

Kallelse till sammanträde med Vård- och omsorgsnämnden

Datum och tid: 2023-03-22, klockan 16:00

Plats: Christian Nilsson - Stadshuset, Eslöv

Förhinder anmäls till Helena Nilsson

e-post: helena.nilsson2@eslov.se

tel: 0413-621 71

Ordförande

Tony Hansson (S)

1. Val av protokolljusterare

2. Ekonomisk månadsrapport, februari 2023 Marcus Lind, controller
(VoO.2023.0017) *16:00*

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut; Ekonomisk månadsrapport februari 2023
- Ekonomisk månadsrapport februari 2023

3. Ändring av taxa för trygghetslarm och måltidsabonnemang inom vård och omsorg Marcus Lind, controller
(VoO.2023.0115) *16:20*

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut; Ändring av taxa för trygghetslarm och måltidsabonnemang
- Förslag till ny taxa för måltidsabonnemang 2023
- Förslag till ny taxa för trygghetslarm 2023

4. Serviceabonnemang måltider 2023 (VoO.2023.0075) Marina Rahm,
måltidschef
serviceförvaltningen
16:30

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut; Serviceabonnemang avseende måltider 2023
- Serviceabonnemang måltid avseende vård- och omsorgsnämnden 2023-04-01 - 2023-12-31
- Serviceabonnemang måltid avseende vård- och omsorgsnämnden, särskilda villkor
- Prislista Vård och Omsorg 2023

5. Patientsäkerhetsberättelse 2022 (VoO.2023.0117) Pia Arndorff,
medicinskt ansvarig
sjuksköterska *16:50*

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut; Patientsäkerhetsberättelse 2022
- Patientsäkerhetsberättelse 2022

6. **Information om tillsyn av alkoholservering, försäljning av tobaksvaror, folköl samt handel med vissa receptfria läkemedel (VoO.2023.0149)** Otto Graudums, utredningssekreterare
17:20

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse; Information om kommunens tillsyn av alkoholservering samt försäljningsställen avseende folköl, tobak och vissa receptfria läkemedel
- Kommunens tillsyn av alkoholservering samt försäljningsställen avseende tobak, folköl och vissa receptfria läkemedel

7. **Redogörelse för tillsyn över alkoholservering samt försäljning av tobaksvaror, folköl samt handel med vissa receptfria läkemedel under 2022 (VoO.2023.0113)** Otto Graudums, utredningssekreterare

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut; Redogörelse för tillsyn över alkoholservering samt försäljning av tobaksvaror, folköl samt handel med vissa receptfria läkemedel under 2022
- Årsberättelse; Tillsyn av alkoholservering, samt försäljning av folköl, tobak samt receptfria läkemedel under 2022
- Tillsynsplan

Ekonomisk månadsrapport, februari 2023

2

VoO.2023.0017

2023-03-15
Marcus Lind
+4641362356
marcus.lind@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut; Ekonomisk månadsrapport i februari 2023

Ärendebeskrivning

Förvaltningen har upprättat en ekonomisk månadsrapport för februari 2023 innehållande resultatrappport, driftredovisning och verksamhetsmått. Kommentarer till ekonomiskt utfall baseras på de siffror som redovisas samt information från budgetuppföljning med enhetschefer och statistik över beslutade insatser från myndigheten.

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut; Ekonomisk månadsrapport februari 2023
- Ekonomisk månadsrapport februari 2023

Beredning

Budgetavvikelsen för perioden januari-februari 2023 summerar till -4,7 mnkr. Under årets första månader kan en del eftersläp och saknade intäkter/kostnader göra att resultatet är svåranalyserat. Exempelvis saknas fortfarande en del kostnader kopplade till verksamhetssystem och IT som ska debiteras internt. Uppskattningsvis rör det sig om 1 mnkr för jan-feb.

Verksamheten bokför regelbundet insatser som är kopplade till eftersökta statsbidrag vilket gör att man kan följa hur de intäkter som förväntas inkomma, och hur dessa påverkar resultatet. För januari-februari förväntas statsbidrag påverka resultatet med cirka 3,5 mnkr. Justerad budgetavvikelse som helhet blir då istället -2,2 mnkr.

Äldreomsorgen redovisar en budgetavvikelse på -5,6 mnkr, justerat för statsbidrag cirka -2,1 mnkr.

Hemvårdens underskott uppgår till -0,7 mnkr justerat för statsbidrag. Effekterna av hemgångsteamet, HGT, syns inte än då man endast varit igång under drygt en

månad. För att hemvården ska uppnå en budget i balans krävs att effekter av hemgångsteamet syns under våren.

Inom vård- och omsorgsboende inkl. externa placeringar syns framför allt ett stort underskott inom korttidsplaceringar, där underskottet uppgår till cirka 0,7 mnkr. Totalt uppgår det justerade underskottet för vård- och omsorgsboende inkl. externa placeringar till -0,9 mnkr.

Inom HSL är fortsatt kostnaden för inhyrda bemanningssjuksköterskor stor vilket påverkar resultatet negativt, justerat för statsbidrag är underskottet -0,5 mnkr.

Funktionsnedsättning redovisar en budgetavvikelse på -0,3 mnkr. Anledningen är framförallt placeringskostnader inom personlig assistans och socialpsykiatri som är av engångskaraktär och endast påverkar i början av året.

Socialtjänst över 18 år redovisar ett överskott på 0,5 mnkr för januari-februari. Överskottet beror dels på intäkter som avser kriget i Ukraina. Men man har även haft mindre externa placeringar i förhållande till budget.

Inom ekonomiskt bistånd uppgår underskottet till -1,0 mnkr. Underskottet beror på högre utbetalningar av försörjningsstöd samt mindre intäkter från Migrationsverket än vad budget medger.

Förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna upprättad ekonomisk rapport för februari 2023 och översända den till kommunstyrelsen.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen
Handläggare

Josef Johansson
Förvaltningschef

Marcus Lind
Controller

Månadsrapport Vård och Omsorg

februari

16,7%

2023-03-16

Resultatrapport	Budget	Period	Utfall februari	Förbrukning %	
	Helår			Helår	Period
Intäkter	138 554	22 459	20 978	15%	93%
Kostnader	-852 954	-140 650	-143 895	17%	102%
Personalkostnader	-523 182	-85 622	-97 101	19%	113%
Lokalkostnader	-75 493	-12 583	-12 875	17%	102%
Övriga driftkostnader	-252 689	-42 179	-33 767	13%	80%
Kapitalkostnader	-1 590	-265	-152	10%	57%
Nettokostnader	-714 400	-118 190	-122 917	17%	104%
Kommunbidrag	-714 400	-118 190	-118 190		
Årets resultat			-4 726		

DRIFTREDOVISNING	Budget Helår			Budget	Utfall Period			Avvikelse	Förbrukn %
Vård och Omsorg	kostnad	intäkt	netto	Period	kostnad	intäkt	netto		netto
Vård-och Omsorgsnämnden	-1 367	0	-1 367	-228	-238	0	-238	-10	17,40%
Alkoholtillsyn	-50	257	207	35	0	6	6	-28	2,95%
Äldreomsorg	-391 475	52 829	-338 646	-56 709	-71 384	9 087	-62 297	-5 588	18,40%
Funktionsnedsättning	-271 355	54 773	-216 582	-35 969	-44 613	8 485	-36 128	-159	16,68%
Socialpsykiatri	-32 965	4 357	-28 608	-4 665	-5 454	632	-4 822	-157	16,86%
Socialtjänsten över 18 år	-34 168	6 321	-27 847	-4 641	-5 668	1 498	-4 170	471	14,97%
Förvaltningsgemensamt	-60 422	4 777	-55 645	-8 361	-6 600	7	-6 593	1 768	11,85%
Ekonomiskt bistånd	-61 153	15 240	-45 913	-7 652	-9 938	1 263	-8 675	-1 023	18,89%
	-852 954	138 554	-714 400	-118 190	-143 895	20 978	-122 917	-4 726	

Redovisat per enhet

	Budget		Utfall per månad												Summa	Avvikelse perioden	Förbrukning %	
	Helår	Period	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec			Helår	Period
300000 Förvaltningschef,3A	15 279	1 335	491	352	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	842	493	5,5%	6%
300200 Verksamh.chef Hälso o bistånd	592	99	180	163	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	343	-244	57,9%	58%
310000 Myndighetschef C3	81 016	13 503	8 148	7 045	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15 193	-1 691	18,8%	19%
320000 Adm.chef,3C	7 890	1 373	742	667	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 408	-36	17,9%	18%
330000 Utvecklingschef	14 150	2 599	635	858	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 492	1 106	10,5%	11%
330001 Personal adm friskvård	800	133	55	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	83	50	10,4%	10%
340000 Verksamhetschef,3E	-5 297	-700	-566	-485	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1 051	351	19,8%	20%
340100 Enhetschef,3F,Trollsjögård.	30 280	5 024	2 428	2 378	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 806	218	15,9%	16%
340105 Enhetschef, Hemvård Väster	3 628	549	209	404	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	614	-64	16,9%	17%
340110 Enhetschef,3G,Hemvård Söder	8 169	1 361	1 234	827	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 062	-700	25,2%	25%
340115 Enhetschef, Hemvård Ytter	11 651	1 828	1 054	1 227	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 282	-454	19,6%	20%
340120 Enhetschef,3H,Hemvård Norr	4 044	601	142	526	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	668	-67	16,5%	17%
340125 Enhetschef, Hemvård Öster	3 710	526	411	662	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 073	-547	28,9%	29%
340130 Enhetschef,3I,Gjutaregården	22 224	3 688	1 905	1 886	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3 791	-103	17,1%	17%
340140 Enhetschef,3J,Ölycke	21 899	3 635	1 804	1 793	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 597	39	16,4%	16%
340150 Enhetschef,3K,Bergagården	28 009	4 649	2 542	2 444	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 985	-337	17,8%	18%
340160 Enhetschef,3L,Hemsjukvård	42 133	7 022	4 186	3 832	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8 019	-996	19,0%	19%
340170 Enhetschef,3M,Rehab	20 869	3 453	1 797	1 685	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 482	-28	16,7%	17%
340180 Enhetschef,3N,Solhällan	26 482	4 394	2 184	2 035	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 219	175	15,9%	16%
340185 Enhetschef,3Å,Värlöken	6 378	1 612	841	820	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 661	-49	26,0%	26%
340190 Enhetschef,3O,Kärråkra	18 833	3 127	1 718	1 621	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 339	-212	17,7%	18%
340191 Enhetschef, Kärråkra	23 470	3 912	2 282	2 178	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 460	-549	19,0%	19%
340192 Enhetschef, Alegården	2 476	413	311	293	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	604	-191	24,4%	24%
350000 Verksamhetschef,3P	17 847	2 975	1 491	1 043	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 535	440	14,2%	14%
350110 Enhetschef, LSS	24 660	4 000	2 000	2 056	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 056	-56	16,4%	16%
350120 Enhetschef,3S LSS omr5	20 872	3 384	1 745	1 670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 415	-31	16,4%	16%
350130 Enhetschef,3T LSS B o Ungd	24 456	3 950	2 152	1 626	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 779	171	15,5%	15%
350131 Ledsag,avlös,kontaktp, LSS	2 713	452	198	193	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	391	61	14,4%	14%
350140 Enhetschef,3U LSS Omr4	20 096	3 361	1 778	1 587	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 365	-4	16,7%	17%
350150 Personlig assistans extern	23 647	3 941	2 038	2 490	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 528	-587	19,1%	19%
350160 Personlig assistans krets 1&2	12 260	2 306	1 284	1 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 584	-279	21,1%	21%
350161 Personlig assistans krets 3	8 461	1 508	661	645	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 306	202	15,4%	15%
350162 Personlig assistans övrigt	2 177	371	238	243	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	481	-110	22,1%	22%
350170 Enhetschef,3Y LSS omr3	29 991	4 866	2 556	2 566	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5 122	-256	17,1%	17%
350180 Enhetschef,3Z LSS dagl vsh	26 495	4 370	1 974	2 107	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 082	289	15,4%	15%
350190 Enhetschef,3Å socialpsyk.	31 514	5 149	2 787	2 526	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5 313	-163	16,9%	17%
360000 Enhetschef Soc.tjänsten +18 år	7 219	1 203	462	574	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 036	168	14,3%	14%
360010 Enheten f ekonomiskt bistånd	45 845	7 641	4 407	4 265	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8 672	-1 031	18,9%	19%
360020 Öppenvården	7 033	1 172	544	510	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 054	118	15,0%	15%
360030 Vård o behandling 3R	15 122	2 520	899	1 414	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 312	208	15,3%	15%
360040 Övrig vuxenrådgivning 3R	1 994	332	154	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	314	18	15,8%	16%
360050 Mötesplats Karidal	3 311	552	291	310	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	600	-48	18,1%	18%
Total	714 400	118 190	62 394	60 523	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	122 917	-4 726	17,2%	104%
Budget	714 400		60 180	58 010	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	118 190			
Resultat			-2 213	-2 513	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-4 726			

Verksamhetsredovisning hemvård 2023

Antal beslutade timmar inom hemvården, per utförare																	Antal timmar				
Redovisat utfall per månad	Söder				Norra				Väster		Ytter		Öster		Extern utförare		Totalt		Utfall +/- Prognos		
	antall timmar		antall timmar		antall timmar		antall timmar		antall timmar		antall timmar		antall timmar		antall timmar		Förändring 2022-2023	Budget 2023		budget 2023	medel per dygn -23
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023					
januari	2 035		2 742	2 970	1 609	2 849	4 047	5 111	2 836	3 237	0	0	13 268	14 167	899	12 290	1 877	457	14 167		
februari	2 002		2 876	2528	1 739	2 564	4 320	4 399	2 434	2 829	0	0	13 881	12 314	-1 567	12 290	24	440	12 314		
mars	2 238		2 739		1 728		4 531		3 197		0	0	14 433		-14 433	12 290	-12 290	0			
april	2 180		2 872		1 571		4 297		2 879		0	0	13 799		-13 799	12 290	-12 290	0			
maj	2 077		2 782		1 502		4 540		2 608		0	0	13 509		-13 509	12 290	-12 290	0			
juni	1 954		2 443		1 415		4 125		2 582		0	0	12 519		-12 519	12 290	-12 290	0			
juli	1 726		2 418		1 133		3 890		2 407		0	0	11 574		-11 574	12 290	-12 290	0			
augusti	1 981		2 762		1 528		4 217		2 630		0	0	13 118		-13 118	12 290	-12 290	0			
september	1 900		2 629		1 627		4 080		2 315		0	0	12 551		-12 551	12 290	-12 290	0			
oktober	1 863		2 729		1 600		4 544		2 270		0	0	13 006		-13 006	12 290	-12 290	0			
november	1 753		3 094		1 740		5 739		2 784		0	0	15 110		-15 110	12 290	-12 290	0			
december	1 893		2 854		1 970		5 158		2 479		0	0	14 294		-14 294	12 290	-12 290	0			
Summa totalt	23 602	0	32 940	5 498	19 162	5 413	53 488	9 504	31 811	6 066	0	0	129 192	20 415	-134 581	147 480	-120 999	897	26 481		

[illegible]

Verksamhetsredovisning hemvård 2022

Antal beslutade timmar inom hemvården, per utförare																		Antal timmar																																
Redovisat utfall per månad	Söder				Norr				Väster				Ytter				Öster				Extern utförare				Totalt				Förändring 2021-2022				Budget 2022				budget 2022				medel per dygn - 22				Prognos 2022					
	antal timmar		2021		2022		antal timmar		2021		2022		antal timmar		2021		2022		antal timmar		2021		2022		antal timmar		2021																						2022	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022																					2021	2022
januari	2 714	2 035	3 076	2 742	1 727	1 609	5 960	4 047	2 507	2 836	0	0	15 093	13 268	-1 815	14 823	-1 555	428	13 268																															
februari	2 503	2 002	2 691	2 876	1 450	1 739	5 323	4 320	4 462	2 944	0	0	14 428	13 881	-547	13 388	-493	496	13 881																															
mars	2 721	2 238	3 045	2 739	1 642	1 728	5 794	4 531	2 902	3 197	0	0	16 104	14 433	-1 671	14 824	-391	466	14 433																															
april	2 644	2 180	2 980	2 872	1 482	1 571	5 530	4 297	2 668	2 879	0	0	15 303	13 799	-1 504	14 344	-545	460	13 799																															
maj	2 643	2 077	2 989	2 782	2 005	1 502	5 275	4 540	2 001	2 608	0	0	15 913	13 509	-13 509	14 823	-1 314	436	13 509																															
juni	2 605	1 954	3 104	2 443	1 387	1 415	5 604	4 125	3 043	2 582	0	0	15 743	12 519	-12 519	14 344	-1 825	417	12 519																															
juli	2 598	1 726	3 087	1 188	1 489	1 133	5 724	3 890	3 100	2 407	0	0	15 998	11 574	-11 574	14 823	-2 439	373	11 574																															
augusti	2 283	1 981	3 037	2 762	1 445	1 528	5 716	4 217	3 332	2 630	0	0	15 612	13 118	-13 118	14 823	-1 705	423	13 118																															
september	2 123	1 900	2 515	2 629	1 357	1 627	5 842	4 080	2 915	2 315	0	0	14 752	12 551	-12 551	14 344	-1 793	418	12 551																															
oktober	1 971	1 863	2 554	2 729	1 692	1 600	5 389	4 544	2 890	2 270	0	0	14 496	13 006	-13 006	14 823	-1 817	420	13 006																															
november	1 933	1 753	2 823	3 004	1 579	1 740	5 276	5 739	2 885	2 784	0	0	14 495	15 110	15 110	14 344	766	15 110																																
december	1 926	1 893	2 646	2 854	1 576	1 709	5 061	5 588	3 896	2 419	0	0	14 105	14 294	14 294	14 823	-529	461	14 294																															
Summa totalt	28 664	23 602	34 545	32 940	18 832	19 162	65 593	53 488	34 399	31 871	0	0	147 633	129 192	104 194	174 525	-13 663	5 285	161 062																															

[illegible]

Verksamhetsredovisning vård- och omsorgsboende samt korttid och avlastning äldreomsorg

2023

[illegible]

2023

[illegible][illegible]

2022

Verksamhetsmått per månad - Vobo	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Medel
Antal inkomna ansökningar	10	9	16	8	5	19	11	8	9	9	9	12	10
Beviljade vård- och omsorgsboende	10	6	14	11	8	14	5	12	8	18	10	11	11
Bifall, står i kö	6	4	8	6	18	14	15	13	18	26	23	25	
Antal ej verkställda beslut > 3 månader													
Omsättningstal på boende													
Antal verkställda beslut - internt	254	256	248	286	250	257	249	256	256	254	257	258	257
Antal verkställda beslut - externt	4	4	2	5	6	6	6	6	5	5	5	5	
Inkomna ansökningar om Trygghetsboende													
Beviljade trygghetsboende under månaden													
Sökt men återtagit ansökan innan beslut tagits under månaden	0	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	

2022

[illegible][illegible]

Verksamhetsredovisning personlig assistans

Antal timmar inom personlig assistans																												Antal timmar				== ömsänd förre timmar ==		== ömsänd fler timmar ==	
Redovisat utfall	Intern utförare					Intern utförare					Extern utförare					Extern utförare									Summa per månad	Budget 2023	Utfall +/- 2023	Prognos 2023							
	LSS****					SFB 20 första timmarna					LSS*					SFB 20 första timmarna**																			
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023															
per månad	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023															
januari	1 611	1 792	2 190	1 653	1 652	1 961	1 740	1 479	1 566	1 560	1 343	2 154	1 855	2 955	3 202	3 306	3 219	3 306	3 306	3 033	9 447	9 447	0	9 447											
februari	1 611	1 792	2 190	1 653	1 652	1 914	1 740	1 479	1 566	1 560	1 343	2 154	1 855	2 955	3 202	3 306	3 149	3 306	3 306	3 033	9 447	9 447	0	9 447											
mars	1 611	1 653	2 190	1 653		1 827	1 792	1 479	1 566		1 343	2 154	1 855	3 714		3 306	3 219	3 306		2 958	0	0	0	0											
april	2 034	1 653	2 149	1 653		1 760	1 792	1 479	1 566		1 516	2 154	2 283	3 714		3 306	3 219	3 306		2 958	0	0	0	0											
maj	1 680	2 149	2 149	1 653		1 740	1 792	1 479	1 566		1 516	2 154	2 283	3 714		3 306	3 219	3 393		2 958	0	0	0	0											
juni	1 767	2 149	1 791	1 653		1 740	1 479	1 566	1 566		1 581	2 154	2 214	3 714		3 219	3 219	3 393		2 958	0	0	0	0											
juli	1 791	2 149	1 791	1 653		1 740	1 479	1 566	1 566		1 822	2 154	2 084	3 714		3 219	3 219	3 393		2 958	0	0	0	0											
augusti	1 791	2 149	1 791	1 653		1 740	1 479	1 566	1 566		1 822	2 154	2 405	3 714		3 219	3 219	3 393		2 871	0	0	0	0											
september	1 791	2 149	1 791	1 653		1 740	1 479	1 566	1 566		2 154	2 154	2 578	3 714		3 219	3 219	3 306		2 958	0	0	0	0											
oktober	1 791	2 149	1 791	1 653		1 740	1 479	1 566	1 566		2 154	2 154	2 687	3 714		3 219	3 219	3 306		2 958	0	0	0	0											
november	1 791	2 149	1 652	1 653		1 740	1 479	1 566	1 566		2 154	2 154	2 955	3 714		3 219	3 306	3 306		2 958	0	0	0	0											
december	1 791	2 149	1 652	1 653		1 740	1 479	1 566	1 566		2 154	2 154	2 955	3 714		3 219	3 219	3 306		2 958	0	0	0	0											
Summa totalt	21 060	24 082	23 127	19 836		21 382	19 209	18 357	18 792	3 120	20 902	25 848	28 009	43 050	6 404	39 063	38 645	40 020	36 105	6 066	18 894	18 894	0	18 894											
												24 735				40 119																			

24 735

40 119

Verksamhetsredovisning LSS**2023**

Verksamhetsmått per månad - LSS boende	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal inkomna ansökningar	2	3										
Antal nya beslut utan placering	2	0										
Antal ej verkställda beslut > 3 månader	4	4										
Antal verkställda beslut - internt	165	166										
Antal verkställda beslut - externt	4	4										

2023

Verksamhetsmått per månad -LSS övrigt	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal beslut om daglig verksamhet	190	194										
Antal beslut om korttidsvistelse	63	59										
Antal beslut om korttidstillsyn	38	37										

2022

Verksamhetsmått per månad - LSS boende	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal inkomna ansökningar			1	1	2	3	3	1	4	0	6	1
Antal nya beslut utan placering			1	1	1	0	0	0	1	0	1	0
Antal ej verkställda beslut > 3 månader	2	2	2	0	1	1	2	3	4	3	3	4
Antal verkställda beslut - internt	165	168	170	177	170	171	171	171	174	172	171	170
Antal verkställda beslut - externt	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4

2022

Verksamhetsmått per månad -LSS övrigt	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal beslut om daglig verksamhet	172	183	188	187	187	188	187	191	192	191	191	192
Antal beslut om korttidsvistelse	61	64	65	65	65	68	70	64	63	64	61	59
Antal beslut om korttidstillsyn	30	29	32	32	31	35	35	37	35	35	34	35

Verksamhetsredovisning Socialpsykiatri**2023**

Verksamhetsmått per månad - Vobo	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal inkomna ansökningar	1	1										
Antal nya beslut utan placering		0										
Antal ej verkställda beslut > 3 månader	0	0										
Antal verkställda beslut - internt	25	29										
Antal verkställda beslut - externt	9	8										

2023

Verksamhetsmått per månad - Övrigt	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal beslut om sysselsättning	28	30										
Antal beslut om boendestöd	63	70										

2022

Verksamhetsmått per månad - Vobo	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal inkomna ansökningar			1	1	0	1	1	1	2	1	1	2
Antal nya beslut utan placering												
Antal ej verkställda beslut > 3 månader	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antal verkställda beslut - internt	26	26	28	25	25	26	26	26	26	26	26	26
Antal verkställda beslut - externt	10	14	18	15	12	12	12	16	16	16	16	16

2022

Verksamhetsmått per månad - Övrigt	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal beslut om sysselsättning	34	32	31	29	30	30	31	30	30	31	31	32
Antal beslut om boendestöd	58	60	60	59	59	61	62	62	65	69	68	68

Verksamhetsredovisning Socialtjänst över 18 år

2023

[illegible]

2022

[illegible]

2021

[illegible]

[illegible]

Månadsrapport Vård och Omsorg

2023-03-16

Personalnyckeltal

Andel heltidsanställda

Anställning	Timavlönade	- 50 %	51 - 74 %	75 - 99 %	100 %	Total
Övriga	-	-	-	45,8%	54,2%	100%
Tillsvidareanställda	-	1,1%	2,0%	14,2%	82,7%	100%
Timavlönade	100,0%	-	-	-	-	100%
Visstidsanställda	-	1,7%	6,7%	31,7%	60,0%	100%

Fördelning utbildad personal i %

feb-23

Andel utb personal	ÄO	Tillsvidare	84,0%
Andel utb personal	ÄO	Visstid	18,0%
Andel utb personal	LSS	Tillsvidare	95,0%
Andel utb personal	LSS	Visstid	62,0%
Andel utb personal	Totalt	Tillsvidare	88,0%
Andel utb personal	Totalt	Visstid	28,0%

Timavlönade

jan-23

Antal timavlönade utan ledsagare/avlösare	377
Antal timavlönade med ledsagare/avlösare	441

Arbetade timmar av timavlönade (med och utan ledsagare/av

jan-23

Antal timavlönade	289	Antal timavlönade inkl ledsagare/avlösare	377
Arbetade timmar	16400	Antal arbetade timmar inkl ledsagare/avlösare	18599,2
Arbetade tim i snitt	58	Arbetade timmar i snitt inkl ledsagare/avlösare	49

Hälsotal VoO 2023

Månad	Hälsotal %
Januari	90,4
Februari	0
Mars	0
April	0
Maj	0
Juni	0
Juli	0
Augusti	0
September	0
Oktober	0
November	0
December	0

90,4

**Ändring av taxa för trygghetslarm och
måltidsabonnemang inom vård och omsorg**

3

VoO.2023.0115

2023-03-09

Marcus Lind

+4641362356

marcus.lind@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut; Ändring av taxa för trygghetslarm och måltidsabonnemang

Ärendebeskrivning

I enlighet med åtgärdsplan för vård- och omsorgsnämnden 2023-2024 (Voo.2023.0040) har förslag till nya taxor tagits fram.

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut; Ändring av taxa för trygghetslarm och måltidsabonnemang
- Förslag till ny avgift för trygghetslarm 2023
- Förslag till ny avgift för måltidsabonnemang 2023

Beredning

Vid tidigare analyser har det visat sig att kostnaden för Eslövs kommun avseende måltidsabonnemang och trygghetslarm överstiger den intäkt som brukarna betalar. I enlighet med åtgärdsplan för vård- och omsorgsnämnd 2023-2024 har en ny analys genomförts och nya taxor tagits fram.

Brukare som idag bor på ett särskilt boende har kopplat ett måltidsabonnemang där fullständig kost ingår. Vård- och omsorgsnämnden köper måltidsabonnemanget från serviceförvaltningen, vilket kompletteras med en del inköp på respektive boende. Kostnaden för vård- och omsorgsnämnden är 4931kr per månad per brukare jämfört med dagens måltidsabonnemangstaxa som ligger på 3603kr. En jämförelse mellan ett antal kommuner visar på att taxorna ligger i snitt på 3903kr/månad.

Brukare som idag har trygghetslarm har även ett elektroniskt lås vilket installeras i samband med att brukaren får sitt trygghetslarm. För att installera och underhålla lås och trygghetslarm finns cirka 1,25 årsarbetare samt en bil som används. Kostnaden för vård- och omsorgsnämnden ligger på totalt cirka 383 kr per larm per brukare jämfört med dagens trygghetslarmstaxa som ligger på 243kr per månad.

Förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden föreslår Kommunstyrelsen att föreslå Kommunfullmäktige att taxan för måltider höjs med 500kr per brukare per månad från 3603kr till 4103kr från och med den 1 juni 2023.
- Vård- och omsorgsnämnden föreslår Kommunstyrelsen att föreslå Kommunfullmäktige att taxan för trygghetslarm höjs med 57kr per brukare per månad från 243kr till 300kr från och med den 1 juni 2023.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen
Vård och Omsorg

Josef Johansson
Förvaltningschef

Marcus Lind
Controller

Förslag till ny taxa för måltidsabonnemang

Bakgrund

Vid tidigare analyser har det visat sig att kostnaden för Eslövs kommun avseende måltidsabonnemang överstiger den intäkt som brukarna betalar. I enlighet med åtgärdsplan 2023-2024 ska en del taxor inom Vård- och omsorgsnämnden ses över, däribland måltidsabonnemanget.

Eslövs kommuns avgift

2023 tar Eslövs kommun ut en avgift på 3603 kr/månad, där förändringar justeras utifrån konsumentprisindex, KPI. Avgiften för måltidsabonnemang ingår inte i maxtaxan.

Eslövs kommuns kostnad

Brukare som idag bor på ett särskilt boende har kopplat ett måltidsabonnemang där fullständig kost ingår. Vård- och omsorgsnämnden köper måltidsabonnemanget från serviceförvaltningen, vilket kompletteras med en del inköp på respektive boende.

Under 2022 levererade serviceförvaltningen cirka 100 000 måltidspaket på vård- och omsorgsnämndens sju särskilda boende. Den totala kostnaden för vård- och omsorgsnämnden blev drygt 16,2 mnkr, vilket motsvarar 4931kr per månad.

Antal portioner		100 000
Total kostnad för Voo 2022		16 210 512 kr
Kostnad per dygn		162 kr
Kostnad per månad		4 931 kr

Jämförelsekommuner

För att få en bild över hur taxorna ser ut i andra kommuner har en jämförelse gjorts mellan några Skåne-kommuner. Resultatet redovisas i nedanstående tabell.

Kommun	Måltidsabonnemang
Höörs kommun	4 920 kr
Malmö Stad	4 799 kr
Hässleholms kommun	4 290 kr
Skurups kommun	4 147 kr
Kävlinge kommun	3 635 kr
Svalövs kommun	3 632 kr
Sjöbo kommun	3 331 kr
Ängelholms kommun	3 266 kr
Lunds kommun	3 108 kr
Medel	3 903 kr
	4 103 kr
	Ökning 500kr/mån

Förslag

Förslaget är att höja taxan för samtliga måltidsabonnemang med 500 kr/månad från och med den 1 juni 2023. Taxan kommer fortsatt att följa konsumentprisindex och justeras vid årsskiftet. För vård- och omsorgsnämnden kommer höjningen resultera i en intäktsökning på cirka 1,7 mnkr med helårseffekt.

Förslag till ny taxa för trygghetslarm

Bakgrund

Vid tidigare analyser har det visat sig att kostnaden för Eslöv kommun avseende trygghetslarm överstiger den intäkt som brukarna betalar. I enlighet med åtgärdsplan 2023-2024 ska en del taxor inom Vård- och omsorgsnämnden ses över, däribland trygghetslarm.

Eslövs kommuns avgift

2023 tar Eslövs kommun ut en avgift på 243kr/månad, där förändringar justeras utifrån konsumentprisindex, KPI. Taxan är fast och inga övriga avgifter tillkommer. Avgiften för trygghetslarm ingår i maxtaxan.

Eslövs kommuns kostnad

Brukare som idag har trygghetslarm har även ett elektroniskt lås vilket installeras i samband med att brukaren får sitt trygghetslarm.

Kostnaden för Eslövs kommun för larm och tillhörande system som installeras är 294 kr/månad, räknat på 2022 års siffror.

Till detta tillkommer kostnader för den personal (cirka 1,25 årsarbetare) som administrerar, installerar och servar larmen i verksamheten. Dessutom tillkommer kostnader för bil.

Total kostnad för larm, personal och bil är 383 kronor per larm per månad jämfört med taxan på 243kr/mån. Kostnaden per larm är räknad mot samtliga larm i verksamheten, vilket är 841 larm vid ingången av 2023.

	Kostnad per månad
Kostnad för larm och system	294 kr
Kostnad för personal	76 kr
Övriga kostnader, bil mm.	13 kr
SUMMA	383 kr

Jämförelsekommuner

För att få en bild över hur avgifterna ser ut i andra kommuner har en jämförelse gjorts mellan några Skåne-kommuner. Resultatet redovisas i nedanstående tabell. En del av jämförelsekommunerna har tillkommande kostnad för installation samt vid förlust av larmknapp etc, vilket Eslöv inte har.

Kommun	Trygghetslarm
Höörs kommun	324 kr
Ängelholms kommun	300 kr
Skurups kommun	300 kr
Lunds kommun	277 kr
Svalövs kommun	241 kr
Kävlinge kommun	236 kr
Hässleholms kommun	236 kr
Malmö Stad	165 kr
Sjöbo kommun	0
Medel	231 kr
Eslövs kommun, förslag	300 kr

Förslag

Förslaget är att höja avgiften för trygghetslarm med 57kr/månad från och med den 1 juni 2023. Avgiften kommer fortsatt att följa konsumentprisindex och justeras vid årsskiftet. För vård- och omsorgsnämnden kommer höjningen resultera i en intäktsökning på cirka 0,2-0,3 mnkr med helårseffekt.

Serviceabonnemang måltider 2023

4

VoO.2023.0075

2023-03-10

Carl-Josef Johansson

+4641362748

josef.johansson@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut; Serviceabonnemang avseende måltider 2023

Ärendebeskrivning

Måltidavdelningens överenskommelser med övriga förvaltningar löper ut 31 december 2022. Överenskommelserna för vård- och omsorgsnämnden ersätts med Serviceabonnemang avseende måltider med bilaga särskilda villkor och prislista. Prisuppräknings sker i enlighet med kommunfullmäktiges beslut av Budget 2023. Måltidsavdelningens verksamhet är en resultatenhet och intäktsfinansierad och prisuppräknings ska täcka löneavtalet för 2023. Beräkningen av prisuppräknings för 2023 är uppdelad enligt följande:

- Årlig, kostnadsökning (livsmedel)
- Lönerörelsen 2023

Årligen så höjs löner och livsmedelskostnader enligt gällande avtalsrörelse och förutsättningarna i budget 2023. Inga extraordinära förändringar är inräknade.

Beslutsunderlag

- Serviceabonnemang avseende måltider för vård- och omsorgsnämnden från 2023-04-01- till 2023-12-31
- Serviceabonnemang, Särskilda villkor
- Prislista för Vård och Omsorg

Beredning

Serviceabonnemanget avseende måltider har tagits fram i samråd med tjänstepersoner på Serviceförvaltningen och Vård och Omsorg.

Förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden godkänner inriktningen för serviceabonnemang avseende måltider daterat den 1 april till 31 december.

- Vård- och omsorgsnämndens ger förvaltningschefen i uppdrag att underteckna serviceabonnemanget under förutsättning att även servicenämnden beslutar godkänna inriktningen för serviceabonnemanget.

Beslutet skickas till

Servicenämnden

Josef Johansson

Förvaltningschef

2023-03-13

Serviceförvaltningen
Måltidsavdelningen

Vård och Omsorg

Serviceabonnemang avseende vård- och omsorgsnämnden

Parter:Servicegivare:
ServiceförvaltningenServicetagare:
Vård och Omsorg**Avtalstid:** 2023-04-01 – 2023-12-31**Omfattning:**

Måltidsproduktion till vård och omsorg är varmmatsystem. Produktion och leverans av måltidsabonnemang inom vård- och omsorgsboende. Produktion, servering och avhämtning i allmänna restauranger inom dagverksamhet för äldreomsorg och daglig verksamhet inom området funktionsnedsättning.

Kvalité

Måltiderna ska överensstämma med gällande lagstiftning och nationella riktlinjer och föreskrifter för måltider inom offentlig sektor.

Ändringar och tillägg:

Ändringar och tillägg ska göras skriftligen och undertecknas av båda parter för att vara gällande. Ändringar ska aviseras senast 6 månader före önskad start. Merkostnad debiteras separat

Prisjustering:

Prisjustering sker årligen med beslut i kommunens budgetberedning utifrån index Sveriges kommuner och regioner (SKR), prisindex kommunal verksamhet (PKV index).

Måltidspriset består av två delar, fast serviceabonnemang för servicetjänster, kostnader som är opåverkbara på kort sikt ex. lokaler, personalkostnader

och rörligt serviceabonnemang för produktionstjänster, kostnader som påverkbara på kort sikt ex. livsmedel
Fast serviceabonnemang består av 60 % av priset per portion och baseras på grundbeställningen från respektive verksamhet. Rörligt serviceabonnemang består av 40 % av priset per portion.

Beställning/Debitering:

Grundbeställning lämnas halvårsvis för samtliga verksamheter inom Vård och Omsorg. Förhandsdebitering sker av fast serviceabonnemang 1 per år och av rörligt serviceabonnemang per månad

Uppföljning

Uppföljningsmöte 2 gånger per år med ansvarig måltidschef och avdelningschef inom vård och omsorg och Rapporteras till vård- och omsorgsnämnden.

Årlig Kvalitetsrapport

Rapporteras till Vård- och omsorgsnämnden under kvartal 1.

Omförhandling vid ändrade förutsättningar:

Avtalsparterna har var för sig rätt till omförhandling av avtalet om förhållanden inträffar som väsentligt påverkar eller förändrar förutsättningar för detta avtal, till exempel politiska beslut eller volymförändringar. Begäran om omförhandling ska göra skriftligen.

Serviceabonnemang är upprättat i två (2) exemplar varav parterna tagit varsitt

Datum:

Datum:

För Serviceförvaltningen:

För Vård och Omsorg:

Namnförtydligande:

Åsa Ratcovich
Förvaltningschef

Namnförtydligande:

Josef Johansson
Förvaltningschef

2023-03-13

Serviceförvaltningen
Måltidsavdelningen

Vård och Omsorg

Serviceabonnemang avseende vård- och omsorgsnämnden, särskilda villkor

Kvalité

Alla måltider är näringsberäknade enligt Nordiska näringsrekommendationer, Livsmedelsverkets råd för måltider inom omsorgen och Socialstyrelsens föreskrifter. Uppföljning sker årligen i måltidsavdelningens kvalitetsrapport.

Måltidsabonnemang

Måltidsabonnemang inom vård- och omsorgsboende innebär

- Dagligvaror beställs av boenden direkt via extern leverantör
- Alla måltider och mellanmål produceras av Måltidsavdelningen, förutom frukost och fika
- Måltiderna är protein- och energiberikade, flera mindre måltider jämt fördelade på dygnet

Dagligvaror beställs via extern leverantör

Dagligvaror beställs av vård- och omsorgspersonal. Med dagligvaror menas varor som täcker frukost, måltidstillbehör och måltidsdryck samt övrigt som till exempel ingredienser till bakning. Dagligvarorna förvaras i utrymme på våningarna.

Måltider som ingår i måltidsabonnemanget

Lunch inklusive veckans två valbara lunchalternativ

Dessert

Kvällsmat inklusive veckans två valbara kvällsalternativ

2 mellanmål och 1 sängfösare

Energifördelning av dagsintaget

Måltiderna täcker den äldres kost- och näringsbehov där varje måltid bidrar till en betydelsefull del av dagsintaget. Bland annat för att korta nattfastan, som ej skall överstiga elva timmar.

Frukost 15 E%

Mellanmål 10 E%
 Lunch 20 E%
 Dessert 10 E%
 Fika 10 E%
 Kvällsmat 20 E%
 Mellanmål 10 E%
 Sängfösare 5 E%

Frukost och fika

Måltidsavdelningen tillhandahåller recepthäftet Frukostförslag för äldre med näringsberikade frukostmåltider. Frukost och fika bereds på våningen som vård- och omsorgspersonal ansvarar för. Fika kan även beställas från Måltidsavdelningen som tilläggstjänst enligt prislista. Måltidsavdelningen tillhandahåller också recepthäftet Protein- och energiberikad fika, med näringsberikade kakor och bullar.

Måltidsordning

Frukost serveras mellan klockan 7.30- 9:30
 Mellanmål serveras klockan 10:30
 Lunch med dessert serveras mellan klockan 12.00- 13.00
 Fika serveras från klockan 14:30
 Kvällsmat serveras mellan kl. 17:30 – 18:30
 Mellanmål serveras klockan 19:30
 Sängfösare serveras som nattmål eller morgonmål
 Samtliga måltider anpassas efter individens behov, under hela dygnet.
 Tiderna ses som en riktlinje.

Meny

Menyerna utgår från årets säsonger och högtider.

Publikation av meny

Aktuella menyer med fetmarkerade måltidstillbehör läggs upp på servern G:\1-Måltid Äldreomsorg\Matsedlar. Menyer finns även i It- programmet Mashie samt på kommunens hemsida, där även meny för restaurangerna finns.

Specialkost

Måltider för specialkost och konsistensanpassad kost ska efterlikna normalkosten i möjligaste mån, dessa tillhandahålls enligt gällande rutiner. Måltidspersonalen sköter inköp, tillagning och uppläggning samt ansvarar

för att specialkost och konsistensanpassad kost blir korrekt tillagad, upplagd och märkt.

Hållbarhet

Inriktningen är att minska matsvinn, klimat- säsongsanpassa samt använda svenska, ekologiska och närodlade livsmedel. Allt kött och fågel är svenskt samt mat från havet som serveras har fiskats med omtanke om havsmiljön.

Säker mat

Alla kök har godkända egenkontrollprogram enligt gällande lagstiftning och följer riktlinjer enligt Sveriges kommuner och regioner. Vård- och omsorg ansvarar för att ha godkända avdelningskök med egenkontrollprogram enligt gällande lagstiftning.

Leverans

Leverans av måltider till mottagningskök och vård- och omsorgsboende utan mottagningskök, sker en till två gånger dagligen via Mat-och elevtransporter. Avhämtning sker av vård- och omsorgspersonalen i mottagningsköket enligt avtalad tid. För verksamheter belägna i samma hus som tillagningskök, avhämtas måltiderna av vård- och omsorgspersonal i köket enligt avtalad tid.

Inventarier

Vid nyöppning av våning eller boende införskaffar vård- och omsorg utrustning för servering. Likaså införskaffas och underhålls serveringsvagnar samt utrustning som ska användas och förvaras på våningarna. Beställning kan ske genom Måltidsavdelningen. Måltidsavdelningen ansvarar för utrustning i köken.

Restauranger

Restaurangerna på Kärråkra samt Ölycke servicehus är öppna för allmänheten, enligt öppettider på kommunens hemsida. Avhämtning av måltider till övriga verksamheter inom omsorgen kan även ske. Måltidsavdelningen tillhandahåller inte transporter utan dessa beställs via mat- och elevtransporter.

I dagens lunch ingår:

Dagens rätt, vid soppa ingår dessert
Salladsbuffé med dressing
Bröd och smör
Dryck, mjölk eller vatten
Kaffe

Vid avhämtning av dagens lunch ingår:

Dagens rätt, vid soppa ingår dessert

Salladsbuffé med dressing

Bröd och smör

Kommunikation

Mellan Måltidsavdelningen och Vård och omsorg sker kommunikation via meddelandefunktionen i It- programmet Mashie alternativt via telefon eller mail. För återkoppling på mat och måltider sker funktionen via värme/-kylvagnar på upphängd whiteboardtavla som finns på samtliga matvagnar.

Ändringar och tillägg av verksamhetsförändring

Förändringar i verksamheten, som påverkar måltidavdelningen verksamhet exempelvis öppnande av ny avdelning eller nytt boende, stängning av våningar, boende ska beställningen skriftligen lämnas senast sex månader före förändringen. Kostnaden för fast serviceabonnemang lämnas senast 3 månader innan uppstart av måltidsavdelningen.

Specialinriktning

För verksamheter som väljer att ha en specialinriktning på måltiderna som avviker från den ordinarie omfattningen förbehåller sig Måltidsavdelningen rätten att debitera merkostnaden.

Lokaler

Köken får endast användas för det ändamål som de är avsedda för och uthyrs inte för privat bruk eller annan verksamhet.

Ansvarsfördelning

Måltidsavdelningen ansvarar inte för vardaglig städning och storstädning av serveringsutrymme.

Måltidsordningen ska upprättas och fastställas med respektive chef och måltidspersonal utifrån verksamheternas olika förutsättningar.

Verksamheten ansvarar för att våningarnas måltidsordning anpassas till kökets kapacitet samt lägga upp och servera måltiderna. Serveringsvagnarna hämtas/ lämnas i köket på överenskomna tider.

Pris/ beställning/ debitering

Måltidspriset består av två delar, fast serviceabonnemang för servicetjänster och rörligt serviceabonnemang för produktionstjänster.

Fast serviceabonnemang består av 60 % av priset per portion och baseras på grundbeställningen med beläggingsfaktor från respektive verksamhet. Rörligt serviceabonnemang består av 40 % av priset per portion.

Prisgrupper

Måltidsabonnemang
Omsorgsmåltid
Lunch restaurang

Beställning

Grundbeställning lämnas årsvis för samtliga verksamheter inom vård- och omsorg.

Måltidsbeställning

Vård och omsorgspersonal lägger måltidsbeställning i It- programmet Mashie enligt gällande rutin. Inklusive av och tilläggsportioner meddelas enligt gällande rutin.

Beställning av måltider ska senast kl. 13:00 fyra dagar före leverans. Vid avbeställning av måltider sker detta senast kl. 13:00 dagen före leverans.

Debitering

Förhandsdebitering sker av fast serviceabonnemang en gång per år och av rörligt serviceabonnemang per månad.

Uppföljning

Utvärdering och uppföljning sker 2 ggr/ år.

Utvärderingen baseras på uppfyllande av allmänna och särskilda villkor baserat på inkomna avvikelser inom respektive förvaltning.

Utvärdering av serviceabonnemang sker utifrån följande rubriker

1. Beställning
2. Leveranser
3. Debitering och fakturering
4. Kvalitet
5. Bemötande

Servicetjänster - Mottagningskök

Måltidsavdelningen hanterar produktion av måltiderna och för transporter, bordvagnar, förbrukningsmaterial etc. i kök. Likaså tillhandahålla, underhålla och återanskaffa köksutrustning och matvagnar.

Omsorg

Boendets enhetschef ansvarar för enhetens serveringslokaler och därmed för möbler och inventarier samt trivsel och utsmyckning.

Servering på avdelningar

Måltiderna levereras våningsvis i kantin på serveringsvagnar/ värmevagn av måltidspersonalen.

Omsorgspersonal hämtar och lämnar vagnarna i köket.

När vagnarna lämnar köket ansvarar omsorgspersonalen för servering av måltiden, samt att boende med specialkost och konsistenskost får rätt kost. Innan omsorgspersonalen returnerar serveringsvagnen till köket ska kantiner vara tömt från matrester. Vid retur av förpackningar i glasmaterial förvaras dessa samlade högst upp i serveringsvagnen.

Måltidspersonal diskar diskods och tillagningskärl samt rengör serveringsvagnar.

Måltidspersonal i mottagningskök följer också uppdraget som Måltidsvärd där extra fokus läggs på måltidsrelaterade aktiviteter, arbete med trivsamma måltidsmiljöer i gemensamma utrymmen samt här skapar event på olika vis.

Måltider utan service

Måltider skickas komplett från tillagningsköket i värmevagnar.

Verksamheten ansvarar för servering av måltiden, samt att boende med specialkost och konsistenskost får rätt kost.

[Nationella riktlinjer för måltider i omsorgen \(livsmedelsverket.se\)](https://www.livsmedelsverket.se/nutrition/riklinjer-for-maltider-i-omsorgen)

[Offentlig säker mat | SKR](https://www.skr.se/offentlig-saker-mat)

[nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf \(livsmedelsverket.se\)](https://www.livsmedelsverket.se/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf)

[Måltidspolicy \(eslov.se\)](https://www.eslov.se/maltidspolicy)

Serviceabonnemang, särskilda villkor är upprättat i två (2) exemplar varav parterna tagit varsitt

Datum

Datum

För Serviceförvaltningen

För Vård-och Omsorg

Namnförtydligande:

Namnförtydligande:

Åsa Ratcovich
Förvaltningschef

Josef Johansson
Förvaltningschef

2023-01-01
Serviceförvaltningen
Måltid
Marina Rahm

Prisbilaga
Vård- och omsorgsförvaltningen

	Utan moms	Inkl. moms
Prislista 2023		
Vård och Omsorg		
Måltidsabonnemang	131,87	
Omsorgsmåltid lunch	78,58	
Omsorgsmåltid kväll	58,93	
Lunch	78,58	
Kvällsmat	58,93	
Anhörig lunch	78,58	88,00
Anhörig kväll	58,93	66,00
Kaka /st (till eftermiddagskaffe)	6	
Seniorrestaurang		
Dagens lunch restaurang	78,58	88,00
Lunch, avhämtning restaurang	71,75	80,00

Patientsäkerhetsberättelse 2022

5

VoO.2023.0117

2023-03-09

Pia Arndorff

+4641362102

pia.arndorff@eslov.se

Vård och omsorgsnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Ärendebeskrivning

Enligt Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. I denna ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår. Det ska också redogöras för övergripande mål och strategier för kommande år gällande patientsäkerhetsarbetet.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse 2022 med plan för 2023

Beredning

Underlag för patientsäkerhetsberättelsen fås genom statistik från Eslövs kommuns avvikelssystem, statistik från nationella kvalitetsregister, sammanställningar och utvärderingar av genomförda aktiviteter samt genom enkät till enhetschefer inom vård och omsorg med medarbetare som arbetar patientnära.

Förslag till beslut

Vård och omsorgsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2022 med plan för 2023 och lägger den till handlingarna

Beslutet skickas till

Handläggaren

Kommunikationsavdelningen

Josef Johansson

Förvaltningschef

Pia Arndorff

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Patientsäkerhetsberättelse För Eslövs kommun År 2022

Med plan för 2023



Datum
20230301
Ansvarig för innehållet
Pia Arndorff, MAS
Karin Ingelstedt Thunberg, MAR
Diarienummer VoO.2023.0117

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Organisation och ansvar	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Informationssäkerhet	8
.....	
En god säkerhetskultur	8
Adekvat kunskap och kompetens	9
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	10
Öka kunskap om inträffade vårdskador	10
Tillförlitliga och säkra system och processer	12
Säker vård här och nu	13
Riskhantering	14
Stärka analys, lärande och utveckling	15
Avvikelse	21
Klagomål och synpunkter	30
Öka riskmedvetenhet och beredskap	30
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	31

SAMMANFATTNING

Året 2022 har fortsatt varit ett år med mycket fokus på pandemin. Arbetet har dock inte varit lika totalt inriktat på pandemin som det föregående året. Tid har givits till att åter påbörja arbetet med ett långsiktigt strategiskt patientsäkerhetsarbete.

Fortsatt har det varit viktigt att under året arbeta med att förebygga smitta och minska smittspridning av Coronavirus. Direktiv och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten, Smittskydd Skåne och Vårdhygien Skåne har utgjort grund för intern såväl som extern kommunikation, riskbedömningar, rutiner och riktlinjer. En god samverkan mellan kommun och primärvård har varit nödvändig för att hantera provtagning, smittspårning och vaccination mot covid-19.

Basala hygienrutiner har givetvis fortsatt att vara i fokus och mätningar visar att vi under 2022 minskat något i efterlevnad, men fortsatt har en bättre efterlevnad än före pandemin. Nu gäller det framöver att hålla i och ytterligare öka efterlevnaden. Givetvis måste målsättningen för efterlevnad av basala hygienrutiner vara 100 procent, vilket det fortfarande inte är.

Det finns ett stort engagemang i verksamheten kring patientsäkerhetsfrågor. Samtliga medarbetare har deltagit i patientsäkerhetsarbetet. Personal har bidragit genom att identifiera och anmäla avvikelser. Det är genom att hitta risker och analysera vad som skett, som organisationen kan lära och inte göra om samma sak. Ett stort arbete har påbörjats gällande den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Engagerad ledning och tydlig styrning

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



Övergripande mål och strategier

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

Mål för 2022

- Ett fortsatt arbete med att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner
- En utveckling av journalgranskningen
- Ett kvalitetsarbete gällande nutrition
- Ett kvalitetsarbete gällande minskning av antalet patienter med trycksår samt minskning av antalet sår
- Validerad smärtskattning ska finnas dokumenterad i patientjournal hos alla patienter i livets slut
- Munhälsobedömning enligt ROAG ska finnas dokumenterad i patientjournal hos patienter i livets slut
- Ett arbete med SKRs verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete
- Lokala vårdprogram inom rehabilitering

Organisation och ansvar

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

Ansaret för patientsäkerhetsarbetet har under 2022 varit organiserat enligt följande:

Vård och omsorgsnämnden

Vård och omsorgsnämnden är vårdgivare och har det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera hälso- och sjukvården på ett sätt som leder till att kravet på en god och säker vård upprätthålls. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen

Inom kommunen är förvaltningschefen för vård och omsorg verksamhetschef enligt HSL. Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I varje kommun finns en MAS. I uppdraget som MAS ingår det att tillsammans med verksamhetschefen HSL ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas för den kommunala hälso- och sjukvården.

MAS har ett särskilt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- Patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355).
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- att det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner
 - för läkemedelshantering
 - rapportering av avvikelser
 - för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd kräver det.

I förvaltningen är MAS ansvarig för att händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada anmäls enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Enligt HSL 11 kap 4§ får en fysioterapeut eller arbetsterapeut ansvara för att fullgöra det ansvar som åligger medicinskt ansvarig sjuksköterska inom ett verksamhetsområde som i huvudsak omfattar rehabilitering.

I Eslövs kommun finns en MAR utsedd. Då MAR i Eslöv har en tudelad tjänst som enhetschef för rehabilitering och MAR finns en intern ansvarsindelning där MAS ansvarar för utredningar av allvarligare karaktär.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen ska planera, leda, kontrollera, följa upp och förbättra verksamheterna inom sin verksamhet.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att rutiner och riktlinjer som verksamhetschef enligt HSL, verksamhetschef och MAS har fastställts är kända och följs i verksamheten. Enhetschefen ansvarar även för att förutsättningar finns för hälso- och sjukvårdspersonal att utföra god och säker vård inkluderat att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal, det vill säga sjuksköterskor, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeuter ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet inom sitt ansvarsområde följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Även omvårdnadspersonal som har

delegering för hälso- och sjukvårdsuppgifter är hälso- och sjukvårdspersonal när de utför delegerade uppgifter. Hälso- och sjukvårdspersonal ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Patientnämnden

Om patient eller närstående vill framföra ett klagomål till vårdgivare kan patienten vända sig till patientnämnden. Patientnämnden fattar inga medicinska beslut, men kan hjälpa och stödja patienten i att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren.

De klagomål som kommer in till patientnämnden framförs till vårdgivaren som genom sin utredning av klagomålet kan hitta åtgärder för att förbättra verksamheten.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO utövar tillsyn inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet inom lagområdet Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I tillsynsuppdraget ingår handläggning av anmälningar som lex Maria.

IVO utreder endast allvarligare händelser där en patient i samband med hälso- och sjukvård fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit.

Ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete

SOSFS 2011:19 gäller sedan 2012 och beskriver hur ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vara uppbyggt. Ledningssystemet ska beskriva hur de olika nivåerna i organisationen ska arbeta för att främja en hög patientsäkerhet. Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.

SOSFS 2011:9 innehåller bestämmelser kring hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Socialstyrelsen definierar kvalitet som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens kvalitetsdefinition är den ram som ska fyllas med innehåll som finns i dessa andra lagar och föreskrifter.

För att ta reda på vad som är kvalitet för respektive verksamhet måste en kartläggning av vilka krav och mål som finns i lagar och föreskrifter göras. Arbetet med kartläggning av lagar och föreskrifter måste pågå fortlöpande, då dessa förändras.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

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

- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- Samordnad vårdplanering, rutiner vid samordnad vårdplanering.
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Lokalt avtal beträffande samverkan kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/psykisk sjukdom.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan för rådgivning, stöd och fort-bildning i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Riktlinjer för uppsökande tandvård i Skåne.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

- Åtkomstkontroller (loggar)
Enligt rutin ska chefer eller utsedda funktioner på olika nivåer göra åtkomstkontroller enligt fastställt intervall. Kontroller görs i verksamhetssystemen Life Care HSL modul och Nationell patientöversikt (NPÖ)
- Inloggning med SITHS-kort. SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på säker identifiering. SITHS-kort används för inloggning i vårdtjänster på internet såsom Pascal, Mina planer, nationell patientöversikt (NPÖ), kvalitetsregistret Senior alert, Svenska palliativregistret och BPSD samt utfärdande av tandvårdskort.
- Behörighetsstyrning till patientjournalen. Arbete pågår löpande för att säkra upp att behörigheter inte är större än nödvändigt.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationer ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



- Regelbundna möten mellan MAS och legitimerad personal hålls. Mötesfrekvensen är en gång per månad. Mötenas innehåll har baserats på aktuella patientsäkerhetsrelaterade frågor såsom återkoppling av utredningar, dokumentation, genomgång av reviderade rutiner, delegeringsprocessen, riskanalyser, förbättringsområden och planerade åtgärder samt dialog om olika frågeställningar och utmaningar.
- MAS och enhetschef för sjuksköterskorna har regelbundna träffar varannan vecka för samtal kring patientsäkerhetsrelaterade frågor.
- MAS har under 2022 skickat ut informationsmail till de enhetschefer inom vård och omsorg som har personal i patientnära arbete. Information har bland annat gällt förändringar från vårdhygien gällande arbetet med covid-19.
- Enhetschef har regelbundna genomgångar av avvikelser tillsammans med arbetsgruppen. Avvikelsen diskuteras och åtgärder för att förhindra upprepning tas fram.
- Samverkan mellan vård och omsorg och de fyra vårdcentralerna i Eslöv. MAS, MAR och enhetschef för sjuksköterskorna träffar de fyra verksamhetscheferna en gång per månad.

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.



- Webbaserad utbildningsplattform finns för att underlätta för medarbetare att kunna tillgodogöra sig information vid tillfällen som passar dem. Enhetschef ska fortfarande ge förutsättningar för utbildning, men det kan ske med en individuell planering. I utbildningsplattformen finns det olika utbildningar som riktar sig till samtliga personalgrupper. Det finns en del utbildningar som är obligatoriska som t ex basala hygienrutiner, jobba säkert med läkemedelshantering och teoretisk förflyttnings- och lyftteknik. Det finns även andra utbildningar som enhetschef kan begära att medarbetaren genomgår eller den enskilde själv välja att genomgå.
- Vård och omsorg har tagit fram en kompetensförsörjningsplan för att säkerställa rätt kompetens på alla nivåer inom vård och omsorg framöver

Patienten som medskapare

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



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

- *Samordnad individuell plan (SIP)*
Genom samordnad individuell plan (SIP) samverkar vårdgivare med den enskilde och vid behov med närstående. För att genomföra en SIP behövs den enskildes samtycke. Syftet med SIP är att identifiera den enskildes behov och göra denne delaktig i planeringen. Genom att genomföra SIP kan den enskilde tidigt erbjudas insatser, insatser kan samordnas och tydliggöras, för att möjliggöra en god och nära vård och socialtjänst av god kvalitet.
- *HSL pärm*
Varje patient som är berättigad kommunal hemsjukvård får en pärm, där bland annat ordinationer och vårdplaner och kontaktuppgifter finns lättillgängliga. Syftet med innehållet i pärmen är att all personal runt patienten ska ha lättillgänglig information för att kunna ge rätt och säker vård samt omsorg med god kvalitet. Målsättningen är att patienten ska känna sig trygg och delaktig genom att ha sin aktuella planering och kontaktuppgifter lättåtkomligt i sin bostad.
- *Synpunkts-och klagomålshantering*
I samband med synpunkter, klagomål och avvikelser involveras patienter och närstående i den omfattning som krävs och är möjligt.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

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

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

Efter att det långsiktiga strategiska patientsäkerhetsarbetet fått stå tillbaka under coronapandemin, så har under 2022 arbetet med detta åter kommit igång. En fortsatt stor personalomsättning främst bland sjuksköterskor är fortsatt ett hinder för detta arbete.

Förbättringsområden inom systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete har identifierats i samband med avvikelser och utredningar under det gångna året. Åtgärder, egenkontroller och uppföljningar relaterade till dessa förbättringsområden har dels utförts och dels påbörjats under 2022.



Öka kunskap om inträffade vårdskador

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

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



Avvikelsehantering

En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normalt eller förväntat förlopp. Målet med avvikelsehanteringen är att alla avvikande händelser rapporteras. Fel och brister ska identifieras och de risker som kan medföra skada för patienten ska förebyggas. I samband med att avvikelse gällande hälso- och sjukvård inträffar ska alltid legitimerad yrkesutövare kontaktas för bedömning om akut åtgärd.

Alla avvikelser ska dokumenteras i Vård och Omsorgs avvikelssystem. Händelserna utreds i verksamheten, en första utredning görs alltid av chef. Första bedömning och identifiering av vad, varför och vem ska göras inom fem dagar och hela utredningen ska i normalfallet vara klar inom en månad. Legitimerad personal utreder händelser som delegerad personal utfört och enhetschefer för sjuksköterskor respektive rehabilitering utreder avvikelser som gäller legitimerad personal. Allvarliga händelser utreds av MAS som beslutar om anmälan enligt lex Maria till IVO.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter kan inkomma muntligt eller skriftligt. Den som mottar klagomålet eller synpunkten, oavsett hur den inkommit, för in det i avvikelssystemet. Enhetschef ansvarar för utredning och svar till den som lämnat klagomål eller synpunkt. Är allvarlighetsgraden 3-4 lämnas klagomålet till MAS för vidare utredning.

Klagomål och synpunkter som kommer via IVO eller patientnämnd förs in i avvikelssystemet av MAS eller MAR. MAS eller MAR beslutar om allvarlighetsgrad. Är allvarlighetsgraden hög utreder MAS eller MAR händelsen, bedöms allvarlighetsgraden som lägre skickas händelsen till chef för utredning.

Oavsett hur klagomål eller synpunkt inkommit ska svar ges så snart som möjligt, dock senast efter fyra veckor. Tar en utredning längre tid ska kontakt tas med den som inkommit med klagomålet med information om att längre tid krävs för utredning.

Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen (ppm – punktprevalensmätning)
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år 1 gång per år	PPM databasen Uppföljning arbete med handlingsplaner BHR
Avvikelser	1 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per år	PPM-databasen, Senior alert
Enhetscheferna upplevelse av arbete med patientsäkerhet	1 gång per år	Enkätverktyg
Nattfasta	1 gång per år	Enkät med efterföljande analys
Vård i livets slut	1 gång per år	Patientjournal, Palliativ registret

Utförda HSL ordinationer/instruktioner	1 gång per år	Alfa e-signering
--	---------------	------------------

Vårdskador

MAS har under året inte anmält någon allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada till IVO.

IVO har under 2022 fortsatt sin granskning av äldrevården. De har under 2022 gjort en inspektion i Eslöv och intervjuat boende på två olika vård och omsorgsboende i kommunen, de har intervjuat sjuksköterskor i kommunen samt intervjuat hälso- och sjukvårdsledningen i kommunen. Denna typ av inspektion har IVO gjort i samtliga kommuner i Sverige. Beslut från IVO efter inspektionen kommer under 2023.

Patientnämnden

Under 2022 har det inte inkommit något ärende till Patientnämnden gällande patient i Eslöv.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar är en metod för analys, uppföljning och omprövning av patientens läkemedelsanvändning.

Läkemedelsgenomgång genomförs på ett strukturerat och systematiskt sätt. Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvalitén och säkerheten i läkemedelsbehandlingen. Det kräver en god samverkan mellan behandlande läkare, farmaceut och omvårdnadsansvarig sjuksköterska.



Basala hygienrutiner

Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården är en mycket angelägen patientsäkerhetsfråga. Den har varit särskilt aktuell under pandemin, men är alltid viktig. Under 2022 har personalen genomgått utbildningar gällande basala hygienrutiner och klädregler. Förutom deltagande i SKR:s årliga punktprevalensmätning (ppm) gällande basala hygienrutiner så har en egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner startats upp under 2022. Egenkontrollen är rekommenderad av vårdhygien Skåne och MAS har varit ute i verksamheterna och startat upp detta arbete i varje chefsområde.

Delegeringar

Delegering ska ske när det underlättar för patienten att få en god och säker vård. Delegering är inte avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Hälso- och sjukvårdens delegering försvåras när rätt grundkompetens saknas hos vårdpersonal och när personalomsättningen är stor. Alla delegeringar kräver en ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal och när hen slutar måste ersättaren försäkra sig om personalens kunskaper och kompetens innan ny delegering kan utfärdas. Delegering är en tidskrävande process, men det är väldigt viktigt att alla steg genomförs och att den legitimerade personalen känner sig

säkra på kunskapsnivån hos den som ska delegeras. Det blir en stor patientsäkerhetsrisk om personal som saknar kunskap genomför hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Vid utgången av 2022 fanns inom vård och omsorg 1190 delegerade arbetsuppgifter fördelade på 870 omvårdnadspersonal. Enligt författningar gällande delegering ska legitimerad personal, inom vård och omsorg oftast en sjuksköterska, ansvara för att den delegerade omvårdnadspersonalen har en tillräcklig kunskap för att utföra en hälso- och sjukvårdsuppgift. Den legitimerade personalen har dessutom ett uppföljningsansvar där man regelbundet ska följa upp den delegerades kunskapsnivå. Uppföljningen ska ske minst en gång per år. Med 870 medarbetare delegerade så innebär detta att varje sjuksköterska har mellan 30 och 50 omvårdnadspersonal att delegera samt följa upp.

Säker vård här och nu

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



- **Låg kontinuitet**

Den låga kontinuiteten av legitimerad personal generellt i vård- och omsorg leder till sämre följsamhet till riktlinjer, svårighet att upprätthålla förtroende och trygghet hos patienter samt att kompetens går förlorad. Med en kartläggning av arbetsmiljöfaktorer och kunskap samt riktade långsiktiga kompetensåtgärder finns en förhoppning om att vända trenden.

- **Hälso- och sjukvårdskompetens**

Omvårdnadspersonal med ibland ganska låg hälso- och sjukvårdskunskap förväntas utföra relativt avancerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. De förväntas även göra detta väldigt självständigt i patientens hem. Inom LSS finns ett behov av att anställa pedagoger, men samtidigt har vård och omsorg ett lagstadgat hälso- och sjukvårds ansvar inom detta område. Med fler anställda pedagoger kommer vi ännu längre bort från hälso- och sjukvårdskunskapen. Det långsiktiga arbetet för att kartlägga och anställa sjukvårdskompetens måste även innefatta denna del. Då det är svårt att rekrytera de sjuksköterskor som det finns behov av så har vård och omsorg under 2022 fortsatt med att ha undersköterskor anställda inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. De arbetar enbart med hälso- och sjukvårdsuppgifter. De har en högre hälso- och sjukvårdskompetens och kan därmed på ett säkert sätt avlasta sjuksköterskorna med en del arbetsuppgifter. Trots detta utförs mycket av den kommunala hälso- och sjukvården av delegerad personal ute i verksamheterna.

- **Nära vård**

Arbetet med nära vård gör att vård och omsorg behöver se över hur hälso- och sjukvårdsverksamheten ska se ut i framtiden. Nära vård kommer troligen att leda till att en ännu mer avancerad hälso- och sjukvård kommer att genomföras i hemmet och detta måste vård och omsorg kunna hantera personalmässigt och kompetensmässigt.

- **Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet**

Patientsäkerhetslagen säger att alla vårdgivare är skyldiga att arbeta systematiskt med patientsäkerhet. Socialstyrelsen har därför tagit fram en nationell handlingsplan. Den nationella handlingsplanen måste anpassas lokalt och för detta har socialstyrelsen och SKR gemensamt tagit fram ett verktyg. Vård och omsorg påbörjade under 2022 arbetet med en lokalanpassad handlingsplan. I detta arbete använder vi oss av det verktyg som tagits fram. Beslutet om arbetet har tagits av tjänstemän på förvaltningsnivå och nämnden har informerats om arbetet. Arbetet leds av MAS och MAR. I arbetsgruppen finns representanter från alla verksamheter och verksamheterna representeras av enhetschefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Även SAS är inbjuden till dessa möten för att hållas informerad om eventuella förändringar i arbetssätt som kan påverka arbetet inom SoL.

- **Dokumentation**

Enligt hälso- och sjukvårdsförordningen 4 kap 6§ ansvarar MAS och MAR för att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen. MAS och MAR genomför därför årligen journalgranskningar för att säkerställa kvalitet. Under dessa granskningar har MAS och MAR funnit brister. Under 2022 har därför en dokumentationsgrupp bildats inom vård och omsorg. Deltagare är MAS, MAR, SAS, enhetschef för sjuksköterskor, enhetschefer för omvårdnadspersonal, superanvändare hos sjuksköterskor och rehabpersonal samt systemförvaltare. Resultatet av arbetet i denna grupp leder till samordning av beslut kring hur och var dokumentation ska ske. Detta i sin tur leder till tydligare beslut och enklare vägar för utbildning. Arbetet syftar till att skapa en patientdokumentation där man kan följa patientens vård och som därigenom leder till en patientsäker omvårdnad.

Riskhantering

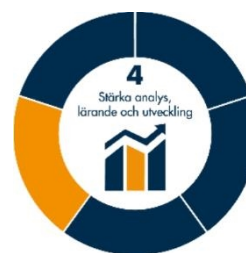
SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Arbetet med vårt nya avvikelssystem fortsätter. Då det har varit problem för legitimerad personal att genomföra korrekta utredningar i systemet så har utbildningsinsatser hållit under våren 2022. Systemförvaltare och MAS har gemensamt hållit i dessa utbildningar. Utredningarna i avvikelssystemet innebär ett arbetssätt där fokus ligger på att skapa åtgärder för att förhindra upprepning samt att utvärdera dessa åtgärder. Riskanalyser kommer att göras fortlöpande relaterat till de avvikelser som inkommer. För att säkerställa efterlevnad av rutiner genomförs egenkontroller.

Stärka analys, lärande och utveckling

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



Riskbedömningar och nationella kvalitetsregister

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

Vård och omsorg är anslutet till de nationella kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD-registret och Palliativ registret. Nationella kvalitetsregister används för förbättringar i patientvården genom systematisk riskidentifiering, insättning av åtgärder, utvärdering av åtgärder och utvärdering. Genom ett strukturerat teamarbete kan risker identifieras tidigt och åtgärder sättas in.

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att arbeta förebyggande med vårdskador avseende fall, nutrition, trycksår och ohälsa i mun. Genom individuella riskbedömningar tas åtgärder fram och uppföljningar planeras in. I Senior Alert systematiseras det preventiva arbetssättet på individnivå och vårdgivaren ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Under 2022 gjordes registreringar i Senior Alert enbart på vård och omsorgsboende.

Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Eslövs kommun	277	85% 432 av 507	94% 404 av 432	98% 422 av 432	64% 256 av 397	17 13 personer	84 personer	58 29 personer	87 personer
Trycksår		27% 135 av 507	91% 123 av 135	99% 133 av 135	72% 92 av 128				
Undernäring		46% 235 av 507	96% 225 av 235	98% 230 av 235	64% 134 av 209				
Fall		68% 344 av 507	97% 334 av 344	99% 342 av 344	63% 195 av 308				
Munhälsa		35% 177 av 506	94% 166 av 177	99% 175 av 177	80% 130 av 163				

Resultatet av 2022 års mätningar visar att 277 unika personer riskbedömts. I 85 procent av riskbedömningarna har en risk identifierats. I 98 procent av fallen med funnen risk har en åtgärdsplan satts in. I 64 procent av fallen där en åtgärdsplan satts in finns det dokumenterat att åtgärden är utförd och uppföljd. Detta är inte ett tillräckligt bra resultat och en försämring från 2021 då utförda åtgärder vid risk var 70 procent.

Då grundtanken i ett förbättringsarbete är att en risk ska identifieras, åtgärdsplan ska sättas in och åtgärder ska följas upp och eventuellt justeras, så är det ett problem att uppföljningsdelen enbart utförs i 64 procent av riskbedömningarna så här finns en viktig utvecklingsdel.

Planen är att införa Senior Alert även i ordinärt boende och inom funktionsnedsättning. Utbildningsinsatser för personal genomfördes under hösten 2022 för att riskbedömningar även ska göras i ordinärt boende med start våren 2023. Under hösten 2023 kommer utbildning och planering att ske för införande av Senior Alert inom funktionsnedsättning.

Trycksår

Registreringarna i Senior Alert för 2022 visar att 13 personer har 17 trycksår. Detta är en stor förbättring mot 2021 då 26 patienter hade 39 trycksår. Detta är det bästa resultat som uppmätts inom vård och omsorg sedan riskbedömningarna enligt senior alert startade 2017. Givetvis ska ingen patient behöva ha trycksår, men ett strategiskt patientsäkerhetsarbete visar här goda resultat.

Av 2022 års resultat kan utläsas att nio sår uppkommit i egen verksamhet, fyra i annan verksamhet (t ex på sjukhus) och i fyra fall är det oklart var såret uppkommit. Detta visar att antalet sår i egen verksamhet minskat från 30 år 2021 till nio år 2022.

För den som drabbas av trycksår innebär detta ett stort lidande. I de allra flesta fall går det att förhindra att trycksår uppkommer och därför räknas alltid trycksår som vårdskada. Att mäta och följa trycksårsförekomst är därför en viktig del i ett strategiskt patientsäkerhetsarbete.

Kategori	Beskrivning		Antal i riskbedömning	
			2021	2020
Kategori 1	Hudrodnad som inte bleknar vid tryck	2022 10	23	31
Kategori 2	Delhudsskada t ex sår med rosa botten, blåsa	2	11	13
Kategori 3	Fullhudsskada; sår där subkutan fett är synligt men ben, sena, muskel syns inte	4	3	5
Kategori 4	Djup fullhudsskada; sår som involverar ben, sena eller muskel	1	2	4

Vanliga åtgärder är:

- Minska nattfasta till max 11 timmar
- Bedömning av huden en gång per dag eller oftare
- Mellanmål
- Hjälpmedelsförskrivning
- Hudvård
- Regelbundna lägesändringar
- Kroppspositionering i säng/stol
- Bruk av tryckavlastande hjälpmedel
- Beräkning av kosten
- Konsistensanpassning
- Näringsdryck

Undernäring

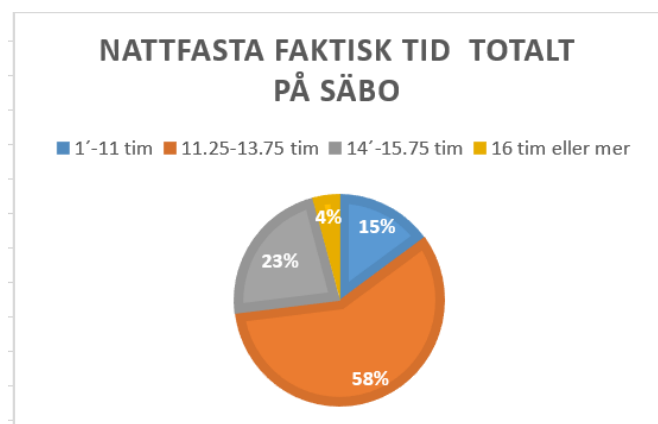
Sedan 2019 har vård och omsorg arbetat enligt MAS riktlinje för nutrition som bygger på socialstyrelsens rekommenderade sätt att arbeta med nutrition. Man kan se en svag minskning av antalet personer med ett BMI mindre än 22 och det samma gäller personer med ofrivillig viktninskning. Minskningen är dock så pass liten att bedömningen är att de åtgärder som gjorts inte är tillräckliga

År	BMI mindre än 22 Antal personer	Ofrivillig viktninskning Antal personer
2019	96	115
2020	98	132
2021	94	107
2022	84	96

En av de vanligaste orsakerna till undernäring som uppges är mer än 11 timmars dygnsfasta. Då detta gäller patienter boende på särskilt boende är dygnsfastan något verksamheten i hög grad styr över. Ingen kan tvinga någon att äta, men verksamheten styr över när mat erbjuds, hur maten ser ut och hur mycket motiverande arbete som görs för att få alla att äta. Enligt Socialstyrelsen är det inte lämpligt att nattfastan är längre än 10–11 timmar.

Under ett flertal år har 11 timmars nattfasta funnits med som en av de vanligaste åtgärderna för både att undvika undernäring och trycksår. Då antalet med risk för undernäring fortsatt ligger högt gjordes under hösten på MAS initiativ en egenkontroll gällande nattfasta på vård och omsorgsboende och korttiden. MAS skickade ut ett formulär där omvårdnadspersonal fyllde i dels när patienten åt och även när patienten erbjöds mat, men tackade nej. Formulären skickades tillbaka till MAS som sammanställde resultatet. Patienter i livets slut och patient med sondnäring undantogs från mätningen. Varje enhetschef har fått ett resultat för sin verksamhet att arbeta med.

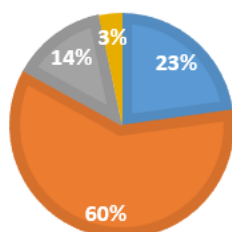
Resultat från egenkontroll nattfasta



Endast 15 procent av patienterna på vård och omsorgsboendena i Eslöv har en nattfasta som är 11 timmar eller mindre. Fyra procent har en nattfasta som överstiger 16 timmar.

NATTFASTA ERBJUDEN MAT MEN TACKAT NEJ

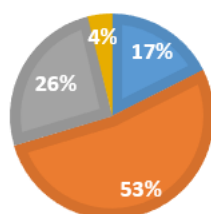
■ 1'-11 tim ■ 11.25-13.75 tim ■ 14'-15.75 tim ■ 16 tim eller mer



Även om vi räknar med att vi erbjudit mat, men patienten tackat nej, så är det enbart 23 procent som har en nattfasta som är 11 timmar eller mindre. Tre procent har en nattfasta som är längre än 16 timmar.

NATTFASTA PATIENTER MED BEDÖMD RISK FÖR UNDERNÄRING

■ 1'-11 tim ■ 11.25-13.75 tim ■ 14'-15.75 tim ■ 16 tim eller mer



Av de patienter som i senior alert bedömts ha risk för undernäring så är det enbart 17 procent som har en nattfasta som är 11 timmar eller kortare. Även i denna grupp har fyra procent en nattfasta som är 16 timmar eller längre.

Då Socialstyrelsen rekommenderar att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar och den vanligaste tiden för nattfasta inom vård och omsorgsboende är från 11 timmar och 15 minuter till 13 timmar och 45 minuter så är här ett stort arbete att göra. Förutom att enhetschefer och sjuksköterskor är informerade om resultatet så är kvalitetscontrollern och måltidsutvecklaren på serviceförvaltningen informerad om resultatet. Tanken är att vi under 2023 ska kunna genomföra gemensamma åtgärder för att åtgärda detta problem.

När det gäller de patienter som redan är bedömda som riskpatienter enligt senior alert så blir det högprioriterat att göra individuella bedömningar och åtgärder för att omgående minska nattfastan.

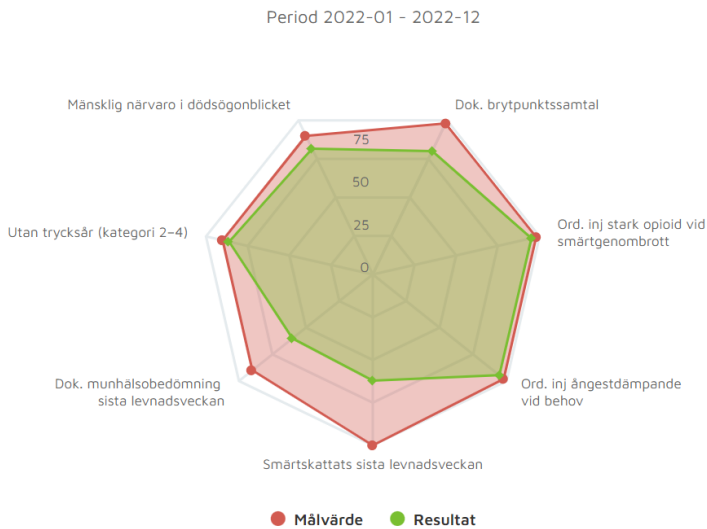
Ny egenkontroll gällande nattfastan kommer att genomföras hösten 2023.

Munhälsa

I 2022 års mätningar har 87 personer munhälsoproblem av grad 2 och 3. Enligt 2021 års mätning visade detta 84 personer. Förutom att det ger smärta med munhälsoproblem så hänger det kraftigt samman med undernäring. Att äldre har en så god mun och tandstatus som möjligt är viktigt. Vård och omsorg behöver här se över hur vårt samarbete med Oral Care kan förbättras, samt säkerställa kunskapsnivån hos omvårdnadspersonal gällande munhälsa.

Palliativ vård

Det är viktigt för både patient och anhöriga att vården i livets slut blir god. Syftet med palliativregistret är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos eller vårdgivare. Genom att föra in svar på frågor kring varje avlidne patient visas det i diagram hur den palliativa vården kopplat till Socialstyrelsens indikatorer kring palliativ vård bedrivs. Socialstyrelsen upprättar viktiga indikatorer som vårdgivaren ska mäta mot och de anger också ett målvärde som ska uppnås.



Sedan 2017 har Eslövs kommun arbetat extra med kvalitetsindikatorerna smärtskattning och munhälsa. Detta är indikatorer som gäller omvårdnad och alltså ligger under sjuksköterskans direkta ansvarsområde.

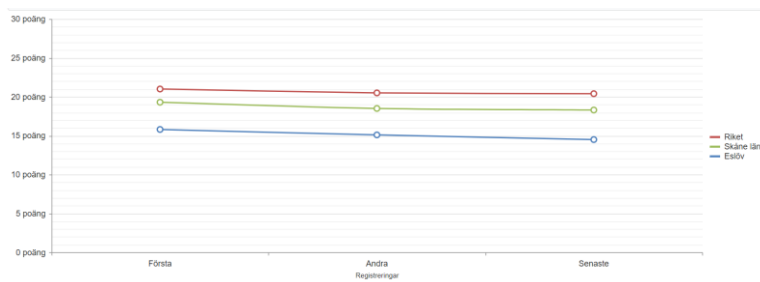
Indikatorer	Värde 2017 mot målvärde (%)	Värde 2018 mot målvärde (%)	Värde 2019 mot målvärde (%)	Värde 2020 mot målvärde (%)	Värde 2021 mot målvärde (%)	Värde 2022 mot målvärde (%)
Smärtskattning	30	75	62	51	54	62
Munhälsa	45	65	60	59	62	60

En nedåtgående trend ses sedan uppgången 2018. Värdena är fortsatt bättre än vid start 2017 och en viss uppåtgående trend kan ses gällande smärtskattning. När det gäller munhälsa ses ingen

större förändring över tid. Under 2023 kommer ett förbättrat arbete med vård av patienter i livets slut att vara prioriterat.

BPSD registret

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar någon gång 90 procent av alla med demenssjukdom. Symtomen kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnsvårigheter. Dessa symtom orsakar ett stort lidande för framför allt personen med demenssjukdom, men också för närstående. Syftet med BPSD registret är att, genom tvärprofessionella vårdåtgärder, minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD. Arbete med BPSD-registret sker på vård och omsorgsboende men framför allt på Kärråkra demensboende.



Det sker ett stort arbete med BPSD registreringar och det tas fram handlingsplaner på individnivå efter det resultat som fås från mätningarna. De låga poäng som fås i mätningarna visar på bra resultat av de handlings- och bemötandeplaner som tas fram för individen.

Rikssår

Beslut har fattats inom vård och omsorg att gå in i det nationella kvalitetsregistret Rikssår under 2020. Tyvärr har det på grund av pandemin inte funnits möjlighet att ansluta till en nytt kvalitetsregister. Under 2022 har vi avvaktat att gå med, då vi inväntar det nationella vårdprogrammet för svårsläkt sår och vad det programmet innebär för samverkan mellan kommunen och vårdcentralen gällande svårsläkt sår. Detta förväntas vara klart under våren 2023.

Basala hygienrutiner

Vård och Omsorg deltog under våren 2022 i SKR:s årliga punktprevalensmätning gällande basala hygienrutiner och klädregler. Denna mätning är en viktig indikation på efterlevnaden av basala hygienrutiner i verksamheten.

Vård och omsorg har haft en bra utveckling gällande efterlevnad av basala hygien rutiner. År 2020 hade endast 18 procent av de observerade medarbetarna korrekt utförd efterlevnad i samtliga åtta steg av basala hygienrutiner och klädregler. Vid extra mätning hösten 2020 så hade efterlevnaden av samtliga åtta steg stigit till 62 procent. Det låg kvar på 62 procent i mätningen våren 2021, men har tyvärr sjunkit till 55 procent i mätningen våren 2022. Även om denna sänkning av efterlevnaden är lite oroväckande så är ändå efterlevnaden betydligt mycket bättre än vid mätningen 2020.

En egenkontroll av efterlevnad har påbörjats under hösten 2022. Egenkontrollen genomförs i form av en nulägesbedömning. Efter denna nulägesbedömning ska handlingsplaner upprättas. MAS kommer att följa upp arbetet med handlingsplanerna genom besök i verksamheterna under hösten 2023.

Ett dokument för självskattning av efterlevnad av basala hygienrutiner har tagits fram. Detta dokument kan enhetschef använda inför samtal med arbetsgruppen om basala hygienrutiner.

Vad	Eslövs värde (%) Våren 2021	Riket (%) Våren 2021	Eslövs värde (%) Våren 2022	Riket (%) Våren 2022
<i>Basala hygienrutiner</i>				
Korrekt användning av förkläde	95	92	85	89
Korrekt användning av handskar	99	98	100	97
Desinfektion av händer efter	92	94	80	94
Desinfektion av händer före	71	82	71	79
Samtliga fyra korrekt basala hygienrutiner	64	74	Ej samman Ställt av SKR	Ej samman Ställt av SKR
<i>Klädregler</i>				
Kort/ uppsatt hår	95	99	100	97
Korta rena naglar	100	98	96	97
Fria armar	96	98	100	96
Korrekt arbetsdräkt	100	98	100	97
Samtliga fyra korrekt klädregler	92	92	96	91
<i>Korrekt samtliga åtta rutiner och regler</i>	62	68	55	64

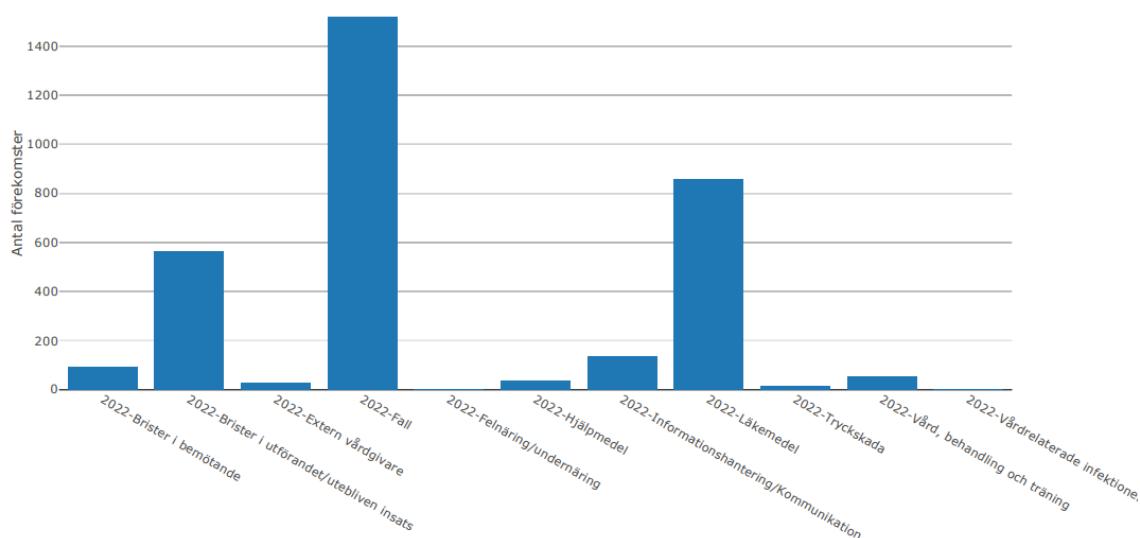
Avvikelser

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

Hälso-och sjukvårdspersonal ansvarar för att identifiera, dokumentera och rapportera händelser (avvikelser). Mottagare av rapporterade händelser är respektive chef som beslutar om fortsatt hantering av händelsen. Om händelsen avser en risk för allvarlig vårdskada eller

allvarlig vårdskada informeras medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som utreder avvikelser vidare. Om utredningen visar att det handlar om risk för allvarlig vårdskada eller en allvarlig vårdskada anmäler MAS händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria

Under 2022 har det anmälts 2644 avvikelser gällande vårdskador, detta jämfört med 2021 då 3451 avvikelser redovisades. Det finns ingen tydlig förklaring till denna minskning av avvikelser. Det kan möjligen bero på att nytt avvikelssystem infördes 2021 och att det finns en okunskap kring hur man anmäler. Utbildningar i avvikelssystemet har genomförts under 2022, så en utvärdering sker under 2023.



Avvikelser läkemedel och fall

	2022	2021	2020	2019	2018
Läkemedel	860	785	932	1328	1546
Fall	1518	1594	1481	1958	1784

Läkemedel

Under våren 2019 infördes digital signering för att säkerställa att patienter fick sin ordination korrekt utförd och vid rätt tillfälle. Användningen av digital signering har fortsatt sedan dess. Andelen avvikelser gällande läkemedel hade 2021 sjunkit med 49 procent sedan 2018. Tyvärr har andelen avvikelser mellan 2021 och 2022 åter ökat med 9 procent. Detta trots att antalet avvikelser totalt minskat kraftigt. Trots en fortsatt hög andel avvikelser gällande läkemedel så har införandet av digital signering visat sig vara en bra kvalitetshöjning för patienten som nu i betydligt högre grad får sina hälso- och sjukvårdsordinationer utförda vid rätt tillfälle.

Digital signering fungerar i realtid vilket ställer stora krav på den legitimerade personalen som ska se till att signeringslistor är korrekta och att de omgående korrigeras vid förändringar.

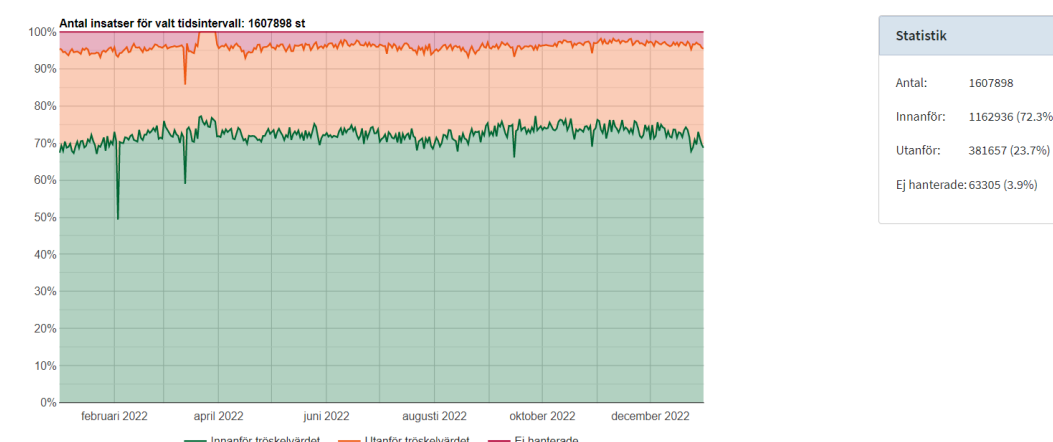
Tidigare kan en muntlig instruktion ha getts och sedan har uppföljning skett genom att signeringslistan fyllts i, i efterhand. Om det idag inte finns någon signeringslista i systemet så genereras en avvikelse. Alla brister gällande läkemedel och ordinationshandlingar syns omgående och genererar avvikelser. Bedömningen är att avvikelser som tidigare varit ett mörkertal nu dokumenteras då bristen syns direkt i det digitala systemet. Därför har vi en större minskning av de ursprungliga avvikelserna än vad vi kan se, men vi har däremot fått till nya sorters avvikelser gällande läkemedel. Ett fortsatt arbete pågår för att även komma tillrätta med dessa avvikelser.

Konstateras kan att 72 procent av samtliga ordinationer och instruktioner utförs korrekt. 75 procent hanteras korrekt inom vård och omsorgsboende, 75 procent inom LSS och socialpsykiatri och 66 procent inom hemvården. Vård och Omsorg hanterade 1,6 miljoner ordinationer under 2022. Av dessa utfördes drygt 1,1 miljoner ordinationer helt korrekt. Tyvärr finns det en viss minskning av korrekt utförda ordinationer mellan 2021 och 2022. Då det även fanns en minskning mellan 2020 och 2021 så är detta en oroväckande tendens.

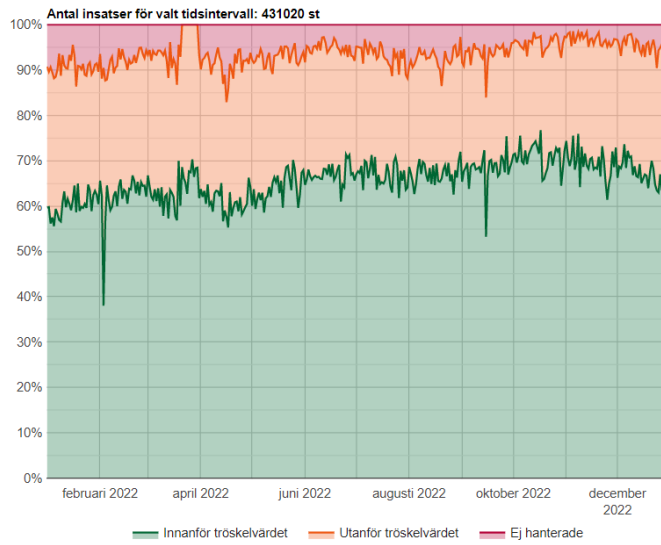
Ungefär 24 procent av samtliga ordinationer hanteras utanför ordinerad tidsram. Detta är ett problem som vi sett enda sedan starten. MAS har löpande informerat enhetschefer om denna problematik och att den behöver hanteras. Vid kontroller har det visat sig att väldigt mycket är ett hanteringsfel där delegerad personal inte följer den rutin som finns för signering. Delegerad personal signerar inte i samband med administrering av läkemedel, utan signerar i efterhand administreringen till samtliga patienter. Detta innebär en stor patientsäkerhetsrisk.

Knappt fyra procent av ordinationerna är ej utförda. Vid stickprov för kontroll av detta har det visat sig att detta i stor utsträckning är patienter som är bortresta eller på sjukhus. Detta skulle förts in i det digitala signeringssystemet, men har inte gjorts.

Vård och omsorg totalt



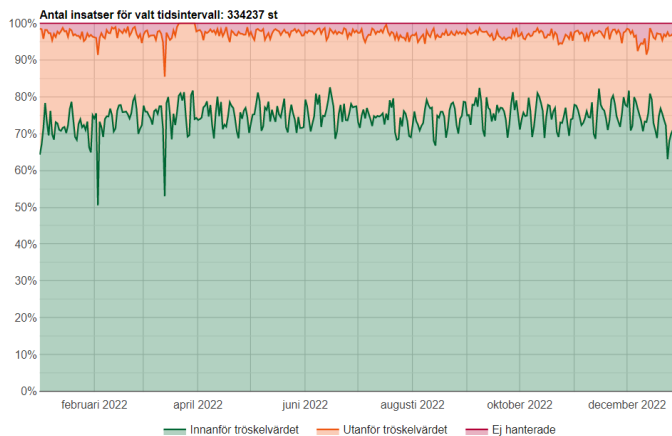
Hemvården



Statistik

Antal:	431020
Innanför:	284338 (66%)
Utanför:	119800 (27.8%)
Ej hanterade:	26882 (6.2%)

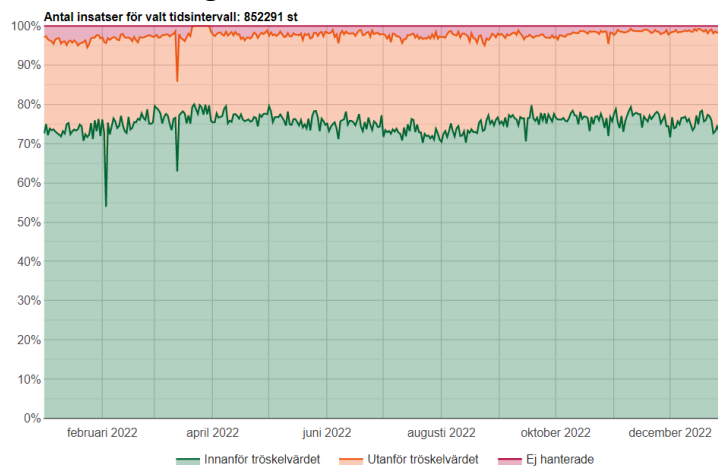
LSS och socialpsykiatri



Statistik

Antal:	334237
Innanför:	249199 (74.6%)
Utanför:	75217 (22.5%)
Ej hanterade:	9821 (2.9%)

Vård och omsorgsboende



Statistik

Antal:	852291
Innanför:	641553 (75.3%)
Utanför:	190429 (22.3%)
Ej hanterade:	20309 (2.4%)

Förvaring av läkemedel

Läkemedel ska enligt Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:37 12 kap 1§ förvaras i låst utrymme, oåtkomligt för obehöriga. Under 2022 har läkemedelsskåp med digitalt lås installerats i hela verksamheten. Detta innebär att alla läkemedel är inlåsta och enbart sjuksköterskor och delegerad personal har åtkomst till läkemedel. Från 2022 efterlever vi därmed Socialstyrelsens krav på läkemedelsförvaring.

Extern läkemedelsgranskning

Enligt Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:37 4 kap 3§ ska vårdgivaren säkerställa hanteringen av läkemedel i verksamheten genom en extern granskning. Under 2022 genomfördes en extern granskning inom vård och omsorg. Granskningen genomfördes av Apoteket AB. Generellt sett visar granskningen att vi har en god ordning gällande hanteringen av läkemedel. Den kritik vi fick var bland annat att det saknades lokala rutiner i verksamheten gällande beställning av läkemedel. Detta är nu infört i hela verksamheten. För att lösa en del övrig kritik kommer MAS, ansvarig sjuksköterska och respektive enhetschef i verksamheten att skapa handlingsplaner för dessa. Detta arbete kommer att ske under 2023.

Fall

Antal personer i Sverige (65 år och äldre) per 100 000 invånare med minst en vårdkontakt i slutet eller öppen specialiserad vård **till följd av fallolycka** år 2020. Uppdelat på boendeform och ålder.

Ålder 65-95 ⁺	Ordinärt boende utan hemtjänst	Ordinärt boende med hemtjänst	Särskilt boende	Annat boende
Antal	2878	1516	536	13

Tabell 1 Fallolyckor i slutet eller öppen specialiserad vård, per boendeform och åldersgrupp. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. * Inklusive personer med enbart trygghetslarm.

En vanlig orsak till att en person flyttar till särskilt boende är att han eller hon har fallit upprepade gånger, ofta som konsekvens av både fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar. Många i särskilt boende har en demenssjukdom som i sig innebär hög risk för fall och skador. Patienter på rehabiliterings- eller psykiatrisk avdelning har högst fallrisk. I tabellen nedan visas antal fallhändelser per person och år för olika boendetyper och sjukhusavdelningar. (SKL 2011).

Detta avser alltså en **normalvariation** av fall.

	Ordinärt boende	Särskilt boende	Geriatrisk rehabiliteringsavdelning	Psykiatrisk avdelning
Fall per person och år	0,2 – 1,0	2,0 – 4,3	2,0 – 6,5	4,0 – 6,2

Frekvens av fallhändelser beräknat som fall per personår. Siffrorna anger spridningen (minimum-maximum) av data från flera studier

Särskilt boende

En fallfrekvens på 2,0–4,3 fall per personår (se tabellen ovan) innebär för ett särskilt boende med cirka 50 personer att det sker en fallhändelse *varannan eller var tredje dag*. Ungefär två av tre boende faller någon gång varje år och hälften av dem faller fler än en gång. Det finns också personer som faller mer frekvent. I en studie från Sverige rapporteras att tjugo procent föll tio gånger eller fler under ett år.

	Fallindex (fall/platser)		
Vård- och omsorgsboende/ år	2020	2021	2022
Bergagården	4,3 (90/48)	3,8 (184/48)	3,4 (165/48)
Gjutaregården	2,3 (88/38)	2,2 (82/38)	1,9 (72/38)
Solhällan	3,75 (180/48)	2,75 (132/48)	2,1 (102/78)
Trollsjögården	1,4 (79/56)	1,5 (83/56)	1,6 (87/56)
Kärråkra	3,4 (190/56)	3,6 (202/56)	3,2 (180/56)
Ölycke boende	3,5 (32/9)	3,1 (28/9)	2,4 (22/9)
Ölycke korttid	3,8 (85/22)	2,2 (48/22)	3,5 76/22)
Vårlöken	2,3 (26/11)	2,5 (28/11)	1,1 (12/11)

Analys

Bergagården har minskat sin fallfrekvens under 2022. Trots det har Bergagården en högre fallfrekvens än övriga boenden. Här står tre personer för drygt 30 procent av fallen (varav en för 28 stycken).

Demensboendet på Kärråkra bedöms tillhöra kategorin *”Psykiatrisk avdelning”*. Som demensboende är det enligt forskningen förväntat att ha ett högre fallindex än övriga särskilda boenden. Kärråkra demensboende har, trots detta, minskat fallfrekvensen under året. Även här står ett fåtal patienter för många fall. Under 2022 har fyra patienter stått för 42 % av fallen.

Ölycke korttidsavdelning har under året ökat sin fallfrekvens. På rehabiliteringsavdelning är andelen fall ofta hög. En trolig anledning är att det på Ölycke korttidsavdelning, i regel, finns patienter som av olika anledningar inte kan återgå direkt till sitt hem efter avslutad sjukhusvistelse. Det faktum att de inte vårdas i sin kända miljö också utgör en förhöjd risk för fall. I ny och ovan miljö ökar risken för fall.

Fallpreventiva åtgärder med evidensbaserad effekt

Fallpreventiva åtgärder med evidensbaserad effekt på fallrisk har identifierats för hemmaboende äldre och äldre i särskilt boende.

- För *hemmaboende äldre* identifieras **tre** fallpreventiva åtgärder med evidensbaserad effekt:

- 1) Fysisk träning
- 2) Omgivningsanpassning (inklusive hjälpmedel)
- 3) Broddar på vinterväglag.

- För äldre i särskilt boende identifieras **en** fallpreventiv åtgärd med evidensbaserad effekt:

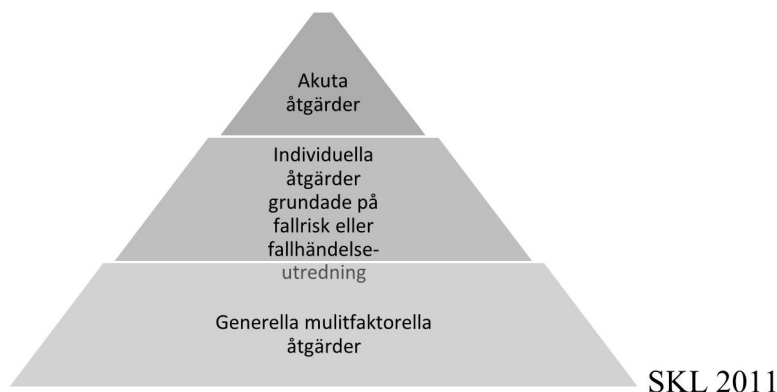
Multifaktoriella åtgärder

Det finns en stor avsaknad av vetenskapliga studier på effekter av fallpreventiva åtgärder för äldre i särskilt boende. Dessa äldre är ofta multisjuka med komplexa behov till följd av fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar. Detta gör dem till en svår ”studiepopulation”, vilket dels påverkar antalet studier som utförs och dels möjligheten att dra generella slutsatser om effekter på fallrisk utifrån tvetydiga resultat. Dessa faktorer påverkar möjligheterna att inkludera åtgärder för äldre i särskilt boende i rapportens kostnadseffektivitetsanalyser.

Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd?

Det kan finnas stora kostnadsbesparingar att uppnå till följd av fallprevention, både ur ett kommunalt perspektiv och ur ett kombinerat kommunalt och regionalt perspektiv.

Kostnadsbesparingar kan möjliggöras genom att arbeta fallpreventivt för hemmaboende äldre **innan** de råkar ut för en fallskada, eller av annan anledning har behov av exempelvis kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. Övergripande överväger kostnadsbesparingarna som uppnås genom minskade fallolyckor de kostnader som tillkommer av att implementera åtgärderna



Inom vård och omsorg arbetar vi tvärprofessionellt med multiprofessionella åtgärder kring de riskfaktorer som uppmärksammas. Detta gör vi bland annat i kvalitetsregistret Senior Alert. Detta innebär att risker identifieras, åtgärder planeras i teamet, genomförs och följs upp regelbundet. Förebyggande arbete bedrivs både individuellt och i grupp.

Fall registreras i avvikelssystem och analyseras av fysioterapeut och tas upp i teamet vid regelbundna möten. Här försöker man även se om det finns strukturella felkällor som utgör en ökad risk för patientsäkerheten och rapporterar i så fall dessa i avvikelssystem för vidare analys och åtgärder.

Framtida behov

Det finns olika övergripande åtgärder att göra. Tydligast framstår behovet av utbildning till omvårdnadspersonal i fallrisk.

Förflyttningsombud

Under hösten påbörjades en utbildning av förflyttningsombud på vård- och omsorgsboenden.

Förflyttningsombuden får en fördjupning av den förflyttningsutbildning som är obligatorisk för alla undersköterskor som verkar inom vård och omsorg.

Utbildningen innehåller:

- grundläggande förflyttnings teknik
- kraftriktningar
- ergonomi.
- bemötande, särskilt kring personer med kognitiv svikt
- pedagogik och kunskap hur man kan sprida kunskap vidare i arbetsgruppen

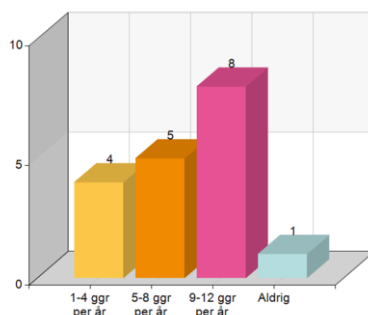
Resultat av arbetet med avvikelser

Enligt MAS riktlinje ska enhetschef ta upp avvikelser med medarbetargruppen en gång per månad då även åtgärder tas fram. Flertalet av enhetscheferna tar upp avvikelser 9-12 gånger per år, vilket är en förbättring från 2021 då flertalet tog upp avvikelser 5-8 gånger per år. Det finns dock några enhetschefer som inte tar upp detta mer än 1-4 gånger per år. En chef tar aldrig upp frågan, vilket är ett kraftigt avsteg från riktlinjen. Här finns en förbättringspotential då återkoppling till medarbetargruppen, som skrivit avvikelserna, är oerhört viktig. Samtalet med medarbetargruppen kring avvikelser är grunden till det förbättringsarbete som avvikelserna ska leda till.

Hur ofta har du pratat med arbetsgruppen kring avvikelser (en episod på 10 min krävs för att det ska räknas som en gång) under 2022?

Namn	Antal	%
1-4 ggr per år	4	22,2
5-8 ggr per år	5	27,8
9-12 ggr per år	8	44,4
Aldrig	1	5,6
Total	18	100

Svarsfrekvens
100% (18/18)

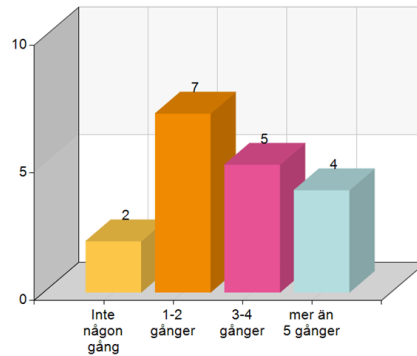


De flesta enhetschefer upplever att verksamheten har utvecklats genom arbetet med avvikelser, men i mindre grad än föregående år. Till skillnad från 2021 så är det några enhetschefer som inte upplevt att arbetet med avvikelser utvecklat verksamheten.

Hur många gånger under 2022 har arbetet med avvikelser lett till ett förändrat arbetssätt i din verksamhet?

Namn	Antal	%
Inte någon gång	2	11,1
1-2 gånger	7	38,9
3-4 gånger	5	27,8
mer än 5 gånger	4	22,2
Total	18	100

Svarsfrekvens
100% (18/18)



De förändringar i arbetssätt som enhetscheferna tar upp är:

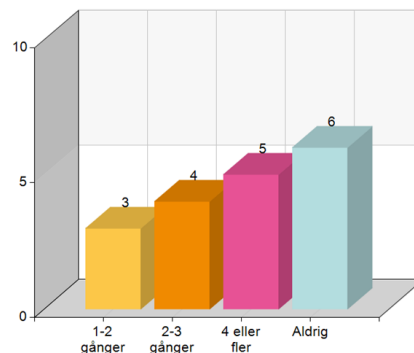
- bättre följsamhet till riktlinje/rutin
- ökat teamsamarbete
- arbete med att förbättra kommunikationen,
- tydliggöranden i rutiner så att inget kan missförstås
- nya rutiner som man upptäckt saknades
- bättre individanpassade insatser för brukarna

Enligt riktlinje ska verksamhetschef lyfta frågan om avvikelser med enhetscheferna två gånger per år. Detta för att hitta lösningar på aggregerad nivå för att förhindra upprepningar av avvikelser. Här har vi fortsatt ett område som kan utvecklas då flera chefer inte haft något möte alls med sina kolleger gällande att lyfta avvikelser på aggregerad nivå.

Hur ofta har du under 2022 haft ett planerat möte med dina kolleger för samtal om avvikelser?

Namn	Antal	%
1-2 gånger	3	16,7
2-3 gånger	4	22,2
4 eller fler	5	27,8
Aldrig	6	33,3
Total	18	100

Svarsfrekvens
100% (18/18)



Klagomål och synpunkter

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

En viktig del i förvaltningens systematiska kvalitetsarbete är att ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Närmast ansvarig chef ansvarar för kvalitetsförbättring inom sitt ansvarsområde och är skyldig att löpande behandla inkomna synpunkter och klagomål. Inkomna synpunkter och klagomål som är kopplade till enskilda patienter och som avser uteblivna insatser eller som inte överensstämmer med en enskild individs vård- och omsorgsplanering, fastställda rutiner eller vad som är förenligt med lag och föreskrift rapporteras som en avvikelse. Kvalitetsbrister och andra synpunkter på vården hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

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



Vård och omsorg har tagit fram en kompetensförsörjningsplan för att säkerställa kunskap och kompetens till verksamheterna framöver. I detta arbete förekommer också ett arbete med att fördela arbetsuppgifter på ett bra sätt. En del i detta är att avlasta de legitimerade grupperna med undersköterskor. I och med att dessa undersköterskor arbetar nära den legitimerade personalen så blir det lättare för den legitimerade personalen att utbilda undersköterskor samt följa upp utförda uppgifter. Tanken att alla ska kunna göra allt behöver åter prövas i takt med allt mer avancerad hälso- och sjukvård kommer att bedriva i hemmet framöver. Att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser kräver mer utbildning än vad som kan ges i delegeringssituationer.

Hälso- och sjukvårdskunskap bland omvårdnadspersonal

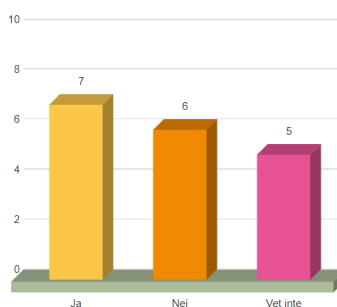
Anser du att kunskapsnivån gällande hälso- och sjukvård är tillräcklig i din personalgrupp?



Namn	Antal	%
Ja	7	38,9
Nej	6	33,3
Vet inte	5	27,8
Total	18	100

Svarsfrekvens

100% (18/18)



Vid en förfrågan till enhetscheferna framkommer det en osäkerhet kring hälso- och sjukvårdskompetensen hos medarbetarna. Av arton tillfrågade enhetschefer anser sex chefer att personalen inte har tillräckliga hälso- och sjukvårdskunskaper samtidigt som fem av arton

enhetschefer inte vet om kunskaperna är tillräckliga. Detta innebär att elva av arton tillfråga chefer inte tycker att personalen har tillräckliga kunskaper eller inte vet om de har tillräckliga kunskaper. På fråga kring var man som chef anser att det brister så svarar cheferna att det är de grundläggande kunskaperna som brister, att det brister när vikarier är inne och att det brister i att känna till konsekvenser i vad som kan inträffa för patienten om man gör fel. På frågan om hur man ska åtgärda detta så svarar cheferna att det behövs kurser, utbildningar som genomförs av sjuksköterskor och en större pool så att man inte behöver ta in vikarier.

Enhetschefernas lösningar är stabil personalgrupp inom alla personalkategorier, mer utbildning och utökade resurser gällande personal.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

Efter två år med pandemi så har nu arbetet med det långsiktiga och strategiska patientsäkerhetsarbetet åter kommit igång. Det gäller att prioritera vad som ska startas upp, då det är många saker som behöver startas upp.

Att löpande mäta resultat via egenkontroller har påbörjats under 2022. Det behövs en strategi gällande egenkontrollerna, så att vi håller i och fortsätter mäta tills vi nått det resultat vi önskar. Egenkontroller är ett utmärkt sätt att kontrollera efterlevnad av riktlinjer.

Den höga omsättningen bland sjuksköterskor och att verksamheten i så hög grad som den gör, bemannas med bemanningssjuksköterskor är ett problem för utvecklingen av ett strategiskt och långsiktigt patientsäkerhetsarbete. Den legitimerade personalen är grunden i detta arbete och för att nå bra resultat så behövs en stabil grupp.

Grunden för patientsäkerhetsarbetet under 2023 kommer att vara det fortsatta arbetet med Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2021-2024 ”Agera för säker vård”.

Det gemensamma arbetet med region Skåne gällande God och Nära vård kommer också att fortsättningsvis vara en viktig del under 2023.

Mål för 2023

Mål	Metod	Mätning
Ökad efterlevnad av basala hygienrutiner	• Utbildning via webbplattform • Nyuppstart av hygienombud • Handlingsplaner enligt egenkontroll	• SKR:s ppm basala hygienrutiner • Utvärdering av handlingsplaner • Nulägesanalys enligt egenkontroll
Utveckling av dokumentationen	• Kollegiala granskningar • Utvecklat arbete i dokumentationsgruppen	• Kollegers bedömning • MAS och MARs granskning av slumpvis utvalda journaler
Kvalitetsarbete gällande nutrition	• Kvalitetsregistret Senior Alert • Egenkontroll nattfasta	• Journalgranskning • Följa resultat i senior Alert • Handlingsplaner efter egenkontroll nattfasta
Minskning av antalet patienter med trycksår samt minskning av antal sår	• Utbildning • Kvalitetsregistret Senior Alert	• Följa resultat i senior Alert • Egenkontroll
Utveckling av vård i livets slut	• Information • Utbildning	• Kvalitetsregistret Palliativregistret • Journalgranskning
Lokala vårdprogram inom rehabilitering	• Inventering av behov • MAR fördelar ansvar	• Färdigskrivna publicerade vårdprogram

**Information om tillsyn av alkoholservering,
försäljning av tobaksvaror, folköl samt handel
med vissa receptfria läkemedel**

6

VoO.2023.0149

2023-03-16
Otto Graudums
+4641362155
otto.graudums@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Tillsynsverksamhet

Ärendebeskrivning

I anledning av att en ny mandatperiod har inletts föreligger skäl att informera Vård- och omsorgsnämnden om regleringen av den tillsynsverksamhet som nämnden utövar gentemot innehavare av serveringstillstånd samt försäljningsställen avseende tobak, folköl samt vissa receptfria läkemedel.

Beslutsunderlag

Kommunens tillsyn av alkoholservering samt försäljningsställen avseende folköl, tobak och vissa receptfria läkemedel

Beredning

Redogörelse för aktuella regelverk samt tillsynsformer med mera framgår av bilagt underlag.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att lägga informationen till handlingarna.

Beslutet skickas till

Akten

Otto Graudums
Utredningssekreterare

Josef Johansson
Förvaltningschef

2023-03-16
Otto Graudums
+4641362155
otto.graudums@eslov.se

Kommunens tillsyn av alkoholservering samt försäljningsställen avseende folköl, tobak och vissa receptfria läkemedel

Alkoholservering

Enligt 9 kap 2 § alkohollagen (2010:1622) har kommunen och Polismyndigheten tillsyn över efterlevnaden av de bestämmelser som gäller för servering av alkoholdrycker. Kommunen ska upprätta en tillsynsplan.

Av 9 kap 1 § framgår att länsstyrelsen har tillsyn inom länet. Det innebär att länsstyrelserna utövar tillsyn över kommunernas verksamhet inom alkoholområdet.

Tillsynsformer

Yttre tillsyn

Med yttre tillsyn avses fysiska tillsynsbesök som genomförs genom besök på serveringsställena. Vid tillsynsbesök kontrolleras främst följande;

- Att utsedd serveringsansvarig person finns på plats. Personen ska ha fyllt 20 år och vara anmäld som serveringsansvarigt till kommunen.
- Att ordning och nykterhet råder på serveringsstället. Märkbart påverkade personer får inte vistas på serveringsstället. I begreppet ordning och nykterhet ligger även att serveringsställets bord städas från tomma flaskor, eventuellt glaskross avlägsnas från golv etc. samt toaletter hålls i ordnat skick.

- Att matutbudet håller godtagbar standard. Utbudet ska vara varierat och bestå av lagad eller på annat sätt tillredd mat.
- Att måttfullhet iakttas vid marknadsföringen av alkoholdrycker. Marknadsföringen får exempelvis inte vara påträngande eller dominerande.
- Att prissättningen på alkoholdrycker uppfyller alkohollagens regler. Exempelvis är mängdrabatt på alkohol inte tillåtet. Lägsta tillåtna prissättning uppgår till inköpspriset plus 25 procent.

Samordnad tillsyn

Samordnad tillsyn innebär att kommunen genomför tillsynsbesök tillsammans med någon annan myndighet. Vanligtvis medverkar Polisen, Skatteverket eller kommunens livsmedelsinspektör.

Inre tillsyn

Inre tillsyn innebär att kommunen inhämtar uppgifter från Polisen och Skatteverket gällande tillståndshavarnas personliga och ekonomiska lämplighet. Uppgifterna motsvarar vad som inhämtas i samband med handläggning av tillståndsärenden.

Förebyggande tillsyn

Förebyggande tillsyn syftar till att förbättra tillståndshavarnas förutsättningar att efterleva alkohollagens bestämmelser i sina verksamheter. Det innebär att erbjuda tillståndshavarna möjlighet att delta i utbildningar samt att kommunens tillståndsverksamhet håller sig tillgänglig för att besvara tillståndshavarnas frågor kring serveringstillstånd och de regler som gäller för respektive verksamhet.

Sanktioner

Av förarbetena till alkohollagen framgår att tyngdpunkten i kommunens arbete bör ligga på rådgivande och förebyggande verksamhet. Vidare uttrycks att det genom denna rådgivande verksamhet bör kunna undvikas att administrativa tvångsmedel tillämpas annat än i begränsad omfattning.

Erinran och varning

Enligt 9 kap 17 § alkohollagen får kommunen meddela en innehavare av serveringstillstånd en erinran, eller i allvarligare fall eller vid upprepade överträdelser, en varning om denne inte uppfyller de krav som gällde för tillståndets meddelande. Sanktionerna kan även meddelas om tillståndshavaren inte följer de bestämmelser som gäller för servering enligt alkohollagen eller de villkor eller föreskrifter som meddelats med stöd av lagen.

Återkallelse av serveringstillstånd

Av 9 kap 18 § alkohollagen följer att en kommun ska återkalla ett serveringstillstånd i följande fall:

- Om tillståndet inte längre utnyttjas.
- Om det med tillståndshavarens vetskap har förekommit brottslig verksamhet på serveringsstället eller i anslutning till detta utan att tillståndshavaren har ingripit.
- Om tillståndshavaren har brutit mot alkohollagen eller vad som i övrigt gäller för tillståndet på ett sådant sätt att varning inte är en tillräckligt ingripande åtgärd.
- Om det har tilldelats en eller flera varningar utan att de förhållanden som föranlett varningen har rättats till.

Detaljhandel med folköl

Enligt 9 kap 2 § alkohollagen har kommunen och Polismyndigheten tillsyn över detaljhandel med folköl.

Försäljning av folköl omfattas av anmälningsplikt. Detta innebär att en verksamhet som ska tillhandahålla folköl endast behöver anmäla verksamheten till kommunen. Något tillstånd krävs inte för denna verksamhet.

Tillsyn

Kommunen utövar tillsyn över försäljning/servering av folköl genom fysiska tillsynsbesök. Vid tillsynsbesök kontrolleras följande;

- Att verksamheten har rutiner för ålderskontroll (egenkontrollprogram) samt skyltning om gällande åldersgräns

- Att försäljningen sker i kombination med livsmedel i den omfattning som alkohollagen föreskriver.

Sanktioner

Om detaljhandel med folköl föranleder olägenheter i fråga om ordning och nykterhet eller om bestämmelserna i alkohollagen inte följs får kommunen, enligt 9 kap 19 § alkohollagen, förbjuda den som bedriver försäljningen att fortsätta verksamheten. Om förbud är en alltför ingripande åtgärd får kommunen meddela en varning. Förbud meddelas för en tid av sex månader eller, vid upprepade eller allvarlig försummelse, tolv månader räknat från det att den som bedriver försäljningen fick del av beslutet.

Tobaksvaror

Detalj- och partihandel med tobaksvaror är sedan 2019 en tillståndspliktig verksamhet. Handel med tobaksvaror regleras i lag (2018:2088) om tobak och liknande produkter.

Kommunen utöver tillsyn över handeln genom att göra genom fysiska tillsynsbesök. Vid tillsynsbesök kontrolleras följande;

- Att verksamheten har rutiner för ålderskontroll (egenkontrollprogram) samt skyltning om gällande åldersgräns
- Att de tobaksvaror som saluförs har korrekt märkning.

Sanktioner

Enligt tobakslagen 7 kap 10 § får en kommun återkalla ett försäljningstillstånd i följande fall;

- Tillståndet utnyttjas inte längre.
- Tillståndshavaren uppfyller inte de krav som gällde för tillståndets meddelande.
- Det med tillståndshavarens vetskap har förekommit brottslig verksamhet på det fysiska försäljningsstället, eller i anslutning till detta, eller annars inom den tillståndspliktiga verksamheten utan att tillståndshavaren har ingripit.
- Tillståndshavaren har tilldelats varning utan att de förhållanden som föranlett varningen har rättats till.

Enligt 11 § får kommunen istället för återkallelse meddela tillståndshavaren en varning, om varning kan anses vara en tillräckligt ingripande åtgärd. En varning får också meddelas tillståndshavare vid allvarliga eller upprepade överträdelser av det som gäller enligt tobakslagen eller anslutande föreskrifter.

Handel med vissa receptfria läkemedel

Handel med receptfria läkemedel är en anmälningspliktig verksamhet som regleras i lag (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel. Den som avser att bedriva detaljhandel med sådana läkemedel ska anmäla detta till Läkemedelsverket. Läkemedelsverket har tillsynsansvaret. Den kommun där detaljhandeln bedrivs ska kontrollera efterlevnaden av lagen samt rapportera eventuella brister till Läkemedelsverket.

Vid kommunens tillsynsbesök kontrolleras bland annat följande;

- Att de läkemedel som säljs är godkända för försäljning i anmäld detaljhandel.
- Att läkemedlen förvaras under direkt uppsikt eller är inlåsta.
- Att läkemedlen förvaras åtskilda från andra varor
- Att skyltning finns för 18-årsgräns
- Att försäljningsstället har ett skriftligt egenkontrollprogram med rutiner avseende försäljning och hantering av varorna.

Sanktioner

Kommunen har endast kontrollansvar över handel med receptfria läkemedel. Eventuella sanktionsbeslut fattas av Läkemedelsverket.

Otto Graudums
Utredningssekreterare

**Redogörelse för tillsyn över alkoholservering
samt försäljning av tobaksvaror, folköl samt
handel med vissa receptfria läkemedel under
2022**

7

VoO.2023.0113

2023-03-09
Otto Graudums
+4641362155
otto.graudums@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut; Redogörelse för tillsyn över alkoholservering samt försäljning av tobaksvaror, folköl samt handel med vissa receptfria läkemedel under 2022

Ärendebeskrivning

Vård- och omsorgsnämnden beslutade den 21 februari 2018 att godkänna en tillsynsplan avseende kommunens tillsyn över alkoholservering, försäljning av folköl, tobak samt handel med vissa receptfria läkemedel.

Enligt tillsynsplanen ska tillsynsarbetet följas upp årligen i samband med ingång av nytt kalenderår. Redovisningen ska innefatta uppgift om antalet genomförda tillsynsbesök under året. Den ska även innehålla information om hur många tillsynsobjekt som under året varit föremål för tillsyn.

Beslutsunderlag

Tillsynsplan

Årsberättelse; Tillsyn av alkoholservering, samt försäljning av folköl, tobak samt receptfria läkemedel under 2022

Beredning

Vid årsskiftet 2022/2023 uppgick det totala antalet stadigvarande serveringstillstånd i Eslövs kommun till 28 stycken.

Under 2022 har totalt 22 tillsynsbesök genomförts. Av det totala antalet serveringsställen har 19 stycken fått tillsynsbesök. Samordnad tillsyn (i samarbete med Polisen) har skett vid ett tillfälle.

Under året har inre tillsyn genomförts gentemot samtliga innehavare av stadigvarande serveringstillstånd. Underlag har inhämtats från såväl Polisen som Skatteverket.

Förebyggande arbete har under året bedrivits genom att Eslövs kommun i samarbete med utbildningsföretaget Toftahill AB samt kommunerna Burlöv, Staffanstorps, Lomma, Kävlinge och Hörby arrangerat tvådagarsutbildningen Ansvarsfull alkoholservering. Till utbildningen inbjöds samtliga innehavare av stadigvarande serveringstillstånd i de berörda kommunerna. Det förebyggande arbetet har även bedrivits genom löpande dialog med tillståndshavare, såväl i samband med kommunens tillsynsbesök som vid verksamhetsinnehavarnas egna kontakter med kommunens tillståndsverksamhet.

Vid årsskiftet 2022/2023 fanns i kommunen totalt 26 försäljningsställen avseende tobaksvaror, folköl och receptfria läkemedel. Under året har totalt 16 tillsynsbesök på 14 försäljningsställen genomförts.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger informationen till handlingarna.

Beslutet skickas till

Akten

Otto Graudums
Utredningssekreterare

Josef Johansson
Förvaltningschef

2023-03-20
Otto Graudums
+4641362155
otto.graudums@eslov.se

Årsberättelse; Tillsyn av alkoholservering, samt försäljning av folköl, tobak samt receptfria läkemedel under 2022

Kommunens målsättningar enligt tillsynsplanen

Enligt Eslövs kommuns tillsynsplan är målsättningen att varje stadigvarande serveringsställe ska få åtminstone ett tillsynsbesök om året. Tillsyn ska även genomföras på tillfälliga serveringar vid större arrangemang. Samordnad tillsyn i form av samordnade tillsynsomgångar under sen kväll är avsedda att genomföras vid tre tillfällen per kalenderår.

Inre tillsyn är under varje kalenderår avsedd att genomföras gentemot samtliga tillståndshavare i Eslövs kommun. Underlag ska inhämtas från Polisen och Skatteverket.

I fråga om förebyggande tillsyn anger tillsynsplanen att kommunen en gång per kalenderår bör inbjuda tillståndshavare till utbildningen Ansvarsfull alkoholservering. Utbildningen bör lämpligen samarrangeras med en eller flera andra kommuner.

Beträffande tillsyn över försäljningsställen som tillhandahåller folköl och/eller tobaksvaror anger tillsynsplanen att kommunen per kalenderår ska genomföra ett tillsynsbesök per försäljningsställe.

Tillsynsbesök vid verksamheter som säljer receptfria läkemedel är, enligt tillsynsplanen, avsedda att ske minst vart tredje år.

Tillsyn av serveringsställen

Yttre tillsyn

Under pandemin har uppehåll hållits i den rutinmässiga yttre tillsynen. Från och med sommaren 2022 återupptogs arbetet med yttre tillsyn (fysiska tillsynsbesök på serveringsställena).

Totalt genomfördes (under andra halvåret) 21 stycken tillsynsbesök på sammanlagt 19 av kommunens 28 stadigvarande serveringsställen.

Under 2022 beviljades inga tillfälliga tillstånd inom kommunen, därav var något sådant tillsynsbesök inte aktuellt.

Samordnad tillsyn

Under året har ett samordnat (uppföljande) tillsynsbesök skett tillsammans med Polisen.

Inre tillsyn

Inre tillsyn har, under 2022, genomförts gentemot samtliga tillståndshavare i kommunen genom att inhämta uppgifter från Polisen och Skatteverket.

Förebyggande tillsyn

Beträffande den förebyggande tillsynen genomfördes under hösten 2022 tvådagarsutbildningen ansvarsfull alkoholservering. Arrangemanget genomfördes i samarbete med Toftahill AB samt kommunerna Burlöv, Hörby, Kävlinge, Lomma och Staffanstorps.

Inbjudan till utbildningen skickades till samtliga innehavare av serveringstillstånd i respektive kommun. Totalt deltog 30 personer på utbildningsdagarna varav 9 personer från Eslöv.

Det förebyggande tillsynsarbetet har även utövats fortlöpande i samband med kommunens tillsynsbesök. Tillståndshandläggaren har i förekommande fall väglett tillståndshavarna vid frågor kopplade till serveringsverksamheterna.

Tillsyn av Tobak/folköl och receptfria läkemedel.

I likhet med de fysiska tillsynsbesöken på serveringsställena har även tillsynsverksamheten riktad mot tobaks-, folköls- och läkemedelsförsäljning varit föremål för uppehåll under pandemin. Tillsynsbesöken återupptogs under sommaren 2022.

De flesta försäljningsställena i kommunen tillhandahåller vanligtvis fler än en av de aktuella produktkategorierna. Tillsyn gällande samtliga aktuella produktkategorier sker normalt samtidigt vid ett och samma tillsynsbesök på respektive driftställe.

Vid årsskiftet 2022/23 fanns i kommunen 26 försäljningsställen avseende tobaksvaror, folköl och receptfria läkemedel. Under året har totalt 16 tillsynsbesök på 14 försäljningsställen genomförts. Tillsynsarbetet under 2022 inriktades främst mot att besöka mindre verksamheter.

Planerad tillsyn under 2023

Under första halvåret 2023 är målsättningen främst att genomföra tillsynsbesök hos de verksamheter som inte fick något tillsynsbesök under 2022. Vid ingången av juni månad 2023 bör således samtliga tillsynsobjekt ha fått tillsynsbesök under rullande tolv månadersperiod. Ambitionen är även att genomföra samordnad tillsyn med polismyndigheten, på det sätt som tillsynsplanen anger. Förfrågan angående planering för sådan tillsyn har skickats till polismyndigheten. Dialog har även förts med kommunens miljö- och samhällsbyggnadsförvaltning gällande genomförande av gemensamma tillsynsbesök.

Otto Graudums
Utredningssekreterare

2018-02-27

Otto Graudums
+4641362155
otto.graudums@eslov.se

Tillsynsplan för Eslövs kommuns tillsyn över servering och försäljning av alkoholdrycker, tobaksförsäljning samt handel med vissa receptfria läkemedel

Allmänt om tillsynsplanen

Enligt alkohollagen (2010:1622) ska kommunen ha en tillsynsplan avseende tillsyn över servering av alkohol samt försäljning av folköl.

Tillsynsplanen kan vara årlig eller flerårig. Den bör revideras vid behov. En tillsynsplan syftar till att strukturera tillsynen.

Kommunen har även ansvaret för tillsyn av tobaksförsäljning enligt Tobakslagen (1993:581) samt försäljning av receptfria läkemedel (enligt lag 2009:730).

Denna tillsynsplan är disponerad i tre avsnitt.

1. Tillsyn enligt alkohollagen
2. Tillsyn enligt tobakslagen
3. Tillsyn över försäljning av receptfria läkemedel

Tillsynsplanen är avsedd att gälla tills vidare. Uppföljning av tillsynsarbetet ska ske årligen i samband med ingång av nytt kalenderår.

1. Tillsyn enligt alkohollagen

1.1 Alkohollagen

Alkohollagen är en social skyddslag som syftar till att begränsa totalkonsumtionen av alkohol och minska de fysiska och sociala skadorna som kan bli följderna av överkonsumtion.

Enligt 9 kap 2 § alkohollagen har kommunen och polismyndigheten ansvaret för tillsynen över efterlevnaden av bestämmelser om servering av alkoholdrycker samt detaljhandel med folköl.

Viktiga moment i kommunens tillsynsarbete är kontroll av ordning och nykterhet i och utanför restaurangen, åldersgräns, matutbud, iakttagande av beslutade serveringstider samt marknadsföring av alkoholdrycker. Ytterligare viktiga moment är kontroll av att serveringsansvariga finns på plats, restaurangens kassarutiner, anställningsförhållanden samt brandsäkerhet. Kommunen har också till uppgift att vägleda tillståndshavare.

För att få till stånd en effektiv och systematisk tillsyn ska ett samarbete eftersträvas mellan berörda kommunala förvaltningar, polismyndigheten, Skatteverket och räddningstjänsten. Tillsynen i kombination med möjligheterna till sanktioner är viktiga instrument för att säkerställa att restaurangverksamheter och försäljning av folköl bedrivs enligt gällande bestämmelser. Det är viktigt att tillsynen inriktar sig på väsentligheter.

1.2 Tillsynsformer

1.2.1 Yttre tillsyn

Den yttre tillsynen innebär en kontroll på det fysiska serveringsstället. Tillsynen genomförs för att säkerställa att alkoholserveringen sker i enlighet med tillståndet samt att verksamheten följer alkohollagen. Den yttre tillsynen sker i regel oanmält.

Den yttre tillsynen delas upp i rutintillsyn, uppföljande tillsyn och samordnad tillsyn.

1.2.1.1 Rutintillsyn

Samtliga serveringsställen med stadigvarande serveringstillstånd ska under ett kalenderår besökas med oanmälda tillsynsbesök. Dessa bör utföras av tillståndshandläggaren och annan tjänsteman inom kommunen. Tillsynen

kan även genomföras tillsammans med tjänsteman från Polisen, Skatteverket eller räddningstjänsten.

Målsättningen är att varje stadigvarande serveringsställe ska få åtminstone ett tillsynsbesök om året.

Tillsyn ska även genomföras på tillfälliga serveringar (tillfälliga serveringstillstånd) vid större arrangemang.

1.2.1.2 Uppföljande tillsyn

Om det vid rutintillsyn framkommer brister ska bristerna påtalas för verksamhetsinnehavaren. Därefter bör nytt tillsynsbesök genomföras för att följa upp att verksamhetsutövaren har åtgärdat aktuella brister.

1.2.1.3 Samordnad tillsyn

Samordnad tillsyn innebär tillsynsbesök som genomförs tillsammans med någon annan myndighet. Det kan exempelvis vara en annan kommunal förvaltning, polismyndigheten, räddningstjänsten eller skatteverket. Samordnad tillsyn bör ha fokus på serveringsställena i centrala Eslöv där risken för oordning och onykterhet kan antas vara högre.

Tre samordnade tillsynsomgångar under sen kväll ska genomföras per kalenderår.

1.2.2 Inre tillsyn

Med inre tillsyn avses kontroll av uppgifter från olika myndigheter, främst i syfte att kontrollera ekonomisk eller personlig lämplighet enligt 8 kap 12§ alkohollagen.

Inre tillsyn ska under varje kalenderår genomföras gentemot samtliga tillståndshavare i Eslövs kommun. Underlag ska inhämtas från Polisen och Skatteverket.

1.2.3 Förebyggande tillsyn

Till den förebyggande tillsynen räknas ett gott samarbete med restaurangnäringen, exempelvis genom utbildningar, informationsträffar samt att kommunen fortlöpande är tillgänglig för dialog kring frågor som berör serveringstillstånd. Dialogen bör även vara ett naturligt inslag vid kommunens tillsynsbesök.

Kommunen bör en gång per kalenderår inbjuda tillståndshavare, samt eventuellt andra berörda, till ett utbildningstillfälle i Ansvarsfull alkoholservering. Utbildningen bör lämpligen samarrangeras med en eller flera andra kommuner.

I den mån intresse finns bland tillståndshavarna ska kommunen bjuda in till nätverksaktiviteter.

1.2.4 Indikatorer för uppföljning

Redovisning av antalet genomförda tillsynsbesök samt andel besökta serveringsställen av det totala antalet tillsynsobjekt i kommunen.

1.3 Folköl

1.3.1 Allmänt om försäljning och servering av folköl

Den som bedriver försäljning eller servering av folköl ska anmäla verksamheten till kommunen innan den påbörjas. För att få sälja folköl ska butiken vara registrerad som livsmedelsanläggning i den kommun som verksamheten bedrivs i. Samma sak gäller restauranger. Vid försäljning av folköl, ska även livsmedel säljas i butiken. Vid servering av folköl ska det även erbjudas mat.

Den som bedriver försäljning eller servering av folköl är skyldig att utöva så kallad egentillsyn. I egentillsynen ingår bland annat att utarbeta ett egenkontrollprogram, vilket har till syfte att säkerställa att alkohollagens regler följs. Programmet ska innehålla anvisningar för hur personalen ska få information om bestämmelserna samt vilka rutiner som skall tillämpas vid försäljningen eller serveringen.

1.3.2 Tillsyn över försäljning och servering av folköl

Tillsynen ska i första hand inriktas på att kontrollera att försäljning eller servering inte sker till personer under 18 år, eller till personer som är märkbart påverkade av alkohol eller annat berusningsmedel. Vid tillsynen kontrolleras även att näringsidkaren har upprättat ett egenkontrollprogram samt att verksamheten tillhandahåller livsmedelsprodukter i tillräcklig omfattning.

Kommunens målsättning är att under varje kalenderår genomföra ett tillsynsbesök på varje försäljnings-/ serveringsställe. Vid konstaterade brister ska uppföljande tillsynsbesök genomföras. En tillsynsomgång bör om

möjligt genomföras tillsammans med polisen. En annan målsättning är att genomföra en tillsynsomgång med hjälp av kontrollköpsmetoden.

1.3.3 Indikatorer för uppföljning

Redovisning av antalet genomförda tillsynsbesök samt andel besökta försäljnings- och serveringsställen av det totala antalet tillsynsobjekt i kommunen.

2. Tillsyn enligt tobakslagen

2.1 Allmänt om tobaksförsäljning

Den som bedriver försäljning av tobak ska anmäla försäljningen till kommunen innan försäljningen påbörjas.

Den som bedriver försäljning av tobaksvaror är skyldig att utöva så kallad egentillsyn. I egentillsynen ingår bland annat att utarbeta ett egenkontrollprogram, vilket har till syfte att säkerställa att reglerna om försäljning följs. Programmet ska innehålla anvisningar för hur personalen skall få information om tobakslagens bestämmelser samt vilka rutiner som skall tillämpas vid försäljningen.

2.2 Tillsyn enligt tobakslagen

Kommunen har ansvaret för att tillsynen över tobakslagens regler följs, gällande miljöer, lokaler, bestämmelser om handel och bestämmelser om marknadsföring.

För att tillsynen ska kunna fungera optimalt bör eftersträvas ett samarbete mellan kommunen och polisen.

Kommunens tillsyn över detaljhandel med tobaksvaror ska i första hand inriktas på att:

- kontrollera att tobak inte säljs och utlämnas till den som är under 18 år,
- kontrollera att information om åldersgräns lämnas på lämpligt sätt till kunderna, samt att personalen har god kännedom om hur reglerna skall tillämpas,
- kontrollera egenkontrollprogram,
- kontrollera marknadsföring,

- kontrollera att ingen oriktigt märkt tobak säljs till konsumenter såsom tobak med utländsk eller felaktig varningstext,
- informera och vara rådgivande,
- följa upp eventuella brister som konstaterats vid tillsynsbesök,
- ingripa med sanktioner vid överträdelser som inte rättas till.

Kommunen ska, per kalenderår, genomföra ett tillsynsbesök på varje anmält försäljningsställe. I mån av möjlighet, bör något tillsynsbesök genomföras tillsammans med polisen. Kommunen får genomföra kontrollköp av tobak för att kontrollera att den som säljer varorna förvissar sig om att kunden fyllt 18 år. Kommunen bör genomföra något sådant kontrollbesök per år.

2.3 Indikationer för uppföljning

Redovisning av antalet genomförda tillsynsbesök samt andel besökta försäljningsställen av det totala antalet tillsynsobjekt i kommunen.

3. Tillsyn över försäljning av receptfria läkemedel

3.1 Allmänt om försäljning av receptfria läkemedel

Enligt lagen om handel med vissa receptfria läkemedel ska den som vill sälja receptfria läkemedel göra en anmälan till Läkemedelsverket innan försäljningen påbörjas. Läkemedelsverket meddelar kommunerna kontinuerligt vilka försäljningsställen som anmält försäljning av läkemedel. Kommunen har tillsynsansvaret över försäljningen av läkemedlen. Kommunen ska rapportera till Läkemedelsverket om brister upptäcks vid kontrollerna.

3.2 Tillsyn

Läkemedelsverket anger som rekommendation, att tiden mellan kontrollerna inte ska överstiga 2-3 år.

Kontroll av handel med vissa receptfria läkemedel bör ske i form av inbokade dialogträffar hos handlarna.

En målsättning är att de anmälda försäljningsställena ska få tillsynsbesök minst vart tredje år. En annan målsättning är att per kalenderår genomföra något tillsynsbesök med hjälp av kontrollköpsmetoden. Kommunens

kontroll av handel med vissa receptfria läkemedel ska i första hand inriktas på att:

- kontrollera att försäljningsstället gör ålderskontroll om konsumenten misstänks vara under 18 år,
- kontrollera att läkemedlet förvaras antingen inlåsta eller under direkt uppsikt av personal,
- kontrollera att läkemedlet är inköpt från en leverantör som har partihandelstillstånd för läkemedel,
- kontrollera att försäljningen sker utan farmaceutisk rådgivning.

3.3 Indikatorer för uppföljning

Redovisning av antalet genomförda tillsynsbesök samt andel besökta försäljningsställen av det totala antalet tillsynsobjekt i kommunen.

Otto Graudums
Tillståndshandläggare