammanfattning

Internkontroll avseende 2022 är genomförd. Vård- och omsorgsnämnden antog 2022-03-09 internkontrollplan för 2022. Redovisning av genomförd internkontroll visar på vissa anmärkningar.

Utifrån genomförd internkontroll 2022 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. Då det upptäckts felaktigheter i svar på diverse enkäter kommer kvalitetsenheten att kvalitetsgranska alla enkäter innan de skickas in.

Verksamheten kommer att skapa analysdagar där bl.a. avvikelser kan analyseras ur ett övergripande perspektiv, det gäller avvikelser enligt både hälso- och sjukvårdsinsatser samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL). Då Trosa kommun hamnat lågt i det nya hemtjänstindexet avseende nöjdhet med utförande och biståndsbeslut har det tagits fram en åtgärdsplan som ska följas upp. Vidare ska det tas fram en kompetensutvecklingsplan för att undvika personalbrist, övertidsarbete, bristfälliga språkkunskaper etc. Vidare ska det säkerställas att det finns rutiner för utrymning av verksamhet samt att minst en utrymningsövning ska ske under året.

## 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 2022**

Internkontroll för 2022 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 och vid kognitiv svikt även en bemötandeplan. Det som kan ses är att dessa riskanalyser inte alltid görs inom rimlig tid samt att vissa inte följs upp vid ändrade behov.

Det finns hygienrutiner som är kända och genomgångna på alla arbetsplatser. Men punktprevalensmätning av efterlevnaden av rutinen, som sker 2 gånger per år, visar att alla punkter inte följs av alla, särskilt punkten att sprita händerna innan man tar på handskar missas.

All personal genomgår utbildning i svenskt demenscentrums utbildning 0-vision gällande tvångs- och skyddsåtgärder. Vidare så sker det stickprovskontroller månadsvis för att tillse att den statistik som tas ut ur verksamhetssystemet är korrekt.



Det finns tydliga rutiner för tilldelning av behörigheter i verksamhetens verksamhetssystem, däremot har det upptäckts att det finns användare som inte avslutas i systemet efter att anställningen upphört. Dessa kommer att tas bort under våren 2023. Det går även att utveckla frekvensen av de slumpvisa loggkontrollerna.

Det har framkommit att det går att se viss information i verksamhetssystemet hos andra nämnder, såsom exempelvis telefonnummer, när brukare finns aktuella hos både vård- och omsorgskontoret och individ- och familjeomsorgen. Behörigheter har ändrats samt nya arbetssätt tagits fram för att minimera den risken. Det finns också en rutin för när samtycken krävs och hur de ska dokumenteras.

Granskningen av dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) visar även 2022 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. Det har också visat sig att flesta brukare har en genomförandeplan men att alla inte är aktuella samt att handhavandefel i verksamhetssystemet gjort att genomförandeplanerna inte syns som fastställda utan enbart som arbetsmaterial. Granskningen visar också att den sociala dokumentationen i stort har förbättrats mot tidigare år. Då vård- och omsorgskontoret infört individens behov i centrum (IBIC) har en stor del av personalen utbildats i dokumentation men granskningen visar att utbildningsinsatserna behöver fortsätta även framåt.

Det finns reservrutiner framtagna för hur verksamheten ska agera när de digitala systemen inte går att använda. Dessa är genomgångna med personalen på arbetsplatsträffar. Verksamheten har under föregående år bytt ut alla trygghetslarm och kan nu, på ett bättre sätt, kontrollera att de fungerar och att brukarna provlarmar.

Alla chefer kontrollerar analyslistorna för att tillse att rätt löner betalas ut. Det har däremot varit svårigheter att kontrollera dessa listor under hela året då ekonomisystemet inte fungerade fullt ut, detta har medfört att det förekommit felaktiga löneutbetalningar men dessa har rättats till i efterhand, för att minimera risken har det varit en tät kontakt mellan enhetschefer och lönehandläggare.

Bisyslor kontrolleras årligen och bedöms utifrån bisyslans 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 och den finns inlagd 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 externa utförarna följs upp. Alla företag som utför hemtjänst enligt lagen om valfrihet (LOV) samt upphandlad leverantör av personlig assistans följs upp årligen. I nuläget saknas externa utförare inom hemtjänst varför inga kontroller genomförts där.

Fredrik Yllman  
Produktionschef

6

## Vård- och omsorgskontoret

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

## Tjänsteskrivelse

Datum  
2023-03-03  
Diarienummer  
VON 2023/24



# Internkontrollplan 2023 för vård- och omsorgsnämnden

## Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner internkontrollplan för 2023.

## 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 och dels på de upptäckter som gjorts i samband med utförd internkontroll. Internkontroll avseende 2022 är genomförd och visar på vissa anmärkningar/brister.

Utifrån genomförd internkontroll 2022 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. Då det upptäckts felaktigheter i svar på diverse enkäter kommer kvalitetsenheten att kvalitetsgranska alla enkäter innan de skickas in.

Verksamheten kommer att skapa analysdagar där bl.a. avvikelser kan analyseras ur ett övergripande perspektiv, det gäller avvikelser enligt både hälso- och sjukvårdsinsatser samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL). Då Trosa kommun hamnat lågt i det nya hemtjänstindexet avseende nöjdhet med utförande och biståndsbeslut har det tagits fram en åtgärdsplan som ska följas upp. Vidare ska det tas fram en kompetensutvecklingsplan för att undvika personalbrist, övertidsarbete, bristfälliga språkkunskaper etc. Vidare ska det säkerställas att det finns rutiner för utrymning av verksamhet samt att minst en utrymningsövning ska ske under året.

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 förvaltningen 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 2022

Noteringar som gjorts utifrån 2022 års internkontroll är:

- Rutiner för riskanalyser finns på alla enheter och riskanalyser och handlingsplaner görs vid behov, de kan dock följas upp oftare.
- 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.
- Det finns tydliga rutiner för tilldelning av behörigheter i verksamhetens verksamhetssystem, däremot har det upptäckts att det finns användare som inte avslutas i systemet efter att anställningen upphört.
- 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 vad gäller både hur man dokumenterar samt i dokumentationssystemet.
- Hygienrutiner finns framtagna men punktprevalensmätningar visar att dessa

inte efterlevs fullt ut.

- Det finns reservrutiner framtagna för hur verksamheten ska agera när de digitala systemen inte går att använda. Dessa är genomgångna med personalen på arbetsplatsträffar.
- De externa utförarna följs upp. Alla företag som utför hemtjänst enligt lagen om valfrihet (LOV) samt upphandlad leverantör av personlig assistans följs upp årligen. I nuläget saknas externa utförare inom hemtjänst varför inga kontroller genomförts där. Checklista för vad som ska kontrolleras finns framtagen 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 även detta år, det finns ett system för att handha registerförteckningen, 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 2023**

Varje år ska en ny internkontrollplan arbetas fram och antas av nämnden. Den nya planen bygger dels på den riskanalys som årligen görs av förvaltningen 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. 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 2022 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. Då det upptäckts felaktigheter i svar på diverse enkäter

kommer kvalitetsenheten att kvalitetsgranska alla enkäter innan de skickas in.

Verksamheten kommer att skapa analysdagar där bl.a. avvikelser kan analyseras ur ett övergripande perspektiv, det gäller avvikelser enligt både hälso- och sjukvårdsinsatser samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL). Då Trosa kommun hamnat lågt i det nya hemtjänstindexet avseende nöjdhet med utförande och biståndsbeslut har det tagits fram en åtgärdsplan som ska följas upp. Vidare ska det tas fram en kompetensutvecklingsplan för att undvika personalbrist, overtidsarbete, bristfälliga språkkunskaper etc. Vidare ska det säkerställas att det finns rutiner för utrymning av verksamhet samt att minst en utrymningsövning ska ske under året.

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 2023
2. Riskanalys 2023
3. Riskanalys gemensamma kontrollpunkter



## Internkontrollplan

Nämnd/Förvaltning: Vård- och omsorgsnämnd/Vård- och omsorg  
För tidsperiod: 2023

Kommunens Internkontrollreglemente och anvisningarna till detta, ligger till grund för denna plan. Resultaten av kontrollerna rapporteras löpande. Rapportering ska ske skriftligt, se reglementet.

Nedanstående förkortningar används i internkontrollplanen:

### Förkortningar:

KC	Kommunchef	EC	Enhetschef
PC	Produktionschef	ArK	Arkivansvarig
Ek	Ekonomikontoret	Nsekr	Nämndsekreterare
EkC	Ekonomichef	Psekr	Personalsekreterare
PeC	Personalchef	RA	Redovisningsansvarig
Ksekr	Kommunsekreterare/Kanslichef	HSLC	Hälso- och sjukvårdschef
MC	Myndighetschef	PUL amb	PUL- ambasadör
Chef enl delegation	Ansvarig chef enl delegationsordning	KvC	Kvalitetschef

\* = kontrollpunkter som ska ingå i alla nämnders internkontroller i Trosa kommun



## Internkontrollplan

**Nämnd/förvaltning:**

**Vård och omsorg**

**För tidsperiod:**

**2023-01-01 2023-12-31**

Kommunens Internkontrollreglemente och anvisningarna till detta, ligger till grund för denna plan. Resultaten av kontrollerna rapporteras löpande. Rapportering ska ske skriftligt, se reglementet. Rapportering ska göras till VON och revision 1 gång per år på genomförda kontroller och dess resultat.

Rutnummer/rutin	Riskvärde (max 25)	Kontrollmoment (Vad?)	Metod (Hur?)	Uppföljning (När?)	Ansvarig (Vem?)	Rapport till
-----------------	-----------------------	--------------------------	-----------------	-----------------------	--------------------	-----------------

Administration/ övergripande						
Avvikelser	12	Införande av analysdagar där inkomna avvikelser analyseras på ett övergripande plan	Genomförande av analysdagar terminsvis	2g/år	KvC/MAS	PC
Felaktiga uppgifter i enkäter	16	Kvalitetsenheten säkerställer att inkomna enkäter fylls i korrekt	Kvalitetsenheten kontrollerar enkäterna innan de skickas in	1 gång/år	KvC	PC
Personal/ Arbetsmiljö						
Hot o våld	12	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)	Stickprov av riskanalyser	2 gång/år	EC	PC
Utrymning av verksamhet	12	Att det finns rutiner för utrymning av verksamhet samt övning i utrymning	Kontroll av rutiner samt genomförd övning	1 gång/år	EC	PC

Smitta	12	Spridning av olika former av smitta i verksamheten	Att hygienrutiner finns och efterlevs (Anmäla till SAM)	2 gång/år	EC	PC
Språkkunskaper	12	Personal som ej klarar av delegeringsutbildning eller har svårt att göra sig förstådda	införande av språkombud på alla enheter där behov finns	1 gång/år	EC	PC
Personalbrist	16	Saknas personal med formell kompetens att anställa	Framtagande av kompetensutvecklingsplan	1 gång/år	KvC	PC
Psykisk belastning	12	Stor påfrestning på organisation och individ med anledning av personalbrist	Att riskanalys är gjord, diskussion på APT och utvecklingssamtal, genomförd handledning, framtagande av kompetensutvecklingsplan	1 gång/år	EC	PC
<b>Brukare/ Kund</b>						
Upplevelse av insats och beslut	12	Brukare inom hemtjänst har rankat upplevelsen av insats och beslut lågt	Framtagande av åtgärdsplan, kontroll att den efterlevs	1 gång/år	EC	PC
Patientsäkerhet	12	Behandling enligt HSL som utförs på fel sätt eller av icke delegerad/behörig personal	Analys av avvikelser, översyn av delegeringsutbildning, framtagande av kompetensutvecklingsplan	1 gång/år	EC/MAS	PC
Dokumentation	12	Att dokumentation enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är korrekt och att viktiga uppgifter är lätta att	Granskning av ett stickprov av journalanteckningar och genomförandeplan	1 gång/år	KvC/ MAS	PC

**Gemensamma kontrollpunkter som ska genomföras av samtliga chefer**

<b>Personal</b>						
Rätt lön*	12	Att alla chefer månatligen kollar sina analyslistor - (rätt lön till rätt person).	Kontroll analyslista	Månatlig	Chef enl. delegation	PeC
Bisysslor*	9	Att alla chefer efter genomförda utvecklingssamtal har en uppdaterad inventeringslista på medarbetarnas eventuella bisysslor.	Vid utvecklingssamtal	1 gång/år	Chef enl. delegation	PC
Personal slutar i kommunen *	12	Kommunövergripande rutiner efterlevs när personal slutar.	Genomförda avslutningssamtal	1 gång/år	Chef enl. delegation	PC
Arbetsmiljö*	12	Att riskanalyser genomförs och att eventuella handlingsplaner upprättas.	Komplett översyn och genomläsning av befintlig riskanalys och handlingsplan	1 gång/år	Chef enl. delegation	KC
<b>Övrigt</b>						
Oegentligheter eller missbruk i arbete*	12	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.	Stickprov APT-protokoll	1 gång/år	EC	PC
Uppföljning av privata utförare enligt Program för uppföljning och insyn av verksamhet som utförs av privata utförare i Trosa kommun *	8	Enligt förfrågningsunderlag	Komplett	1 gång/år	VUV/MAS	PC
Registerförteckning, enligt dataskyddsförordningen, komplett och korrekt *	10	Genomgång minst en gång per år, görs i Drafit	Komplett	1 gång/år	GDPR-ambassadör	PC
Informationshantering *	9	Informationshanteringsplanen är aktuell och känd inom organisationen	Stickprov APT-protokoll	1 gång/år	EC	PC
Informationssäkerhet *	15	Att styrande IT-dokument har diskuterats årligen på varje enhets APT.	Stickprov APT-protokoll	1 gång/år	EC	PC

<b>Risk</b>	<b>Beskrivning</b>	<b>Åtgärd (Vad gör vi?)</b>	<b>Sannolikhet</b> (1-5) 5=mycket hög 1=mycket låg	<b>Konsekvens</b> (1-5) 5=mycket hög 1=mycket låg	<b>Riskvärde</b> (sannolikhet x konsekvens)
<b>Administration/övergripande</b>					
Avvikelser	Att vi inte följer de rutiner som finns gällande hur vi dokumenterar avvikelser	Dokumentation och avvikelsehantering hålls uppdaterad och aktuell exempelvis via APT, uppdatera/förbättra avvikelsemodul i Treserva. Se över behörigheter så att avvikelser hamnar rätt	4	2	8
Avvikelser	Systematisk analys av avvikelser görs inte fullt ut, uppföljning av åtgärder görs inte alltid	Införande av analysdagar där inkomna avvikelser analyseras på ett övergripande plan	4	3	12
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 loggkroller	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	Det finns inte alltid samtycken till informationsdelning eller dåligt dokumenterade samtycken	framtagande av rutin för när samtycken krävs samt hur de ska dokumenteras, information av rutinen ut i verksamheten	3	3	9

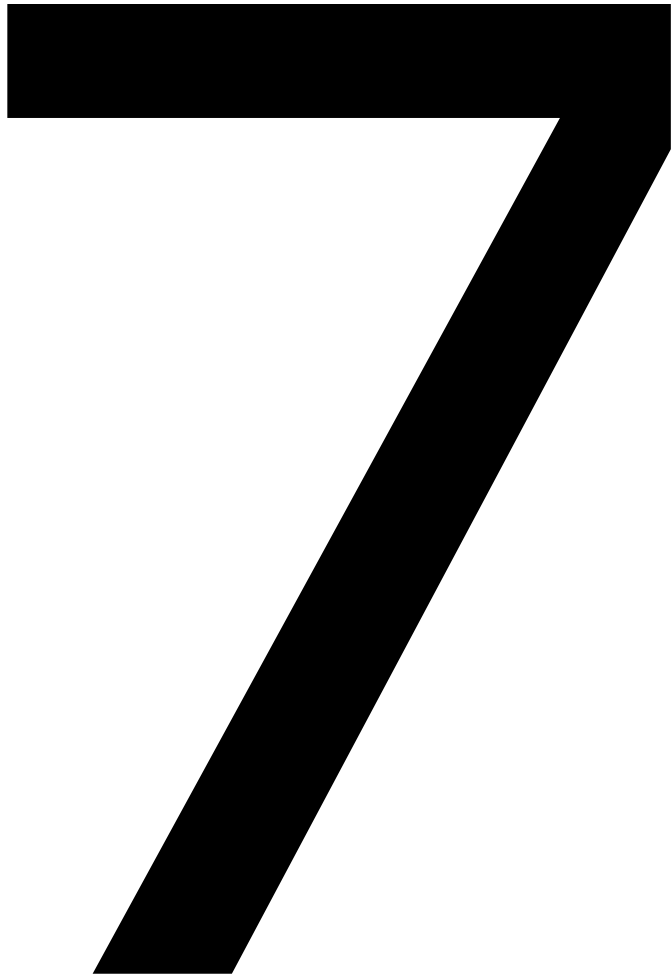
Felaktiga statistikuppgifter	Fel statistik från systemet	Säkerställa inmatning av uppgifter, säkerställa att utdatan stämmer	3	3	9
Felaktiga uppgifter i enkäter	Felaktiga uppgifter i offentliga enkäter	Kvalitetsenheten säkerställer att inkomna enkäter fylls i korrekt	4	4	16
Offentlighet och sekretess	Går att se viss information mellan IFO och VO	Rutiner tas fram för att minimera risken för att personuppgifter går att ses av obehörig	3	3	9
Lex Sarah/Lex Maria	Kunskap kring anmälan etc.	Utbildning/info 1 g/år för all personal	2	3	6
<b>Personal/arbetsmiljö</b>					
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
Utrymning av verksamhet	Utrymning av verksamhet vid ex hot, brand etc.	Kontroll av rutiner, övning i utrymning	3	4	12
Personal med bristfälligt språk	Personal kan ej göra sig förstådda ordentligt, personal klarar ej delegeringsutbildning	Språkutbildningar, språkombud, utbildning i yrkessvenska	4	3	12
Saknar personal	Finns ej tillräckligt med personal med formell kompetens att anställa	Kompetensbaserad rekrytering, kompetensutveckling, utbilda redan anställda, framtagande av kompetensförsörjningsplan	4	4	16
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 med anledning av personalbrist	Att riskanalys ska finnas för olika arbete. Diskussion och samtal på APT och utv. samtal. Anmäla arbetsskador o tillbud till SAM, handledning extern, framtagande av kompetensutvecklingsplan	4	3	12
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
<b>Brukare/Kund</b>					
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	3	9
Patientsäkerhet	för dålig kontinuitet hos brukare	Arbeta systematiskt med kontinuitet, speciellt i hemtjänsten	3	3	9

Upplevelse av insats och beslut	Brukare inom hemtjänst har rankat upplevelsen av insats och beslut lågt	Framtagande av åtgärdsplan, kontroll att den efterlevs	4	3	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	4	12
Felaktig läkemedelshantering	Felaktig hantering av läkemedel från delegerad personal	Att vi följer läkemedelshanteringsrutiner för brukare. Följ statistik	3	4	12
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 skydds- och begränsningsåtgärder	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. <b>0-vision, webutbildning</b>	3	3	9



<b>Risicanalys 2023</b>	<b>Kontrollmoment</b>	<b>Sannolikhet (1-5)</b> 5=mycket hög 1=mycket låg	<b>Konsekvens(1-5)</b> 5=mycket hög 1=mycket låg	<b>Riskvärde</b> (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	<b>10</b>
Bisysslor *	Att alla chefer efter genomförda utvecklingssamtal har en uppdaterad inventeringslista på medarbetarnas eventuella bisysslor.	3	3	<b>9</b>
Arbetsmiljö *	Att riskanalyser genomförs och att eventuella handlingsplaner upprättas.	4	3	<b>12</b>
Rätt lön *	Att alla chefer månatligen kollar sina analyslistor (rätt lön till rätt person).	3	4	<b>12</b>
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	<b>12</b>
Informationssäkerhet *	Att styrande IT-dokument har diskuterats årligen på varje enhets APT.	3	5	<b>15</b>
Informationshantering *	Informationshanteringsplanen är aktuell och känd inom organisationen	3	3	<b>9</b>
Personal slutar i kommunen *	Kommunövergripande rutiner efterlevs när personal slutar.	3	4	<b>12</b>



## Vård- och omsorgskontoret

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

Tjänsteskrivelse

Datum  
2023-02-15  
Diarienummer  
VON 2023/10



## Yttrande över revisionsrapport: Gemensam granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner kontorets yttrande över revisionsrapporten.

### Bakgrund

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Trosa kommun tillsammans med andra revisorer i andra Sörmlands kommuner genomfört en granskning i syftet att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i kommunerna säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas. Tjänstemän inom förvaltningen har under rapportens framtagande deltagit i intervjuer tillsammans med EY.

I den rapport som utarbetas av EY framkommer att samverkan mellan berörda parter sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Det finns gemensamma rutiner men de efterlevs inte av parterna. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Kunskapen om utskrivningsprocessen och om varandra behöver stärkas.

En central del i arbetet med att säkerställa en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patient eller närstående ska ges möjlighet att delta. Där är bedömningen att lagens intentioner inte uppfyllts. Parternas fortsatta stöd samordnas utan patientens delaktighet.

EY menar på att det finns goda skäl för kommunerna att se över sitt interna informationsflöde med anledning av utskrivningsprocessen. Av den länsgemensamma överenskommelsen framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja lyfts i rapporten fram som en central insats för att motverka undvikbara återinskrivningar. EY uppmärksammar i rapporten att det i samband med utskrivning och hemgång finns flera komplicerande faktorer som försvårar samverkan och bedömer att uppföljning,

utvärdering och analys kan utvecklas i syfte att minska undvikbara återinskrivningar. Granskningen visar också på att det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser.

Baserat på de iakttagelser som gjorts inom ramen för granskningen från EY rekommenderar de förtroendevalda revisorerna i Trosa kommun att nämnden:

- Säkerställer att medarbetarna tar initiativ till samordnad individuell planering, när behov finns, om sjukhuset eller vårdcentralen inte tar sitt kallelseansvar.
- Säkerställer att kommunikationen mellan biståndshandläggare och samtliga involverade utförare av insatser fungerar väl, med avseende på exempelvis framförhållning och utförarnas behov av information.
- Utvecklar rapporteringen av avvikelser till regionen, och återkopplar på avvikelserapporter från regionen.
- Följer upp återinläggningar av patienter för att bevaka att de kommunala insatserna i samband med hemgång sker på ett tryggt och säkert sätt.

Revisionerna önskar svar från vård- och omsorgsnämnden med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder senast den 31 mars 2023.

## Yttrande över revisionsrapport

Rekommendation 1: Säkerställer att medarbetarna tar initiativ till samordnad individuell planering, när behov finns, om sjukhuset eller vårdcentralen inte tar sitt kallelseansvar.

Att granskningen har skett ser kontoret som ett väldigt bra initiativ. Det är viktigt att våra processer ses över och visar på hur det faktiskt går för oss samt att ansvaret mellan kommun och region förtydligas. En fungerande samverkan förenklar för alla och bidrar till en god vård och stöd av god kvalitet samt en bättre användning av gemensamma resurser. Ett arbete med samordnad individuell plan (SIP) blir ett medel för att säkra den personcentrerade vården som vilar på partnerskap mellan patient, närstående och professionella.

Av lagstiftning från 2010 framgår att den som i sin yrkesutövning inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården gör bedömningen att SIP behövs för att en person ska få sina behov tillgodosedda ska ta initiativ till att upprätta en SIP. I och med lagstiftningen om utskrivningsklar från slutenvården 2018 tog Trosa kommun tillsammans med andra Sörmlands kommuner och Regionen fram en överenskommelse om rutiner för vilka som ska ta initiativ till SIP och utifrån olika processer vid utskrivning från sjukhus. Enligt överenskommelsen har det framgått att det är slutenvården som ska ansvara för att kalla och initiera till SIP vid gula och röda processer. Kommunen har mestadels haft ansvar och initierat för SIP då personen är hemma. För att säkerställa att alla professioner kring en person har möjligheten och kan påkalla på SIP, framförallt digitalt, och att det finns en tydlig riktning kommer överenskommelsen och dess tillhörande riktlinjer under 2023 att behöva ses över och diskuteras i arbetsgrupp för hantering av dessa frågor.

Processen som redan är i gång och där arbetsgruppen arbetar på frågan hur vi kan hantera den gemensamma överenskommelsen och tydliggöra denna kopplat till arbetssätt och ansvar. Beslut kommer tidigast att kunna fattas under hösten 2023.

Rekommendation 2: Säkerställer att kommunikationen mellan biståndshandläggare och samtliga involverade utförare av insatser fungerar väl, med avseende på exempelvis framförhållning och utförarnas behov av information.

De olika processernas hantering och utskrivningsdatum från regionen påverkar den interna hanteringen dvs processen mellan biståndshandläggare och utförare. Kommunikationen blir oftast bristfällig när utskrivningsdatum och hemgångstiden kontinuerligt förändras.

Kommunikationen mellan biståndshandläggare och berörda parter på de särskilda boendena fungerar bra vid utskrivning. Där är det tydligt vem som ansvarar för vilken del i processen. Jämfört med kommunikationen mellan biståndshandläggare och hemtjänsten samt funktionshindersverksamheten där det inte är lika tydligt. Utförare, myndighetsenheten och hälso- och sjukvården påbörjade i slutet av 2022 ett samarbete med att tydliggöra processerna dvs ansvar och roller och kommunikationen dem emellan. Samarbetet utmynnade i en framtagen rutin/processbeskrivning. Tillsammans med kvalitetsenheten som samordnare kommer enheterna, för att säkerställa att kommunikationen mellan biståndshandläggare och utförare fungerar väl, fortsätta inlett samarbete med att fastställa ett fungerande arbetssätt. Arbetet förväntas bli klart under hösten 2023.

Rekommendation 3: Utvecklar rapporteringen av avvikelser till regionen, och återkopplar på avvikelserrapporter från regionen.

Rapporteringen av avvikelser till och från regionen har tidigare enbart skett i pappersform via brev som skickas av berörd part. Enligt kontorets nytagna och uppdaterade rutiner framgår att avvikelshanteringen till samt från externa parter också ska registreras i verksamhetssystemets avvikelsemodul. Detta för att kontoret från sitt håll lättare ska kunna ta fram statistik och följa avvikelseprocessen mer systematiskt. Det som försvårar hanteringen av avvikelshanteringen är det faktum att det inte finns ett system för hantering av avvikelser mellan kontoret och regionen. Förhoppningen är att vi i det nya systemet med kopplingar till regionen även ska kunna hantera avvikelser men det återstår att se.

Det har även funnits möjlighet att i de olika beredningsgrupperna som finns under NSV, Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård, diskutera avvikelser övergripande och följa upp dessa om man inte har fått ett svar.

Kontoret kommer fortsatt fram till sommaren 2023 i samråd med de olika beredningsgrupperna titta över rutinerna för avvikelshantering för att hitta en samarbetsyta där avvikelser kan hanteras, ses över och följas upp.

Rekommendation 4: Följer upp återinläggningar av patienter för att bevaka att de kommunala insatserna i samband med hemgång sker på ett tryggt och säkert sätt.

Tidigare följde kommunen tillsammans med regionen upp återinläggningar men detta upphörde då det lagmässigt inte var funktionellt. Kontoret ser inga större problem inom kommunen men kan vara bra att titta på strukturen vid de enstaka fall vi får idag.

Beredningsgrupp södra äldre har gett i uppdrag att i arbetsgruppen titta på återinläggningar och hur berörda kan samarbeta vidare i dessa frågor. Vi behöver tillsammans med regionen att titta på dessa delar i hur vi ska arbeta. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan initierar en dialog med regionen med närvårdskordinator för de få återinläggningar som kommunen har. Initieras under våren 2023.

Fredrik Yllman  
Vård- och omsorgschef

## Bilagor

Revisionsrapport – Gemensam granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

## Beslut till

Revisionen

För kännedom:  
Enligt sändlista, sid 5

Regionstyrelsen, Region Sörmland  
Vård- och omsorgsnämnden, Eskilstuna kommun  
Socialnämnden, Flens kommun  
Socialnämnden, Gnesta kommun  
Vård- och omsorgsnämnden, Katrineholms kommun  
Vård- och omsorgsnämnden, Nyköpings kommun  
Vård- och omsorgsnämnden, Oxelösunds kommun  
Socialnämnden, Strängnäs kommun  
Vård- och omsorgsnämnden, Trosa kommun  
Socialnämnden, Vingåkers kommun

## Gemensam granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun, Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun samt Vingåkers kommun har gemensamt uppdragit åt EY att genomföra en granskning med syftet att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i kommunerna säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas.

Granskningen visar att samverkan sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och vår bedömning utifrån granskningen är att ingen enskild aktör kan hållas ansvarig. Samtliga kan vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess.

En central del i arbetet med att säkerställa en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patient eller närstående ska ges möjlighet att delta. Där är bedömningen att lagens intentioner inte uppfyllts. Det saknas dokumentation över hur ofta SIP sker och i granskningen framkommer att SIP endast sker i en liten del av de fall där patienten har ett fortsatt behov av stöd.

EY beskriver i sin granskningsrapport att det också i kommunerna finns en frustration över att sjukhusen inte kallar till SIP i vad som av övriga aktörer uppfattas som komplicerade fall. Granskningen belyser också att den regionala primärvården har en passiv roll i planeringen. EY betonar dock att kommunen också har ett ansvar och en möjlighet att, enligt socialtjänstlagen, initiera arbetet med en samordnad individuell plan vid behov. Kommunen bör för den enskildes skull göra detta vid behov och förtlöpa anmäla avvikelser om regionen inte hörsammar kallelsen.

EY framhåller att kommunikationen mellan kommunens biståndshandläggare och slutenvård fungerar väl i de flesta fall, men att information ofta kompletteras eller förmedlas genom andra kanaler än Prator. Granskningen visar att biståndshandläggare i flera kommuner glömmer bort att tillfråga den kommunala hemsjukvården inför att en patient markeras som möjlig att ta hem. En genomgående observation är också att intervjuade företrädare för hemtjänsten upplever att informationsutbytet sker för sent för att ge goda förutsättningar för planering, samt att överlämningen brister när flera olika utförare av hemtjänst ger stöd till samma brukare (exempelvis när separat nattpatrull förekommer). EY menar på att det finns goda skäl för kommunerna att se över sitt interna informationsflöde med anledning av utskrivningsprocessen, och inte enkom fokusera på kommunikationen gentemot regionen.

Av den länsgemensamma överenskommelsen framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja lyfts i rapporten fram som en central insats för att motverka undvikbara återinskrivningar.

EY uppmärksammar i rapporten att det i samband med utskrivning och hemgång finns flera komplicerande faktorer som försvårar samverkan. Från slutenvården framförs kritik mot att patienter återinskrivs på sjukhus av icke-medicinska skäl. Förekommande orsaker uppges vara att bostadsanpassningar, hjälpmedel, medicin eller förbrukningsmaterial inte finns på plats enligt plan. Ansvar för sådana insatser är delat mellan kommunen och regionens verksamheter. EY bedömer att uppföljning, utvärdering och analys kan utvecklas både i kommunerna och i regionen i syfte att minska undvikbara återinskrivningar.



## Mot bakgrund av granskningens resultat rekommenderar revisorerna i respektive kommun att berörd nämnd, i respektive kommun:

- Säkerställer att medarbetarna tar initiativ till samordnad individuell planering, när behov finns, om sjukhuset eller vårdcentralen inte tar sitt kallelseansvar.
- Säkerställer att kommunikationen mellan biståndshandläggare och samtliga involverade utförare av insatser fungerar väl, med avseende på exempelvis framförhållning och utförarnas behov av information.
- Utvecklar rapporteringen av avvikelser till regionen, och återkopplar på avvikelserapporter från regionen.
- Följer upp återinläggningar av patienter för att bevaka att de kommunala insatserna i samband med hemgång sker på ett tryggt och säkert sätt.

## Mot bakgrund av granskningens resultat rekommenderar regionens revisorer att regionstyrelsen:

- ▶ Säkerställer att patienter bereds möjlighet att vara delaktiga genom att erbjudas samordnad individuell planering på sjukhus eller i hemmet vid behov av fortsatt stöd från flera huvudmän.
- ▶ Säkerställer att mer kunskaps-, process- och metodstöd gör det lätt för regionens olika yrkesgrupper att göra rätt i utskrivningsprocessen. Detta bör särskilt omfatta:
  - a) att öka kunskapen om kommunens uppdrag, kompetens och förutsättningar
  - b) att en större del av planeringen inför utskrivning behöver ske tidigare under vårdtiden
  - c) kommunikation mellan parterna, med särskilt beaktande av kommunikation med sällananvändare i Prator
  - d) vikten av att säkra upp att rätt hjälpmedel och aktuell läkemedelslista finns vid hemgång.
- ▶ Tydliggör vad uppdraget fast vårdkontakt i primärvården innebär och vilka förväntningar och förutsättningar som finns.
- ▶ Säkerställer en gemensam avvikelshantering så strukturella problem i utskrivningsprocessen fångas upp och åtgärdas.
- ▶ Säkerställer ett målinriktat arbete med att minska andelen återinläggningar inom slutenvården som orsakas på grund av brister i samordning och planering.



MISSIV

Datum  
2022-12-14

Dokumentnummer  
RE-REV22-0051-1

Revisorerna i regionen önskar svar från regionstyrelsen och respektive kommunrevision önskar svar från respektive adresserad nämnd med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder senast den 31 mars 2023.

Enligt uppdrag,

Gustaf Wachtmeister  
Revisionens ordförande  
Region Sörmland

Tommy Kvarsell  
Revisionens ordförande  
Eskilstuna kommun

Marina Bladh  
Revisionens ordförande  
Flens kommun

Sune Åkerlind  
Revisionens ordförande  
Gnesta kommun

Mårten Grothéus  
Revisionens ordförande  
Katrineholms kommun

Anne-Marie Wigertz  
Revisionens ordförande  
Nyköpings kommun

Eva Asthage  
Revisionens ordförande  
Oxelösunds kommun

Jens Persson  
Revisionens ordförande  
Strängnäs kommun

Ann-Sofie Soleby-Eriksson  
Revisionens ordförande  
Trosa kommun

Sören Ericsson  
Revisionens ordförande  
Vingåkers kommun

Penneo dokumentnyckel: JX7NO-U8LHJ+DL4IH-Y2BZU-2IL11-MDOUJ0



MISSIV



Datum  
2022-12-14

Dokumentnummer  
RE-REV22-0051-1

## Sändlista

### *Region Sörmland*

Gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård  
Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan  
Jan Grönlund, regiondirektör  
Magnus Johansson, t f hälso-och sjukvårdsdirektör  
Titti Kendall, verksamhetschef läns gemensamt regional stöd  
Anna Ormestad, divisionschef Division primärvård

### *Eskilstuna kommun*

Kommunfullmäktige  
Kommunstyrelsen

### *Oxelösunds kommun*

Kommunfullmäktige  
Kommunstyrelsen

### *Flens kommun*

Kommunfullmäktige  
Kommunstyrelsen

### *Strängnäs kommun*

Kommunfullmäktige  
Kommunstyrelsen

### *Gnesta kommun*

Kommunfullmäktige  
Kommunstyrelsen

### *Trosa kommun*

Kommunfullmäktige  
Kommunstyrelsen

### *Katrineholms kommun*

Kommunfullmäktige  
Kommunstyrelsen

### *Vingåkers kommun*

Kommunfullmäktige  
Kommunstyrelsen

### *Nyköpings kommun*

Kommunfullmäktige  
Kommunstyrelsen

# Granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Utförd på uppdrag av revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun,  
Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun,  
Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun och Vingåkers  
kommun.



## Innehåll

1.	Sammanfattade slutsatser.....	2
1.1	Bakgrund.....	8
1.2	Syfte och revisionsfrågor.....	8
1.3	Ansvariga nämnder.....	8
1.4	Avgränsningar.....	9
1.5	Metod och genomförande.....	9
1.6	Bedömningsgrunder.....	9
2.	Styrmodell och incitament för samverkan.....	10
2.1	Sörmland etablerade tidigt former för trygg och effektiv utskrivning.....	10
2.2	Modellen för betalningsansvar främjar samverkan.....	11
2.3	Organisationen för att säkerställa god samverkan är komplex och omfattande.....	12
3.	Samverkan kring enskilda patientärenden.....	15
3.1	Steg 1: Inskrivning.....	16
3.2	Steg 2: Vårdtid.....	19
3.3	Steg 3: Utskrivningsklar.....	22
3.4	Steg 4: Hemgång.....	24
3.5	Steg 5: Uppföljning.....	27
4.	Uppföljning, förbättringsarbete och utveckling.....	29
4.1	Uppföljningen inom ansvariga nämnder och styrelser är begränsad.....	29
4.2	Statistiken tyder på att utskrivningsprocessen är effektiv.....	29
4.3	Arbete för att motverka undvikbara återinskrivningar är ett prioriterat område.....	31
4.4	Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser.....	32
5.	Svar på revisionsfrågorna.....	34
6.	Bilagor.....	41
	Dokumentförteckning.....	41
	Intervjuförteckning.....	43

## 1. Sammanfattade slutsatser

EY har på uppdrag av revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun, Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun samt Vingåkers kommun genomfört en granskning med syftet att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i kommunerna säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas.

I detta avsnitt framgår EY:s sammanfattade slutsatser och bedömningar. De förtroendevalda revisorerna i de medverkande kommunerna har med utgångspunkt i granskningen själva bedömt vilka rekommendationer de vill rikta till respektive granskad nämnd, med hänsyn till lokala förutsättningar och iakttagelser. Rekommendationerna till respektive nämnd som omfattats av granskningen i kommunerna samt regionstyrelsen framgår av revisorernas gemensamma missiv

### Det finns en tydlig styrning och starka incitament för samverkan

Genom införandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS) har det tillkommit lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare väntetider i vården. Vår bedömning är att regionen och kommunerna har tecknat en överenskommelse som ger en tydlig roll- och ansvarsfördelning för styrning av det övergripande arbetet. Inga förändringar har skett i dessa avseenden under revisionsåret 2022.

På lokal nivå varierar formerna för styrning av arbetet med utskrivningsprocessen. I ett fåtal av de granskade kommunerna har specifika mål eller indikatorer beslutats av kommunfullmäktige eller ansvarig nämnd. Eftersom samverkan i hög grad är reglerad genom lag och överenskommelse bedömer vi inte att frånvaron av politisk styrning i övriga kommuner är anmärkningsvärd. Åtterrapporering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem.

Av LUS framgår att region och kommuner gemensamt ska utarbeta kompletterande riktlinjer till lagstiftningen. Sådana riktlinjer har utarbetats av regionen och kommunerna i samverkan. Vi bedömer att dessa på ett rimligt sätt omsätter lagstadgade krav i en tydlig process på operativ nivå, men att vissa otydligheter har noterats på genomförandenivå. I flertalet kommuner har organisatoriska anpassningar skett på tjänstemannanivå sedan införandet av LUS.

Metodstödet genom Samverkanswebben bedöms vara otillräckligt. Vi rekommenderar därför regionstyrelsen och ansvariga nämnder att säkerställa eller efterfråga utbildningsinsatser och stödmaterial. Det som främst efterfrågas i intervjuer är checklistor eller processbeskrivningar riktade till specifika yrkesgrupper, samt utförligare vägledning i vanliga problemsituationer (exempelvis utskrivning efter kontorstid eller vid semesterperioder).

### Det finns gemensamma rutiner men de efterlevs inte av parterna

Samverkan kring enskilda patientärenden regleras i den gemensamma riktlinjen för trygg och effektiv samverkan. Riktlinjerna beskriver hur regionens slutenvård och primärvård respektive kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård ska agera i de olika aktiviteterna i utskrivningsprocessen. Samverkan sker, men vi noterar i granskningen att aktörernas följsamhet till riktlinjerna varierar, kommunikation hanteras genom andra kanaler än genom Prator och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och vår bedömning är att både region och kommuner kan vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess.

En central del i LUS är att samverkan i utskrivningsprocessen ska inledas redan vid inskrivning. För att underlätta bedömningen av hur utskrivningen ska göras beskrivs utskrivningsprocessen i tre olika färgkoder beroende på komplexitet: grön, gul och röd utskrivningsprocess. Av granskningen framgår

att aktörerna inte har samsyn kring vilken processfärg som ska tillämpas. Kommunerna beskriver att de har upplevt en ökad förskjutning där tidigare röda processer har blivit gula likväl som att gula processer nu bedöms som gröna. Detta utan förändring i bedömningen av patientens tillstånd och behov, vilket innebär att patienter kan ha omfattande behov av omvårdnad, sjukvård eller bostadsanpassning i en lägre processnivå. Kommunerna beskriver också en breddning av den gula processen vilken kan vara "allt ifrån ljusgul till orange". Det beskrivs också att val av process skiljer sig mellan sjukhus och mellan avdelningar trots likvärdiga behov hos patienten. Slutenvården delar bilden av att antalet röda processer totalt sett är färre för tillfället. Fördelningen har inte analyserats.

Vi ser en risk i att den detaljerade aktivitetsfördelningen i riktlinjen riskerar att medföra att de olika aktörerna huvudsakligen fokuserar på sin egen del av samverkan och att helhetsperspektivet utifrån patientens hela resa genom vårdkedjan åsidosätts. Beskrivningen av utskrivningsprocessens olika faser är utförlig men flödet av aktiviteter kopplade till utskrivningsprocessen är invecklade och tidsmässigt utdragna, vilket kräver både kunskap och kontinuitet bland medarbetarna. Vår bedömning är att respektive sjukhusledning behöver säkerställa att det finns interna rutiner i form av exempelvis checklistor som leder till att utskrivningsplanering initieras redan vid inskrivning för de patienter som är i behov av fortsatt stöd från regional primärvård, hemsjukvård eller socialtjänst efter utskrivning. En framgångsfaktor som lyfts fram både inom slutenvården och hos övriga aktörer är att sjukhusavdelningarna utser medarbetare med ett särskilt ansvar för att koordinera utskrivningsprocessen. Vid de granskade sjukhusen varierar det mellan olika verksamheter i vilken grad sådana funktioner tillämpas.

Enligt LUS ska en fast vårdkontakt utses av verksamhetschef inom vårdcentralen, när ett inskrivningsmeddelande mottagits och innan patienten skrivs ut. För denna roll tillämpas funktionen samordningssjuksköterska som i första hand arbetar med multisjuka och äldre. I granskningen noterar vi att samordningssjuksköterskan i hög grad fungerar som en administrativ samordnare utan rimliga förutsättningar att ta det helhetsansvar för patientens fortsatta sjukvård efter utskrivning som är lagens intention. Ambitionen kan i många fall vara att vid senare tillfälle utse en annan fast vårdkontakt i lagens mening. Vi bedömer att regionstyrelsen behöver tydliggöra vad uppdraget innebär och vilka förväntningar och förutsättningar som finns. Samtidigt bedömer vi det vara väsentligt att vårdcentralerna utarbetar lokala rutiner för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, vilka uppgifter som ingår i uppdraget och vilken personal som kan ta på sig uppdraget. Om ambitionen är att tillämpa en initial samordnande kontakt för utskrivningen som sedan överlämnar till en fast vårdkontakt eller läkarkontakt bör detta beröras i riktlinjerna. Dessa utvecklingsområden är kritiska eftersom den fasta vårdkontakten spelar en avgörande roll för att patientperspektivet ska kunna säkerställas genom hela vårdkedjan.

Ett problem under vårdtiden och i samband med utskrivning är bristande informationsöverföring mellan aktörerna. I Prator saknas ofta nödvändig information, med konsekvensen att kommunernas medarbetare inom både myndighet, hemtjänst och hemsjukvård får ringa sjukhusen och söka kompletteringar över telefon. Samverkan blir mer personbunden och viktig informationsöverföring riskerar att gå förlorad. Det blir också en ökad belastning för sjukhusen att bemöta förfrågningarna.

## **Kunskapen om utskrivningsprocessen och om varandra behöver stärkas**

En vanligt förekommande diskussion mellan kommun och sjukhus handlar om ifall en patient är färdigbehandlad eller inte. Konflikten bottenar ofta i en felaktig bild av tillgänglig kompetens och resurser inom den kommunala verksamheten, där utskrivande läkare av kommunerna upplevs ha orimligt höga förväntningar på vilken vård- och omsorg patienten kommer att få av kommunen. Intervjuade korttidsboendechefer beskriver att de förväntas ta emot mer sjuka personer än vad de har resurser att omhänderta sett till boendets personaltäthet och kompetensnivå. Därtill beskrivs att anhöriga från sjukhuset får en felaktig bild av vad korttidsboende innebär, om kommunernas möjlighet att erbjuda en korttidsplats samt av formerna för behovsprövning av dessa.

Flera läkare och sjuksköterskor belyser att patienter med rätta kan bedömas vara färdigbehandlade inom deras akut- eller specialistvårdsavdelning, men fortfarande ha ett stödbehov som överskrider vad som ges inom ramen för korttidsboende eller eget boende. Det framkommer frustration från

flera håll över otydliga, ineffektiva eller okända gränsdragningar mellan korttidsboende som uppfattad vårdinstans, kommunal hemsjukvård och specialistvård som exempelvis SSIH, där palliativa patienter lyfts fram som särskilt utsatta. Flera intervjuade lyfter fram att en översyn av arbetet med mobila specialistteam och jourteam skulle kunna vara en möjlig väg framåt. Det framkommer även att det finns en upplevd brist på rehabiliteringsplatser i regionens regi för vissa patientgrupper. Läkare belyser att många patienter återinläggs av icke-medicinska skäl, exempelvis att det saknas sjukvårdsrelaterat förbrukningsmaterial i hemmet när hemtjänsten ska utföra insatser; samtidigt som hemtjänsten belyser att rätt förbrukningsmaterial ofta saknas när patienten skrivs ut från sjukhus.

Ovan beskrivna konfliktytor är exempel på bristande kunskap och förståelse för varandras organisatoriska förutsättningar och arbete utefter skilda lagstiftningar. För att de gemensamma rutinerna i högre utsträckning ska efterlevas av samtliga aktörer ser vi i ett behov av att stärka kunskapen om utskrivningsprocessen, varandras organisatoriska förutsättningar samt skilda lagstiftningar.

## Utskrivningsprocessen går fort och mycket behöver hända på slutet

Av samtal med biståndshandläggare och hemtjänsten framgår att sjukhusen tar kontakt med hemtjänsten för överenskommelse om lämplig tid för hemgång innan kommunens biståndsenhet har meddelat att kommunen är klara med sin planering. De intervjuade upplever också att det är vanligt förekommande att patienter skrivs ut med kort varsel på fredag eftermiddag, inför storhelger, inför semestertider, kvällstid när rehab inte är tillgängliga, när det är minst antal vårdplatser på sjukhuset och störst personalbrist inom hemtjänsten. Vår sammanställning över registrerade utskrivningsklar-datum i Prator tyder dock på att fördelningen över veckodagar är jämnt fördelad. Upplevelsen av den ökade belastningen på obekväma tider bör ändå tas på allvar. Om informationen i Prator har varit bristfällig har kommunen inte tillräcklig kännedom om patientens behov och förutsättningar. Om information ändras eller tillkommer sent är det inte säkert att de funktioner som bevakar Prator hinner upptäcka och vidareförmedla uppgifter. Enligt riktlinjen ska nytillkommen information på kvällar och helger alltid meddelas via telefon för att säkerställa att informationen når fram, vilket enligt intervjuade inte alltid sker. Därtill kan det enligt processflödet vara en grön patient, men som kommunerna bedömer vara en patient med stor komplexitet eller i behov av omfattade insatser, vilket kräver planering och erfaren personal. Hemtjänsten beskriver att de i nästan samtliga fall anpassar sig och hanterar oplanerade och sena utskrivningar men att det tar mycket tid och resurser i anspråk. I enstaka fall leder det till undvikbara återinskrivningar. Det beskrivs vara ett stort bekymmer och skapar negativa följder för såväl patientens välmående som för samverkan.

Enligt den läns-gemensamma riktlinjen är 'kommunklar' ett meddelande som kommunen ska skicka för att informera slutenvård och öppenvård om när kommunens åtagande tidigast kan verkställas. Ibland brister kommunikationen och biståndshandläggaren markerar patienten som kommunklar utan att hemsjukvården är redo. Det är biståndshandläggarna som hanterar kommunikationen via Prator och är de som förmedlar när kommunen är kommunklar. Biståndshandläggarna arbetar utifrån socialtjänstlagen, men markeringen kommunklar ska även omfatta hemsjukvården som får sitt uppdrag från läkare enligt hälso- och sjukvårdslagen samt rehab som arbetar utefter samma lagstiftning. En vanligt förekommande situation är att hemsjukvård eller rehab inte har hunnit säkerställa att patienten kan komma hem. Problemet skulle sannolikt kunna undvikas om fler enheter, utöver biståndshandläggarna, hade tillgång till Prator eller att kommunklar markeras separat för SoL och HSL-insatser. Flera av kommunerna har arbetat för att stärka upp sina rutiner kring detta under 2022. Vidare kritiserar sjukhusen för att inte särskilja begreppen utskrivningsklar, hemgångsklar och kommunklar. Intervjuade inom kommunerna beskriver att det förekommer situationer där sjukhusen skickar hem en patient så fort han eller hon är markerad som utskrivningsklar i Prator, utan att invänta kommunklar.

Merparten av de intervjuade förmedlar en bild av att utskrivningsprocessen i deras uppfattning går för fort och att utskrivningen i många fall hade blivit bättre om patienten vårdades på sjukhus en dag till. Våra iakttagelser i granskningen tyder dock på att det finns moment att utveckla som inte beror på tidsbrist. Genom att initiera en större del av planeringen tidigare under vårdtiden, forma en mer



välfungerande intern och extern kommunikation mellan aktörerna och säkra kunskap och förståelse för varandras organisation är vår uppfattning att en till dag på sjukhus inte är nödvändig.

## Parternas fortsatta stöd samordnas utan patientens delaktighet

En central del i arbetet med att säkerställa en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patienten eller närstående ska ges möjlighet att delta. Vår bedömning är att lagens intentioner avseende SIP inte har uppfyllts. Det saknas dokumentation över hur ofta SIP sker, men av intervju framkommer att SIP endast sker i en liten del av de fall där patienten har ett fortsatt behov av stöd.

Av den läns-gemensamma rutinen framgår att ansvaret för att kalla till SIP skiljer sig beroende på processfärg. Vid röd och gul process ska sjukhuset initiera SIP; vid uppföljning av gul process är vårdcentralen huvudansvarig och vid grön process ligger ansvaret på både kommun och vårdcentral. Samtliga har alltid möjlighet att påkalla behovet. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor lyfter att SIP inte alltid initieras i tid av sjukhusen ens vid komplicerade fall, exempelvis patienter med trakeostomi där det enligt separat överenskommelse alltid ska ske en riskbedömning och SIP. Genom att säkerställa att SIP sker i större omfattning kan regionen på ett strukturerat sätt förvissa sig om att patienten och närstående kan vara delaktiga i utformningen av utskrivningen och den efterföljande vården.

Av intervjuer framkommer en samstämmig bild från kommuner och sjukhus om att vårdcentralerna uteblir eller tar en passiv roll vid SIP-möten. Intervjuade från vårdcentralerna känner igen beskrivningen och upplever sig inte ha en nödvändig roll i dessa SIP-möten. Vi noterar dock att vårdcentralerna är delaktiga i utskrivningsprocessen på andra sätt än att medverka vid SIP. Uppföljningsansvaret att ringa en utskriven patient inom sju dagar är ett viktigt exempel.

Enligt riktlinjen ska en trygg och säker utskrivning från slutenvård bygga på delaktighet och samtycke från patienten. En konsekvens av att planeringen mellan parterna huvudsakligen sker genom Prator och telefon är att patienten inte är delaktig och inte heller har mer insyn än vad som förmedlas av behandlande läkare eller annan vårdpersonal på sjukhuset. Den fasta vårdkontakten i form av samordningssjuksköterska på vårdcentralerna tar inte kontakt med patienten förrän efter hemgång. Kommunikationen med patienten förefaller därtill vara i otakt mellan parterna. Flera av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver att de ibland kontaktar patienter som ännu inte har informerats av sin läkare om förestående utskrivning, och som blir illa berörda av beskedet. Intervjuade läkare beskriver i gengäld att de ofta mottar frågor från både patienter och anhöriga om vad som kommer att hända efter utskrivningen, där osäkerhet kring fortsatt kommunalt stöd skapar stor oro hos patienten dagarna före hemgång.

## Rätt stöd finns inte alltid på plats vid hemgång

I samband med utskrivning och hemgång finns det flera komplicerande faktorer som försvårar samverkan. Att sjukhusens preliminära utskrivningsdatum förändras med kort varsel skapar problem i planeringen för både kommuner och regionens primärvård. I många fall finns det medicinska skäl till snabba förändringar och detta behöver alla parter ha förståelse för. Samtidigt bedömer vi att respektive sjukhusledning kan underlätta processen genom att säkra rutiner där de preliminära utskrivningsdatumen omprövas löpande och med så lång framförhållning som möjligt.

En kritisk del i utskrivningsprocessen är att nödvändiga hjälpmedel finns på plats när patienten skrivs ut. Det kan exempelvis handla om hjälpmedel och medicinskteknisk utrustning för att klara förflyttning, toalettbesök och nutrition. Det finns logistiska utmaningar kring förskrivning av hjälpmedel till ineliggande patienter. Det kan krävas hembesök för att kunna planera eller bedöma behovet av anpassningar och hjälpmedel, vilket inte alltid är möjligt när patienten är ineliggande. Efter utskrivning är patienten inte alltid tillgänglig för att ta emot leverans eller kan vara fysiskt förhindrad att öppna dörren vilket kräver samordning med anhöriga, hemtjänst eller primärvård. Intervjuade enhetschefer inom hemtjänst beskriver att hembesök sker mycket sällan och att hemtjänstens kunskap om förutsättningarna i hemmet sällan efterfrågas. Därutöver beskriver

sjukhusen att det inom den regionala rehabiliteringsverksamheten finns bemanningsproblem då det inom många avdelningar inte finns sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. Patienter som skrivs ut utan hjälpmedel eller med fel hjälpmedel återinskrivs i enstaka fall direkt efter utskrivning eftersom den enskilde inte har möjlighet att klara sig i hemmet utan erforderliga hjälpmedel. När kommunens rehab tar vid upplever många intervjuade att de hjälpmedel som sjukhuset har förskrivit inte finns eller är fel. Exempelvis vittnar flera kommuner om att de har ett "hemligt lager" med inkontinenthjälpmedel då sjukhuset inte har förskrivit några alls eller inte tillräckligt många. Detta är inte tillåtet eftersom inkontinenthjälpmedel ska förskrivas individuellt. Därtill vittnar representanter från kommunerna om att sjukhusets läkemedelslistor ofta är ofullständiga eller felaktiga. Ibland anländer utskrivna patienter till boendet eller hemmet utan att någon medicinlista har förmedlats, vilket leder till ytterligare behov av att eftersöka information.

## Mer kan göras för att minska undvikbara återinskrivningar

Av den länsgemensamma överenskommelsen framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Genom god och säker läkemedelsbehandling och bedömning av hälsotillståndet hos individer i hemmet enligt systematisk bedömningsstruktur kan inskrivning i slutenvård undvikas. Parterna ska arbeta strukturerat med det vårdpreventiva arbetet men det är inte klarlagt vad ett gemensamt arbete ska leda till. Vi noterar att vissa övergripande aktiviteter pågår kring exempelvis fallprevention.

Beredningsgruppen äldre sammanställer årligen en presentation till Länsstyrgruppen där bland annat analys av återinläggningar i respektive geografisk arbetsgrupp framgår. I sammanställningen finns ingen statistik över antalet eller andelen återinskrivningar inom 30 dagar av äldre patienter som skrivs ut. Det finns heller ingen politiskt beslutad målsättning om andelen återinskrivningar. Under Coronapandemin gavs mindre tid till uppföljningar pga. omprioriteringar av arbetsuppgifter. 2022 års uppföljning presenteras för Länsstyrgruppen i december.

Arbetet med att motverka undvikbara återinskrivningar i första hand är en del i det ordinarie kvalitetsarbetet. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att därmed säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja, lyfts av många fram som en central insats. Flera representanter från SÄBO och hemtjänst framhåller också insatser såsom fallprevention och samarbete med regionen för att nå ut med information till ineliggande patienter och anhöriga om vilka hjälpinsatser som finns att tillgå efter utskrivning. I intervjuer framkommer också att *trygg hemgång* används som metod i flertalet kommuner för att bland annat undvika återinskrivningar. Inom kommunerna utgörs trygg hemgång oftast av ett sammanhållet team som tar ett helhetsansvar för den enskilde och ger förstärkta insatser under högst två veckor. Eftersom insatsen är personalintensiv och svår att få jämn beläggning i har dock flera kommuner valt att avveckla trygg hemgång-verksamheten trots att den upplevts positiv ur patientperspektiv.

Vi rekommenderar att regionstyrelsen bör överväga att anta en målsättning om att minska andelen återinläggningar inom slutenvården som orsakas på grund av brister i samordning och planering. Vi bedömer också att kommunerna på individnivå bör följa upp återinläggningar av patienter som nyligen kommit hem från slutenvården, för att säkerställa att de kommunala insatserna i samband med hemgång har utförts ändamålsenligt för att säkra en trygg hemgång. Därtill bedömer vi att regionstyrelsen bör överväga att göra en samlad uppföljning och utvärdering av de lokala initiativ som har tagits för att motverka undvikbara återinskrivningar, i syfte att identifiera framgångsexempel.

## Uppföljningen är fokuserad på kvantitativa data och betalningsansvar

Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Det har inte tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad. Den länsövergripande riktlinjen följs upp regelbundet. Riktlinjerna reviderades senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Regionen sammanställer och förmedlar statistikuppgifter kopplade till LUS och har en central roll i att möjliggöra för både de egna verksamheterna och kommunerna att löpande följa sina resultat. Förvaltningen följer själva upp resultaten månadsvis och gör jämförelser mellan olika kommuner och mellan olika tidsperioder. Fokus i uppföljningen ligger på statistik relaterad till betalningsansvaret och till beläggning av vårdplatser. De granskade nämnderna tar i regel inte del av dessa uppgifter. Åtterrapporering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem. Trygghet följs upp genom uppföljande samtal med patienten men har inte sammanställts på aggregerad nivå specifikt för utskrivningsprocessen.

## Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser

Det saknas direktiv kring hantering av eventuella avsteg eller avvikelser från parternas åtaganden i den länsgemensamma överenskommelsen och riktlinjen. Avvikelser som är avgränsade till enskilda patientfall rapporteras i regel direkt mellan de berörda enheterna. Det saknas ett gemensamt system för att rapportera avvikelser. Detta innebär att det inte går att få en samlad bild över inrapporterade avvikelser varken sett till antal eller innehåll. Kommunerna upplever att sjukhusen svarar på få avvikelser, och att svaren i förekommande fall är ofullständiga och sker efter lång tid. Konsekvensen blir att tröskeln för att rapportera är hög och att det sannolikt finns ett stort mörkertal av ej rapporterade avvikelser. Rutinerna ser olika ut mellan de granskade verksamheterna men i regel hanteras avvikelserrapporterna i den aktuella situationen av berörda medarbetare, utskrivningssamordnare eller ansvarig enhetschef, och på sammanställd nivå eller av MAS, MAR, eller utskrivningsledare i lokala samverkansforum. Förekomsten och strukturen för sådana forum skiljer mellan kommunerna och vissa har en nära dialog med sjukhus och vårdcentral, andra inte. I länet finns ett nätverk där samtliga kommuners medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ingår. Nätverken är generella forum för erfarenhetsutbyte men frågor som rör samverkan och patientsäkerhetsarbete är frekvent förekommande. I forumet lyfts särskilda exempel för diskussion, positiva och negativa, inte en komplett översyn av avvikelser.

Mot bakgrund av de redogörelser och exempel vi tagit del av i granskningens intervjuer är vår bedömning att antalet inkommande avvikelserrapporter med anledning av brister i samverkan vid utskrivning enbart utgör ett fåtal av de avvikelser som sker. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserrapportering inom såväl Region Sörmland som inom kommunerna. Förväntningar om åtterrapporering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelser bör stärkas, då det finns en utbredd bild av att bristen på återkoppling har lett till att kommunerna rapporterar mindre.

Stockholm den 14 december 2022

Nina Högberg  
Certifierad kommunrevisor

Josefine Algotsson  
Verksamhetsrevisor

David Leinsköld  
Verksamhetsrevisor

Anders Hellqvist  
Certifierad kommunrevisor

## 1.1 Bakgrund

Den 1 januari 2018 trädde Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård av utskrivningsklara patienter (LUS) i kraft. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från slutenvården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Ovanstående ska uppnås genom samverkan mellan de två huvudmännen regionen och kommunen.

Regionstyrelsen i Sörmland har vårdgivaransvar och socialnämnderna eller vård- och omsorgsnämnderna i länets samtliga kommuner har ansvar för den sociala omsorgen för brukare över 65 år. För samverkan mellan region och kommun finns nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV). Nämnden har i uppdrag att följa upp och föreslå samverkansmöjligheter mellan regionen och kommunerna. Samverkansavtalet är beslutad av NSV.

## 1.2 Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att ge underlag för att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i respektive kommun säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas. Syftet uppnås genom att besvara följande revisionsfrågor:

- ▶ Är den beslutade "Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård" ändamålsenlig?
- ▶ Är de beslutade riktlinjerna "Trygg hemgång och effektiv samverkan - riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland" ändamålsenliga?
- ▶ Är roller och ansvarsfördelning tydliga vad gäller samverkan mellan slutenvård, primärvård respektive social omsorg?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att slutenvård, primärvård respektive social omsorg tar sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?
- ▶ Finns mål för samverkan i utskrivningsprocessen på individnivå och övergripande nivå?
- ▶ Säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och respektive kommuns behov?
- ▶ Har regionen säkerställt att fasta vårdkontakter har de förutsättningar som krävs för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen?
- ▶ Tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklings syfte?

## 1.3 Ansvariga nämnder

Granskningen omfattar följande delar av organisationen inom Region Sörmland och samtliga kommuner i Södermanlands län:

Region/kommun	Ansvarsprövad nämnd/bolag
Region Sörmland	Regionstyrelsen
Eskilstuna kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Flens kommun	Socialnämnden
Gnesta kommun	Socialnämnden

Katrineholms kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Nyköpings kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Oxelösunds kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Strängnäs kommun	Socialnämnden
Trosa kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Vingåkers kommun	Socialnämnden

## 1.4 Avgränsningar

Granskningen har avgränsats till samverkan mellan den somatiska slutenvården, primärvården och den sociala omsorgen inom kommunen. Granskningen har avgränsats till att beröra patienter/brukare över 65 år.

## 1.5 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier (se bilaga). EY följer SKYREVs riktlinjer avseende planering, rapportskrivning och avrapportering. Intervjuade har haft möjlighet att faktagranska samt ge synpunkter på rapportutkastet. Utförd oktober 2022 - december 2022.

## 1.6 Bedömningsgrunder

Denna granskning har sin primära utgångspunkt i *Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård av utskrivningsklara patienter (LUS)*. Den bedömningsgrund som bildar underlag för granskningen hämtats från lagar, överenskommelser, policyer och styrdokument. Nedanstående bestämmelser utgör bedömningsgrund mot vilka olika slutsatser och bedömningar kommer att ställas. Innehållet i bedömningsgrunderna redogörs för löpande i rapporten.

- ▶ Lag (2017: 612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, i sin helhet.
- ▶ Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) 2 kap. 7 §
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) 16 kap. 4 §
- ▶ Region- och kommunfullmäktiges mål och budget för 2022 för respektive kommun

## 2. Styrmodell och incitament för samverkan

*När personer har behov av vård och omsorg från flera olika vårdgivare ställs stora krav på planering och samverkan. Att vårdens aktörer har säkerställt välfungerande samverkansstrukturer är en grundförutsättning, men en trygg vårdkedja kräver även att planeringen utgår från den enskilde patientens behov och önskemål. Därför behöver patienten/brukaren och närstående involveras tidigt och strukturerat i arbetet för att utskrivningskedjan ska bygga på trygghet, kontinuitet och säkerhet.*

### 2.1 Sörmland etablerade tidigt former för trygg och effektiv utskrivning

Region Sörmland och länets kommuner har ingått en överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning. Syftet med överenskommelsen är att åstadkomma en god vård på rätt vårdnivå, där ledtiderna är så korta som möjligt vid utskrivning från slutenvård till fortsatt öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vår bedömning är att överenskommelsen är ändamålsenlig och säkerställer att lagstiftningen omsätts i lokala mål med tydlig ansvarsfördelning. Vi noterar dock att uppföljning enligt överenskommelsen ska följa särskild plan men sådan plan saknas.

Bakgrund till överenskommelsen är att regeringen 2014 beslutade om en översyn av den dåvarande lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Det fanns ett behov av att minska den tid som utskrivningsklara patienter vistades i slutenvården i onödan på grund av långa ledtider mellan slutenvården och vård och omsorg i hemmet eller i särskilt boende. En viktig utgångspunkt med utredningen var att förbättra formerna för samverkan mellan huvudmännen.<sup>1</sup> När betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*<sup>2</sup> presenterades agerade NSV i Sörmland proaktivt och initierade ett arbete med att skapa gemensamma arbetssätt i linje med lagförslaget. När *Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård*<sup>3</sup> beslutades av riksdagen<sup>3</sup> och trädde i kraft 1 januari 2018 hade Region Sörmland och länets kommuner redan under ett års tid gradvis anpassat sina verksamheter till den nya lagen.

I överenskommelsen finns två övergripande mål:

*Genom ett tillitsfullt samarbete med individens bästa i fokus:*

- ▶ känner sig sörmlänningen trygg och självständig efter slutenvård
- ▶ är vård- och omsorgsprocessen i Sörmland effektiv

Överenskommelsen definierar det specifika ansvar som kommunerna och regionen har i detta samarbete:

---

<sup>1</sup> Dir 2014:27 Kommittédirektiv *Betalningsansvarslagen*

<sup>2</sup> SOU 2015:20

<sup>3</sup> Prop. 2016/17:106

Kommunens ansvar	Regionens ansvar	Gemensamt ansvar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunens ansvar är att patienten kan lämna sjukhuset när den bedöms vara utskrivningsklar samt medverka i SIP när regionen bedömer att det krävs för utskrivning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionens slutenvård har ansvar att underrätta kommunen/berörda öppenvårdsenheter inom 24 timmar efter inskrivning, bedöma om patienten är utskrivningsklar samt delta i SIP om öppenvården kallar.</li> <li>• Regionens öppenvård ansvarar för att utse fast vårdkontakt senast tre dagar efter underrättelse om att en patient är utskrivningsklar, innan personen skrivs ut från den slutna vården. Den utsedda fasta vårdkontakten ska kalla till SIP senast tre dagar efter att en underrättelse mottagits om att patienten är utskrivningsklar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parterna ska tillhandahålla resurser och informationsöverföringssystem för att individen ska komma hem på ett tryggt sätt efter slutenvårdsvistelsen. Samordnad individuell planering (SIP) ska i huvudsak utföras i hemmet men i särskilda fall ska samtliga parter kunna kalla till en SIP under sjukhusvistelsen. Parterna har ett gemensamt ansvar att tillräckliga resurser ges till hjälpmedelsprocessen för att utskrivningen från slutenvård ska kunna ske tryggt och effektivt. Alla berörda parter har ansvar för att medverka i att en SIP upprättas och följs.</li> </ul>

Överenskommelsen reglerar även kommunernas betalningsansvar (se nedan) samt hur eventuella tvister skall lösas. Tvister och samarbetsproblem löses i första hand på lokal chefsnivå. Om problemet inte kan lösas där lyfts frågan till länsstyrgruppen. Kan länsstyrgruppen inte lösa frågan diskuteras frågan vidare i nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV). Vid tvist som inte kan lösas enligt ovan får frågan lyftas till domstol.

Länsstyrgruppen för nära vård fastställde i december 2016 riktlinjer för att reglera processen kring trygg och effektiv utskrivning och för att ge stöd i det dagliga arbetet. Riktlinjerna beskriver hur samtliga aktörer ska agera under respektive steg i utskrivningsprocessen. Innehållet i riktlinjerna återges i kapitel 3. Riktlinjerna reviderades senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Vi noterar att det inte har tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad.

## 2.2 Modellen för betalningsansvar främjar samverkan

Enligt LUS ska kommunen ersätta den region som en patient vårdas inom efter att patienten bedömts utskrivningsklar.<sup>4</sup> Kommunerna kan debiteras med 9300 kronor per dygn 2022, enligt årlig beräkning av genomsnittskostnad från Socialstyrelsen (HSLF-FS 2021:83). Hittills har ingen kommun blivit betalningsansvarig. Vår bedömning är att modellen premierar arbetet med att korta ledtiderna på övergripande nivå istället för att rikta fokus på enstaka långliggande patienter.

Den betalningsmodell som har utarbetats i den regionala överenskommelsen skiljer sig avsiktligt från lagstiftningens grundmodell, vilken är dispositiv och får ändras genom lokala överenskommelser. Från att räknas per ineliggande patient tillämpas i Sörmland en genomsnittmodell där kommunen blir betalningsskyldig om det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar överskrider tre kalenderdagar<sup>5</sup> under tre månader i följd. Representanter från varje kommun och regionen ska enligt överenskommelsen månatligen kontrollera följsamhet. Om det genomsnittliga antalet dagar i slutenvården överstiger tre dagar ska en gemensam analys och lämpliga åtgärder

<sup>4</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, 5 kap.

<sup>5</sup> Beräknas enligt följande: Totala antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar divideras med totalt antal utskrivningsklara personer.

genomföras. Om problemet kvarstår månad tre ska kommunen ersätta regionen på individnivå från och med månad fyra.

Det genomsnittliga antalet dagar per månad har varierat mellan 0,29-1,04. Samlat genomsnitt var 0,5 dagar under hela perioden 2019-2021, långt från betalningsansvarets gräns på 3 dagar.

## 2.3 Organisationen för att säkerställa god samverkan är komplex och omfattande

Den regionala överenskommelsens parter är Region Sörmland och kommunerna i Södermanlands län. Regionstyrelsen ansvarar för att vården bedrivs i enlighet med överenskommelsen. Den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) har i uppdrag att följa upp och föreslå utveckling av samverkansmöjligheter mellan regionen och länets kommuner. Utveckling och uppföljning av samverkan sker både i vårdlinjeorganisationen och i den regionala samverkansstrukturen. Vår bedömning är att det är tydligt hur det formella ansvaret är fördelat. Vi noterar dock att många tjänstepersoner ingår i flera olika samverkansforum med överlappande agendor vilket riskerar att skapa en upplevd otydlighet.

### 2.3.1 Riktlinjer och utvecklingsarbete formas i den regionala samverkansstrukturen

Inom NSV:s ansvarsområde finns Sörmlands läns gemensamma regionala stöd inom socialtjänst och vård. I det ingår närvårdsstrukturen där den läns gemensamma styrgruppen för närvård (länsstyrgruppen) utgör beredningsgrupp till NSV. Länsstyrgruppen består av representanter från länets nio kommunerna, regionen och FoU i Sörmland. Inom länsstyrgruppen har det fastställts riktlinjer som i detalj reglerar arbetet med trygghet och effektiv utskrivning.

Länsstyrgruppen har i sin tur utsett ett antal beredningsgrupper med olika fokusområden, bland annat en beredningsgrupp som arbetar med att utveckla samverkan kring målgruppen äldre. Beredningsgruppen har i sin tur utsett tre geografiskt indelade arbetsgrupper.



Figur 1: Den regionala samverkansstrukturen.



Det är inom dessa arbets-, berednings- och styrgrupper som de nu gällande riktlinjerna har utarbetats. Här sker också merparten av alla diskussioner kring resultat, brister och utveckling.

För att samordna verksamheterna på det lokala planet och bidra till att skapa nätverk mellan kommunerna, vårdcentralerna och sjukhusen finns tre närvårdskoordinatorer, en för respektive länsdel. Ansvar är främst att främja en gemensam utveckling av närvård i länet genom att skapa mötesarenor och utveckla dialogen. Arbetet sker genom att leda och stödja nödvändiga samverkans- och förändringsprocesser på lokal nivå inom lednings- och arbetsgrupper för närvården samt genom att delta i länsövergripande närvårdsutveckling. Närvårdskoordinatorn är en gemensam resurs för hälso- och sjukvårdsförvaltningen och arbetar på uppdrag av regionens hälso- och sjukvårdsledning.

Därutöver finns i varierande omfattning lokala samverkansstrukturer mellan regionen och enskilda kommuner, se respektive kommuns tabell i kapitel 5. Utbyte sker också i professionsnätverk för exempelvis socialchef och MAS. Intervjuade lyfter också fram deltagande i utbildningar, seminarier eller forskningsprojekt hos Forskning och utveckling i Sörmland (FoUIS) kring bland annat brukarinflytande, kompetensförsörjning, Nära vård i Sörmland samt kring SIP.

I intervju lyfts att samverkan mellan regionen och kommunerna är bra, men att det är tids- och resurskrävande samt att samverkan mellan kommunerna i länet är ett förbättringsområde. Mer specifikt framhålls att det finns många former för samverkan i de olika länsdelarna, men inte samma erfarenhetsutbyte mellan länsdelarna.

### 2.3.2 Regionstyrelsen säkerställer att vårdorganisationen bidrar till en trygg utskrivning

Regionstyrelsen är enligt reglemente hälso- och sjukvårdsnämnd, förutom för primärvård och rättspsykiatri, och utöver därmed den övergripande planeringen av hälso- och sjukvård samt habilitering och de har även vårdgivaransvar. Regionstyrelsen har fastställt regler för bedrivande av primärvård som säkerställer att verksamhet i såväl egen regi som privat regi bidrar till en trygg och effektiv utskrivning. Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan har vårdgivaransvar för drift och utförande av primärvård i egen regi inom ramen för vårdvalssystemet.

Genom Hälsoval Sörmland har medborgarna möjlighet att fritt välja vårdcentral inom länet. Både offentliga och privata vårdgivare måste leva upp till det grundåtagandet i inriktningsdokument för primärvården.<sup>6</sup> Godkännandet förutsätter att vårdcentralen åtar sig det uppdrag som är formulerat i "Regelbok för bedrivande av primärvård i Region Sörmland"<sup>7</sup>. I regelboken ställs krav på samverkan och vårdplanering. Reglerna säger bland annat att alla vårdgivare ska samverka med övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet och andra aktörer för att säkerställa kompetens, kvalitet och kontinuitet i vårdkedjorna. Vårdprogram och lokala överenskommelser mellan primärvård, sjukhuskliniker och de kommunala vårdgivarna ska följas, däribland överenskommelsen om trygg och effektiv utskrivning.

Alla vårdgivare ska ingå i den struktur för närvårdssamverkan som finns på lokal nivå så väl som länsnivå. Vid behov ska vårdgivaren också kunna vara representant för primärvården i länsgemensamma arbetsgrupper.

### 2.3.3 I enstaka kommuner har det tagits politiska beslut om samverkan – men alla förvaltningar har behövt anpassa sig

I länets kommuner förekommer det endast i enstaka fall (Eskilstuna och Nyköping) att ansvariga nämnder har beslutat om mål eller uppdrag med direkt bäring på utskrivningsprocessen. I övriga kommuner saknas politisk styrning, alternativt förekommer det endast som liten del i beskrivande texter av övergripande mål.

För kommunen varierar förekomsten av lokala och verksamhetsnära rutiner. Flertalet kommuner har inte upprättat lokala rutiner med hänvisning till att den länsgemensamma är tillräckligt utförlig. I de

<sup>6</sup> Beslutat av regionfullmäktige den 21 april 2020 § 62/20.

<sup>7</sup> *Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2022* (RS-LED21-2443).

fall lokala rutiner har upprättats rör det sig om verksamhetsnära rutiner som behandlar ett specifikt steg i utskrivningsprocessen, exempelvis beställningar från biståndsenhet till hemtjänst.

I samband med införandet av LUS och den gemensamma riktlinjen har kommunerna i sin tur sett över avtalen med externa utförare av omsorgstjänster. Bland länets kommuner finns en stor variation i sammansättningen av verksamhet i egen regi och privata utförare i upphandlade system/valfrihetssystem. Intervjuade uppger att det framförallt är inom vårdvalssystem för hemtjänst som anpassningar har behövt ske, i första hand avseende inställelsetider för att verkställa insatser för utskrivningsklara patienter. I respektive granskad kommuns förfrågningsunderlag för LOV inom hemtjänst förekommer det en variation i vilken grad kommunerna uttryckligen kräver att samverkan med regionens verksamheter tillämpas i efterföljande led (se bilaga för respektive kommun). Den gemensamma rutinen för samverkan vid utskrivning innehåller aktiviteter som kräver direkt kommunikation mellan slutenvård och utförare av hemtjänst.

För kommunerna har implementeringen av LUS och riktlinjen för samverkan inneburit ökad administration och i vissa fall behov av nya arbetssätt. Förändringen har enligt uppgift från intervjuade hanterats genom omfördelning av befintliga resurser. Att omorganisera eller förstärka myndighetsenheterna för att hantera snabbare utskrivningar är vanliga åtgärder. Vissa kommuner har exempelvis specialiserade biståndshandläggare som enbart jobbar med utskrivningar.

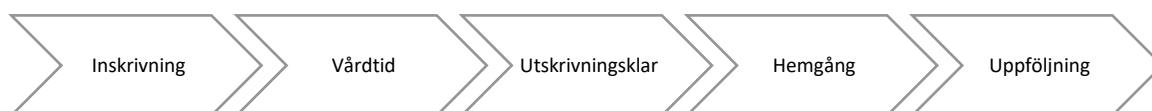
I flera kommuner har det också utarbetats särskilda arbetssätt för att stödja personer med omfattande eller komplexa behov vid utskrivning, under namnen *Trygg hemgång*, *Tryggt mottagande*, *Hemgångsteam* eller motsvarande. Upplägget varierar men i regel handlar det om förstärkt hemtjänst utförd av en särskilt utsedd personalgrupp som under en begränsad tid (vanligen högst två veckor) säkerställer en välfungerande hemgång innan ordinarie insatser och personal tar över. Vi noterar att flera kommuner i länet också beskriver att de tidigare har haft motsvarande arbetssätt men nu har avvecklat dessa. Orsaken uppges vara att det tog för mycket resurser i anspråk och att det i perioder visade sig vara ineffektivt sett till det ojämna patientflödet. De intervjuade är dock eniga om att det ur ett patientperspektiv var bra lösningar.

### 3. Samverkan kring enskilda patientärenden

För att säkerställa tillämpningen av LUS har gemensamma riktlinjer för trygg hemgång och effektiv samverkan utformats. De gemensamma riktlinjerna beskriver hur aktörerna ska agera i de olika aktiviteterna i utskrivningsprocessen. För att underlätta bedömningen av hur utskrivningen ska göras beskrivs processen i tre olika steg beroende på komplexitet: grön, gul och röd utskrivningsprocess.

Grön process	Gul process	Röd process
<ul style="list-style-type: none"><li>• Patient som är känd i kommunen och som skrivs ut från sjukhuset med samma eller likartade insatser som före sjukhusvistelsen.</li><li>• Patient som inte är känd i kommunen, och som är i behov av enklare medicinska åtgärder samma eller nästkommande dag.</li><li>• Patient som inte är känd i kommunen och som har mindre nytillkomna insatser tex larm, och som inte behöver startas upp samma dag som hemgång.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser som ska startas upp samma dag som hemgång.</li><li>• Om patienten bedöms kunna planeras ut enligt gul process ska patienten vanligtvis gå hem samma dag som den är utskrivningsklar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser med stor komplexitet eller behov av mycket omfattande insatser</li><li>• Om patienten bedöms kunna planeras ut enligt röd process ska patienten vanligtvis kunna gå hem tidigast dagen efter att SIP upprättas.</li></ul>

Oavsett bedömd processfärg delas processernas aktiviteter efter inskrivning in i följande faser:



Figur 2: Processens faser från inskrivning till uppföljning enligt riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan.

Riktlinjerna innehåller också vägledning till proaktivt arbete i hemmet, samt riktlinjer kring patienter som uppsöker akutmottagningen men inte behöver skrivas in i slutenvården. Dessa processer omfattas ej i denna granskning.

I granskningen har vi noterat att de olika aktörernas följsamhet till riktlinjerna varierar. Nedan presenteras bedömningsgrunder för varje steg, väsentliga observationer från granskningen samt sammanfattade bedömningar.

Vi vill betona att det i merparten av alla utskrivningsärenden finns en god och välfungerande samverkan, men vissa situationer och omständigheter leder återkommande till problem och det är dessa vi främst uppmärksammar genom rapporten.

## 3.1 Steg 1: Inskrivning

Enligt LUS ska berörda enheter underrättas om en patient vid inskrivning bedöms behöva insatser från socialtjänsten eller öppenvården efter utskrivning.<sup>8</sup> Inskrivningsmeddelande ska innehålla beräknat utskrivningsdatum samt patientens personuppgifter och skickas senast 24 timmar efter inskrivning. Om ett behov av insatser från kommun eller öppenvård upptäcks eller uppstår senare under vårdtillfället ska inskrivningsmeddelande skickas senast 24 timmar efter bedömningen. Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras ska den slutna vården så snart det är möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 1 - Inskrivning	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"><li>●●● Skicka inskrivningsmeddelande i Prator inom 24 timmar för patienter med pågående insatser från hemtjänsten och/eller hemsjukvård. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla uppgift om beräknad utskrivningsdag samt efter samtycke även preliminär diagnos. Om utskrivningsdatum ändras ska kommun och öppenvård meddelas. Ange patientens telefonnummer i Prator.</li><li>● Om det senare under vårdförloppet bedöms att patienten behöver insatser skickas inskrivningsmeddelande omgående efter denna bedömning.</li></ul>
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"><li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag (vardagar) och ange fast vårdkontakt.</li><li>●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li></ul>
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"><li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag.</li><li>●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li></ul>
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"><li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag.</li><li>●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li><li>●●● Individuellt anpassade hjälpmedel (exempelvis komfortullstol) bör följa patienten till sjukhuset.</li><li>● Särskild rutin för säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning.</li></ul>

### 3.1.1 Det finns ett väletablerat system för informationsöverföring som har både starka och svaga sidor

För informationsöverföring och utskrivningsplanering mellan slutenvård, öppenvård och kommun används systemet Prator, som finns till specifikt för detta ändamål. Alla vårdtagare inom den somatiska slutenvården (oberoende av diagnos eller ålder) som behöver insatser från kommunen och/eller hälso- och sjukvården efter utskrivning ska efter samtycke skrivas in i Prator. Systemet innehåller stöd för trepartsdokumentation av varje steg i utskrivningsprocessen och har stöd för tilläggsanteckningar/meddelanden fristående från de avgränsade aktiviteterna.

Av intervjuer framgår att Prator generellt uppfattas vara ett ändamålsenligt verktyg. Det beskrivs vara funktionellt, relativt användarvänligt och skapar goda förutsättningar för en välfungerande samverkan. En risk som framhålls i flera intervjuer är att utskrivningsprocessen blivit så nära förknippad med systemet Prator att många medarbetare inte känns vid att delar av utskrivningsprocessen behöver ske utanför systemet.

En problematik som framkommer av intervjuerna är att behörigheten i Prator skiljer sig åt mellan kommunerna. I vissa kommuner har biståndsenheten och eventuell ytterligare legitimerad personal med behörighet tillgång till Prator. I andra kommuner har även hemtjänstenheten tillgång till Prator.

<sup>8</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 1-4 §§

En följdfeffekt är att mycket kommunikation sker muntligt över telefon utöver Prator, både internt inom kommunen samt externt med regionen. Det skapar också en ovisshet från sjukhusens sida när kommunikationsrutinerna varierar beroende på vilken kommun patienten är hemmahörande i.

Ytterligare ett problem som lyfts fram i intervjuer är att det inte finns en koppling till journalsystemen, utan Prator används parallellt med varje huvudmans övriga system, vilket orsakar extra administration.

Ett nytt kommunikations- och informationsöverföringssystem ska ersätta Prator i oktober 2024. Av intervjuer framkommer att det finns en oro inför bytet av IT-system. Oron gäller både funktionalitet och den befarat omfattande implementerings- och utbildningsprocessen.

### 3.1.2 Aktörerna är inte överens om vilken processfärg som ska tillämpas

Beroende på patientens uppskattade stöd- och omvårdnadsbehov efter utskrivning väljer sjukhuset om grön, gul eller röd process ska tillämpas. Av intervjuer framkommer att det råder delade uppfattningar mellan aktörerna om val av process. Konsekvensen av detta blir att aktörerna inte aktiverar en planeringsform anpassad till patientens behov av stöd.

Målgrupp för respektive processfärg definieras i riktlinjen. Kommunerna beskriver att de har upplevt en ökad förskjutning där tidigare röda processer har blivit gula likväl som att gula processer nu bedöms som gröna. Detta utan att en förändring i bedömningen av patientens hälsotillstånd skett, vilket innebär att patienter kan ha omfattande omvårdnadsbehov, hjälpmedelsbehov eller bostadsanpassning i en lägre processnivå. Kommunerna beskriver också en breddning av den gula processen vilken kan vara "allt ifrån ljusgul till orange", vilket riktlinjen inte stödjer. Biståndsenheternas uppfattning är att val av processfärg skiljer sig mellan sjukhus och mellan avdelningar inom samma sjukhus, trots likvärdiga behov hos patienten.

Intervjuade från sjukhusen delar bilden av att antalet rödmarkerade processer är färre för tillfället. Det finns inte ett uttalat mål om att minska antalet röda processer och fördelningen har inte analyserats. Intervjuade från både kommuner och sjukhus lyfter flera delvis motstridiga spekulationer kring förskjutningen, vilka vi bedömer kan vara relevanta för länsstyrgruppen att analysera närmare:

- Att sjukhusets tilltro till kommunernas sjukvårdskompetens har ökat i takt med att samverkan blivit mer etablerad.
- Att sjukhuset inte har tillräcklig kunskap om begränsningarna i kommunens kompetens och uppdrag.
- Att det finns en önskan om att regionens primärvård ska bli mer involverade och ta ett större ansvar i utskrivningsprocessen, vilket kan uppnås om fler processer är gröna eller gula.
- Att patienter motsätter sig det stöd som finns att få och inte vill delta i en SIP.
- Att personalsituationen på sjukhusen blivit mer pressad och att det är för tidskrävande att ta den röda processens samordnande ansvar.

Konsekvensen av att patienter med omfattande behov av stöd klassificeras med fel färg är huvudsakligen att den samordnade planeringen inte påbörjas i tid. Det kan leda till att patienten blir kvar på sjukhus, eller att patienten kommer hem med ett större stödbehov än kommunen väntat sig vilket kan leda till återinskrivning. Rätt form av samordnad planering är viktigt för att säkerställa patientens delaktighet och trygghet.

### 3.1.3 Förändringar av utskrivningsdatum orsakar problem för kommunerna

I samband med att patienten skrivs in på sjukhus ska ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter med uppgift om beräknad utskrivningsdag. Om datumet ändras ska kommunen och öppenvård meddelas.

Intervjuade biståndshandläggare uppger att en stor svårighet i planeringen av insatser är att det preliminära utskrivningsdatumet ofta ändras med kort varsel. Om utskrivningsdatumet tidigareläggs

leder det till svårigheter att hinna planera för mottagandet och verkställa insatserna. Om utskrivningsdatum å andra sidan senareläggs med kort varsel leder det istället till att kommunen har avsatt resurser (exempelvis schemalagt hemtjänstpersonal eller reserverat plats på korttidsboende) som inte nyttjas, vilket skapar onödiga kostnader för kommunen samt påverkar planeringen för andra brukare.

Sjukhusen beskriver att det är en stor utmaning att kunna förutse när en patient ska skrivas ut, inte minst multisjuka patienter vars hälsotillstånd snabbt kan förändras. Därtill utgör utskrivningsdatumet en viktig del i att tillvarata patientperspektivet då patienten genom att ha ett utskrivningsdatum att förhålla sig till blir involverad i processen.

### 3.1.4 Samordnande funktioner underlättar utskrivningsprocessen

Vid samtliga av länets sjukhus finns utskrivningssamordnare, vilka är undersköterskor och som ansvarar för att koordinera samverkan kring patientärenden. Omfattningen varierar (heltid, deltid eller inte alls) beroende på hur respektive avdelningschef planerat arbetet. Till stöd finns vid varje sjukhus en utskrivningsledare som har ett övergripande ansvar.

Funktionen beskrivs i intervjuer underlätta samverkan både kring enskilda patientärenden och på en övergripande nivå. De beskrivs underlätta utskrivningsprocessen samt fungera som en brygga mellan sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna, inte minst vid eventuella avvikelser eller missförstånd i samverkan. På de avdelningar det inte finns utskrivningssamordnare beskrivs utskrivningsprocessen vara mer tidskrävande för båda huvudmännen och enligt de intervjuade sker fler avsteg från riktlinjen. Därutöver beskrivs det finnas en relativt stor personalomsättning bland utskrivningssamordnarna samt att det endast på ett fåtal avdelningar finns flera utskrivningssamordnare som kan tjänstgöra om ordinarie utskrivningssamordnare är sjuk eller har semester. Sommarmånaderna beskrivs vara extra besvärliga.

Det varierar mellan kommunerna i vilken omfattning motsvarande funktion finns utsedd. I vissa kommuner har särskilda biståndshandläggare ett uttalat ansvar för utskrivningsprocessen, medan andra kommuner har valt att låta det vara en del av alla biståndshandläggares uppdrag för att minska personbundenheten.

### 3.1.5 Den fasta vårdkontaktens roll har sammanfogats med samordningssköterskornas

Enligt LUS ska en fast vårdkontakt utses av verksamhetschef inom den öppna vården (vårdcentralen), när ett inskrivningsmeddelande mottagits och innan patienten skrivs ut.<sup>9</sup> Enligt riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan ska en fast vårdkontakt alltid utses. Enligt "Regelbok för bedrivande av primärvård i Region Sörmland" ska funktionen samordningssköterska för multisjuka och äldre finnas på varje vårdcentral. På samtliga vårdcentraler som omfattats av denna granskning ansvarar samordningssjuksköterskor för att under utskrivningsprocessen vara fast vårdkontakt åt alla patienter som omfattas av LUS, inte bara multisjuka och äldre. Det varierar mellan vårdcentralerna om detta senare ersätts med en fast läkarkontakt.

Uppdraget *fast vårdkontakt* är inte tydligt formulerat i vare sig LUS eller i de länsgemensamma riktlinjerna. Uppdragets innehåll och omfattning är heller inte tydligt definierat i hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen eller i förarbetena till LUS. Av propositionen inför 2010 års förändringar av hälso- och sjukvårdslagen, där rätten till fast vårdkontakt först infördes, framgår att vårdgivare måste säkerställa att det finns rutiner på övergripande nivå och att lokala rutiner kan upprättas för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget samt vilken typ av uppgifter som ska ingå i uppdraget.<sup>10</sup> Av förarbetena till LUS framgår att patienter som omfattas av LUS alltid ska få en fast vårdkontakt, vilket tydliggör den öppna vårdens helhetsansvar för patientens hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivningen.<sup>11</sup> Utredningen

<sup>9</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 5 §.

<sup>10</sup> Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten - vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61f

<sup>11</sup> SOU 2015:20 *Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård*, s. 211f.

menade på att den medicinska kompetensen i öppenvården måste vara tillgänglig på ett enkelt sätt såväl för patienten själv som för andra berörda enheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även om patienten i huvudsak får sin dagliga vård från en annan verksamhet.

Uppdraget som fast vårdkontakt beskrivs indirekt i rutinen "Samordningssjuksköterska för multisjuka och äldre". För att ge äldre och multisjuka förutsättningar att bibehålla hälsa, självbestämmande och integritet samt bidra till att den sjuke och dennes närstående kan känna trygghet i vardagen samt i kontakt med vården finns funktionen samordningssjuksköterska. Samordningssjuksköterskan ska förutom att vara fast vårdkontakt för patienten också vara den samordnande kontakten vid samverkan med kommunernas hälso-och sjukvård samt vid kontakt med avdelningar på sjukhuset.

På Samverkanswebben saknas information om uppdraget som fast vårdkontakt. Eftersom lagstiftningen är vag kring denna roll bedömer vi att det kan finnas behov av förtydligande när det gäller processen kring LUS-patienter. Särskilt komplexa riskerar gränsdragningarna att bli när patienten är inskriven på särskilt boende/korttidsboende eller SSIH. Där har patienten vårdkontakter som denne träffar med hög frekvens och kontinuitet. Samtidigt kvarstår rollen som fast vårdkontakt hos vårdcentralen, som mer sällan har kontakt med patienten. Det samordnande helhetsansvaret för den fasta vårdkontakten bör därför definieras tydligare.

Av intervjuade framgår att det pågår ett förändringsarbete inom den regionala primärvården där den fasta vårdkontakten i form av samordningssköterskorna beskrivs vara central i utvecklingen mot ett effektivt resursanvändande och för omställningen till en relationsbaserad nära vård. Intervjuade vårdcentraler redogör för att tilldelningen av fast vårdkontakt sker på olika sätt. Vanligt förekommande är att samordningssköterskorna, eftersom de har tillgång till Prator, blir fast vårdkontakt till samtliga patienter som omfattas av LUS. Samordningssköterskan kan således vara fast vårdkontakt till ett mycket stort antal patienter där uppdraget beskrivs vara en administrativ lösning. Den huvudsakliga arbetsuppgiften beskrivs av intervjuad samordningssköterska vara att ringa det enligt riktlinjen angivna uppföljningssamtalet till patienten inom sju dagar. Vi noterar också att vårdkontakten oftast väljs utan att patienten har kännedom om detta, eller utan att vårdcentralerna efterfrågar eventuella särskilda önskemål.

Implementeringen av samordningssjuksköterska som fast vårdkontakt skiljer sig mellan granskade vårdcentraler. Intervjuade påtalar dock att det inom primärvården saknas resurser för att omställningen ska kunna äga rum i önskad hastighet. Därutöver försvårar en hög personalomsättning omställningen till nära vård med fler fasta vårdkontakter. Införandet av LUS har därför inneburit stora utmaningar för primärvården.

## 3.2 Steg 2: Vårdtid

Enligt LUS ska berörda enheter inom socialtjänsten och öppenvården vid mottaget av inskrivningsmeddelande börja planera insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivning få sina behov tillgodosedda.<sup>12</sup> Målsättningen är enligt den länsövergripande rutinen att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. Ingen ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 2 - Vårdtid	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"><li>● Beskriva status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser i Prator.</li><li>●● Om det senare under vårdförloppet bedöms att patienten behöver insatser skickas inskrivningsmeddelande omgående efter denna bedömning.</li><li>●● Skicka initiativ till SIP via Prator.</li><li>● Status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser beskrivs enligt SBAR i Prator.</li><li>● Förbereda och kalla till SIP som görs på sjukhus innan patienten blir utskrivningsklar. Medverka samt dokumentera vid SIP.</li><li>● Planera inför utskrivning.</li></ul>

<sup>12</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 6 §.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vid behov erbjuda kommunens personal utbildning.</li> <li>● Skrymmande nödvändiga hjälpmedel ska beställas så de är hemma när patienten kommer hem.</li> <li>● Ge uppdrag till kommunens hälso- och sjukvård. Uppdrag förbereds och utförs enligt Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län.</li> </ul>
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag (vardagar) och ange fast vårdkontakt. Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li> <li>● Skriva in adekvat information i SBAR i Prator.</li> <li>● Fylla på med adekvat information i SBAR.</li> <li>● Planera inför mottagande av medicinskt ansvar och samarbete med kommunens socialtjänst och/eller hemsjukvård.</li> <li>● Förbereda och medverka vid SIP. Tid för uppföljning och samordningsansvarig för SIP ska bestämmas innan utskrivning.</li> </ul>
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag. Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li> <li>● Fylla på med adekvat information i SBAR i Prator.</li> <li>● Delta vid utbildning.</li> <li>● Planera inför mottagande i hemmet och samarbete med läkare i landstingsfinansierad öppenvård.</li> <li>● Bekräfta uppdraget till hemsjukvården.</li> <li>● Förbered och medverka vid SIP.</li> </ul>
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag. Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li> <li>● Fylla på med adekvat information i SBAR i Prator.</li> <li>● Delta vid utbildning.</li> <li>● Planera inför mottagande i hemmet.</li> <li>● Förbered och medverka vid SIP.</li> <li>● Lämna utförarens kontaktuppgifter till sjukhuset.</li> </ul>

### 3.2.1 Informationsöverföringen mellan parterna brister eller sker i parallella kanaler

Kommunikation mellan slutenvård, öppenvård och kommun inför utskrivning ska enligt riktlinjen ske i Prator. Enligt riktlinjen ska sjukhusen beskriva status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser i Prator vid samtliga processer. Intervjuade biståndshandläggare beskriver dock att informationsöverföring genom Prator huvudsakligen sker endast om det är en röd process. Vid grön och gul process sker merparten av kommunikationen i stället över telefon.

Bland de intervjuade upplever både kommunernas biståndshandläggare och sjukhusens utskrivningssamordnare att kommunikationen brister. Konsekvensen blir att biståndshandläggarna får efterfråga kompletterande information över telefon eller genom andra parallella kommunikationskanaler, vilket orsakar merarbete och riskerar att spårbarhet går förlorad. Utskrivningssamordnare påtalar att de uppfattar att ett tydligt trendbrott skedde under Covid-19-pandemin, där biståndshandläggarna började ringa istället för att använda Prator, vilket delvis har fortsatt.

Intervjuade biståndshandläggare beskriver att på de avdelningar det inte finns utskrivningssamordnare fungerar informationsöverföringen sämre. Att utskrivningssamordnare är undersköterskor och inte sjuksköterskor beskrivs av vissa intervjuade innebära begränsningar i förmågan att självständigt bedöma och beskriva patientens medicinska behov. Likväl som att ha en proaktivt samordnande och kritiskt ifrågasättande roll gentemot övriga professioner på sjukhuset.

### 3.2.2 Metodstödet uppges vara otillräckligt och svårt att hitta

Från både regionen och kommunerna framhålls att det saknas kompletterande vägledning till medarbetare i specifika situationer i utskrivningsprocessen. Exempelvis beskrivs att det saknas



handfasta, förenklade och användarvänliga vägledningar eller checklistor för de situationer där problem ofta uppstår. Enligt divisionschef för primärvård pågår det ett arbete med att ta fram en *utskrivningsskola*.

Regionen tillhandahåller *Samverkanswebben*, en webbplats för vårdgivare, kommuner och andra samarbetspartners som har gemensamma uppdrag med regionen. Genom Samverkanswebben förmedlas information som utarbetats av eller för samverkansstrukturen i regionen. Däribland finns information om strukturen för närvårdssamverkan, information att vidareförmedla till anhöriga/närstående, information om hemsjukvård, information om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård samt ingångna avtal, riktlinjer och överenskommelser som gäller inom Närvården i Sörmland. Vid genomförda intervjuer hänvisar kommunernas medarbetare ofta till Samverkanswebben och det finns en god kännedom om sidans existens. Sidan uppges dock inte vara användarvänlig vilket, i kombination med begränsat innehåll, får konsekvensen att den inte används i särskilt hög utsträckning.

Av intervju framgår att avsikten från läns-gemensamt regionalt stöd är att se över Samverkanswebbens innehåll och användarvänlighet framgent.

### 3.2.3 SIP-möten sker i liten utsträckning och vårdcentralerna upplevs frånvarande

Enligt LUS ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommunens socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.<sup>13</sup> En kallelse till SIP ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den öppna vården, senast tre kalenderdagar efter att slutenvården har meddelat att patienten är utskrivningsklar.<sup>14</sup> Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än kommunen eller regionen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.<sup>15</sup>

I och med införandet av LUS har den fasta vårdkontakten i primärvården erlagts ansvaret att kalla till SIP: en. Det är en förändring som syftar till att aktivera primärvården på ett tidigt stadium och därmed säkerställa samordning och kontinuitet.<sup>16</sup> Inom Närvård i Sörmland har den fasta vårdkontakten i de läns-gemensamma riktlinjerna inte erlagts lika stort ansvar som lagens intentioner anger. Av den läns-gemensamma rutinen framgår att ansvaret för att kalla till SIP skiljer sig beroende på processfärg. Vid röd och gul process ska sjukhuset initiera SIP. Vid uppföljning av gul process är vårdcentralen huvudansvarig och vid uppföljning av grön process ligger ansvaret på både kommun och vårdcentral. Samtliga har alltid möjlighet att påkalla behovet. Primärvården har dock ett ansvar att delta vid SIP under utskrivningstiden. Av intervjuer framkommer en samstämmig bild från kommuner och sjukhus om att primärvården uteblir eller tar en passiv roll vid SIP-möten.

Intervjuade från vårdcentralerna känns vid beskrivningen, men beskriver att de inte upplever sig ha en nödvändig roll i dessa SIP-möten. Deras samordningsroll är marginell i jämförelse med slutenvården och kommunerna. Därutöver beskriver intervjuade att en SIP inte alltid är nödvändig då det inte finns något behov av insatser från primärvården. Primärvården är delaktiga i utskrivningsprocessen på andra sätt än att medverka vid SIP. Uppföljningsansvaret att ringa en utskriven patient inom sju dagar lyfts fram som exempel.

I Prator registreras när en part har tagit initiativ till en SIP, men inte hur många som faktiskt genomförs eller vilka parter som medverkar. Det finns inte heller någon dokumentation över bedömningen av behovet av SIP eller om patienten har erbjudits SIP men tackat nej. Mot den bakgrunden är det svårt att bedöma hur stort antalet rimligen borde vara.

Vissa intervjuade lyfter fram att digital planering och SIP-möten också har oönskade negativa effekter ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Det är många patienter som inte förstår digital

<sup>13</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 4 kap 1 §.

<sup>14</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 4 kap 3 §.

<sup>15</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap. 4 § samt Socialtjänstlagen (2001:453) 2 kap. 7 §.

<sup>16</sup> SOU 2015:20 s. 231

informationsöverföring, främst demenssjuka patienter, vilket gör att de inte i tillräcklig utsträckning blir involverade i utskrivningsprocessen. De flesta SIP:ar enligt de gröna och gula processerna sker över telefon, medan röda processer hanteras genom videolänk eller fysiska möten.

### 3.2.4 Patientens delaktighet i planeringen kan utvecklas

Enligt riktlinjen ska en trygg och säker utskrivning från slutna vård bygga på delaktighet och samtycke från patienten. Det samlade behovet av insatser efter hemgång samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats ska klargöras inför utskrivning. Personalen ska särskilt beakta närståendes delaktighet, utifrån samtycke från patienten.

En konsekvens av att planeringen mellan parterna huvudsakligen sker genom Prator och telefon är att patienten inte är delaktig och inte heller har mer insyn än vad som förmedlas av behandlande läkare eller annan vårdpersonal på sjukhuset. Den fasta vårdkontakten i form av samordningssjuksköterska på vårdcentralerna tar inte kontakt med patienten förrän efter hemgång.

Kommunikationen med patienten förefaller ibland vara i otakt mellan parterna. Flera av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver att de ibland kontaktar patienter som ännu inte har informerats av sin läkare om förestående utskrivning, och som blir illa berörda av beskedet. Intervjuade läkare beskriver i gengäld att de ofta mottar frågor från både patienter och anhöriga om vad som kommer att hända efter utskrivningen, där osäkerhet kring fortsatt stöd skapar stor oro hos patienten dagarna före hemgång.

### 3.2.5 Att utbilda kommunens personal upplevs betungande för sjukhusen

Enligt riktlinjerna ansvarar sjukhuset för att vid behov utbilda kommunens personal. Det handlar i sammanhanget vanligen om utbildning av hemtjänst i hantering av medicinteknisk utrustning som exempelvis syrgaspump eller sondmatning. Utbildningen genomförs av personalen vid den avdelning där patienten vårdas. Att utbildningarna sker på förfrågan kopplat till enskilda patienter gör, i kombination med hög personalomsättning och stort antal från varandra separata hemtjänstenheter, att förfarandet upplevs betungande för sjukhuspersonalen.

## 3.3 Steg 3: Utskrivningsklar

Enligt LUS ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om att en patient är utskrivningsklar, när den behandlande läkaren har gjort denna bedömning.<sup>17</sup> Enligt den länsgemensamma riktlinjen betyder utskrivningsklar att den behandlade läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården. Förutsättningen för utskrivningsklar är att samtliga kriterier för *hemgångsklar* är uppfyllda.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 3 - Utskrivningsklar	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"><li>●● Ge uppdrag till kommunens hälso- och sjukvård.</li><li>●● Uppdrag förbereds och utförs enligt <i>Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län</i>.</li><li>●●● Skicka remiss till regionens öppenvård vid behov av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser. I de fall patienten går till korttidsboende ska remiss skickas till den vårdcentral/motsvarande som har läkaransvar för korttidsboendet.</li><li>●● Skriva utskrivningsrapport i Prator. Uppdatera rapporten vid förändring.</li><li>●●● Läkemedel se rutin <i>Säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning</i>, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning som krävs för att patienten ska klara de första tre vardagarna i hemmet avseende förflyttning, toalettbesök och nutrition finns tillgängliga för patienten.</li><li>●●● Säkerställ att patienten är hemgångsklar.</li></ul>

<sup>17</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 3 kap 1 §.

Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Bekräfta mottagen remiss vardagar inom 24 timmar.</li> <li>●● I samband med hemgång tas ansvaret över i enlighet med remiss.</li> </ul>
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Återkoppla och bekräfta uppdraget.</li> </ul>
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Meddela när patienten är kommunklar samt kontaktuppgifter till utföraren.</li> <li>● Bekräfta utskrivningsrapport och kontakta vid behov patienten.</li> </ul>

### 3.3.1 Det råder delade uppfattningar om när patienten är utskrivningsklar

En vanligt förekommande diskussion mellan kommun och sjukhus handlar om ifall en patient är färdigbehandlad eller inte. Konflikten bottnar ofta i en felaktig bild av tillgänglig kompetens och resurser inom den kommunala verksamheten, där utskrivande läkare av kommunerna upplevs ha orimligt höga förväntningar på vilken vård- och omsorg patienten kommer att få av kommunen. Intervjuade korttidsboendechefer beskriver att de förväntas ta emot mer sjuka personer än vad de har resurser att omhänderta sett till boendets personaltäthet och kompetensnivå. Därtill beskrivs att anhöriga från sjukhuset får en felaktig bild av vad korttidsboende innebär, om kommunernas möjlighet att erbjuda en korttidsplats samt av formerna för behovsprövning av dessa.

Bland de intervjuade på sjukhusen framkommer en oroskänsla inför vissa utskrivningar. Flera läkare och sjuksköterskor belyser att patienter med rätta kan bedömas vara färdigbehandlade inom deras akut- eller specialistvårdsavdelning, men fortfarande ha ett stödbehov som överskrider vad som ges inom ramen för korttidsboende eller eget boende. Även kommunerna upplever att patienter i behov av fortsatt specialistvård efter utskrivning ofta leder till förlängda utskrivningsprocesser och mycket diskussion mellan parterna, även om antalet ärenden är få. Det framkommer frustration över otydliga, ineffektiva eller okända gränsdragningar mellan hemsjukvård och SSIH och palliativa patienter lyfts fram som särskilt utsatta. En översyn av arbetet med mobila specialistteam och jourteam lyfts fram som en möjlig väg framåt. Det framkommer även att det finns en brist på rehabiliteringsplatser i regionens regi för vissa patientgrupper.

Läkare belyser också att många patienter återinläggs av icke-medicinska skäl, exempelvis att det saknas sjukvårdsrelaterat förbrukningsmaterial i hemmet när hemtjänsten ska utföra insatser. Rehab- och hjälpmedelsjour finns inte i regionen.

### 3.3.2 Brister i kommunernas interna kommunikation gör att utskrivningar sker för tidigt

Enligt den länsgemensamma riktlinjen är 'kommunklar' ett meddelande som kommunen ska skicka för att informera slutenvård och öppenvård om när kommunens åtagande tidigast kan verkställas. Ibland brister kommunikationen och biståndshandläggaren markerar patienten som kommunklar utan att hemsjukvården är redo.

Kommunernas stuprörsorganisation och informationsasymmetri orsakar ibland interna missförstånd. Det är biståndshandläggarna som hanterar kommunikationen via Prator och är de som förmedlar när kommunen är kommunklar. Biståndshandläggarna arbetar utifrån socialtjänstlagen, men markeringen kommunklar ska även omfatta hemsjukvården som får sitt uppdrag från läkare enligt hälso- och sjukvårdslagen. En vanligt förekommande situation är att hemsjukvård eller rehab inte har hunnit säkerställa att patienten kan komma hem. Problemet skulle sannolikt kunna undvikas om fler enheter, utöver biståndshandläggarna, hade tillgång till Prator eller att kommunklar markeras separat för SOL och HSL-insatser.

Vidare kritiserar sjukhusen för att inte särskilja begreppen utskrivningsklar, hemgångklar och kommunklar. Intervjuade inom kommunerna beskriver att det förekommer situationer där sjukhusen skickar hem en patient så fort han eller hon är markerad som utskrivningsklar i Prator, utan att invänta kommunklar.

### 3.3.3 Rehabiliteringens frånvaro i processen upplevs vara särskilt problematisk

En kritisk del i utskrivningsprocessen är att nödvändiga hjälpmedel finns på plats när patienten skrivs ut. Det kan exempelvis handla om hjälpmedel och medicinskteknisk utrustning för att klara förflyttning, toalettbesök och nutrition. Regionen ansvarar för att patienten har hjälpmedel för de första tre vardagarna, samt mellanliggande helgdagar, därefter tar kommunens ansvar vid. När patienten ska skrivas ut från sjukhuset finns vissa enklare hjälpmedel i basförråd på sjukhusen för att medföras vid hemgång, exempelvis rullatorer eller anpassade toasitsar. Mer avancerade hjälpmedel såsom rullstolar eller en specialanpassad säng är en beställningsvara med leverans som kan dröja fem dagar. Patienten skrivs då ut utan anpassat hjälpmedel eller blir ineliggande på sjukhuset.

Av granskningen framgår att den kommunala rehabiliteringens frånvaro i processen upplevs vara särskilt problematiskt, både under vårdtiden, vid utskrivning och efteråt. Den kommunala rehaben beskriver att deras perspektiv inte tillvaratas när patienten bedöms vara kommunklar. De blir involverade för sent och biståndshandläggarna arbetar utifrån en annan lagstiftning och har inte tillräcklig kännedom om vikten av rehab i utskrivningsprocessen.

Det finns logistiska utmaningar kring förskrivning av hjälpmedel till ineliggande patienter. Det kan krävas hembesök för att kunna planera eller bedöma behovet av anpassningar och hjälpmedel, vilket inte alltid är möjligt när patienten är ineliggande. Efter utskrivning är patienten inte alltid tillgänglig för att ta emot leverans eller kan vara fysiskt förhindrad att öppna dörren vilket kräver samordning med anhöriga, hemtjänst eller primärvård. Intervjuade enhetschefer inom hemtjänst beskriver att hembesök från regionens rehab sker mycket sällan och att hemtjänstens kunskap om förutsättningarna i hemmet sällan efterfrågas. Därutöver beskriver sjukhusen att det inom den regionala rehaben finns bemanningsproblem då det inom många avdelningar inte finns sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. Patienter som skrivs ut utan hjälpmedel eller med fel hjälpmedel återinskrivs i enstaka fall direkt efter utskrivning eftersom den enskilde inte har möjlighet att klara sig i hemmet utan erforderliga hjälpmedel.

När kommunens rehab tar vid upplever många intervjuade att de hjälpmedel som sjukhuset har förskrivit inte finns eller är fel. Exempelvis vittnar flera kommuner om att de har ett "hemligt lager" med inkontinenthjälpmedel då sjukhuset inte har förskrivit några alls eller tillräckligt många. Detta är inte tillåtet eftersom inkontinenthjälpmedel ska förskrivas individuellt.

## 3.4 Steg 4: Hemgång

Enligt LUS ska slutenvården överföra den information som är nödvändig för att berörda enheter ska kunna ge patienten insatser från socialtjänst eller hälso- och sjukvård, senast samma dag som patienten skrivs ut från vårdenheten.<sup>18</sup> Information ska också ges till patient och närstående i enlighet med 3 kap. patientlagen (2014:821).

Enligt den länsövergripande överenskommelsen är en patient hemgångsklar när samtliga kriterier nedan är uppfyllda:

- ▶ Behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.
- ▶ Patienten har fått skriftlig information inför hemgång.
- ▶ Fast vårdkontakt har utsetts i den regionfinansierade öppna vården.
- ▶ Nödvändig information för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst har överförts till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande. Nödvändiga hjälpmedel och medicinteknisk utrustning från Regionen är tillgängliga för patienten utifrån dennes behov.

I samband med att patienten lämnar sjukhuset ska följande vara färdigt enligt den länsgemensamma riktlinjen: remiss till öppenvård, medicinsk epikris/slutanteckning, utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse, aktuell läkemedelslista från Regionens journal. Förutom detta ska även sjukintyg, egenvårdsbeslut, recept/dosrecept, uppdrag till hemsjukvården (med hemsjukvård avses

<sup>18</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 3 kap 2 §.

vård i ordinärt boende och SÄBO/ korttidsboende), omvårdnadsepikris samt utskrivningsrapport i Prator göras klart. Patient och närstående ska ha fått information om fast vårdkontakt och fortsatt planering. Kvällar och helger ska sjukhuset meddela kommunen nytillkommen information via telefon.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 4 - Hemgång	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Skicka [●●uppdaterad] utskrivningsrapport i Prator med uppgift om när patienten lämnar sjukhuset och redogörelse för patientens behov av fortsatt vård och omsorg. Ta kontakt med hemtjänsten [●/utföraren] [●dagen innan] för överenskommelse om lämplig tid för hemgång, beställ lämplig transport och beakta hjälpmedel. Avbryt eget deltagande i SIP samt överför samordningsansvaret till utsedd person.</li> <li>● Säkerställ att uppdraget till hemsjukvård (UHS) är bekräftat av mottagaren. Lämna ut information till patienten. Säkerställ att kontaktuppgifter till patienten utan pågående kommunala insatser överförs till kommunen.</li> <li>●● Kvällar och helger ska sjukhuset meddela kommunen nytillkommen information via telefon.</li> </ul>
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●● Överta medicinskt ansvar.</li> <li>● Överta medicinskt ansvar enligt SIP och efter mottagen remiss.</li> </ul>
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Skriva in patienten i hemsjukvård alternativt utföra enstaka hembesök samma dag som patienten kommer hem.</li> <li>●● Utföra hälso- och sjukvårdsinsatser enligt behov.</li> </ul>
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Återinsätta tidigare insatser snarast dock senast inom 24 timmar.</li> <li>●● Påbörja insatser samma dag.</li> </ul>

Vi noterar att små skillnader mellan processfärgerna riskerar att leda till fel i detta steg. De tre processerna innehåller i huvudsak samma moment. Vid gul process ska kontakt med hemtjänst/utförare ske en dag tidigare än i grön och röd process. Endast i grön process ska sjukhuset säkerställa att uppdraget till hemsjukvård (UHS) är bekräftat av mottagen.

### 3.4.1 Hemtjänsten överraskas ibland av utskrivningen

Av samtal med biståndshandläggare och hemtjänsten framgår att sjukhusen tar kontakt med hemtjänsten för överenskommelse om lämplig tid för hemgång innan patienten är kommunklar. De intervjuade upplever också att det är vanligt förekommande att patienter skrivs ut med kort varsel på fredag eftermiddag, inför storhelger, inför semestertider, kvällstid när rehab inte är tillgängliga, när det är minst antal vårdplatser på sjukhuset och störst personalbrist inom hemtjänsten.

Vår sammanställning över registrerade utskrivningsklar-datum i Prator tyder dock på att fördelningen är jämnt fördelad tisdag-fredag, med en liten övervikt på fredagar. Denna står dock inte i proportion till beskrivningen från de intervjuade.



Figur 3: Antal patienter 2021-2022 (t.o.m 15 nov 2022) markerade som utskrivningsklara i Prator fördelat per veckodag

Upplevelsen av den ökade belastningen på obekväma bör ändå tas på allvar. Om informationen i Prator har varit bristfällig har kommunen inte tillräcklig kännedom om patientens behov och förutsättningar. Om information ändras eller tillkommer sent är det inte säkert att de funktioner som bevakar Prator hinner upptäcka och vidareförmedla det. Enligt riktlinjen ska nyttillkommen information på kvällar och helger alltid meddelas via telefon för att säkerställa att informationen når fram, vilket enligt intervjuade inte alltid sker. En försvårande faktor från sjukhusets sida är att kommunerna har olika rutiner för huruvida hemtjänstgrupper läser information i prator eller inte. Bland länets kommuner finns därtill en stor variation i sammansättningen av verksamhet i egen regi och privata utförare i upphandlade system/valfrihetssystem. Antalet inblandade utförare och utförarnas respektive kapacitet är för vissa kommuner en komplicerande faktor när det gäller samverkan kring utskrivningsklara patienter.

Hemtjänsten beskriver att de i nästan samtliga fall anpassar sig och hanterar oplanerade och sena utskrivningar men att det tar mycket tid och resurser i anspråk. I enstaka fall leder det till undvikbara återinskrivningar. Det beskrivs vara ett stort bekymmer och skapar negativa följder för såväl samverkan som patientens välmående.

### 3.4.2 Bristande information vid hemgång hotar patientsäkerheten

Vid hemgång ska sjukhuset säkerställa förmedlingen av utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse, en skriftlig sammanfattning av de förändringar (in-/och utsättning, dosändring) som har gjorts under vårdtillfället. Den ges till patienten vid hemgång tillsammans med aktuell läkemedelslista från regionens journal. Som ytterligare stöd finns en rutin för säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning.

Representanter från kommunerna vittnar om att sjukhusets läkemedelslistor ofta är ofullständiga eller felaktiga. Ibland anländer utskrivna patienter till boendet eller hemmet utan att någon medicinlista har förmedlats, vilket leder till behov av att eftersöka information. Vid intervjuer framkommer även att sjukhusen skriver ut egenvårdsintyg till patienter utan att säkerställa genomförandet efter utskrivning.

Enligt den länsgemensamma riktlinjen ska patient och närstående ha fått information om fast vårdkontakt och fortsatt planering vid hemgång. Därutöver ska patienten få skriftlig information om vem som ansvarar för respektive åtgärd och hur man kommer i kontakt med denne. Skriftlig information ges med hjälp av informationsfoldrar. Foldern finns i två versioner utifrån att processen, vårdkontakter etc. skiljer sig och förhoppningen är att ge varje patient en så tydlig beskrivning som

möjligt. I informationsbrevens finns bland annat information om utskrivningsprocessen, planering inför hemgång, vad som sker när du har kommit hem och kontaktuppgifter. Det finns också information om anhörigstöd. Informationen finns endast på svenska.

### 3.4.3 Få SIP-möten sker i hemmet

Enligt den läns-gemensamma överenskommelsen ska arbetet organiseras på ett sådant sätt att SIP i huvudsak kan utföras i hemmet och inte på sjukhus. Få SIP-möten sker dock i hemmet där kommunen är sammankallande aktör. Intervjuade biståndshandläggare delar bilden av att det sker få SIP:ar i hemmet där kommunen har kallat till SIP. En orsak som lyfts från flera intervjuade är att sjukhuset ofta skickar initiativ till en SIP utan att fullfölja och avsluta den SIP:en. Det blir en SIP som inte leder någonstans och när patienten väl är hemma tar det stopp. Ansvaret faller mellan stolarna och aktörerna skyller på varandra.

Därutöver påverkar kommunernas interna organisation möjligheten att kalla till SIP. Ett vanligt förekommande fenomen är att den kommunala organisationen är uppdelad och organiseras utifrån funktioner inom verksamheten där samverkan mellan funktionerna och verksamheterna stundtals är bristfällig. Det är vad som inom organisationsteori benämns som 'stuprörsorganisation'. Funktionerna utgör sedan de så kallade stuprören inom organisationen och dessa medför avgränsningar mellan avdelningarna vilket genererar svårigheter för de anställda att arbeta tvärssektoriellt. Biståndshandläggarna har möjlighet att kalla till SIP men problem uppstår då de inte har tillräcklig information och kunskap om patientens eventuella behov av SIP. Den typen av informationsasymmetri inom den kommunala stuprörsorganisationen bidrar således också till att kommunerna sällan kallar till SIP.

Intervjuade inom vårdcentraler och sjukhus beskriver att SIP-möten vid behov alltid bör ske i hemmet då samordning och samverkan brister, detta i syfte att uppnå en personcentrerad nära vård där den enskilda patientens behov är i fokus. Det framkommer även att kommunen borde ta ett större ansvar att kalla till SIP i hemmet innan en sjukhusinläggning, i förebyggande syfte. Information om förändrat vård- och omsorgsbehov finns ofta hos hemtjänstpersonalen som möter brukaren dagligen och en tidigare SIP i hemmet skulle alltså kunna förhindra eller framflytta en sjukhusinläggning.

## 3.5 Steg 5: Uppföljning

Av lagstiftningen framgår inga krav eller förväntningar på uppföljning efter att patienten har lämnat sjukhuset. I den läns-gemensamma riktlinjen finns krav på både uppföljande patientkontakt och direktiv kring hur parterna ska kalla till SIP om behov av samordning uppmärksammas efter hemkomst.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 5 - Uppföljning	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Ringa upp patienten i hemmet inom 24 timmar för ett trygghetsskapande samtal (webbkollen).</li> </ul>
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Ringa upp patienten i hemmet inom 7 dygn för ett trygghetsskapande samtal enligt webbkollen.</li> <li>●● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset.</li> <li>● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas. Om någon part avser att delta via videolänk ska detta vara möjligt. Öppenvården ansvarar för att öppna länk som möjliggör anslutning från övriga parter.</li> <li>● Om patienten har behov av samordning kallar öppenvården till SIP i prator inom tre dagar från det att patienten är utskrivningsklar. Detta kan göras innan remiss kommit. Medverka samt dokumentera vid SIP. Om behov av samordning <u>inte</u> föreligger avslutas SIP processen. Följ <i>Rutin för att hantera informationsflöde i Prator</i>. Öppenvården ansvarar för att öppna videolänk som möjliggöra anslutning från övriga parter.</li> </ul>



Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser.</li> <li>● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas.</li> <li>● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset.</li> </ul>
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kontakta patienten för bedömning av SoL-insatser inom 72 timmar eller nästkommande vardag efter hemkomst.</li> <li>● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas.</li> <li>●● Ringa upp patienten vid ordinarie uppföljningstillfälle (till exempel webbkollen).</li> <li>● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset.</li> </ul>

### 3.5.1 Telefonsamtal efter hemgång skapar trygghet, delaktighet och en möjlighet att fånga upp behov av bättre samordning – men alla patienter blir inte uppringda

Enligt den länsgemensamma riktlinjen är ansvaret för uppföljningen delat. Sjukhuset ansvarar för att ringa upp patienten i hemmet inom 24 timmar för ett trygghetsskapande samtal. För detta används vård- och omsorgskollen (tidigare känt som webbkollen), ett av SKR framtaget intervjustöd för att följa upp kvaliteten för individer som har kontakt med vård och omsorg inom kommuner och regioner. Öppenvården ska ringa upp patienten i hemmet inom sju dygn för ett trygghetsskapande samtal enligt webbkollen. De standardiserade intervjumallarna är utformade för att skapa trygghet och delaktighet, och för att möjliggöra förebyggande insatser som exempelvis att tydliggöra läkemedelsändringar, förmedla kontakter och erbjuda SIP (samordnad individuell plan) när det finns fortsatt behov av samordning.

Kommunerna ska ringa upp patienten vid ordinarie uppföljningstillfälle. När detta inträffar varierar beroende på vilken typ av insats som har beviljats och om det är nya eller utökade insatser alternativt om tidigare beviljade insatser återupptagits. Rutinerna varierar mellan kommunerna. Vid ett utökat behov beviljas i regel nya eller utökade insatser för en kortare tid, ca två veckor, och följs därefter upp inför ett mer långvarigt biståndsbeslut.

Följsamheten mot uppföljningsansvaret beskrivs vara bristfälligt. Enligt närvårdscoordinator har verktyget förändrats av SKR och regionen har under 2021-2022 testat olika verktyg och frågebatterier. Detta gör att jämförande statistik saknas. Vi har inte kunnat ta del av sammanställning över antal genomförda samtal som dokumenterats och kan därför inte jämföra med antalet utskrivningar som omfattas av LUS. Inom vissa avdelningar finns inte kännedom om att sjukhuset ska ringa upp patienten inom 24 timmar; inom andra avdelningar finns kännedom om sjukhusets uppföljningsansvar men det efterlevs inte till följd av tidsbrist. En intervjuad beskriver att många patienter blandar ihop de olika aktörerna när både sjukhuset, vårdcentralen och kommunen ringer, vilket skapar en förvirring.

Inom primärvården är det samordningssjuksköterskorna som har de uppföljande samtalen. Det beskrivs inte vara några svårigheter att fullfölja ansvaret som riktlinjen anger. Vid dessa samtal kan samordningssjuksköterskorna identifiera om ytterligare samordningsinsatser krävs.

### 3.5.2 Genomförda SIP utvärderas i regel inte gemensamt av aktörerna

Att en SIP ska följas upp och avslutas beskrivs inte i lagstiftningen. Enligt den länsgemensamma riktlinjen ansvarar öppenvården och kommunen (beroende på vem som är sammankallande) för uppföljning av SIP gjord på sjukhuset vid röd process. Granskningen visar att gemensam formaliserad uppföljning av SIP inte sker i någon betydande utsträckning utan vanligen hanteras separat av respektive aktör. Rutin för informationsflöde i Prator medger att uppföljning kan ske av den enskilde vårdgivaren eller gemensamt.



## 4. Uppföljning, förbättringsarbete och utveckling

### 4.1 Uppföljningen inom ansvariga nämnder och styrelser är begränsad

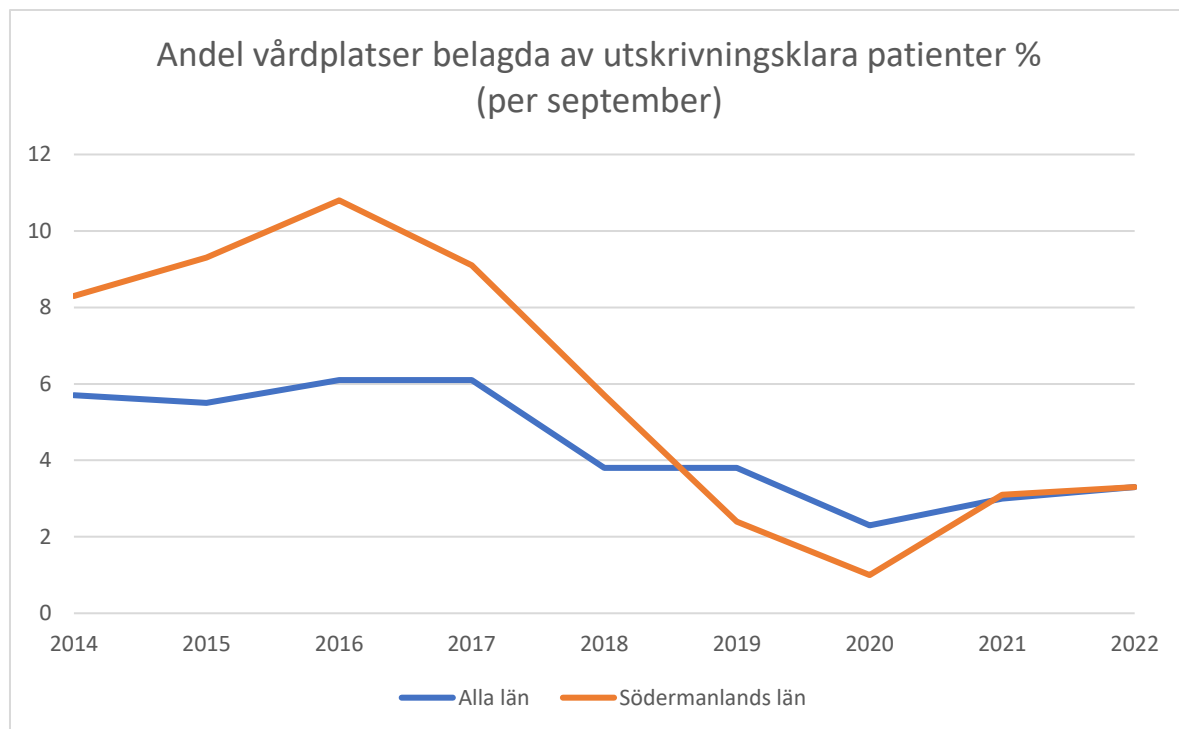
Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Vi noterar att det inte har tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad.

Den länsövergripande riktlinjen diskuteras återkommande inom strukturen för närvårdssamverkan. Riktlinjerna reviderades av NSV senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Genomgående är att endast ett fåtal av de ansvariga nämnderna följer upp arbetet på övergripande nivå. Bland granskade nämnder och styrelse noterar vi inga specifika mål eller nyckeltal kopplat till LUS. Enligt intervjuade förvaltningschefer finns en stor tilltro till verksamheten och ingen särskild uppföljning efterfrågas eftersom samverkan upplevs välfungerande och kommunen inte blivit betalningsansvarig. Flera av förvaltningscheferna beskriver att de kontinuerligt, eller vid behov, lämnar skriftlig eller muntlig information om arbetet med LUS och samverkan kring utskrivningsklara patienter. I övrigt rapporteras statistik i form av exempelvis utskrivningsklara dagar.

### 4.2 Statistiken tyder på att utskrivningsprocessen är effektiv

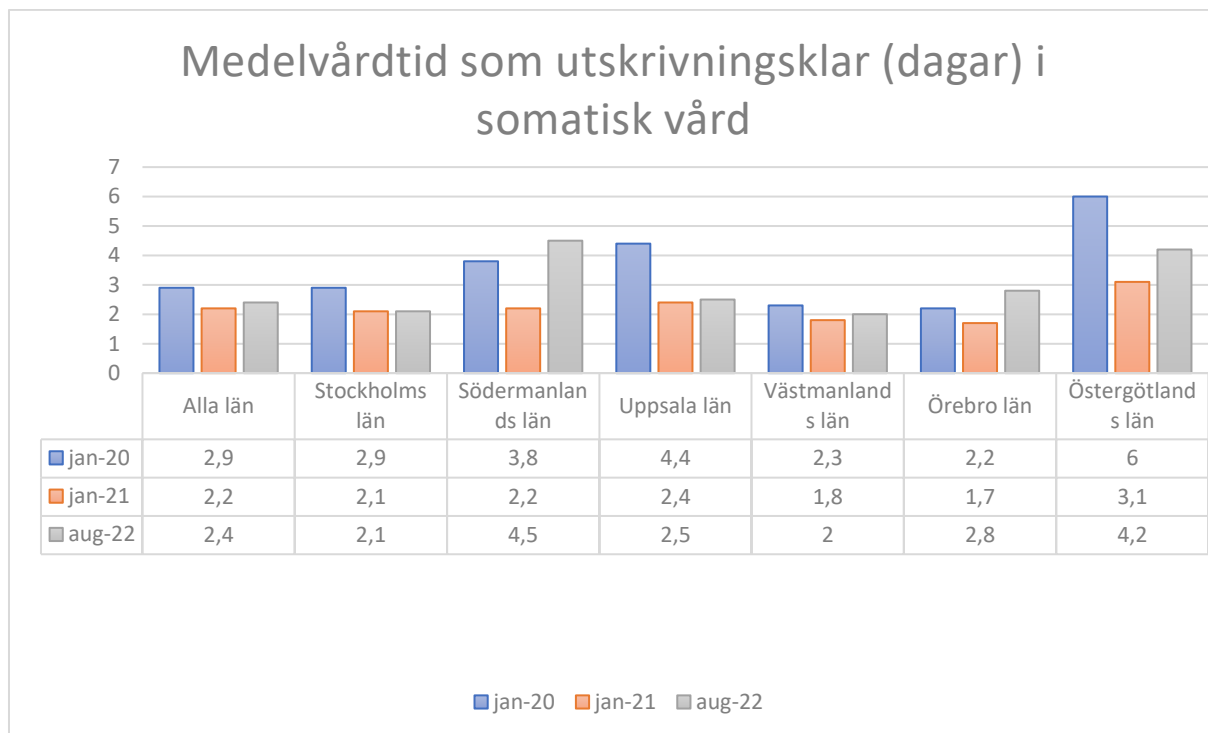
Sedan 2014 har det skett tydliga framsteg gällande att skapa en utskrivningsprocess där patienter kan skrivas ut så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Andel vårdplatser som beläggs av utskrivningsklara patienter minskade kraftigt, från att inledningsvis ha varit avsevärt högre än genomsnitt i övriga landet. Utvecklingen har sedan 2020 vänt uppåt och är nu i paritet med genomsnittet.



Figur 3: Belagda platser, som visar andel (%) disponibla vårdplatser som i genomsnitt under månaden varit belagda av utskrivningsklara patienter, källa SKR Väntetider i vården.

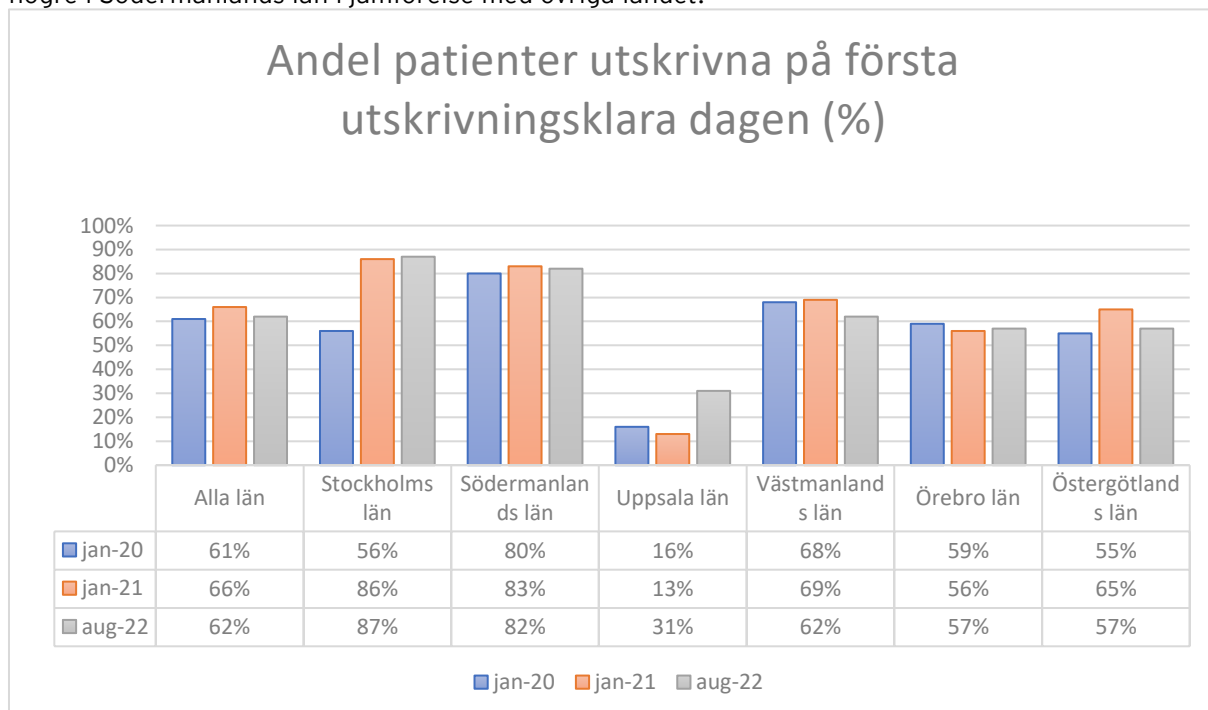
Trots det framgångsrika arbetet är medelvårdtiden som utskrivningsklar i den somatiska vården högre i Södermanlands län än övriga i landet. Observera att statistiken skiljer sig mot de resultat

som redogjordes i avsnitt 2.2 om betalningsansvar, eftersom betalningsansvarsgrundande dagar inte omfattar *nolldagen* och har bryttider vid klockslag.



Figur 4: Dagar i snitt, som visar medelvårdtiden som utskrivningsklar för de patienter som skrivits ut under månaden och som varit utskrivningsklara minst en dag. Källa: SKR Väntetider i vården.

Av redovisning framgår att andelen patienter som skrivits ut på första utskrivningsklara dagen är högre i Södermanlands län i jämförelse med övriga landet.



Figur 5: Andel patienter som skrivs ut på utskrivningsklardagen i förhållande till antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller mer. Källa: SKR Väntetider i vården.

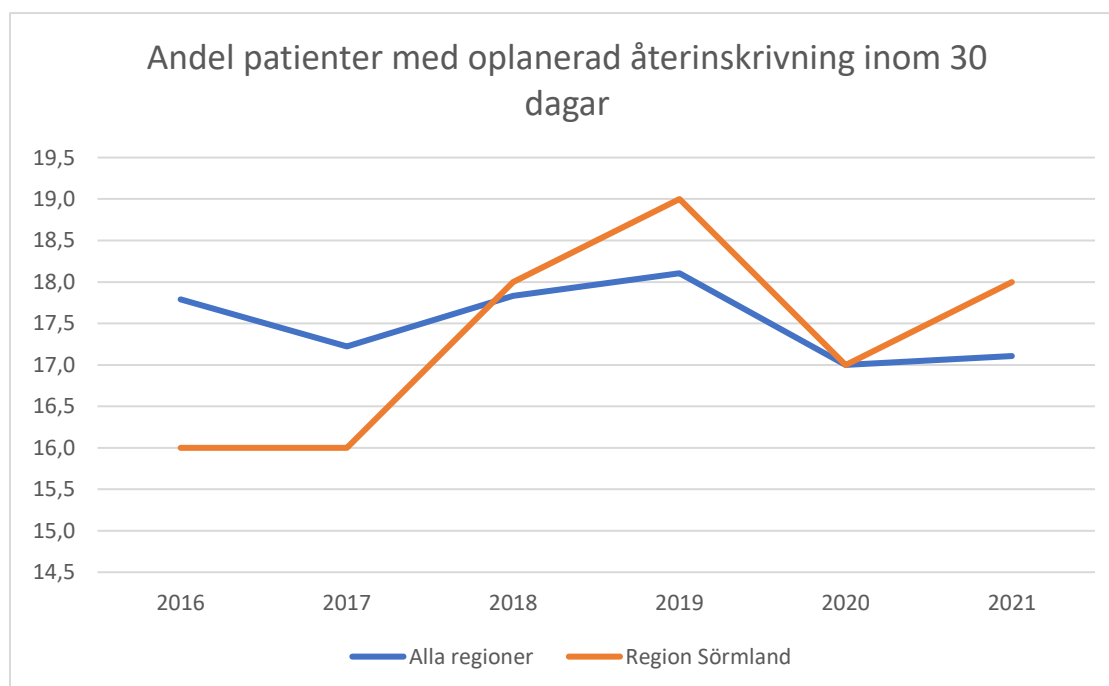
### 4.3 Arbete för att motverka undvikbara återinskrivningar är ett prioriterat område

Det framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvården. Genom god och säker läkemedelsbehandling och bedömning av hälsotillståndet hos individer i hemmet enligt systematisk bedömningsstruktur kan inskrivning i slutenvården undvikas. Parterna ska arbeta strukturerat med det vårdpreventiva arbetet men det är inte klarlagt vad det gemensamma arbetet ska leda till.

Samtliga intervjuade är eniga om att en god kvalitet i samverkan kring utskrivningsprocessen är ett av de viktigaste verktygen för att komma till rätta med undvikbara återinskrivningar i slutenvården. Upplevelsen av att utskrivningsprocessen *går för fort* och att aktörerna inte hinner säkerställa alla moment som de vet är kritiska för en trygg och effektiv utskrivning beskrivs av många som ett problem.

Det finns ett gemensamt arbetssätt för att bedöma förändrade hälsotillstånd hos patienter, SKILS. Metoden används av sjuksköterskor hos patienter i hemmet, i hemsjukvården, särskilda boenden, korttidsboenden och i regionens mobila verksamheter. Bedömningen ligger till grund för överrapportering till vårdcentralen, mobil läkare och eller akuten och ger ett underlag för nästa vårdgivare och för beslut om vårdnivå. När dessa kontroller sker i hemmet används övervakningsblad i hemmet som säkerställer att besök från annan verksamhet, ambulans eller mobilt team enkelt kan jämföra med aktuella värden, oberoende av tillgång till journal.

Tillgängliga data för andel patienter med oplanerade återinläggningar finns till och med 2021. I denna statistik tas ingen hänsyn till samsjuklighet, diagnossättning, utförd egenvård eller andra faktorer som försvårar tolkning. Det omfattar heller inte bara patienter som omfattats av LUS. Jämförelsen tyder på att det under senare år har skett en viss ökning av oplanerade återinläggningar 2021, och att det sedan 2018 sker fler återinskrivningar i Region Sörmland i jämförelse med övriga regioner.



Figur 6: Andel patienter 65 år eller äldre med oplanerad återinskrivning inom 30 dagar. Källa: Socialstyrelsen/Patientregistret via Socialstyrelsens data för jämförelser.

Inom ramen för den regionala samverkansstrukturen diskuteras undvikbara återinskrivningar, både utifrån avvikelser och genom att lyfta framstående exempel.

Beredningsgruppen äldre sammanställer årligen en skriftlig presentation redovisat som PowerPoint till Länsstyrgruppen. Där framgår bland annat analys av återinläggningar i respektive geografisk arbetsgrupp. Därutöver genomfördes mer ingående uppföljning av återinläggningar i Eskilstuna kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Trosa kommun, Gnesta kommun samt Flens kommun under 2020. I sammanställningen finns ingen statistik på antalet eller andelen återinskrivningar av äldre patienter som skrivs ut. Det finns heller ingen beslutad målsättning som driver arbetet med att minska antalet återinskrivningar. Under Coronapandemin gavs mindre tid till uppföljningar pga. omprioriteringar av arbetsuppgifter. 2022 års uppföljning presenteras för Länsstyrgruppen under december månad.

I analysen av enskilda återinskrivningar mellan 2018 och 2021 framkommer bland annat:

- ▶ Viktigt med uppföljning från sjukhuset genom Webbkollen inom 24 timmar
- ▶ Sjukhuset måste förbättra sitt arbete med uppdrag till hemsjukvården
- ▶ Flera mycket komplexa fall där SIP saknades (många gånger säger patienten nej)
- ▶ Remiss till vårdcentral saknas ofta
- ▶ Stundtals bristfällig följsamhet mot riktlinjen
- ▶ Tveksamt om patienten verkligen är hemgångsklar
- ▶ Viktigt att utveckla den proaktiva processen
- ▶ Bättre möjlighet till snabba/akuta hembesök från läkare
- ▶ Öppenvården behöver bli mer delaktiga i hela utskrivningsprocessen
- ▶ Fler gula och röda processer behövs
- ▶ Bristande information till patient/kommun vid utskrivning
- ▶ Frågetecken inför öppenvårdens uppföljningsansvar om 7 dagar är för lång tid
- ▶ Behov av fler SIP:ar i hemmet
- ▶ Bättre uppföljning även vid grön process

Vi noterar att många av iakttagelserna är snarlika mot de observationer EY har gjort och presenterat i kapitel 3 i denna granskning. Att flera av iakttagelserna kvarstår sedan 2018 tyder på att eventuella åtgärder inte varit tillräckliga för att lösa problemen.

Bland de intervjuade framgår att arbete med att motverka undvikbara återinskrivningar i första hand är en del i det ordinarie kvalitetsarbetet. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att därmed säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja, lyfts av många fram som en central insats. Flera representanter från SÄBO och hemtjänst framhåller också insatser såsom fallprevention (utvecklas för närvarande inom alla *äldre*-arbetsgrupper) och samarbete med regionen för att nå ut med information till ineliggande patienter och anhöriga om vilka hjälpinsatser som finns att tillgå efter utskrivning. I intervjuer framkommer också att trygg hemgång används som metod i flertalet kommuner för att bland annat undvika återinskrivningar. Inom kommunerna utgörs trygg hemgång oftast av ett sammanhållet team som tar ett helhetsansvar för den enskilde och ger förstärkta insatser under högst två veckor. Som nämnts ovan har dock flera kommuner nyligen valt att avveckla trygg hemgång-verksamheten.

#### 4.4 Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser

Det saknas direktiv kring hantering av eventuella avsteg eller avvikelser från parternas åtaganden i den länsgemensamma överenskommelsen och riktlinjen.

Avvikelser som är avgränsade till enskilda patientfall rapporteras enligt etablerade rutiner i respektive verksamhet. Det innebär i regel direkt kontakt mellan de berörda enheterna. Det saknas ett gemensamt system för att rapportera avvikelser. Avvikelser rapporteras på pappersblanketter som skickas till berörd verksamhet. Detta innebär att det inte går att få en samlad bild över inrapporterade avvikelser varken sett till antal eller innehåll. Kommunerna påpekar att sjukhusen svarar på få avvikelser och svaren i förekommande fall är ofullständiga och sker efter lång tid. Konsekvensen blir att tröskeln för att rapportera är hög och att det sannolikt finns ett stort mörkertal av ej rapporterade avvikelser. Det pågår ett projekt med test av ett gemensamt

avvikelse-system mellan två kommuner och regionen, där beslut om ytterligare utvidgning och implementering i samtliga kommuner under 2023 ska tas i Länsstyrgruppen i december 2022.

Rutinerna ser olika ut mellan de granskade verksamheterna men i regel hanteras dessa avvikelserapporter av berörd medarbetare, ansvarig enhetschef eller av MAS, MAR, utskrivningsledare eller utskrivningssamordnare dels i den aktuella situationen, dels på en sammanställd nivå i lokala samverkansforum. Förekomsten och strukturen för sådana forum skiljer mellan kommunerna och vissa har en nära dialog med sjukhus och vårdcentral, andra inte.

I länet finns ett nätverk där samtliga kommuners medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ingår. Nätverken är generella forum för erfarenhetsutbyte men frågor som rör samverkan och patientsäkerhetsarbete är frekvent förekommande. I forumet lyfts särskilda exempel för diskussion, positiva och negativa, inte en komplett översyn av avvikelser. Möten ska ske en gång per månad.

## 5. Svar på revisionsfrågorna

I detta avsnitt presenteras sammanfattande svar på revisionsfrågorna för de nämnder och styrelser som varit föremål för granskning. I tabellen längre ner framgår även viss partsspecifik information av sådan detaljnivå att den inte varit relevant att ta upp i den samlade rapporten men som vi bedömer kan vara av intresse för respektive kommuns egen revisionsgrupp.

Revisionsfråga	Bedömning
<p>▶ Är den beslutade "Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård" ändamålsenlig?</p>	<p>Ja. Genom införandet av LUS har det tillkommit lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare väntetider i vården. Vår bedömning är att överenskommelsen är ändamålsenlig och säkerställer att lagstiftningen omsätts i lokala mål med tydlig ansvarsfördelning. Inga förändringar har skett i dessa avseenden under revisionsåret 2022.</p>
<p>▶ Är de beslutade riktlinjerna "Trygg hemgång och effektiv samverkan - riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland" ändamålsenliga?</p>	<p>Delvis. Av LUS framgår att region och kommuner gemensamt ska utarbeta kompletterande riktlinjer till lagstiftningen. Sådana riktlinjer har utarbetats och vi bedömer att de på ett rimligt sätt omsätter lagstadgade krav i en tydlig process på operativ nivå. Vi har noterat ett antal situationer där samverkan tenderar att brista, till följd av endera bristande implementering av riktlinjen eller tolkningsproblem. Dessa redogörs för i detalj i rapportens tredje kapitel. De huvudsakliga åtgärderna för att komma till rätta med dessa brister bedömer vi är: förenkling eller förtydligande av de olika processfärgsflödena i riktlinjen, situationsanpassat metodstöd, kunskaphöjande insatser samt ett metodikarbete för att säkra en bättre framförhållning.</p>
<p>▶ Är roller och ansvarsfördelning tydliga vad gäller samverkan mellan slutenvård, primärvård respektive social omsorg?</p>	<p>Delvis. Vi bedömer att roller och ansvarsfördelning i stort är tydliga men att kunskapen om dessa brister vilket skapar flera problem i processen.</p> <p>Regionen och kommunerna har specificerat ansvarig aktör för varje aktivitet i utskrivningsprocessen. Vi noterar att matrisuppdelningen riskerar medföra att de olika aktörerna huvudsakligen fokuserar på sin egen del av samverkan och att helhetsperspektivet utifrån patientens hela resa genom vårdkedjan åsidosätts. Granskningen tyder också på att bedömningen av processfärg inte sker konsekvent och med samsyn mellan aktörerna, vilket leder till konflikter kring vilka aktiviteter som ska genomföras och av vem.</p> <p>En vanlig orsak till bristande kunskap om ansvarsfördelningen är när personalkontinuiteten brister - vilket förekommer hos samtliga aktörer och över tid i varierande omfattning. Det kan hända vid personalomsättning och vakanser, men också i samband med sommarsemestrar, helger eller utanför ordinarie arbetstid. Vi noterar samtidigt att både region och kommuner har vidtagit åtgärder för att säkra processen genom särskilt ansvariga funktioner.</p> <p>Granskningen pekar också på att bristande kunskap om varandras roller och uppdrag i det dagliga arbetet påverkar utskrivningsprocessen. I granskningen framkommer det att en särskilt problematisk konfliktyta bottenar i läkarnas kunskap och förväntningar gällande uppdrag, kompetens och resurser inom kommunernas korttidsboenden. Det får konsekvenser för hur snabbt patienternas bedöms vara utskrivningsklara, och det leder också till följdkonflikter mellan kommun och patient/anhöriga.</p>
<p>▶ Säkerställer regionen och kommunerna att slutenvård, primärvård respektive social omsorg tar sitt ansvar för</p>	<p>Delvis. I merparten av alla utskrivningsärenden finns en god och välfungerande samverkan, men vissa situationer och omständigheter leder återkommande till problem och det är dessa vi främst uppmärksammar genom rapporten.</p>

Revisionsfråga	Bedömning
<p>samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?</p>	<p>NSV och den regionala samverkansstrukturen har säkerställt att det finns riktlinjer för utskrivningsprocessen. Regionstyrelsen och ansvarig nämnd i respektive kommun har tillsett nödvändiga organisatoriska anpassningar och även säkrat att privata utförare av vård och omsorg (i förekommande fall) omfattas i samverkan genom riktlinjer, regler och avtal. Att kommunen för många patienter ansvarar för insatser både enligt SoL och enligt HSL medför att den interna samverkan blir lika viktig som den externa. Vi noterar att det i vissa fall kan vara en utmaning som påverkar förmågan att samverka med andra. Vissa kommuner har nyligen valt att införa <i>trygg hemgångsteam</i> eller motsvarande medan andra istället har avvecklat detta. Inom sjukhusen förekommer varierande rutiner mellan avdelningarna i vilka forum utskrivningspatienter diskuteras och hur kommunikation mellan utskrivningssamordnare och sjuksköterskor, läkare och arbetsterapeuter säkerställs. Ett övergripande problem för samtliga aktörer är att en pressad kompetensförsörjningssituation och hög personalomsättning leder till svårigheter att upprätthålla rutiner och arbetssätt.</p> <p>Regionen har säkerställt att det finns tillgängliga IT-stöd för att informationsöverföring ska fungera bra, både genom ärendehantering i Prator och genom säkra system för digitala planeringsmöten över videolänk. Vi noterar dock att en stor del av kontakten förefaller ske över telefon, alternativt sker via Prator när den borde ha skett över telefon. Att kommunerna har olika rutiner och behörighetsstrukturer försvårar för de specialistmottagningar som har stort geografiskt upptagningsområde. Att inkludera rehabiliteringen i tidigt skede och att säkerställa att rätt kunskap förs över till exempelvis hemtjänstens nattpatrull är återkommande utmaningar.</p> <p>Kunskapen om riktlinjerna och om varandras uppdrag, förutsättningar och lagstiftningar behöver stärkas. Vi bedömer det därför vara aktuellt att regionstyrelsen och ansvariga nämnder säkerställer utbildningsinsatser och stödmaterial för att underlätta utskrivningsprocessen. Detta bör ske i samverkan med NSV som redan tillhandahåller visst metodstöd genom <i>Samverkanswebben</i>. Det som främst efterfrågas i intervjuer är checklistor eller processbeskrivningar riktade till specifika yrkesgrupper, samt utförligare vägledning i vanliga problemsituationer (exempelvis utskrivning efter kontorstid eller vid semesterperioder).</p>
<p>► Säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?</p>	<p>Delvis. Enligt patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Likväl bygger socialtjänstlagen på frivillighet och delaktighet. I granskningen noterar vi att SIP endast genomförs i en liten andel av samordnade utskrivningar. Genom att säkerställa att SIP sker i större omfattning kan regionen på ett strukturerat sätt förvissa sig om att patienten och närstående kan vara delaktiga i utformningen av utskrivningsprocessen och den efterföljande vården. Patienten har nära kontakt med medarbetare inom slutenvården under pågående vårdtillfälle men liten eller ingen kontakt med sin fasta vårdkontakt före hemgång. Vi bedömer dock att det finns goda rutiner för uppföljning efter vårdtillfället och för trygghetsskapande samtal, genom vilket behov av ytterligare samordning kan identifieras.</p>
<p>► Finns mål för samverkan i utskrivningsprocessen på individnivå och övergripande nivå?</p>	<p>Delvis. I överenskommelsen om samverkan finns två övergripande mål:</p> <p><i>Genom ett tillitsfullt samarbete med individens bästa i fokus:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► känner sig sörmlänningen trygg och självständig efter slutenvård</li> <li>► är vård- och omsorgsprocessen i Sörmland effektiv</li> </ul> <p>Det saknas närmare definitioner av vad effektiv innebär. Kommunerna hänvisar i regel till oskrivna mål om att undvika betalningsansvar (genomsnitt</p>

Revisionsfråga	Bedömning
	<p>3 dagar efter utskrivningsklar) men samtliga ligger långt under detta måttal. Det kan finnas skäl för ansvariga nämnder att överväga vilken tidsrymd som ger bäst effekt sett till både kostnadseffektivitet och vårdkvalitet.</p> <p>De övergripande målen omsätts för varje enskild individ. Det uttrycks inte i form av definierade individmål, utan genom att det för varje patient ska finnas ett preliminärt utskrivningsdatum att förhålla sig till och en plan för samordning av utskrivningen. Med utgångspunkt i stödbehov upprättas en gemensam plan för utskrivningen och tiden därefter men förhållningssätt och tidshorisont för detta varierar beroende på patientens situation och behov.</p> <p>På lokal nivå varierar formerna för styrning av arbetet med utskrivningsprocessen. I ett fåtal av de granskade kommunerna har specifika mål eller indikatorer beslutats av kommunfullmäktige eller ansvarig nämnd. I dessa kommuner har särskilda utvecklingsaktiviteter initierats på politisk nivå under 2022.</p>
<p>► Säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och respektive kommuns behov?</p>	<p>Ja. Regionen sammanställer och förmedlar statistikuppgifter kopplade till LUS och har en central roll i att möjliggöra för både de egna verksamheterna och kommunerna att löpande följa sina resultat. Förvaltningen följer själva upp resultaten månadsvis och gör jämförelser mellan olika kommuner och mellan olika tidsperioder. Fokus i uppföljningen ligger på statistik relaterad till betalningsansvaret och till beläggning av vårdplatser. De granskade nämnderna tar i regel inte del av dessa uppgifter. Återrapportering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem. Trygghet följs upp genom uppföljande samtal med patienten men har inte sammanställts på aggregerad nivå specifikt för utskrivningsprocessen.</p> <p>Vi noterar att uppföljning av samverkansöverenskommelsen enligt överenskommelsen ska följa särskild plan, men sådan plan saknas. Under 2022-2023 pågår det dock inom regional samverkansstruktur ett omfattande arbete med att se över överenskommelse och riktlinjer vilka vi bedömer är likvärdiga med en sådan uppföljning.</p>
<p>► Säkerställer regionen att fasta vårdkontakter har de förutsättningar som krävs för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen?</p>	<p>Nej. För att ge äldre och multisjuka förutsättningar att bibehålla hälsa, självbestämmande och integritet samt bidra till att den sjuke och dennes närstående kan känna trygghet i vardagen samt i kontakt med vården finns funktionen samordningssjuksköterska. På samtliga vårdcentraler som omfattats av denna granskning ansvarar samordningssjuksköterskor för att vara fast vårdkontakt även åt andra patienter som omfattas av LUS. Detta är förenligt med lagstiftningen som medger att varje region utfärdar direktiv kring hur fast vårdkontakt utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget och vilken typ av uppgifter som ska ingå.</p> <p>Vi noterar dock att samordningssköterskan kan vara fast vårdkontakt till ett mycket stort antal patienter. Uppdraget beskrivs vara en i huvudsak administrativ lösning. Den centrala arbetsuppgiften är att ringa uppföljningssamtal till patienten. Övriga aktörer beskriver att primärvården i stor utsträckning har en frånvarande eller passiv roll i samverkansprocessen kring utskrivning. Vi noterar också att den fasta vårdkontakten vanligen utses utan att patienten har kännedom om detta. Vår bedömning är utifrån det att samordningssjuksköterskor inte har de förutsättningar som krävs för att stärka patientens trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen.</p>
<p>► Tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar</p>	<p>I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ kopplade till att förebygga undvikbara inskrivningar och återinskrivningar, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p>



Revisionsfråga	Bedömning
för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	Regionstyrelsen bör överväga om det finns ett värde att samordna uppföljning av dessa initiativ i syfte att identifiera framgångsfaktorer och insatser som bör implementeras på bredare front.
<p>► Säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklings syfte?</p>	<p>Delvis. Det saknas ett gemensamt systemstöd för rapportering av de avvikelser som uppstår i utskrivningsprocessen. Mot bakgrund av de redogörelser och exempel vi tagit del av i granskningens intervjuer är vår bedömning att antalet inkommande avvikelserapporter med anledning av brister i samverkan vid utskrivning enbart utgör ett fåtal av de avvikelser som sker. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering inom såväl Region Sörmland som inom kommunerna. Förväntningar om åiterrapportering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelser bör stärkas, då det finns en utbredd bild av att bristen på återkoppling har lett till att kommunerna rapporterar mindre.</p> <p>Diskussioner kring avvikelser lyfts i många olika forum, både lokalt mellan enskild kommun och sjukhus/vårdcentral och i professionsnätverk samt inom ramen för den regionala samverkansstrukturen.</p>

Särskilda noteringar gällande specifika kommuner	
Eskilstuna	<p>Eskilstunas kommunfullmäktige har beslutat om att all vård och omsorg ska upplevas samlad, tillgänglig och nära. Genom samverkan med regionen och Mälardalens universitet fortsätter utvecklingen av såväl stärkt kvalitet i verksamheterna som förebyggande och hälsofrämjande insatser. Målet är alltid att stärka självständigheten utifrån individens egna förutsättningar</p> <p>I vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan framkommer att vård- och omsorgsförvaltningen vidareutvecklar intensiv habilitering/rehabilitering inom ramen för Intensiv hemrehabilitering (IHR) och Intensiv rehabilitering i samverkan (IRIS). Likaså fortsätter förvaltningen att vidareutveckla arbetssätt inom ramen för trygg och effektiv utskrivning. Bland annat finns en samordnande koordinator med ansvar för samverkan mellan kommunen och regionen vid in- och utskrivningar.</p> <p>Eskilstuna kommun har tillsammans med Region Sörmland sedan år 2018, via vård- och omsorgsnämnden/vård- och omsorgsförvaltningen, ett fördjupat samarbete kring äldre i Eskilstuna och äldres behov av vård och omsorg i linje med omställningen till Nära vård. Här ingår ett Nära vård-team som ska effektivisera utskrivningsprocessen och stärka patientperspektivet i syfte att undvika återinskrivningar.</p> <p>I Eskilstuna kommun finns inga privata utförare av hemtjänst. Det finns tre vård- och omsorgsboende i privat regi.</p> <p>Samverkan med Mälarsjukhuset beskrivs huvudsakligen vara välfungerande. Brister i samverkan förekommer vid olika tolkningar av färgprocesser, vid stora personalomsättningar, i kommunikationen och avsaknad av förståelse av varandras uppdrag. Dessa brister diskuteras i samverkansforum mellan kommunen och sjukhuset.</p>
Flen	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att Flen kommun ska vara ett nav i den nya region Sörmland och vara drivande för att hitta nya sätt att lösa framtidens utmaningar. Flens kommun står inför ett ökat plats- och resursbehov inom äldreomsorgen. Kommunen behöver därför färdigställa fler platser i särskilda boenden och öka tillgången av mellanboenden för äldre. Socialnämnden har inte angivit särskilda mål eller uppdrag kopplat till trygg och effektiv utskrivning.</p>

	<p>Det finns inga privata utförare. Tryggt hemgångsteam har funnit tidigare, men avvecklats då det inte har fallit så väl ut som planerat. Det pågår vid granskningens tillfälle en översyn av organisationen. Det beskrivs av vissa intervjuade finnas en önskan om att återinföra ett tryggt hemgångsteam.</p> <p>I Flens kommun beskrivs personalomsättning och bristande kompetensförsörjning vara en stor utmaning för en ändamålsenlig utskrivningsprocess då samverkan i stor utsträckning blir personbunden. Underbemanning beskrivs vara den främsta orsaken till att hemgångsteamet avvecklades. Överföringen av kommunikation från slutenvården lyfts därutöver som ett problem vid flera intervjuer. Likväl att få SIP:ar upprättas, varför patientens delaktighet blir lidande i utskrivningsprocessen. Brister i samverkan förekommer också vid olika tolkningar av färgprocesser.</p> <p>Samverkansmöten mellan utskrivningssamordnare, deltagare från hemsjukvård, biståndshandläggare och vårdcentraler äger rum kontinuerligt. Vid dessa möten behandlas bland annat avvikelser och framgångsrika utskrivningar.</p>
Gnesta	<p>Kommunfullmäktige har beslutat om det övergripande målet om en trygg vård och omsorg av hög kvalitet som utformas i nära samverkan med brukare och personal.</p> <p>Kommunen har till följd av sin ringa storlek inga särskilda handläggare eller sjuksköterskor som arbetar med utskrivningsprocessen. Diskussioner har förts om att eventuellt införa en samordningsfunktion. Brister i kommunikationen mellan olika enheter har skett och upplevs kvarstående av de tillfrågade utförarenheterna. Kommunen har särskilt arbetat för att stärka dialogen med den enda förekommande privata utföraren av hemtjänst.</p> <p>Samverkan med sjukhusen upplevs ojämnt fungerande beroende på vilken sjukhusavdelning som berörs.</p>
Katrineholm	<p>Kommunfullmäktige har beslutat att ett övergripande mål är att kommunens samverkan med regionen fortsätter att utvecklas med utgångspunkt från den nationella överenskommelsen om att vidareutveckla den nära vården. Målet är en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, vilket bland annat innebär att brukare ska få mer vård utförd i hemmet och slippa onödiga inläggningar på sjukhus.</p> <p>Kommunen har ändrat sina arbetssätt för att kunna hantera snabbare utskrivningar. Ett särskilt vårdplaneringsteam hanterar all kontakt med sjukhusen. Interna rutiner finns för att tydliggöra samarbetet mellan biståndsenhet och hemsjukvård. Under 2017-2018 testades ett särskilt hemgångsteam, men den ojämna beläggningen var svår att hantera och det upplevdes också orättvist från de privata utförarna att kommunen automatiskt tog hemgångspatienter i två veckor. Kommunen har LOV-utförare och i förfrågningsunderlaget finns krav på mottagningstimme där både hemtjänst och rehabilitering möter upp vid hemgång. Att kommunikationen når ut till alla hemtjänstenheter i god tid lyfts dock som en utmaning.</p> <p>Överföringen av kommunikation från slutenvården lyfts som ett problem vid flera intervjuer. I Västra länsdelen har det startats en samverkansgrupp där vårdplanerarna från Katrineholm ingår tillsammans med utskrivningssamordnare från Kullbergska. Samverkan med primärvården kring patienter som <i>inte</i> har hemsjukvård lyfts fram som ett särskilt problem; mellan hemsjukvård och primärvård finns bättre samverkan.</p>
Nyköping	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att de sociala insatserna ska främja medborgarnas trygghet, jämlikhet och aktiva deltagande i samhällets gemenskap. Verksamheten ska bedrivas rättssäkert med individen i fokus och i god samverkan med andra myndigheter, ideella krafter och anhöriga. Personalen är verksamheternas viktigaste resurs som tillsammans med välfärdsteknik ska klara ett av samhällets viktigaste uppdrag för ett socialt och ekonomiskt hållbart Nyköping.</p> <p>I maj 2022 startades ett hemgångsteam. Formen för teamet samt dess professioner finns på plats. Under sommaren 2022 fick detta team dock ställa om och utföra andra prioriterade områden inom hemtjänsten såsom framför allt delegeringsuppdrag.</p>

	<p>I Nyköpings kommun finns en gemensam äldreomsorg där myndighetskontoret är införlivat i verksamheten. Det finns särskilda biståndshandläggare som jobbar med utskrivningsprocessen, vilket är igång efter sommaren igen, och samtliga utskrivningar kommer från Nyköpings lasarett. Det finns tre privata särskilda boenden och tre privata hemtjänstutförare. Kommunen har haft svårigheter att bemanna samtliga professioner senaste 1,5 året, vilket påverkat kompetensen och erfarenheten, då många i personalen är nya.</p> <p>Intervjuade upplever bristande samverkan både inom den egna verksamhetens funktioner, till exempel mellan biståndshandläggare och hemtjänst samt med sjukhuset där olika uppfattningar om färgprocessen bidrar med svårigheter i utskrivningsprocessen. Samtliga intervjuade upplever dock att patienter är i sämre skick vid utskrivning än tidigare.</p>
Oxelösund	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att det är värdigt, tryggt och säkert att åldras i Oxelösund. I Oxelösund innebär det att äldre med behov av stöd erbjuds möjlighet att bo kvar i egen bostad och att äldre har inflytande över hur beviljade insatser utförs. Insatser till äldre ska vara av god kvalitet, individinriktade samt ges med gott bemötande.</p> <p>Enligt nämndens verksamhetsplanering pågår det en översyn inom länet ifall ett länsövergripande verksamhetssystem skulle kunna införas i alla nio kommunerna inom vård- och omsorgsområdet. Syftet är att på ett enklare sätt kunna synka med varandra och regionen.</p> <p>I Oxelösunds kommun finns inga privata utförare av hemtjänst. Kommunen hade ett Tryggt hemgångs-team tidigare, men avvecklade det under våren 2022 på grund av att en ny hemtjänstorganisation infördes under hösten 2021. Numera jobbar alla efter den metoden, men det finns inget särskilt team. På grund av högt tryck har det varit stopp på korttidsboendet och kommunen har behövt köpa korttidsplatser externt.</p> <p>Tidigare har det funnits en Prator-kordinator på 50%. Den funktionen försvann för en tid sedan, men den är saknad och det kommer tillsättas en liknande tjänst på biståndskontoret. Det har funnits en hög personalomsättning bland biståndshandläggare och sjuksköterskor vilket påverkar att processen med utskrivning stannar upp. Intervjuade uppger att kontakten med Nyköpings lasarett varierar beroende på avdelning. Det framkommer även att kontakten och informationsutbytet mellan personalgrupperna inom kommunen är bristfällig.</p>
Strängnäs	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att i Strängnäs kommun erbjuds välfärdstjänster av god kvalitet som utgår från invånarnas behov. Samverkan mellan kommun och region är grunden för att möta vårdbehovet hos äldre. Insatserna kan vara komplexa och kräver att Strängnäs kommun har kompetent och utbildad personal för att kunna genomföra insatserna.</p> <p>Personalsituationen i kommunen är ett genomgående tema som framkommer av intervjuerna. Biståndsenheten har för närvarande svårt att mäta med sitt uppdrag. Ett stort ansvar ligger istället på samordningsfunktionen inom hemtjänsten att hantera kontakt med sjukhus och hemsjukvård. Hemsjukvården har stor brist på sjuksköterskor. Brist på korttidsplatser inom kommunen uppger leda till många återinläggningar. Samverkan uppger vara personbunden och svår att upprätthålla inom enheter med hög personalrörlighet.</p>
Trosa	<p>I kommunfullmäktiges mål- och budget framgår att kommunens verksamhet ska präglas av ett helhetsperspektiv och bygga på samordning / samverkan mellan resurser inom och utom kommunen. Kommunen ska uppmuntra samarbete, okonventionella och alternativa lösningar.</p> <p>En platssamordnare har införts för särskilda boenden/korttidsboenden, vilket uppger ha underlättat den interna kommunikationen mycket. Kommunen har sedan tillståndsplikten infördes inom hemtjänst inte längre några privata aktörer verksamma. Det är för närvarande en god bemanningssituation avseende sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast.</p>

	<p>Arbete pågår med att starta upp "intensiv hemrehabilitering" som kommer att omfatta en liten del av LUS-patienterna. Tidigare satsningar på tryggt hemgångsteam har avvecklats då de bedöms vara mycket resurskrävande.</p> <p>I Trosa uppger intervjuade att det finns en god relation till Nyköpings lasarett, vilket hanterar cirka 90 % av patienterna från kommunen, men att relationerna till övriga sjukhus inte är lika utvecklade. En hög läkarkontinuitet vid vårdcentralen i Trosa har bidragit positivt till kommunens arbete, men intervjuade problematiserar att läkarnärvaron ofta är över telefon och inte hos patienten.</p>
Vingåker	<p>Vingåkers kommunfullmäktige har beslutat om det övergripande målet att boende och verksamma i Vingåkersbygden upplever att livskvaliteten är hög, inklusive tillgången till kommunal service. I övrigt finns inga målsättningar kopplade till utskrivningsprocessen varken från fullmäktige eller ansvarig nämnd.</p> <p>Vingåker har inte behövt göra några stora anpassningar för att den egna organisationen ska kunna implementera den länsgemensamma riktlinjen. All verksamhet bedrivs i kommunal regi och i samma förvaltning vilket underlättar kommunikationen. Kommunen har tidigare provat särskilda <i>trygg hemgång</i>-team men avvecklat det då patientvolymen är för liten för att ett dedikerat team ska vara rimligt belagda med arbete varje vecka. Från hemtjänsten framförs önskemål om att bli involverade tidigare i planeringsprocessen inför hemgång.</p> <p>Intervjuade upplever att kontakterna med Kullbergssjukhuset fungerar bra men att det är svårare vid andra sjukhus där utvecklade relationer saknas. Informationsöverföringen i Prator är svag, mycket telefonkontakter krävs. Tillsammans med Kullbergssjukhuset pågår ett särskilt projekt kring nära vård.</p>

## 6. Bilagor

### Dokumentförteckning

- ▶ Eskilstuna kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Eskilstuna Kommun 2021*, (VON/2022:10).
- ▶ Eskilstuna kommun, *Upphandlingsdokument (IEN 19.054) 2019-12-18*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Vård- och Omsorgsnämndens verksamhetsberättelse 2021 och slutrapport för internkontroll 2021*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan och Internkontrollplan 2022 (VON/2021:36) 2021-12-07*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Årsplan 2022*
- ▶ Flen kommun, *Nämndplan 2020-2023 med budget 2020 - Socialnämnden*.
- ▶ Flen kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Flens kommun 2021 (SN/2022:16)*.
- ▶ Flen kommun, *Strategisk plan 2020-2023 med budget 2022*.
- ▶ Flen kommun, *Årsuppföljning av ekonomi, mål och uppdrag 2021 - Ekonomisk uppföljning*.
- ▶ Gnesta kommun, *Framtidsplan 2022-2024 - För Gnesta kommun*.
- ▶ Gnesta kommun, *Framtidsplan 2022-2024 - För Socialnämnden*.
- ▶ Gnesta kommun, *Förfrågningsunderlag hemtjänst enligt LOV - Gnesta kommun*.
- ▶ Gnesta kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Gnesta kommun år 2021 (SN.2022.16)*
- ▶ Gnesta kommun, *Årsredovisning 2021 - Uppföljning av Framtidplan 2021-2023 för Socialnämnden (SN.2022.13)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagen om valfrihet - Hemtjänst (VON/2020:40-711)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Hälsa & trygghet - Övergripande plan med budget 2022-2024*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Nämndplan med budget - Vård- och omsorgsnämnden 2022 (VON/2021:47-042)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Patientsäkerhetsberättelse 2021 (VON/2022:8-8.2.3)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Planering 2022 - Vård- och omsorgsförvaltningen*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Årsredovisning 2021 - Vård- och omsorgsnämnden (VON/2021:49-041)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Budget 2022 med flerårsplan 2023-2024 (KK21/7)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Delårsrapport 2022 - Vård- och omsorgsnämnden*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Detaljbudget 2022 - Vård - och omsorgsnämnden. Excelfil*
- ▶ Nyköpings kommun, *Förfrågningsunderlag för bedrivande hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem (giltig från 2022-05-01)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Rapport - Patientsäkerhetsberättelse 2021 (VON 22/13)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Verksamhetsberättelse 2021*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Flerårsplan 2022-2024 (KS/2021:34-0061)*
- ▶ Strängnäs kommun, *Förfrågningsunderlag - valfrihet inom hemtjänst 2021 (SN/2020:614-059)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Patientsäkerhetsberättelse Socialkontoret i Strängnäs kommun år 2021 (SN/2022:7)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Verksamhetsplan 2021-2023 - Socialnämnden (SN/2020:586-012)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Verksamhetsplan 2022-2024 - Socialnämnden (SN/2021:240-012)*
- ▶ Strängnäs kommun, *Årsrapport 2021 - Socialnämnden (SN/2022:66)*
- ▶ Trosa kommun, *Avtalsmall - hemtjänst enligt LOV*.
- ▶ Trosa kommun, *Bokslut 2021 - Vård- och omsorgsnämnden*.
- ▶ Trosa kommun, *Budget 2022 med flerårsplan 2023-2024 (dnr 1991-00085)*.
- ▶ Trosa kommun, *Förfrågningsunderlag - hemtjänst enligt LOV (VON 2021/36)*.
- ▶ Trosa kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Trosa kommun vård och omsorg 2021 (VON 2022/18)*.
- ▶ Vingåker kommun, *Kommunplan med budget 2022 - Flerårsplan 2023-2024*.
- ▶ Vingåker kommun, *Nämndplan för Socialnämnden i Vingåkers kommun 2022-2023*.
- ▶ Vingåker kommun, *Patientsäkerhetsberättelse år 2021*.
- ▶ Vingåker kommun, *Verksamhetsberättelse 2021 - Socialnämnden*.

- ▶ Oxelösund kommun, *Mål- och budget 2022-2022.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Oxelösunds kommun år 2021.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan 2022-2024.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Vård- och omsorgsnämndens årsredovisning 2021.*
- ▶ Region Sörmland, *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län (2009)*
- ▶ Region Sörmland, *Beslutsstöd SKILS. Bildmaterial*
- ▶ Region Sörmland, *Medicinsk rutin - Rutin för bifogande av fil vid fristående meddelande i Prator i Region Sörmland (MED19-2846)*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för att hantera informationsflöde i Prator. (uppdaterad 2018-08-23)*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för bifogande av fil vid fristående meddelanden i Prator - Landstinget Sörmland.*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för palliativ vård på primärvårdsnivå i Region Sörmland och länets kommuner. (beslutad 2021-08-18).*
- ▶ Region Sörmland, *Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2022 (RS-LED21-2443).*
- ▶ Region Sörmland, *Samverkansriktlinjer enligt 3 f HSL, 2 kap. 7§ SoL och SOSFS 2007:10/2008:20.*
- ▶ Region Sörmland, *Säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning.*
- ▶ Region Sörmland, *Trygg hemgång och effektiv samverkan - Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland. (reviderad 2020-03-09)*
- ▶ Region Sörmland, *Överenskommelse angående ansvarsfördelning mellan primärvårdsnivå i kommun och landsting och Habiliteringsverksamheten (HH-HOH10-064 PVN-HSF12-048)*
- ▶ Region Sörmland, *Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård (NSV16-0028-15)*

## Intervjuförteckning

### Region Sörmland

Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör  
Divisionschef primärvård  
Verksamhetschef läns-gemensamt regionalt stöd  
Verksamhetschef patientsäkerhetsenheten  
Närvårdskordinator äldre norra länsdelen  
Närvårdskordinator äldre södra länsdelen  
Närvårdskordinator äldre västra länsdelen  
Chefläkare Mälarsjukhuset (två)  
Chefläkare Nyköpings lasarett (två)  
Utskrivnings-samordnare Mälarsjukhuset (fyra)  
Utskrivnings-samordnare Nyköpings lasarett (tre)  
Verksamhetschef vårdcentral Nävertorp  
Katrineholm  
Verksamhetschef vårdcentral Bagaregatan  
Nyköping  
Verksamhetschef vårdcentral Malmköping  
Verksamhetschef vårdcentral Torshälla  
Samordnings-sjuksköterska vårdcentral  
Nävertorp Katrineholm

### Eskilstuna kommun

Verksamhetschef äldreomsorg  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)  
Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR)  
Enhetschef hemtjänsten  
Enhetschef vård- och omsorgsboende  
Biståndshandläggare - teamledare

### Flens kommun

Socialchef  
Äldreomsorgschef  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)  
Enhetschef hemtjänsten  
Enhetschef korttidsboende  
Enhetschef biståndsenheten  
Biståndshandläggare

### Gnesta kommun

Socialchef  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering  
(MAR)  
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)  
Enhetschef korttidsboende (svarat skriftligt)  
Biståndshandläggare

### Katrineholms kommun

Socialchef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering  
(MAR)  
Enhetschef hemtjänsten  
Enhetschef särskilt boende/korttidsboende  
(svarat skriftligt)  
Arbetsterapeut inom hemsjukvården  
Enhetschef biståndshandsenheten

### Nyköpings kommun

Verksamhetschef äldreomsorg  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering  
(MAR)  
Enhetschef hemtjänsten  
Enhetschef korttidsboende  
Biståndshandläggare

### Oxelösunds kommun

Socialchef  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering  
(MAR)  
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)  
Enhetschef särskilt boende (svarat skriftligt)  
Utvecklingschef biståndsenheten

### Strängnäs kommun

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)  
Enhetschef hemtjänsten  
Kommunal samordnare hemtjänsten  
Biståndshandläggare

### Trosa kommun

Vård- och omsorgschef  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)  
Enhetschef hemtjänsten  
Biståndshandläggare  
Enhetschef vård- och omsorgsboende

### Vingåkers kommun

Socialchef  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering  
(MAR) (svarat skriftligt)  
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)  
Enhetschef särskilt boende/korttidsboende  
(svarat skriftligt)  
Biståndshandläggare

8



**Dataskyddsbud**  
Tina Forstén-Kärrström  
Dataskyddsbud  
0156-521 20  
dpo@trosa.se

Tjänsteskrivelse  
Datum  
2023-01-20  
Diarienummer  
VON 2023/18



## Uppföljning – Efterlevnad av dataskyddsförordningen 2022

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att nämnden har tagit del av rapporten *Uppföljning - efterlevnad av dataskyddsförordningen i Trosa kommun 2022*.

### Ärendet

Uppföljning av 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). Uppföljningen har skett under 2022 genom dialog med dataskyddsambassadörerna, genomgång av anmälda personuppgiftsincidenter och en fortsatt analys av dataskyddsbudens tidigare förslag till personuppgiftsansvariga om central styrning av autentisering och auktorisering.

Under 2023 föreslås de personuppgiftsansvariga bland annat att fortsätta arbetet med:

- Att öka den generella medvetenheten och kunskapen hos personuppgiftsansvariga genom ytterligare informationsinsatser.
- Öka kunskapen om Informationssäkerhet generellt i kommunen.
- Öka kunskapen om konsekvensanalyser.

Under 2023 föreslår dataskyddsbudet att följande punkter lyfts:

- ny arbetsfördelning för Dataskyddsbud och dataskyddssamordnare.
- mer tid eskaleras till dataskyddssamordnare för strukturerat GDPR arbete.
- GDPR ambassadörernas titel ska ändras till dataskyddssamordnare.

Tina Forstén-Kärrström  
Dataskyddsbud

### Bilagor

Efterlevnad av dataskyddsförordningen



Uppföljning – efterlevnad av  
dataskyddsförordningen i Trosa kommun  
2022

---

## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>2</b>
<b>Nytt Dataskyddsombud</b> .....	<b>2</b>
<b>Jämförelsematris för fokusområden</b> .....	<b>3</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>4</b>
<b>Metod och avgränsningar</b> .....	<b>5</b>
<b>Reflektioner från föregående års rapport</b> .....	<b>6</b>
Omvärldsfaktorer.....	6
Externa händelser och utredningar.....	7
Interna händelser och utredningar.....	7
Arbete sedan föregående rapport.....	8
Några punkter som noterats sedan föregående tillsyner.....	9
Förslag till förbättring under 2023.....	9
<b>Realisering 2023</b> .....	<b>10</b>
Informationssäkerhet och dataskydd.....	10
Uppföljning av autentisering och auktorisering.....	12
<b>Personuppgiftsincidenter</b> .....	<b>13</b>
<b>Rapportering</b> .....	<b>15</b>
<b>Konsekvensbedömningar</b> .....	<b>17</b>
<b>Arbeta strukturerat med GDPR och dataskydd</b> .....	<b>19</b>

## Sammanfattning

Uppföljning av tillsynen 2021 har genomförts som en del av det arbete dataskyddsbuden enligt dataskyddsförordningen ska utföra för de personuppgiftsansvariga (som i Trosa kommun är nämnderna och bolagsstyrelserna). Uppföljningen har skett under 2022 genom dialog med dataskyddsambassadörerna samt genomgång av anmälda personuppgiftsincidenter. Vid årets uppföljning har fokus varit att medvetandegöra viktigheten i att utöka arbetet med GDPR. Detta har bl a inneburit att ny intern utbildning har tagits fram av dataskyddsbud. Denna har haft som fokus att tydliggöra "vad är en incident", vi har deltagit i regionsomfattade seminarier och ökat fokus på informationssäkerhet. Arbetet med att klassificera kommunens informationsflöden i verktyget KLASSA har fortgått under året samt genomgång av vilka områden som saknar konsekvensanalyser har gjorts och arbetet med komplettering av dessa har påbörjats.

Under 2022 har dataskyddsbuden tagit emot 22 interna anmälningar av personuppgiftsincidenter varav 6 stycken har anmälts till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). Drygt hälften av de internt inrapporterade personuppgiftsincidenterna utgörs av obehörigt röjande via e-post, brev eller sms, övrig är ofrivillig exponering av personuppgifter i form av synlig information i bilar, tappade lappar i offentliga ytor.

Arbetet med konsekvensbedömningar har pågått intensivt under året och vi använder mallen från SKR, vi har bildat en regional grupp av Dataskyddsbud som hjälps åt med detta vilket gör att vi idag har många mallar som vi kan redigera och återanvända vilket har gjort arbetet mycket enklare. Enligt svar från dataskyddsambassadörerna har VON, HN, MN och KS gjort en eller flera konsekvensbedömningar. Rekommendationen från dataskyddsbuden från föregående år var att köpa in en modul från Draftit för att effektivisera och förenkla processen har nu ersatts av mallen från SKR samt samarbetet kommuner emellan.

## Nytt Dataskyddsbud

Under tidig höst 2022 tog Trosa Kommun beslut om att tillsätta ett nytt dataskyddsbud.

Utsett dataskyddsbud är Tina Forstén-Kärrström även anställd som övergripande ansvarig projektledare för digitalisering i Trosa Kommun.

Tina har mångårig erfarenhet av både dataskydd och digitalisering från både kommunala verksamheter och det privata näringslivet.

## Jämförelsematris för fokusområden

Nedan finns en sammanställning i tabellform per personuppgiftsansvarig nämnd/bolagsstyrelse och fokusområde. Grönt betyder att dataskyddsbuden 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 2022 presenterar vi två fokusområden i tabellen.

Det har förändrats något sedan föregående år vilket kräver en förklaring. De som varit gröna men blivit gula beror på att inga personuppgiftsincidenter har inrapporterats samtidigt som deltagandet på ambassadörsträffarna minskat pga hög arbetsbelastning och fokus varit tvunget att skiftas från dessa frågor. De gula som blivit gröna beror bl a på att vi fått ett ökat fokus på dataskyddsfrågor samt att vi kommit igång med arbetet att skriva konsekvensanalyser.

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

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

- \*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 39p.1b ska dataskyddsbudet övervaka efterlevnaden av dataskyddsförordningen och den personuppgiftsansvariges strategi för skydd av personuppgifter, inbegripet ansvarstildelning, information till, och utbildning av personal som deltar i behandling och tillhörande granskning.

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) menar att den uppgiften bland annat innebär att dataskyddsbudet<sup>1</sup>:

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

2022 är fjärde året Trosa kommuns dataskyddsbud utför en tillsyn eller uppföljning av tillsyn med rapport till de personuppgiftsansvariga. Dataskyddsbudet 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.

---

<sup>1</sup> [Dataskyddsförordningen \(GDPR\) om dataskyddsbud - Integritetsskyddsmyndigheten \(imy.se\)](https://www.imy.se/om-dataskyddsförordningen-gdpr-om-dataskyddsbud-integritetsskyddsmyndigheten)

## Metod och avgränsningar

Tillsynen 2022 har genomförts genom dialog kring genomgång av anmälda personuppgiftsincidenter, kartläggning av konsekvensanalyser och PUB avtal.

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, 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 växelrådet, överförmyndaren, revision och valnämnd samt styrelserna för Trobo och Trofi.

## Fokusområden

Valet av fokusområden för tillsynen 2022 är:

- Arbete i molnbaserade system
- Uppdatering i DraftIT
- Personuppgiftsincidenter
- Konsekvensbedömningar
- Behov av utbildning ute på enheterna

## Frågor

Tre frågor har diskuterats;

1. Har ni säkerställt rutiner för löpande utbildning?
2. Har ni genomfört några konsekvensanalyser i verksamheten?
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

#### **Informationssäkerhet - cyberattacker**

2022 har präglats mycket av kriget i Ukraina och rädslan för attacker från tredje land. Säkerheten har därför setts över och övningar har genomförts inom Trosa kommun.

#### **Användning av molntjänster inom offentlig sektor**

Inom ramen för ett samarbete inom den Europeiska dataskyddsstyrelsen (EDPB) genomförde IMY tidigare i år en undersökning om statliga myndigheters användning av molntjänster. Nu har de övergripande slutsatserna sammanställts i en rapport.

Enligt undersökningen synes molntjänster huvudsakligen användas som verksamhetsstöd och för behandling av anställdas uppgifter, men det förekommer att även känsliga personuppgifter om medborgare behandlas.

Undersökningen indikerar att det finns vissa utmaningar för myndigheterna att fastställa rollfördelningen mellan personuppgiftsansvarig och personuppgiftsbiträde eller gemensamt personuppgiftsansvar.

Samtliga myndigheter uppger att de har processer och rutiner för att anskaffa molntjänster och merparten att konsekvensbedömningar genomförs innan en molntjänst anskaffas.

Enligt myndigheterna uppges vissa molntjänstleverantörer ha bristande kunskaper om grundläggande dataskyddsregler, vilket ställer stora krav på upphandlande myndigheter. Det handlar till exempel om vad som är personuppgifter och en personuppgiftsbehandling, om roll- och ansvarsfördelningen för personuppgiftsansvarig och personuppgiftsbiträde samt personuppgiftsbitrådets ansvar vid anlitan av underbiträden. Undersökningen pekar också på att molntjänstleverantörer i vissa fall felaktigt uppger att de har skyddsmekanismer i form av anonymisering och pseudonymisering.

En sammanfattande rapport av den samlade åtgärden kommer från EDPB under 2023.

<https://www.imy.se/globalassets/dokument/rapporter/rapport---anvandning-av-molntjanster-inom-offentlig-sektor-.pdf>

#### **Dataskyddsombud rekommenderar**

Trosa Kommun har bra rutiner för att säkerställa vilka leverantörer som har den kunskap som krävs vid leverans av en molntjänst. Vi har också rutiner för att säkerställa att ingen information hamnar i tredje land. Vi gör alltid konsekvensanalyser samt skriver tydliga PUB avtal. Därför ser inte vi att det finns några hinder för Trosa kommun att jobba med molntjänster då det är vägen framåt och bidrar till den komparitet som krävs för att hänga med i utvecklingen.



## Externa händelser och utredningar

Under 2022 gjorde Socialstyrelsen en genomgång av personuppgiftsbehandling inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. EU:s dataskyddsförordning (GDPR) är det grundläggande regelverket för behandling av personuppgifter. Därtill finns kompletterande bestämmelser i svenska lagar och andra författningar. Utöver dataskyddsförordningen (GDPR) finns regler i nationell lagstiftning som gäller för viss personuppgiftsbehandling.

Inom hälso- och sjukvården finns det bestämmelser om personuppgiftsbehandling och journalföring i till exempel patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter på området.

Inom socialtjänsten finns bestämmelser om personuppgiftsbehandling framför allt i lagen och förordningen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Kommunala myndigheter är personuppgiftsansvariga för den personuppgiftsbehandling som de utför. Privata verksamheter (den fysiska eller juridiska person som ansvarar för verksamheten) är personuppgiftsansvariga för den personuppgiftsbehandling som utförs i deras verksamhet.

I lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation finns bestämmelser om personuppgiftsbehandling som gäller både för hälso- och sjukvården och för socialtjänsten.

## Interna händelser och utredningar

### Tjänster från Inera

#### **Identifieringstjänst SITHS**

SITHS är en elektronisk identitetshandling som används för säker identifiering av både personer och system inom regioner, kommuner, privata vårdgivare och statliga myndigheter. SITHS används till exempel vid inloggning i tjänster, för elektronisk signering och för säker kommunikation mellan system.

#### **Ny lösning för SITHS**

Projektet Ny lösning för SITHS utvecklar och inför nya lösningar för inloggning och elektroniska underskrifter med SITHS e-legitimation, samt utvecklar nya portaler som ska ersätta dagens SITHS Admin och SITHS Mina sidor.

#### **Mobilt e-SITHS**

Trosa kommun har valt att arbeta med Ineras tjänst mobilt e-SITHS som ger en ökad flexibilitet för vården när det gäller både säkerhet kring inloggning samt signering av läkemedelslistor.

Över 500 000 vårdmedarbetare i regioner, kommuner och privata vårdgivare använder SITHS-kort för att legitimera sig vid inloggning och underskrift när det krävs en hög nivå av säkerhet. Med nya mobilt SITHS eID, som fungerar på liknande sätt som bank ID, går det även att logga in med mobiltelefon eller surfplatta.

SITHS är en godkänd metod för legitimering vid inloggning och underskrift när det krävs en högre nivå av säkerhet. Den goda kvalitets- och tillitsnivån på legitimeringen innebär att DIGG, Myndigheten för digital förvaltning, har godkänt metoden för känslig information och mobila lösningar.

### **Inera Digitala möten**

Vård och omsorgskontoret använder Ineras tjänst *Digitala möte* för säkra digitala möten som behandlar information som omfattas av sekretess. Tjänsten har utvecklats under hösten och är nu mer driftsäker. Prismodellen har också ändrats och är mer rimlig för en liten kommun med få användare. Tjänsten bör vara relevant för flera kontor inom kommunen som hanterar uppgifter som omfattas av sekretess, t ex socialtjänsten och elevhälsan.

### **Microsoft 365**

Som tidigare nämnts har det 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. Dock har man vägt fördelar med nackdelar och kommit fram till att Trosa Kommun kommer gå över till Microsoft 365 under 2023 för att främja vår digitala utveckling och kompatibilitet. Microsoft garanterar att alla servrar för europeiska användare kommer finnas i Europa utan möjlighet för insyn från tredje land.

För att säkerställa Microsoft 365 finns det flera programprotokoll att köpa till som gör att Microsoft inte kan komma över vårt informationsflöde utan att skicka en skriftlig förfrågan och då kan vi ta ställning till vad de ska få se och när – ett exempel på detta är *Customer Lockbox*.

## **Arbete efter föregående rapport**

Efter tillsynsrapporten för 2021 har arbetet fortgått med att utveckla och förbättra kommunens arbete med personuppgiftsfrågor:

- Klassning av kommunens system fortsätter kontinuerligt.
- Kartläggning av alla system och appar som används i kommunen, 91 stycken totalt.
- Framtagning av ny processbeskrivning och nytt utbildningsmaterial.
- Flera konsekvensanalyser har genomförts
- 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).
- Nytt system med tvåfaktorsinloggning och e-legitimering genom SAML för SBK avseende bygglovsansökan som automatiserar hela processen samt ett e-arkiv.
- Inköp av modul i Drafit "*Drafit Expert*" för att effektivisera och förenkla processen har gjorts och är i drift.
- Genomlysning om var det saknas PUB avtal, konsekvensanalyser samt informationshanteringsplaner. Arbetet med att uppdatera detta pågår.

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.
- Frågan kring säker hantering av mobila enheter har lyfts upprepade gånger utan resultat. Denna punkt ligger kvar sedan tidigare och det finns fortfarande inte resurser till detta.
  - 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 växelnsämnden.
  - 2021 Skrevs ett PM till kommunens ledning för att uppmärksamma behovet ånyo. Resultatet blev ytterligare en uppmaning att växelnsämnden skulle hantera frågan.
  - 2023 är planen att införa M365 och nyttja InTune för MDM. Frågan är ständigt aktuell och kräver hantering.

Förslag till förbättring under 2023:

- Fortsätta öka den generella medvetenheten och kunskapen hos personuppgiftsansvariga genom ytterligare informationsinsatser.
- Ta fram en ny övergripande plan för hur Trosa kommun ska arbeta med dataskydd och GDPR samt arbetsprocess och arbetsfördelning mellan ambassadörer/samordnare och Dataskyddsombud.
- Skapa mer tid och förutsättningar att arbeta med dataskydd och GDPR för ambassadörerna/samordnarna. Som det ser ut idag prioriteras detta inte i den utsträckning som behövs pga hög arbetsbelastning.
- Säkerställa processen för inköp med konsekvensanalyser, pubavtal och informationshanteringsplaner innan inköpet görs, dvs tillgången av avtalskompetens kring bl a personuppgiftsbiträdesavtal, samt teckna personuppgiftsbiträdesavtal som eventuellt saknas.
- Ta fram utbildning och skapa kunskap kring informationssäkerhet generellt för att kunna hantera olika typer av säkerhetsincidenter, detta är ett vidare begrepp som utpekade personer på respektive enhet bör ha kunskap om och utbildas i, det kan vara informationssäkerhet, fysisk säkerhet, IT säkerhet etc.

## Realisering

### Informationssäkerhet och dataskydd

- Målbild för Trosa kommun bör vara att nå upp till MSBs föreskrifter om informationssäkerhet för statliga myndigheter (Nivå 3, Betydande)  
För följande områden är målet att vi är lite bättre och även arbetar med ständiga förbättringar (Nivå 4, Allvarig)
- Upprättande och utveckling av säkerhetskultur, möjliggör integrering av informationssäkerhet i dagligt arbete, våra processer, etc
- Upphandling, bra upphandlingar är grunden för vårt fortsatta arbete
- Medarbetarnas kunskaper och utbildningsverksamhet, grunden för ett hållbart arbete är att individen har lätt att göra rätt
- Informationsklassning, vi vill lägga ner mest tid och resurser på det som är viktigast för verksamheten, "hitta och hantera guldäggen"

### Exempel på händelser som kan påverka en kommun



Källa: Eskilstuna kommun

**Dataskyddsbud rekommenderar**

Att vi beslutar att anpassa oss efter nivå 3 (Betydande) i MSB:s föreskrifter om informationssäkerhet. I dagsläget har Trosa kommun passerat nivå 2 (Måttlig). Se bild nedan samt länk för mer utförlig information

Konsekvens	Ekonomisk förlust	Minskat förtroende	Avbrott i verksamheten
<b>Allvarlig</b>	2 miljoner kronor och uppåt eller avvikelse på över 20% av budget	Ihållande drev i rikstäckande medier, eller av organiserade grupperingar i sociala medier. Ej endast enskilda personer pekade ut, utan även organisationens grundläggande kultur.	Avbrott i en eller flera kritiska verksamheter som är längre än godtagbart. Omfattande omprioriteringar av verksamheten.
<b>Betydande</b>	500 000 – 2 miljoner kronor eller avvikelse på 10-20% av budget	Nyheter i både riks- och lokalmedia och i organiserade grupperingar i sociala medier. Missnöjet är dock begränsat till enskilda händelser eller enskilda personers agerande.	Avbrott i en kritisk verksamhet som är längre än godtagbart. Stora omprioriteringar av verksamheten.
<b>Måttlig</b>	1 – 500 000 kronor eller avvikelse på 5-10% av budget	Enstaka missnöjda individer som uttalar sig i sociala medier, eller en mindre notis i lokalpress.	Avbrott i en eller flera verksamheter som inte är kritiska och som är längre än godtagbart. Mindre omprioriteringar av verksamheten.
<b>Försumbar</b>	Ingen förlust	Liten negativ uppmärksamhet	Försumbara avbrott i verksamheten och/eller inga omprioriteringar av verksamheten.

[https://www.informationssakerhet.se/siteassets/metodstod-for-lis/1.-om-metodstodet/vagledning-utforma-klassningsmodell\\_kommentarsperiod.pdf](https://www.informationssakerhet.se/siteassets/metodstod-for-lis/1.-om-metodstodet/vagledning-utforma-klassningsmodell_kommentarsperiod.pdf)

## Status av autentisering och auktorisering- Uppföljning från 2021 års rapport

### 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”<sup>2</sup>.

### Aktuell status

- Nya rutiner med mobilt e-SITHS är på väg att implementeras på Vård- och omsorgskontoret för inloggning och signering – se tidigare punkt om mobilt e-SITHS
- SITHS kort används vid inloggning och signering i systemen på Samhällsbyggnadskontoret.
- För övriga i Trosa kommun används endast Single Sign-on (SSO) som är en autentiseringsprocess som tillåter användaren att få åtkomst till flera system, program eller datorer med en och samma uppsättning inloggningsuppgifter.
- För externa besökare t ex ansökan om bygglov via vår nya automatiska tjänst, e-tjänster samt *Mitt Vaccin* på Vård och Omsorgskontoret gäller tvåfaktorsinloggning via Bank-ID.

### 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 (Multifaktorautentisering). 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 åtgärder efteråt dokumenteras.

### Personuppgiftsincidenter

Under 2022 har dataskyddsombuden tagit emot 22 interna anmälningar av personuppgiftsincidenter varav 6 stycken har anmälts till IMY. Som visas nedan finns det en nedåtgående trend av rapporterade incidenter men ligger ändå i närheten av antalet internt anmälda personuppgiftsincidenter över de tre år som visas.

De interna anmälningarna under 2022 kommer från Kommunstyrelsen (2), Vård- och omsorgsnämnden (16) samt Humanistiska nämnden (4).

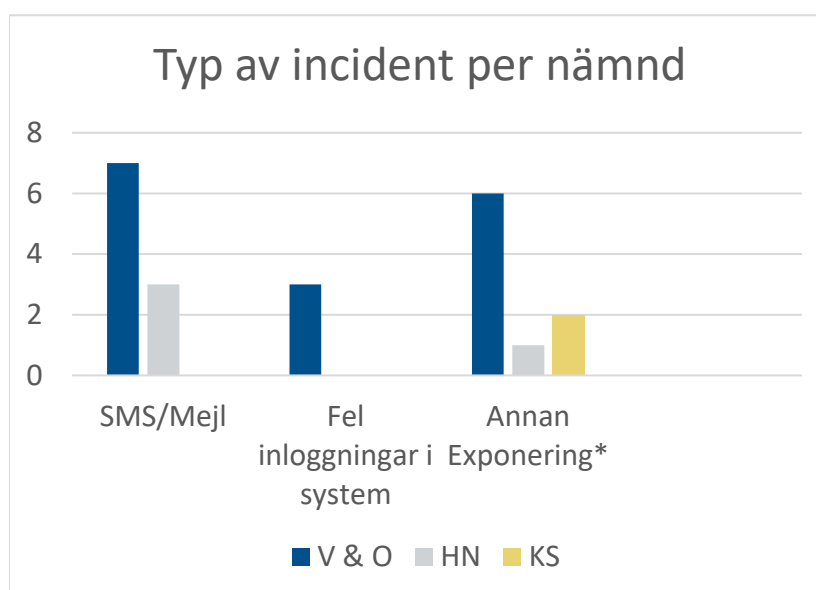
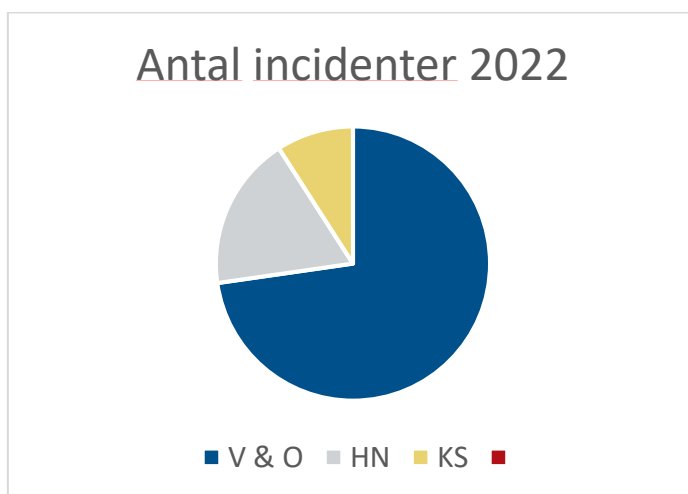
<b>År</b>	<b>Interna anmälningar (inkl. de som anmälts till IMY)</b>	<b>Anmälda till IMY</b>
2022	22	6
2021	28	12
2020	27	9

Av de sex personuppgiftsincidenter som anmäldes till IMY skickades en anmälan in senare än 72 timmar efter att incidenten upptäcktes. I det fallet angavs att tid behövdes för att utreda detta internt, alla ärenden avskrevs av IMY.

## System och inställningar

Under 2022 har ett system i kommunens verksamhet visat på brister kopplat till behandling av personuppgifter. Det som upptäckts är att ett system där personuppgifter i form av journaler, läkemedelslistor och vårdplaner hanteras så läggs filerna som öppnats i mappen "Hämtade filer" tillgängligt för vem som helst att öppna som har inloggning till datorn, speciellt känsligt där dator delas mellan flera användare. Arbete med lösning pågår internt för att ändra processen och handhavandet samt tekniskt av leverantör.

### Typ av personuppgiftsincidenter



\* Annan exponering kan vara öppet liggande information, lappar som tappats med information



## Rapportering

I början av 2023 har alla dataskyddsambassadörer fått en sammanställning av de personuppgiftsincidenter, som hör till deras personuppgiftsansvarige, som anmälts internt under 2022. Av de incidenter som IMY har hanterat hitintills har 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 av Dataskyddsombudets reflektioner

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. Ett nytt utbildningsmaterial är framtaget som heter "Vad är en incident" som ska klargöra vad en incident kan vara, exempel på dessa och hur man ska hantera dem. Även ett nytt förslag på processbeskrivning är framtagen som heter "Strukturerat arbete med GDPR" som ska vara ett styrmedel för att säkerställa arbetet med Dataskyddsförordningen.

## E-post

Många personuppgiftsincidenter är fortfarande 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.

Under våren 2022 gjordes en planerad phishingattack arrangerat av vår interna IT avdelning till ont anande anställda i Trosa Kommun för att belysa hur lätt det kan vara att trycka på en felaktig länk och hur dessa kan se ut. Resultatet blev som förväntat – många tryckte på länken.

Ett nytt meddelande har även satts in på all inkommande extern e-post som gör att mottagen förhoppningsvis stannar upp innan de trycker på någon länk.

**VARNING:** Detta epostmeddelande kommer ifrån en extern avsändare. Klicka inte på någon länk eller bifogad fil om du inte känner igen avsändaren.

Vi blev även utsatta för en liknande incident från en av våra leverantörer där minst 5 personer tryckte på länken och fick skador av den grad att datorer fick bytas ut.

Rekommendationer som gavs 2021 enligt nedan är under arbete.

- Se över och uppmärksamma e-postpolicyn
  - e-policyn är genomgången och håller om alla följder vad som står.
- Se över lösningar som reducerar risk för felaktiga e-postutskick
  - Inkommande e-postmeddelande från ovanlig avsändare kommer in via ett program som gör att du måste förhandsgranska och manuellt släppa igenom meddelandet.
- Ta fram information och exempel på personuppgiftsincidenter och åtgärder som vidtagits till hela organisationen.
  - Detta belyses i nya utbildningen för anställda "Vad är en incident"
- Lägga till en enkel sökväg till den interna personuppgiftsincident-rapporteringen i mobiltelefonerna som framförallt används av kvälls- och helgpersonal.
  - Kvarstår att åtgärda.

#### **Dataskyddsombudets reflektioner**

Det kommer många frågor från medarbetarna om där det framkommer en osäkerhet kring vad som gäller när man både skickar och tar emot e-post och vem som ansvarar för vad.

Dataskyddsombudet bör ta fram en specifik manual som visar exempel och regelverk kring e-post som kan vara till hjälp för alla användare.

## Konsekvensbedömningar

Vad är en konsekvensbedömning?

Av artikel 35.1 i dataskyddsförordningen (GDPR) följer att den personuppgiftsansvarige ska utföra en dataskyddskonsekvensbedömning om en typ av behandling sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter (konsekvensbedömning). Syftet med en konsekvensbedömning är att förebygga risker för registrerades personliga integritet innan de uppkommer.

Konsekvensbedömningen är en process för att

- ta reda på vilka risker som finns med att behandla personuppgifter
- ta fram rutiner och åtgärder för att reducera eller eliminera dessa risker och visa för registrerade, samverkansparter eller tillsynsmyndighet att man uppfyller GDPR:s krav.

Det är den personuppgiftsansvarige som ansvarar för att genomföra en konsekvensbedömning. Personuppgiftsansvarig är en juridisk eller fysisk person som ensam eller tillsammans med andra bestämmer ändamålen med eller medlen för en viss behandling av personuppgifter.

En dataskyddskonsekvensbedömning går längre än en riskanalys på så sätt att den, förutom en riskanalys också ska beakta åtgärder för att reducera eller eliminera risker samt en sammantagen bedömning om huruvida hög risk för enskildas fri- och rättigheter vid personuppgiftsbehandling kvarstår. Kvarstår en hög risk, trots tekniska och organisatoriska kompensatoriska åtgärder, kan den personuppgiftsansvarig välja att begära förhandssamråd hos Integritetsskyddsmyndigheten eller avstå från behandlingen.

### När behövs inte en konsekvensbedömning?

- Om det redan har gjorts en konsekvensbedömning för en behandling som är mycket lik den planerade behandlingen; resultatet från den tidigare konsekvensbedömningen kan användas.
- Om den planerade personuppgiftsbehandlingen inte sannolikt leder till en hög risk för enskildas fri- och rättigheter.
- Behandlingar som har kontrollerats av en tillsynsmyndighet eller ett dataskyddsbud i enlighet med artikel 20 i direktiv 95/46/EG (dataskyddsdirektivet, dvs. före GDPR:s ikraftträdande) och vars genomförande inte har ändrats sedan föregående kontroll.

## Konsekvensbedömningar i Trosa kommun

Arbetet med konsekvensbedömningar har kommit igång ordentligt. Enligt svar från dataskyddsambassadörerna/samordnarna har VON, HN, MN och KS gjort en eller flera konsekvensbedömningar. Vi använder fr o m 2022 en nyframtagen mall från SKR. Vi har startat en regional grupp med representanter från flera kommuner som hjälps åt med konsekvensbedömningar. Många kommuner använder samma system och tillämpar liknande behandlingar och processer vilket gör att i många fall finns det redan gjorda konsekvensanalyser vi kan utgå ifrån. Den tidigare upplevelsen av att frågorna i konsekvensanalysen var liknande det i KLASSA och registerförteckningarna har eliminerats genom att vi använder nya mallen från SKR samt att samarbetet med andra kommuner underlättar mycket. Därmed finns inte behovet lika starkt att i nuläget köpa in modulen för konsekvensbedömningar från DraftIT. Självklart skulle det underlätta mycket att ha allting samlat på ett ställe men den frågan kan tas upp när vi ser ett ökat behov.

## 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.

## Rekommendationer till den personuppgiftsansvarige

- Rekommendation är att vi använder SKR:s mall som togs fram 2022 för konsekvensanalyser.
- Att säkerställa inköpsprocessen där konsekvensanalys alltid ska komma först.
- Att säkerställa att konsekvensbedömning görs innan ny behandling/process införs.

## Arbeta strukturerat med GDPR och dataskyddsförordningen

### Roller och organisation

Personuppgiftsansvarig: Respektive Nämnd, Kommunstyrelsen och respektive styrelser i de kommunala bolagen i Trosa kommun.

Dataskyddsombud: Tina Forstén-Kärrström, Trosa kommun

Dataskyddssamordnare:	Humanistiska nämnden	3 st
	Vård & Omsorgsnämnden	1 st
	TROBO AB	1 st
	TROFI AB	1 st
	Samhällsbyggnadsnämnden	} 1 st
	Miljönämnden	
	Teknik och Servicenämnden	} 1 st
	Kultur och Fritidsnämnden	

### Vårt regionala samarbete inom dataskyddsarbete

Vi har idag fått igång ett förträffligt samarbete och nätverk kring dataskyddsfrågor och informationssäkerhet i regionen där representanter från Södermanland, Västmanland samt Östergötland ingår.

Exempel på arbete i detta nätverk är:

- Regelbundna möten för Dataskyddsombud
- Regelbundna möten/workshops för dataskyddssamordnare fördelat per nämnd
- Regelbundna utbildningsseminarier
- Samarbeten kring konsekvensanalyser och andra dokument
- Råd och stöttande arbete

### Föreslagen arbetsfördelning Dataskyddsorganisation Trosa Kommun enligt IMY:s rekommendationer

#### Dataskyddsombud

- Leder dataskyddsarbetet övergripande för kommunen.
- Ser till att dataskyddsorganisationen fungerar.
- Genomför regelbundna möten men GDPR samordnare
- Fungerar som råd och stöd.
- Har fördjupade kunskaper inom dataskydd och GDPR.

#### Dataskyddssamordnare

- Leder dataskyddsarbetet på enheterna.
- Initierar utbildningar och workshops.
- Ser till att behandlingar av personuppgifter finns registrerade i registerförteckningen.
- Ser till att alla personuppgiftsavtal är undertecknade.
- Hanterar begäran om registerutdrag, rättelse, radering, invändning, begränsning och dataportabilitet.
- Utreder personuppgiftsincidenter i samråd med DSO.

## Principer som ska genomsyra all personuppgiftsbehandling

- Laglighet, korrekthet och öppenhet (art. 5.1a)
- Ändamålsbegränsning (art. 5.1b)
- Uppgiftsminimering (art. 5.1c)
- Riktighet (art. 5.1d)
- Lagringsminimering (art: 5.1e)
- Integritet och konfidentialitet (art:5.1f)
- Ansvarsskyldighet

## Reflektion från GDPR ambassadörerna/dataskyddsamordnarna

Svårt att bedriva strukturerat GDPR då de verksamhetsnära arbetsuppgifterna är många och måste prioriteras.

## Reflektioner och förslag från Dataskyddsombud

Ledningen behöver säkerställa att förutsättningar för att mer tid frigörs för dataskyddsamordnarna att skapa ett mer strukturerat och kontinuerligt arbete på enheterna enligt den process- och arbetssätt som rekommenderas av Integritetsmyndigheten IMY.

Titeln GDPR Ambassadör bör bytas till dataskyddsamordnare och likställas med andra kommuners benämningar och uppdragets omfattning.

Dataskyddsamordnarens arbetsuppgifter bör bestå av att bevaka, informera, utbilda och verkställa centrala beslut som tagits och samordna arbetet med detta på respektive enhet.

Dataskyddsombudets roll är att vara revisor och stöd för dataskyddsarbetet.

12

## Anmälan av delegeringsbeslut

<b>Löpnr/ Dnr</b>	<b>Punkt i del. ordning</b>	<b>Ärende och beslut</b>	<b>Datum för beslut</b>	<b>Delegat, titel</b>
	1.12	Yttrande som på grund av ärendets innehåll kan bedömas utan behandling i nämnden: Yttrande till IVO avseende ett ej verkställt beslut.	2023-02-13	Mirna Basic, enhetschef



**Trosa****Beslutsstatistik**

Sida 1(1)

**Fördelning:** Beslut - Summering över antal beslut**Framställd:** 2023-03-06 09:15**Beställd av:** Angelina Tingstig**Anledning:** Beslutsstatistik Färdtjänst/Riksfärdtjänst Januari-Februari**Urval:**

<b>Beslut</b>	<b>1900-1928</b>	<b>1929-1938</b>	<b>1939-1953</b>	<b>1954-2023</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>Totalt</b>
Färdtjänst	1	3	8	1	0	0	0	0	13
Färdtjänst, omsorgsresa	1	1	0	1	0	0	0	0	3
Riksfärdtjänst enstaka resa	0	1	2	5	0	0	0	0	8
Riksfärdtjänst generellt tillstånd	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>Totalt antal beslut:</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>25</b>

**Antal unika ärenden:** 22**Antal unika huvudpersoner:** 22**Antal unika ärendepersoner:** 0**Varav kvinnor:** 12**Varav kvinnor:** 0**Varav män:** 10**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

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:28

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut  
Färdtjänst/Riksfärdtjänst Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
2023-01-12	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst, omsorgsresa	Kollektivtrafik
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Färdtjänst	Kuhlin, Sofia	Färdtjänst	Kollektivtrafik
<b>Bifall</b>				
2023-01-20	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
<b>Bifall</b>				
2023-01-23	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
<b>Avslag</b>				
2023-01-23	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
<b>Bifall</b>				
2023-01-23	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 2(5)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:28

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut  
Färdtjänst/Riksfärdtjänst Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-23	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-01-24	Färdtjänst	Kuhlin, Sofia	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-01-24	Färdtjänst	Kuhlin, Sofia	Färdtjänst, omsorgsresa	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-01-25	Färdtjänst	Hulthén, Dite	Färdtjänst, omsorgsresa	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-01-30	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-01-30	Riksfärdtjänst	Kuhlin, Sofia	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik

Källa: Treserva

Sida 2(5)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 3(5)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:28

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut  
Färdtjänst/Riksfärdtjänst Januari-Februari

Urval:

---

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

---

Beslutsform

---

---

Bifall

2023-01-31	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

2023-01-31	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

2023-01-31	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

2023-02-02	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

2023-02-08	Färdtjänst	Hulthén, Dite	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	---------------	------------	-----------------

Bifall

2023-02-08	Färdtjänst	Hulthén, Dite	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	---------------	------------	-----------------

---

Källa: Treserva

Sida 3(5)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 4(5)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:28

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut  
Färdtjänst/Riksfärdtjänst Januari-Februari

Urval:

---

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

---

Beslutsform

---

---

Bifall

2023-02-13	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	------------------------	------------	-----------------

Bifall

2023-02-13	Riksfärdtjänst	Erlandsson, Hanna	Riksfärdtjänst generellt tillstånd	Kollektivtrafik
------------	----------------	-------------------	------------------------------------	-----------------

Bifall

2023-02-14	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	------------------------	------------	-----------------

Bifall

2023-02-14	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

2023-02-15	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	------------------------	------------	-----------------

Bifall

---

Källa: Treserva

Sida 4(5)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 5(5)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:28

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut  
Färdtjänst/Riksfärdtjänst Januari-Februari

Urval:

---

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

Beslutsform

---

2023-02-15	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	------------------------	------------	-----------------

Bifall

---

2023-02-15	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

---

Antal beslut:

25

Fördelning: Beslut - Summering över  
antal beslut

Framställd: 2023-03-06 09:20

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Beslutsstatistik LSS Januari-Februari

Urval:

Beslut	1900-1928	1929-1938	1939-1953	1954-2023	-	-	-	-	Totalt
LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	0	0	13	15	0	0	0	0	28
LSS 9:2, Personlig assistans	0	0	0	2	0	0	0	0	2
LSS 9:2, Tillfällig ökning	0	0	0	1	0	0	0	0	1
LSS 9:3, Ledsagarservice	0	0	0	1	0	0	0	0	1
LSS 9:4, Kontaktperson	0	0	0	2	0	0	0	0	2
LSS 9:6, Korttidsvistelse	0	0	0	2	0	0	0	0	2
<b>Totalt antal beslut:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>36</b>

Antal unika ärenden: 14

Antal unika huvudpersoner: 14

Antal unika ärendepersoner: 0

Varav kvinnor: 6

Varav kvinnor: 0

Varav män: 5

Varav män: 0

Varav okända: 0

Varav okända: 0

Varav barn &lt; 18 år: 3

Varav barn &lt; 18 år: 0

Varav flickor: 0

Varav flickor: 0

Varav pojkar: 3

Varav pojkar: 0

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 1(8)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:25

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
2023-01-02	LSS	Erlandsson, Hanna	LSS 9:4, Kontaktperson	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-12	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				



Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 2(8)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:25

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				

Källa: Treserva

Sida 2(8)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 3(8)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:25

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten

Bifall

Källa: Treserva

Sida 3(8)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 4(8)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:25

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				

Källa: Treserva

Sida 4(8)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:25

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-13	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	LSS	Erlandsson, Hanna	LSS 9:6, Korttidsvistelse	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Tillfällig ökning	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-31	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Personlig assistans	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-31	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Personlig assistans	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 6(8)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:25

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-01	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-01	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-01	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-05	LSS	Outagourte, Anna-Karin	LSS 9:3, Ledsagarservice	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	LSS	Erlandsson, Hanna	LSS 9:4, Kontaktperson	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 6(8)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 7(8)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:25

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
2023-02-15	LSS	Erlandsson, Hanna	LSS 9:6, Korttidsvistelse	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-23	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-23	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-23	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-23	LSS	Basic, Mirna	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 8(8)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:25

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Januari-Februari

Urval:

---

Antal beslut: 36

Fördelning: Beslut - Summering över  
antal beslut

Framställd: 2023-03-06 09:22

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Beslutsstatistik ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslut	1900-1928	1929-1938	1939-1953	1954-2023	-	-	-	-	Totalt
Avlösning i hemmet	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Beslut om avgift	46	243	245	46	0	0	0	0	580
Beslut under utredningstid	0	2	1	2	0	0	0	0	5
Boendestöd	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Dagverksamhet	0	2	4	4	0	0	0	0	10
Egenvård	0	4	1	0	0	0	0	0	5
Hemliv	3	15	24	2	0	0	0	0	44
Hemtjänst i särskilt boende	1	4	5	1	0	0	0	0	11
Korttidsboende	3	20	17	3	0	0	0	0	43
Matdistribution	0	4	5	0	0	0	0	0	9
Personlig vård	2	14	17	1	0	0	0	0	34
Rekreation och fritid	0	2	7	1	0	0	0	0	10
Särskilt boende (behov och verkställande)	1	7	6	1	0	0	0	0	15
Tillfällig utökning av hemtjänst	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Trygghetsbesök	0	1	3	0	0	0	0	0	4
Trygghetslarm	1	6	18	0	0	0	0	0	25
<b>Totalt antal beslut:</b>	<b>57</b>	<b>324</b>	<b>355</b>	<b>65</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>801</b>



## Trosa

## Beslutsstatistik

Sida 2(2)

Fördelning: Beslut - Summering över  
antal beslut

Framställd: 2023-03-06 09:22

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Beslutsstatistik ÄO Januari-Februari

Urval:

---

Antal unika ärenden:	526		
Antal unika huvudpersoner:	448	Antal unika ärendepersoner:	1
Varav kvinnor:	269	Varav kvinnor:	0
Varav män:	179	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

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-01	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Egenvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-01	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-01	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Boendestöd	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-02	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-03	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-03	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Matdistribution	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-04	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-04	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-04	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Tillfällig utökning av hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-05	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-05	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-05	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
2023-01-05	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-05	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-05	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-05	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Korttidsboende	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-06	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-10	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Personlig vård	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 4(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-10	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-10	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-10	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-10	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-10	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Matdistribution	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 5(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-11	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Egenvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	Hemtjänst	Basic, Mirna	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-11	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 7(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-12	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten



Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 8(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 9(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 10(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 11(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-13	Hemtjänst	Larsson, Marie	Dagverksamhet	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 13(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-13	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-13	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Avlösning i hemmet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-14	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Beslut under utredningstid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 14(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 15(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten



Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 16(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 17(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 17(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 19(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 20(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 21(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 22(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 23(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten



Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 24(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 25(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 26(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 27(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 28(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 29(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 30(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 30(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten



Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 33(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 34(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 34(134)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 35(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 37(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 38(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 39(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 39(134)



Trosa

Delegationsbeslut

Sida 40(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 42(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 43(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 44(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 45(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 46(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 47(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 47(134)



Trosa

Delegationsbeslut

Sida 48(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 48(134)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 49(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 50(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 51(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 51(134)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 52(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 52(134)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 53(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 53(134)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 54(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 55(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten



Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 56(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 57(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 58(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 59(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 61(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 62(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 63(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten



Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 64(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 65(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 66(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 67(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 68(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 69(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 70(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 70(134)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 71(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten



Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-16	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-17	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-17	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Korttidsboende	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-17	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Korttidsboende	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-17	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

---

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

---

Beslutsform

Bifall

---

2023-01-17	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
------------	-----------	-------------------	-----------------------------	-----------------

---

Bifall

---

2023-01-17	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
------------	-----------	----------------	-----------------------------	-----------------

---

Bifall

---

2023-01-17	Hemtjänst	Larsson, Marie	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
------------	-----------	----------------	---	-----------------

---

Bifall

---

2023-01-17	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
------------	-----------	----------------	-----------------------------	-----------------

---

Bifall

---

2023-01-17	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
------------	-----------	----------------	---	-----------------

---

Bifall

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-17	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-17	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-17	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-17	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-18	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-18	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-18	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-18	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-18	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-19	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-19	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-19	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-19	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Beslut under utredningstid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-20	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-20	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-20	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-20	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-20	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Boendestöd	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-23	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Hemtjänst	Larsson, Marie	Matdistribution	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-23	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-23	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				



Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-24	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-24	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-24	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 82(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-25	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Matdistribution	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 82(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-25	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-25	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Matdistribution	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-25	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-26	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-26	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-26	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-26	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Matdistribution	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-26	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-26	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-26	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-26	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-26	Trygghetslarm	Jaberansari, Leila	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-27	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-27	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-27	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-27	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-30	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-30	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-30	Hemtjänst	Basic, Mirna	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-30	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Beslut under utredningstid	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
2023-01-30	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Korttidsboende	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-31	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-31	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-31	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-31	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-31	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-01-31	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				



Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-01-31	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-31	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Egenvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-31	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-31	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-31	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-01-31	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
2023-02-01	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-01	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-01	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-01	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-01	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-01	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Trygghetslarm	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-01	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-01	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-01	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Beslut under utredningstid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 91(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-02	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 91(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-02	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Egenvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-02	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Boendestöd	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-03	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-03	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-03	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-03	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-03	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-03	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-03	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-03	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-03	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-03	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-06	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-06	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-06	Hemtjänst	Larsson, Marie	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-06	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-06	Hemtjänst	Larsson, Marie	Matdistribution	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-06	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-06	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				





Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-02-07	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-07	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-07	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-07	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-07	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-07	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 98(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-02-07	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-08	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-08	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-08	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-08	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-08	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Beslut under utredningstid	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 98(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-02-08	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-08	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-09	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-09	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-10	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-10	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Korttidsboende	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-10	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-10	Hemtjänst	Larsson, Marie	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-10	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-10	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-13	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-13	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Personlig vård	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 101(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 102(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 103(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten



Trosa

Delegationsbeslut

Sida 104(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 104(134)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 105(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 106(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 107(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 107(134)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 108(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 109(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 110(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 111(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten



Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 112(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 113(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-14	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-14	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Trygghetsbesök	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 115(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 116(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 117(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 118(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 119(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten



Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 120(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Personlig vård	Biståndsenheten

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 122(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-15	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-15	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Boendestöd	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
Bifall				
2023-02-15	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-16	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-16	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-16	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-16	Hemtjänst	Basic, Mirna	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 124(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-02-16	Hemtjänst	Basic, Mirna	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-17	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
<b>Avslag</b>				
2023-02-17	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetslarm	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-17	Hemtjänst	Basic, Mirna	Korttidsboende	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-17	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetslarm	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-17	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Korttidsboende	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 124(134)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 125(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

---

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

Beslutsform

---

Bifall

---

2023-02-18	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten
------------	-----------	---------------	----------------	-----------------

Bifall

---

2023-02-19	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Hemliv	Biståndsenheten
------------	-----------	------------------------	--------	-----------------

Bifall

---

2023-02-20	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
------------	------------	-------------------	------------------	-----------------

Bifall

---

2023-02-20	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
------------	-----------	----------------	----------------	-----------------

Bifall

---

2023-02-20	Hemtjänst	Larsson, Marie	Dagverksamhet	Biståndsenheten
------------	-----------	----------------	---------------	-----------------

Bifall

---

2023-02-20	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Matdistribution	Biståndsenheten
------------	-----------	-------------------	-----------------	-----------------

---

Källa: Treserva

Sida 125(134)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 126(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

---

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

---

Beslutsform

---

Bifall

---

2023-02-21	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
------------	------------	---------------	------------------	-----------------

---

Bifall

---

2023-02-21	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
------------	------------	---------------	------------------	-----------------

---

Bifall

---

2023-02-21	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
------------	------------	---------------	------------------	-----------------

---

Bifall

---

2023-02-21	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
------------	------------	---------------	------------------	-----------------

---

Bifall

---

2023-02-21	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
------------	------------	---------------	------------------	-----------------

---

Bifall

---

2023-02-21	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
------------	------------	---------------	------------------	-----------------

---

Källa: Treserva

Sida 126(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-21	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-21	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Matdistribution	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-21	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-21	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Egenvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-21	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-22	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten



Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 128(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 128(134)

Trosa

## Delegationsbeslut

Sida 129(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 130(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-23	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-23	Hemtjänst	Hulthén, Dite	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-24	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-24	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 130(134)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-02-24	Hemtjänst	Erlandsson, Malin	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-24	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-24	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-27	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-27	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-02-27	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-27	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-27	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-27	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-27	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-27	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-02-28	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-28	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-28	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-28	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-28	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-02-28	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2023-03-06 09:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Januari-Februari

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
<b>Beslutsform</b>				
<b>Bifall</b>				
2023-02-28	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Dagverksamhet	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-28	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-28	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-28	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Dagverksamhet	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
2023-02-28	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
<b>Bifall</b>				
				Antal beslut: 800

13



**Kommunkontoret**  
Emma Eklund  
Nämndsekreterare  
0156-522 50  
emma eklund@trosa.se

Tjänsteskrivelse  
Datum  
2023-03-07  
Diarienummer  
VON 2023/2



## Anmälningssärenden

### Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av anmälningarna.

#### **Inspektionen för vård och omsorg, IVO**

- Beslut, 2023-02-13. Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av vård- och omsorgsnämnden i Trosa kommun.

Emma Eklund  
Nämndsekreterare