

Kallelse till sammanträde med Vård- och omsorgsnämnden

Datum och tid: 2023-04-19, klockan 16:00

Plats: Albert Sahlin - 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, mars 2023
(VoO.2023.0017)** Marcus Lind, t.f chef
ekonomi och
administration *16:00*

Beslutsunderlag
 - Förslag till beslut; Ekonomisk månadsrapport mars 2023
 - Ekonomisk månadsrapport mars 2023

3. **Analys av SKRs genomlysning av Eslövs kommun
och Vård och Omsorg** Marcus Lind, t.f chef
ekonomi och
administration

4. **Revidering av riktlinjer för högsta godtagbara
hyra (VoO.2022.0565)** Marie Skott, enhetschef
ekonomiskt bistånd
16:40

Beslutsunderlag
 - Förslag till beslut; Revidering av riktlinjer för högsta godtagbara hyra
 - Revidering av riktlinjer högsta godtagbara hyra 2023

5. **Information om beslut från IVO samt beslut om
delegering till vård- och omsorgsnämndens
arbetsutskott avseende redovisning till IVO
(VoO.2022.0436)** Pia Arndorff,
medicinskt ansvarig
sjuksköterska *16:50*

Beslutsunderlag
 - Förslag till beslut; Information om beslut från IVO samt beslut om
delgering till vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott
 - Till nämnden för kommunal hälso- och sjukvård. Beslut i ärende med
dnr. 3.5.1-40115/2022

6. **Beslut om rehabiliterings- och omvårdnadsinsatser efter sjukhusvistelse (VoO.2023.0189)** Ingrid Westerlund, verksamhetschef/biträde förvaltningschef

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut; Beslut om rehabiliterings- och omvårdnadsinsatser efter sjukhusvistelse

Ekonomisk månadsrapport, mars 2023

2

VoO.2023.0017

2023-04-13
Marcus Lind
+4641362356
marcus.lind@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut; Ekonomisk månadsrapport mars 2023

Ärendebeskrivning

Förvaltningen har upprättat en ekonomisk månadsrapport för mars 2023 innehållande resultatrapport, 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 mars 2023
- Ekonomisk månadsrapport mars 2023

Beredning

Budgetavvikelsen för perioden januari-mars 2023 summerar till -4,1 mnkr. Där är fortsatt en del eftersläp i saknade intäkter/kostnader vilket gör resultatet svåranalyserat. Exempelvis saknas fortfarande en del kostnader kopplade till verksamhetssystem och IT som ska debiteras internt. Uppskattningsvis rör det sig om 1,5 mnkr för jan-mars.

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-mars förväntas statsbidrag påverka resultatet med cirka 3,4 mnkr. Justerad budgetavvikelse som helhet blir då istället -2,2 mnkr.

Äldreomsorgen redovisar en budgetavvikelse på -6,5 mnkr, justerat för statsbidrag cirka -3,1 mnkr.

Hemvårdens underskott uppgår till -0,9 mnkr justerat för statsbidrag. Effekterna av hemgångsteamet, HGT, syns inte än då man endast varit igång under drygt två månader. För att hemvården ska uppnå en budget i balans krävs att effekter av hemgångsteamet syns under våren.

Vård och Omsorg

Postadress: 241 80 Eslöv | Besöksadress: Stadshuset, Gröna torg 2
Telefon: 0413-620 00 | E-post: myndighetsbrevlåda@eslov.se | www.eslov.se

Inom vård- och omsorgsboende inkl. externa placeringar syns ett stort underskott inom korttidsplaceringar, där underskottet uppgår till cirka 0,7 mnkr. Situationen har dock förbättrats gällande korttidsplaceringar och underskottet kommer till största delen från januari och februari. Även Kärråkra sticker ut med ett underskott på cirka -1,1 mnkr. Några enheter väger upp resultatet genom att redovisa ett överskott. Totalt uppgår det justerade underskottet för vård- och omsorgsboende inkl. externa placeringar till -1,2 mnkr.

Inom HSL är fortsatt kostnaden för inhyrda bemanningssjuksköterskor stor vilket påverkar resultatet negativt, justerat för statsbidrag är underskottet -1,0 mnkr.

Funktionsnedsättning redovisar en budgetavvikelse på +0,6 mnkr. Generellt är budgetföljsamheten god inom verksamhet funktionsnedsättning. Överskottet beror på en del kostnader som inte faktureras.

Socialtjänst över 18 år redovisar ett överskott på +0,8 mnkr för januari-mars. 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 -1,5 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 mars 2023 och översända den till kommunstyrelsen.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen
Handläggare

Josef Johansson
Förvaltningschef

Marcus Lind
TF Ekonomi- och administrativ chef

Månadsrapport Vård och Omsorg

mars

25,0%

2023-04-14

| Resultatrapport | Budget | | Utfall mars | Förbrukning % | |
|-----------------------|----------|----------|----------------|---------------|--------|
| | Helår | Period | | Helår | Period |
| Intäkter | 138 554 | 33 605 | 33 632 | 24% | 100% |
| Kostnader | -852 954 | -209 889 | -214 049 | 25% | 102% |
| Personalkostnader | -523 182 | -127 348 | -142 191 | 27% | 112% |
| Lokalkostnader | -75 493 | -18 875 | -19 924 | 26% | 106% |
| Övriga driftkostnader | -252 689 | -63 269 | -51 704 | 20% | 82% |
| Kapitalkostnader | -1 590 | -398 | -230 | 14% | 58% |
| Nettokostnader | -714 400 | -176 284 | -180 418 | 25% | 102% |
| Kommunbidrag | -714 400 | -176 284 | -176 284 | | |
| Årets resultat | | | -4 134 | | |

| DRIFTRDOVISNING Vård och Omsorg | Budget Helår | | | Budget Period | Utfall Period | | | Avvikelse | Förbrukn % netto |
|------------------------------------|--------------|---------|----------|------------------|---------------|--------|----------|---------------|---------------------|
| | kostnad | intäkt | netto | | kostnad | intäkt | netto | | |
| Vård-och Omsorgsnämnden | -1 367 | 0 | -1 367 | -342 | -360 | 0 | -360 | -19 | 26,37% |
| Alkoholtillsyn | -50 | 257 | 207 | 52 | 0 | 6 | 6 | -46 | 2,95% |
| Äldreomsorg | -391 475 | 52 829 | -338 646 | -84 553 | -106 319 | 15 273 | -91 046 | -6 493 | 26,89% |
| Funktionsnedsättning | -271 355 | 54 773 | -216 582 | -53 463 | -65 987 | 13 083 | -52 904 | 559 | 24,43% |
| Socialpsykiatri | -32 965 | 4 357 | -28 608 | -6 997 | -7 963 | 1 035 | -6 928 | 70 | 24,22% |
| Socialtjänsten över 18 år | -34 168 | 6 321 | -27 847 | -6 962 | -8 310 | 2 130 | -6 180 | 781 | 22,19% |
| Förvaltningsgemensamt | -60 422 | 4 777 | -55 645 | -12 541 | -10 083 | 17 | -10 067 | 2 474 | 18,09% |
| Ekonomiskt bistånd | -61 153 | 15 240 | -45 913 | -11 478 | -15 027 | 2 088 | -12 939 | -1 460 | 28,18% |
| | -852 954 | 138 554 | -714 400 | -176 284 | -214 049 | 33 632 | -180 418 | -4 134 | |

Redovisat per enhet

| | Budget | | Utfall per månad | | | | | | | | | | | | Summa Period | 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 | 503 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 345 | -10 | 8,8% | 9% |
| 300200 Verksamh.chef Hälsa o bistånd | 592 | 99 | 180 | 163 | 173 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 515 | -416 | 87,0% | 87% |
| 310000 Myndighetschef C3 | 81 016 | 13 503 | 8 148 | 7 045 | 7 519 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 712 | -9 210 | 28,0% | 28% |
| 320000 Adm.chef,3C | 7 890 | 1 373 | 742 | 667 | 708 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 116 | -744 | 26,8% | 27% |
| 330000 Utvecklingschef | 14 150 | 2 599 | 635 | 858 | 823 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 316 | 283 | 16,4% | 16% |
| 330001 Personal adm friskvård | 800 | 133 | 55 | 28 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 107 | 26 | 13,4% | 13% |
| 340000 Verksamhetschef,3E | -5 297 | -700 | -566 | -485 | -194 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1 245 | 545 | 23,5% | 24% |
| 340100 Enhetschef,3F,Trollsjögård. | 30 280 | 5 024 | 2 428 | 2 378 | 2 219 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 025 | -2 001 | 23,2% | 23% |
| 340105 Enhetschef, Hemvård Väster | 3 628 | 549 | 209 | 404 | 146 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 759 | -210 | 20,9% | 21% |
| 340110 Enhetschef,3G,Hemvård Söder | 8 169 | 1 361 | 1 234 | 827 | 993 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 054 | -1 693 | 37,4% | 37% |
| 340115 Enhetschef, Hemvård Ytter | 11 651 | 1 828 | 1 054 | 1 227 | 53 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 335 | -507 | 20,0% | 20% |
| 340120 Enhetschef,3H,Hemvård Norr | 4 044 | 601 | 142 | 526 | 232 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 900 | -298 | 22,2% | 22% |
| 340125 Enhetschef, Hemvård Öster | 3 710 | 526 | 411 | 662 | 250 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 324 | -798 | 35,7% | 36% |
| 340130 Enhetschef,3I,Gjutaregården | 22 224 | 3 688 | 1 905 | 1 886 | 1 699 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 490 | -1 802 | 24,7% | 25% |
| 340140 Enhetschef,3J,Ölycke | 21 899 | 3 635 | 1 804 | 1 793 | 1 777 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 374 | -1 739 | 24,5% | 25% |
| 340150 Enhetschef,3K,Bergagården | 28 009 | 4 649 | 2 542 | 2 444 | 2 249 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 235 | -2 586 | 25,8% | 26% |
| 340160 Enhetschef,3L,Hemsjukvård | 42 133 | 7 022 | 4 186 | 3 832 | 3 991 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 010 | -4 987 | 28,5% | 29% |
| 340170 Enhetschef,3M,Rehab | 20 869 | 3 453 | 1 797 | 1 685 | 1 898 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 380 | -1 927 | 25,8% | 26% |
| 340180 Enhetschef,3N,Solhällan | 26 482 | 4 394 | 2 184 | 2 035 | 1 937 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 156 | -1 762 | 23,2% | 23% |
| 340185 Enhetschef,3Å,Vårlöken | 6 378 | 1 612 | 841 | 820 | 643 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 303 | -691 | 36,1% | 36% |
| 340190 Enhetschef,3O,Kärråkra | 18 833 | 3 127 | 1 718 | 1 621 | 1 944 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 282 | -2 156 | 28,0% | 28% |
| 340191 Enhetschef, Kärråkra | 23 470 | 3 912 | 2 282 | 2 178 | 1 908 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 369 | -2 457 | 27,1% | 27% |
| 340192 Enhetschef, Alegården | 2 476 | 413 | 311 | 293 | 278 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 882 | -469 | 35,6% | 36% |
| 350000 Verksamhetschef,3P | 17 847 | 2 975 | 1 491 | 1 043 | 1 588 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 122 | -1 148 | 23,1% | 23% |
| 350110 Enhetschef, LSS | 24 660 | 4 000 | 2 000 | 2 056 | 1 859 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 915 | -1 915 | 24,0% | 24% |
| 350120 Enhetschef,3S LSS omr5 | 20 872 | 3 384 | 1 745 | 1 670 | 1 573 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 989 | -1 605 | 23,9% | 24% |
| 350130 Enhetschef,3T LSS B o Ungd | 24 456 | 3 950 | 2 152 | 1 626 | 1 869 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 647 | -1 698 | 23,1% | 23% |
| 350131 Ledsag,avlös,kontakt, LSS | 2 713 | 452 | 198 | 193 | 184 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 575 | -123 | 21,2% | 21% |
| 350140 Enhetschef,3U LSS Omr4 | 20 096 | 3 361 | 1 778 | 1 587 | 1 498 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 863 | -1 501 | 24,2% | 24% |
| 350150 Personlig assistans extern | 23 647 | 3 941 | 2 038 | 2 490 | 1 819 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 347 | -2 406 | 26,8% | 27% |
| 350160 Personlig assistans krets 1&2 | 12 260 | 2 306 | 1 284 | 1 300 | 887 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 472 | -1 166 | 28,3% | 28% |
| 350161 Personlig assistans krets 3 | 8 461 | 1 508 | 661 | 645 | 434 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 740 | -233 | 20,6% | 21% |
| 350162 Personlig assistans övrigt | 2 177 | 371 | 238 | 243 | 228 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 709 | -337 | 32,6% | 33% |
| 350170 Enhetschef,3Y LSS omr3 | 29 991 | 4 866 | 2 556 | 2 566 | 2 281 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 403 | -2 537 | 24,7% | 25% |
| 350180 Enhetschef,3Z LSS dagl vsh | 26 495 | 4 370 | 1 974 | 2 107 | 2 312 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 394 | -2 024 | 24,1% | 24% |
| 350190 Enhetschef,3Å socialpsyk. | 31 514 | 5 149 | 2 787 | 2 526 | 2 350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 663 | -2 513 | 24,3% | 24% |
| 360000 Enhetschef Soc.tjänsten +18 år | 7 219 | 1 203 | 462 | 574 | 662 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 697 | -494 | 23,5% | 24% |
| 360010 Enheten f ekonomiskt bistånd | 45 845 | 7 641 | 4 407 | 4 265 | 4 262 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 934 | -5 293 | 28,2% | 28% |
| 360020 Öppenvården | 7 033 | 1 172 | 544 | 510 | 442 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 496 | -324 | 21,3% | 21% |
| 360030 Vård o behandling 3R | 15 122 | 2 520 | 899 | 1 414 | 1 012 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 324 | -804 | 22,0% | 22% |
| 360040 Övrig vuxenrådgivning 3R | 1 994 | 332 | 154 | 160 | 164 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 478 | -146 | 24,0% | 24% |
| 360050 Mötesplats Karidal | 3 311 | 552 | 291 | 310 | 304 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 904 | -352 | 27,3% | 27% |
| Total | 714 400 | 118 190 | 62 394 | 60 523 | 57 501 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 180 418 | -62 227 | 25,3% | 153% |
| Budget | 714 400 | | 60 208 | 58 038 | 58 038 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 176 284 | | | |
| Resultat | | | -2 185 | -2 485 | 537 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -4 134 | | | |

Verksamhetsredovisning vård- och omsorgsboende samt korttid och avlastning äldreomsorg

| 2023 | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Verksamhetsmått per månad - Vobo | jan | feb | mar | apr | maj | jun | jul | aug | sep | okt | nov | dec | Medel |
| Antal inkomna ansökningar | 16 | 9 | 5 | | | | | | | | | | 10 |
| Beviljade vård- och omsorgsboende | 6 | 7 | 8 | | | | | | | | | | 7 |
| Bifall, står i kö | 30 | 33 | 31 | | | | | | | | | | |
| Antal ej verkställda beslut > 3 månader | | 4 | 4 | | | | | | | | | | |
| Omsättningstal på boende | | | | | | | | | | | | | |
| Antal verkställda beslut - internt | 249 | 271 | 254 | | | | | | | | | | 258 |
| Antal verkställda beslut - externt | 2 | 5 | 5 | | | | | | | | | | |
| Inkomna ansökningar om Trygghetsboende | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | |
| Beviljade trygghetsboende under månaden | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | |
| Sökt men återtagit ansökan innan beslut tagits under månaden | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | |

| 2023 | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| Verksamhetsmått per månad - korttid | jan | feb | mar | apr | maj | jun | jul | aug | sep | okt | nov | dec | Medel |
| Antal personer med beslut om korttid - internt | 46 | 49 | 46 | | | | | | | | | | 47 |
| Antal personer med beslut om korttid - externt | 2 | 5 | 4 | | | | | | | | | | |
| Antal verkställda dygn Kärråkra | 73 | 54 | 60 | | | | | | | | | | |
| Antal verkställda dygn Ölycke | 571 | 516 | 458 | | | | | | | | | | 515 |
| Antal verkställda dygn övriga VoB | | | 71 | | | | | | | | | | |
| Antal verkställda dygn externt | | | | | | | | | | | | | |
| Totalt antal verkställda dygn | | 570 | 518 | | | | | | | | | | |
| Maxkapacitet | 620 | 560 | 620 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Beläggingsgrad | 92,1% | 92,1% | 73,9% | #DIVISION/0! | #DIVISION/0! | #DIVISION/0! | #DIVISION/0! | #DIVISION/0! | #DIVISION/0! | #DIVISION/0! | #DIVISION/0! | #DIVISION/0! | |

| 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 | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Verksamhetsmått per månad - korttid | jan | feb | mar | apr | maj | jun | jul | aug | sep | okt | nov | dec | Medel |
| Antal personer med beslut om korttid - internt | 50 | 39 | 45 | 29 | 25 | 30 | 47 | 39 | 30 | 35 | 51 | 54 | 40 |
| Antal personer med beslut om korttid - externt | | | | | | | | | | | | | |
| Antal verkställda dygn Kärråkra | | | 26 | 35 | 52 | 37 | 52 | 60 | 51 | 67 | 46 | 69 | |
| Antal verkställda dygn Ölycke | 435 | 409 | 470 | 458 | 560 | 516 | 503 | 462 | 517 | 516 | 515 | 549 | 493 |
| Antal verkställda dygn övriga VoB | | | | | | | | | | | | | |
| Antal verkställda dygn externt | | | | | | | | | | | | | |
| Totalt antal verkställda dygn | 435 | 419 | 512 | 495 | 560 | 553 | 555 | 522 | 533 | 544 | 528 | 579 | |

Verksamhetsredovisning personlig assistans

| Redovisat utfall per månad | Antal timmar inom personlig assistans | | | | | | | | | | | | | | | Antal timmar | | | | + = använt färre timmar | | - = använt fler timmar | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------------|---------------|---------------|-------|------------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|----------------|------------------------|-----------------|---------------|
| | 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 | | | | | |
| 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 | 0 | -9 447 | 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 | 1 652 | 1 827 | 1 792 | 1 479 | 1 566 | 1 560 | 1 343 | 2 154 | 1 855 | 3 714 | 3 202 | 3 306 | 3 219 | 3 306 | 2 958 | 3 033 | 9 447 | 9 447 | 0 | 9 447 |
| 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 | 4 680 | 20 902 | 25 848 | 28 009 | 43 050 | 9 606 | 39 063 | 38 645 | 40 020 | 36 105 | 9 099 | 28 341 | 18 894 | -9 447 | 28 341 |

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 | 1 | | | | | | | | | |
| Antal nya beslut utan placering | 2 | 0 | 2 | | | | | | | | | |
| Antal ej verkställda beslut > 3 månader | 4 | 4 | 4 | | | | | | | | | |
| Antal verkställda beslut - internt | 165 | 166 | 166 | | | | | | | | | |
| Antal verkställda beslut - externt | 4 | 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 | 194 | | | | | | | | | |
| Antal beslut om korttidsvistelse | 63 | 59 | 57 | | | | | | | | | |
| Antal beslut om korttidstillsyn | 38 | 37 | 34 | | | | | | | | | |

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 | 0 | | | | | | | | | |
| Antal nya beslut utan placering | | 0 | 0 | | | | | | | | | |
| Antal ej verkställda beslut > 3 månader | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | |
| Antal verkställda beslut - internt | 25 | 29 | 25 | | | | | | | | | |
| Antal verkställda beslut - externt | 9 | 8 | 9 | | | | | | | | | |

2023

| Verksamhetsmått per månad - övrigt | jan | feb | mar | apr | maj | jun | jul | aug | sep | okt | nov | dec |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Antal beslut om sysselsättning | 28 | 30 | 31 | | | | | | | | | |
| Antal beslut om boendestöd | 63 | 70 | 68 | | | | | | | | | |

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 |

Månadsrapport Vård och Omsorg

2023-04-14

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 %

mar-23

| Andel utb personal | ÄO | Tillsvidare | |
|--------------------|--------|-------------|-------|
| Andel utb personal | ÄO | Visstid | 87,0% |
| Andel utb personal | LSS | Tillsvidare | 91,0% |
| Andel utb personal | LSS | Visstid | 73,0% |
| Andel utb personal | Totalt | Tillsvidare | 88,0% |
| Andel utb personal | Totalt | Visstid | 26,0% |

Timavlönade

feb-23

| | |
|---|-----|
| Antal timavlönade utan ledsagare/avlösare | 390 |
| Antal timavlönade med ledsagare/avlösare | 452 |

Arbetade timmar av timavlönade (med och utan ledsagare/avl)

feb-23

| | | | |
|----------------------|---------|---|---------|
| Antal timavlönade | 287 | Antal timavlönade inkl ledsagare/avlösare | 333 |
| Arbetade timmar | 15049,3 | Antal arbetade timmar inkl ledsagare/avlösare | 17210,5 |
| Arbetade tim i snitt | 52 | Arbetade timmar i snitt inkl ledsagare/avlösare | 52 |

Hälsotal VoO 2023

| Månad | Hälsotal % |
|-----------|------------|
| Januari | 90,4 |
| Februari | 89,9 |
| Mars | 0 |
| April | 0 |
| Maj | 0 |
| Juni | 0 |
| Juli | 0 |
| Augusti | 0 |
| September | 0 |
| Oktober | 0 |
| November | 0 |
| December | 0 |

90,2

Hälsotal VoO 2022

| Månad |
|-----------|
| Januari |
| Februari |
| Mars |
| April |
| Maj |
| Juni |
| Juli |
| Augusti |
| September |
| Oktober |
| November |
| December |

**Revidering av riktlinjer för högsta godtagbara
hyra**

4

VoO.2022.0565

2023-03-31
Marie Skott
+4641364218
marie.skott@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut; Revidering av riktlinjer för högsta godtagbara hyra

Ärendebeskrivning

Riktlinjer avseende högsta godtagbara hyra används primärt som ett bedömningsinstrument och vägledningsdokument för socialsekreterare i handläggningen vid ansökan om ekonomiskt bistånd. Men det är även information som efterfrågas av kommuninvånare och andra medborgare som inte bor i Eslövs kommun när man eventuellt planerar att flytta till kommunen.

Beslutsunderlag

Bilaga 1. Riktlinjer för högsta godtagbara hyra för Enheten för ekonomiskt bistånd 2021.

Bilaga 2. Förslag till Riktlinjer för högsta godtagbara hyra för Enheten för ekonomiskt bistånd 2023.

Beredning

Hyreskostnaderna för en hyreslägenhet ökar generellt varje år. Utifrån detta behöver Enheten för ekonomiskt bistånd se över och revidera riktlinjerna för högsta godtagbara hyra. Detta för att medborgarna som är i behov av ekonomiskt bistånd ska ha en möjlighet att ansöka om och bli beviljad den faktiska hyreskostnaden på en rimlig nivå. I förslaget om högsta godtagbara hyra framgår den hyra som skulle ligga till grund för socialsekreteraren för bedömning av skälig hyreskostnad vid en ansökan om ekonomiskt bistånd.

Förslaget för högsta godtagbara hyra för 2023 har räknats fram utifrån de faktiska hyreskostnaderna som finns i kommunen och utifrån en bedömning med utgångspunkt i Försäkringskassans genomsnittliga kostnad per månad. Vid framtagandet av förslaget har man aktivt valt att inte fokusera på nybyggnationer som ofta har högre hyror än vad som anses skäligt för vad en låginkomsttagare på orten kan kosta på sig. Kontakt har tagits med hyresbolag i Eslövs kommun för att

inhämta information kring de lokala hyresnivåerna samt de procentuella höjningarna för 2023.

Bedömning har gjorts att avrunda summorna på högsta godtagbara hyra till närmsta 500-tal/100-tal samt att beräkna den procentuella höjningen lite högre än vad bostadsbolagen har gjort. Denna bedömning grundar sig bland annat på tillgången på hyresrätter i kommunen och deras prissättning samt vad en låginkomsttagare på orten beräknas kunna bekosta.

Förvaltningens förslag innebär att nivån för högsta godtagbara hyra vid ansökan om försörjningsstöd justeras jämfört med beslut taget 2021.

Förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta att anta Riktlinjer för högsta godtagbara hyra enligt förslag i bilaga 2.

Beslutet skickas till

Vård och Omsorg, enheten för ekonomiskt bistånd

Josef Johansson
Förvaltningschef

Marie Skott
Enhetschef ekonomiskt bistånd



RIKTLINJER FÖR HÖGSTA GODTAGBARA HYRA

ENHETEN FÖR EKONOMISKT BISTÅND I ESLÖVS KOMMUN

Generellt

Detta dokument ska ses som ett komplement till kapitlet om Boende i Socialstyrelsens handbok för socialtjänsten - Ekonomiskt bistånd samt avsnittet kring boende i SOSFS 2013:1 Socialstyrelsens allmänna råd om ekonomiskt bistånd.

Rätten till bistånd bygger på en individuell behovsbedömning. Bedömningen ska präglas av ett helhetsperspektiv på den enskildes eller hushållets totala situation. En individuell behovsbedömning innebär att den enskildes rätt till bistånd ska utgå ifrån hans eller hennes förmåga och behov. Att socialtjänstens insatser är individuellt anpassade är en förutsättning för att socialtjänsten ska kunna arbeta mot målet att frigöra och förstärka den enskildes egen förmåga. Enligt 1 kap 2 § SoL ska barnets bästa särskilt beaktas vid åtgärder som rör barn. Som ett led i skyldigheten att beakta barnets bästa bör därför, i alla utredningar som rör barnfamiljers behov av bostad, särskilt beaktande tas kring vilka följder olika beslut får för barnet (som barn räknas personer under 18 år). Barnets situation, bedömningen och följderna av beslutet ska dokumenteras i beslutsunderlaget. Syftet är att säkerställa att barnrättsperspektivet beaktas inom ramen för besluten.

Skälig boendekostnad

Utgångspunkten för bedömning av skälig kostnad för boende och boendestandard ska vara vad en låginkomsttagare på orten normalt har möjlighet att kosta på sig. Behovsprövningen ska omfatta både den enskildes faktiska kostnad, behov av boende och bostadsstorlek. Vid bedömning av vad som är skälig boendekostnad ska även hänsyn tas till barns behov av utrymme, även hos umgängesföräldern. Om boendekostnaden inte kan anses skälig och en flytt till billigare bostad är rimlig ska konsekvenserna för barnet bedömas och ingå i beslutsunderlaget. Bedömningen ska inte utgå från Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2019:3) om genomsnittlig och högsta godtagbara bostadskostnad eftersom dessa föreskrifter har ett annat syfte än att ligga till grund för bedömningen av rätten till bistånd.

Vid ett kortvarigt behov av försörjningsstöd dvs. maximalt tre månader, kan den faktiska boendekostnaden godkännas trots att den inte bedöms vara skälig. Om behovet av stöd bedöms bli långvarigt och den faktiska boendekostnaden inte bedöms vara skälig kan den enskilde från första ansökan om försörjningsstöd ges ett skäligt rådrum för att sänka sin boendekostnad. Enligt praxis anses ett skäligt rådrum för bostadsbyte vara fyra månader från att den enskilde fått ett beslut om rådrum. Efter detta

Kommentar [SM1]: Detta är tillagd text från "... samt avsnittet kring..."

Kommentar [SM2]: "Dessa effekter ska dokumenteras och tas med i beslutsunderlaget i form av en barnkonsekvensanalys. Syftet med barnkonsekvensanalysen är att säkerställa att barnperspektivet beaktas inom ramen för beslutsunderlaget"
Texten i kommentaren är borttagen text, det nya förslaget börjar med "Barnets situation..."

rådtrum kan boendekostnaden godkännas enligt högsta godtagbara boendekostnad för Eslövs kommun utifrån familjens storlek. Dock bör en bedömning göras av om den enskilde aktivt medverkat till att finna ett billigare boende eller på annat sätt försöker sänka sina boendekostnader. I sådant fall kan en förlängning av rådtrum med 1-4 månader i taget göras. Rådtrum bör beviljas i maximalt 12 månader.

Hushåll med behov av försörjningsstöd som flyttar till nytt boende och hushåll som kan bli i behov av försörjningsstöd efter en flytt har ett ansvar att planera sitt boende så att hushållet får minsta möjliga behov av ekonomiskt bistånd. Om den enskilde kan förväntas vara i behov av försörjningsstöd efter flytten har hen skyldighet att välja det billigaste boendet som tillgodoser hushållets behov.

Unga vuxna som vill flytta hemifrån har bara ansetts ha rätt till bistånd till boendekostnad i undantagsfall. Utgångspunkten i sådana fall är att det finns starka sociala skäl till flyttningen.

I de ärende socialtjänsten förmedlat serviceboende eller beviljat sociala kontrakt till enskild bör den faktiska boendekostnaden godkännas. Om boendekostnaden för boende som beviljats som socialt kontrakt inte anses vara skälig bör den enskilde aktivt söka annat billigare boende. Det kan bli aktuellt med ett beslut om rådtrum även i dessa fall.

Skälig boendekostnad vid innehav av fastighet eller bostadsrätt

Bostadsrätt eller villa är en realiserbar tillgång om den genom försäljning kan ge inkomster till försörjningen. Om biståndsbehovet bedöms bli långvarigt, mer än 3 månader utgör detta skäl till försäljning av bostaden. Krav kan då ställas på att bostaden lämnas till mäklare för försäljning.

Vid beräkning av faktisk boendekostnad för bostadsrätt räknas månadsavgiften till bostadsrättsföreningen plus 70 % av räntan på lån för lägenheten under förutsättning att den sökanden har möjlighet att göra skatteavdrag.

Vid beräkning av faktisk boendekostnad för villa räknas 70 % av räntan (under förutsättning att den sökande har möjlighet att göra skatteavdrag) tillsammans med eventuella kostnader för vatten, hushållsel, uppvärmning, sophämtning, försäkring och tomträttsavgäld, månadsavgift (bostadsrätt). Amortering av lån ska aldrig räknas in i den totala boendekostnaden, då amortering utgör kapitalbildning.

Om den uträknade faktiska boendekostnaden för villa eller bostadsrätt inte bedöms vara skälig jämförs den med högsta godtagbara boendekostnad utifrån familjestorlek.

Flytt till dyrare boende och dubbel bostadskostnad

Ekonomiskt bistånd kan, om särskilda skäl föreligger, utgå till dubbel boendekostnad. Om den enskilde har önskemål att flytta till en dyrare bostad, bör den nya boendekostnaden godkännas under förutsättning att flytten är nödvändig för att den enskilde ska uppnå en skälig levnadsnivå. Det kan till exempel gälla:

- Om det finns medicinska eller starka sociala skäl som styrker behovet av flyttning.
- Om det finns svåra personliga motsättningar mellan hushållsmedlemmar till exempel mellan förälder respektive styvförälder och ett vuxet barn eller mellan makar eller sammanboende.
- Om bostadens storlek inte är skälig avseende fysisk miljö eller utrustning.
- Om ett vuxet barn genom att bo i föräldrahemmet förhindras att leva ett normalt vuxenliv och bli självständig.
- Om den enskilde varit utsatt för brott och till följd av detta måste flytta.
- Vid trångboddhet.

För att ett hushåll inte ska anses trångbott bör det, utom för ensamstående utan barn, ha sovrum utöver vardagsrum och kök eller kokvrå. Två barn bör kunna dela sovrum. Med beaktande av stigande ålder och personlig integritet, bör barn emellertid inte behöva dela sovrum.

Högsta godtagbara boendekostnad

Vägledande normer för bostadskostnader är baserade på lokala hyresnivåer för 2023. Hänsyn har tagits till vilka lägenheter som är möjliga att få utan en orimligt lång väntetid. Beloppen avser boendekostnader inklusive uppvärmningskostnad och före eventuellt bostadsbidrag.

Enheten för ekonomiskt bistånd har beräknat hyreshöjningar på 2 % för 2022 samt på 5 % för 2023 (avrundat till närmsta 500-tal/100-tal) utifrån de generella prishöjningarna på bostadsmarknaden i Eslöv samt med utgångspunkt i Försäkringskassans genomsnittliga kostnader per månad för beräkning av bostadsbidrag.

Kommentar [SM3]: Kolontecken är tillagt.

Kommentar [SM4]: Markerad text är ny.

Följande text har tagits bort:
”I Eslövs kommun har de största bostadsbolagen gjort en hyreshöjning med 0,75 % för 2021.”

För Eslövs kommun anges följande högsta godtagbara boendekostnader som vägledande norm för 2023:

| | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1 - 2 vuxna | 6 000 kr |
| 1 - 2 vuxna och 1 barn | 7 000 kr |
| 1 - 2 vuxna och 2 barn | 8 500 kr |
| 1 - 2 vuxna och 3 barn | 10 500 kr |
| 1 - 2 vuxna och fler än 3 barn | 10 500 kr + 600 kr per barn efter 3 |

Kommentar [SM5]: Nytt förslag på högsta godtagbara hyror för de individer som ansöker om ekonomiskt bistånd i Eslövs kommun.

Följande siffror har tagits bort:
"vägledande norm för 2021:

1 - 2 vuxna 5 500 kr
1 - 2 vuxna och 1 barn 6 500 kr
1 - 2 vuxna och 2 barn 7 800 kr
1 - 2 vuxna och 3 barn 9 700 kr
1 - 2 vuxna och fler än 3 barn 9 700 kr + 500 kr per barn efter 3"

**Information om beslut från IVO samt beslut om
delegering till vård- och omsorgsnämndens
arbetsutskott avseende redovisning till IVO**

5

VoO.2022.0436

2023-04-12
Pia Arndorff
+4641362102
pia.arndorff@eslov.se

Vård och omsorgsnämnden

Information om beslut från IVO samt beslut om delgering till AU

Ärendebeskrivning

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har gjort en inspektion i Eslöv gällande medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Detta ingår i en landsomfattande granskning av hälso- och sjukvården i kommunerna. IVO har riktat kritik mot hur hälso- och sjukvården bedrivs på särskilt boende (SÄBO) i Eslöv. Vård och omsorgsnämnden ska återkomma till IVO med en åtgärdsplan senast den 2 maj. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) begärde uppskov med svaret till IVO för att nämnden skulle hinna samlas igen för slutligt beslut, men detta uppskov godkändes inte av IVO. Detta innebär att beslut om hur svaret till IVO slutligen ska se ut behöver fattas av vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott vid deras sammanträde den 24 april. Detta beslut behöver nämnden därmed delegera till utskottet.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse
Beslut från inspektionen för vård och omsorg

Beredning

Plan för framtagandet av åtgärdsplan:

- 17 april förslag till handlingsplan tas fram vid HSL ledningsgrupp
- 19 april ges information till nämnden
- 19 april fattar nämnden beslut om att delegera beslut av svar till IVO till AU.
Beslut måste vara justerat till den 24 april
- 20-21 april skrivs svar till IVO
- 24 april fattas beslut enligt delegation av AU
- Beslut måste vara justerat till den 28 april
- 24 – 28 april görs eventuella justeringar i svaret efter beslut från AU
- 28 april skickas svaret digitalt till IVO
- 2 maj ska svaret vara IVO till handa

Vård och Omsorg

Postadress: 241 80 Eslöv | Besöksadress: Stadshuset, Gröna torg 2
Telefon: 0413-620 00 | E-post: myndighetsbrevlåda@eslov.se | www.eslov.se

1(2)

- Återkoppling till vård och omsorgsnämnden ges enligt nämndens önskemål

Förslag till beslut

- Vård och omsorgsnämnden godkänner plan för framtagande av åtgärdsplan.
- Vård och omsorgsnämnden beslutar delegera beslutet gällande vård- och omsorgsnämndens svar till IVO till vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott.

Beslutet skickas till

Handläggaren

Josef Johansson
Förvaltningschef

Pia Arndorff
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Eslövs kommun
Vård- och omsorgsnämnden
241 80 Eslöv

Vårdgivare och huvudman

Eslövs kommun

Ärendet

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

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

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

Beslut

IVO konstaterar följande brister:

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

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

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

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast **den 2 maj 2023**.

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

Skälen för beslutet

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

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

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

IVO konstaterar vidare att många livsavgörande bedömningar av patienter på SÄBO görs av den personal som har den lägsta utbildningsnivån. Tillgången till läkare är ibland otillräcklig. Det framkommer att sjuksköterskorna ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när detta skulle behövas för att uppnå god vård. Sjuksköterskorna saknar dessutom ibland möjlighet att ge vård- och omsorgspersonalen stöd i den omfattning som krävs.

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

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

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

IVO konstaterar av underlaget att tillgång till läkare och läkarkonsultation ibland är otillräcklig. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. IVO påtalar att om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

| Nyckeltal | Eslöv | Skåne* | Riket |
|--|-------|--------|-------|
| Av journalgranskningen framgår | | | |
| Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad | 47% | 35% | 34% |
| I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de | | | |
| Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig | 50% | 45% | 46% |
| Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig | 50% | 37% | 42% |
| Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad | 60% | 55% | 52% |
| Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad | 100% | 81% | 87% |
| Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad | 82% | 65% | 63% |

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att några av vård- och omsorgspersonalen har tillräcklig kompetens att uppmärksamma om patienters hälso- och sjukdomstillstånd förändras. Överlag är dock kompetensen dålig bland vård- och omsorgspersonalen och sjuksköterskorna uppgav att personalen blir stressade och kontaktar sjuksköterska för att de vill ha ”ryggen fri”. De ringer ofta till sjuksköterskan.

Sjuksköterskorna ansåg att några av vård- och omsorgspersonalen har tillräckliga kunskaper i det svenska språket. Bristande språkkunskaper är enligt sjuksköterskorna ett stort problem och bidrar till patientsäkerhetsrisker då personalen inte förstår den terminologi som används. Sjuksköterskorna känner sig bl.a. osäkra på om personalen förstår instruktioner mm. Personalen säger att de förstår men sedan har uppgifterna inte blivit utförda. Det brister både språkmässigt och kunskapsmässigt. Befintliga språkkunskaper räcker inte för att svara på följdfrågor, vilket skapar stor osäkerhet. Det finns även personal som börjar argumentera med sjuksköterskan. Sjuksköterskorna uppgav att många i personalen saknar intresse för patienterna och för arbetet.

Sjuksköterskorna uppgav att det för de flesta sjuksköterskor finns möjlighet att besöka patienter och bedöma hälsotillstånd om de anser att det finns behov av det, oavsett tid på dygnet, vardag som helg. Dagtid ansvarar sjuksköterskorna för många patienter och det påverkar ibland möjligheten. På kvällar och helger kan antalet planerade besök och antalet patienter som är i palliativ vård påverka möjligheten att besöka och bedöma andra patienter. På natten är det som regel lugnare.

På frågan om sjuksköterskorna har förutsättningar att arbeta patientsäkert svarade de intervjuade sjuksköterskorna att det finns ganska dåliga förutsättningar för det. Det är sjuksköterskornas engagemang och kompetens som räddar upp situationen. De kompenserar för de brister som finns i kommunen relaterat till vakanser, inhyrda sjuksköterskor och vikarier. Några av de intervjuade sjuksköterskorna uppgav att de inte kan garantera en patientsäker vård.

Sjuksköterskorna framförde att de oftast har tillgång till läkare och att läkartillgången blivit bättre även om det ser olika ut på kommunens boenden. Läkare ersätter varandra vid sjukdom eller deltidsarbete. När vårdcentralens läkare inte finns tillgänglig kan sjuksköterskorna kontakta Falck Läkarbilar eller mobila vårdteamet. Där kan sjuksköterskorna alltid få kontakt med en läkare för rådgivning via telefon medan inställelsetiden vid ett eventuellt hembesök kan vara extremt lång.

Enligt sjuksköterskorna är den totala läkartiden inte tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov. Varje SÄBO har tillgång till läkare en gång/vecka men läkarna hinner inte alltid med alla patienter som är uppsatta på veckans rond.

Patienter

Tre av fyra patienter uppgav att de alltid eller oftast får hjälp av vård- och omsorgspersonalen när de behöver det. En patient uppgav att hen får hjälp ibland och att personalen inte alltid har tid. En patient uppgav att personalen inte vet vad hen heter samt att personalen stönar och beklagar sig. När det gäller kompetens i svenska språket så ansåg patienterna att de oftast eller ibland förstår personalen. Det finns vissa i personalen som har svårt med språket och särskilt svårt med språkförståelsen är det under sommaren. En patient uppgav att det inte är roligt när det kommer personal som inte förstår. En annan

patient uppgav att hen har som strategi att välja att prata med den personal som kan bra svenska.

Tre av fyra patienter uppgav att de alltid eller oftast får träffa en sjuksköterska när de behöver det. Två av patienterna uppgav att de alltid får träffa en läkare när de behöver, en patient svarade sällan och en patient hade inte haft något behov av att träffa varken sjuksköterska eller läkare.

Ledning

Vid samtal med representanter för kommunens ledning framkom att de är medvetna om att det finns brister gällande vård- och omsorgspersonalens kompetens och språkkunskaper. Ledningen framförde att det har blivit svårare att rekrytera personal med rätt kompetens och att kommunen ständigt arbetar med frågan. Enligt ledningen finns det en kompetensförsörjningsplan och en utbildningsplattform med de utbildningar som personalen behöver ha. Vissa av utbildningarna är obligatoriska.

Ledningen uppgav vidare att de har stor personalomsättning vilket gör att den kompetens som "arbetats upp" försvinner. Ledningen försöker därför öka kompetensen genom teambaserat arbetssätt där lärandet sker i stunden. Det som även anses ha effekt för lärandet är stödet som ges "en-till-en". Kommunen har därför diskuterat att införa en längre bredvidgång i samband med introduktion av nya medarbetare.

Tidigare fanns s.k. språkombud. Ledningen uppgav att det inte kommer att utbildas några nya, då resultatet av den satsningen inte motsvarade förväntningarna. Ledningen är medveten om att det är svårt för många att ta till sig t.ex. delegeringsutbildningen på grund av språksvårigheter och har kommit fram till att allt inte behöver delegeras till alla i personalgruppen. Ledningen diskuterar hur de ska kunna försäkra sig om att vård- och omsorgspersonalen har tillräckliga språkkunskaper för att kunna utföra hälso- och sjukvårdsinsatser på SÄBO. Det kan bli aktuellt att samverka med vuxenutbildningen kring detta men någon plan finns ännu inte.

Ledningen bekräftade att avstånden kan vara ett problem under jourtid för sjuksköterskorna och att detta kan påverka möjligheten att besöka en patient när de anser att det finns behov av det. Ledningen informerade om att kommunen har utökat arbetstiden för vissa sjuksköterskor på SÄBO via stadsbidrag. Däremot finns fortfarande vakanser som bemannas av hyrsjuksköterskor.

Ledningen framförde att de är medvetna om bristerna i läkarstödet och att detta diskuteras dagligen. Läkartillgången uppgavs ha blivit sämre och det saknas en tydlig planering. Det finns planerade möten med respektive vårdcentral i början av 2023 för att diskutera åtgärder.

Tillämpliga bestämmelser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i Eslövs kommun inte sker enligt gällande regelverk och att det till viss del inte finns en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. IVO bedömer att bristerna utgör en patientsäkerhetsrisk. Vidare finner IVO att vårdgivaren brister i sitt systematiska förbättringsarbete beträffande egenkontroll av dokumentation vilket krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

IVO konstaterar även att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till dokumentationsbrister som påverkar patienter i hög grad eller måttlig grad. En relevant och aktuell dokumentation är av stor betydelse för att bidra till en god och säker vård av patienten. Ju fler som är involverade i patientens vård och behandling desto viktigare är det att det finns en tydlig dokumentation som innehåller en planering för vård och behandling. IVO anser också att den som arbetar patientnära ska ha tillgång till den information som krävs för en god och säker vård. Vidare uppger sjuksköterskorna att de inte alltid har tillräcklig information vilket innebär risker för patientsäkerheten eftersom insatser riskerar att försenas eller att inte utföras.

IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor, vilket inte främjar god vård. Att ständigt möta nya vårdkontakter kan skapa otrygghet, leda till bristfällig vård och medföra ökade risker för patienten. IVO menar att bristande personalkontinuitet, med personal som inte sedan tidigare känner patienten, i kombination med bristande dokumentation utgör en riskfaktor för patientsäkerheten. Om det saknas en tydlig dokumentation och planering för patienten finns risk för att rätt åtgärder inte vidtas om patienten blir försämrad. Det kan leda till att patienten drabbas av onödig inläggning på sjukhus alternativt inte får tillgång till nödvändig sjukhusvård. Detta riskerar att ske i större utsträckning när det är många olika sjuksköterskor inblandade i patientens vård och behandling.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

| Nyckeltal | Eslöv | Skåne* | Riket |
|---|-------|--------|-------|
| Av journalgranskningen framgår | | | |
| Andel patienter utan dokumenterad vårdplan | 1% | 23% | 44% |
| Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk | 0% | 22% | 39% |
| Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas | 86% | 57% | 63% |
| I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de | | | |
| Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad | 91% | 69% | 67% |
| Saknar tillgång till primärvårdsjournaler | 30% | 36% | 26% |

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med sjuksköterskorna framkom att kontinuiteten gällande vård- och omsorgspersonalen är ganska dålig överlag. Det kan dock skilja sig från boende till boende och mellan avdelningar. Det kan finnas en basbemanning med ordinarie personal men kan vara många vikarier som arbetar på grund av sjukfrånvaro. Det är olika om det är kända vikarier eller inte. Den nya schemalaggningsen medför att personal kan vara på olika avdelningar under arbetspass. Som exempel nämner sjuksköterskorna att den personal som tjänstgör under kvällen inte är den som tar vid nästa morgon vilket gör att informationsöverföring uteblir. Under sommaren är bemanningen en katastrof enligt sjuksköterskorna.

Kontinuiteten gällande sjuksköterskorna är dålig dagtid, varken bra eller dålig kvällstid och ganska bra natt och helg. Det är många bemanningssjuksköterskor som arbetar dagtid. Det saknas information om patienterna och ingen vet när det är dags för t.ex. uppföljningar, det saknas ett helhetstänk. Endast punktinsatser sker och det mest akuta utförs. På kvällen finns några fast anställda sjuksköterskor och resten är bemanningssjuksköterskor eller pensionerade sjuksköterskor. Enligt sjuksköterskorna finns det ingen stabil grupp och det tär på ordinarie sjuksköterskor att ständigt lära upp nya kollegor. På helgen ansvarar sjuksköterskan även för LSS-boenden i kommunen.

När det gäller läkarkontinuiteten är den bra. Kommunens SÄBO är knutna till två regionala vårdcentraler och en privat.

Sjuksköterskorna uppgav att alla patienter har vårdplaner som finns i patientens hälso- och sjukvårdsjournal. Det finns förutsättningar för sjuksköterskorna att följa upp effekten av planerade och insatta åtgärder för de flesta patienter när något är ordinerat under förutsättning att alla har dokumenterat som de ska. Det är sjuksköterskorna som ansvar för att både planera, upprätta och dokumentera åtgärder men detta sker inte alltid. Enligt sjuksköterskorna är det svårt att få en överblick i dokumentationssystemet och tid läggs ofta på att leta efter information. Vidare uppgavs att det går att söka på KVÅ-koder men eftersom sjuksköterskorna är självlärda i systemet dokumenterar alla olika. Enligt sjuksköterskorna har de efterfrågat dokumentationsutbildning i två års tid och först nu har de fått påbörja en sådan utbildning.

Vidare framkom att det är några av vård- och omsorgspersonalen som har läsbehörighet och därmed tillgång till de vårdplaner som finns. Det skiljer sig mellan boendena hur mycket vård- och omsorgspersonalen faktiskt använder sig av systemet. Det finns inget inarbetat arbetssätt och har aldrig funnits några rutiner för vem/när/hur personalen ska dokumentera. Enligt sjuksköterskorna så upplever vård- och omsorgspersonalen att de inte har tillgång till den information de behöver. Det brister även i informationsöverföringen mellan arbetspassen. Det har hänt att viktig information inte rapporterats efter avslutat arbetspass och att personal inte har läst journaler på flera veckor. Den stora personalomsättningen har också bidragit till att det inte finns något inarbetat arbetssätt eller inarbetad rutin.

Enligt sjuksköterskorna pågår det ett förbättringsarbete med att göra en checklista över KVÅ-koder. Sjuksköterskorna anser inte att innehållet i dokumentationen är tillräckligt för att uppnå patientsäker vård när personalkontinuiteten avseende sjuksköterskorna är dålig eftersom kvaliteten på dokumentationen skiftar.

De flesta sjuksköterskor har tillgång till de journaler de behöver under förutsättning att patienten lämnat samtycke och att sjuksköterskan dokumenterat samtycket. Ibland saknar nya sjuksköterskor behörighet till systemet eller till vissa områden. Det finns vårdplaner för de flesta patienter men planerna är inte strukturerade eftersom sjuksköterskorna har saknat utbildning i hur de ska dokumentera i det nya systemet.

Patienter

Vid samtal med patienterna framkom att tre av fyra inte kände till om det finns en planering för deras vård och behandling. Patienterna framförde att kontinuiteten av vård- och omsorgspersonal är bra eller ganska bra, dock uppgav flera patienter att det är många vikarier. En patient uppgav att under sommaren är det många vikarier med utländsk bakgrund. Kontinuiteten avseende sjuksköterskor och läkare upplevde de flesta är bra.

Ledning

Ledningen bekräftar att kontinuiteten varierar och kan skifta mellan boenden och olika avdelningar. Ledningen delar bilden av att situationen är katastrofal under sommaren. De ny tillträdde cheferna har fått i uppdrag att identifiera orsakerna till den bristande kontinuiteten och kommunen kommer fortsätta arbetet med att vara en attraktiv arbetsplats. Det har bl.a. anställts en schemaläggare för vård- och omsorgspersonalen och kommunen arbetar numera med s.k. hälsoschema. Enligt ledningen finns det i dagsläget inga specifika åtgärder planerade för att säkerställa bättre kontinuitet.

Enligt ledningen finns det brister i dokumentationen. Ett nytt dokumentationssystem infördes under pandemin och kommunen var bland de första att införa systemet. Kommunen har utsett sjuksköterskor med ansvar för dokumentationen s.k. superanvändare som bland annat ska genomföra en journalgranskning i februari 2023 och där efter planera för vilka åtgärder som behövs. Ledningen har förstått att sjuksköterskorna behöver mer utbildning i systemet och att utbildningen behöver vara återkommande på grund av den personalomsättning som finns. Ledningen är införstådd med att sjuksköterskorna inte klarat av övergången från det gamla till det nya systemet.

För att vård- och omsorgspersonalen ska bli bättre på att dokumentera ska kommunen införa dokumentationsombud som ska kunna vägleda personalen i hur de ska dokumentera och det ska upprättas frastexter för att underlätta och få en mer enhetlig dokumentation.

Tillämpliga bestämmelser

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

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

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

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

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

Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i Eslövs kommun inte sker på ett patientsäkert sätt. Bristen avser delegering och denna brist medför en patientsäkerhetsrisk.

Delegering

IVO anser att den delegerade uppgiften att iordningställa och administrera läkemedel inte utförs på ett patientsäkert sätt. Vid inspektionen framkom att vård- och omsorgspersonal som delegerats uppgiften inte följer aktuell föreskrift och beslutat arbetssätt. Vidare framkom att sjuksköterskorna saknar förutsättningar, främst i form av tid, att följa upp och ge erforderligt stöd åt de som fått delegering.

Läkemedelsgenomgång

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

IVO konstaterar att det till viss del saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vid intervjun med sjuksköterskorna och dialogmötet med ledningen framkom dock att läkemedelsgenomgångar genomförs. Orsaken till att uppgifterna inte är överensstämmande klargjordes inte vid inspektionen. IVO begär därför att nämnden i sin redovisning till IVO redogör för på vilket sätt dokumentation av läkemedelsgenomgångar sker idag.

IVO anser att det är av vikt att läkemedelsgenomgångar finns dokumenterade i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen även om huvudansvaret för läkemedelsgenomgång åligger regionen som huvudman.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

| Nyckeltal | Eslöv | Skåne* | Riket |
|---|-------|--------|-------|
| Av journalgranskningen framgår | | | |
| Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång | 41% | 60% | 51% |
| Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas | 32% | 54% | 44% |
| Andel patienter med läkemedel som bör undvikas | 17% | 18% | 20% |
| I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de | | | |
| Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad | 73% | 49% | 56% |
| Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs | 55% | 37% | 37% |
| Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal | 36% | 16% | 28% |
| Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal | 0% | 13% | 17% |

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Sjuksköterskorna framförde att de oftast har förutsättningar att delegera enligt delegeringsföreskriften och att vård- och omsorgspersonal delegeras enligt den rutin som finns. Det finns en utbildningsansvarig sjuksköterska som håller i den inledande delegeringsutbildningen och därefter tar sjuksköterskorna på boendena över för bl.a. praktiskt test. Nyanställda och vikarier delegeras som längst i sex månader vid första tillfället. När det brister i följsamhet till föreskriften handlar det om uteblivna uppföljningar av delegeringar.

Enligt sjuksköterskorna händer det att de nekar delegering på grund av språk- och/eller kompetensbrister. En delegering kan också dras in efter rapporterade avvikelser eller uppmärksammade brister. Enligt sjuksköterskorna förekommer det mycket slarv på flera SÄBO men oroväckande få händelser rapporteras som avvikelser. Som exempel på avvikelser nämndes att personalen signerar att läkemedel är överlämnat innan patienten fått det och att de sedan glömmer att ge det läkemedel som signerats. Sjuksköterskan

uppmärksammar då inte misstaget om det inte rapporteras som en avvikelser. Sjuksköterskorna ansåg att personalen endast ibland utför delegerade insatser på ett patientsäkert sätt. Det inträffar ofta fel som att personalen ger både morgon- och kvällsläkemedel samtidigt eller att läkemedel överlämnas till patienter i matsalen. Personalen saknar ofta förståelse för konsekvenserna och det finns personal som upplevs som oengagerad. Enligt sjuksköterskorna får vård- och omsorgspersonalen en omfattande delegeringsutbildning. Sjuksköterskorna uppgav att de inte kan precisera vad som skulle kunna göras annorlunda för att förbättra processen. Vidare framkom det att sjuksköterskorna inte alltid har tid att ge stöd och handledning till den personal som fått delegeringar.

Enligt sjuksköterskorna får samtliga patienter en läkemedelsgenomgång varje år. Sjuksköterskorna får oftast tillräcklig information från läkare när det sker förändringar av patientens läkemedelsbehandling. Det kan hända att information missas om patienten är knuten till en avdelning på sjukhuset. Sjuksköterskorna informerar i sin tur oftast vård- och omsorgspersonalen när det sker förändringar i läkemedelsbehandlingen.

Patienter

Två av patienterna har varit delaktiga vid läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare. En av patienterna uppgav att det har skett en förändring av hans behandling det senaste året och att hans mående där efter har följts upp. Samtliga av de intervjuade patienterna kände sig trygga med att de får rätt läkemedel vid rätt tillfälle.

Ledning

Enligt representanterna för ledningen ska kommunen använda apotekets test med slumpmässiga frågor vid delegering från januari månad 2023. Detta ska öka kvaliteten på delegeringen. Det görs uppföljningar i det dagliga arbetet vid exempelvis sårömläggningar och ledningen menade att sjuksköterskorna kan använda dessa tillfällen till att även följa upp en delegering. Samtal har skett med sjuksköterskorna om att de ska dra in delegeringar om de ser att delegerad personal brister i följsamhet. Det får därefter bli ansvarig chef som avgör eventuellt behov av utbildning. Ledningen konstaterade också att arbetsbelastningen ökar på de med delegering om det finns personal som inte kan delegeras av olika skäl.

Ledningen uppgav att det ingår i delegeringsutbildningen att kontrollera läkemedelslistan vid överlämnande av läkemedel. De delade inte sjuksköterskornas bild av att när det inte sker så beror det på tidsbrist eller slarv från personalens sida. Ledningen tror att det beror på att många patienter haft samma läkemedel länge och att personalen inte läser läkemedelslistan för att de känner patienten och av den anledningen kan missa eventuella förändringar. Ledningen arbetar ständigt med att påminna personalen om att både ordinationshandling och signeringslista ska kontrolleras. Den sjuksköterska som finns närmast personalen är den som enligt ledningen ska stötta delegerad personal. Att de inte

hinner handleda personalen kan enligt ledningen bero på att det är många bemanningssjuksköterskor som arbetar. Enligt ledningen sker det nog mer handledning där det finns en stabil sjuksköterskegrupp.

Läkemedelsgenomgångar utförs årligen i samverkan med vårdcentralen. Under pandemin var det ett tillfälligt stopp för läkemedelsgenomgångar vilket kan ha påverkat resultatet i IVO:s journalgranskning. Ledningen hade ingen uppfattning om hur det ser ut med läkemedel som bör undvikas och uppgav att det inte är något som kontrollerats. Ledningen uppgav att läkemedelsgenomgångar bör ingå i den journalgranskning som kommunen planerat att utföra för att säkerställa att genomförda läkemedelsgenomgångar också dokumenteras i kommunens journal.

Tillämpliga bestämmelser

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

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

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

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

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

Av 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter

om utredande åtgärder samt bakgrunden till dessa (punkten 2) och andra sammanfattningar av genomförd vård (punkten 5).

Vården i livets slutskede sker inte enligt gällande regelverk

IVO:s tillsyn visar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede i Eslövs kommun. Vid tillsynen framkom att beslut om vak så att patienten inte ska behöva avlida ensam inte alltid fullföljs. Vidare framkom att den personal som vakar hos patienter inte alltid är erfaren vård- och omsorgspersonal. Utöver detta förekommer det brister i vård- och omsorgspersonalens kunskaper om vård i livets slutskede. IVO anser att dessa brister medför att patienten inte får god vård i livets slutskede.

IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktssamtal¹ genomförts när vården övergår i livets slutskede. Vid sjuksköterskeintervjun och dialogmötet med ledningen framkom att brytpunktssamtal genomförs. Det framkom inte om och hur brytpunktssamtalen dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen eller om det finns någon rutin för hur detta ska ske. IVO begär därför att nämnden i sin redovisning redogör för på vilket sätt dokumentation av brytpunktssamtal sker idag.

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

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

| Nyckeltal | Eslöv | Skåne* | Riket |
|--|-------|--------|-------|
| Av journalgranskningen framgår | | | |
| Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal | 95% | 83% | 75% |
| Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen | 56% | 11% | 13% |
| Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen | 89% | 79% | 66% |
| I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de | | | |
| Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede | 0% | 7% | 10% |
| Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland | 18% | 8% | 8% |

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Enligt sjuksköterskorna har de ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för att patient och anhörig ska förstå att vården har övergått till vård i livets slutskede. Alla patienter erbjuds brytpunktssamtal och det är läkare som ansvarar för samtalet. Det kan förekomma att sjuksköterska behöver kontakta Falck Läkarbilar på natten och att läkaren då inte alltid kontaktar och informerar anhöriga.

Enligt sjuksköterskorna framgår det oftast i journalen när vården övergått till vård i livet slutskede. Sjuksköterskan dokumenterar alltid detta i den kommunala journalen men läkarna kan missa att dokumentera så att det blir synligt i NPÖ (nationell patient översikt).

Vid intervjun framkom att läkarna sällan ordinerar läkemedel för vård i livets slutskede innan patientens vård övergått i detta skede. Det har dock förekommit att patienter haft ordinationer ett par månader och att patienten sedan blivit bättre och därmed inte vårdas palliativt längre men att ordinationen då legat kvar. Ordinationen kan ligga kvar i upp till ett år. Det händer dock sällan att en sjuksköterska påbörjar läkemedelsbehandling för vård i livet slutskede utan kontakt med läkare.

Sjuksköterskorna uppgav att de oftast har förutsättningar att arbeta enligt de nationella riktlinjerna för vård i livets slutskede. När en patient vårdas i livets slutskede utför sjuksköterskorna ett palliativt tillsynsbesök vid varje arbetspass. Vak ordinerar men det är inte alltid detta går att lösa och ibland ifrågasätts sjuksköterskornas beslut av cheferna. Det framkom även att det inte alltid är ordinarie personal som sitter vak och att kompetensen hos vård- och omsorgspersonalen brister när det gäller vård i livets slutskede.

Ledning

Enligt ledningen har den palliativa vården diskuterats mycket i kommunen. Ledningen betonade att detta är ett tillfälle i patientens liv som inte går att göra om och att det måste bli bra både för patienten och för anhöriga. Enligt ledningen genomförs brytpunktssamtal men det är oklart varför dokumentationen av samtalen brister. Det kan vara så att dessa samtal inte dokumenteras i kommunens journal utan enbart i primärvårdsjournalen. Ledningen planerade att ta upp denna fråga med sjuksköterskorna efter mötet med IVO.

När det palliativa stadiet närmar sig vård i livets slutskede kan läkaren förbereda så att det finns dödsorsaksintyg mm. Det finns även en palliativ låda med de läkemedel som kan behövas.

Att det ibland förekommer att utbildad personal sitter vak blev ledningen medveten om för ett år sedan och har sedan dess arbetat med att förändra detta. Det utsågs en sjuksköterska med särskilt ansvar för området vård i livets slutskede och det skapades en checklista för den personal som ska sitta vak.

Enligt ledningen ska även tjänstgörande sjuksköterska besöka patienten varje arbetspass för att bl.a. prata med den personal som sitter vak och påminna om vad som är viktigt för patienten. Ledningen var inte medveten om att det fanns ett problem med ordination av vak. Det kan bero på att det kommit nya chefer som inte har varit med vid den ursprungliga diskussionen. Enligt ledningen behöver de informera alla om detta igen.

Enligt ledningen är de medvetna om vård- och omsorgspersonalens bristande kompetens inom området vård i livets slutskede. Ledningen menade att här behöver de nog genomföra en hel del insatser. Kommunen har utbildning i vård i livets slutskede men den utbildningen är inte obligatorisk för vård- och omsorgspersonalen. Det finns ännu ingen plan för kompetensutveckling gällande denna vård.

Tillämpliga bestämmelser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bakgrund och övergripande slutsatser av den nationella tillsynen

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

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

Underlag

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

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschef Anna Karin Nyqvist. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Åsa Lindberg och Jenny Morsäter deltagit. Inspektören Pernilla Hedin har varit föredragande.

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

**Beslut om rehabiliterings- och
omvårdnadsinsatser efter sjukhusvistelse**

6

VoO.2023.0189

2023-04-06

Anna Lena Malmborg

+4641362478

anna-lena.malmborg@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut; Beslut om rehabiliterings- och omvårdnadsinsatser efter sjukhusvistelse

Ärendebeskrivning

Verksamhetschef för Hälsa och bistånd och verksamhetschef för Äldreomsorg hemställer att vård- och omsorgsnämnden i Eslövs kommun förtydligar att bistånd efter sjukhusvistelse i första hand innebär att insatser från Vård och Omsorg beviljas i ordinärt boende efter utskrivning.

Eslövs kommun arbetar utifrån att rehabiliterings- och omvårdnadsinsatser påbörjas i bostaden för att så fort som möjligt känna trygghet i hemmet efter sjukhusvistelse. Det behövs därmed en uttalad viljeriktning från vård- och omsorgsnämnden i Eslövs kommun som säger att alla i första hand ska gå hem till ordinärt boende efter sjukhusvistelse.

Det kan vara svårt att veta hur vardagen ska fungera när en brukare kommer hem efter en sjukhusvistelse. Brukaren kanske känner oro och osäkerhet för vardagliga bestyr som brukaren tidigare själv har klarat av. För att underlätta för brukaren kan därav hemgångsstöd beviljas som utförs av Hemtagningsteamet under upp till 21 dagar. Genom insatsen hemgångsstöd ger vi brukarna förutsättningar att vara så självständiga som möjligt i sina vardagsaktiviteter.

De som bedöms vara i behov av korttidsvistelse kommer även framöver beviljas detta, men med stöd av kommunens nyinrättade Hemtagningsteam (HGT) kan vi nu erbjuda fler personer rehabiliterings- och omvårdnadsinsatser i ordinärt boende efter sjukhusvistelse.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse, 2023-04-06

Beredning

Vård och Omsorg

Postadress: 241 80 Eslöv | Besöksadress: Stadshuset, Gröna torg 2
Telefon: 0413-620 00 | E-post: kommunledningskontoret@eslov.se | www.eslov.se

1(2)

Det är biståndshandläggare som tar emot ansökningar och fattar beslut om bistånd i form av bland annat hemgångsstöd.

Behovet av korttidsplatser är stort och genom att i första hand erbjuda insatser i ordinärt boende kan en del bistånd i form av vistelse på korttidsenhet undvikas. Visar det sig efter hemkomst att behoven inte kan tillgodoses i ordinärt boende, görs en ny utredning och nytt beslut fattas.

Förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta att bistånd avseende omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser efter sjukhusvistelse i första hand beviljas i ordinärt boende.

Beslutet skickas till

Vård och Omsorg

Josef Johansson
Förvaltningschef

Ingrid Westerlund
Verksamhetschef Hälsa och Bistånd

Sofia Persson
Verksamhetschef Äldreomsorg