

Kansliheten

Kerstin Wisén

Överförmyndarhandläggare/nämndsekreterare

0156-52082

kerstin.wisen@trosa.se

Kallelse

Datum

2024-01-25



Tid: Onsdagen den 31 januari 2024, kl. 13.30

Plats: Skärborgarnas hus

Gruppmöte: Alliansen, Skärborgarnas hus kl. 13.00

S och V, Skärborgarnas hus kl. 12.30

SD, Skärborgarnas hus kl. 13.00

Kallelse till Vård- och omsorgsnämnden

Ärende**Dnr**

- | | | |
|----|---|-------------|
| 1. | Godkännande av dagordning | |
| 2. | Granskning av utförarjournaler inom SoL och LSS 2023 | VON 2024/4 |
| 3. | Återredovisning av åtgärder till IVO efter tillsyn | VON 2022/59 |
| 4. | Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet | VON 2024/3 |
| 5. | Miljöredovisning 2023 | VON 2024/5 |
| 6. | Vård- och omsorgschef informerar
(Inga handlingar) | |
| 7. | Anmälan av delegationsbeslut | VON 2024/1 |
| 8. | Anmälningsärenden | VON 2024/2 |
| 9. | Övriga frågor | |

Helena Koch
OrdförandeKerstin Wisén
Nämndsekreterare

2

Vård- och omsorgskontoret

Sofia Carlström
Kvalitetsutvecklare
0156-523 44
sofia.carlstrom@trosa.se

Tjänsteskrivelse

Datum
2023-12-27
Dnr
VON 2024/4



Granskning av utförarjournaler inom SoL och LSS 2023

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner granskningen av 2023 års utförda egenkontroll genom granskning av dokumentation gällande genomförandeplaner och den sociala dokumentationen i journal enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ärendet

Egenkontroll genom granskning av dokumentation gällande genomförandeplaner och den sociala dokumentationen i journal genomförs för att få en överblick över hur verksamheterna arbetar i förhållande till lagstiftningen. Egenkontroll sker som kontrollmoment enligt internkontrollplanen och i form av granskning av ett slumpvist urval med 25% av gällande journaler. Journaler har granskats från varje enhet, vilket innefattar hemtjänst inom ordinärt boende, vård- och omsorgsboenden, korttidsboende, dagverksamhet, daglig verksamhet, LSS och boendestöd enligt SoL.

Sammanfattningsvis visar granskningen följande:

Journalanteckningarna

Den sociala dokumentation som görs är fortsatt genomgående bra och har i de flesta enheter behållit en hög godkänd andel anteckningar. Till stor del uppfyller dokumentationen ställda krav. De flesta journalanteckningarna beskriver väl vad som hänt. Jämfört med föregående granskning minskar fortsatt andelen dag-anteckningar. I de granskade journalerna skrivs till stor del vardagliga händelser som avviker från genomförandeplanen eller som är av väsentlig betydelse för genomförandet. Fortsatt skrivs det inom vissa enheter mer hälso- och sjukvårdsinformation än sociala anteckningar, men generellt har andelen HSL-anteckningar minskat. Där det förekommer skulle anteckningarna skrivas i vårdplan.

Inga kränkande uttryck eller andra uppenbara felaktigheter hittades.

Under 2023 har en uppgradering av verksamhetssystemet gjorts som nu gör att en automatisk anteckning förs in i journalen när en genomförandeplan upprättats.

Detta har tidigare varit ett problem att man inte hittat noteringar om arbetet med

genomförandeplanen i journalen.

Ingen anteckning har hittats om att insatser upphört, inte ens vid flytt till särskilt boende. Det förekommer också få röda trådar kring att brukare åker in till sjukhus och kommer tillbaka. Detta förekommer inom samtliga enheter och behöver arbetas vidare med och uppmärksammas.

En gemensam upptäckt för samtliga enheter är att rubriksättningen i journalen behöver förtydligas, vilket var ett problemområde som noterades förra året. Ofta används enhetens namn, vilket gör det svårt att leta efter anteckningar om tex genomförandeplan. De enheter som skriver rubriker såsom kontakt, genomförandeplan, avvikelse, aktivitet, frånvaro etc. är betydligt lättare att läsa. En ändring av valbara rubriker gjordes i december 2023.

Ytterligare ett generellt problemområde som noterats vid granskningen är vad enheterna gör av upprepade anteckningar om avvikelser. I flera journaler finns noteringar om att brukare tackat nej till insatser vid upprepade tillfällen. Det finns dock inget noterat vad man gör åt detta t.ex. kontaktar biståndshandläggare, ändrar arbetsmetod för att möta behovet och hur insatsen ska utföras.

Genomförandeplanerna

I granskningen har framkommit att det fortfarande inte finns genomförandeplaner för samtliga brukare. Andelen har dock ökat. Planerna som finns är till stor del överskådliga och koncentrerade till de uppgifter som ska finnas med. En stor del av genomförandeplanerna uttrycker väl hur vårdtagaren/brukaren vill få sina insatser utförda, men andra är alltför knapphändiga och ger inte mycket stöd till den som ska utföra insatsen. Det framgår fortfarande mycket sällan hur den enskilde har deltagit och varför, om så inte är fallet.

Generellt kan sägas att de enheter som har en lägre procentuell andel sociala journalanteckningar och genomförandeplaner behöver fortsätta att utveckla sin dokumentation så att den blir utförligare och förbättra genomförandeplanerna så att de tydligt beskriver HUR brukaren vill ha sitt stöd eller sin omsorg utförd, om brukaren deltagit och mål för stödet.

Koppling till IBIC – Individens behov i Centrum

Samtliga uppdrag som skickats från handläggarna till utförarna har koppling till arbets sättet IBIC. Granskningen visar på att kopplingen från handläggarnas uppdrag med mål för insatserna denna gång speglas i de flesta genomförandeplanerna. Flertalet genomförandeplaner har vid granskningen visat sig vara gjorda i den till IBIC anpassade planen. Några av de granskade genomförandeplanerna är dock skrivna i de förenklade mallarna. Fortfarande arbetar utförarna mest med att beskriva hur ett behov ska tillgodoses i det dagliga och inte med fokus på att nå det individuella målet med insatsen på längre sikt. Detta innebär i sin tur svårigheter att följa upp målen på utförarsidan vid uppdatering av planerna.

Rekommendation

Under 2023 har kvalitetsenheten tillsammans med berörda enheter fortsatt arbeta för att hitta arbetsverktyg som leder till ett förbättringsarbete med att få genomförandeplaner på plats och bättre social journaldokumentation.

- En manual för hur man skriver i vårdplaner i Treserva har tagits fram. Den är tillgänglig för alla på Intranätet liksom manualen hur man skriver en genomförandeplan. Syftet med manual för vårdplan är att minska andelen journalanteckningar om HSL-insatser.
- Kvalitetsutvecklare har deltagit på arbetsplatsträffar för att prata om social dokumentation under 2023.
- Efter 2022 års granskning misstänktes att flera genomförandeplaner inte var skrivskyddade och därmed inte aktuella. Detta har varit ett stort informationsområde under 2023.
- Kvalitetsutvecklare har haft introduktion och samtal med nya dokumentationsombud i flera verksamheter. En gemensam träff med samtliga dokumentationsombud hölls i december.

Det är en viktig uppgift för ledning och enhetschefer att fortlöpande utbilda och kommunicera syftet med genomförandeplaner och journal så att personalen uppfattar att detta är det stöd som lagstiftaren har i åtanke. Det som annars blir risken är att genomförandeplaner ses enbart som administrativt arbete. Det gäller också att planeringsverktyget TES inte blir en arbetsplan i stället för genomförandeplanen.

I och med arbetssättet IBIC, individens behov i centrum, behövs fortsatt fokus på social dokumentation och målarbete för att kunna ta ut individuell statistik samt statistik på gruppnivå. Detta för att följa om vi arbetar rätt och den enskilde når sina mål.

Det ligger ett ansvar på varje enhet att se vilka utmaningar man har hos sig. Enheterna har kommit olika långt och utbildningssatsningarna kan inte längre likriktas över hela förvaltningen.

Det praktiska arbetet med att se över rubriksättningen i Treserva påbörjades i december. Förhoppningen är att vid granskningen 2024 ska detta visa på tydligare journaler.

Det arbete som görs ute på enheterna med social dokumentation behöver fortsätta för att hålla i den positiva trend som noterats vid årets granskning.

Fredrik Yllman
Vård- och omsorgschef

Sofia Carlström
Kvalitetsutvecklare

Bilagor

Granskning av utförarjournaler i SoL och LSS 2023

Granskning av dokumentation och genomförandeplaner i utförarjournaler inom SoL och LSS

Bakgrund

Enligt kommunallagen skall nämnderna inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska ansvara för att internkontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Internkontrollplanen innehåller kontrollmoment som bidrar till att det blir tydligt. Två av kontrollmomenten angivna i nämndens riskanalys är grunden för denna granskning:

1. Att säkerställa att alla brukare har en journal där dokumentationen är aktuell och ändamålsenlig samt
2. Att alla brukare har en aktuell genomförandeplan som följer gällande föreskrifter.

Syfte

Egenkontroll av dokumentation så som genomförandeplaner och den enskildes sociala journal görs för att få en överblick över hur verksamheterna arbetar i förhållande till lagstiftningen.

Målet för dokumentationen i genomförandeplaner är att alla brukare som beviljats en insats ska ha en genomförandeplan. Genomförandeplanen ska följas upp var sjätte månad, och tātare om ändringar görs. Målet med den sociala journalen är att den ska vara aktuell och ändamålsenlig.

Granskningen har gjorts för att se i vilken omfattning brukaren har en aktuell genomförandeplan som beskriver hur brukaren vill få sina insatser utförda, om brukaren varit delaktig i upprättandet av planen och om sociala händelser som är viktiga för brukaren dokumenteras i journalen.

Genomförande

Ett slumpvist urval med 25 % av gällande journaler, har granskats från varje enhet, vilket innefattar hemtjänst inom ordinärt boende (ordbo), vård- och omsorgsboende (VÅBO), korttidsboende, dagverksamhet, daglig verksamhet, LSS och boendestöd enligt SoL.

När det gäller personer i ordinärt boende har stickprov gjorts hos brukare som beviljats andra insatser än enbart trygghetslarm. Genomförandeplanerna godkändes om de var max ett år och den sociala journalen godkändes om det fanns minst en journalanteckning under den senaste 3-månadersperioden d.v.s. augusti till november månad, som innehöll något om brukarens sociala livssituation och inte bara handlade om hälso- och sjukvård.

Granskning gjordes av 185 akter av totalt 737 för att urvalet ska bli 25%. I granskningen har precis som tidigare beaktats de olika områdena inom hemtjänst som under 2023 utökats till 3 enhetschefer. När det gäller LSS, kvarstår samtliga enheter under en rubrik för ett bättre statistiskt underlag, med förtydligande i texten kring vilka områden som avses.

Lagstiftning

Det finns skyldighet enligt lagstiftningen att dokumentera insatser som rör enskilda inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet.

Insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 § SoL). Hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras bör dokumenteras i genomförandeplan. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är styrande för innehåll i genomförandeplanen och journalen¹.

Det anges bland annat att syftet med genomförandeplanen är att skapa tydlig struktur för det praktiska genomförandet och uppföljningen av beslutad insats. Genom planen tydliggörs för den enskilde och personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. En genomförandeplan underlättar arbetet med vad som ska antecknas i journalen. Så som framgår av Socialstyrelsens råd/föreskrifter om genomförandeplanens innehåll har utredare tittat på följande frågeställningar vid granskningen.

- Hur är genomförandeplanernas utformning?
- framgår beviljade insatser?
- framgår det mål för insatserna när och hur insatsen ska verkställas?
- om den enskilde varit delaktig när planen framställs?
- vilka har deltagit i planeringen
- när planen framställs och samt när och hur planen följs upp.

Syftet med den sociala journalen är att det ska gå att följa vad som görs och hur situationen ser ut för den enskilde i förhållande till hans ansökan, behov och genomförande av beslutade insatser. Journalen ska innehålla kronologiska anteckningar som ska ge läsaren en bild av vad som hänt och vad som planeras i ärendet, genomförandet eller uppföljningen av en insats. Det är åtgärder, faktiska omständigheter och händelser av betydelse som ska antecknas. Journalanteckningarna bör vara kortfattade och innehålla tydliga hänvisningar till andra handlingar i akten som kan ge mer information. Anteckningarna ska föras fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål. Det är inte tänkt att man ska skjuta på dokumentationen till lediga stunder framåt i tiden.

¹ I 11 kap. 5 § SoL samt 4 och 6 kap. SOSFS 2014:5

Resultat

Enheter o antal ärenden (ä)	Andel synade journaler i %	Antal synade journaler	% Aktuella genomförandeplaner		% Journal-anteckningar	
			2022	2023	2022	2023
Häradsgården 38 ä	25%	10	90%	80%	100%	100%
Hemtjänst 467 ä	25%	116	47%	71%	77%	85%
Trosagården 43 ä	25%	11	83%	100%	100%	100%
Ängsgården 27 ä	25%	7	50%	86%	100%	100%
LSS 74 ä	25%	19	42%	53%	78%	95%
Boendestöd NP 30 ä	25%	7	86%	100%	100%	100%
Boendestöd SP 18 ä	25%	5	67%	100%	100%	100%
Novum 6 ä	25%	2	0%	100%	100%	100%
Gästis 13 ä	25%	3	60%	100%	100%	100%
ÅV-Butiken 21 ä	25 %	5	100%	100%	100%	100%
S:a % synade journaler	25%	185				
Antal ärenden 737						

Vård- och omsorgsboenden

Andelen brukare som hade en aktuell genomförandeplan och sociala journalanteckningar varierar mellan vård- och omsorgsboendena.

Ängsgården har 2023 utökats med en avdelning, Kobben på Trosagården. Denna avdelning kommer under 2024 flyttas till det nyrenoverade Ängsgården. Därav det utökade antal granskade ärenden. Ängsgården visar i år på en ökning av antal aktuella genomförandeplaner. Det framgår i samtliga planer hur eller om brukaren deltagit i upprättandet av planen. Alla utom en av genomförandeplanerna stödjer arbetssättet IBIC med tydliga mål med stödet.

När det gäller de sociala journalanteckningarna, som även i årets granskning uppgår till 100 %, framkommer väsentlig information. Andelen anteckningar i form av daganteckningar har minskat. Rubrikerna i journalen gör det svårt att få en överblick av innehållet, men detta är något generellt för de flesta enheter. Anteckningar om HSL borde i de flesta fall skrivits i vårdplanen i stället för journalen.

Granskningen visar att **Häradsgården** minskat något i antal aktuella genomförandeplaner, av 10 granskade hade 8 en aktuell genomförandeplan. En brukare som flyttade in under sommaren hade fortfarande ingen genomförandeplan vid granskningstillfället. Den andra hade en 2 år gammal genomförandeplan. Vid årets granskning finns liksom förra året ingen notering om hur eller varför inte den enskilde deltagit i upprättande av planen.

När det gäller den sociala journalen uppnås även i år 100% godkänt. Generellt bra journalanteckningar, men även här finns HSL-anteckningar som borde skrivits i vårdplanen i stället för sociala journalen.

Trosagården ligger fortsatt på en hög procent för godkända genomförandeplaner, och uppnår i år 100% på godkända planer. 4 av 11 granskade ärenden saknade

information om hur den enskilde deltagit i upprättandet. Flera planer är skrivna på ett bra sätt trots att de saknar uppdrag enligt IBIC.

I sociala journalen fanns det väsentliga och tydliga anteckningar. Här finns också anteckningar enligt HSL som borde ha noterats i vårdplanen i stället.

Den sammantagna bilden när det gäller de genomförandeplaner som granskades på vård- och omsorgsboendena är att dessa var bra utformade och beskrev hur vårdtagaren önskade att insatserna skulle utföras, när och på vilket sätt. Det är fortfarande några planer som kopierats och upprättats i den gamla mallen för genomförandeplan.

Hur genomförandeplanerna skrivs och vilken information som framgår varierar beroende på vem som skriver genomförandeplanerna. Det framgår nu när planen upprättats genom en autoanteckning i samband med att planen skrivskyddas. Det finns dock inga anteckningar att man visat, pratat eller på annat sätt genomfört ett samtal med den enskilde.

Det som kan konstateras är att samtliga boenden behöver fortsatt arbeta med uppföljningen av genomförandeplanerna samt arbeta med den nya mallen för genomförandeplaner. Detta är inte minst viktigt för att behålla den höga andel godkända genomförandeplaner.

Den sociala dokumentationen ligger på en bra nivå. Det förekommer väldigt få daganteckningar vilket är positivt. Förekomsten av HSL-anteckningar har till viss del ökat och där bör flera anteckningar skrivas i vårdplanen i stället för journalen.

Likväl som vid föregående granskningar visar denna genomlysning att vissa enheter skriver mer än andra och att det fortfarande förekommer variation i hur man skriver genomförandeplanerna. En fortsatt kompetensutveckling genom årlig uppdatering om social dokumentation och dess innebörd är en åtgärd som fortsatt föreslås.

Korttidsverksamheten Novum

När det gäller korttidsverksamheten Novum visar granskningen en markant förbättring. Samtliga granskade ärenden hade en genomförandeplan. Ytterligare granskning av några till ärenden visade också på att det fanns genomförandeplaner. Samtliga planer hade notering om delaktighet vid upprättande.

Social journal finns i samtliga ärenden. Den sociala journalen har bra innehåll och uppfyller samtliga krav på social dokumentation. Journalanteckningarna visar på en tydlighet och en röd tråd i händelseutvecklingen om förbättrade förmågor. Flera HSL-anteckningar borde skrivas i vårdplanen.

Boendestöd socialpsykiatri och boendestöd neuropsykiatri

Inom enheten **boendestöd socialpsykiatri** har i år dokumentationen avseende genomförandeplanerna förbättrats till 100%. Endast en genomförandeplan saknar information om delaktighet vid upprättande. Två planer är lite sparsamma med information HUR insatsen ska utföras.

Dokumentationen i den sociala journalen ligger kvar på 100 %. Det är fortsatt bra rubriker i journalen, där man skiljer på stöd, kontakt, avvikelse etc. Generellt bra språk.

När det gäller **boendestöd neuropsykiatri** har också samtliga brukare en aktuell

genomförandeplan vilket är en förbättring. Endast en genomförandeplan saknar uppgift om delaktighet. Den som saknade uppgift om delaktighet var skriven i ja-form.

När det gäller de sociala journalanteckningarna ligger dessa fortsatt på 100%. Även här finns bra rubriker i journalen och språket är bra.

Återvinningsbutiken

Återvinningsbutiken ligger kvar på 100% när det gäller både genomförandeplaner och social journal, vilket man gjort i flera år.

Genomförandeplaner fanns för samtliga brukare som granskades. Samtliga aktuella genomförandeplaner är välskrivna, tydliga och bra strukturerade och beskriver vilket stöd som behövs under arbetet och vad den enskilde vill klara själv. I 4 av 5 planer framgår om brukaren varit delaktig vid framtagandet av genomförandeplanen. Mål, insatser och när uppföljning ska ske framgår.

Över lag görs ett bra arbete inom social dokumentation inom enheten. Generellt bra journalanteckningar. Röd tråd finns och inga onödiga anteckningar såsom daganteckningar noterades.

LSS

I granskningen LSS slås enheterna Paletten, Rubinen, Ledsagarservice, Kontaktperson och Servicebostad ihop, då enheterna var för sig är relativt små.

Granskningen visar att dokumentationen gällande aktuella genomförandeplaner och sociala dokumentation i journal förbättrats något jämfört med förra året. Den sociala dokumentationen är över lag bra och bedöms vara ändamålsenlig. Enheterna servicebostad, Rubinen och Paletten har 100% godkända journaler. De enheter som saknade flest sociala journalanteckningar var som tidigare ledsagarservice och kontaktperson vilket gjorde att procentsatsen sammanlagt blev lägre.

Förbättring behöver göras inom alla enheter gällande om den enskilde varit delaktig i upprättande av genomförandeplanen, samt hur man beaktat barnets bästa i de fall brukaren är under 18 år.

När det gäller genomförandeplaner inom servicebostad var det i år endast en person som saknade godkänd plan. En stor förbättring jämfört med förra året. Att det saknas genomförandeplan inom denna enhet är en anmärkning med tanke på den livslånga insats som avses.

Andelen anteckningar i den sociala dokumentationen har ökat betydligt. Även här är det verksamheten kontaktperson som gör att LSS som helt begrepp inte når 100% på godkänd social journalföring. Detta även om journalanteckningarna ökat även där.

En anmärkning i och med denna granskning, liksom förra gången, är att det behöver ske en uppdatering av namn på aktuella genomförandeplaner för att det ska bli lättare inom framför allt LSS-verksamheten att veta vilken plan som gäller för vilken insats. Exempelvis "Genomförandeplan boende" och "Genomförandeplan korttidsvistelse".

Hemtjänsten

Hemtjänsten är 2023 indelad i tre områden med tre enhetschefer. Sammanlagt hade 71% av de synade ärendena en genomförandeplan och 94% social journalanteckning, vilket är en markant förbättring sedan starten av granskningarna. Variationen är fortsatt stor mellan de olika områdena inom hemtjänsten. Man kan notera att vissa områden behöver göra förbättringar i dokumentationen avseende både genomförandeplan och de sociala journalanteckningarna. Granskningen visar att några brukare saknade genomförandeplan trots att de haft insatser i ett par år. Det saknas fortfarande journalanteckningar som ger läsaren en bild av vad som hänt och vad som planeras i ärendet, genomförandet eller uppföljningen av en insats.

Hemtjänst sammantaget:

Enheter o antal vårdtagare (vt)	Andel synade journaler i %	Antal synade journaler	Aktuella Genomförandeplaner	Godkända journalanteckningar
Hemtjänst 467 vt	25%	116	71%	94%

Samtliga enheter inom hemtjänsten har ökat antalet aktuella genomförandeplaner.

Det som kan konstateras är att fortfarande är flera planer kopierade över till den gamla mallen för genomförandeplan, trots att beslut tagits om en gemensam mall för alla verksamheter. Genomförandeplanerna innehåller inte heller noteringar om hur den enskilde deltagit i upprättandet, vilket är viktigt.

De genomförandeplaner som fanns var generellt bra utformade och uppfyllde de flesta ställda krav förutom att målarbete inte går att tyda i de gamla mallarna för genomförandeplan. Ett förbättringsarbete behöver fortsatt ske i beskrivningen vilka som deltagit vid upprättandet av genomförandeplanen samt målen för insatsen, dvs använda nya mallen, samt tydligare beskriva hur insatsen ska genomföras för att tillgodose den enskildes behov.

Enheten Vagnhärad har flest planer i nya mallen och tydligt beskrivet HUR insatsen ska utföras. Här finns notering om delaktighet i 10 av 26 planer.

Gällande den sociala dokumentationen har det också skett en positiv utveckling under det gångna året. Det är endast ett fåtal journaler som saknar anteckningar de senaste 3 månaderna. De anteckningar som finns är väl skrivna och tydliga. De uppfyller ställda krav på utformning och innehåll. I övrigt generellt förbättrade anteckningar om avvikelser, dvs att personen tackat nej, eller att enheten ej kunnat utföra stödet p.g.a. personalbrist.

Förbättringsområden som granskningen visar på är att det behöver antecknas hur och om brukaren deltagit i upprättandet av genomförandeplan.

Hemtjänstens områden redovisade var för sig:

Enheter o antal vårdtagare (vt)	Andel synade journaler i %	Antal synade journaler	% aktuella Genomförandeplaner		% Journalanteckningar	
			2022	2023	2022	2023
HMTJ Trosa Ö 1 105 vt	25%	26	42%*	50%	61%*	85%
HMTJ Trosa Ö 2 73 vt	25%	18	*	50%	*	94%
HMTJ Trosa V 1 56 vt	25%	14	33%	64%	92%	93%
HMTJ Trosa V 2*** 63 vt	25%	16	45%	93%	75%	94%
HMTJ Vagnhärad 122 vt	25%	30	69%	87%	91%	100%
HMTJ Demens Tro 23 vt	25%	6	0%	83%	100%	100%
HMTJ Demens VHD 13 vt	25%	3	**	100%	**	100%
HMTJ Natt 12 vt	25%	3	67%	67%	100%	100%

*Vid granskning 2022 var Östra 1 och 2 ett team.

** Vid granskning 2023 var Demensteamet ett team.

*** Hemtjänst Trosa Väster 2 har tidigare benämnts Tryggbo.

Bedömning

Journalanteckningarna

Den sociala dokumentation som görs är fortsatt genomgående bra och har i de flesta enheter behållit en hög godkänd andel anteckningar. Till stor del uppfyller dokumentationen ställda krav. De flesta journalanteckningarna beskriver väl vad som hänt. Jämfört med föregående granskning minskar fortsatt andelen daganteckningar. I de granskade journalerna skrivs till stor del vardagliga händelser som avviker från genomförandeplanen eller som är av väsentlig betydelse för genomförandet. Fortsatt skrivs det inom vissa enheter mer hälso- och sjukvårdsinformation än sociala anteckningar, men generellt har andelen HSL-anteckningar minskat. Där det förekommer skulle anteckningarna skrivas i vårdplan.

Inga kränkande uttryck eller andra uppenbara felaktigheter hittades.

Under 2023 har en uppgradering av verksamhetssystemet gjorts som nu gör att en automatisk anteckning förs in i journalen när en genomförandeplan upprättats. Detta har tidigare varit ett problem att man inte hittat noteringar om arbetet med genomförandeplanen i journalen

Ingen anteckning har hittats om att insatser upphört, inte ens vid flytt till särskilt boende. Det förekommer också få röda trådar kring att brukare åker in till sjukhus och kommer tillbaka. Detta förekommer inom samtliga enheter och behöver arbetas vidare med och uppmärksammas.

En gemensam upptäckt för samtliga enheter är att rubriksättningen i journalen behöver förtydligas, vilket var ett problemområde som noterades förra året. Ofta används enhetens namn, vilket gör det svårt att leta efter anteckningar om tex genomförandeplan. De enheter som skriver rubriker såsom kontakt, genomförandeplan, avvikelse, aktivitet, frånvaro etc. är betydligt lättare att läsa. En ändring av valbara rubriker gjordes i december 2023.

Ytterligare ett generellt problemområde som noterats vid granskningen är vad enheterna gör av upprepade anteckningar om avvikelser. I flera journaler finns noteringar om att brukare tackat nej till insatser vid upprepade tillfällen. Det finns dock inget noterat vad man gör åt detta t.ex. kontaktar biståndshandläggare, ändrar arbetsmetod för att möta behovet och hur insatsen ska utföras.

Genomförandeplanerna

I granskningen har framkommit att det fortfarande inte finns genomförandeplaner för samtliga brukare. Andelen har dock ökat. Planerna som finns är till stor del överskådliga och koncentrerade till de uppgifter som ska finnas med. En stor del av genomförandeplanerna uttrycker väl hur vårdtagaren/brukaren vill få sina insatser utförda, men andra är alltför knapphändiga och ger inte mycket stöd till den som ska utföra insatsen. Det framgår fortfarande mycket sällan hur den enskilde har deltagit och varför, om så inte är fallet.

Generellt kan sägas att de enheter som har en lägre procentuell andel sociala journalanteckningar och genomförandeplaner behöver fortsätta att utveckla sin dokumentation så att den blir utförligare och förbättra genomförandeplanerna så att de tydligt beskriver HUR brukaren vill ha sitt stöd eller sin omsorg utförd, om brukaren deltagit och mål för stödet.

Koppling till IBIC – Individens behov i Centrum

Samtliga uppdrag som skickats från handläggarna till utförarna har koppling till arbets sättet IBIC. Granskningen visar på att kopplingen från handläggarnas uppdrag med mål för insatserna denna gång speglas i de flesta genomförandeplanerna. Flertalet genomförandeplaner har vid granskningen visat sig vara gjorda i den till IBIC anpassade planen. Några av de granskade genomförandeplanerna är dock skrivna i de förenklade mallarna.

Fortfarande arbetar utförarna mest med att beskriva hur ett behov ska tillgodoses i det dagliga och inte med fokus på att nå det individuella målet med insatsen på längre sikt. Detta innebär i sin tur svårigheter att följa upp målen på utförarsidan vid uppdatering av planerna.

Rekommendation

Under 2023 har kvalitetsenheten tillsammans med berörda enheter fortsatt arbeta för att hitta arbetsverktyg som leder till ett förbättringsarbete med att få genomförandeplaner på plats och bättre social journaldokumentation.

- En manual för hur man skriver i vårdplaner i Treserva har tagits fram. Den är tillgänglig för alla på Intranätet liksom manualen hur man skriver en genomförandeplan. Syftet med manual för vårdplan är att minska andelen journalanteckningar om HSL-insatser.
- Kvalitetsutvecklare har deltagit på arbetsplatsträffar för att prata om social dokumentation under 2023.

- Efter 2022 års granskning misstänktes att flera genomförandeplaner inte var skrivskyddade och därmed inte aktuella. Detta har varit ett stort informationsområde under 2023.
- Kvalitetsutvecklare har haft introduktion och samtal med nya dokumentationsombud i flera verksamheter. En gemensam träff med samtliga dokumentationsombud hölls i december.

Det är en viktig uppgift för ledning och enhetschefer att fortlöpande utbilda och kommunicera syftet med genomförandeplaner och journal så att personalen uppfattar att detta är det stöd som lagstiftaren har i åtanke. Det som annars blir risken är att genomförandeplaner ses enbart som administrativt arbete. Det gäller också att planeringsverktyget TES inte blir en arbetsplan i stället för genomförandeplanen.

I och med arbetssättet IBIC, individens behov i centrum, behövs fortsatt fokus på social dokumentation och målarbete för att kunna ta ut individuell statistik samt statistik på gruppnivå. Detta för att följa om vi arbetar rätt och den enskilde når sina mål.

Det ligger ett ansvar på varje enhet att se vilka utmaningar man har hos sig. Enheterna har kommit olika långt och utbildningssatsningarna kan inte längre likriktas över hela förvaltningen.

Det praktiska arbetet med att se över rubriksättningen i Treserva påbörjades i december. Förhoppningen är att vid granskningen 2024 ska detta visa på tydligare journaler.

Det arbete som görs ute på enheterna med social dokumentation behöver fortsätta för att hålla i den positiva trend som noterats vid årets granskning.

3

Återredovisning av åtgärder till IVO efter tillsyn

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar kontorets förslag till återredovisning till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) efter tillsyn av medicinsk vård och behandling på särskilda boenden för äldre (SÄBO).

Ärendet

IVO genomförde i slutet av 2022 en nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling vid samtliga särskilda boenden för äldre (SÄBO). I beslut från IVO i juni 2023 meddelades att IVO bedömer att vård- och omsorgsnämndens redovisning efter IVO:s beslut den 13 februari 2023 inte är tillräcklig inom några områden. IVO begär därför kompletterande redovisning för dessa områden, samt redovisning om vilka effekter som tidigare vidtagna åtgärder som nämnden redovisat lett till.

IVO bedömer att redovisning inte är tillräcklig inom följande områden:

- Sjuksköterskans förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd samt handleda vård och omsorgspersonal
- Läkartillgång/läkarmedverkan
- Delegering

Vidare begär IVO att verksamheten redovisar vilka effekter som konstaterats utifrån de åtgärder som tidigare vidtagits inom samtliga brister.

Vård- och omsorgskontoret har arbetat med de påtalade bristerna och tagit fram en återredovisning som bifogas ärendet. Återredovisningen delades upp i två delar där första delen berör kompletterande åtgärder där IVO bedömde att det saknades helt eller delvis åtgärder för. Del två berör effekter av tidigare åtgärder avseende samtliga konstaterade brister. Redovisningen i första delen berör både åtgärder som tidigare vidtagits samt åtgärder som planeras att vidtas. Vid varje åtgärd finns benämnd profession som är ansvarig att säkerställa att åtgärden genomförs, när i tiden samt hur åtgärden ska genomföras.

Fredrik Yllman
Produktionschef

Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Bilagor

Beslut från Inspektion för vård och omsorg (IVO), 2023-06-20

Förslag till återredovisning till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) efter tillsyn av medicinsk vård och behandling på särskilda boenden för äldre (SÄBO)

Trosa kommun
Vård- och omsorgsnämnden
619 80 TROSA

Vårdgivare och huvudman

Trosa kommun

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av Vård- och omsorgsnämnden i Trosa kommun (nämnden).

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

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

Beslut

IVO bedömer att nämndens redovisning efter myndighetens beslut den 13 februari 2023, i aktuellt ärende inte är tillräcklig inom följande områden:

- sjuksköterskans förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd samt handleda vård- och omsorgspersonal
- läkartillgång/läkarmedverkan
- delegering

IVO bedömer även att det saknas uppgifter om när och hur nämndens redovisade åtgärder kommer att följas upp.

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

- Vilka åtgärder nämnden vidtagit utifrån konstaterade brister där IVO:s bedömning är att det helt saknas redovisade åtgärder.

- Hur nämnden säkerställer att åtgärder som redan hade vidtagits när inspektionen genomfördes avhjälper den påtalade bristen.
- IVO begär dessutom att nämnden redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende:
 - vård- och omsorgspersonalens kompetens
 - vård- och omsorgspersonalens brister i svenska språket
 - sjuksköterskans förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd samt handleda vård- och omsorgspersonal
 - läkartillgång/läkarmedverkan
 - dokumentation
 - kontinuitet
 - delegering
 - genomförande/dokumentation av läkemedelsgenomgång
 - tillgång till information vid vård i livets slutskede
 - genomförande av brytpunktssamtal
 - att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare

Redovisningen ska komma in till IVO senast **den 1 mars 2024**.

Om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande med eller utan vite att inkomma med de uppgifter som IVO begärt.

Skälen för beslutet

IVO bedömer att det saknas redovisade åtgärder som är kopplade till de brister som framgår av IVO:s beslut. Vidare finner IVO att det delvis saknas uppgifter om när och hur effekten av nämndens redovisade åtgärder kommer att följas upp samt att vissa redovisade åtgärder vidtagits innan IVO:s inspektion.

Avsaknad av redovisade åtgärder

IVO konstaterar att kommunen inte redovisat några åtgärder inom följande områden: sjuksköterskans förutsättningar att bedöma patienternas hälsotillstånd på plats under jourtid och att läkartillgången ibland är otillräcklig.

IVO begär därför att nämnden redovisar vilka åtgärder som vidtagits utifrån de konstaterade bristerna där IVO:s bedömning är att det helt saknas redovisade åtgärder samt effekterna av densamma.

Begäran om redovisning av effekter av åtgärder

IVO konstaterar att de åtgärder som nämnden redovisat när det gäller delegering delvis vidtagits innan IVO:s inspektion. Vid inspektionen konstaterade IVO att det fanns brister inom området trots att åtgärder redan vidtagits.

IVO begär att nämnden redovisar hur nämnden säkerställer att de vidtagna åtgärderna avhjälpes den påtalade bristen.

Vidare bedömer IVO att nämnden behöver säkerställa att de åtgärder som vidtas får avsedd effekt. Att kontrollera effekterna av insatta åtgärder för att komma tillrätta med bristerna ingår som egenkontroll i det systematiska förbättringsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

IVO begär därför att nämnden redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende samtliga konstaterade brister.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivare planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, upprätthålls. Vidare ska vårdgivaren upprätta ett för verksamheten anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet, inklusive aktiviteter som avvikelshantering och egenkontroll, ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet vilket framgår av 5 kap. 4 § HSL och 3 kap. 1 och 2 §§ samt 5 kap. 2 och 3a §§ SOSFS 2011:9.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Therese Breeding Rovai.

I den slutliga handläggningen har inspektörerna Carina Gustavsson, Ulla Wessman och Jennie Larsson deltagit. Inspektören Cecilia Eriksson har varit föredragande.

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

Återredovisning från Trosa kommun vård och omsorg till IVO

Trosa kommuns dnr: VON 2022/59

IVO dnr: 3.5.1–35504/2022–10

Svaret består av två delar och utgår ifrån IVO:s beslut med ovanstående diarienummer

Del 1: Kompletterande åtgärder

Del 2: Effekter av tidigare vidtagna åtgärder avseende samtliga konstaterade brister

Medverkande i arbetet med svaret:

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Samir Salkic
- Enhetschef hälso och sjukvård Annica Eriksson
- Biträdande enhetschef hälso och sjukvård Heidi Frykman
- Leg sjuksköterska Cecilia Portnoff
- Enhetschef stöd och utveckling Mia Kihlstrand
- Enhetschef säbo Lena Skålberg

Del 1

Kompletterande åtgärder inom följande områden:

- Sjuksköterskans förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd samt handleda vård- och omsorgspersonal
- Läkartillgång/läkarmedverkan
- Delegering

DEL 1***Brist: Sjuksköterskans förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd samt handleda vård- och omsorgspersonal***

<u>Åtgärder som vidtagits</u>	När har vidtagna åtgärder genomförts	Hur, när och av vem ska effekten av åtgärder följas upp?
Kartläggning av nyckeltal som presenterats av IVO gjordes tillsammans med SÄBO ssk	oktober 2023	Av vem: Enhetschef hälso och sjukvårdsenheten När: Februari 2024 Hur: Bjuda in till samtal med aktuella sjuksköterskor för att stämma av hur det fungerar i dagsläget utifrån nyckeltalen.
Omvårdnadsansvar och kontaktmannaskap med personcentrerad vård i omställningsarbetet Nära vård	Pågår	Av vem: Enhetschef respektive säbo samt ansvariga sjuksköterskor När: November 2024 Hur: Genom kartläggning av kontaktmannaskap för en bestämd period. Omvårdnadsansvar följs upp via verksamhetssystemet.
Införa personcentrerat arbetssätt för att skapa en god kontinuitet som leder till ökad patientsäkerhet	Pågår	Av vem: Ansvarig enhetschef på respektive säbo När: Oktober 2024 Hur: Genom uppföljning av aktuella genomförandeplaner som ska göras årligen samt Socialstyrelsens enkät "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen på säbo" som berör säbo. Resultatet redovisas på enhetsnivå.

Ökad sjuksköterskebemanning på jourtid	September 2023	Av vem: Enhetschef för hälso och sjukvård När: September 2024 Hur: Genom uppföljning av aktuella nyckeltal som presenteras av IVO för att se om åtgärden givit effekt.
Tagit fram övergripande vägledning i hur omvårdnadsträffar ska utformas samt tydligheten i professionernas ansvar	Vår 2022	Av vem: Enhetschef på respektive säbo När: Årligen Hur: Genom att säkerställa att framtagna vägledning efterföljs och är känd av hela arbetsgruppen.
Strukturerat arbete i kvalitetsregister Senior alert och BPSD register	Struktur framtagna 2021, struktur för omvårdnadsträffar	Av vem: Ansvarig enhetschef säbo och sjuksköterskor När: Fortlöpande enligt enhetens rutiner för kvalitetsarbete Hur: Genom att ta del av data från kvalitetsregister och aktivt arbeta med resultatet. Sjuksköterskor har ledande roll i detta arbete att tillsammans med omvårdnadspersonal aktivt arbeta med kvalitetsuppföljning. Tid ska avsättas för dessa träffar och handledning.

Planerade åtgärder gällande brist: *Sjuksköterskans förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd samt handleda vård- och omsorgspersonal*

Planerade åtgärder	När ska planerade åtgärder genomföras?	Ansvarig för uppföljning i verksamheten
Införande av SBAR vid all ssk och läkarkontakt för att minska risker i patientsäkerheten	Senast maj 2024	Enhetschefer respektive säbo, enhetschef hälso och sjukvård samt MAS.
Framtagande av SBAR kort i fickformat med kontaktuppgifter till legitimerad personal samt rapportstruktur till sjuksköterska	Februari 2024	Enhetschefer respektive säbo, enhetschef hälso och sjukvård samt MAS.
Översyn av sjuksköterskebemanning på säbo genom en risk och konsekvensanalys	April 2024	Enhetschef för hälso och sjukvård
Framtagande av en kompetensutvecklingsplan	Vår 2024	Enhetschef Stöd och utveckling

Ta fram rutin för hur regelbunden handledning av sjuksköterska till omvårdnadspersonal ska se ut	Oktober 2024	Enhetschef för säbo samt enhetschef för hälso och sjukvårdsenheten.
--	--------------	---

Brist: Tillgång till läkare är ofta eller ibland otillräcklig

<u>Åtgärder som vidtagits</u>	När har vidtagna åtgärder genomförts	Hur, när och av vem ska effekten av åtgärder följas upp?
Beredskapsläkare i hela länet har genomgått beredskapsjourutbildning, årligen	Erbjuds årligen sedan 2022	<p>Av vem: Chefsläkare region, Hälsoval samt MAS</p> <p>När: Uppföljning sker via nätverksträffar mellan säbo läkare och MAS:ar för södra länsdelen</p> <p>Hur: Inventera både bland sjuksköterskor och läkare om följsamheten och tillgång på jourläkare har blivit bättre. Upplevelsen på senaste träffen har varit att jourläkare är mer pålästa om patienterna men även uppdaterade kring tex senaste rutinerna som gäller för tex palliativ vård. Enligt regionens egen utvärdering har beredskapsutbildningen varit välbesökt och uppskattad av ST läkare som gått den. Frekvensen av avvikelser gällande beredskapsjourändan har minskat över hela länet enligt regionen sedan de införde obligatorisk denna utbildning. Region och kommun följer också upp noggrant samtliga avvikelser som dyker upp och som har att göra med läkarmedverkan och andra aspekter som berörs under utbildningen.</p>

<p>Båda läkare som anstälts är geriatriker så att hälso och sjukvården i kommunen har tillgång till geriatriker på vardagarna</p>	<p>I första hand anställs specialister inom geriatrik vid nyrekrytering av läkare</p>	<p>Av vem: Verksamhetschef vårdcentral och enhetschef hälso och sjukvårdsenheten När: Årligen i december i samband med uppföljningen av läkaravtalet Hur: Genom att tillfråga sjuksköterskor innan uppföljningen kring deras upplevelser av läkarnas specialistkompetens och om det underlättar det vardagliga arbete. Hög nöjdhet bland sjuksköterskor med nuvarande läkare samt deras kompetens.</p>
<p>Direktnummer till ansvariga läkare så att sjuksköterskor vardagar ska ha tillgång till snabb läkarkontakt.</p>	<p>Införts tidigare</p>	<p>Av vem: Verksamhetschef vårdcentral och enhetschef hälso och sjukvårdsenheten När: Årligen i december Hur: Tillfråga sjuksköterskor årligen vid uppföljningen av den lokala överenskommelsen gällande samverkan och läkaravtalet.</p>
<p>Namngivna patientansvariga läkare per område</p>	<p>Infördes i och med kravet på fast läkarkontakt</p>	<p>Av vem: Verksamhetschef vårdcentral och enhetschef hälso och sjukvårdsenheten När: Årligen i december Hur: Följs upp vid årlig revidering av läkaravtalet genom direkt fråga om det finns en namngiven läkare för varje patient samt via brukarundersökningar och enhetsundersökningar via Socialstyrelsen.</p>

Kommentar: Ovanstående brist gällde ett specifikt säbo där nöjsamheten över en enskild läkare inte varit tillräcklig varför sjuksköterskor under intervjun uppgivit att läkartillgången varit otillräcklig. Idag när vi ställer samma frågor till sjuksköterskegruppen visar resultatet på en mycket god nöjsamhet med nuvarande läkare och tillgången på läkarresurserna. Vi har totalt tre säbo i kommunen och om nöjsamheten med en läkare inte är tillräckligt på ett säbo kan det leda till att även nyckeltalen påverkas. Sjuksköterskor beskriver vid uppföljningen av nyckeltalen att gällande läkaren som inte längre arbetar i verksamheten upplevdes vara otillgänglig och svår att få tag på samt att när sjuksköterskor

kontaktade berörd läkare fick de ofta svar att diverse frågor kunde vänta tills nästa rond. Efter att problemet påtalades för aktuell vårdcentral blev det en förbättring enligt sjuksköterskorna. Sjuksköterskor anser att det idag fungerar väl med tillgängligheten och engagemanget hos aktuella läkare. Det finns idag fasta läkare kopplade till varje säbo och tillgängligheten och läkarmedverkan fungerar väl.

Sjuksköterskor upplever nuvarande läkare som engagerade och tillmötesgående samt att båda läkarna har specialistkompetens inom geriatrik och palliativ vård vilket är av stor betydelse i arbete med patientgrupper som oftast tillhör geriatriken. När det gäller jourtid arbetar läkare länsvis och finns tillgängliga via telefon. Upplevelsen har varit att sjuksköterskor blivit ifrågasatta när de ringt om tex att få påbörja ge palliativa ordinationer. Detta har också blivit bättre eftersom alla läkare som arbetar jourtid har genomgått jourläkarutbildning via regionen. Läkarna har fått till sig att sjuksköterskor alltid behöver kontakta läkaren innan sk palliativa ordinationer börjar ges vilket har fungerat väl senaste tiden. Det har även ställts krav på att alla sjuksköterskor som kontaktar jourläkare ska förbereda sig och genomföra en SKILS bedömning som är ett bedömningsinstrument. Läkarna ställer detta som krav innan kontakt för rådgivning sker vilket vi anser är bra.

Planerade åtgärder gällande brist: *Tillgång till läkare är ofta eller ibland otillräcklig*

<u>Planerade åtgärder</u>	När ska planerade åtgärder genomföras?	Ansvarig för uppföljning i verksamheten
Genomgång med sjuksköterskor i gällande läkaravtal.	Mars 2024	Enhetschef hälso och sjukvårdsenheten med MAS
Årligen se över lokala överenskommelse gällande läkarmedverkan	Årligen i december månad	Enhetschef hälso och sjukvårdsenheten och MAS

Framtagande av ny mall för uppföljning av läkarmedverkan	Senast april 2024, sker i samband med översyn av läkaravtalet i samverkan med regionen. Mallen kommer vara regionövergripande och gälla samtliga kommuner.	MAS samt arbetsgrupp för översyn av riktlinjer och rutiner på länsnivå.
Kartläggning av nyckeltal som presenterats av IVO ska göras bland SÄBO ssk gällande läkarsamverkan	Senast april 2024	Enhetschef hälso och sjukvårdsenheten.
Genomförande av patientsäkerhetsdialoger på alla SÄBO i kommunen.	Planering pågår för att sätta i gång med årliga dialoger, rutiner framtagna. Målet är att påbörja dialogerna i början av 2024, senast mars 2024.	Enhetschefer på respektive säbo
Regelbundna samverkansdialoger på ledningsnivå mellan vårdcentral och kommunen	2 ggr/år from 2024	Enhetschef hälso och sjukvård, verksamhetschef vårdcentral, ansvariga läkare samt MAS
Framtagande av ny länsgemensam mall för utformande av de lokala överenskommelserna som berör samverkan kommunal och regional primärvård	Pågående arbete, beräknas vara klart mars 2024	MAS samt arbetsgrupp för översyn av riktlinjer och rutiner på länsnivå.

Brist: Delegering – hur ska verksamheten säkerställa att de vidtagna åtgärderna avhjälpur påtalade bristen

<u>Åtgärder som vidtagits</u>	När har vidtagna åtgärder genomförts	Hur, när och av vem ska effekten av åtgärder följas upp?
Kvalitetssäkring av den teoretiska utbildning, alla får genomgå samma utbildning och genomföra prov	I slutet av 2021	Av vem: MAS samt arbetsgrupp som arbetar med utformningen av delegeringsutbildningen När: Följs upp fortlöpande och justeringar görs under tiden Hur: Synpunkter hämtas in från personal, sjuksköterskor och enhetschefer för att säkerställa att delegeringsutbildningen håller hög nivå samt ska säkerställa att hög patientsäkerhet upprätthålls
Revidering av material inför den teoretiska utbildningen så att innehållet uppdateras efter senaste evidensen och enligt lagar och föreskrifter.	Görs årligen	Av vem: MAS samt arbetsgrupp som arbetar med utformningen av delegeringsutbildningen När: Görs årligen men även fortlöpande vid behov som synpunkter inkommer Hur: Genom att arbetsgruppen samlar in synpunkter från verksamheten och anpassar materialet så att det motsvarar förväntningarna där god patientsäkerhet upprätthålls
Skapat kunskapshäfte som finns tillgänglig att läsa inför delegeringsutbildningen som riktar sig särskilt för personer som anses vara språksvaga	2022-11-01	Av vem: Ansvariga enhetschefer för samtliga säbo När: Halvårsvis maj respektive november Hur: Följa antalet medarbetare som klarar delegeringsutbildningen men även de som inte klarar, halvårsvis. Maj respektive november genom inhämtning av statistik enhetsvis. Inhämta synpunkter från medarbetare som tagit del av kunskapshäftet.

Säkerställande via ansvariga enhetschefer att personal som har giltig delegering men också som planeras för delegering har åtkomst till gällande riktlinjer och rutiner	Oktober 2023	Av vem: Ansvariga enhetschefer för samtliga säbo När: I samband med att enhetschefer säkerställer att medarbetare ska genomgå en delegeringsutbildning, fortlöpande Hur: Enhetschef kontrollerar åtkomster till gällande riktlinjer och rutiner via framtagen checklista inför delegering.
Alla som delegeras ska erhålla ett diplom via Demenscentrum och ta med sig den vid delegeringsutbildningen	2021	Av vem: Ansvariga enhetschefer för samtliga säbo, bygger på medarbetaransvar När: Fortlöpande varje gång medarbetare genomgår delegeringsutbildningen. Hur: Är ett krav idag för att få genomföra utbildningen för att säkerställa att personen tagit till sig den teoretiska delen innan själva delegeringen på plats sker. Vid frånvaro av uppvisat diplom får personalen inte medverka i delegeringsutbildningen. Enhetschef tillsammans med medarbetaren säkerställer att detta är genomfört.
Tagit fram en checklista för sjuksköterskor att använda sig av vid den praktiska bedömningen som vägledningen.	Oktober 2023	Av vem: Tagits fram av MAS som också följer upp När: Halvårsvis, maj och november Hur: Genom samtal med sjuksköterskor om checklistan uppfyller tilltänkta syftet. Revidering kan komma att göras fortlöpande.
Tagit fram olika patientfall att använda sig av vid det praktiska provet som alla medarbetare ska genomgå vid delegering	December 2023	Av vem: MAS samt arbetsgrupp som arbetar med utformningen av delegeringsutbildningen När: Fortlöpande, utvärdering över hela delegeringsutbildningen kommer ske årligen Hur: Genom inhämtande av synpunkter från enhetschefer, sjuksköterskor och medarbetare kring förändringar som görs.

Årlig översyn av gällande rutin för hantering av läkemedel där hänsyn tas till uppkomna brister som IVO påpekat	Görs årligen inför årliga läkemedelsgranskningar	Av vem: MAS ansvarar för att uppdatera årligen gällande övergripande rutiner som berör läkemedelshantering När: Årligen inför läkemedelsgranskningar, enligt årshjul Hur: Genom att uppdatera övergripande rutinen där hänsyn tas till årets avvikelser samt IVO:s synpunkter kring läkemedelshantering. Syftet är att uppkomna brister förhindras på systemnivå och förhindra att uppkomna avvikelser inte upprepas.
Inrättande av Kliniskt träningscenter där delegeringar äger rum för all personal	Inrättades maj 2022	Av vem: Uppföljningen görs av enhetschef för kvalitetsenheten och har direkt samband med framtagande av kompetensutvecklingsplan för verksamheten. När: Kommer framgå av kompetensutvecklingsplanen som är under arbete. Hur: Kommer att framgå av kompetensutvecklingsplanen som är under arbete.

Planerade åtgärder gällande bristen *delegering*

Planerade åtgärder	När ska planerade åtgärder genomföras?	Ansvarig för uppföljning i verksamheten
Skapat checklista för handledare och enhetschef första gången en person genomgår en delegering. Checklistan innehåller de moment som personen förväntas ha varit med under sin inskolning samt bakgrundsinformation om tidigare erfarenhet av läkemedelshantering.	November 2023 framtagen, implementering januari 2024 i och med att den nya delegeringskonceptet ska påbörjas implementeras. Att checklistan är ifylld skall vara ett krav för att få genomgå delegeringsutbildningen.	MAS samt enhetschefer på respektive säbo

<p>Skapat delegeringsprocess för förtydligande vilka moment som krävs för att få erhålla en delegering i Trosa kommun</p>	<p>Skapad november 2023, implementering januari 2024 tillsammans med övriga förändringar i delegeringsförfarandet</p>	<p>MAS</p>
<p>Omorganisation kring delegeringsförfarandet så att sjuksköterskor har <u>begränsad antal medarbetare</u> för att delegera. Samma framtagna koncept ska följas. I och med detta kommer sjuksköterskor att ansvara för mindre antal medarbetare där även tid ska finnas för uppföljning av en delegering. Kravet är att sjuksköterskor och medarbetare arbetar till vardags med varandra för att en delegering ska kunna ges.</p>	<p>Träder i kraft januari 2024. Konceptet är redan framtaget.</p>	<p>Enhetschef för hälso och sjukvård och MAS kommer att utvärderas fortlöpande i och med att det nya konceptet trätt i kraft. Både omvårdnadspersonal, enhetschefer och sjuksköterskor kommer att tillfrågas och inhämta synpunkter om de förändringar som görs i delegeringsprocessen. Detta kommer ske fortlöpande.</p>
<p>Revidering av gällande riktlinjer som berör delegering av hälso och sjukvårdsuppgifter ska göras. Riktlinjer ska tas beslut om i politiska nämnden som är ansvarig vårdgivare.</p>	<p>Beslut tas i november 2023 i vård och omsorgsnämnden för reviderade riktlinjer</p>	<p>MAS</p>
<p>Revidering av gällande rutin för delegering av hälso och sjukvårdsuppgifter</p>	<p>Genomfört november 2023 och görs känd för alla medarbetare under november-december 2023</p>	<p>MAS ansvarig för revidering, enhetschefer för utförarenheter ansvariga att informera om revideringar och göra rutiner tillgängliga för all personal som mottar eller skall motta en delegering.</p>

Förändrat sätt för bokning av delegeringsutbildning, sker digitalt och efter bestämda geografiska områden där personen arbetar.	Ska träda i kraft januari 2024 och kommer säkerställa att sjuksköterskor delegerar till medarbetare som de arbetar till vardags med. Fler tider för delegeringsutbildning kommer i och med denna förändring att finnas.	Enhetschef hälso och sjukvård
Införande av ett praktiskt prov för all personal vid delegering med fiktiva fall. Medarbetare kommer att visa på den praktiska delen av kunskapen kring läkemedelshantering så nära verkligheten som möjligt med läkemedelsskåp och fiktiva fall.	Träder i kraft januari 2024	MAS följer upp och säkerställer att syftet med förändringen är gjord, genom att följa inträffade avvikelser kring läkemedelshantering.
Översyn av läns gemensam riktlinje gällande delegeringsförfarande i Sörmland kommer att göras av en grupp MAS:ar	Februari 2024, Trosa kommuns MAS medverkar i denna översyn	MAS, medverkar i arbetsgruppen

Kommentar: Ett större arbete påbörjades i verksamheten att se över delegeringsprocessen i hela kommunen strax innan IVO genomförde den nationella tillsynen på säbo. Detta arbete har nu provats under ca två års tid och utvärderats regelbundet. Vid tillsynen framkom det att förändringar gjorts i delegeringsförfarandet men att det ändå kvarstår vissa förbättringsområden som verksamheten behövt arbeta med. Eftersom en delegering i vår kommun gäller över hela kommunen har vi behövt säkerställa att alla enheter följer framtagna riktlinjer, utbildningskoncept och rutiner gällande delegering. Vår bedömning är att nuvarande koncept håller en mycket hög nivå där den som delegerar tar hänsyn till både teori, erfarenhet samt praktiskt genomförande. Utmaningen har varit att sjuksköterskor delegerat till personal som de inte arbetat med till vardags. Detta görs nu en förändring kring så att enbart sjuksköterskor som arbetar med personer till vardags får ge delegering efter att framtaget koncept följts. Vår förhoppning är då att vi har en mycket robust delegeringsprocess där vi känner oss trygga med att de som erhållit en delegering också besitter både praktiska och teoretiska kunskaper. Det nya framtagna konceptet kommer regelbundet att följas och utvärderas. Upptäcker vi under tiden förändringspotential till det bättre kommer vi att göra nödvändiga förändringar under tiden.

Del 2

Effekter av tidigare vidtagna åtgärder avseende samtliga konstaterade brister

- Vård och omsorgspersonalens kompetens

Åtgärder som vidtagits	Vilka effekter har åtgärderna lett till för patienterna?
<p>Undersköterskorna har fått utbildning av leg sjuksköterska på arbetsplatsträff gällande observation hos omsorgstagare.</p>	<p>Undersköterskornas kompetens gällande observationer har ökat och de känner sig tryggare i dessa. Detta ökar förtroendet mellan undersköterskor och sjuksköterskor. Samverkan har blivit bättre mellan dessa professioner.</p> <p>För patienten har denna åtgärd lett till att denne känner sig tryggare i observationen samt att delaktigheten i observationen blir lättare för patienten då denne får rätt ställda frågor av undersköterskan. Mötet mellan patienten och undersköterskan bygger mer på tillit. Samtliga dessa parametrar bidrar till en god och säker vård.</p>
<p>Årlig delegeringsutbildning genomförs</p>	<p>Delegering görs årligen på respektive enhet. De medverkande är kända för varandra vilket skapar förtroende och trygghet i delegeringsförfarandet. För patienten har denna åtgärd lett till att denne känner sig trygg i att kompetensen hos den delegerade personalen bidrar till god och säker vård för den enskilde.</p>

Undersköterskor fortsätter utbildas i enlighet med Äldreomsorgslyftet	Kompetensen hos undersköterskorna stärks i det vårdnära arbetet. Detta gör att de kan se och bedöma behov i ett tidigare skede. För patienten har denna åtgärd lett till att mötet i vårdsituationer upplevs tryggare. Patientens omvårdnad samt delegerade insatser utförs på ett säkert sätt.
Breddinfört i hela verksamheten Visible care app med korta instruktionsfilmer för medarbetare att kunna lära olika instruktioner i patientnära arbete.	Visible Care finns i arbetstelefonerna. Detta skapar trygghet för alla anställda. Appen ger svar och hjälper till med lösningar, även för dem som är språksvaga. Ökad kunskap bland medarbetare. För patienten har denna åtgärd lett till ökad trygghet i det vårdnära mötet. Personalen kan ställa frågor som gör patienten delaktig i vårdsituationen. Båda dessa parametrar bidrar till en god och säker vård.
Utbilda omvårdnadspersonal i överrapporteringsverktyg SBAR	Denna åtgärd går inte att utvärdera effekten på än då utbildningar för personalen påbörjades nyligen. Förhoppningen är att vi ska få ett strukturerat system vid överrapporteringar mellan professionerna. Detta kommer även säkerställa att riskerna för missförstånd eller att blanda ihop patienterna kommer att minska i och med att en viss struktur över rapporteringen kommer att ske.

- **Vård och omsorgspersonalens brister i svenska språket**

Åtgärder som vidtagits	Vilka effekter har åtgärderna lett till för patienterna?
<p>Enhetschefer har gått utbildning i "Språket som verktyg" på Campus Nyköping.</p>	<p>Enhetschefer har ökad kännedom om språksvaghet samt kulturella skillnader som är värdefulla i det vardagliga arbetet gällande planering kring omsorgsmottagaren/patienten. Att ledningen är medveten om språkets betydelse leder till att insatserna kan påbörjas för att åtgärda bristerna hos enskilda individer. Detta leder vidare till att medarbetare kan bemöta patienterna på ett säkert sätt.</p> <p>För patienten har denna åtgärd lett till att de förstår personalen bättre samt att de själva känner sig förstådda. Delaktighet i det vårdnära mötet skapas och insatserna runt den enskilde upplevs tryggare.</p>
<p>På alla särskilda boenden finns språkbud som stödjer personal som är språksvaga i social dokumentation samt i yrkesrollen, denna funktion har lyfts fram av enhetschef på arbetsplatsträffar.</p>	<p>Språkbuden och även övrig personal har sett värdet i att handleda språksvaga personer både vad det gäller dokumentation samt i mötet med omsorgsmottagare/patient. Så att dessa personer kan utföra sitt arbete på ett tryggare sätt.</p> <p>För patienten har denna åtgärd lett till att patienten förstår personalen bättre samt att de själva känner sig förstådda. Delaktighet i det vårdnära mötet skapas och insatserna upplevs tryggare. Dokumentationen kring den enskilde säkerställs vilket gör att den enskildes vårdinsatser säkras mellan de olika professionerna som är involverade i vårdarbetet. En tvärprofessionell samverkan utgör en grund för god och säker vård.</p>

<p>En inventering av personal som eventuellt har behov av språklig utveckling i sin yrkesroll</p>	<p>De som har behov av språklig utveckling har identifierats hösten-23. Denna personal får stöd i sitt yrkesutövande av språkombud på respektive arbetsplats.</p> <p>För patienten har denna åtgärd lett till att förutsättningarna för delaktighet i vårdssituationer har ökat och patienterna upplever vården tryggare och säkrare.</p>
<p>Språkombud finns redan på de särskilda boendena vars rollfunktion ska ses över och vid behov revideras.</p>	<p>Översyn av språkombudens funktion har genomförts hösten-23. Inga ändringar i rollfunktionen behövs i nuläget.</p> <p>För patienten har denna åtgärd lett till att upplevda språkproblem har minskat i och med att kommunikationen blir tydligare i en vårdssituation.</p>
<p>Språkombuden ska ha ett samlingsforum där de löpande ska mötas för att ha dialog om sitt arbete i denna roll.</p>	<p>Språkombuden ska ha ett samlingsforum för utbyte av erfarenheter och stöd i arbetet.</p> <p>Detta forum ska startas upp i februari-24.</p>
<p>Socialstyrelsens vägledning och språkbedömningsstöd ska användas i ovanstående arbete.</p>	<p>De som har behov av språklig utveckling har identifierats och Socialstyrelsens vägledning och språkbedömningsstöd ska ligga till grund för ett språkstest som ovanstående personer ska genomföra febr-24.</p>

- **Sjuksköterskans förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd samt handleda vård- och omsorgspersonal**

Åtgärder som vidtagits	Vilka effekter har åtgärderna lett till för patienterna?
<p>Kartläggning av nyckeltal som presenterats av IVO gjordes tillsammans med SÄBO ssk</p>	<p>Redovisat vilka nyckeltal som IVO konstaterat under tillsynen. Detta har lett till att sjuksköterskor blivit medvetna om vilka nyckeltal som framkommit vid tillsynen men även hur dessa nyckeltal förhåller i jämförelse med länet men även nationellt. Detta har synliggjort vilka brister som påtalats på våra säbo.</p> <p>Aktivt arbete kommer fortsätta ske med nyckeltalen för att se om trender förekommer efter vidtagna åtgärder. Sjuksköterskor påtalar att flera av bristerna som konstaterats tidigare har vi kommit till rätta med och att dessa nyckeltal skulle förbättras om det gjordes en undersökning idag vilket bör ses som ett gott resultat.</p> <p>För patienterna har denna åtgärd lett till att sjuksköterskor har djupare förståelse för granskade nyckeltalen och ökat medvetande hos sjuksköterskor kring de viktiga områden som granskats vid behandling av patienterna.</p>
<p>Serviceinsatser på säbo utgörs av servicepersonal så att undersköterskor frigörs för patientnära arbete</p>	<p>Mer tid för omvårdnadspersonalen till patientnära arbete, kan arbeta mer patientnära, rätt professioner på rätt plats, hygienaspekt förbättrades. Färre personer att handleda i teamet genom att resurserna fördelats till rätt profession, annat typ av intresse hos undersköterskorna. Lyft undersköterskas kompetensen och gjort professionen mer attraktivt.</p>

	<p>För patienterna leder denna åtgärd till att mer tid finns för undersköterskor att kunna utföra omvårdnadsinsatserna samt förbättra kontinuiteten bland personalen genom att serviceinsatser utförs av andra professioner.</p>
<p>Omvårdnadsansvar och kontaktmannaskap med personcentrerad vård i omställningsarbetet Nära vård</p>	<p>Förtydligande av omvårdnadsansvar och kontaktmannaskap har gjorts. I och med att uppföljning kommer att ske via verksamhetssystemet hur detta arbete fortskrider. Det är ett krav att varje patient/brukare ska ha en namngiven sjuksköterska och en kontaktperson hos omvårdnadspersonalen. Denna åtgärd leder till att patienterna känner till vem de ska vända sig till i och med nära kontaktmannaskap.</p>
<p>Införa personcentrerat arbetssätt för att skapa en god kontinuitet som leder till ökad patientsäkerhet</p>	<p>Mindre team har skapats kring patienterna, gällande ett specifikt säbo, gått från organisation till person för att öka patientsäkerheten. Möjliggjort teamarbete via översyn av omvårdnadspersonalens schema och planering. Det förändrade arbetssättet leder till att all vård utgår ifrån personcentrerat arbetssätt där bl a dagplanering utgår ifrån individerna.</p>
<p>Ökad sjuksköterskebemanning på jourtid</p>	<p>Sjuksköterskors upplevelser är att det blivit bättre när det gäller jourbemanning i och med att bemanningen har förstärkts. Bättre förutsättningar att kunna göra bedömningar på jourtid har sjuksköterskor påpekat vid utvärderingen. I och med ökad bemanning på jourtid har förutsättningar för sjuksköterskor ökat att kunna handleda och bedöma patienternas tillstånd i högre utsträckning.</p> <p>För patienterna leder denna åtgärd till att bedömningar av deras tillstånd kan ske snabbare och att mer tid frigörs för sjuksköterskor som kan handleda omvårdnadspersonal vid frågor eller behov av stöd vid olika omvårdnadsinsatser.</p>

<p>Tagit fram övergripande vägledning i hur omvårdnadsträffar ska utformas samt tydligheten i professionernas ansvar</p>	<p>Aktivt arbete i verksamheten med implementeringen av denna rutin. Följs upp årligen via Senior alert och följsamheten i kvalitetsregistret. Vissa enheter har kommit långt med implementeringen av rutinen och andra har påbörjat implementeringen som ska gälla över hela kommunen. Gällande säbo har vägledningen lett till en viss struktur över omvårdnadsträffar som leder till att varje patient kan skattas via kvalitetsregister regelbundet vilket leder till att eventuella preventiva insatser kan påbörjas.</p>
<p>Strukturerat arbete i kvalitetsregister Senior alert och BPSD register</p>	<p>Initierat arbete med att all personal ska ha tillgång till sithskort som möjliggör strukturerat arbete i olika kvalitetsregister för all vårdnära personal. Implementeringen av framtagna rutiner fortgår i verksamheten i och med att struktur tagits fram hur omvårdnadsträffar ska genomföras samt vilket ansvar varje profession har under dessa träffar. För patienterna leder denna åtgärd till att fler professioner som arbetar nära patienterna kan bedöma och skatta olika tillstånd för att sedan kunna vidta åtgärder som behövs för varje enskilt fall.</p>

- Läkartillgång/läkarmedverkan

Åtgärder som vidtagits	Vilka effekter har åtgärderna lett till för patienterna?
<p>Säbo läkare i hela länet har genomgått beredskapsjourutbildning</p>	<p>Jourläkare är mer pålästa om patienterna men även uppdaterade kring tex senaste rutinerna. Enligt regionens egen utvärdering har beredskapsutbildningen varit välbesökt och uppskattad av ST läkare som gått den. Frekvensen av avvikelser gällande beredskapsjourändan har minskat över hela länet enligt regionen sedan de införde obligatorisk denna utbildning. Region och kommun följer också upp noggrant samtliga</p>

	<p>avvikelser som dyker upp och som har att göra med läkarmedverkan och andra aspekter som berörs under utbildningen. Sjuksköterskornas upplevelse är att ifrågasättande av jourläkare har minskat när det gäller varför de blir kontaktade när sjuksköterskor ringer på jourtid genom att läkarna fått utbildning.</p> <p>För patienterna har denna åtgärd lett till att likvärdiga bedömningar av patienternas tillstånd kan göras även på jourtid vilket ökar patientsäkerheten.</p>
<p>Båda läkare som anställts är geriatriker så att hälso och sjukvården i kommunen har tillgång till geriatriker på vardagarna</p>	<p>Sjuksköterskor anser att vi har rätt kompetens i och med att majoriteten av våra patienter tillhör geriatriken. Hög nöjsamhet bland sjuksköterskor när det gäller nuvarande läkare på våra säbo i och med att kompetensen är bred där båda läkare är specialister i geriatrik och palliativ vård.</p> <p>För patienterna leder detta till att en mer kvalificerad bedömning av deras tillstånd kan göras samt att patienterna inte behöver remitteras vidare i samma utsträckning om läkarna inte hade denna specialistkompetens.</p>
<p>Direktnummer till ansvariga läkare så att sjuksköterskor ska ha tillgång till snabb läkarkontakt</p>	<p>Snabbare kontakt dagtid, är egentligen utanför gällande avtal, bra service och lättare för ssk att få återkoppling vid frågor. Nyckeltalen som påvisades under IVO granskning gällde ett specifikt säbo och en specifik läkare som inte längre är verksam. Därefter har det blivit bättre när det gäller både kontinuitet och kontakt med våra läkare.</p> <p>För patienterna leder denna åtgärd till att snabbare kontakt med läkare kan ske och därmed kunna fatta snabbare beslut i vissa frågor eller inleda en behandling.</p>
<p>Namngivna patientansvariga läkare per område</p>	<p>Tydliggjort för sjuksköterskor vilken patientansvarig läkare per varje säbo. Vid frånvaro täcker läkarna för varandra vilket också upplevs fungera bra. För patienterna har denna åtgärd lett till att de känner till vilken läkare som har ansvar för den enskilda individen, ökad trygghet.</p>

- Dokumentation

Åtgärder som vidtagits	Vilka effekter har åtgärderna lett till för patienterna?
<p>Kollegial journalgranskning enligt gällande rutin har vidtagits och implementerats i verksamheten</p>	<p>Denna rutin har medvetandegjort hur dokumentation ska utformas och att syftet har varit att lära oss av varandra. All legitimerad personal granskar en slumpvis journal inför redovisningen som sker på arbetsplatsträffar där framgångar och brister lyfts upp. I och med denna rutin har ett aktivt lärande skapats där den legitimerade personalen lär av varandra och ges möjlighet att diskutera hur dokumentationen ska föras och vilka brister som uppdagats.</p> <p>För patienterna leder denna åtgärd till ökad patientsäkerhet i och med att den legitimerade personalen lär av varandra i hur dokumentationen ska föras så att viktiga delar finns med i en journal.</p>
<p>Enligt internkontrollplan antagen av vård och omsorgsnämnden görs årligen journalgranskning av MAS för den legitimerade personalens dokumentation.</p>	<p>Journalgranskningen genomförs årligen av MAS som summerar resultatet i en patientsäkerhetsberättelse men även redovisar för den legitimerade personalen hittade förbättringsområden samt framgångar. Resultatet redovisas också till vård och omsorgsnämnden som är ansvarig vårdgivare.</p> <p>Effekten blir då att verksamheten får ett resultat där legitimerade personalen kan fortsätta utveckla dokumentationen efter de brister som påtalats. För patienterna leder denna åtgärd till att det skapas en transparens i arbetet med dokumentationen där verksamheten lär av varandra, ökad patientsäkerhet.</p>

<p>Återstart av dokumentationsgrupp tvärprofessionell legitimerad personal för att se över dokumentation på en övergripande plan, ta fram vägledning för all legitimerad personal i dokumentation.</p>	<p>Dokumentationsgrupp som tidigare varit aktiv har återigen startas upp. Uppdraget ska vara att lägga en grund för ett nytt journalsystem som ska implementeras i verksamheten under året. Gruppens arbete kommer vara av stor betydelse i detta arbete för att skapa fram rutiner och vägledning för övriga kollegor. Den legitimerade personalen kommer att läras sig helt nytt sätt att dokumentera på i och med det nya journalsystemet där dokumentationen kommer att utgå från ICF strukturen samt KVÅ kodning.</p> <p>För patienterna kommer denna åtgärd leda till att den legitimerade personalen kommer att dokumentera i olika processer vilket blir tydligt för övriga teamet vad en patient behöver hjälp med under pågående vård. Dokumentationsgruppens uppgift är att skapa en struktur över dokumentationen så att all legitimerad personal ska utforma sin dokumentation enligt vissa standarder.</p>
<p>Stöddokument för inskrivning av nya patienter aktuella behov och tillstånd har uppdaterats.</p>	<p>Detta har lett till att alla säbo sjuksköterskor men även hemsjukvården har en aktuell checklista att gå efter vid inskrivning av nya brukare på säbo eller i hemsjukvården för att något inte ska missas. Checklistan följer framtagna rutiner på länsnivå inför inskrivning på särskilda boenden där även uppgifter kring vad en läkare ska göra inför en sådan inskrivning finns.</p> <p>I och med att en standardisering införs vid inskrivning på säbo leder åtgärden till att patienterna bedöms utifrån samma checklista för att viktiga delar inte ska falla bort som i sin tur ger en trygg och säker vård.</p>

<p>För att på ett tydligt sätt kunna se att en vårdplan är skapad behövde vi lägga till i vårt journalsystem att varje vårdplan benämns i systemet som <i>Vårdplan</i>, tex <i>Vårdplan</i> sår. Tidigare benämndes inte alltid en vårdplan i journalsystemet utan den kunde ha döpts till tex KVÅ plan eller enbart Sårvård. Åtgärden blir i dessa fall att all legitimerad personal när de skapar en vårdplan ska benämna i rubriken som "Vårdplan". Detta är ett sätt att påvisa att en vårdplan är skapad.</p>	<p>Vid journalgranskningen av slumpvis utvalda journaler hade alla tillsynade journaler benämningen vårdplan i sin rubrik. Vår uppfattning är att vi även tidigare haft god följsamhet i vårdplaner men har inte alltid benämnt just vårdplan i rubriken. Detta har nu åtgärdats och av att döma av första journalgranskningen av journaler verkar det ha gett god effekt på följsamheten.</p> <p>För patienterna leder denna åtgärd till en ökad patientsäkerhet i och med att all legitimerad personal ska föra sin dokumentation på ett enhetligt sätt och skapa vårdplaner på samma sätt.</p>
<p>SIP dokumenteras i andra journaler när det genomförts. För att även få med denna SIP kommer vi skapa en hänvisning i journalsystemet till aktuell SIP till systemet där SIP dokumenteras.</p>	<p>Vid senaste journalgranskningen kan det konstateras att SIP dokumenteras i ett annat system men även hänvisning görs i patientens journal att SIP är genomförd. Det går sedan att skriva ut SIP på papper och lämna över den till patienten. Därmed bör effekten av denna åtgärd anses vara god i de fall där SIP genomförs.</p> <p>Effekten för patienterna blir ökad trygghet och tydlighet kring den enskildes vård samt vilka vårdgivare som är ansvariga för vad.</p>

- **Kontinuitet**

Åtgärder som vidtagits	Vilka effekter har åtgärderna lett till för patienterna?
<p>Översyn av omsorgspersonalens scheman har genomförts för att se över kontinuiteten</p>	<p>Kontinuiteten i personalens scheman är lagd utifrån verksamhetens behov vilket ger bra täckning samt har gett mer kontinuitet för de boende. Kontinuiteten gynnar även samarbetet med legitimerad personal.</p> <p>För patienten har denna åtgärd lett till att patienten känner sig trygg med att personal finns vid planerade vårdsituationer samt även vid oplanerade vårdsituationer.</p>
<p>En hög andel av omsorgspersonalen på särskilt boende innehar undersköterskekompetens som kan fördelas efter behov i schemat.</p>	<p>Undersköterskor med kompetens för uppdraget fördelas i schemalaggningsen, vilket har resulterat i högre kontinuitet gällande kompetens i verksamheten.</p> <p>För patienten har denna åtgärd lett till att denne känner trygghet i att rätt kompetens finns både i planerade och oplanerade vårdsituationer oavsett tid på dygnet.</p>
<p>Bemanningen har setts över så att varje boende träffar färre personal.</p>	<p>Översyn av bemanningen, (se svar ovan) Schemalaggningsen är kopplad till varje enhet, vilket gör att boende träffar färre personal.</p> <p>För patienten har denna åtgärd lett till att patienten känner sig tryggare med att denne möter färre personer i vårdsituationer.</p>

<p>Vid granskning 2022 är personalomsättningen på säbo 9,3%. Personalomsättningen följs upp regelbundet av ledningsgruppen och personalavdelningen</p>	<p>Personalomsättningen följs upp systematiskt av HR enheten och enhetschefer, vilket har resulterat i att omsättningen minskat.</p> <p>För patienten har denna åtgärd lett till att patienten känner sig tryggare med att möta färre personer i vårdsituationer. Patienten känner då personalen bättre vilket öppnar upp för en bra dialog som skapar delaktighet.</p>
<p>Alla boende har en egen kontaktperson bland personalen.</p>	<p>Alla boende har en egen kontaktperson, vilket skapar trygghet samt kontinuitet. Vilket kan avläsas i brukarnöjdheten i "vad tycker de äldre om äldre-omsorgen" 2023.</p> <p>För patienten har denna åtgärd lett till att patienten känner trygghet i att endast en person omhändertar frågor som patienten har. Kontaktpersonen upplevs också av patienten som en bra länk mellan sig själv och övriga professioner som är involverade i dennes planering gällande vårdbehovet.</p>
<p>Översyn av kontaktpersonens roll för eventuell revidering.</p>	<p>Kontaktpersonens roll och uppdrag har setts över hösten-23, vilket har tydliggjort uppdraget. Detta skapar mer tydlighet för kontaktpersonen samt tryggar de boende i sitt behov av hjälp vid frågor och stöd.</p> <p>För patienten har denna åtgärd lett till att kontaktpersonens klarhet i sin roll ökar möjligheterna till en bra dialog mellan patienten och kontaktpersonen. Detta gynnar delaktigheten samt ökar tryggheten i att vårdinsatserna utförs på ett säkert sätt.</p>

- Delegering

Åtgärder som vidtagits	Vilka effekter har åtgärderna lett till för patienterna?
<p>Kvalitetssäkring av den teoretiska utbildning, alla får genomgå samma utbildning och genomföra prov</p>	<p>Utbildningsmaterialet uppdateras årligen av MAS och arbetsgruppen för delegering. Säkerställt att alla får samma utbildning, en gemensam grund för alla som får läkemedelsdelegering. I och med att det införts teoretiska prov som ett moment har effekten blivit att medarbetare som inte har tagit till sig teorin som krävs inte kan genomföra delegeringen. Två misslyckade försök leder till att en handlingsplan mellan medarbetare, ansvarig enhetschef och sjuksköterska upprättas för att medarbetaren ska kunna lära in och uppnå kunskapsnivå som krävs för att få erhålla en delegering.</p> <p>Åtgärden har ökat patientsäkerheten i och med att en kunskapsnivå behöver nås för att erhålla en delegering. För patienterna leder denna åtgärd till en säkrare läkemedelshantering.</p>
<p>Revidering av material inför den teoretiska utbildningen</p>	<p>Sjuksköterskor tillsammans med MAS ser över materialet som används över hela verksamheten och säkerställer att innehållet är uppdaterat enligt senaste rön och gällande lagar samt även hänsyn tas till uppkomna avvikelser där verksamheten har vid egenkontrollerna identifierat att kunskaper kan vara bristfälliga.</p> <p>För patienterna leder åtgärden till att verksamheten lär sig av uppkomna avvikelser och arbetar preventivt för att nya avvikelser inte ska uppstå i och med att materialet inför delegeringsutbildningen genomgås årligen där även hänsyn tas till uppkomna avvikelser.</p>

<p>Skapat kunskapshäfte som finns tillgänglig att läsa inför delegeringsutbildningen som riktar sig särskilt för personer som anses vara språksvaga</p>	<p>I och med att detta häfte skapats av MAS har det lett till att enhetscheferna kunnat överlämna häftet till personer som bedöms på förhand vara språksvaga och därmed öka deras chanser att få erhålla en delegering. Respons från ansvariga enhetschefer har varit gott då de tidigare saknat en form av kunskapsinläring i pappersform eftersom digital inläring inte passar alla medarbetare, en variation finns idag. I och med att flera olika möjligheter finns för inläring leder åtgärden till att fler medarbetare kan lära sig och uppnå kunskapsnivå som krävs för delegering. Det blir samma omvårdnadspersonal som patienten behöver ha vårdkontakt med och som kan utföra flera insatser hos samma patient.</p>
<p>Säkerställande via ansvariga enhetschefer att personal som har giltig delegering men också som planeras för delegering har åtkomst till gällande riktlinjer och rutiner</p>	<p>Gällande riktlinjer och rutiner är genom information på arbetsplatsträffar kända för personal. Medarbetare har eget ansvar för sin delegering, de är hjälpta via påminnelse i Treserva om delegerings utgång vilket gör att förberedelser inför ny delegering aktiveras. Nyanställda undersköterskor informeras av enhetschef om gällande riktlinjer och rutiner samt anmäls till utbildning. Framtagen checklista inför delegering följs. Sammantaget skapar detta säkerhet kring delegeringsförfarandet i verksamheterna. Delegeringar utförs i tid innan utgång. Patienten har fått en tryggare och säkrare vård kring sina läkemedel.</p>
<p>Alla som delegeras ska erhålla ett diplom via Demenscentrum och ta med sig den vid delegeringsutbildningen</p>	<p>Ett krav att genomföra utbildningen, god följsamhet kan konstateras. Några enstaka fall förekommer att de missar att skriva ut giltigt diplom och då ges inte tillåtelse att genomföra utbildningen. Vi har även förlängt giltighetstiden på ett diplom som idag kan vara max 3 månader gammalt. Kvalitetssäkringen har givit patienten en tryggare och säkrare vård kring sina läkemedel.</p>
<p>Tagit fram en checklista för sjuksköterskor att använda sig av vid den praktiska bedömningen som vägledningen.</p>	<p>Ska implementeras för att kunna utvärderas, påbörjas i jan 2024. Vid en förvisning hos sjuksköterskorna var responsen mycket positivt till detta stöd.</p>

<p>Tagit fram olika patientfall att använda sig av vid det praktiska provet som alla medarbetare ska genomgå vid delegering</p>	<p>Ska implementeras för att kunna utvärderas, påbörjas i januari 2024. Några sjuksköterskor har varit med och tagit fram så fiktiva fall som möjligt för att komma så nära verksamheten som möjligt. Dessa fiktiva fall kommer också att uppdateras årligen och förändras för att få en verksamhetsanpassning.</p>
<p>Årlig översyn av gällande rutin för hantering av läkemedel där hänsyn tas till uppkomna brister som IVO påpekat</p>	<p>Görs årligen av MAS inför läkemedelsgranskningar, hänsyn tas till IVO:s påpekande när det gäller läkemedelshantering. Vid uppdatering av gällande rutin kring läkemedelshantering får den delegerade personalen via sina enhetschefer ta del av de förändringar som uppdaterats. Effekten blir för patienten en trygg och säker läkemedelshantering</p>
<p>Inrättande av Kliniskt träningscenter där delegeringar äger rum för all personal</p>	<p>Konceptet har provats i två års tid, kommer att förändras i och med att sjuksköterskor kommer ansvara för mindre grupper när det gäller delegering. KTC kommer även i fortsättningen att användas för olika typer av delegeringar där all utrustning finns men den regelbundna delegeringen för läkemedel kommer att ske på varje säbo. Idag får all personal genomföra delegeringen på KTC vilket kommer förändras from jan 2024. Vi har sett att den ökade kunskapen hos all personal lett till en ökad trygghet i sin yrkesroll och som då skapar en ökad tillit och trygghet för patienterna.</p>
<p>Initiativ har tagits till införande av digital signering.</p>	<p>Fortsatt arbete med frågan, beslut på ledningsnivå krävs, pilotprojekt har genomförts. Verksamheten har idag upphandlat en leverantör för digital signering som inte driftsatts än av olika anledningar. Ytterligare pilotstudie behövs för att kunna gå vidare. En projektledare har anställts som ska fortsätta driva detta arbete framåt. Vi har fortsatt arbeta som tidigare och säkerställt att patienterna får de insatser de ska ha.</p>

- **Genomförande / dokumentation av läkemedelsgenomgångar**

Åtgärder som vidtagits	Vilka effekter har åtgärderna lett till för patienterna?
<p>Läkemedelsgenomgång på säbo görs årligen i samband med årskontroll utifrån PHASE 20.</p>	<p>Görs minst en gång årligen, läkare och sjuksköterskor behöver bli bättre på att dokumentera att läkemedelsgenomgångar genomförts. Detta följs upp vid granskning av journaler. PHASE 20 bedömningsverktyget används på våra säbo vid läkemedelsgenomgångar. Vid frågor till sjuksköterskor nämns att läkemedelsgenomgångar genomförs årligen men inte alltid dokumenteras på ett tillfredsställande sätt. Eftersom detta konstaterats vara en brist har all legitimerad personal men även våra ansvariga läkare fått till sig att dokumentationen ska ske på rätt sätt. Fortsatt uppföljning kommer ske för denna brist i och med övergången till det nya journalsystemet under året. Patienten känner sig trygg med att vi säkerhetsställer att patientens hälsotillstånd följs upp och åtgärder vidtas vid behov.</p>
<p>Dokumentation sker på ett enhetligt sätt så att läkemedelsgenomgång även benämns i kommunens journal som "läkemedelsgenomgång".</p>	<p>Har blivit tydligare i dokumentationen att läkemedelsgenomgång är genomförd eftersom det idag även benämns som läkemedelsgenomgång i patientens journal. Säkerställt med sjuksköterskor att dokumentation även förs under rätt sökord och att läkemedelsgenomgången även benämns som det i journalen och inget annat. Läkare har också ett ansvar att dokumentera och koda att en läkemedelsgenomgång är genomförd. En tydlig dokumentation leder till en trygg och säker vård för patienten.</p>

- Tillgång till information vid vård i livets slutskede

Åtgärder som vidtagits	Vilka effekter har åtgärderna lett till för patienterna?
<p>Vårdplaner för vård i livets slutskede upprättas och fördelas till omvårdnadspersonal.</p>	<p>God följsamhet i detta vid kontroll av dokumentationen, förtydligat och sett över på system nivå att sjuksköterskor skapar och fördelar vårdplaner. Det har tidigare varit oklarheter i systemet hur sjuksköterskor ska göra i systemet samt även en behörighetsfråga hos omvårdnadspersonalen. Denna brist är nu åtgärdad och omvårdnadspersonalen kan idag se upprättade vårdplaner oavsett om de arbetar på säbo eller hemtjänst. Det innebär att all berörd personal kan ta del och följa patientens vård vid vård i livets slutskede.</p>
<p>Implementerat gemensam palliativ rutin som tagits fram mellan region Sörmland och alla kommuner.</p>	<p>Det finns en palliativ grupp verksamhetsövergripande som aktivt arbetar med frågor inom palliativ vård. En fråga som gruppen arbetar med är omvärldsbevakning samt utbildning internt. Den palliativa rutinen länsövergripande behöver fortsatt implementeras av gruppen då de kommit olika långt på enheterna. För patienterna har denna åtgärd lett till att den palliativa vården i Sörmland utgår från gemensam rutin och ett likartat arbetssätt för att säkra viktiga moment i den palliativa vården.</p>
<p>Totalt undersköterskor genomgått specialistutbildning i palliativ vård.</p>	<p>Det palliativa teamet har regelbundna träffar där de får handledning av sjuksköterskor. De undersköterskor som är specialistutbildade inom palliativ vård handleder i sin tur omvårdnadspersonal vid behov i arbetet samt förmedlar kunskaper i palliativ vård på arbetsplatsträffar. Omvårdnadspersonalen känner sig tryggare i palliativ omvårdnad, vilket leder till en god omvårdnad för patienten och trygghet för patientens anhöriga.</p>

<p>Uppstart av ett tvärprofessionellt palliativt team inom kommunen</p>	<p>Detta tvärprofessionella palliativa teamet har återigen startats upp och leds av legitimerad personal, sjuksköterska och arbetsterapeut. Syftet med teamet har förtydligats och en vägledning samt uppdrag för teamet håller på att skapas. MAS har också kommit med råd och vägledning till gruppen för att skapa en struktur och systematik i arbetet. För patienterna har denna åtgärd lett till att kunskapen om palliativ vård kan spridas inom alla verksamheter inom vård och omsorg och därmed säkerställt att patienterna får en god och säker palliativ vård över hela kommunens vård och omsorg.</p>
<p>Brytpunktsamtal dokumenteras i vårdplanen som omvårdnadspersonalen har tillgång till och som fördelas till dem.</p>	<p>Tidigare har brytpunktssamtal dokumenterats men utan att fördelas till omvårdnadspersonalen. I och med denna förtydligande dokumenterar sjuksköterskor brytpunktssamtal i en sk palliativ vårdplan som sedan fördelas till omvårdnadspersonalen. Effekten blir att omvårdnadspersonalen har tillgång till aktuell information kring en patient.</p> <p>Omvårdnadspersonalen på säbo har idag tillgång till hela hälso och sjukvårdsjournalen och har läsbehörighet. I och med detta har vi säkerställt att omvårdnadspersonalen har möjlighet att läsa om en patient det som den legitimerade personalen dokumenterat. Patienten kan förvänta sig att alla som har en vårdrelation med patienten har tillgång till vårdplanen för att kunna säkerhetsställa att patienten får den bästa vården utifrån sina behov i slutskedet.</p>

<p>Verksamheten ska säkerställa att all omvårdnadspersonal har behörighet att dokumentera i fördelade omvårdnadsplaner.</p>	<p>Systemförvaltare har genomfört ett arbete kring alla behörigheter i systemet och sett över olika roller som finns i systemet. Resultatet har blivit att all omvårdnadspersonal kan dokumentera i fördelade vårdplaner men även har läsbehörighet till hela hälso och sjukvårdspersonalen.</p> <p>Detta gäller omvårdnadspersonal på säbo och behörigheten styrs och begränsas av ansvarig enhetschef beroende på vilka enheter personalen arbetar på.</p> <p>Effekten är att all personal som har en vårdrelation med patienten har tillgång till all dokumentation så att patienten får en god, rätt och säker vård.</p>
<p>Kontakt med läkare ska ske innan palliativa ordinationer börjar ges.</p>	<p>I och med att även jourläkare fått genomgå en jourutbildning där detta var en del av utbildningen kontaktas jourläkare av sjuksköterskor idag innan sk palliativa ordinationer börjar ges. Under vardagarna kontaktas ansvariga läkare för varje säbo och en tät dialog finns.</p> <p>Upplevelsen har tidigare varit att jourläkare inte behövde kontaktas när redan ordinationer finns. Detta har nu ändrats och sk palliativa ordinationer ska inte vara äldre än ca tre månader, i sådana fall får en ny läkarbedömning göras innan sk palliativa ordinationer kan börja ges.</p> <p>Oavsett så sker det alltid en kontakt med läkare innan palliativ vård och ordinationer börjar ges. Patienten kan känna sig trygg med att få symptomlindring vid behov vid vård i livets slutskede.</p>

- **Genomförande av brytpunktssamtal**

Åtgärder som vidtagits	Vilka effekter har åtgärderna lett till för patienterna?
<p>Brytpunktssamtal dokumenteras i vårdplanen som omvårdnadspersonalen har tillgång till och som fördelas till dem.</p>	<p>Se ovan under dokumentation och palliativ vård. Denna åtgärd har efterlevts i och med att vi sett över både hur dokumentationen av brytpunktssamtal förs, och omvårdnadspersonalens behörigheter i verksamhetssystemet. Patienten kan förvänta sig att all dokumentation kring patienten i livets slutskede finns att hitta i vårdplanen.</p>
<p>Att vid genomfört brytpunktssamtal även dokumenteras i kommunens journal och inte enbart i regionen.</p>	<p>Det har tidigare ansetts att brytpunktssamtal är något som genomförs av en läkare. Därför har sjuksköterskor inte dokumenterat detta på ett enhetligt sätt. I och med att påtalade brister har gjorts kända dokumenteras idag att brytpunktssamtal är genomfört även av sjuksköterskor som i sin tur fördelar denna information i en vårdplan till omvårdnadspersonalen.</p> <p>Det är läkaren som ska genomföra dessa typer av samtal men sjuksköterskornas ansvar är också att initiera och samordna med patienten och eventuella anhöriga. Patienten kan förvänta sig att all dokumentation kring patienten i livets slutskede finns att hitta i en vårdplan oavsett vårdgivare.</p>

- **Att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare**

Åtgärder som vidtagits	Vilka effekter har åtgärderna lett till för patienterna?
Information till alla sjuksköterskor om att kontakt med läkare alltid måste ske innan palliativa ordinationer påbörjar ges	Detta har idag sjuksköterskor tagit till sig och kontakter alltid en läkare även när palliativa ordinationer finns sedan tidigare. På vardagarna kontaktas ansvariga läkare på vårdcentralen och på jourtid sker kontakt med jourläkare. Tidigare har jourläkare bemött sjuksköterskor och varit ifrågasättande till att de ska kontaktas när redan ordinationer finns. I och med att jourläkare också genomgått utbildningsinsatser har detta blivit bättre enligt sjuksköterskor. Patienten har fått en god och säker vård i livets slut. Rätt behandling i rätt tid.
Uppdatering av gällande riktlinjer som antagits av ansvarig vård och omsorgsnämnd där denna skrivelse lagts till.	Politiskt antagna dokument är direkt styrande i vår kommun varför vi valt att flagga för denna åtgärd på nämndnivå för att förtydliga att denna typ av kontakt med läkare alltid måste ske trots att en bedömning sedan tidigare gjorts. Sjuksköterskor har aktivt arbetat med att påtala för läkare att sk palliativa ordinationer inte ska vara för gamla och att nya återkommande bedömningar och samtal behöver göras med patienten och dennes eventuella anhöriga. Patienten har fått en god och säker vård i livets slut.
Säbo läkare i hela länet har genomgått beredskapsjourutbildning	Båda våra läkare har genomgått utbildningen och arbetar jour i länet. Detta har lett till en god förståelse bland både läkare och sjuksköterskor när de kontakter varandra vid tex jourtid. Se ovan för effekter.

4

Vård- och omsorgskontoret
Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
0156-52054
samir.salkic@trosa.se

Tjänsteskrivelse
Datum
2024-01-22
Diarienummer
VON 2024/3



Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar *Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet*.

Ärendet

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS, har tillsammans med enhetschefer från hemtjänst, hälso och sjukvård, säbo och funktionshinderområdet samt den legitimerade personalen genomfört en nulägesanalys i patientsäkerhetsarbete med hjälp av analysverktyget som är framtagen av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Nulägesanalysen har sin grund i analysverktyget som också följer den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Analysarbetet har genomförts under 2023 och utmynnat till en lokal handlingsplan som sträcker sig för tiden 2024-2026.

Vidare har arbetet med den lokala handlingsplanen för patientsäkerhet utmynnat i en vision och ett övergripande mål för patientsäkerheten. Visionen ska vara en *"Starkt patientsäkerhet med god kvalitet genom säker vård och omsorg med patienten som medskapare"*. Målet är att *"Vård och omsorg i Trosa kommun ska genomsyras av en god patientsäkerhetskultur"*. Det har även tagits fram en strukturmodell för patientsäkerhetsarbetet som visualiseras i handlingsplanen.

Den lokala handlingsplanen berör de fyra grundläggande förutsättningarna som behöver finnas med för det systematiska patientsäkerhetsarbetet samt de fem prioriterade fokusområden för att stärka arbetet med en säkrare vård. Inom både förutsättningar och fokusområden har det identifierats viktiga utmaningar som prioriterats fram av arbetsgruppen där bedömningar gjorts av insatser som har stort strategiskt värde och som också bedöms vara möjliga att genomföra i verksamheten.

Fredrik Yllman
Produktionschef

Samir Salkic
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Bilagor

Förslag till *Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet*

Beslut till

Författningssamlingen



Lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet

2024-2026
Vård och omsorgskontoret
Trosa kommun

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet.....	4
Varför en lokal handlingsplan?	5
Strukturmodell för patientsäkerhet	6
Begreppsförklaringar.....	7
Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbetet.....	8
• Engagerad ledning och styrning	9
• God säkerhetskultur.....	10
• Adekvat kunskap och kompetens	11
• Patienten som medskapare	12
Vilka prioriterade fokusområden bör finnas med för att stärka arbetet för en säkrare vård?	13
• Fokusområde 1 Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	14
• Fokusområde 2 Tillförlitliga och säkra system och processer	15
• Fokusområde 3 Säker vård här och nu	16
• Fokusområde 4 Stärkt analys lärande och utveckling.....	17
• Fokusområde 5 Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	18
Sammanfattning	19



Bild: Socialstyrelsen

Inledning

Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada dvs verksamhetens förmåga att förebygga vårdskador, tidigt upptäcka risker och mildra konsekvenserna när väl en vårdskada inträffat. Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykiska skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso och sjukvården. Med allvarliga vårdskador menas sådana vårdskador som ger upphov till betydande men, väsentligt ökat vårdbehov eller som leder till att patienten avlider.

Hälso och sjukvården är en riskfylld verksamhet, där det är mycket viktigt att säkerställa att rutiner och riktlinjer finns, följs och utvärderas regelbundet så att en god patientsäkerhet upprätthålls. Patientsäkerhetsarbetet inbegriper helheten och alla moment som sker även vid indirekt kontakt med och kring en patient. Det är därför av stort värde att patientsäkerhetsarbetet inkluderar allt ifrån medarbetarnas och ledningens engagemang, arbetsmiljö, givna förutsättningar som möjlighet till lärande, kunskapsspridning, risk och konsekvenshantering samt avvikelshantering på ett systematiskt sätt.



**En av 10,
mer än 100 000 patienter,
drabbas varje år av en
vårdskada**

**Tre starka skäl
att agera för
säker vård**

- Rädda liv
- Minska lidande
- Mer god vård för pengarna

Bild: Socialstyrelsen

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet

Visionen i den Nationella handlingsplanen är *God och säker vård – överallt och alltid* och det övergripande målet är att *Ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada*.

Den nationella handlingsplanens syfte är:

- Att bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador
- Att stärka huvudmännens patientsäkerhetsarbete så att säkerheten ökar på alla nivåer inom hälso- och sjukvården
- Bidra till att utveckla och samordna patientsäkerhetsarbetet i landet
- Innehåller övergripande mål, grundläggande förutsättningar, fokusområden, nationella åtgärder och en plan för uppföljning
- Vänder sig till beslutsfattare

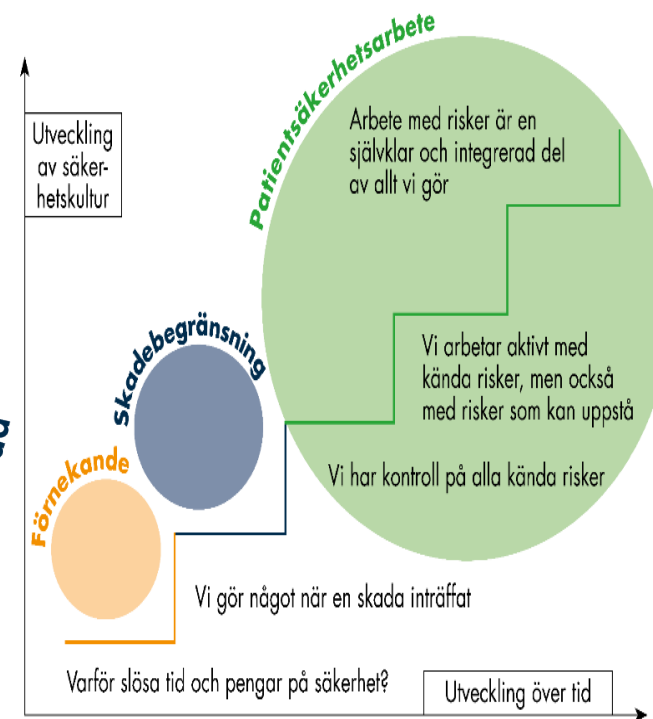
För att arbeta mot visionen och det övergripande målet lyfts fyra grundläggande förutsättningar fram (grönt i bilden till höger) samt fem fokusområden (blått i bilden till höger)

Handlingsplanen betonar en breddad ansats i patientsäkerhetsarbetet där vi rör oss uppåt i trappan till höger. Förflyttningen innebär att vi:

- inkluderar båda perspektiven närvaro av säkerhet och frånvaro av skador.
- involverar alla verksamhetsområden i alla situationer i hela hälso- och sjukvården i arbetet med att öka patientsäkerheten.



Bild: Socialstyrelsen



Varför en lokal handlingsplan?

Syftet med en lokal handlingsplan för patientsäkerhet är att utifrån vård och omsorgskontorets bedömningar av nuläget och behov av utveckling identifiera gemensamma mål, områden för aktiviteter samt hitta viktiga principer som ska vägleda verksamheten i att kunna fatta viktiga beslut. I nuläget saknar vård och omsorgskontoret ett strukturerat arbete inom patientsäkerhet varför denna handlingsplan ska ses som en ram för fokuserat utvecklingsarbete inom hela vård och omsorgskontoret i Trosa kommun. Handlingsplanen bygger på en nulägesanalys. Den utgår ifrån de områden som identifierats under analysen som bedömdes ha ett stort strategiskt värde för att kunna genomföras inom hela verksamheten. Den inkluderar även pågående arbeten som behöver fortsatt fokuseras på.

Denna handlingsplan ska vara av dynamisk karaktär och följas upp årligen i verksamheten. Prioriterade områden som tagits fram under analysen ska inkluderas i verksamhetsplaner och arbete behöver ske aktivt under hela året. Vid framtagande av nulägesanalysen har enhetschefer från hemtjänst, hemsjukvård, särskilda boenden samt funktionshinderområdet medverkat, men även representant från legitimerad personal där Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) lett arbetet. Prioriterade områden har tagits fram i samråd med enhetschefer för utförarverksamheter samt godkänts av vård och omsorgschefen. Framtagen handlingsplan gäller för perioden 2024-2026 Därefter görs en ny nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet.

På nästa sida redovisas en visuell bild av en tilltänkt strukturmodell för patientsäkerhetsarbetet i Trosa kommun.



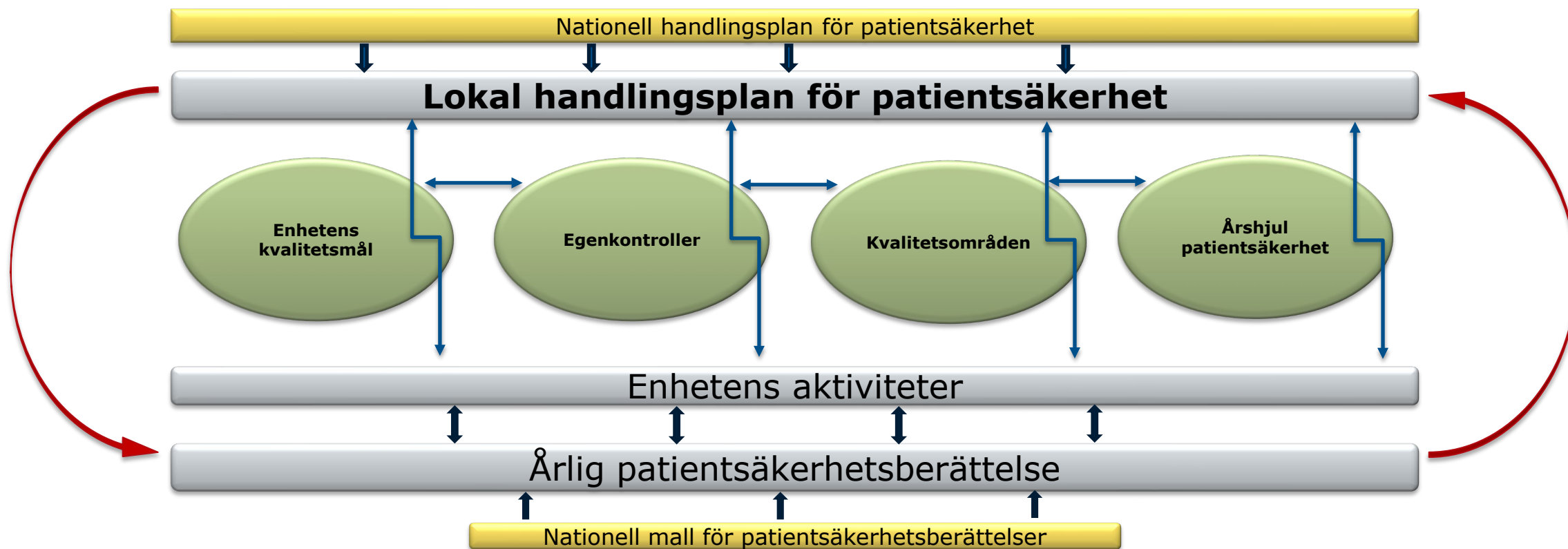
Prioritering av utmaningar, Trosa kommun					
Medicinskt ansvarig sjuksköterska, enhetschef (såbo, hemtjänst, LSS/funktionshinder, hälso och sjukvård), legitimerad personal					
Kommunal hälso och sjukvård					
Fokusområde 1: Öka kunskap om inträffade vårdskador	A. Finns kunskap?	B. Finns stöd?	C. Används kunskap och stöd?	D. Beskrivning av utmaningar, hinder och möjliggörare	Välj prioriterade teman:
Avvikelserapportering	🟡	🟡	🟢	Läppkommer mycket frågor kring avvikelshantering, både från ledningen och verksamheten. Kunskap saknas, kvalitetsenheten har ofta kunskap. Ändringar i rutin, hur kommunicerar vi ut den? Stöd saknas, även stöd inom systemet, ändringar i systemet görs till det samma struktur. Avvikelse kan rapporteras men i stora led brister det. Avvikelse rapporteras men ställs på lämnas av personal. Hur ser den nationella hanteringen ut? Dokumenteras sällan. Behöver vi dokumentera händelse enligt mall? Är avvikelse systemet tillräckligt för dokumentation samt utredning? Avvikelsen är inte fullständigt utredt. Systemstöd underlättar hantering av avvikelser. Får den som skapar en avvikelse åtkommligt till alla åsikter som utvecklas? Kunskap i systemet. Vi behöver prata mer kring negativa följdeffekter, ledningen fullt ut saknar kunskap inom området eller ignorerar påräddade brister vilket bör ses som allvarigt. Vilken kultur ska råda?	Prioritera
Utredning efter vårdskador och andra avvikelser samt återkoppling till berörda	🟡	🔴	🟢	Är patientens säkerhetsarbete sammanställt alla avvikelser som varit av betydelse, oavsett allvarlighetsgrad presenteras avvikelsestatistiken för verksamheten och hur det har sett ut över tid.	Arbete pågår
Minimering av effekter av negativa händelser	🟡	🟡	🟢	Är patientens säkerhetsarbete sammanställt alla avvikelser som varit av betydelse, oavsett allvarlighetsgrad presenteras avvikelsestatistiken för verksamheten och hur det har sett ut över tid.	Arbete pågår
Mätning och sammanställning av information om vårdskador	🟢	🟢	🟢	Är patientens säkerhetsarbete sammanställt alla avvikelser som varit av betydelse, oavsett allvarlighetsgrad presenteras avvikelsestatistiken för verksamheten och hur det har sett ut över tid.	Under kontroll
Mätning och sammanställning av information om vårdskador – i vårdens övergångar	🟢	🟢	🟢	Är patientens säkerhetsarbete sammanställt alla avvikelser som varit av betydelse, oavsett allvarlighetsgrad presenteras avvikelsestatistiken för verksamheten och hur det har sett ut över tid.	Arbete pågår
Fokusområde 2: Tillförlitliga och säkra system och processer					
Tillförlitliga och säkra processer – i vård och behandling	🟡	🔴	🟡	Dist finns bl.a i riskbedömningar av barn, de flesta känner till att det finns processer men inte implementeras fullt ut. Vi har inte ett system idag som stödjer processer intern, uppbyggnaden av K mappen ger inte möjlighet till att bygga upp framtida processer. Finns det ett system för detta att bygga upp kvalitetsledningssystem ut olika processer? resurskrävande, mobila teamet, hemtjänningsteam, IFR, trygg hemgång, samverkan med regionen bedöms som svår pga att utskrivningsprocesser inte följs	Prioritera
Tillförlitliga och säkra processer – i samordning och informationsdelning mellan aktörer i den nära vården	🟡	🟡	🔴	ser olika ut i verksamheterna när det gäller stöd, vad menar vi med stöd? Förebyggande arbete eftersom, prioriteras ned, ändra förväningar idag. Vilket uppdrag har den legitimerade personalen idag? Är mer undervisande roll i verksamheten. Mer bör göras när det gäller att riktbildna samt följa upp utdragna åsikter inom verksamheterna för att till stora delar används ändamålsenliga verktyg, skattningsinstrument osv. Utmaningen är att det inte görs överallt inom verksamheten och ständiga utbildningsinsatser krävs.	Arbete pågår
Förebyggande arbete för att minska risker för specifika vårdskador	🟢	🟡	🔴	ser olika ut i verksamheterna när det gäller stöd, vad menar vi med stöd? Förebyggande arbete eftersom, prioriteras ned, ändra förväningar idag. Vilket uppdrag har den legitimerade personalen idag? Är mer undervisande roll i verksamheten. Mer bör göras när det gäller att riktbildna samt följa upp utdragna åsikter inom verksamheterna för att till stora delar används ändamålsenliga verktyg, skattningsinstrument osv. Utmaningen är att det inte görs överallt inom verksamheten och ständiga utbildningsinsatser krävs.	Arbete pågår
Verktyg, metoder och arbetssätt för ett patientsäkert arbete	🟡	🟢	🟡	Kunskapsbrister i verksamheten, vi behöver hitta sätt att säga det vi har. Förebyggning över medicintekniska produkter som tillhör inventarier saknas idag, riktlinjer för medicintekniska produkter efterlämnas inte. Fördrömda hjälpmedel från leq personal har vi bra koll på.	Arbete pågår
Medicinteknik, medicintekniska produkter, hjälpmedel och välfärdsteknik	🟡	🟡	🟢	Utmärkning av patienter i hemmet, patientidentifikation inte passar in på vissa avdelningar, text i kottisboende. Vid utökning av platser på text i kottisboende behöver större hänsyn tas till att skapa enklum där det idag finns flermanssalur.	Prioritera
Ändamålsenliga vårdmiljöer	🟢	🟢	🟡	Utmärkning av patienter i hemmet, patientidentifikation inte passar in på vissa avdelningar, text i kottisboende. Vid utökning av platser på text i kottisboende behöver större hänsyn tas till att skapa enklum där det idag finns flermanssalur.	Under kontroll

Bild: Analysverktyget SKR

Strukturmodell för patientsäkerhetsarbete i Trosa vård och omsorg

Vision: *Stärkt patientsäkerhet och god kvalitet genom säker vård och omsorg med patienten som medskapare*

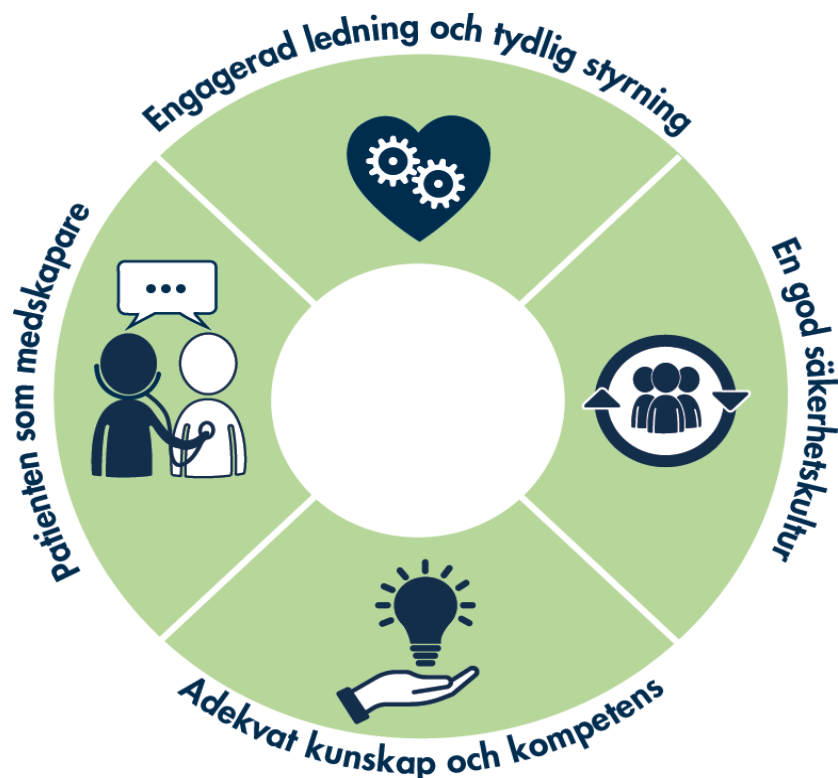
Mål: *Vård och omsorg i Trosa kommun ska genomsyras av en god patientsäkerhetskultur*



Begreppsförklaring för lokal struktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet

Verktyg	Beskrivning
Nationell handlingsplan (Socialstyrelsen)	Socialstyrelsen har tagit fram en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som gäller under perioden 2020–2024. Mottagare för handlingsplanen är huvudmännens beslutsfattare. Den nationella handlingsplanen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
Lokal handlingsplan	Utifrån den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet ska regioner och kommuner ta fram egna handlingsplaner för att etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet.
Enhetens kvalitetsmål	Varje enhet ska ha egna uppsatta mål som i sin tur har sin grund i vård och omsorgsnämndens mål. Att involvera enhetens kvalitetsmål i patientsäkerhetsarbetet är avgörande för att enheten ska aktivt arbeta med uppsatta målen. Patientsäkerhet, arbetsmiljö, kvalitetsmål är sammanfogade och ska alltid gå hand i hand inom enheten.
Kvalitetsområden	De områden som enheten tagit fram med hjälp av identifierade risker som uppkommit under året. Kvalitetsområden kan även tas fram på en övergripande nivå ifall riskerna identifieras och finns över hela förvaltningen.
Egenkontroller	I det systematiska patientsäkerhetsarbetet ingår det att vårdgivare ska genomföra egenkontroller för att säkerställa att uppsatta mål efterföljs och identifierade risker åtgärdas. Egenkontroller genomförs inom områden där riskerna är som störst enligt verksamhetens riskanalyser.
Årshjul patientsäkerhet	Syftet med att ha årshjul är att skapa en regelbunden struktur som underlättar för verksamheten att återkommande utföra olika egenkontroller och utvärdera resultat under året.
Analysverktyg (Socialstyrelsen, NSG patientsäkerhet samt SKR)	För att stärka patientsäkerhetsarbetet finns ett analysverktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård. Analysverktyget samt tidigare års patientsäkerhetsberättelse ligger till grund för handlingsplanens nulägesbeskrivningar. Analysverktyget kan användas av hela verksamheten, även på enhetsnivå för att identifiera utmaningar när det gäller säker vård.
Patientsäkerhetsberättelse	Enligt patientsäkerhetslagen (PSL) 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 utifrån den lokala handlingsplanen. Patientsäkerhetsberättelsen ska göras tillgänglig för allmänheten.
Nationell mall för patientsäkerhetsberättelse (Socialstyrelsen)	Socialstyrelsen har tagit fram en nationell mall för patientsäkerhetsberättelse. Den har samma struktur som den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet, likväl som analysverktyg för patientsäkerhet. I och med att en viss struktur följs leder det till att en röd tråd finns från nationella handlingsplanen till lokala handlingsplaner och ner till patientsäkerhetsberättelsen.

Vilka grundläggande förutsättningar behöver finnas för det systematiska patientsäkerhetsarbete?



Den nationella handlingsplanen pekar ut fyra grundläggande förutsättningar som behöver finnas på plats för att vården ska vara patientsäker:

- En engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

För att få en förståelse varför just dessa fyra områden har pekats ut i den nationella handlingsplanen behöver varje område beskrivas tillsammans med de identifierade möjliga insatserna som framkommit under analysarbetet vid framtagande av den lokala handlingsplanen. Nedan följer några begreppsförklaringar som förtydligar den tilltänkta strukturen i den lokala handlingsplanen

Begreppsförklaringar

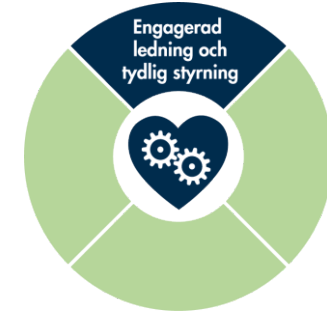
Princip	Med princip menas en vägledning för verksamheten för att kunna fatta eftertänkta beslut och skapa en samsyn i verksamheten kring viktiga frågor och kunna leda verksamheten i det systematiska kvalitets och patientsäkerhetsarbetet.
Prioriteringar	Prioriteringen har gjorts bland de identifierade möjliga insatserna där uppskattad resursåtgång och förväntad effekt vägs in vid den sammanlagda bedömningen.
Målsättning	Det är av stort värde att verksamheten har en tydlig målsättning inom ett visst område att sträva efter, ett konkret mål där möjliga insatser som identifierats ska leda verksamheten att uppnå uppsatt målsättning.

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.

Nulägesbeskrivning

I analysarbetet har det framkommit att ansvarsfördelningen gällande säker vård behöver bli tydligare och kvaliteten förbättras. För att kunna genomföra det finns ett behov av ökat stöd och utbildning till ledningsfunktioner inom patientsäkerhet.



Princip

Engagemang och kunskap för det gemensamma arbetet med systematisk patientsäkerhet, genom utbildning och ansvarsfördelning på alla nivåer.

Målsättning

Säkerställa att ledning och styrning har tillräcklig kunskap och kompetens för att upprätthålla en säker vård utifrån framskrivna prioriteringar.

Prioriteringar	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan
Utbildningsinsatser för ökad kunskap inom patientsäkerhet på flera ledningsnivåer	Analysdagar med verksamhetens enhetschefer samt vård och omsorgschef	MAS tillsammans med enhetschef för Stöd och utveckling att planera in analysdagar	Vår 2025
Grundläggande utbildning inom patientsäkerhet för alla nya enhetschefer samt till nytillträdd nämnd efter varje valår	Ta fram en grundläggande utbildning som nya enhetschefer ska genomgå vid nyanställning samt även utbilda vård och omsorgsnämnden	MAS tar fram utbildning och genomför regelbundna utbildningar för nya enhetschefer samt nytillträdd vård och omsorgsnämnd	Höst 2024
Stöd till enhetschefer för att kunna utvecklas i rollen med ansvar för enhetens kvalitet	Skapa förutsättningar för enhetschefer till fortbildning och kännedom om vilket ansvar som medföljer rollen	Vård och omsorgschef	Höst 2024

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Säkerhetskulturen behöver kännetecknas av:

- ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett icke skuldbeläggande förhållningssätt
- en organisation där alla lär av risker och negativa händelser som inträffat likväl som av positiva resultat

Nulägesbeskrivning

I verksamheten finns det behov av stöd för arbetet med säkerhetskultur. Idag förekommer arbete på enhetsnivå i varierande grad. En systematik och enighet behöver därför tas fram där syftet är att få en regelbundenhet i arbete med säkerhetskulturen.



Princip

Aktivt arbete för att upprätthålla ett säkert arbetssätt utifrån identifierade riskerna.

Målsättning

En verksamhet med öppet arbetsklimat där risker identifieras regelbundet, lärs av negativa händelser samt aktivt arbete med att minimera uppkomna risker

Prioriteringar	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan
Regelbundet arbete med säkerhetskultur	Implementera SKR:s verktyg för säkerhetsarbete, HSE (Hållbart säkerhetsengagemang) i form av regelbundna workshops enhetsvis. Genomföra det i samband med HME (Hållbart medarbetarengagemang)	Enhetschef för respektive enhet	Påbörja vår 2025, därefter regelbundenhet enligt framtagna årshjul

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Engagerade medarbetare med möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en säker vård av god kvalitet.



Nulägesbeskrivning

Idag finns det framtagna olika checklistor för introduktion av nya medarbetare i verksamheten. En förutsättning för att kunna stärka kunskap och kompetens är att ha en gemensam grund. Idag förekommer arbete för kunskap och kompetens på enhetsnivå i varierande grad. Det saknas en gemensam struktur över kompetens och utbildning inom hela verksamheten. Vilken är den lägsta nivån som accepteras när det gäller kunskapsnivå idag? En kompetensutvecklingsplan behöver tas fram och en struktur över kompetensstegen bland alla professioner.

Princip

En grundläggande struktur över kompetens och kunskap där förutsättningar för varje medarbetare finns får att utöva sin kompetens

Målsättning

Säkerställa att alla professioner har adekvat kunskap och kompetens som krävs för en god och säker vård i hela verksamheten.

Prioriteringar	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan
Skapa struktur över kompetens och kunskap	Ta fram en kompetensutvecklingsplan för hela vård och omsorgsverksamheten	Enhetschef för Stöd och utveckling	Vår/Höst 2024
Skapa kontinuitet och förutsättningar för regelbundna utbildningsinsatser per varje profession	Ta fram en kompetensutvecklingsplan för varje profession för att tydligt kunna följa på medarbetarnivå vilken kunskap varje medarbetare besitter.	Enhetschef Stöd och utveckling, enhetschef hälso och sjukvård tillsammans med MAS	Höst 2025
Skapa förutsättningar för nyanställda medarbetare för grundläggande yrkeskompetens	Skapa en tydlighet i introduktionsutbildningen enhetsvis	Enhetschef per respektive enhet	Under 2024

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Formerna för och graden av patientens delaktighet behöver utgå från patientens behov och önskemål. Patienten behöver få en god och anpassad information om sin vård och behandling och om eventuella risker.



Nulägesbeskrivning

I verksamheten finns behov av utveckling inom området patient som medskapare. Bedömningen är att vården planeras och genomförs i de allra flesta fall i samråd med patienten där det är möjligt. Utvecklingsområdet är att involvera patienter och närstående i olika utvecklingsarbeten och mer omfattande förändringar som sker i verksamheten.

Princip

Involvera patienter och deras närstående i vården kring den enskilde men även vid olika utvecklingsarbeten och förändringar som görs i verksamheten

Målsättning

Skapa dialogform där patienter och deras anhöriga bjuds in till samtal och diskussion i samband med omställningen till nära vård.

Prioriteringar	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan
Involvera patienter och deras anhöriga vid olika förändringar i verksamheten som påverkar patienter	Skapa dialogform och möjliggöra förutsättningar till samtal och inhämtning av synpunkter från anhöriga och patienter vid större förändringar i verksamheten.	Processledare Nära vård	Höst 2024
Initiera och utveckla det preventiva arbetet med olika patientföreningar i kommunen där olika patientgrupper finns representerade	Skapa regelbundna dialoger med tex SPF seniorerna m.fl. i kommunen där återkommande utbildningsinsatser genomförs.	Samordnande processledare nära vård och anhörigstöd.	Vår 2025

Vilka prioriterade fokusområden bör finnas med för att stärka arbetet för en säkrare vård?



Den nationella handlingsplanen pekar ut fem fokusområden som behöver finnas på plats för att vården ska vara patientsäker.

De fem fokusområden är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärkt analys lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

För att få en förståelse varför just dessa fem områden har pekats ut i den nationella handlingsplanen behöver varje område beskrivas tillsammans med de identifierade möjliga insatserna som framkommit under analysarbetet vid framtagande av den lokala handlingsplanen. Nedan följer några begreppsförklaringar som förtydligar den tilltänkta strukturen i den lokala handlingsplanen.

Begreppsförklaringar

Princip	Med princip menas en vägledning för verksamheten för att kunna fatta eftertänkta beslut och skapa en samsyn i verksamheten kring viktiga frågor och kunna leda verksamheten i det systematiska kvalitets och patientsäkerhetsarbetet.
Prioriteringar	Prioriteringen har gjorts bland de identifierade möjliga insatserna där uppskattad resursåtgång och förväntad effekt vägs in vid den sammanlagda bedömningen.
Målsättning	Det är av stort värde att verksamheten har en tydlig målsättning inom ett visst område att sträva efter, ett konkret mål där möjliga insatser som identifierats ska leda verksamheten att uppnå uppsatt målsättning.

Fokusområde 1

Ökad kunskap om inträffade vårdskador

Fokusområdet syftar till att öka kunskapen om förekomst av skador och vårdskador. Ge underlag till analys av bakomliggande orsaker på systemnivå som i sin tur förbättrar möjligheterna att följa utvecklingen av patientsäkerhet. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Nulägesbeskrivning

Idag finns det ett fungerande digitalt stöd för avvikelshantering i hela verksamheten. Det finns även utarbetade rutiner för avvikelshantering. Utvecklingsområde är att öka kvaliteten på utredningar samt säkerställa kunskap och kompetens inom området hos alla professioner. Vidare behöver verksamheten hitta fungerade sätt att på ett systematiskt sätt analysera och åtgärda uppkomna avvikelser.



Princip

Att lära sig av misstag genom att systematiskt analysera och åtgärda uppkomna avvikelser för att minimera riskerna att nya vårdskador inträffar

Målsättning

Öka adekvat kunskap om inträffade vårdskador där både ledning och medarbetare arbetar tillsammans och medverkar i analysen samt vidtar adekvata åtgärder

Prioriteringar	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan
Säkerställande att alla medarbetare har rätt behörigheter i verksamhetssystemet	Se över behörigheter i verksamhetssystemet och funktioner för både analys och rapportering	Systemförvaltare verksamhetssystem	Höst 2024
Öka kunskapen inom hela verksamheten kring avvikelssystemet och rapporteringen	Införa Treservaombud på alla enheter och förtydliga ombudens roll i verksamheten samt utbilda i avvikelsemodulen regelbundet	Enhetschefer tillsammans med systemförvaltare	Höst 2024
Säkerställande att befintliga rutiner är uppdaterade och tydliga	Se över befintlig rutin för avvikelser så att modulen i verksamhetssystemet speglar rutinen för samordnare och gruppchefers funktioner	MAS, systemförvaltare och verksamhetsutvecklare	Höst 2024
Öka kunskapen kring utredning av avvikelser för att säkerställa kvalitet och arbeta systematiskt	Skapa en årlig utbildning i avvikelseanalys där syftet ska vara att hitta en systematik vid analys av avvikelser	Enheten Stöd och utveckling tillsammans med MAS	Vår 2025

Fokusområde 2

Tillförlitliga och säkra system och processer

Fokusområdet syftar till att möta förändringarna i hälso och sjukvården genom att utveckla olika processer med patienten i fokus. Vidare behöver verksamheten skapa en sammanhållen och jämlik vård och stärka patientsäkerheten genom att minska oönskade variationer.



Nulägesbeskrivning

I nuläget har verksamheten en del utarbetade processer och rutiner men bedömningen är att det inte finns en struktur över detta arbete. Analysen visar att det saknas digitalt stöd för att börja detta arbete då det i dagsläget inte är genomförbart. Däremot har denna handlingsplan skapat en tilltänkt struktur över patientsäkerhetsarbetet som visualiseras på sida 6.

Princip

Skapa och utveckla olika processer i verksamheten för att få till en jämlik och sammanhållen vård samt stärka patientsäkerheten

Målsättning

Öka patientsäkerheten genom att skapa tillförlitliga processer och minimera riskerna för oönskade variationer

Prioriteringar	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan
Undersöka möjligheten till digitalt processtöd för att kunna skapa olika processer	Se över om det finns möjligt digitalt stöd för att bygga tillförlitliga processer där varje medarbetare på ett enkelt sätt kan komma åt beslutade processer	Stöd och utveckling, MAS	Höst 2025
Skapa en robust struktur över befintliga och nya rutiner och implementering av dessa	Bygga upp ett system som skapar en tydlighet över befintliga och nya rutiner samt hur dessa implementeras i verksamheten	Stöd och utveckling, MAS, enhetschefer	Vår 2026
Skapa en struktur över befintliga medicintekniska produkter	På enhetsnivå ha uppdaterade förteckningar över befintliga medicintekniska produkter enligt gällande författningar	Enhetschefer	Höst 2024

Fokusområde 3 Säker vård här och nu

Fokusområdet syftar till att öka medvetenheten, förmågan och flexibiliteten att på alla organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården uppmärksamma och agera på störningar i närtid. Öka kunskapen om patientsäkerhet hos medarbetare, chefer och beslutsfattare samt stärka patienters och närståendes delaktighet och medverkan i patientsäkerhetsarbetet.



Nulägesbeskrivning

Verksamheten arbetar aktivt med olika störningar som leder till att snabba beslut behöver fattas och omprioriteringar behöver ske. Det saknas dock en tydlighet och struktur för att kunna arbeta med säker vård här och nu. Utmaningar finns inom områden som säker bemanning, säker arbetsmiljö och det dagliga patientsäkerhetsarbetet

Princip

Att utveckla förmåga för att kunna hantera störningar i närtid inom verksamheten samt aktivt arbeta med det vardagliga patientsäkerhetsarbetet

Målsättning

Skapa en robust struktur över patientsäkerhetsarbete som även klarar av att stå emot oförutsedda störningar och förändringar inom verksamheten

Prioriteringar	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan
Skapa förutsättningar och utveckla det dagliga patientsäkerhetsarbete	Undersöka möjligheter att implementera sk "Gröna korset" som innebär strukturerade dagliga avstämningar i team, på alla utförarenheter	Enhetschefer	Vår 2026
Skapa förutsättningar för en säker vård här och nu även vid förändringar i verksamheten	Genomföra riskanalyser vid både mindre och större förändringar i verksamheten för att säkerställa att vården håller en hög kvalitet och minimera patientsäkerhetsrisker	Enhetschefer	Vår 2025
Säkerställa en säker bemanning och god arbetsmiljö för medarbetare	Aktivt arbete med att säkerställa god kontinuitet i personalgrupper samt regelbundet genomföra riskanalyser för alla nya patienter där arbetet sker i patienternas hem.	Enhetschefer	Höst 2024

Fokusområde 4

Stärkt analys lärande och utveckling

Att lära av och analysera händelser som inträffar inom hälso och sjukvården ska vara en självklar del av patientsäkerhetsarbetet. Aktivt arbete med verksamhetens erfarenheter och förståelse för patientsäkerhet bidrar till att stimulera kunskapsutveckling både på individ men också på organisatorisk nivå. Identifiera faktorer som på ett övergripande plan påverkar patientsäkerheten och hantera dem.

Nulägesbeskrivning

I verksamheten finns utmaningar med tydligheten när det gäller inhämtning och samordning av olika data från tex olika kvalitetsregister och aktivt arbete med dessa. Vidare behöver analyser av producerade data tillgängliggöras för alla medarbetare för att kunna skapa lärandemiljö och spridning av kunskap. I nuläget saknas det systemstöd för detta arbete varför mycket tid läggs på manuell hantering för att kunna sprida en viss kunskap. Utmaningen finns även när det gäller hur kunskapen ska spridas inom verksamheten så att det kommer till gagn för varje medarbetare.



Princip

Öka systemförståelse om bakomliggande orsaker till vårdskador och lära organisationen om det inträffade så att oönskade händelser inte upprepar sig

Målsättning

Att aktivt arbeta med analys, lärande och utveckling av inträffade händelser och involvera hela verksamheten i detta arbete

Prioriteringar	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan
Uppföljning av patientsäkerheten genom insamling och sammanställning av data från flera källor	Tydliggöra roller i olika kvalitetsregister genom att fler ska få arbeta aktivt med registren och följa upp resultaten enhetsvis där resultaten aktivt används i förbättringsarbeten.	Enhetschef, legitimerad personal, MAS	Vår 2025
Analys som möjliggör lärande i verksamheten	Skapa årshjul i Hypergine för olika analyser av framförallt kvalitetsregister	MAS, Stöd och utveckling	Höst 2025
Lärande från analyser i det egna arbetet	Struktur över omvårdnadsträffar enhetsvis som forum även för lärande. Analysdagar enhetsvis men även på ledningsnivå årsvis.	Ledningsgruppen, Stöd och utveckling, MAS	Vår 2026
Spridning av kunskap och lärdomar	Skapa arenor/kommunikationsvägar för återföring av analys och resultat på ett lättillgängligt sätt till verksamhetens medarbetare	MAS, Stöd och utveckling, kommunikationsenheten	Höst 2026

Fokusområde 5

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Hälso- och sjukvården behöver planera för att kunna anpassa sig till långsiktiga och kortsiktiga förändringar på ett sätt så att patientsäkerheten kan upprätthållas. Det behövs exempelvis en riskmedvetenhet och beredskap i samband med övergripande strategiska förändringar tex omställningen till nära vård, digitalisering, politiska beslut som kan påverka patientsäkerheten på sikt samt förändrade kompetensbehov och förändringar i kompetensförsörjningen som kan påverka patientsäkerheten.

Nulägesbeskrivning

Årligen genomför verksamheten riskanalyser och skattar olika uppkomna risker som sedan utmynnar i en internkontrollplan. När det gäller kritiska delar under året som kan uppkomma med bemanning dvs vid sommarsemestrar och storhelger genomför verksamheten regelbundna avstämningar där hänsyn tas utifrån eventuella uppkomna risker som identifieras. Verksamheten medverkar även vid olika övningar internt med olika scenarior som kan tänkas uppstå och detta arbete kommer fortsätta framöver. Utmaningen som identifierats under analysen är att hitta en struktur över detta arbete och även involvera alla medarbetare samt öka deras riskmedvetande som kan uppstå vid förändringar i verksamheten.



Princip

Att uppnå en robust och anpassningsbar hälso och sjukvård där uppdraget klaras av även under oväntade förhållanden

Målsättning

Öka riskmedvetenheten hos verksamheten även vid oförutsedda händelser som kan påverka patientsäkerheten

Prioriteringar	Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan
Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap	Hitta struktur över utbildningar på Kliniskt träningscenter (KTC) samt skapa en robust organisation kring KTC	Utbildningsansvarig för KTC	Vår 2024
Färdighetsträning och simulering för ökad beredskap	Katastrof och beredskapsövningar för att lära och utveckla verksamheten	Ledningsgruppen	Höst 2025

Sammanfattning



Det har funnits ett stort behov i verksamheten av att skapa en handlingsplan för patientsäkerhet som förtydligar vikten av aktivt arbete inom området samt visualiserar en viss struktur över det tilltänkta arbetet. Patientsäkerhet ska inte ses som ett eget område utan den ska ingå i varje enhets vardagliga arbete med tex arbetsmiljö, kompetensutveckling samt verksamhetsutveckling. Den lokala handlingsplanen ska peka ut riktningen för perioden 2024-2026 och vad som behöver göras inom verksamheten för att kunna uppnå ställda mål. Vidare ska den lokala handlingsplanen vara väl förankrad både bland medarbetare, chefer och den politiska nämnden för att kunna efterlevas. De uppsatta målen och aktiviteterna kommer att följas upp årligen och utvärderas. Utvärderingen av olika aktiviteter ska sammanfattas årligen i patientsäkerhetsberättelse.

Vid nulägesanalysen har det framkommit olika prioriterade områden som presenterats i handlingsplanen. Alla identifierade områden har minst en utnämnd ansvarig funktion och tidsplan för när aktiviteten bör genomföras. Målet är att årligen ha en genomgång och avstämning av handlingsplanen för att identifiera och säkerställa att arbetet fortlöper som det är tilltänkt. Varje ansvarig funktion för identifierat område ska säkerställa att arbete påbörjas och skapa aktiviteter i verksamheten som leder till att uppsatta mål för tilltänkta fokusområdet uppnås. Årshjul för patientsäkerhetsarbetet kommer också att ses över årligen och revideras vid behov. Enhetens egenkontrollplan ska även den ses över årligen. Varje enhet skriver hel och delårsbokslut där genomförda insatser redovisas samt vilka utmaningar som identifierats i verksamheten. I dessa rapporter bör det även ske en summering av arbetet som påverkat patientsäkerheten i olika grader.

En ny nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet ska göras 2026 för att kunna ta fram en ny handlingsplan efter att denna avslutats. Förhoppningen är att varje enhet därefter ska kunna göra en egen nulägesanalys och arbeta med enhetens egna handlingsplaner inom området.

Årlig tidsplan

Aktiviteter	Tid	Ansvarig
Årlig revidering av patientsäkerhetsårshjul	December	MAS
Årlig revidering av egenkontrollplan/internkontrollplan	November-December	Ledningsgruppen
Patientsäkerhetsberättelse	Klart februari, redovisas på första nämnd mars	MAS
Årlig genomgång av handlingsplan och aktiviteter kopplade till året	December	Ledningsgruppen

5

Vård- och omsorgskontoret

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

Tjänsteskrivelse

Datum
2024-01-22
Diarienummer
VON 2024/5



Miljöredovisning 2023

Förslag till beslut

Nämnden godkänner miljöredovisningen som del av uppföljningen utav Trosa kommuns miljöledningssystem för 2023.

Ärendet

Trosa kommun har ett miljöledningssystem som omfattar hela kommunkoncernen. Syftet med miljöledningssystemet är att alla kommunens verksamheter kontinuerligt ska arbeta för att negativ miljöpåverkan ska bli så liten som möjligt samt bidra med positiv miljöpåverkan. Miljöarbetet följs årligen upp och en sammanställning redovisas till kommunfullmäktige som underlag för kommande prioriteringar och beslut. Inför detta så tar varje förvaltning fram en miljöredovisning som anger hur man arbetat med miljöfrågorna under året.

Fredrik Yllman
Produktionschef

Bilagor

Miljöredovisning 2023

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgskontoret

Ordförande: Helena Koch (M)

Produktionschef: Fredrik Yllman

MILJÖPÅVERKAN

Nedanstående områden är förvaltningens största miljöpåverkan.

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

MILJÖUTBILDNING

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

Andelen redovisas som följande:

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

På vård och omsorgskontoret har 43% % av personalen genomgått utbildningen.

MILJÖINSATSER OCH AKTIVITETER

Personal inom vård- och omsorgskontoret kör mycket bil i tjänsten. Under 2023 har de flesta bilar bytts ut. Då verksamheten haft dåliga erfarenheter med elbilar som inte uppfyllt kraven om driftsäkerhet. Bilarna används under stor del av dagen och brist på snabbladdare har gjort att batterikapaciteten inte räckt till under eftermiddagar på vinterhalvåret. Vid det senaste inköpet har därför kravet varit att de ska kunna tankas med hydrerad vegetabilisk olja (HVO). Verksamheten kan enbart tanka HVO-diesel hos extern aktör i Vagnhärad. Det försvårar

något för hemtjänsten i Trosa och även för hälso- och sjukvårdsenheten samt boendestöd som stundtals tankar med vanlig diesel. Det fanns tidigare en planering för att kommunen skulle öppna en egen tankstation med HVO-diesel. Dessa planer har dock stoppats.

Då bilkörningen är en stor miljöpåverkan krävs det ett aktivt arbete i ruttplaneringen för, främst, hemtjänsten, hälso- och sjukvårdsenheten samt boendestöd. Dessa enheter försöker också ersätta bilkörning med cykling när det är möjligt. Under 2021 flyttade delar av hemtjänsten till nya lokaler i Vagnhärad vilket har möjliggjort att fler besök kan ske via cykel istället för via bil. Nästan all vårdplanering sker via videomöten istället för att personal åker in till sjukhuset i främst Nyköping. Detta sparar mycket restid och minskar miljöpåverkan avsevärt då många bilresor helt uteblir.

En annan stor miljöpåverkan är leverans av varor. Vård- och omsorgskontoret har ett arbetssätt där samordnade inköp, i största möjliga mån, görs för att undvika många leveranser med litet innehåll.

Vård- och omsorgskontoret använder sig av digitala inköp för brukare i hemtjänst. Det möjliggör att beställningar kan samordnas istället för att en transport sker för varje inköp. Ett omtag har skett under 2023 för att ännu fler brukare ska omfattas av digitala inköp.

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

En viktig påverkan är också kasserade läkemedel. Hälso- och sjukvårdsenheten

anpassar sina beställningar för att minska kasseringen av utgångna läkemedel.

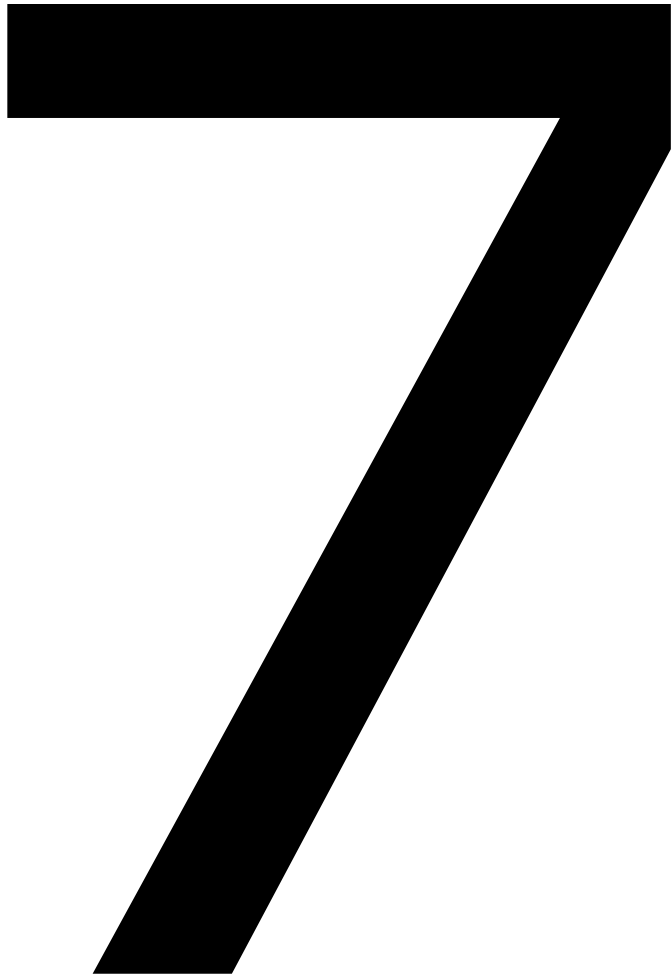
Vård- och omsorgskontoret använder mycket engångsmaterial, speciellt vid omvårdnad och hälso- och sjukvårdsinsatser. Detta är dock inte möjligt att förändra då hygien är prioriterad.

Daglig verksamhet för personer med funktionsnedsättningar har, under året, startat en egen odlingslott som en del av verksamheten. Där får deltagare lära sig hur man odlar själv samt att det som odlas kommer att användas i verksamhetens matlagning. Även Ängsgården har egen odling i verksamhetens trädgård. Detta gör att de kan använda egenproducerad mat, främst grönsaker och bär. Det är dock i liten skala. Odlingarna har startats upp med hjälp av projektet odla vardagsmaten.

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

MILJÖMÅL OCH NYCKELTAL

Vård- och omsorgsnämnden har ett mål om att minst 90 % av all bilkörning ska ske med fossilfria drivmedel. Det målet har inte uppnåtts då 64 % av bilkörningen skett med fossilfria drivmedel.



Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2024-01-15 10:44

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Beslutsstatistik ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslut	1900-1928	1929-1938	1939-1953	1954-2023	-	-	-	-	Totalt
Anhörigbidrag	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Beslut om avgift	1	17	32	4	0	0	0	0	54
Beslut om jämkning av avgift	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Beslut under utredningstid	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Boendestöd	0	0	0	5	0	0	0	0	5
Dagverksamhet	0	1	5	4	0	0	0	0	10
Egenvård	0	2	3	0	0	0	0	0	5
Hemliv	2	10	23	8	0	0	0	0	43
Hemtjänst i särskilt boende	0	4	4	1	0	0	0	0	9
Kontaktperson	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Korttidsboende	0	8	15	1	0	0	0	0	24
Ledsagare	0	1	1	7	0	0	0	0	9
Ledsagare enstaka tillfälle	0	3	2	2	0	0	0	0	7
Matdistribution	0	1	1	1	0	0	0	0	3
Personlig vård	2	13	18	5	0	0	0	0	38
Rekreation och fritid	0	2	2	1	0	0	0	0	5
Särskilt boende (behov och verkställande)	0	4	6	1	0	0	0	0	11

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2024-01-15 10:44

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Beslutsstatistik ÄO Nov-Dec

Urval:

Tillfällig utökning av hemtjänst	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Trygg hemgång	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Trygghetsbesök	2	6	4	2	0	0	0	0	0	14
Trygghetslarm	1	5	16	8	0	0	0	0	0	30
Växelvård	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Totalt antal beslut:	9	80	133	56	0	0	0	0	0	278

Antal unika ärenden: 171

Antal unika huvudpersoner: 134

Antal unika ärendepersoner: 0

Varav kvinnor: 74

Varav kvinnor: 0

Varav män: 60

Varav män: 0

Varav okända: 0

Varav okända: 0

Varav barn < 18 år: 0

Varav barn < 18 år: 0

Varav flickor: 0

Varav flickor: 0

Varav pojkar: 0

Varav pojkar: 0

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 1(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-01	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-02	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-02	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-02	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-02	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-02	Hemtjänst	Larsson, Marie	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 1(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-03	Hemtjänst	Larsson, Marie	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-03	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-03	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-03	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-03	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-03	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Ledsagare enstaka tillfälle	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 3(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-03	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Ledsagare	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-03	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Boendestöd	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-03	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-06	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-06	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-06	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 3(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 4(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-06	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-06	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-06	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-06	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 4(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 5(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-07	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Debitering	Flak, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 5(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 6(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-07	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Ledsagare	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-07	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 6(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 7(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-08	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-08	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-08	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Matdistribution	Biståndsenheten
Avslag				
2023-11-08	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-08	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 7(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-09	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Avslag				
2023-11-09	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Tillfällig utökning av hemtjänst	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	Hemtjänst	Nayosh, Baktash	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 9(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

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

Beslutsform

Bifall

2023-11-09	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
------------	-----------	---------------	---	-----------------

Bifall

2023-11-10	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten
------------	-----------	---------------	----------------	-----------------

Bifall

2023-11-10	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
------------	-----------	---------------	--------	-----------------

Bifall

2023-11-10	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
------------	-----------	---------------	----------------	-----------------

Bifall

2023-11-10	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten
------------	-----------	---------------	----------------	-----------------

Bifall

Källa: Treserva

Sida 9(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 10(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-10	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-10	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-10	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-10	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-10	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 10(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 11(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställt: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-13	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-13	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-13	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-13	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 11(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 12(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-13	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-13	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-14	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-14	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-14	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Ledsagare enstaka tillfälle	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 12(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-15	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-15	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-15	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Boendestöd	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-16	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-16	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-16	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 14(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-16	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-16	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-16	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	Hemtjänst	Larsson, Marie	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 14(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-17	Hemtjänst	Larsson, Marie	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygg hemgång	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Ledsagare	Biståndsenheten
Bifall				

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 16(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-20	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-20	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-20	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-20	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-20	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Egenvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-20	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 16(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 17(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-20	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-20	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-20	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-20	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-20	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Kontaktperson	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-20	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Ledsagare	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 17(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-21	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-21	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-21	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-21	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-22	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-22	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-22	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-22	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-22	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Ledsagare	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-22	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-24	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-24	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-24	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-24	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-24	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-24	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Avslag				
2023-11-24	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-24	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 21(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-27	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Matdistribution	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-27	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-28	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-28	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-28	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-28	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Ledsagare	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 21(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 22(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-28	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-28	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-28	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-29	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-29	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Ledsagare	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-30	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 23(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-30	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-30	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-30	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-30	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-30	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-30	Hemtjänst	Larsson, Marie	Beslut under utredningstid	Biståndsenheten

Källa: Treserva

Sida 23(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

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

Beslutsform

Bifall

2023-12-01	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten
------------	-----------	---------------	----------------	-----------------

Bifall

2023-12-01	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
------------	-----------	----------------	----------------	-----------------

Bifall

2023-12-01	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
------------	-----------	-------------------	-----------------------	-----------------

Bifall

2023-12-01	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Personlig vård	Biståndsenheten
------------	-----------	--------------	----------------	-----------------

Bifall

2023-12-01	Hemtjänst	Larsson, Marie	Särskilt boende (behov och verkställande)	Biståndsenheten
------------	-----------	----------------	---	-----------------

Bifall

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 25(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-01	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemtjänst i särskilt boende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-01	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-01	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-04	Hemtjänst	Larsson, Marie	Egenvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-04	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-04	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 25(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 26(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-04	Hemtjänst	Nayosh, Baktash	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 26(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 27(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställt: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-05	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Boendestöd	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Ledsagare	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Boendestöd	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 27(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 28(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-05	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Ledsagare	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-06	Debitering	Nayosh, Baktash	Beslut om jämkning av avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-06	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-06	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-06	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 28(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 30(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställt: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-06	Debitering	Flak, Annette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-06	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Ledsagare enstaka tillfälle	Biståndsenheten
Avslag				
2023-12-06	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-06	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-06	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-06	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 30(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-07	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-07	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-08	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Egenvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-08	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-08	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Ledsagare enstaka tillfälle	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-08	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-08	Hemtjänst	Larsson, Marie	Ledsagare enstaka tillfälle	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-08	Hemtjänst	Larsson, Marie	Rekreation och fritid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-08	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-08	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-11	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-11	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 33(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-11	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-12	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Matdistribution	Biståndsenheten
Avslag				
2023-12-12	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-12	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-12	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-12	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 33(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 34(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-12	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-13	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-13	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-13	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-13	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-13	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 34(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 35(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-13	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Anhörigbidrag	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-13	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Växelvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-13	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-13	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-14	Debitering	Nayosh, Baktash	Beslut om jämkning av avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 35(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 36(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-14	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-14	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-14	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-14	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-14	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 36(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 37(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-14	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Egenvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 37(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-15	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Ledsagare enstaka tillfälle	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Hemtjänst	Larsson, Marie	Växelvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 39(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-15	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-15	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-18	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-18	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-19	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 39(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-19	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-19	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-19	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-19	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-19	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-19	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 41(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-20	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-20	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-20	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-21	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-21	Debitering	Johansson, Anette	Beslut om avgift	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-21	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 41(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 42(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-21	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Korttidsboende	Biståndsenheten
Avslag				
2023-12-21	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-21	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-21	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-21	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-21	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 42(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 43(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-21	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-22	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Egenvård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-22	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-22	Hemtjänst	Obeus, Kenny	Dagverksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-22	Hemtjänst	Nyström, Sanna	Ledsagare enstaka tillfälle	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-22	Hemtjänst	Kuhlin, Sofia	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 43(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 44(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-22	Hemtjänst	Erlandsson, Hanna	Kontaktperson	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-27	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-27	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-28	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-28	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-28	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 44(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 45(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-28	Hemtjänst	Larsson, Marie	Beslut under utredningstid	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-28	Trygghetslarm	Karlsson, Maria	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Larsson, Marie	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Larsson, Marie	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 45(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 46(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-29	Hemtjänst	Larsson, Marie	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Larsson, Marie	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Trygghetslarm	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Trygghetsbesök	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 46(47)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 47(47)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:05

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut ÄO Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-29	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Boendestöd	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Hemliv	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Personlig vård	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-29	Hemtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Korttidsboende	Biståndsenheten
Bifall				
				Antal beslut: 278

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2024-01-15 10:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Beslutsstatistik LSS Nov-Dec

Urval:

Beslut	1900-1928	1929-1938	1939-1953	1954-2023	-	-	-	-	Totalt
LSS 9:10, Daglig verksamhet	0	0	0	2	0	0	0	0	2
LSS 9:10, Daglig verksamhet extern	0	0	0	1	0	0	0	0	1
LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	0	0	4	20	0	0	0	0	24
LSS 9:2, Personlig assistans	0	0	0	7	0	0	0	0	7
LSS 9:2, Tillfällig ökning	0	0	0	4	0	0	0	0	4
LSS 9:3, Ledsagarservice	0	0	0	3	0	0	0	0	3
LSS 9:4, Kontaktperson	0	0	0	2	0	0	0	0	2
LSS 9:6, Korttidsvistelse	0	0	0	1	0	0	0	0	1
LSS 9:9, Bostad med särskild service (vuxna)	0	0	0	5	0	0	0	0	5
LSS Förhandsbesked Boende vuxna	0	0	0	1	0	0	0	0	1
LSS Förhandsbesked Daglig verksamhet	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Totalt antal beslut:	0	0	4	47	0	0	0	0	51
Antal unika ärenden:	28								

Trosa

Beslutsstatistik

Sida 2(2)

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2024-01-15 10:42

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Beslutsstatistik LSS Nov-Dec

Urval:

Antal unika huvudpersoner:	28	Antal unika ärendepersoner:	0
Varav kvinnor:	10	Varav kvinnor:	0
Varav män:	14	Varav män:	0
Varav okända:	0	Varav okända:	0
Varav barn < 18 år:	4	Varav barn < 18 år:	0
Varav flickor:	2	Varav flickor:	0
Varav pojkar:	2	Varav pojkar:	0

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:02

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-01	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Personlig assistans	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-01	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Personlig assistans	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-01	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:9, Bostad med särskild service (vuxna)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-01	LSS	Outagourte, Anna-Karin	LSS 9:10, Daglig verksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-01	LSS	Outagourte, Anna-Karin	LSS 9:6, Korttidsvistelse	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-02	LSS	VO/Utskott/Ordförande	LSS 9:9, Bostad med särskild service (vuxna)	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 2(10)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:02

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-07	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Personlig assistans	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 3(10)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:02

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-09	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	LSS	Erlandsson, Hanna	LSS 9:10, Daglig verksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-09	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Tillfällig ökning	Biståndsenheten
Avslag				

Källa: Treserva

Sida 3(10)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:02

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-11-10	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Tillfällig ökning	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-10	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Personlig assistans	Biståndsenheten
Avslag				
2023-11-17	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Tillfällig ökning	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 5(10)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:02

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-17	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-17	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-24	LSS	Erlandsson, Hanna	LSS 9:3, Ledsagarservice	Biståndsenheten
Avslag				
2023-11-24	LSS	Erlandsson, Hanna	LSS 9:3, Ledsagarservice	Biståndsenheten
Bifall				
2023-11-24	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 6(10)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:02

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-24	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-01	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:9, Bostad med särskild service (vuxna)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-01	LSS	Erlandsson, Hanna	LSS 9:3, Ledsagarservice	Biståndsenheten
Avslag				
2023-12-04	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-04	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 7(10)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:02

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-12-04	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-04	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-05	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Tillfällig ökning	Biståndsenheten
Delavslag				
2023-12-07	LSS	Erlandsson, Hanna	LSS 9:4, Kontaktperson	Biståndsenheten
Avslag				
2023-12-07	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:10, Daglig verksamhet extern	Biståndsenheten
Avslag				

Källa: Treserva

Sida 7(10)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 8(10)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:02

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-12	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:9, Bostad med särskild service (vuxna)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-12	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:9, Bostad med särskild service (vuxna)	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-19	LSS	Outagourte, Anna-Karin	LSS Förhandsbesked Daglig verksamhet	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-19	LSS	Nayosh, Baktash	LSS Förhandsbesked Boende vuxna	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-20	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 8(10)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 9(10)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 11:02

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-21	LSS	Outagourte, Anna-Karin	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-21	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-21	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-22	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-22	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Merkostnader vid ass.sjukdom	Biståndsenheten
Bifall				

Källa: Treserva

Sida 9(10)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 10(10)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställt: 2024-01-15 11:02

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut LSS Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-27	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Personlig assistans	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-28	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Personlig assistans	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-28	LSS	Nayosh, Baktash	LSS 9:2, Personlig assistans	Biståndsenheten
Bifall				
2023-12-28	LSS	Outagourte, Anna-Karin	LSS 9:4, Kontaktperson	Biståndsenheten
Bifall				
				Antal beslut: 51

Fördelning: Beslut - Summering över
antal beslut

Framställd: 2024-01-15 10:40

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Beslutsstatistik Färdtjänst/Riksfärdtjänst
Nov-Dec

Urval:

Beslut	1900-1928	1929-1938	1939-1953	1954-2023	-	-	-	-	Totalt
Färdtjänst	0	2	11	5	0	0	0	0	18
Färdtjänst, omsorgsresa	0	1	3	1	0	0	0	0	5
Riksfärdtjänst enstaka resa	0	2	5	3	0	0	0	0	10
Riksfärdtjänst generellt tillstånd	0	1	2	1	0	0	0	0	4
Totalt antal beslut:	0	6	21	10	0	0	0	0	37

Antal unika ärenden: 36

Antal unika huvudpersoner: 36

Antal unika ärendepersoner: 0

Varav kvinnor: 22

Varav kvinnor: 0

Varav män: 14

Varav män: 0

Varav okända: 0

Varav okända: 0

Varav barn < 18 år: 0

Varav barn < 18 år: 0

Varav flickor: 0

Varav flickor: 0

Varav pojkar: 0

Varav pojkar: 0

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 1(7)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 10:56

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut
Färdtjänst_Riksfärdtjänst Nov-Dec

Urval:

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

Beslutsform

2023-11-09	Färdtjänst	Nyström, Sanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	----------------	------------	-----------------

Bifall

2023-11-09	Riksfärdtjänst	Nyström, Sanna	Riksfärdtjänst generellt tillstånd	Kollektivtrafik
------------	----------------	----------------	------------------------------------	-----------------

Bifall

2023-11-14	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst generellt tillstånd	Kollektivtrafik
------------	----------------	------------------------	------------------------------------	-----------------

Bifall

2023-11-17	Färdtjänst	Erlandsson, Hanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	-------------------	------------	-----------------

Bifall

2023-11-20	Färdtjänst	Nyström, Sanna	Färdtjänst, omsorgsresa	Kollektivtrafik
------------	------------	----------------	-------------------------	-----------------

Bifall

2023-11-21	Riksfärdtjänst	Kuhlin, Sofia	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	---------------	-----------------------------	-----------------

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 2(7)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 10:56

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut
Färdtjänst_Riksfärdtjänst Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
Bifall				
2023-11-24	Färdtjänst	Kuhlin, Sofia	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-11-24	Färdtjänst	Kuhlin, Sofia	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-11-24	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-11-29	Färdtjänst	Nyström, Sanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-12-04	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Avslag				
2023-12-04	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik

Källa: Treserva

Sida 2(7)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 3(7)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 10:56

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut
Färdtjänst_Riksfärdtjänst Nov-Dec

Urval:

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

Beslutsform

Bifall

2023-12-04	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

2023-12-04	Riksfärdtjänst	Erlandsson, Hanna	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	-------------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

2023-12-04	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

2023-12-05	Färdtjänst	Kuhlin, Sofia	Färdtjänst, omsorgsresa	Kollektivtrafik
------------	------------	---------------	-------------------------	-----------------

Bifall

2023-12-05	Färdtjänst	Nyström, Sanna	Färdtjänst, omsorgsresa	Kollektivtrafik
------------	------------	----------------	-------------------------	-----------------

Bifall

2023-12-05	Riksfärdtjänst	Erlandsson, Hanna	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	-------------------	-----------------------------	-----------------

Källa: Treserva

Sida 3(7)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 4(7)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställt: 2024-01-15 10:56

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut
Färdtjänst_Riksfärdtjänst Nov-Dec

Urval:

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

Beslutsform

Bifall

2023-12-06	Färdtjänst	FörvaltR/KamR/RegR	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	--------------------	------------	-----------------

Bifall

2023-12-06	Färdtjänst	Nyström, Sanna	Färdtjänst, omsorgsresa	Kollektivtrafik
------------	------------	----------------	-------------------------	-----------------

Bifall

2023-12-07	Färdtjänst	Erlandsson, Hanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	-------------------	------------	-----------------

Bifall

2023-12-07	Färdtjänst	Kuhlin, Sofia	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	---------------	------------	-----------------

Avslag

2023-12-07	Färdtjänst	Kuhlin, Sofia	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	---------------	------------	-----------------

Bifall

Källa: Treserva

Sida 4(7)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 5(7)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 10:56

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut
Färdtjänst_Riksfärdtjänst Nov-Dec

Urval:

Beslutsdatum	Ärendetyp	Beslutsfattare	Beslut	Organisation ärende
Beslutsform				
2023-12-07	Riksfärdtjänst	Erlandsson, Hanna	Riksfärdtjänst generellt tillstånd	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-12-08	Färdtjänst	Nyström, Sanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-12-08	Färdtjänst	Erlandsson, Hanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-12-08	Färdtjänst	Nyström, Sanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Bifall				
2023-12-08	Färdtjänst	Erlandsson, Hanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
Avslag				
2023-12-08	Riksfärdtjänst	Kuhlin, Sofia	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 6(7)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 10:56

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut
Färdtjänst_Riksfärdtjänst Nov-Dec

Urval:

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

Beslutsform

Bifall

2023-12-12	Färdtjänst	Erlandsson, Hanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	-------------------	------------	-----------------

Bifall

2023-12-14	Färdtjänst	Kuhlin, Sofia	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	---------------	------------	-----------------

Bifall

2023-12-14	Riksfärdtjänst	Nyström, Sanna	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	----------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

2023-12-15	Färdtjänst	Nyström, Sanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	----------------	------------	-----------------

Avslag

2023-12-18	Riksfärdtjänst	Nyström, Sanna	Riksfärdtjänst generellt tillstånd	Kollektivtrafik
------------	----------------	----------------	------------------------------------	-----------------

Bifall

2023-12-19	Färdtjänst	Nyström, Sanna	Färdtjänst	Kollektivtrafik
------------	------------	----------------	------------	-----------------

Källa: Treserva

Sida 6(7)

Trosa

Delegationsbeslut

Sida 7(7)

Fördelning: Beslutsdatum

Framställd: 2024-01-15 10:56

Beställd av: Angelina Tingstig

Anledning: Delegationsbeslut
Färdtjänst_Riksfärdtjänst Nov-Dec

Urval:

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

Beslutsform

Bifall

2023-12-22	Färdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Färdtjänst, omsorgsresa	Kollektivtrafik
------------	------------	------------------------	-------------------------	-----------------

Bifall

2023-12-27	Riksfärdtjänst	Outagourte, Anna-Karin	Riksfärdtjänst enstaka resa	Kollektivtrafik
------------	----------------	------------------------	-----------------------------	-----------------

Bifall

Antal beslut: 37

8

Kommunkontoret
Emma Eklund
Nämndsekreterare
0156-522 50
emma.eklund@trosa.se

Tjänsteskrivelse
Datum
2024-01-24
Diarienummer
VON 2024/2



Anmälningssärenden

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av anmälningarna.

Gemensamma patientnämnden
- Protokoll 2023-12-01

Äldre- och omsorgsrådet
- Protokoll 2023-11-20

Emma Eklund
Nämndsekreterare