

Kallelse till sammanträde med Vård- och omsorgsnämnden

Datum och tid: 2021-03-17, klockan 16:00

Plats: Stadshuset - Emmanuel Möller

Förhinder anmäls till Helena Nilsson, helena.nilsson2@eslov.se, 0413-62171

Ordförande

Tony Hansson (S)

1. **Val av protokolljusterare** *16:00*

2. **Ekonomisk månadsrapport 2021 (VoO.2021.0002)** Johanna Elfsberg,
enhetschef ekonomi
16:00

Beslutsunderlag
 - Förslag till beslut; Ekonomisk månadsrapport för februari 2021
 - Ekonomisk månadsrapport februari 2021

3. **Information om avgifter för vård och omsorg (VoO.2021.0072)** Johanna Elfsberg,
enhetschef ekonomi,
Lennart Jönsson,
redovisningsekonom,
Helen Johnsson,
ekonomiadministratör
16:25

Beslutsunderlag
 - Avgifter för Vård och Omsorg, 2021-01-01
 - Tillämpningsregler för avgifter och ersättningar inom Vård och Omsorg, Eslövs kommun 2020-12-14

4. **Kvalitetsberättelse 2020 (VoO.2021.0035)** Marieth Roos-Ekelund,
socialt ansvarig
samordnare *17:00*

Beslutsunderlag
 - Förslag till beslut; Kvalitetsberättelse för år 2020
 - Kvalitetsberättelse för år 2020

5. **Upphandling av bemanningsundersköterskor (VoO.2021.0056)** Anna Friberg,
verksamhetschef
äldreomsorgen *17:30*

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut; Upphandling av bemanningsundersköterskor

6. Information om bemanningshandbok för äldreomsorgen

Anna Friberg,
verksamhetschef
äldreomsorgen, Martin
Borg & Johannes
Bragazzi, enhetschefer
hemvård 17:45

7. Patientsäkerhetsberättelse 2020 (VoO.2021.0041)

Josef Johansson,
förvaltningschef 18:15

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut; Patientsäkerhetsberättelse 2020
- Patientsäkerhetsberättelse 2020

8. Leasing av digitala lås till dörrar och medicinskåp i ordinärt boende (VoO.2021.0060)

Josef Johansson,
förvaltningschef 18:30

Beslutsunderlag

- Förslag till beslut; Leasing av digitala lås till dörrar och medicinskåp i ordinärt boende
- Vård- och omsorgsnämndens beslut §5,2020. Upphandling av digitala lås

9. Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete 2020 (VoO.2021.0045)

Josef Johansson,
förvaltningschef 18:45

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse avseende uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete 2020
- Riskbedömning
- Sammanställning av checklista för årlig uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet för Vård och Omsorg 2020

10. Information från verksamheten (VoO.2021.0031)

Josef Johansson,

förvaltningschef 19:00

- 11. Information från förvaltningen avseende covid-19** Ingrid Westerlund,
verksamhetschef

- 12. Borttagen på grund av sekretess (VoO.2021.0006)**

Borttagen på grund av sekretess

- 13. Anmälningar för kännedom**

VoO.2021.0016-3 Dom angående bistånd enligt SoL

VoO.2020.0619-2 Dom från förvaltningsrätten

VoO.2019.0502-5 Beslut från kammarrätten

VoO.2021.0025-2 Dom från förvaltningsrätten

VoO.2021.0045-3 Servicenämndens beslut § 31, 2021. Sammanställning
av det kommunövergripande systematiska
brandskyddsarbetet 2020

VoO.2021.0045-4 Sammanställning. Sammanställning av det
kommunövergripande systematiska brandskyddsarbetet
2020

VoO.2021.0045-5 Riskbedömnings och förslag till årlig handlingsplan
2021. Sammanställning av det kommunövergripande
systematiska brandskyddsarbetet 2020

VoO.2021.0015-2 Dom från förvaltningsrätten

Ekonomisk månadsrapport 2021

2

VoO.2021.0002

2021-03-11

Johanna Elfsberg

+4641362168

Johanna.Elfsberg@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Ekonomisk månadsrapport för februari 2021

Ärendebeskrivning

Förvaltningen har upprättat en ekonomisk månadsrapport för februari 2021 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

Ekonomisk månadsrapport för februari, daterad den 12 mars 2021

Tjänsteskrivelse, daterad den 12 mars 2021

Beredning

Resultatet för januari i förhållande till budget ligger på -8,7 mnkr.

Vissa kostnader saknas bl.a. IT (-1,0 mnkr) och lokalhyror (-0,7 mnkr). Även intäkter gällande Covid-19 relaterade kostnader saknas.

Riksdagen beslutade i januari 2021 att statsbidraget för merkostnader gällande Covid-19 förlängs till och med december månad 2020 och att ytterligare en miljard kronor tillförs. Vård- och omsorg inväntar ytterligare information från Socialstyrelsen om ansökningsförfarandet för decembers merkostnader. Förvaltningen uppskattar att ansökningsförfarandet för december kommer summera upp till 7-8 mnkr. Gällande uppbokning av intäkter för perioden fram till november 2020 användes försiktighetsprincipen, vilket innebär att 4,3 mnkr är bokförda på balansen. Dessa medel kommer lyftas ner i driften vid godkänd återredovisning.

Det finns fortfarande inga politiska beslut kring ersättning för merkostnader avseende 2021. Vård- och omsorg har hittills bokfört följande Covid-19 relaterade kostnader under 2021: Skyddsmaterial 5,2 mnkr (3,8 mnkr ombokat från 2020), personalkostnader 4,5 mnkr samt bemanningspersonal 2,1 mnkr.

Beslutet gällande kohortavdelning för personer sjuka i Covid-19 gäller till den sista maj 2021. Beslut kring överbemanning förlängdes t.o.m. den sista juni 2021. Inga nya politiska beslut om förlängning kommer fattas vilket innebär att både kohort och överbemanning kommer avslutas.

Arbetsgivare får i dagsläget delvis ersättning av staten för sjuklönekostnader som arbetsgivaren har från 1 april 2020 till 28 februari 2021. Ersättning för sjuklönekostnader för januari landade på 1,2 mnkr. Sjuklöneersättningen för februari är inte med i resultatet för perioden. Sjukskrivningskostnaden för februari uppgick till 1,2 mnkr.

Äldreomsorgen redovisar ett resultat på -6,2 mnkr (-4,2 mnkr, resultat föregående period), fördelat -3,1 mnkr (-1,9 mnkr) på vård-och omsorgsboende, -2,8 mnkr (-2,4 mnkr) på hemvården, +/- 0 mnkr på rehab och -0,4 mnkr för sjuksköterske-enheten. Inom vård-och omsorgsboende varierar resultatet från +0,3 mnkr på Ölycke till -1,6 mnkr på Vårlöken. Ölycke har 14 platser av 20 igång och ligger i februari på en 75 % belägningsgrad. På Vårlöken härstammar underskottet från kohortavdelningen. Inom hemvården redovisar område Väster ett positivt resultat på 0,1 mnkr medan ytterområdet har ett negativt resultat på 0,9 mnkr. Sjuksköterske-enheten har fått en stor budgetökning 2021. Däremot har enheten stora kostnader gällande bemanningspersonal, 2,0 mnkr. Av denna bemanningskostnad är 0,9 mnkr relaterad till Covid-19. Resterande bemanningspersonal används för att täcka upp det stora antal vakanta tjänster som enheten har.

Verksamhet funktionsnedsättning har ett resultat på +0,8 mnkr (+1,1 mnkr). LSS-boendena redovisar ett sammantaget överskott på 0,8 mnkr (0,9 mnkr). Daglig verksamhet har ett överskott på 0,4 mnkr. Överskotten uppkommer då vissa aktiviteter inte kan genomföras p.g.a. pandemin. Personlig assistans ökar sitt underskott från 0,5 mnkr till 1,1 mnkr. Här ligger en ofinansierad volymökning. Barn- och ungdomsverksamhetens underskott på 0,7 mnkr är en felbokning. Detta innebär att övergripande för verksamheten finns ett överskott på 0,5 mnkr efter ombokningen. En ny ansvarskod är skapad för att följa kostnader för ledsagning, kontaktperson och avlösning.

Socialtjänsten över 18 år redovisar ett resultat på -0,2 mnkr. Detta p.g.a. av externa placeringar. Eventuellt är fler placeringar på gång.

Enheten för ekonomiskt bistånd redovisar ett resultat på -1,4 mnkr (-1,0 mnkr), Försörjningsstöd ligger 1,5 mnkr över budgeterad nivå. Intäkterna från Migrationsverket ligger 0,6 mnkr under budgeterad nivå.

Centralt redovisas ett underskott på -1,8 mnkr, p.g.a. inköp av skyddsmaterial.

Förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna upprättad ekonomisk rapport för februari 2021 och översända den till kommunstyrelsen.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Handläggare

Akten protokollet

Carl-Josef Johansson
Förvaltningschef

Johanna Elfsberg
Ekonomisk och administrativ chef

Månadsrapport Vård och Omsorg

(kk)

februari

16,7%

2021-03-12

Resultatrapport	Budget	Period	Utfall 210228	Förbrukning %	
	Helår			Helår	Period
Intäkter	141 436	23 573	22 786	0,0%	103%
Kostnader	-801 836	-131 415	-139 367	0,0%	106%
Personalkostnader	-486 904	-78 926	-91 537	0,0%	116%
Lokalkostnader	-76 442	-12 740	-12 025	0,0%	94%
Övriga driftkostnader	-236 583	-39 431	-35 544	0,0%	90%
Kapitalkostnader	-1 906	-318	-261	0,0%	82%
Nettokostnader	-660 400	-108	-117	0,0%	108%
Kommunbidrag	-660 400				
Årets resultat			-116 581		

DRIFTREDOVISNING 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	-228	-157	0	-157	71	11,46%
Alkoholtillsyn	-47	217	170	28	-4	0	-4	-32	-2,45%
Äldreomsorg	-370 057	60 151	-309 906	-51 265	-68 065	10 630	-57 435	-6 170	19,78%
Funktionsnedsättning	-247 902	49 167	-198 735	-32 812	-39 782	7 960	-31 822	990	16,01%
Socialpsykiatri	-30 977	4 334	-26 643	-4 345	-5 235	678	-4 557	-211	17,10%
Socialtjänsten över 18 år	-34 557	11 125	-23 432	-3 905	-5 912	1 699	-4 212	-307	17,98%
Förvaltningsgemensamt	-63 139	1 202	-61 937	-8 889	-10 610	4	-10 606	-1 717	10,89%
Ekonomiskt bistånd	-53 790	15 240	-38 550	-6 425	-9 596	1 808	-7 788	-1 363	20,20%
	-801 836	141 436	-660 400	-107 842	-139 360	22 779	-116 581	-8 739	

Redovisat per enhet

	Budget		Utfall per månad		Summa	Avvikelse perioden	Förbrukning %	
	Helår	Period	Jan	Feb			Helår	Period
300000 Förvaltningschef,3A	18 255	1 609	4 651	456	5 107	-3 498	28,0%	28%
300200 Verksamhetschef myndigh o HSL	3 532	589	269	140	409	180	11,6%	12%
310000 Myndighetschef C3	83 612	13 935	7 109	6 955	14 064	-129	16,8%	17%
320000 Adm.chef,3C	-3 922	-654	-374	-295	-668	15	17,0%	17%
330000 Personal adm chef 3D	15 708	2 618	777	712	1 489	1 129	9,5%	9%
330001 Personal adm chef friskvård	800	133	15	21	36	97	4,5%	4%
340000 Verksamhetschef,3E	-2 920	-487	216	107	323	-810	-11,1%	-11%
340100 Enhetschef,3F,Trollsjögård.	28 277	4 692	2 535	2 400	4 934	-242	17,5%	17%
340105 Enhetschef, Hemvård Väster	5 740	925	396	461	857	68	14,9%	15%
340110 Enhetschef,3G,Hemvård Söder	3 405	525	502	703	1 205	-680	35,4%	35%
340115 Enhetschef, Hemvård Ytter	10 426	1 653	1 167	1 373	2 541	-888	24,4%	24%
340120 Enhetschef,3H,Hemvård Norr	3 503	530	320	495	816	-285	23,3%	23%
340125 Enhetschef, Hemvård Öster	3 470	536	538	620	1 158	-622	33,4%	33%
340130 Enhetschef,3I,Gjutaregården	20 150	3 344	1 735	1 947	3 683	-338	18,3%	18%
340140 Enhetschef,3J,Ölycke	20 572	3 415	1 542	1 553	3 096	319	15,0%	15%
340150 Enhetschef,3K,Bergagården	26 307	4 366	2 295	2 134	4 430	-63	16,8%	17%
340160 Enhetschef,3L,Hemsjukvård	38 507	6 418	3 569	3 218	6 787	-369	17,6%	18%
340170 Enhetschef,3M,Rehab	16 520	2 737	1 289	1 406	2 694	43	16,3%	16%
340180 Enhetschef,3N,Solhällan	24 708	4 100	2 078	2 236	4 314	-214	17,5%	17%
340185 Enhetschef,3Å,Vårlöken	9 341	1 552	1 305	1 895	3 200	-1 649	34,3%	34%
340190 Enhetschef,3O,Kärråkra	16 778	2 786	1 516	1 525	3 041	-255	18,1%	18%
340191 Enhetschef, Kärråkra	21 623	3 588	1 952	1 701	3 653	-65	16,9%	17%
340192 Enhetschef, Alegården	2 413	402	73	95	168	234	7,0%	7%
350000 Verksamhetschef,3P	22 478	3 746	1 482	1 102	2 584	1 162	11,5%	11%
350120 Enhetschef,3S LSS omr5	25 344	4 107	1 916	2 067	3 983	124	15,7%	16%
350130 Enhetschef,3T LSS B o Ungd	19 126	3 070	1 907	1 845	3 752	-682	19,6%	20%
350131 Ledsag,avlös,kontaktp, LSS	2 352	392	0	0	0	392	0,0%	0%
350140 Enhetschef,3U LSS Omr4	28 422	4 754	2 216	2 334	4 551	203	16,0%	16%
350150 Personlig assistans extern	18 013	3 002	1 751	1 493	3 244	-242	18,0%	18%
350160 Personlig assistans krets 1&2	14 402	2 482	1 148	1 409	2 557	-75	17,8%	18%
350161 Personlig assistans krets 3	9 713	1 631	570	585	1 155	477	11,9%	12%
350162 Personlig assistans övrigt	0	0	287	277	564	-564		
350170 Enhetschef,3Y LSS omr3	31 504	5 107	2 444	2 879	5 323	-216	16,9%	17%
350180 Enhetschef,3Z LSS dagl vsh	24 671	4 070	1 638	2 034	3 672	397	14,9%	15%
350190 Enhetschef,3Å socialpsyk.	29 353	4 797	2 253	2 714	4 967	-170	16,9%	17%
360000 Verksamhetschef 3R	6 130	1 022	576	511	1 087	-65	17,7%	18%
360010 Enheten f ekonomiskt bistånd	38 481	6 413	4 186	3 600	7 786	-1 373	20,2%	20%
360020 Öppenvården	6 458	1 076	532	514	1 046	30	16,2%	16%
360030 Vård o behandling 3R	11 777	1 963	1 347	840	2 187	-224	18,6%	19%
360040 Övrig vuxenrådgivning 3R	1 901	317	148	162	311	6	16,3%	16%
360050 Mötesplats Karidal	3 470	578	248	229	477	101	13,7%	14%
Total	660 400	107 842	60 124	56 457	116 581	-8 739	17,7%	108%
Budget	660 400		55 194	52 648	660 400			
Resultat			-4 930	-3 809	-8 739			

[illegible]

Verksamhetsredovisning vård- och omsorgsboende samt korttid och avlastning äldreomsorg**2021**

Verksamhetsmätt per månad - Vobo	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Medel
Antal inkomna ansökningar	11	14											13
Beviljade vård- och omsorgsboende	11	9											10
Bifall, står i kö		0											
Antal ej verkställda beslut > 3 månader													
Omsättningstal på boende	8												8
Antal verkställda beslut - internt													
Antal verkställda beslut - externt	4												
Inkomna ansökningar om Trygghetsboende		1											1
Beviljade trygghetsboende under månaden	1												1
Sökt men återtagit ansökan innan beslut tagits under månaden	1	1	2										1

2020

Verksamhetsmätt per månad - Vobo	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Medel
Antal inkomna ansökningar	22	14	7	10	5	8	16	9	10	12	11	9	
Beviljade vård- och omsorgsboende	11	12	9	10	5	2	9	6	8	10	6	8	
Bifall, står i kö	18	18					5		6				
Antal ej verkställda beslut > 3 månader	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Omsättningstal på boende	8	7	4	7	6	2	7	10	3	2	6	9	
Antal verkställda beslut - internt	302	303	303	305	306	265	266	264	266	269	271		284
Antal verkställda beslut - externt	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4		

2021

Verksamhetsmätt per månad - korttid	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Medel
Antal personer med beslut om korttid - internt	45	44											
Antal personer med beslut om korttid - externt	0												
Antal verkställda dygn Kärråkra	0	0											
Antal verkställda dygn Ölycke	388	326											
Antal verkställda dygn övriga VoB	0	0											
Antal verkställda dygn externt	0	0											
Totalt antal verkställda dygn	388	326											
Maxkapacitet	434	434	434	434	682	310	310	310	310	310	310	310	
Beläggingsgrad	89%	75%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14%

2020

Verksamhetsmätt per månad - korttid	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Medel
Antal personer med beslut om korttid - internt	55	47	44	38	39	42	43		36	41	28	30	40
Antal personer med beslut om korttid - externt	3	3	2		1	1	1		3	0	0	0	1
Antal verkställda dygn Kärråkra	61	58	38	9	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Antal verkställda dygn Ölycke (avlastning)	617	617	551	418	306	347	265	298	331	392	223	357	394
Antal verkställda dygn övriga VoB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antal verkställda dygn externt	82	76	33		28	30	31	31	37	0	0	0	
Totalt antal verkställda dygn	760	751	622	427	334	377	296	329	368	392	223	357	436
Maxkapacitet	682	682	682	682	682	310	310	310	310	310	310	310	465
Beläggingsgrad	99%	99%	86%	63%	45%	112%	85%	96%	107%	126%	72%	115%	92%

Verksamhetsredovisning personlig assistans

Antal timmar inom personlig assistans													Antal timmar			
Redovisat utfall per månad	Intern utförare			Intern utförare			Extern utförare			Extern utförare			Antal timmar			
	LSS***			SFB 20 första timmarna			LSS*			SFB 20 första timmarna**			Summa	Budget	Utfall +/-	Prognos
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	per månad	2021	2020	2020
januari	1 611	1 792	2 190	1 961	1 740	1 479	1 343	2 154	1 855	3 306	3 219	3 306	8 830	7 446	-1 385	8 830
februari	1 611	1 792	2 190	1 914	1 740	1 479	1 343	2 154	1 855	3 306	3 149	3 306	8 830	7 446	-1 385	8 830
mars	1 611	1 653		1 827	1 792		1 343	2 154		3 306	3 219		0	7 446		0
april	2 034	1 653		1 760	1 792		1 516	2 154		3 306	3 219		0	7 446		0
maj	1 680	2 149		1 740	1 792		1 516	2 154		3 306	3 219		0	7 446		0
juni	1 767	2 149		1 740	1 479		1 581	2 154		3 219	3 219		0	7 446		0
juli	1 791	2 149		1 740	1 479		1 822	2 154		3 219	3 219		0	7 446		0
augusti	1 791	2 149		1 740	1 479		1 822	2 154		3 219	3 219		0	7 446		0
september	1 791	2 149		1 740	1 479		2 154	2 154		3 219	3 219		0	7 446		0
oktober	1 791	2 149		1 740	1 479		2 154	2 154		3 219	3 219		0	7 446		0
november	1 791	2 149		1 740	1 479		2 154	2 154		3 219	3 306		0	7 446		0
december	1 791	2 149		1 740	1 479		2 154	2 154		3 219	3 219		0	7 446		0
Summa totalt	21 060	24 082	4 380	21 382	19 209	2 958	20 902	25 848	3 710	39 063	38 645	6 612	17 660	89 346	-2 769	17 660

+ = använt färre timmar

- = använt fler timmar

Verksamhetsredovisning LSS**2021**

Verksamhetsmått per månad - LSS boende	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal inkomna ansökningar												
Antal nya beslut utan placering												
Antal ej verkställda beslut > 3 månader	2	2										
Antal verkställda beslut - internt	166	167										
Antal verkställda beslut - externt	4	4										

2020

Verksamhetsmått per månad - LSS boende	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal inkomna ansökningar	2	1	1	1	0	0	1	0	1	0	2	
Antal nya beslut utan placering	4	5	6	6	4	3	3	3	1	0	0	
Antal ej verkställda beslut > 3 månader	0	0	2	4	2	1	0	2	1	2	2	2
Antal verkställda beslut - internt	161	161	161	159	161	161	160	159	161	170	170	166
Antal verkställda beslut - externt	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4

2021

Verksamhetsmått per månad -LSS övrigt	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal beslut om daglig verksamhet	174	176										
Antal beslut om korttidsvistelse	55	53										
Antal beslut om korttidstillsyn	24	24										

2020

Verksamhetsmått per månad -LSS övrigt	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal beslut om daglig verksamhet	187	188	181	186	181	180	177	176	174	174	174	184
Antal beslut om korttidsvistelse	41	44	45	49	44	47	50	48	52	54	58	55
Antal beslut om korttidstillsyn	22	21	22	20	22	23	22	20	22	24	24	24

Verksamhetsredovisning Socialpsykiatri**2021**

Verksamhetsmått per månad - Vobo	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal inkomna ansökningar												
Antal nya beslut utan placering												
Antal ej verkställda beslut > 3 månader	1	1										
Antal verkställda beslut - internt	26	26										
Antal verkställda beslut - externt	13	12										

2020

Verksamhetsmått per månad - Vobo	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal inkomna ansökningar	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
Antal nya beslut utan placering	2	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	
Antal ej verkställda beslut > 3 månader	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Antal verkställda beslut - internt	26	26	26	26	26	26	26	26	25	26	26	26
Antal verkställda beslut - externt	13	13	13	12	13	14	13	12	12	11	12	11

2021

Verksamhetsmått per månad - övrigt	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal beslut om sysselsättning	30	32										
Antal beslut om boendestöd	52	51										

2020

Verksamhetsmått per månad - övrigt	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Antal beslut om sysselsättning	30	30	32	32	31	31	32	33	32	31	29	28
Antal beslut om boendestöd	40	42	44	44	43	39	38	46	50	54	48	50

Verksamhetsredovisning Socialtjänst över 18 år

2021

Verksamhetsmått per månad	jan	mar	apr	maj	jun	jul	sep	okt	nov	dec
Antal vård dygn enligt LVU (IFO vuxen)										
Antal vård dygn enligt LVM (IFO vuxen)										
Antal vård dygn enligt SoL (IFO vuxen)										
Antal personer inom primär behandling	8									
Antal personer inom efterbehandling	3									

2020

Verksamhetsmått per månad	jan	mar	apr	maj	jun	jul	sep	okt	nov	dec
Antal vård dygn enligt LVU (IFO vuxen)	0	31	30	31	30	31	30	31	30	
Antal vård dygn enligt LVM (IFO vuxen)	\$25=53 dygn, \$ 27= 31	\$25=36, \$2	\$25=30, \$2	31	\$ 25=37, \$	\$25 =33, \$27=3	\$25=30, \$	\$25=27, \$2	30	
Antal vård dygn enligt SoL (IFO vuxen)	295	260	240	254	160	145	173	158	278	
Antal personer inom primär behandling	6	5	5	5	6	4	4	5	7	7
Antal personer inom efterbehandling	6	7	7	6	6	5	3	2	2	2

Antal dygn SoL - 2021				
	Budget 2021	Utfall +/- 2021	Prognos 2021	medelpris per dygn
jan	191	386	-195	1 948
feb	173	332	-159	2 056
mar	191		191	
apr	185		185	
maj	191		191	
jun	185		185	
jul	191		191	
aug	191		191	
sep	185		185	
okt	191		191	
nov	185		185	
dec	191		191	
summa	2 250	718	1 532	4 004

Antal dygn LVM - 2021				
	Budget 2021	Utfall +/- 2021	Prognos 2021	medelpris per dygn
jan	15	0	15	0
feb	15	0	15	0
mar	15		15	
apr	15		15	
maj	15		15	
jun	15		15	
jul	15		15	
aug	15		15	
sep	15		15	
okt	15		15	
nov	15		15	
dec	16		16	
summa	181	0	181	0

Antal dygn LVU - 2021				
	Budget 2021	Utfall +/- 2021	Prognos 2021	medelpris per dygn
jan		0	0	0
feb		0	0	0
mar			0	
apr			0	
maj			0	
jun			0	
jul			0	
aug			0	
sep			0	
okt			0	
nov			0	
dec			0	
summa	0	0	0	0

Skyddat boende - 2021					
	Utfall 2020	Budget 2021	Utfall +/- 2021	Prognos 2021	medelpris per dygn
jan	194	30	124	-94	2 255
feb	147	24	112	-88	2 255
mar	193	30		30	
apr	150	29		29	
maj	125	30		30	
jun	93	29		29	
jul	93	30		30	
aug	72	30		30	
sep	60	29		29	
okt	62	30		30	
nov	126	29		29	
dec	139	30		30	
summa	1 454	350	236	114	4 510

Antal dygn SoL - 2020				
	Budget 2020	Utfall +/- 2020	Prognos 2020	medelpris per dygn
jan	191	360	-169	2 319
feb	173	345	-172	2 290
mar	191	276	-85	2 376
apr	185	246	-61	2 437
maj	191	256	-65	2 344
jun	185	190	-5	2 496
jul	191	180	11	2 564
aug	191	228	-37	2 778
sep	185	293	-108	2 601
okt	191	303	-112	2 363
nov	185	278	-93	2 175
dec	191	351	-160	1 984

Antal dygn LVM - 2020				
	Budget 2020	Utfall +/- 2020	Prognos 2020	medelpris per dygn
jan	15	84	-69	2 280
feb	15	87	-72	2 510
mar	15	41	-26	3 867
apr	15	60	-45	1 360
maj	15	45	-30	2 691
jun	15	60	-45	2 691
jul	15	4	11	1 360
aug	15	0	15	0
sep	15	14	1	1 929
okt	15	62	-47	1 929
nov	15	60	-45	1 929
dec	16	48	-32	1 929

Antal dygn LVU - 2020				
	Budget 2020	Utfall +/- 2020	Prognos 2020	medelpris per dygn
jan		31	-31	7 000
feb		29	-29	7 000
mar		31	-31	7 000
apr		30	-30	7 500
maj		31	-31	7 500
jun		37	-37	4 810
jul		46	-46	4 810
aug		31	-31	2 120
sep		30	-30	2 120
okt		31	-31	2 120
nov		30	-30	2 120
dec		17	-17	2 120

Skyddat boende					
	Utfall 2019	Budget 2020	Utfall +/- 2020	Prognos 2020	medelpris per dygn
jan	155	30	194	-164	1 840
feb	162	24	147	-123	1 797
mar	155	30	193	-163	1 728
apr	179	29	150	-121	1 850
maj	101	30	125	-95	1 681
jun	90	29	93	-64	1 528
jul	122	30	93	-63	1 746
aug	155	30	72	-42	1 663
sep	115	29	60	-31	1 625
okt	105	30	62	-32	3 250
nov	105	29	126	-97	2 430
dec	93	30	139	-109	2 280

summa	2 250	3 306	-1 056	28 726
-------	-------	-------	--------	--------

summa	181	565	-384	24 475
-------	-----	-----	------	--------

summa	0	374	-374	56 220
-------	---	-----	------	--------

summa	1 537	350	1 454	-1 104	23 418
-------	-------	-----	-------	--------	--------

EKONOMISKT BISTÅND	Januari	Februari
Antal nya ärenden ekonomiskt bistånd		
Antal avslutade ärenden		
Avslutade med avslutsorsak arbete		
Avslutade med avslutsorsak studier		
Antal hushåll som beviljats ekonomiskt bistånd		
Antal pågående ärenden		
Antal ärenden, ej registrerad händelse innevarande månad		
Antal beviljade beslut		
Antal avslagsbeslut		
Kostnad, beviljat ekonomiskt bistånd		
Genomsnittskostnad per hushåll		
Boendegruppen, antal kontrakt	143	146
Hushållets storlek		
MIGRATION		
Intäkt, migrationsverket (schablon)	-820 855	-776 310
Intäkt, migrationsverket (eftersökning)	-98 896	0
Bosatta		
Anvisade		
BUDGET -OCH SKULDRÅDGIVNING		
Antal nytillkomna ärenden:		
Antal avslutade ärenden:		
Antal skuldsaneringsansökningar:		
Beviljade skuldsaneringar:		
DÖDSBOANMÄLAN		
Antal dödsboanmälningar		

Månadsrapport Vård och Omsorg

Personalnyckeltal dec 2020- jan 2021

Andel heltidsanställda

Anställning	Timavlönade	- 50 %	51 - 74 %	75 - 99 %	100 %
Övriga	-	-	4,0%	60,0%	36,0%
Tillsvidareanställda	-	1,5%	2,5%	16,8%	79,2%
Timavlönade	100,0%	-	-	-	-
Visstidsanställda	-	1,6%	8,2%	55,7%	34,4%

Fördelning utbildad personal i %

jan-21

Andel utb personal	ÄO	Tillsvidare	97,6%
Andel utb personal	ÄO	Visstid	44,7%
Andel utb personal	LSS	Tillsvidare	96,0%
Andel utb personal	LSS	Visstid	38,4%
Andel utb personal	Totalt	Tillsvidare	96,9%
Andel utb personal	Totalt	Visstid	43,1%

Timavlönade dec-20	
Antal timavlönade utan ledsagare/avlösare	384
Antal timavlönade med ledsagare/avlösare	467

Arbetade timmar av timavlönade (med och utan ledsagare/avlösare) dec- 20

Antal timavlönade		Antal timavlönade inkl ledsagare/avlösare	
Arbetade timmar		Antal arbetade timmar inkl ledsagare/avlösare	
Arbetade tim i snitt		Arbetade timmar i snitt inkl ledsagare/avlösare	

2021-03-12

Total
100,0%
100,0%
100,0%
100,0%

Hälsotal VoO 2021	
Månad	Hälsotal %
Januari	87,6
Februari	
Mars	
April	
Maj	
Juni	
Juli	
Augusti	
September	
Oktober	
November	
December	

Information om avgifter för vård och omsorg

3

VoO.2021.0072

AVGIFTER FÖR VÅRD OCH OMSORG

Gäller fr.o.m 2021-01-01

Allmänt om avgifter

För vissa tjänster och serviceinsatser för äldre och funktionsnedsatta betalar du en avgift. Kommunfullmäktige har fastställt vilka avgifter som gäller för Eslövs kommun. Avgiften räknas om varje år utifrån aktuella inkomster, aktuell boendekostnad och förändringar i prisbasbelopp och konsumentprisindex. Avgiftens storlek baseras också på vilka insatser du blivit beviljad och din betalningsförmåga. Avgifterna är justerade enligt gällande index.

Betalningsförmågan beräknas utifrån:

- minimibelopp
- inkomst och skatt
- bostadskostnad och bostadstillägg

Inkomst- och bostadsförfrågan

Vård och Omsorg begär regelbundet in aktuella uppgifter för att kunna beräkna rätt avgift för dig. Det är frivilligt att lämna inkomstuppgift. Accepterar du gällande taxa behöver du inte skicka in en inkomstuppgift. Om du lämnar in inkomst- och bostadsuppgifter samt kopia på din inkomstdeklaration med specifikation för beräkning kan din avgift eventuellt minskas.

Vill du lämna inkomst- och bostadsuppgifter går det bra att skriva ut blanketten på www.eslov.se under ”E-tjänster och blanketter” eller hämta en blankett hos Kontaktcenter på Stadshuset i Eslöv.

Minimibelopp

Riksdagen beslutar årligen om ett prisbasbelopp. Minimibeloppet grundar sig på prisbasbeloppet och är en riktlinje över vad du ska ha kvar att leva av då du har betalt din hyra.

Minimibeloppet är beräknat att täcka kostnader för livsmedel, kläder, fritid, hygien, dagstidningar, telefon, TV-avgift, hemförsäkring, sjukvård, tandvård, läkemedel, hushållsel, förbrukningsvaror, resor, möbler och husgeråd.

Följande minimibelopp gäller:

Ensamboende	5 373 kr/månad
Samlevande makar, sambor	4 540 kr/månad

Förbehållsbelopp

Förbehållsbelopp avser det belopp du ska ha kvar när boende och normala levnads-kostnader är betalda.

Höjning av minimibeloppet

Minimibeloppet kan höjas om hushållet har varaktigt ökade levnadsomkostnader. I Eslövs kommun höjs minimibeloppet för:

- hushåll med hemmavarande barn (0-17 år)
- yngre funktionsnedsatta (19-64 år)
- måltidskostnader i vård- och omsorgsboende
- god man

Det kan även finnas andra situationer då minimibeloppet inte räcker till. I de fall kan du ansöka skriftligt om höjt minimibelopp till Vård och Omsorg, Avgiftshandläggare, 241 80 Eslöv.

Minskning av minimibeloppet

Kostnaden för hushållsel ingår i hyran för vård- och omsorgsboende. För dig som bor i vård- och omsorgsboende minskas därför minimibeloppet med 376 kronor per månad.

Maxtaxa

Maxtaxa är den sammanlagda avgiften för hemvård, service, hemsjukvård, trygghetslarm och hjälpmedelsabonnemang som du beviljats efter ansökan om bistånd. Maxtaxan överstiger aldrig 2 139 kronor per månad. Måltidskostnader ingår inte i maxtaxan. Din avgift kan bli lägre om ditt avgiftsutrymme är mindre än 2 139 kronor per månad.

Avgiftsutrymme

Avgiftsutrymmet beräknas så här:

- + samtliga inkomster efter skatt per månad
- + bostadstillägg/bostadsbidrag per månad
- boendekostnad per månad
- minimibelopp per månad

summa = avgiftsutrymme

Om ditt avgiftsutrymme är mindre än 2 139 kronor minskas avgiften så att den ryms inom avgiftsutrymmet. Om avgiftsutrymmet blir noll eller minus tas ingen avgift ut.

Om du är gift, har registrerat partnerskap eller är samboende under äktenskapsliknande förhållanden och ni bor tillsammans i eget boende, läggs era inkomster ihop och delas lika vid avgiftsberäkningen. Om en av er bor i vård- och omsorgsboende räknas avgiften på det sätt som är mest ekonomiskt fördelaktigt för er.

Avgifter för boende i ordinärt boende

Avgiften beräknas utifrån den beviljade insatsens omfattning och ingår i maxtaxan.

	Kostnad per månad
Hemvård, service, hemsjukvård, trygghetslarm och hjälpmedelsabonnemang ingår.	2 139 kronor (maxtaxa)
Trygghetslarm (inkl. larmklocka, service, larmmottagning) Ingår i maxtaxan	214 kronor
Hjälpmedelsabonnemang (oavsett antal hjälpmedel) Ingår i maxtaxan	62 kronor

Serviceinsatser och ledsagning	277 kronor/timme*
Hemvårdsinsatser (inklusive hälso- och sjukvårdsinsatser)	394 kronor/timme*
Insats rehab Ingår i maxtaxan	296 kronor/tillfälle

* Om du inte kommer upp i maxtaxa gäller timtaxa.

Dagverksamhet Alegården Ingår inte i maxtaxan	80 kronor/tillfälle
Korttidsboende/avlastning Ingår i maxtaxan	71 kronor/dygn
Måltider korttidsboende/avlastning Ingår inte i maxtaxan	105 kronor/dygn

Avgifter för boende i vård- och omsorgsboende

	Kostnad per månad	Kostnad per dygn
Omvårdnad	2 139 kronor (maxtaxa)	
Måltidsabonnemang Ingår inte i maxtaxan	3 162 kronor	105 kronor
Kostnadsersättning** Ingår inte i maxtaxan	211 kronor	

** Kostnadsersättning avser förbrukningsartiklar som pappersvaror, rengöringsmedel, städmaterial, husgeråd samt säng med madrass.

Lägenheten

Lägenheter i vård- och omsorgsboende hyrs ut med hyreskontrakt. Du betalar en fastställd månadshyra.

	Månadshyra 2021
Bergagården	5 135 - 5 757
Gjutaregården	5 454
Kärråkra demensboende	3 878 - 4 599
Solhällan	5 454
Trollsjögården	5 397
Vårlöken (parboende)	6 033 - 6 321
Ölycke	4 991

Jämkning av avgift

Du som är ensamstående och flyttar från en hyreslägenhet till vård- och omsorgsboende kan få jämkning av avgifter under de tre första månaderna, förutsatt att du inte har en förmögenhet som överstiger två prisbasbelopp 95 200 kronor för 2021.

Flyttar du från en bostadsrätt eller egen fastighet beviljas du inte jämkning. Du kan däremot få uppskov med betalningen under högst sex månader.

Du som bor i vård- och omsorgsboende kan beviljas jämkning av avgifter och måltidsersättning om intäktsöverskottet efter avdrag för hyran, avgifter och måltider understiger 4,5 procent av prisbasbeloppet. Du kan däremot inte beviljas jämkning om du har en förmögenhet som överstiger två prisbasbelopp 95 200 kronor för 2021.

Jämkning kan beviljas under förutsättning att ansökan om bostadstillägg gjorts och Försäkringskassans beslut föreligger. Ansökan om jämkning ska göras skriftligt till Vård och Omsorg, Avgiftshandläggare, 241 80 Eslöv.

Bostadstillägg

Bostadstillägg för pensionärer är ett tillägg till din pension som du kan ha rätt till för att betala ditt boende. Bostadstilläggets storlek baseras på din bostadskostnad och inkomst. Du ansöker om bostadstillägg för pensionärer hos Pensionsmyndigheten, 0771-776 776 eller www.pensionsmyndigheten.se

Högre pension

När en make/maka flyttar till vård- och omsorgsboende har makarna rätt till pension motsvarande ensamstående, vilket ger högre pension. Kontakta Pensionsmyndigheten om detta skulle bli aktuellt, 0771-776 776, www.pensionsmyndigheten.se

Överklagan

När din avgift är fastställd skickas ett avgiftsbeslut hem till dig. Om du anser att beslutet är fel kan du överklaga det. Information om hur du överklagar finns med i avgiftsbeslutet.

Vill du överklaga beslutet ska detta göras skriftligt till Vård och Omsorg, Avgiftshandläggare, 241 80 Eslöv.

Värt att veta

- Avgifter debiteras månadsvis via faktura, e-faktura eller autogiro.
- Avgiften för vård- och omsorgsboende och insatser i eget boende debiteras en månad i efterskott.
- Om månadskostnaden är lägre än 130 kronor skickas ingen faktura ut. Beloppet förs då över till nästa månads faktura.

Kontakta Vård och Omsorg

Har du frågor om avgifter är du välkommen att kontakta vår avgiftshandläggare på telefon 0413-621 56 eller via e-post till vardochomsorg@eslov.se.

Postadress: Vård och Omsorg, Avgiftshandläggare, 241 80 Eslöv.



Vård och Omsorg

Postadress 241 80 Eslöv *Besöksadress* Gröna Torg 2

Telefon 0413-620 00

E-post vardochomsorg@eslov.se *webb* www.eslov.se

**TILLÄMPNINGSREGLER FÖR
AVGIFTER OCH ERSÄTTNINGAR
INOM VÅRD OCH OMSORG,
ESLÖVS KOMMUN
2020**

Innehåll

TILLÄMPNINGSREGLER FÖR	1
AVGIFTER OCH ERSÄTTNINGAR	1
INOM VÅRD OCH OMSORG,.....	1
ESLÖVS KOMMUN.....	1
1. Inledning	4
1.1 Lagrum m m	4
2. Förvaltningsövergripande	5
2.1 Uthyrning av lokal på Mötesplats Karidal	5
3. Äldreomsorg	5
3.1 Allmänt	5
3.2 Minimibelopp	5
3.3 Förbehållsbelopp.....	6
3.4 Hemvård	6
3.5 Service/ledsagning.....	6
3.6 Trygghetslarm.....	6
3.7 Dagverksamhet	7
3.8 Särskilt boende hyra	7
3.9 Särskilt boende omvårdnadsavgift.....	7
3.10 Särskilt boende måltidsabonnemang	7
3.11 Särskilt boende kostnadsersättning.....	8
3.12 Extern placering SoL	8
3.13 Nedsättning av avgift.....	8
4. Funktionsnedsättning	10
4.1 Måltidsersättning vid korttidsvistelse och korttidstillsyn	10
4.2 Måltidsersättning vid daglig verksamhet.....	10
4.3 Måltidsersättning i öppna verksamheter	10
4.4 Hyra i LSS-bostad.....	10
4.5 Omkostnadsersättning i bostad med särskild service för barn och ungdom	11
4.6 Kostnader för fritids- och kulturaktiviteter	11
4.7 Ledsagarservice	11
4.8 Kontaktperson enligt LSS 9§ 4.....	11
4.9 Kontaktperson enligt SoL 4 kap. 2§	11

4.10 Avlösarservice	12
4.11 Kontaktfamilj/stödfamilj som korttidsvistelse enligt LSS.....	12
4.12 Extern placering socialpsykiatri	12
4.13 Habiliteringsersättning vid daglig verksamhet (kostnad)	12
5. Hälso- och sjukvård	13
5.1 Allmänt	13
5.2 Minimibelopp	13
5.3 Förbehållsbelopp.....	14
5.4 Hemsjukvård.....	14
5.5 Bedömningsbesök arbetsterapeut/sjukgymnast	14
5.6 Korttidsboende/Avlastning omvårdnadsavgift	14
5.7 Korttidsboende/Avlastning måltider.....	14
5.8 Hjälpmedelsabonnemang.....	15
6. Socialtjänst över 18 år	15
6.1 Familjerådgivning.....	15
6.2 Andrahandshyra	15
6.3 Ekonomiskt bistånd (kostnad)	15
7. Alkohollagen, tobakslagen, handel med vissa receptfria läkemedel och lotterilagen	16
7.1 Allmänt	16
7.2 Avgifter för ansökan om eller ändring av serveringstillstånd	16
7.3 Årlig tillsynsavgift.....	17
7.4 Avgift för extra kontroll.....	17
8. Allmänt	17
8.1 Betalningssvårigheter	17
8.2 Privata underhållsavtal.....	17
8.3 Inlämning av inkomstunderlag	18
8.4 Retroaktiv debitering eller återbetalning av avgift	18
8.5 Årlig omprövning av avgift	18
8.6 Ändring av beslut om avgift	18
8.7 Beslut om avgift.....	19
8.8 Utformning avgiftsbeslut och överklagande.....	19
8.9 Ikraftträdande.....	19

1. Inledning

Vård-och omsorgsnämndens regler för avgifter och ersättningar ska säkerställa en rättssäker myndighetsutövning och tillämpas utifrån från var tid gällande lagstiftning och kommunens likabehandlingspolicy:

”Medborgarna, eller andra som använder kommunens tjänster, ska bemötas utifrån sin individuella situation. Detta innebär att ingen ska bemötas eller särbehandlas på grunder såsom kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder, annat än då det utifrån lagen kan motiveras.” (Likabehandlingspolicy, Kommunfullmäktige 2009-01-26, 4§)

Handläggning och jävsförhållanden regleras enligt förvaltningslagen och kommunallagen.

1.1 Lagrum m m

Kommunens avgiftssystem och dess tillämpningsregler för avgifter inom vård och omsorg styrs av flera olika lagar, förordningar, föreskrifter och kommunpolitiska beslut. Till dessa hör följande:

- Socialtjänstlagen, SoL (2001:453)
- Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387)
- Inkomstskattelagen (1999:1229)
- Kommunallagen (2017:725)
- Socialförsäkringsbalken (2010:110)
- Förvaltningslagen (2017:900)
- Alkohollag (2010:1622)
- Lag (2018:2088) om tobak och liknande produkter
- Lag (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel
- Lotterilag (1994:1000)
- Dataskyddsförordningen, DSF/GDPR (2016/679)
- Socialstyrelsens föreskrifter
- Socialtjänstförordningen (2001:937)

Prisbasbelopp år 2020, 47300 kronor
Maxtaxa år 2020, 2125 kronor

2. Förvaltningsövergripande

2.1 Uthyrning av lokal på Mötesplats Karidal

Karidals lokaler, Blå Rummet, Röda rummet och Restaurang/Café ingår fr o m 2020-01-01 i utbudet av bokningsbara lokaler på Eslövs kommuns hemsida och bokning av dessa debiteras enligt gällande taxa för hyra.

3. Äldreomsorg

3.1 Allmänt

Riksdagen antog i december 2015 regeringens budgetproposition. I beslutet ingick en höjning av den avgift kommunen får ta. Det regleras som en ändring i SoL 8 kap. 5§ och 6§.

Den enskildes avgifter får:

1. för hemvård och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i 17 kap. 8§ hälso- och sjukvårdslagen, per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,5392 gånger prisbasbeloppet (år 2020 - 2125 kronor).
2. för bostad i särskilt boende, som inte omfattas av hyreslagen, per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,5539 gånger prisbasbeloppet (år 2020 - 2183 kronor). Detta är ingen nivå som tillämpas i Eslövs kommun. För personer i särskilt boende för äldre gäller att intäktsöverskottet per månad, sedan hyra, avgifter och måltidsersättning till kommunen betalats, bör uppgå till 4,5 % av prisbasbeloppet (år 2020 – 2128 kronor). Detta intäktsöverskott är avsett att täcka kostnader för kläder, hygien, nöjen, telefon, dagstidning och medicin. Redovisas förhöjda levnadsomkostnader ska även detta vägas in i bedömningen t ex kostnader för läkemedel.

3.2 Minimibelopp

Minimibeloppet grundar sig på prisbasbeloppet och beslutas årligen av riksdagen. Beloppet är en riktlinje över vad den enskilde ska ha kvar att leva av efter hyran är betald.

Minimibeloppet ska, om inte annat följer av SoL 8 kap. 8 §, alltid per månad utgöra lägst en tolfedel av punkt 1. 1,3546 gånger prisbasbeloppet för ensamstående (år 2020 - 5340 kronor), eller punkt 2. 1,1446 gånger prisbasbeloppet (år 2020 - 4512 kronor) för var och en av sammanlevande makar och sammanboende.

Minimibeloppet enligt första stycket ska täcka normalkostnader för livsmedel, kläder, skor, fritid, hygien, dagstidning, telefon, TV-avgift, hemförsäkring, öppen hälso- och sjukvård, tandvård, hushållsel, förbrukningsvaror, resor, möbler, husgeråd och läkemedel.

Enligt 8 kap. 8 § första stycket SoL ska en kommun höja minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde på grund av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett inte oväsentligt högre belopp än det som anges i 8 kap. 7 § SoL.

Kostnader som kan beaktas är t.ex. fördyrade kostnader för resor, för viss typ av kost eller på grund av funktionshinder.

Generellt inom särskilt boende höjer Eslövs kommun minimibeloppet enligt följande formel: Eslövs kommuns pris för måltidsabonnemang minus budgetposten för mat i konsumentverkets beräkningar (koll på pengarna, 2020). År 2020 är beloppen $3153 - 2500$ (2490 avrundat) = 653 kronor.

Kommunen får även i vissa fall minska minimibeloppet enligt 8 kap. 8 § andra stycket SoL. Då kostnadsposten som föranleder minskningen ingår i Konsumentverkets beräkningar för hushållsbudget så bör minskningen baseras på deras beräkningar.

Generellt inom särskilt boende minskar Eslövs kommun minimibeloppet för elkostnader motsvarande 376 kronor för elkostnad avseende 2020.

3.3 Förbehållsbelopp

Med förbehållsbelopp avses det belopp som den enskilde ska ha rätt att behålla av sina egna medel innan avgift inom maxtaxan får tas ut. Förbehållsbeloppet består av minimibelopp plus bostadskostnad.

3.4 Hemvård

I enlighet med beslut från Kommunfullmäktiges sammanträde 2015-06-15, 80§ debiteras en timtaxa för omvårdnadsinsatser upp till maxtaxan. Avgiften uppräknas årligen mot förändringen i prisbasbeloppet. Timpriset grundas på SKR:s ersättningsmodell för uträkning av timpriser 2009. För 2020 år gäller 392 kronor per timme för omvårdnadsinsatser.

3.5 Service/ledsagning

I enlighet med beslut från Kommunfullmäktiges sammanträde 2015-06-15, 80§ debiteras en timtaxa för servicesinsatser upp till maxtaxan. Avgiften uppräknas årligen mot förändringen i prisbasbeloppet. Timpriset grundas på SKR:s ersättningsmodell för uträkning av timpriser 2009. För 2020 år gäller 275 kronor per timme för serviceinsatser och ledsagning. Avlösarservice är kostnadsfritt upp till 10 timmar per månad, därefter gäller samma taxa som service och ledsagning.

3.6 Trygghetslarm

Kostnad för trygghetslarm är år 2020, 213 kronor per månad med en årlig uppräkning mot konsumentprisindex enligt beslut i Kommunfullmäktige med diarienummer KS.2014.0072. Avgift för trygghetslarm ingår i maxtaxan. Priset gäller per person och månad.

3.7 Dagverksamhet

Avgift för måltid tas ut enligt kommunens självkostnadspris. År 2020 är avgiften 80 kronor per dag. Avgiften höjs enligt gällande konsumentprisindex, alternativt i enlighet med självkostnadspriset vid stora prisjusteringar. Måltidsavgiften ingår inte i maxtaxan.

3.8 Särskilt boende hyra

Bostäder i kommunens särskilda boendeformer upplåts med hyreskontrakt och den boende ska betala fastställd hyra per månad för den bostad som tillhandahålls. Hyresnivån följer hyreslagen och regleras enligt gällande avtal och index. Vid frånvaro från bostaden görs inget avdrag från hyran. Den boende informeras om möjligheten att ansöka om bostadsbidrag/bostadstillägg.

3.9 Särskilt boende omvårdnadsavgift

Den enskildes avgift för omvårdnad i särskilt boende får uppgå till högst en tolfedel av 0,5392 gånger prisbasbeloppet per månad. Vid frånvaro görs inget avdrag från omvårdnadsavgiften. Avgiften ingår i maxtaxan. För 2020 är avgiften högst 2125 kronor per månad.

3.10 Särskilt boende måltidsabonnemang

I särskilt boende ingår heldagskost bestående av frukost, lunch, kvällsmål och mellanmål. Måltidsavgift debiteras för heldagskost och kan inte delas upp per måltid. Måltidsavgift tas ut för samtliga närvarodagar som en dygnskostnad eller måltidsabonnemang. År 2020 är avgiften 3153 kronor per månad. Denna grundas på kommunfullmäktiges beslut med diarienummer KS.2014.0072. Avgiften höjs med konsumentprisindex och ingår inte i maxtaxan.

Boende som erhåller näringslösning via sond debiteras normal måltidsavgift enligt ovan. Kosttillägg, beräkningsprodukter samt förtjockningsmedel ingår i måltidsabonnemanget.

Vid frånvaro gäller att ingen måltidsersättning tas ut vid avfärd före lunch och att hel måltidsersättning tas ut vid avfärd efter lunch. I övrigt görs avdrag för varje hel frånvarodag. Samma regel gäller vid återkomst, det vill säga hel måltidsersättning vid återkomst före lunch och ingen avgift vid återkomst efter lunch. Motsvarande regler gäller även vid in- och utflyttning. Avdrag för kost görs från och med första dagen och ska vara detsamma som dygsavgiften. Frånvaron ska meddelats minst en vecka i förväg (gäller ej vid sjukhusvistelse).

3.11 Särskilt boende kostnadsersättning

I särskilda boende för äldre tillhandahålls följande produkter för de boende:

- Förbrukningsartiklar, exempelvis pappersvaror, rengöringsmedel och städmaterial som finns tillgängligt i boendet.
- Säng med madrass.
- Husgeråd i de allmänna utrymmena.

Eslövs kommun tar ut en kostnadsersättning för ovanstående produkter. Inget avdrag från kostnadsersättningen görs vid frånvaro. Avgiften ingår inte i maxtaxan.

Kostnadsersättningen är uträknad genom att posten för förbrukningsartiklar i konsumentverkets hushållsbudget adderas med kostnaden för en vårsäng beräknat med en livslängd på 12år. Avgiften för 2020 är 210 kronor.

I enlighet med beslut i kommunfullmäktige (KS.2014.0072) höjs avgiften med konsumentprisindex.

3.12 Extern placering SoL

I första hand ska den hyran som anges på hyreskontraktet debiteras. Är denna inte skälig alternativt inte skrivs ut på kontraktet ska hyra debiteras motsvarande likvärdig boendeplats på Eslövs kommuns boende. Två olika hyresnivåer tillämpas utifrån boendets standard. Snitthyran för en lägenhet på Kärråkra och Trollsjögården används som jämförelseobjekt. Hyreshöjning sker i enlighet med hyreslagen.

Då en person, för vilken kommunen har betalningsansvar för vården, vistas i särskild boendeform hos annan vårdgivare ska avgifter och ersättningar enligt Eslövs kommuns avgiftssystem tillämpas i enlighet med likställighetsprincipen. Den boende har också rätt till samma förbehållsbelopp och högkostnadsskydd som gäller i Eslövs kommuns avgiftssystem.

Avgift för måltidsabonnemang och kostnadsersättning debiteras på samma sätt som vid boende på Eslövs kommun särskilda boende.

3.13 Nedsättning av avgift

3.13.1 Allmänt

Den enskilde har rätt att få en individuell prövning om nedsättning (jämkning) av avgiften alternativt avgiftsbefrielse. Skäl kan exempelvis vara dubbla

boendekostnader och hänsyn till kvarboendes ekonomi, se prop. 2000/01:149 sid 58. Se även dom i mål 2064-04, Kammarrätten i Sundsvall.

Jämkning kan endast förekomma då förbehållsbeloppet inte uppnås. Jämkning kan inte regleras mot hyra. Jämkning kan beviljas under förutsättning att ansökan om bostadstillägg gjorts.

3.13.2 Dubbla boendekostnader

Vid ensamståendes permanenta flyttning till bostad i särskild boendeform ska denne ha ekonomisk möjlighet att avveckla sin tidigare bostad och nedsättning av avgifter kan därför beviljas under vissa förutsättningar.

Hyreslägenhet

Nedsättning av avgift och måltidsabonnemang på grund av dubbla bostadskostnader kan efter ansökan beviljas under de tre första månaderna (uppsägningstiden) under förutsättning att den sökandes förmögenhet uppgår till högst två prisbasbelopp.

För att nedsättning ska kunna beviljas måste handlingar inlämnas som visar att bostaden är uppsagd och där sista hyresmånad framgår.

Egen bostadsfastighet eller bostadsrätt

Vid flyttning från egen bostadsfastighet eller bostadsrätt beviljas inte jämkning av avgifter. Uppskov med betalning av avgift och måltidsabonnemang kan beviljas under de första sex månaderna.

Avräkningsregler

Under den tid som den enskilde har dubbla bostadskostnader för hyreslägenhet, kan bostadskostnaderna för båda bostäderna komma att avräknas mot nettoinkomsterna i sådan omfattning att fastställt förbehållsbelopp inte uppnås. Hyran för den gamla bostaden läggs således till som ett individuellt förbehållsbelopp. Vid behov sker först minskning av omvårdnadsavgiften, och därefter av måltidsabonnemanget så att den enskilde i möjligaste mån kan klara sina dubbla bostadskostnader under övergångsperioden

3.13.3 Kvarboendeskydd

Om kvarboende är beroende för sitt uppehälle av den andre som flyttar till särskild boendeform, ska kommunen enligt SoL 8 kap, 6§ försäkra sig om att kvarboende inte drabbas av ”en oskäligt försämrad situation” när avgifterna beräknas.

Om personen med högsta inkomsten flyttar till särskilt boende ska inkomsterna läggas samman och halveras varvid förbehållet för kvarboende beräknas.

Om personen med lägsta inkomsten flyttar till särskilt boende ska beräkningen göras enbart på denne persons inkomster.

När försäkringskassan beslutat om ändrad pensionsstatus för ej sammanboende par ska ny avgiftsberäkning göras, då detta eventuellt innebär ändrade inkomster och ändrade bostadstillägg.

4. Funktionsnedsättning

4.1 Måltidsersättning vid korttidsvistelse och korttidstillsyn

Vid korttidsvistelse och korttidstillsyn enligt LSS ska måltidsersättning erläggas enligt följande:

Ålder	Huvudmål	Frukost/lättare måltid
0-6 år	29 SEK	11 SEK
7-12 år	42 SEK	12 SEK
13 år och äldre	52 SEK	18 SEK

Beloppen får justeras årligen enligt förändringen i prisbasbeloppet, avrundat till närmaste heltal, dock högst upp till kommunens självkostnad.

4.2 Måltidsersättning vid daglig verksamhet

Till brukare i daglig verksamhet som väljer att få lunch genom verksamheten tillhandahålls denna måltid till självkostnadspris, 43 kronor, i enlighet med LSS 19§.

4.3 Måltidsersättning i öppna verksamheter

I öppna verksamheter som inte kräver biståndsbeslut tillhandahålls måltider till självkostnadspris, 43 kronor, i enlighet med LSS 19§.

4.4 Hyra i LSS-bostad

Kommunens LSS-bostäder upplåts med hyreskontrakt och den boende ska betala fastställd hyra per månad för den bostad som tillhandahålls. Hyresnivån uppgår till i genomsnitt ca 5200 kronor/månad och regleras enligt LSS 19§ ”Skäliga avgifter för bostad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter får tas ut av dem som har hel

allmän ålderspension, hel sjukersättning eller hel aktivitetsersättning enligt socialförsäkringsbalken eller annan inkomst av motsvarande storlek, enligt de grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader. Kommunen ska se till att den enskilde får behålla tillräckliga medel för sina personliga behov.” Den boende ska informeras om möjligheten att ansöka om bostadsbidrag/bostadstillägg.

4.5 Omkostnadsersättning i bostad med särskild service för barn och ungdom

Föräldrar är skyldiga att i skälig utsträckning bidra till kommunens kostnader när ett barn under 18 år får vård utom det egna hemmet. Detta framgår av SoL 8 kap. 1§ och LSS 20§. Ersättningen beräknas enligt den modell som redovisas i Sveriges Kommuner och Landstings, SKL, cirkulär 2006:54 Beräkning av föräldrars ersättning till kommunen för placerade barn under 18 år. År 2020 uppgår ersättningen till intervall 0 – 1723 kronor.

4.6 Kostnader för fritids- och kulturaktiviteter

Den enskilde svarar själv för egna kostnader i samband med fritids- och kulturaktiviteter.

4.7 Ledsagarservice

Ledsagarservice enligt LSS 9§ 3 är avgiftsfritt för den enskilde. Omkostnader för ledsagare utges enligt separat rutin för sådana kostnader som är nödvändiga för att insatsen ska kunna utföras, såsom entréavgifter eller resor med kollektivtrafik (dock ej resor till och från arbetet).

4.8 Kontaktperson enligt LSS 9§ 4

Vid utförande av aktiviteter i samband med insatsen kontaktperson står den enskilde för sina egna omkostnader.

Arvodes- och omkostnadsersättning till kontaktperson grundas på en individuell bedömning utifrån uppdragets art och omfattning och utges enligt separat rutin och i enlighet med SKR:s rekommendationer som uppdateras årligen.

Arvodesersättning uppgår till intervall 591 – 1774 kronor, omkostnadsersättning intervall 591 - 1577 kronor.

4.9 Kontaktperson enligt SoL 4 kap. 2§

Vid utförande av aktiviteter i samband med den för kommunen frivilliga insatsen av kontaktperson enligt SoL 4 kap. 2§ står den enskilde för sina egna omkostnader.

Arvodes- och omkostnadsersättning till kontaktperson grundas på en individuell bedömning utifrån uppdragets art och omfattning och utges enligt separat rutin och i enlighet med SKR:s rekommendationer som uppdateras årligen.

Arvodesersättning uppgår till intervall 788 - 2168 kronor, omkostnadsersättning intervall 394 - 1380 kronor.

4.10 Avlösarservice

Avlösarservice enligt LSS 9§ 5 är avgiftsfri. Omkostnader för avlösare utges ej av kommunen.

4.11 Kontaktfamilj/stödfamilj som korttidsvistelse enligt LSS

Vid korttidsvistelse i form av kontaktfamilj eller stödfamilj enligt LSS 9§ 6 tas en avgift ut för mat i enlighet med punkt 4.1 Måltidsersättning vid korttidsvistelse och korttidstillsyn. Resor till och från korttidsvistelsen betalas i regel av omsorgstagaren eller i förekommande fall vårdnadshavaren.

Omkostnads- och arvodesersättning till kontaktfamilj/stödfamilj vid korttidsvistelse grundas på en individuell bedömning utifrån uppdragets art och omfattning och utges enligt separat rutin och i enlighet med SKR:s rekommendationer som uppdateras årligen.

Arvodesersättning uppgår per dygn till intervall 300 - 495 kronor, omkostnadsersättning per dygn intervall 220 - 325 kronor.

4.12 Extern placering socialpsykiatri

I första hand ska hyran som anges på hyreskontraktet debiteras. Är denna inte skälig alternativt inte skrivs ut på kontraktet ska hyra debiteras motsvarande likvärdig boendeplats på Eslövs kommuns boende. Två olika hyresnivåer tillämpas utifrån boendets standard. Snitthyran för en lägenhet på Kärråkra och Trollsjögården används som jämförelseobjekt. Hyreshöjning sker i enlighet med hyreslagen.

Då en person, för vilken kommunen har betalningsansvaret för vården, vistas i särskild boendeform hos annan vårdgivare ska avgifter och ersättningar enligt Eslövs kommuns avgiftssystem tillämpas i enlighet med likställighetsprincipen.

Avgift för måltidsabonnemang och kostnadsersättning debiteras på samma sätt som vid boende på Eslövs kommun särskilda boende.

4.13 Habiliteringsersättning vid daglig verksamhet (kostnad)

För att stimulera den enskildes deltagande i daglig verksamhet utbetalas en särskild ekonomisk ersättning, så kallad habiliteringsersättning.

Habiliteringsersättning utgår med 5 kronor per arbetad timme.

Med anledning av ett tillfälligt statsbidrag är ersättningen t o m 2020 höjd till 10 kronor per arbetad timme. År 2020 utgår även bonus vid två tillfällen. Detta enligt beslut i VoO 2020-04-15, 37§.

5. Hälso- och sjukvård

5.1 Allmänt

Den enskildes avgifter får:

1. för hemvård och dagverksamhet, tillsammans med avgifter som avses i 17 kap. 8§ hälso- och sjukvårdslagen, per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,5392 gånger prisbasbeloppet (år 2020 - 2125 kronor).

5.2 Minimibelopp

Minimibeloppet grundar sig på prisbasbeloppet och beslutas årligen av riksdagen. Beloppet är en riktlinje över vad den enskilde ska ha kvar att leva av efter hyran är betald.

Minimibeloppet ska, om inte annat följer av SoL 8 kap. 8 §, alltid per månad utgöra lägst en tolfedel av punkt 1. 1,3546 gånger prisbasbeloppet för ensamstående (år 2020 - 5340 kronor), eller punkt 2. 1,1446 gånger prisbasbeloppet (år 2020 - 4512 kronor) för var och en av sammanlevande makar och sammanboende.

Minimibeloppet enligt första stycket ska täcka normalkostnader för livsmedel, kläder, skor, fritid, hygien, dagstidning, telefon, TV-avgift, hemförsäkring, öppen hälso- och sjukvård, tandvård, hushållsel, förbrukningsvaror, resor, möbler, husgeråd och läkemedel.

Enligt 8 kap. 8 § första stycket SoL ska en kommun höja minimibeloppet i skälighetsomfattning om den enskilde på grund av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett inte oväsentligt högre belopp än det som anges i 8 kap. 7 § SoL. Kostnader som kan beaktas är t.ex. fördyrade kostnader för resor, för viss typ av kost eller på grund av funktionshinder.

Generellt inom särskilt boende höjer Eslövs kommun minimibeloppet enligt följande formel: Eslövs kommuns pris för måltidsabonnemang minus budgetposten för mat i konsumentverkets beräkningar (koll på pengarna, 2020). År 2020 är beloppen $3153 - 2500$ (2490 avrundat) = 653 kronor.

Kommunen får även i vissa fall minska minimibeloppet enligt 8 kap. 8 § andra stycket SoL. Då kostnadsposten som föranleder minskningen ingår i

Konsumentverkets beräkningar för hushållsbudget så bör minskningen baseras på deras beräkningar.

Generellt inom särskilt boende minskar Eslövs kommun minimibeloppet för elkostnader motsvarande 376 kronor för elkostnad avseende 2020.

5.3 Förbehållsbelopp

Med förbehållsbelopp avses det belopp som den enskilde ska ha rätt att behålla av sina egna medel innan avgift inom maxtaxan får tas ut. Förbehållsbeloppet består av minimibelopp plus bostadskostnad.

5.4 Hemsjukvård

I enlighet med beslut i Kommunfullmäktig 2015-06-15, 80§ tas en timtaxa för hemsjukvårdsinsatser upp till maxtaxan. Avgiften uppräknas årligen mot förändringen i prisbasbeloppet. För 2020 är beloppet 392 kronor per timme.

5.5 Bedömningsbesök arbetsterapeut/sjukgymnast

Avgiften ingår i maxtaxan. För 2020 är avgiften 294 kronor.

5.6 Korttidsboende/Avlastning omvårdnadsavgift

Korttidsboende avser här rehabilitering, avlastning eller annan tillfällig vistelse i särskild boendeform.

Korttidsboende debiteras en omvårdnadsavgift med ett fast belopp per vistelsedag, inklusive in- och utflyttningsdag. Dygnsavgiften regleras enligt regeringens budgetproposition som antogs av riksdagen 2015. Det vill säga 0,5392 gånger prisbasbeloppet dividerat med 12 månader dividerat med 30 dagar, avrundat uppåt. Omvårdnadsavgiften ingår i maxtaxan. För 2020 är avgiften 70 kronor per dygn.

5.7 Korttidsboende/Avlastning måltider

Vid korttidsboende/avlastning ingår heldagskost bestående av frukost, lunch, kvällsmål och mellanmål. Måltidsersättning debiteras för heldagskost och kan inte delas upp per måltid. Måltidsersättningen tas ut för samtliga närvarodagar som en heldygnskostnad med samma belopp som gäller för särskilt boende. Avgiften ingår inte i maxtaxan.

Samma debiteringsregler för måltidsersättning vid in- och utflyttning gäller som vid särskilt boende, se punkt Särskilt boende måltidsabonnemang.

5.8 Hjälpmedelsabonnemang

Avgift för hjälpmedelsabonnemang är enligt beslut KS.2015.0265 satt till 60 kronor per månad oavsett antal hjälpmedel. Avgiften uppräknas årligen mot förändringen i prisbasbeloppet och uppgår i år, 2020, till 62 kronor. Avgiften ingår i maxtaxan.

6. Socialtjänst över 18 år

6.1 Familjerådgivning

Avgiften är 200 kronor per besök hos familjerådgivaren och avgiften gäller per familj. Nivån på avgiften är ett politiskt beslut och står inte i förhållande till kostnad för verksamheten.

Avgiftsbefrielse kan beviljas efter individuell prövning:

- om familjen är beroende av försörjningsstöd eller har inkomster i nivå med eller under försörjningsstöd
- om andra synnerliga omständigheter talar för att familjens situation förvärras om man på grund av avgift skulle avstå från familjerådgivning.

•

6.2 Andrahandshyra

Vid andrahandsuthyrning där kommunen står för förstahandskontraktet (s k sociala kontrakt) vidarefaktureras samtliga faktiska kostnader för bostaden, exempelvis hyra, el, internet, försäkring samt vid eventuellt onormalt slitage.

6.3 Ekonomiskt bistånd (kostnad)

Vid handläggning av försörjningsstöd och annat ekonomiskt bistånd utgår Enheten för ekonomiskt bistånd i huvudsak från Riksnormen för försörjningsstöd som ges ut av Socialstyrelsen, samt Eslövs kommuns riktlinjer för försörjningsstöd och ekonomiskt bistånd.

Socialstyrelsen ger också ut en handbok som även den fungerar som vägledning i bedömningen av försörjningsstöd och annat ekonomiskt bistånd.

7. Alkohollagen, tobakslagen, handel med vissa receptfria läkemedel och lotterilagen

7.1 Allmänt

Avgifter för handläggning och tillsyn enligt alkohollagen, tobakslagen och lagen om receptfria läkemedel framgår av Taxebestämmelser avseende servering av alkohol samt försäljning av folköl, tobak och läkemedel. Taxan har beslutats av kommunfullmäktige. Av taxans tillämpningsföreskrifter framgår bl.a. följande. Vård- och omsorgsnämnden får för varje kalenderår (avgiftsår) besluta att höja de i taxan fastställda avgifterna med en procentsats som motsvarar de senaste månadernas förändring i konsumentprisindex räknat fram till den 1 oktober året före avgiftsåret. Bas månad för indexuppräkningsår är oktober (2012). Avgifterna avrundas till närmaste hundratal kronor. Ansökningsavgiften ska vara betald innan handläggningen av ansökan påbörjas. Ansökningsavgiften ska täcka kommunens kostnader för prövning av ansökan. Ansökningsavgiften återbetalas inte om ansökan avslås.

7.2 Avgifter för ansökan om eller ändring av serveringstillstånd

Nytt permanent tillstånd, 7 760 kr

Nytt permanent tillstånd, inklusive cateringverksamhet, 9 300 kr

Ändring av permanent tillstånd (tider, lokaler, alkoholutbud), 3 620 kr

Ändrade ägarförhållanden/styrelse (mer än 50%), ändrad bolagsform, 4 650 kr

Ändrade ägarförhållanden/styrelse (högst 50%), 2 590 kr

Tillfällig ändring i permanent tillstånd (t.ex. utökad serveringstid vid enstaka tillfälle), 1 860 kr

Tillfälligt tillstånd för utskänkning till allmänheten

a) innehavare av permanent tillstånd i kommunen

Ett dygn 3 200 kr

Två dygn 3 620 kr

Tre eller fler dygn 4 970 kr

Varav 700 kr är tillsynsavgift*

b) övriga

Ett dygn 5 380 kr

Två dygn 6 200 kr

Tre eller flera dygn 7 240 kr

Varav 1 400 kronor är tillsynsavgift*

*Tillsynsavgiften återbetalas om ansökan avslås.

Tillfälligt tillstånd slutet sällskap 1 030 kr

Kunskapsprov, per gång 620 kr

Ansökan om tillstånd för detaljhandel med tobaksvaror 4 100 kr

Ansökan om tillstånd för partihandel med tobaksvaror 4 500 kr

7.3 Årlig tillsynsavgift

Baserad på årsomsättning av alkoholförsäljning

Avg.nivå 1	- 250 000 kr	4 140 kr
Avg.nivå 2	- 500 000 kr	5 380 kr
Avg.nivå 3	- 1 000 000 kr	6 210 kr
Avg.nivå 4	- 2 000 000 kr	7 760 kr
Avg.nivå 5	- 4 000 000 kr	8 790 kr
Avg.nivå 6	- 6 000 000 kr	9 830 kr
Avg.nivå 7	6 000 001 -	11 380 kr

Övriga tillsynsavgifter

Påminnelseavgift vid ej inlämnad restaurangrapport	520 kr
Tilläggsavgift för utökad serveringstid efter kl. 01.00	1 030 kr

Årlig tillsynsavgift detaljhandel med tobaksvaror	2 100 kr
Årlig tillsynsavgift partihandel med tobaksvaror	2 500 kr

Avgifter för årlig tillsyn avseende försäljning av varugrupperna folköl, e-cigarettor och påfyllningsbehållare och receptfria läkemedel

Förs. Av en varugrupp	1 030 kr
Förs. Av två varugrupper	1 550 kr
Försäljning av samtliga tre varugrupper	2 070 kr

7.4 Avgift för extra kontroll

Per handläggningstimme	720 kr
------------------------	--------

8. Allmänt

8.1 Betalningssvårigheter

Vid tillfälliga betalningssvårigheter kan anstånd beviljas.

Då avbetalningsplan behöver upprättas skall detta hanteras av inkassoföretag enligt beslut i KS:au 2009-12-08, 75§.

På förvaltningsnivå föreslås avskrivning vid dödsboanmälan och undantagsvis i vissa fall efter individuell prövning av Förvaltningschef. Avskrivning beslutas av ekonomichef på Kommunledningskontoret.

8.2 Privata underhållsavtal

Privata avtal om underhåll mellan servicemottagaren och annan person t ex make/sammanboende ska inte medföra någon förändring av avgiftsberäkningen eller jämkning av avgiften för servicemottagaren. Så kallat civilrättsliga avtal har ingen rättsverkan på kommunens lagbundna avgiftsregler.

8.3 Inlämning av inkomstunderlag

Erforderliga uppgifter för beräkning av avgiftsunderlaget ska lämnas snarast. I avvaktan på att inkomstunderlag inlämnas, debiteras avgift enligt taxa. Om det sedan uppgifterna inkommit och avgiftsunderlaget kunnat beräknas, visar sig att för hög avgift debiterats, ska återbetalning ske. Återbetalning kan högst ske för tre månader tillbaka i tiden.

8.4 Retroaktiv debitering eller återbetalning av avgift

Då uppgifter framkommer som visar att för *låg* avgift debiterats under en period, kan kommunen komma att besluta om att retroaktiv debitering skall ske, dock ej längre tillbaka än för de tre senaste debiteringsmånaderna.

Då uppgifter framkommer som senare visar att för *hög* avgift debiterats under en period och ej har överklagats, kan kommunen komma att besluta att retroaktiv återbetalning skall ske, dock ej längre tillbaka än för de tre senaste debiteringsmånaderna.

8.5 Årlig omprövning av avgift

En allmän omprövning av avgifterna skall normalt ske en gång per år med tillämpning av ändrade basbelopp, skattebestämmelser, inkomstuppgifter, bostadskostnader m.m. vid lämplig tidpunkt som kommunen bestämmer.

8.6 Ändring av beslut om avgift

Beslut om avgift ska ändras om något förhållande som påverkar avgiftens storlek ändras enligt SoL 8 kap. 9§.

Exempel på sådana förändringar är:

- ändrade inkomstförhållanden
- ändrat civilstånd
- behov av högre förbehållsbelopp
- beviljande, ändring eller upphörande av bostadstillägg/-bidrag
- ändring av prisbasbelopp
- ändring av bostadskostnad

Servicemottagare är skyldig att anmäla förändrade inkomst-, förmögenhets- och bostadsförhållanden eller andra förändringar som kan medföra ändring av avgift.

Ändring av avgift på grund av ändrat prisbasbelopp får göras utan föregående underrättelse

Ändring av avgift ska gälla från och med månaden efter det att anledningen till ändringen inträffade. Ändringen av avgiften ska dock gälla från och med samma månad som anledning till ändringen uppkom, om ändringen avser hela månaden.

Servicemottagaren ska få information på ett sådant sätt att det tydligt framgår vad ändringen beror på. Det ankommer dock på servicemottagaren att själv medverka till omräkning av avgiftsunderlaget och lämna nytt underlag för sådan omräkning.

8.7 Beslut om avgift

Avgift för kommunal service beslutas av kommunfullmäktige.

8.8 Utformning avgiftsbeslut och överklagande

Avgiftsbeslut ska utformas så att det framgår vilka uppgifter som använts för att beräkna avgiftsunderlaget och beloppet för den slutliga avgiften eller ersättningen.

Vidare ska avgiftsbeslut innehålla uppgift om vilket eller vilka lagrum som ligger till grund för avgiftsbeslutet, samt uppgift om hur och inom vilken tid beslutet kan överklagas.

Beslutet ska normalt ges en giltighetstid på högst ett år d v s till nästa generella omprövning av avgiften. Då det är känt att vissa uppgifter kommer att ändras i avgiftsunderlaget som kan komma att påverka avgiften, bör kortare giltighetstid sättas.

Beslut om avgift i ett enskilt fall kan, enligt Sol 16 kap. 3§ eller LSS 27§, överklagas genom förvaltningsbesvär hos allmän förvaltningsdomstol.

Kommunens handläggare skall vara behjälpliga med överklagande om servicemottagaren begär detta.

8.9 Ikraftträdande

Dessa bestämmelser om avgifter och ersättningar gäller fr o m 2020-01-01.

Kvalitetsberättelse 2020

4

VoO.2021.0035

2021-03-03

Marieth Roos-Ekelund

+4641362984

Marieth.Roos@eslov.se

Ange beslutsinstans

Kvalitetsberättelse för år 2020

Ärendebeskrivning

Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 – ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” - bör årligen en sammanhållen kvalitetsberättelse upprättas. I den ska det framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under det gångna året, vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som uppnåtts.

Enligt SOSFS 2011:9 består ledningssystemets grundläggande uppbyggnad av *processer och rutiner* samt *samverkan*. Vidare att det systematiska förbättringsarbetet sker genom *riskanalys*, *egenkontroll* samt *avvikelser*, *klagomål* och *synpunkter*. Det är förvaltningens arbete under 2020 med dessa områden som kvalitetsberättelsen konkret och kortfattat ska beskriva och analysera. Därefter redogörs för vissa mätningar och undersökningar förvaltningen deltar i samt årets domar, tillsyn från IVO samt icke verkställda beslut. Berättelsen avslutas med vilka förbättringsområden som har identifierats. Hur arbetet med dessa förbättringsområden ska ske beslutas inom ramen för förvaltningens kvalitétgrupp och den kvalitetsplan som ska tas fram.

Beslutsunderlag

- Kvalitetsberättelse för år 2020

Beredning

Kvalitetsberättelsen har identifierat följande förbättringsområden:

- Plan för årlig översyn av processer och rutiner

- Återuppta aktivt arbete med processer och identifiera de processer som ska prioriteras
- Processer och rutiner ska publiceras på ett enkelt och överskådligt sätt så de är lätta att hitta, även genom mobiltelefon
- Säkerställa informationsöverföringen mellan brukares boende och daglig verksamhet
- Se över om nya samverkansformer ska dokumenteras i process och rutin
- Sammanställning /samordning av pågående samverkan
- Arbeta med riskanalys enligt antagen rutin
- Pågående förbättringsarbete avseende genomförandeplaner
- De brister som framkommit i halvårssammanställning av avvikelser – är de korrigerade eller kvarstår behov av kvalitetsarbete?
- Det saknas rutin för hur medarbetare ska agera när en brukare säger att denne vill avsluta sitt liv.
- Hur säkerställs att tvångs- och begränsningsåtgärder ej förekommer?
- Lex Sarah-utredningar överskrider utredningstid
- Manual avseende avvikelshantering
- Saknar brukarundersökning avseende LSS
- Antalet som besvarar IFO:s brukarundersökningar behöver öka
- Hur arbeta med resultatet från brukarundersökningar

Förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna upprättad Kvalitetsberättelse för år 2020.

Beslutet skickas till

-Handläggare

Josef Johansson
Förvaltningschef

Marieth Roos Ekelund
Socialt ansvarig samordnare

Inledning

Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 – ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” - bör årligen en sammanhållen kvalitetsberättelse upprättas. I den bör det framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under det gångna året, vilka åtgärder som vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som uppnåtts.

Kvalitet definieras som när en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt de lagar och föreskrifter som styr verksamheten (SOSFS 2011:9 2 kap. 1 §).

Enligt SOSFS 2011:9 består ledningssystemets grundläggande uppbyggnad av *processer och rutiner* samt *samverkan*. Vidare att det systematiska förbättringsarbetet sker genom *riskanalys*, *egenkontroll* samt *avvikelser*, *klagomål och synpunkter*. Det är förvaltningens arbete under 2020 med dessa områden som kvalitetsberättelsen konkret och kortfattat ska beskriva och analysera. Analysen är tvådelad – den tar både upp de brister som framkommit i arbetet med exempelvis avvikelser, men också brister i hur arbetsprocessen runt avvikelser ser ut. Om det framkommer brister i verksamhetens kvalitet ska dessa åtgärdas. Finns det brister i verksamhetens processer och rutiner ska dessa förbättras. Det senare dokumenteras i den kvalitetsplan som SAS tar fram ihop med representanter för olika delar av verksamheten och som beskriver det kvalitetsarbete som ska ske under kommande år.

Processer och rutiner

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9). I varje process ska de aktiviteter som ingår dels identifieras, dels ska dess inbördes ordning tydliggöras. Därutöver ska rutiner upprättas där ett bestämt tillvägagångssätt beskrivs för hur aktiviteten ska utföras och vem som ansvarar för den.

Nuläge

Under året har ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom Vård och Omsorg” tagits fram. Det antogs i januari 2021 och ersätter det som gällt sedan 2013. Ett ledningssystem behövs för att kunna planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vidare beskriver det ansvarsfördelningen för de funktioner som är involverade i kvalitetsarbetet.

Nya riktlinjer och rutiner för avvikelshanteringen har antagits och riktlinjen för social dokumentation är uppdaterad. Processerna kring ekonomiskt bistånd har uppdaterats utifrån de digitaliseringsprojekt som fortsatt pågår. Generellt kan sägas att det pågick ett intensivt arbete med processer under 2018-2019 som delvis avstannat på grund av pandemin samt det byte av verksamhetssystem som skett under år 2020. Bytet av verksamhetssystem har i sig inneburit ett antal processkartläggningar som behöver omvandlas till processer.

Välfungerande / Framgångsfaktorer

Verksamheterna är intresserade, engagerade och delaktiga i arbete med rutiner och processer. Verksamhetsutvecklare har ett tydligt uppdrag i att stötta verksamheterna till att ta fram de processer och rutiner som behövs. Det är ett utvecklingsarbete med inslag av en lärande process då man ska formulera det man gör i praktiken för att systematisera det i en process.

Identifierade brister / Orsaker till brister.

SAS och verksamhetsutvecklare ansvarar för att årligen gemensamt göra en översyn av processer och rutiner. Detta enligt det ledningssystem som antogs tidigt 2021. En plan för hur denna årliga översyn sker bör upprättas.

Många av verksamhetens processer har påverkats av verksamhetssystemsbytet. Det finns ett behov av att återuppta ett aktivt arbete med processer.

Det saknas idag en enkel och överskådlig publicering av processer och rutiner. Det leder till kvalitets-brister såsom att medarbetare helt enkelt inte hittar processerna och därmed inte använder dem. Det finns även ett behov av att kunna nå processer och rutiner genom mobiltelefon.

Samverkan

En del av de personer som kommer i kontakt med vård- och omsorgsnämnden har sammansatta behov som kräver samverkan och samarbete såväl internt, inom och mellan nämnder, som externt med andra myndigheter och aktörer. Samverkan är därför en nödvändighet för att uppnå kvalitet för brukaren. Samverkansskyldigheten regleras i olika lagar och föreskrifter exempelvis i förvaltningslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det ska finnas processer och rutiner som säkerställer hur samverkan ska bedrivas med andra verksamheter och inom förvaltningen.

Nuläge

Samverkan med brukare och närstående pågår ständigt i det dagliga arbetet, vilket genomsyrar många delar av kvalitetsarbetet.

Under 2020 har teamsamverkan inom hemvården Söder etablerats. Ett flertal professioner samlas och samverkar kring brukare utifrån ett salutogent synsätt, helhetsperspektiv, rehabiliterande förhållningssätt och med handledande inslag. Denna samverkan är ett pågående utvecklingsarbete som kan komma att spridas till fler verksamheter.

Andra exempel på samverkan som har utvecklats under 2020 är ”Strategin för försörjningsstöd till egen försörjning” och det biståndsbedömda trygghetsboendet som öppnats på Ölycke. Vidare har samverkan kring bo-sociala frågor skett mellan två av förvaltningens enheter, Serviceförvaltningen och Kommunledningskontoret. Kommunerna i Mellersta Skåne har för avsikt att ihop med regionen finansiera en samordnatjänst med inriktning psykisk ohälsa/suicidprevention. Ett antal av förvaltningens medarbetare deltar i EU-projektet ”Ung Kompetens” där samverkan med andra är central.

Välfungerande / Framgångsfaktorer

Ovan nämnda områden är tydliga exempel på komplexa frågeställningar där ingen enskild enhet, profession eller myndighet på egen hand löser brukares sammansatta behov. Eller sin organisations uppdrag för den delen. Behovet av att hjälpas åt för att lösa sitt uppdrag har lett fram till samverkan med andra. Brukares behov är centrala i samverkan.

Identifierade brister / Orsaker till brister

Under året har påtalats en brist i samverkan utifrån att medarbetare på LSS-boende och på daglig verksamhet inte kan läsa varandras journalanteckningar vilket ger risk för kvalitetsbrist. Försök att lösa situationen pågår och behöver följas upp.

De exempel på samverkan som räknas upp under ”Nuläge” kan ha behov av att process upprättas. Här kan också processen kring uppdrag som nätverksledare adderas då ett antal medarbetare från förvaltningen och från Barn- och Utbildningsförvaltningen utbildats till nätverksledare i syfte att samverka kring uppdrag.

Det saknas en rutin för hur man strategiskt ska arbeta med och samordna samverkan. Det finns idag ingen kartläggning av pågående samverkan vilket kan gynna verksamheterna.

Riskanalys

Den som bedriver socialtjänst ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Varje identifierad risk ska analyseras med en bedömning kring hur sannolikt det är att negativ händelse inträffar samt vilka konsekvenserna skulle kunna bli. Riskanalys innebär att verksamheten är framåtblickande och förebyggande.

Nuläge

I föregående års kvalitetsberättelse konstaterades att det saknades en struktur för arbetet med riskanalys. En sådan är framtagen under 2020 och med start 2021 ska det ske systematiska riskanalyser såsom SOSFS 2011:9 anger. Därmed inte sagt att det inte skett riskanalyser under år 2020. Olika former av riskanalyser sker återkommande i samband med organisationsförändringar, förändrat arbetssätt, utveckling av arbetsmetoder, i samband med processarbete med mera. Under 2020 har många riskanalyser skett utifrån pandemin.

Välfungerande / Framgångsfaktorer

Rutin för riskanalys är framtagen. Arbetet med riskanalyser ska påbörjas enligt denna rutin och dokumenteras i systemet Hypergene.

Identifierade brister / Orsaker till brister

Systematiskt riskanalysarbete enligt SOSFS 2011:9 har ej utförts. Det har saknats etablerad rutin för hur riskanalysarbetet ska ske. En sådan rutin är nu antagen och arbete enligt den påbörjas under 2021.

Egenkontroller

Egenkontroller ska göras med den frekvens eller i den omfattning som krävs för att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Nuläge

Under 2020 har egenkontroller avseende arbetet med genomförandeplaner skett. På grund av pandemin skedde kontrollen vid två tillfällen istället för tre. Under 2021 kommer egenkontroller fortsatt ske vad gäller genomförandeplaner men även aspekter av avvikelshantering och åtkomstkontroller kommer följas upp i egenkontroll.

Välfungerande / Framgångsfaktorer

Egenkontrollerna innebär en granskning av den egna verksamheten kopplat till dess uppdrag. Beroende på vilka resultaten blir kan det finnas behov av att vidta åtgärder. Alla medarbetare involveras i egenkontrollerna, inte minst genom diskussioner på APT. Det finns ett engagemang och en vilja att utveckla och förbättra.

Analysen visar att arbetet med genomförandeplaner, med ett undantag, sker övergripande bra ute i verksamheterna. Dokumentationsombud eller motsvarande stödfunktion är en framgångsfaktor.

Identifierade brister / Orsaker till brister

Egenkontrollerna har visat på brister vad gäller att beskriva den enskildes mål, hur uppföljning av genomförandeplaner ska ske, att den enskilde ej närvarat då genomförandeplan upprättats samt att samverkan med annan

aktör inte beskrivs. Enheten för ekonomiskt bistånd behöver implementera genomförandeplaner som en naturlig del av arbetet.

Avvikelser, klagomål och synpunkter

Alla som utför uppdrag och arbetsuppgifter som regleras genom socialtjänstlagen eller LSS ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Att rapportera avvikelser är en del av det.

Lex Sarah kallas den skyldighet som alla anställda har att rapportera missförhållanden och brister. Det gäller också praktikanter, uppdragstagare och deltagare i arbetsmarknadspolitiska program.

Vidare ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras i syfte att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet samt åtgärda dessa.

Nuläge

Avvikelsehanteringen sker sedan december 2020 i verksamhetssystemet Lifecare. Avsikten var att byte av verksamhetssystem skulle ske redan under våren men detta försenades på grund av pandemin.

Under året har sammanlagt 4 396 avvikelser inrapporterats vilket är en minskning från föregående års 5 452 avvikelser. Det stora flertalet avvikelser rör HSL-området men 1 571 avvikelser är rapporterade enligt SoL/LSS vilket är en minskning från föregående års 1 870 avvikelser.

Under år 2020 har 23 utredningar enligt Lex Sarah slutförts. En inrapporterad händelse bedömdes vara ett allvarligt missförhållande och anmäldes därför till IVO. Missförhållandet rörde en arbetsgrupps bruk av tvångs- och begränsningsåtgärd. IVO bedömde att kommunen hade vidtagit de åtgärder som behövdes. Resterande Lex Sarah-utredningar avsåg främst olika former av brister i utförandet av insatser samt situationer där brukare utsatt varandra för våld/hot.

Välfungerande / Framgångsfaktorer

SAS bedömning är att verksamheterna generellt arbetar med avvikelserna på ett systematiskt sätt. Många avvikelser diskuteras på APT vilket är viktigt inte minst utifrån ambitionen om att vara en lärande organisation. Det är tydligt att många avvikelser leder till åtgärder på individnivå – antingen i form av omedelbar korrigering men också i form av ändrade rutiner för just den aktuella brukaren.

Arbetet med att sammanställa och analysera inkomna rapporter samt synpunkter och klagomål är påbörjat. Analysen kommer användas till kvalitetsberättelse och till riskanalys.

SAS har påbörjat informationstillfällen ute i arbetsgrupper och mötts av stort engagemang och intresse. Avsikten är att fortsätta och succesivt utöka antalet informationstillfällen.

Processen kring avvikelshantering kommer 2021 följas i egenkontroll.

Nya verksamhetssystemet ger bättre uppföljningsmöjligheter, bland annat genom ”åtgärder” och genom att det nu är utredaren som klassificerar avvikelserna.

Identifierade brister / Orsaker till brister

Analys av halvårssammanställning visar på fem brister som sticker ut: säkerhet och trygghet (larm som används fel eller inte tas på, fönster och dörrar som inte stängs/låses), mathantering (framförallt att mat får kasseras), olika former av hot/våldssituationer mellan brukare, insatser som ej blivit utförda på grund av personalbrist samt att följsamhet till rutiner för covid 19 (skyddsutrustning, information kring testning och karantän). Därmed inte sagt att det finns fortsatta brister inom dessa fem områden – avvikelshanteringens syfte är ju att rätta till brister.

Av halvårssammanställning har även följande framkommit: stora skillnader vad gäller antalet inrapporterade avvikelser mellan liknande enheter, av dokumentationen förefaller det finnas stora skillnader i hur avvikelser utreds och ett antal avvikelser utreds ej samt att ett relativt stort antal avvikelser är felrapporterade.

Genom Lex Sarah-utredningar har följande brister identifierats: rutin för hur medarbetare ska agera när brukare uttalar suicid-önskan, användande av tvång- och begränsningsåtgärd samt att utredningarna i sig överskrider tidsgräns.

Slutligen har införandet av nytt verksamhetssystem aktualiserat behovet av en manual och det finns generellt många frågeställningar kring avvikelshanteringen.

Mätningar och undersökningar

Eslövs kommun deltar årligen i ett antal mätningar och undersökningar. Här nedan lyfts ett antal resultat fram som är relevanta för Vård- och Omsorgsförvaltningen.

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK)

Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) är ett nätverk där kommuner med stöd av SKR och RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser) för att kunna göra jämförelser gentemot varandra årligen rapporterar in vissa nyckeltal. Syftet med jämförelserna är att utveckla kvalitén på de kommunala tjänsterna. Ett antal av dessa nyckeltal är relevanta för Vård och Omsorg:

- Ej återaktualiserade vuxna personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel %
 - 84 % jämfört med tidigare års 81 % och 78 %
- Väntetid i antal dagar från ansökan till beslut om försörjningsstöd, medelvärde
 - 25 dagar jämfört med föregående års 8 och 10 dagar
- Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medeltal
 - 66 dagar jämfört med föregående års 73 och 78 dagar
- Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänstmottagare möter under 14 dagar, medelvärde
 - 17 personer, jämfört med föregående års 18 och 17

Så tycker de äldre om äldreomsorgen

Socialstyrelsen genomför årligen en nationell brukarundersökning, ”Så tycker de äldre om äldreomsorgen”, vars syfte är att kartlägga de äldres

uppfattning om den vård och omsorg de får. Samtliga personer, 65 år och äldre, som den 31 december 2019 hade hemtjänst eller bodde på särskilt boende har under våren 2020 fått möjlighet att besvara en enkät. Genom denna brukarundersökning får kommuner goda möjligheter att jämföra sig med andra kommuner men också att över åren följa sin egen interna utveckling.

Särskilt boende

Mellan 40-60 % av de som bor på ett av kommunens vård- och omsorgsboende har valt att besvara årets enkät. Av dessa är 86 % sammantaget nöjda med sitt boende vilket dels är en förbättring jämfört med föregående års resultat (84 % 2019 och 79 % 2018), dels hamnar Eslöv nu bland de 25 % av landets kommuner som visar bäst resultat i denna mätning.

De frågor som får högst andel positiva svar är: får bra bemötande från personalen, känner förtroende för personalen, personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål, känner sig trygg på sitt äldreboende samt har lätt att få kontakt med personalen på äldreboendet vid behov.

De frågor som får lägst andel positiva svar är: besväras inte av ensamhet, vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål, har lätt att få träffa läkare vid behov, personalen brukar informera om tillfälliga förändringar samt ”tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen”. Även om dessa påståenden är de som sticker ut i negativ bemärkelse så visar tre av dem bättre resultat än föregående år och ett är i paritet med föregående år. De har dessutom högre andel positiva svar än vad som är genomsnittet för hela landet. Det är enbart det femte påståendet, ”vet var man vänder sig med synpunkter och klagomål” som med 45 % positiva svar ligger lägre än landets 47% och som också är en försämring gentemot föregående år med 6 respektive 4 %.

Hemtjänst / hemvården

Mellan 40-60 % av de brukare som har hemtjänst valde att svara på enkäten. Av dessa är 85 % sammantaget nöjda med sin hemtjänst vilket är en förbättring gentemot föregående års 82 % men en försämring gentemot 2018 års 89 %.

De påståenden som får högst andel positiva svar är: får bra bemötande från personalen, fungerande samarbete med hemtjänsten, känner sig trygg

hemma med hemtjänst, personalen kommer på avtalad tid samt känner förtroende för personalen.

De påståenden som får lägst andel positiva svar är: besväras inte av ensamhet, fick välja utförare av hemtjänsten, personalen brukar informera om tillfälliga förändringar samt vet var man vänder sig med synpunkter och klagomål. Det påstående som sticker ut är det som avser information gällande tillfälliga förändringar. Där är det dels en försämring gentemot föregående års mätningar, dels ligger Eslöv med 52% en bra bit under genomsnittet för landet som har 66 %.

Brukarundersökning, Individ- och familjeomsorg

De två senaste åren har brukare som ansökt om ekonomiskt bistånd eller haft insatser avseende missbruk erbjudits att delta i en brukarundersökning som arrangeras av SKR. Genom brukarundersökningen mäts brukarens upplevelse av om man fått en förbättrad situation efter kontakt med socialtjänsten, om det varit lätt att få kontakt med socialsekreterare, om man kunnat påverka vilken hjälp man fått och om man fått förståelse för sin situation med mera.

Eftersom svarsfrekvensen var så låg som 12 % avseende ekonomiskt bistånd och 10 % avseende missbruk går det inte att dra några slutsatser utav resultatet.

Enkäter till brukare i genombrott.nu

Inom ramen för genombrottsmetoden görs kontinuerliga mätningar av brukarnas nöjdhet avseende delaktighet, trygghet, bemötande och information. Förvaltningsledningen har beslutat om ett lägsta målvärde som innebär att 80 % av brukarna ska svara 7 eller högre på en skala från 1-10 (där 1 är inte alls nöjd och 10 är mycket nöjd). Flertalet enheter har kommit igång väl med sitt genombrottsarbete, men arbetet har till viss del avstannat/förlorat fart under pandemin. Generellt uppmäts hög brukarnöjdhet men vissa resultat sticker ut och det krävs analys för att tolka dem.

Domar, tillsyn från andra myndigheter, icke verkställda beslut

Domar

Det har under år 2020 ej inkommit domar som visar på brister i myndighetsutövningen. Generellt fastställer domstolen det beslut nämnden fattat. Det är främst beslut om ekonomiskt bistånd som överklagas – under år 2020 skedde 85 överklaganden och domstol utfärdade 87 domar. Det stora flertalet avslagsbeslut, och därmed överklaganden samt domar, rör att den biståndssökande ej stått till arbetsmarknadens förfogande. fler överklaganden.

Tillsyn från andra myndigheter

IVO har under året fullgjort sin författningsreglerade tillsyn av bostad med särskild service för barn eller ungdomar. IVO har konstaterat tre brister och förvaltningens bedömning är att dessa brister är kända samt att åtgärder är vidtagna.

Icke verkställda beslut

Varje kvartal rapporterar förvaltningen icke verkställda beslut till IVO. Under år 2020 är det framförallt dagverksamhet för personer med demens som sticker ut. På grund av covid 19 har dagverksamheten haft stängt sedan mars månad med undantag för en kortare öppning under oktober månad. Detta har inneburit att besluten om dagverksamhet ej har kunnat verkställas. Förvaltningen har nu inlett en översyn avseende detta.

Sammanfattande bedömning och identifierade utvecklingsområden

Verksamheter som bedrivs enligt socialtjänstlagen och LSS har varit hårt ansträngda och belastade under pandemiåret 2020. Eslövs kommun är inget undantag i detta hänseende. Mycket av organisationens kraft och energi har gått åt till att hantera pandemin samt till att genomföra

verksamhetssystembytet. Som framgår av kvalitetsberättelsen har det ändå skett en del kvalitets- och utvecklingsarbete under året.

Här nedan räknas identifierade utvecklingsområden upp. Dessa ska hanteras inom ramen för förvaltningens kvalitetsgrupp och den kvalitetsplan som ska beskriva förvaltningens kvalitetsarbete framåt.

- Plan för årlig översyn av processer och rutiner
- Återuppta aktivt arbete med processer och identifiera de processer som ska prioriteras
- Processer och rutiner ska publiceras på ett enkelt och överskådligt sätt så de är lätta att hitta, även genom mobiltelefon
- Säkerställa informationsöverföringen mellan brukares boende och daglig verksamhet
- Se över om nya samverkansformer ska dokumenteras i process och rutin
- Sammanställning /samordning av pågående samverkan
- Arbeta med riskanalys enligt antagen rutin
- Pågående förbättringsarbete avseende genomförandeplaner
- De brister som framkommit i halvårssammanställning av avvikelser – är de korrigerade eller kvarstår behov av kvalitetsarbete?
- Det saknas rutin för hur medarbetare ska agera när en brukare säger att denne vill avsluta sitt liv.
- Hur säkerställs att tvångs- och begränsningsåtgärder ej förekommer?
- Lex Sarah-utredningar överskrider utredningstid
- Manual avseende avvikelshantering
- Saknar brukarundersökning avseende LSS
- Antalet som besvarar IFO:s brukarundersökningar behöver öka
- Hur arbeta med resultatet från brukarundersökningar

Upphandling av bemanningsundersköterskor

5

VoO.2021.0056

2021-03-05

Anna Friberg

+4641362713

Anna.Friberg2@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut; Upphandling av bemanningsundersköterskor

Ärendebeskrivning

I december 2020 fick verksamhetschefen för äldreomsorgen i uppdrag från förvaltningschefen att göra en upphandling gällande ramavtal för bemanningsundersköterskor. Äldreomsorgen befann sig då i ett akut läge med behov av undersköterskor på grund av en stor smittspridning av covid-19 på ett av våra vård- och omsorgsboenden. Behovet av att kunna göra avrop från ramavtal med företag som hyr ut undersköterskor synliggjordes då. Att använda bemanningsundersköterskor är den sista utvägen för att få ihop bemanningssituationen men kan i vissa fall vara nödvändigt. Det finns inte någon budget för äldreomsorgen att använda för bemanningsundersköterskor. Detta förhållande understryker ytterligare att nyttjande av bemanningsundersköterskor är en sista utväg då alla andra möjligheter är uttömda. Nyttjande av bemanningsundersköterskor ska endast ske i extraordinära situationer. Upphandlingen görs för att vård- och omsorgsförvaltningen ska kunna vara förberedd på akuta bemanningssituationer framöver då bemanningsundersköterskor kan komma att behöva användas.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse, daterad 2021-03-05

Beredning

Upphandlingens ekonomiska omfattning är uppskattad till 2,2 miljoner kronor. Den avser tjänstgöring både dag, kväll och helg. Omfattningen på uppdragen till bemanningsföretagen kan vara både en kort period och en längre period.

Upphandlingen gäller enbart utbildade undersköterskor.

Upphandlingsunderlaget är framtaget av verksamhetschefen för äldreomsorgen och tjänsteman från inköps- och upphandlingsenheten.

Förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden beslutar att upphandla ramavtal för bemanningstjänster avseende undersköterskor och ger förvaltningschefen i uppdrag att genomföra upphandlingen.

Beslutet skickas till

Kommunledningskontoret, upphandlingsenheten

Josef Johansson
Förvaltningschef

Anna Friberg
Verksamhetschef äldreomsorgen

Patientsäkerhetsberättelse 2020

7

VoO.2021.0041

2021-03-08
Pia Arndorff
+4641362102
Pia.Arndorff@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut; Patientsäkerhetsberättelse 2020

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 2020

Beredning

Underlag för patientsäkerhetsberättelsen fås genom statistik från Eslövs kommuns avvikelssystem, statistik från nationella kvalitetsregister, sammanställning och utvärdering av genomförda aktiviteter samt genom enkät till chefer i verksamheten.

Förslag till beslut

- Vård och omsorgsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2020 med mål för 2021.

Beslutet skickas till

Vård och Omsorg

Josef Johansson
Förvaltningschef

Pia Arndorff
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Patientsäkerhetsberättelse

År 2020

2021-03-01

Pia Arndorff, Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Anna Netterheim, Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Sammanfattning

Året 2020 har till stor del präglats av den pandemi som världen drabbats av. Mycket planerad verksamhet kring utveckling av patientsäkerhetsarbete har fått ställas in då det inte funnits varken tid eller resurser för att genomföra insatserna. Rent praktiskt har det också varit svårt att genomföra utbildningar då vi inte kunnat träffas och verksamheterna inte haft utbyggda möjligheter till att genomföra utbildningar via Skype.

Införandet av ett nytt avvikelssystem och ett nytt dokumentationssystem har också tagit mycket kraft under året. Med dessa system på plats så kommer troligtvis kvaliteten i arbetet att förbättras, men att införa detta parallellt med en pandemi är inte enkelt.

Basala hygienrutiner kom under året i verklig fokus och vi har också kunna se vid mätningar att efterlevnaden kraftigt har ökat. 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.

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla 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, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap.

Mål för 2020

- Utveckling av kvalitetsledningssystemet genom fortsatt arbete med att tydliggöra processer i verksamheten
- Förebygga smittspridning genom att egenkontroll av basala hygienrutiner införs.
- Förbättrad dokumentation genom införande av markörbaserad journalgranskning.
- Ett kvalitetsarbete gällande nutrition
- Ett kvalitetsarbete gällande sårvård
- En lärande verksamhet genom att dela information om händelser och åtgärder samt utveckla nya arbetssätt efter analys av avvikelser.

Organisation och ansvar

SFS 2010:559, 3 Imp. 9 § och SOSFS 2011-9, 7 kap. 2 §, p 1

Vård och omsorgsnämnden

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

Förvaltningschefs ansvar

I Eslövs kommun är det förvaltningschefen för Vård och Omsorg som är lagstadgad verksamhetschef för hälso- och sjukvård (HSL). Verksamhetschefen ska kommunicera och omsätta nämndens övergripande strategier och mål inom vård och omsorg. Ansvaret avser att verksamheten

tillgodosör hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I varje kommun ska det enligt HSL 11 kap 4§ finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. I hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) beskrivs att MAS ansvarar för att:

- patienten får en ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- patienten får den hälso- och sjukvård som läkare ordinerat,
- 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 väl fungerande rutiner för:
 - läkemedelshantering,
 - rapportering enligt 6 kap 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659),
 - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd fordrar det.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska utreder alla allvarliga händelser inom vård och omsorg som gäller hälso- och sjukvård. MAS beslutar om ärende ska anmälas som lex Maria till inspektionen för vård och omsorg (IVO). MAS rapporterar anmälda lex Maria händelser till nämnden.

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 allvarigare karaktär.

Chefer

Verksamhetschefer (andra linjens chef) och enhetschefer (första linjens chef) ansvarar inom respektive område för att alla medarbetare har kunskap om patientsäkerhetsarbetet samt för att engagera medarbetarna i detta arbete. Respektive chef ansvarar för att alla medarbetare har rätt kompetens för att ett patientsäkert arbete ska kunna utföras. Det är även chefens ansvar att alla medarbetare har kunskap om hur de anmäler avvikelser samt för att medarbetarna faktiskt anmäler avvikelser. Chefen ansvarar också för att de riktlinjer som MAS och MAR satt upp för en patientsäker vård, efterlevs i verksamheten.

Enhetschefer ansvarar för att minst en gång per månad sammanställa enhetens avvikelser och tillsammans med arbetsgruppen analysera dessa och ta fram åtgärder för att förhindra upprepning. Verksamhetschefen ansvarar för att en gång per halvår tillsammans med enhetscheferna

analysera verksamhetens avvikelser. Rapport från dessa analyser samt vidtagna åtgärder för att förhindra upprepning ska ges skriftligt till MAS. I de fall avvikelser rör sig om rehabilitering ges rapport till MAR.

Legitimerad personal

Legitimerad personal ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Legitimerad personal ansvarar för att anmäla avvikelser i hälso- och sjukvården samt för att utreda avvikelser och genom detta förbättra och utveckla vården.

Samtlig personal inom vård och omsorg

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

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 §, 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.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid upprättande av samordnad individuell plan (SIP) är alltid patient med. Vid samtycke från patienten erbjuds även närstående att delta. I samband med allvarliga vårdskador eller när allvarliga vårdskador skulle kunna ha inträffat tar tjänstgörande sjuksköterska kontakt med patient och om samtycke finns även kontakt med närstående.

Vid lex Maria-ärenden erbjuds patienten och/eller dess närstående att som en del av utredningen beskriva hur de upplevt händelsen. MAS återkopplar till patient och/eller närstående och redogör för kommunens utredning och åtgärder. Detsamma gäller vid klagomål.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

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

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

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

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

Exempel på redovisning

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	PPM-databasen
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år	Hypergene
Hygienrond	1 gång per år	Protokoll
Patientsäkerhetsdialoger	2 gånger per år	Protokoll
Avvikelser	3 gånger per år	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per år	PPM-databasen, Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Under 2020 har åtskilliga åtgärder vidtagits för att förbättra patientsäkerheten. På grund av pandemin under året så har de flesta handlat om att förhindra smittspridning, medan andra viktiga åtgärder tyvärr fått stå tillbaka.

Utveckling av kvalitetsledningssystemet

Ett arbete som fortsatt under hela 2020. Vi använder oss här av systemet Hypergene. På grund av pandemin har inte arbetet kunnat framskrida i den takt vi tänkt oss. MAS riktlinjer finns upplagda på intranätet.

Förebygga smittspridning

Det dominerande området inom patientsäkerhetsarbetet under 2020 har varit efterlevnaden av basala hygienrutiner. Vi har under året genomfört egen kontroll samt deltagit i SKRs två punktprevalensmätningar (ppm). Vi har även kraftigt förbättrat kunskapen i organisationen gällande kohortvård och användning av skyddsutrustning.

Förbättrad dokumentation

Vi är i en övergång till nytt verksamhetssystem och samtlig dokumentation håller på att gås igenom och flyttas över. Det har därför inte varit varken läge eller har funnits resurser för att införa ett nytt sätt att granska dokumentation.

Ett kvalitetsarbete gällande nutrition

Under 2019 påbörjades ett arbete inom vård och omsorg med rutiner för att tidigt upptäcka undernäring. I detta arbete använder vi oss av Socialstyrelsens kunskapsstöd ”Att förbygga och behandla undernäring”. Tyvärr har pandemin gjort att vi inte haft möjlighet att ytterligare utveckla detta arbete under 2020.

Ett kvalitetsarbete gällande sårvård

Vård och Omsorg har fattat beslut om att ansluta sig till kvalitetsregistret Rikssår. Tyvärr har detta inte gått att genomföra under 2020 på grund av pandemin.

En lärande verksamhet

En uppföljning görs årligen av MAS för att se hur arbetet med avvikelser tas tillvara i verksamheterna. Tanken med avvikelser är att vi ska identifiera processfel och förändra vårt arbetssätt så att inte samma fel ska hända igen. Uppföljningen sker genom att enhetschefer svarar på en enkät från MAS.

Ett ytterligare sätt att vara en lärande organisation är att arbeta med avvikelser på aggregerad nivå. Detta arbete har vi inte fått igång under 2020.

Risikanalys

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

Verksamheterna ska arbeta systematiskt och bedöma om det finns risker att negativa händelser kan inträffa för patienten. Att inventera, prioritera, fastställa och hantera risker är en ständigt pågående process som är en viktig del i det förebyggande arbetet. Med ett förebyggande arbete kan eventuella risker identifieras i ett tidigt skede innan en negativ händelse inträffar. De nationella kvalitetsregisterna är ett bra verktyg för riskbedömning.

Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Den som upptäcker en avvikande händelse ska skyndsamt göra de nödvändiga åtgärder som behövs för att förhindra att någon får en vårdskada. Om en vårdskada redan uppstått ska åtgärder genomföras så att vargskadan får så liten effekt som möjligt för den drabbade. Händelser ska alltid bedömas, åtgärdas och utredas där dessa har inträffat. Om händelsen under eller efter en utredning bedöms vara av betydande och/eller katastrofal karaktär ska alltid MAS eller MAR kontaktas för att eventuellt ta över utredningsuppdraget. Enhetschef är alltid mottagare av samtliga avvikelser som inträffar och utreder den del som rör chefskapet i verksamheten. Legitimerad personal utreder händelser som berör delegerad personal och enhetschef för legitimerad personal utreder händelser gällande legitimerad personal. En utredning ska leda fram till vilka åtgärder som behöver vidtas vid enheten och om planerade åtgärder är åtgärder som behöver genomföras inom hela förvaltningen.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Vårdgivaren är skyldig att kontrollera att ingen obehörig har läst i patientjournalen. För att ha rätt att läsa en patientjournal ska personen ha en vårdkontakt eller på annat sätt behöva uppgiften för arbetet. I Eslövs kommun förs patientjournalen i verksamhetssystemet Treserva och varje gång en journal läses registreras aktiviteten. Förutom i verksamhetssystemet finns tillgång till att läsa Region Skånes patientjournaler via Nationell patientöversikt (NPÖ). Varje månad sker en loggkontroll i Treserva och NPÖ av slumpvis utvald legitimerad personal. Tio procent av den legitimerade personalen kontrolleras varje månad. Det är systemadministratör som slumpar och enhetschef som granskar. Vid misstanke om olovlig läsning av journal kontaktas omgående MAS för vidare åtgärder. En gång per år lämnas de kontrollerade utdragen till MAS för förvaring.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

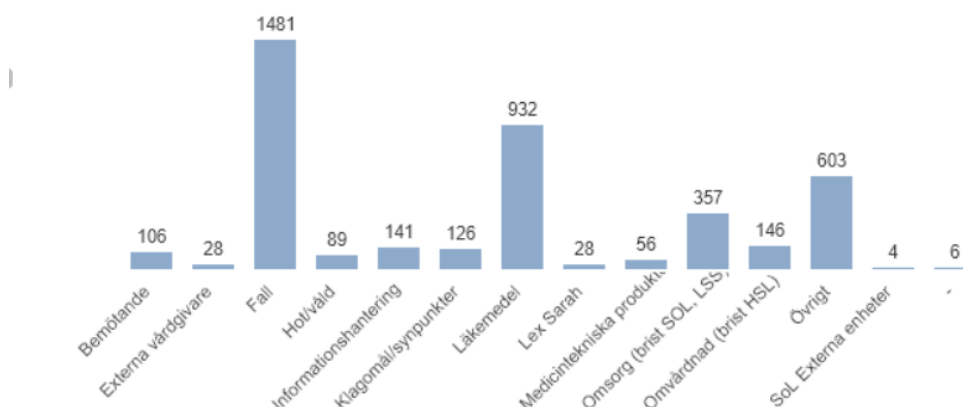
Avvikelser

Under 2020 rapporterades 4103 avvikelser i avvikelssystemet Treserva från den 1 januari till den 30 november. Den 1 december 2020 gick Vård och Omsorg över till att rapportera avvikelser i det nya

verksamhetssystemet från Tieto. Det har under alla år vi redovisat avvikelser i Treserva varit ett problem med att vi inte kunnat särskilja avvikelser inom HSL och avvikelser inom SoL. Förhoppningen är att vi genom övergång i det nya verksamhetssystemet härnäst ska kunna skilja på avvikelser inom de olika lagrummen.

För att kunna göra en jämförelse så var antalet avvikelser under 1 januari till den 30 november 2019 5004. Detta innebär att antalet avvikelser har minskat med 901 avvikelser. Vi kan se en minskning av antalet avvikelser gällande läkemedel med 396 avvikelser från 2019 till 2020 (1/1-30/11). Detta beror troligen till största delen på att digital signering införts. I övrigt är det svårt att göra en analys av minskningen under 2020, då det varit ett exceptionellt år med en pandemi och belastningen i verksamheten kan ha lett till att man avstått från att göra avvikelser.

Avvikelser per område



Fall

Fallfrekvens på särskilda boenden

Enligt litteraturen används måttet fallfrekvens, antal fall på en enhet delat med antalet platser. Följande mått är normalvariation av fall. (Fall och fallskador SKL 2011)

	Ordinärt boende	Särskilt boende	Geriatrisk rehabiliterings avd	Psykogeriatrisk avdelning
Fall per person och år	0,2-1,0	2,0-4,3	2,0-6,5	4,0-6,2

	Fallindex (fall/platser)			
	2018		2019	2020
Bergagården	1,6	(90/57)	3,0	(145/48)
Gjutaregården	2,3	(86/38)	1,8	(70/38)
			2,3	(88/38)

Solhällan	2,5 (118/ 48)	4,1 (196/48)	3,75 (180/48)
Trollsjögården	1,8 (104/56)	1,7 (98/56)	1,4 (79/56)
Kärråkra	3,4 (192/56)	3,8 (215/56)	3,40 (190/56)
Ölycke boende	-	1,3 (12/9)	3,5 (32/9)
Ölycke korttid	4,0 (68/22)	4,2 (92/22)	3,8 (85/22)
Vårlöken	-	-	2,3 (26/11)

Analys

Bergagården sticker ut bland de särskilda boendena i Eslöv. Under perioden januari till november (därefter byte av avvikelssystem) visar analysen att en person står för 52 av fallen, en för 45 och en för 25 av fallen på enheten. Tre personer står med andra ord för över 50 procent av fallen.

På *Solhällan* är det fyra personer som faller frekvent, och står för 30 procent av fallen.

Demensboendet på *Kärråkra* bedöms tillhöra kategorin ”Psykiatrik avdelning”. Som demensboende är det enligt forskningen förväntat att ha ett högre fallindex än övriga särskilda boenden. Det beror på att det brukar vara fler uppegående personer, med stor kognitiv svikt och utåtagerande beteenden på denna typ av boenden. På *Kärråkra* är det en person som fallit 27 gånger, vilket är 14 procent av fallen. En fördjupad analys visar att teamen kring dessa personer som faller många gånger, arbetar kontinuerligt med åtgärder och att friheten att kunna få röra sig fritt är mycket viktig för dessa individer. Diagnoser med känd fallproblematik så som Parkinsons sjukdom är också mer vanligt förekommande.

Korttidsboende på *Ölycke* bedöms tillhöra ”Geriatrisk rehabiliterings avdelning” i detta sammanhang.

Vårlöken och *Ölycke boende* är små enheter och på *Ölycke boende* står en person för 50 procent av fallen.

Förutom ovanstående är det ovanligt att en person faller mer än 20 gånger under ett år. På särskilda boenden faller dock, de som faller, oftast mer än tre gånger under ett år.

LSS verksamheterna är ej analyserade då de är små samt att tidigare analyser visar på få fall och det saknas jämförande värden.

Förebyggande åtgärder mot fall inom särskilt boende

Fall bland äldre med flera olika sjukdomar är ett komplext problem. Åtgärder behöver riktas mot flera olika nivåer. I skriften Fall och fallskador – åtgärder för att förebygga från SKR 2011 beskrivs fallpreventionspyramiden:



Generella multifaktoriella åtgärder kan vara kompetensutveckling av personal i fallrisk, i introduktionen för nyanställda eller miljöronder. Ett boende i Eslöv uppger att de har ett pågående arbete med miljöronder, där de går igenom den fysiska närmiljön. Det finns ingen utbildning i fallriskkunskap till omvårdnadspersonalen.

Individuella åtgärder innan första fallet, som till exempel genomgång av frågorna i kvalitetsregistret Senior Alert i samband med att personen flyttar in är vanligt. Detta görs oftast i det tvärprofessionella teamet.

Efter ett bekräftat fall görs så gott som alltid individuella åtgärder för att motverka nya fall. Planeringen av detta görs i det tvärprofessionella teamet och respektive yrkesgrupp utför och följer upp sina åtgärder.

Akuta åtgärder har inte analyserats 2020.

Fallavvikelser ordinärt boende

Fallfrekvensen inom ordinärt boende har inte analyserats. Detta på grund av att den totala mängden brukare varierar mycket.

I avvikelserapporteringen har det framkommit ett tillfälle där personalens kunskap om inkilade höftfrakturer var för låg. En mindre informationsinsats genomfördes i kombination med direkt utbildning till berörd personalgrupp.

Framtida behov

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

Rehabenheten har under 2021 startat ett projekt kring ”Snubblometer”, en sensor som läser av rörelsemönster och aktivitetsnivå hos äldre. Visionen är att kunna förutsäga när en person ändrar sitt rörelsemönster och därigenom kunna sätta in insatser för att förebygga fall.

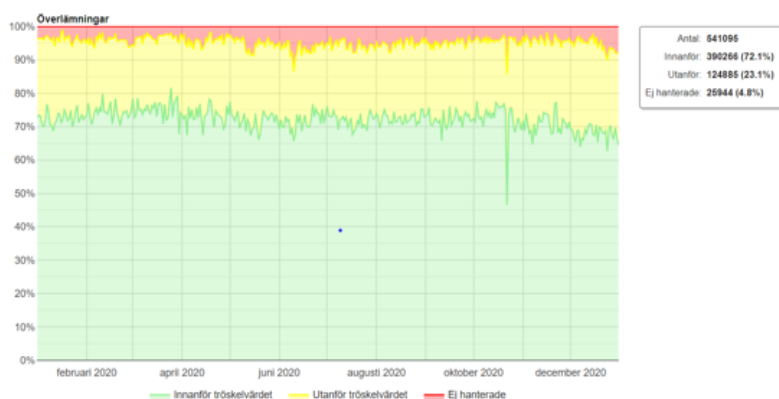
Läkemedel

Under våren 2019 infördes digital signering för att säkerställa att patienter fick sin ordination utförd och vid rätt tillfälle. Användningen av digital signering har fortsatt under hela 2020. Andelen avvikelser gällande läkemedel har sjunkit med ungefär 500 avvikelser sedan 2018, då vi inte använde digital signering. Förhoppningen var att antalet avvikelser gällande läkemedel drastiskt skulle minska. Denna drastiska nedgång har vi inte kunnat se, även om minskningen är markant. Införandet av digital signering har dock visat en bra bild av var i verksamheterna problem finns och vad det finns att arbeta med.

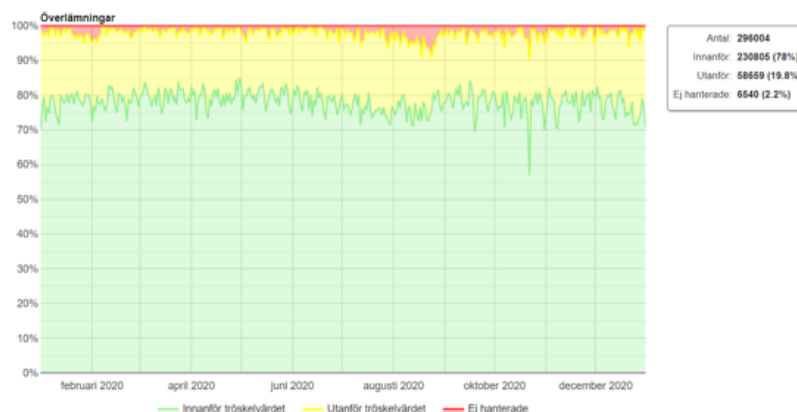
Systemet fungerar i realtid vilket ställer stora krav på den legitimerade personalen som ska se till att signeringslistor är korrekta och omgående korrigeras vid förändringar. Tidigare kan en muntlig instruktion ha getts och sedan har uppföljning skett genom att signeringslistan fyllts i i efterhand. Om det idag inte finns någon signeringslista i systemet så genereras en avvikelse. Alla brister gällande läkemedel och ordinationshandlingar syns omgående och genererar avvikelser. I nuläget är bedömningen 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.

Konstateras kan dock att över 80 procent av ordinationerna utförs korrekt inom säbo, 78 procent inom LSS och socialpsykiatrin och 72 procent inom hemvården utförs korrekt. Vård och Omsorg hanterade över 1 620 000 ordinationer under 2020. Av dessa utfördes över 1,27 miljoner ordinationer helt korrekt. Givetvis finns det alltid en önskan om att uppnå 100 procents korrekthet, och dit finns det en bit kvar.

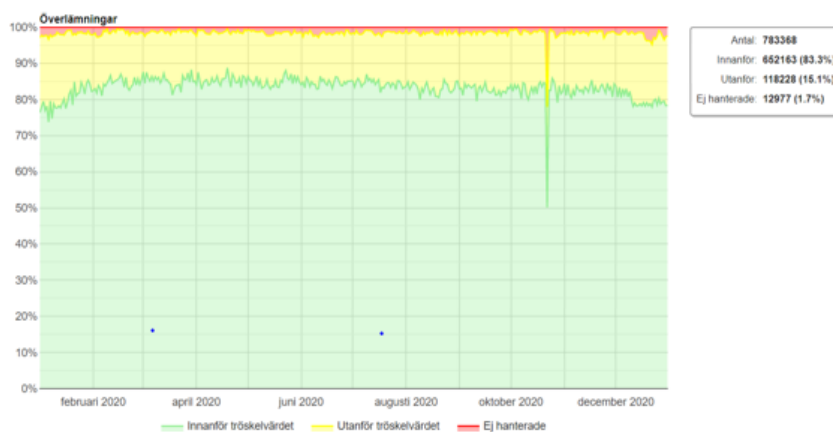
Hemvården



LSS och socialpsykiatri



Särskilt boende för äldre



Efterlevnaden av utförd ordination kontrolleras genom att följa statistik direkt i digital signering. Vid analyser av denna statistik har handhavandefel upptäckts. En del av det som visas som ej utfört gäller missar i att pausa eller flytta patienter som inte är hemma. En del av det som utförs, men vid fel tillfälle gäller felaktigt beteende hos den delegerade personalen. Personal har inte signerat direkt, utan valt att signera samtliga listor när allt är utfört. Detta är ett grovt felaktigt beteende som enhetscheferna arbetar för att komma till rätta med. Andra saker är direkta felaktigheter och här behöver enhetschefer och legitimerad personal samarbeta för att komma till rätta med problemen.

Förvaring av läkemedel

Läkemedel ska enligt Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:37 12 kap 1§ förvaras i låst utrymme, oåtkomligt för obehöriga. Inom vård och omsorg har vi låsbara läkemedelsskåp på särskilda boende för äldre och inom LSS. Det saknas dock säkra nyckelrutiner vilket gör att läkemedelsskåpen inte kan betraktas som oåtkomliga för obehöriga. Inom ordinärt boende har vi inga låsbara läkemedelsskåp. Genom att inte säkra upp för att för att läkemedel förvaras oåtkomligt för obehöriga så bryter Vård och Omsorg mot socialstyrelsens författning.

Vård och Omsorgsnämnden fattade under 2020 beslut om att införa läkemedelsskåp med digitala lås. För att förenkla så slogs upphandlingen av digitala lås till läkemedelsskåp ihop med upphandling av digitala dörrlås, vilket gjort att Vård och Omsorg fortfarande inte har några låsbara läkemedelsskåp. Arbete med upphandling pågår och förhoppningsvis kommer upphandling och införande att genomföras under 2021.

Hjälpmedel

Extern hjälpmedelsleverantör

Till följd av 2018 års brister har följsamheten till avtalet och förseningar genomförts i mars respektive november 2020. Vid båda tillfällena är det endast enstaka försenade leveranser som inte är åtgärdade. Orsakerna är brister i återkoppling, några ärenden med lång tid för hämtning samt administrationen av antidekubitusmadrasser. Sammanfattningsvis en markant förbättring. En halvering av antalet inrapporterade brister, vilka nu ligger i nivå med åren före 2018. De förseningar som finns är inte lika långdragna, vilket minskar risken för utebliven insats hos patient. Ingen av 2020 års förseningar eller andra inrapporterade brister har orsakat allvarlig vårdskada.

Brutna räkenskaps år	12/13	13/14	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19	19/20
Totalt antal inrapporterade brister (avvikelser)	836	997	680	847	743	1330	2224	1011
Brister hos hjälpmedelsleverantören (%)	59	49	58	40	55	61	70	62
Brister hos underleverantör (%)	14	19	14	18	13	17	10	14
Brister hos kommunerna (%)	2	1	3	15	1	1	>1	0
Bedömda som ej avvikelse (%)	25	30	24	26	31	21	19	22
Procent av avvikelserna som berör förseningar (%)	28	33	27	35	17	37	56	38

Anmälan enligt 2§ 6 kap SOSFS 2008:1

Inga anmälningar om negativa händelser med medicintekniska produkter har gjorts under 2020.

Säkerhetsmeddelanden

10-gruppen och Sodexo hjälpmedelsservice administrerar och lägger gemensamt upp planer för säkerhetsmeddelandena. 2020 är det ett säkerhetsmeddelande för arbetsstolar som berört Eslövs kommun. Det är svetsfogar i underredet på arbetsstolar. Åtgärden är kontroll av tekniker.

Egen kontroll av lyftordinationer

Det fanns en planerad egenkontroll av lyftordinationer, som fått ställas in på grund av pandemiläget (planerat november 2020). Lyftordinationen är det skriftliga dokument som beskriver hur en överflyttning av en patient med lyft ska genomföras. Syftet är att undvika olyckor i samband med förflyttningen.

Framtida behov

Fortsatt följa samverkan med den externa leverantören av hjälpmedel.
Egen kontroll av lyftordinationer i nytt journalsystem.

Hantering av avvikelser

Verksamheterna har fortsatt problem med att hantera avvikelserna inom stipulerad tid. Från MAS sida finns en stor tolerans för att allvarliga och större utredningar kan ta tid och att utredningar inte hinns göras under de 30 dagar verksamheten har på sig.

Det är dock inte de stora utredningarna som tar tid, utan det är avvikelser gällande ej givna läkemedel och utredningar kring fall som inte blir färdiga och avslutas i tid. Av de 4103 avvikelser som rapporterades under 1 januari till den 30 november 2020 tog 1534 längre tid än 30 dagar.

Snitttiden för en utredning var 37 dagar. Detta är en försämring sedan 2019, men samtidigt har verksamheten varit hårt belastad under 2020 av pandemin. Att jämföra med föregående år blir inte på något sätt rättvisande.

Resultat av arbetet med avvikelser

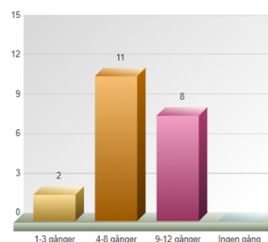
Enligt riktlinje ska enhetschef ta upp avvikelser med medarbetargruppen en gång per månad då även åtgärder tas fram. Flertalet av enhetscheferna tar upp avvikelser 4-8 gånger per år, men en hög andel tar upp frågan 9-12 gånger per år. Det finns dock några enhetschefer som inte tar upp detta mer än 1-3 gånger per år. Samtliga tar dock upp frågan minst en gång per år.

Hur ofta har du pratat med arbetsgruppen om avvikelser (episod på minst 10 minuter för att det ska räknas som en gång) under 2020?



Namn	Antal	%
1-3 gånger	2	9,5
4-8 gånger	11	52,4
9-12 gånger	8	38,1
Ingen gång	0	0
Total	21	100

Svarfrekvens
100% (21/21)



Enhetscheferna upplever ändå till stor del att verksamheten utvecklas genom arbetet med avvikelser. Samtliga enhetschefer rapporterar att någon gång under året så har arbetssätt förändrats som ett resultat av arbetet med avvikelser.

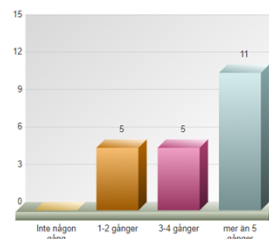
Hur många gånger under året har arbetet med avvikelser lett till ett förändrat arbetssätt i din verksamhet?



Namn	Antal	%
Inte någon gång	0	0
1-2 gånger	5	23,8
3-4 gånger	5	23,8
mer än 5 gånger	11	52,4
Total	21	100

Svarsfrekvens

100% (21/21)



De förändringar i arbetssätt som enhetscheferna tar upp är:

- bättre följsamhet till riktlinje/rutin
- ökat teamsamarbete
- arbete med lågaffektivt bemötande
- arbete med att förbättra kommunikationen,
- tydliggöranden i rutiner så att inget kan missförstås,
- bättre individanpassade insatser för brukarna

Lex Maria

Under 2020 har inga lex Maria anmälningar gjorts till IVO.

Patientnämnd

Under 2020 har inga ärenden gällande patient i Eslöv anmälts in till patientnämnden.

Klagomål och synpunkter

Inkomna klagomål under 2020

Det har inkommit ett fåtal klagomål inom rehab och hjälpmedelsområdet. 2020 har det rört personer som vill ha hjälpmedel som kommunen inte tillhanda håller. Till exempel elektrisk arm- och bencykel. Enstaka fall av brister i bemötande.

Det finns behov av ett tydligt ställningstagande från vårdgivarens sida kring den elektriska arm- och bencykeln.

Det har inkommit två klagomål från närstående av den allvarlighetsnivå att MAS har utrett. Båda utredningarna ledde till att åtgärder behövde vidtas i verksamheten, men ingen av dem bedömdes av vara av karaktären allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada och därför gjordes ingen anmälan till IVO.

Åtgärder som behövde vidtas var:

- Samtal med enskilda sjuksköterskor kring var de brustit.
- Samtal med samtliga sjuksköterskor kring sjuksköterskans ansvar.
- Påminnelse till verksamheten om att rapporteringsstödet ska användas vid rapport till sjuksköterska.
- Påminnelse till alla om att all rapportering ska ske enligt metoden SBAR.
- Förtydligande i delegeringsutbildningen kring vilket ansvar som följer med begreppet administration av läkemedel.

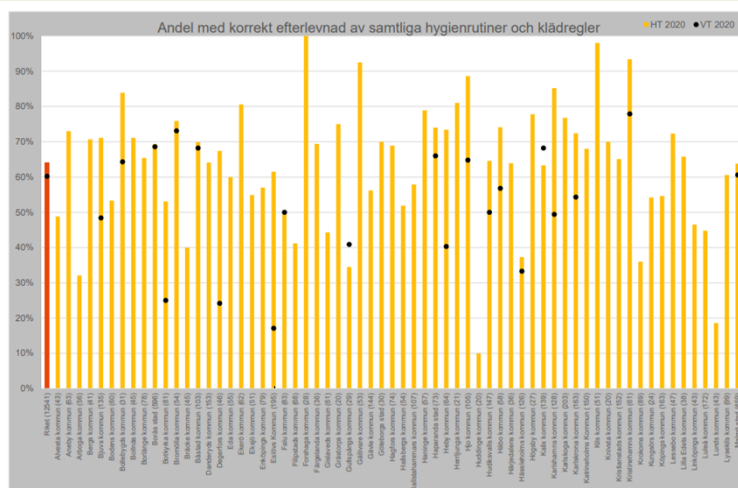
- Vikten av en god kommunikation med närstående.

Förhindra smittspridning

Vård och Omsorg deltog under våren i SKR:s årliga punktprevalensmätning gällande basala hygienrutiner och klädregler. Då att förhindra smittspridning var ett av de viktigaste områdena inom patientsäkerhetsarbetet under 2020 så införde SKR ytterligare en punktprevalensmätning på hösten 2020. Vård och Omsorg deltog även vid denna mätning.

Vård och Omsorg har gått från att endast 18 procent hade korrekt utfört i alla åtta steg våren 2020 till att på hösten 2020 hade 62 procent samtliga åtta steg korrekt utförda. Givetvis är 100 procent målet, men det är ett ordentligt lyft i efterlevnad av basala hygienrutiner.

Vad	Eslövs värde (%) 2019	Eslövs värde (%) Våren 2020	Eslövs värde (%) Hösten 2020	Riket (%) Hösten 2020
<i>Basala hygienrutiner</i>				
Korrekt användning av förkläde	85	83	88	89
Korrekt användning av handskar	95	98	98	98
Desinfektion av händer efter	82	81	88	95
Desinfektion av händer före	48	18	68	75
Samtliga fyra korrekt basala hygienrutiner	45	18	62	68
<i>Klädregler</i>				
Kort/ uppsatt hår	100	98	100	99
Korta rena naglar	98	100	99	98
Fria armar	95	94	98	98
Korrekt arbetsdräkt	100	100	100	98
Samtliga fyra korrekt klädregler	95	92	98	93
<i>Korrekt samtliga åtta rutiner och regler</i>	45	18	62	64



Enhetscheferna ansvarar för att basal hygienrutiner efterlevs i deras verksamhet samt att en gång per månad lyfta frågan i arbetsgruppen. Flertalet gör också detta, men det finns några chefer som lyfter frågan väldigt sällan. En förbättring från förra årets mätning har skett då samtliga har lyft frågan om basala hygienrutiner. Trots detta kan man ändå se med viss oro på att en tredjedel av enhetscheferna under ett år med pandemi inte haft frågan om basala hygienrutiner uppe oftare. Detta samtidigt som en majoritet av enhetscheferna beskriver att de ser en stor förbättring i efterlevnad hos medarbetarna efter det att frågan lyfts på arbetsplatsen.

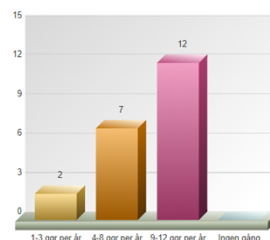
Hur ofta har du pratat med arbetsgruppen om basala hygienrutiner (episod på minst 10 minuter för att det ska räknas som en gång) under 2020?



Namn	Antal	%
1-3 ggr per år	2	9,5
4-8 ggr per år	7	33,3
9-12 ggr per år	12	57,1
Ingen gång	0	0
Total	21	100

Svarsfrekvens

100% (21/21)



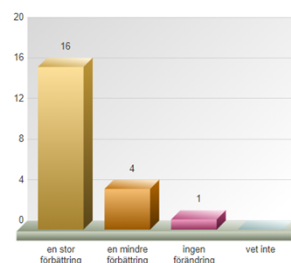
Hur upplever du efterlevnaden av basala hygienrutiner efter att ni har haft uppe frågan i gruppen?



Namn	Antal	%
en stor förbättring	16	76,2
en mindre förbättring	4	19
ingen förändring	1	4,8
vet inte	0	0
Total	21	100

Svarsfrekvens

100% (21/21)



Parallellt med de punktprevalensmätningar som SKR arrangerar så har Vård och Omsorg även genomfört egenkontroll i hemvården gällande basala hygienrutiner. Egenkontrollen genomförs som självskattning genom att varje medarbetare får svara på ett antal enkätfrågor. Tanken med dessa egenkontroller är inte att resultatet ska redovisas, utan att svaren på

frågorna ska ge enhetscheferna ett underlag för samtal om basala hygienrutiner på möten med medarbetarna. Med tanke på enhetschefernas beskrivning om att efterlevnaden av basala hygienrutiner ökar när man haft upp det till samtal så är det viktigt att ge enhetscheferna ett verktyg för att starta dessa samtal. Resultatet av egenkontrollerna ger också enhetschefen en bild av hur efterlevnaden av basala hygienrutiner är i verksamheten.

Arbete förebyggande genom att utveckla användningen av nationella kvalitetsregister

Eslövs kommun 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

I Senior Alert identifieras patienter med risk för undernäring, trycksår, fall och ohälsa i munnen. I nuläget görs registreringar i Senior Alert enbart på särskilt boende.

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Risikbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI-22	Fall	Munhälsa grad 2
Eslövs kommun	281	86% 441 av 510	92% 406 av 441	96% 423 av 441	66% 270 av 409	53 39 personer	98 personer	79 28 personer	85 personer
Trycksår		34% 172 av 510	90% 155 av 172	94% 161 av 172	68% 109 av 161				
Undernäring		52% 263 av 510	95% 250 av 263	95% 249 av 263	71% 165 av 233				
Fall		68% 347 av 510	98% 340 av 347	96% 333 av 347	69% 227 av 329				
Munhälsa		33% 170 av 508	92% 157 av 170	92% 157 av 170	64% 101 av 158				

Resultatet av 2020 års mätningar visar att fler unika personer riskbedömts jämfört med 2019. Då mätningarna de senare åren visat en vikande trend i antal unika personer så är det glädjande att denna trend bryts. I 86 procent av riskbedömningarna har en risk identifierats. I 96 procent av de fall med funnen risk har en åtgärdsplan satts, vilket är en liten försämring från 2019 då 99 procent fick en insatt åtgärdsplan. I endast 66 procent av fallen finns det dokumenterat att åtgärden är utförd och uppföljd.

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 66 procent av riskbedömningarna.

Planen är att införa Senior Alert även i ordinärt boende och inom funktionsnedsättning, men det har ännu inte funnits utrymme för detta. MAS har haft samtal med verksamhetschef för ordinärt boende och för funktionsnedsättning och de ska meddela MAS när verksamheterna är redo för uppstart. Under 2020 har den största anledningen till att detta inte hänt varit den pågående pandemin. Det har under rådande förutsättningar inte funnits någon möjlighet till att införa något nytt.

Trycksår

Registreringarna i Senior Alert för 2020 visar att 39 patienter har 53 trycksår. Detta kan jämföras med 2019 då 26 patienter hade 33 trycksår. Detta visar en tydlig ökning av både antalet patienter med trycksår och antalet trycksår (varje patient kan ha flera trycksår). Av 2020 års resultat har 41 sår uppkommit i egen verksamhet, fyra i annan verksamhet (t ex på sjukhus) och i åtta fall är det oklart var såret uppkommit. Att antalet trycksår som uppkommit i egen verksamhet ökat från 19 trycksår år 2019 till 41 trycksår år 2020 är alarmerande och något verksamheten måste arbeta hårt med under 2021. Att förhindra uppkomst av trycksår är grundläggande i omvårdnadsarbetet.

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
Kategori 1	Hudrodnad som inte bleknar vid tryck	31
Kategori 2	Delhudsskada t ex sår med rosa botten, blåsa	13
Kategori 3	Fullhudsskada; sår där subkutant fett är synligt men ben, sena, muskel syns inte	5
Kategori 4	Djup fullhudsskada; sår som involverar ben, sena eller muskel	4

Exempel på 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
- Berikning av kosten
- Konsistensanpassning
- Näringsdryck

Undernäring

Enligt riskbedömningen har 98 personer ett BMI som understiger 22. Detta är en ökning med två personer sedan 2019. 132 personer har en enligt registrering i senior alert haft en ofrivillig viktnedgång under 2020. Motsvarande tal för 2019 var 119 personer.

Bland de bakomliggande faktorerna till risken är en av de vanligaste orsakerna som uppges 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.

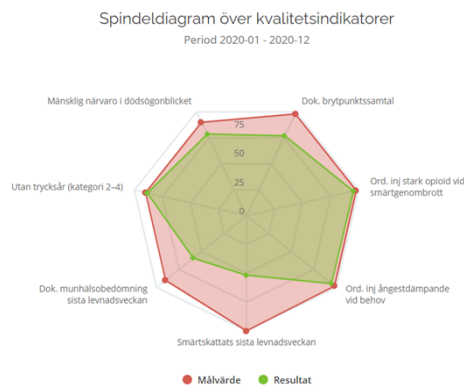
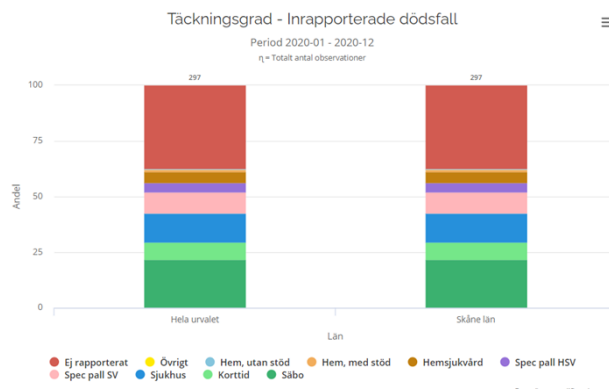
Under ett flertal år har 11 timmars nattfasta funnits med som en av de vanligaste orsakerna till undernäring och det krävs nu ett nytt arbetssätt som säkerställer att ingen har 11 timmars nattfasta.

Munhälsa

I 2020 års mätningar har 58 personer munhälsoproblem av grad 2 och 3. 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. Under 2020 planerades en större utbildningsinsats för omvårdnadspersonal gällande mun och tandvård. Denna fick tyvärr ställas in på grund av pandemin.

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 avlidna 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. För att statistiken ska vara helt tillförlitlig ska antalet inrapporterade dödsfall ligga på minst 70 procent. Eslövs kommun ligger på 63 procent. Det är inte enbart sjuksköterskorna i Eslövs kommun som brister i denna registrering. Redovisningen bygger på samtliga till Skattemyndigheten inrapporterade dödsfall per kommun. Detta innebär att samtliga vårdgivare måste hantera registreringen korrekt för att uppnå 100 procent.



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 (%)
Smärtskattning	30	75	62	51
Munhälsa	45	65	60	59

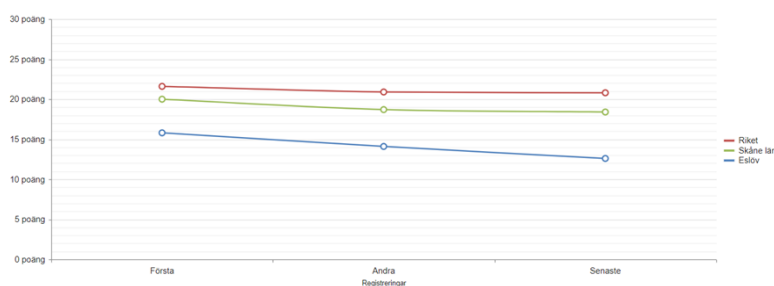
En nedåtgående trend ses sedan uppgången 2018. Värdena är fortsatt bättre än vid start 2017, men en nystart i detta arbete krävs under 2021.

BPSD registret

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) drabbar någon gång 90 procent av alla med demenssjukdom. Symtomen 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. Arbetet med BPSD-registret sker i särskilt boende och framför allt på Kärråkra demensboende.

Vi arbetar mycket med BPSD registreringar och tar fram handlingsplaner på individnivå efter det resultat vi får fram. Vi har låga poäng i våra mätningar vilket visar på bra resultat. Problemet vi har är att detta arbete inte sker i teamsamverkan, utan genomförs enbart av omvårdnadspersonalen.

Det var planerat utbildningsinsatser i arbetet med BPSD under 2020. Dessa utbildningsinsatser fick tyvärr ställas in på grund av pandemin. Eslövs kommun har en certifierad utbildare som skulle hållit i utbildningarna för övriga medarbetare.



	2017	2018	2019	2020
Eslöv (Registeringar)	294	312	300	222
Eslöv (Registeringar med team)	22	23	27	8
Undersköterska	90% (265)	76% (239)	90% (270)	96% (215)
Sjuksköterska	10% (31)	10% (32)	10% (31)	5% (11)
Arbetssterapeut	0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (1)
Fysioterapeut	0% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (1)

Rikssår

Beslut fattades inom vård och omsorg att gå in i det nationella kvalitetsregistret Rikssår under 2020. Tyvärr gick inte detta införa på grund av pandemin.

Delegeringar

Med ett ökat antal svårt sjuka patienter som kräver en högre grad av hälso- och sjukvårdsinsatser tillsammans med det faktum att det är svårt att rekrytera sjuksköterskor skapas ett ökat tryck från verksamheten gällande delegeringar. Det innebär alltid en risk när hälso- och sjukvårdsuppgifter överlämnas till personal som inte har formell kompetens.

En sjuksköterska har i snitt 30-40 omvårdnadspersonal med delegeringar som ska följas upp. Inom LSS området har sjuksköterskorna ett hundratal delegeringar att hantera per sjuksköterska. Vi har i nuläget inom vård och omsorg 1150 medarbetare som har en delegering. Varje medarbetare kan sedan ha flera olika delegeringar.

Det stora antalet delegerad omvårdnadspersonal per sjuksköterska gör att uppföljningarna inte sker på ett tillfredsställandesätt. Uppföljning sker i princip enbart vid skedd avvikelse och när omvårdnadspersonal ska förnya sina delegeringar. Inom detta område behöver Vård och Omsorg göra ett arbete för att säkerställa att legitimerad personal som utfärdar delegeringar också har utrymme för att följa upp dem.

Dokumentation

Journalgranskning genomförs årligen av MAS och MAR. Fokus under 2020 har legat på införandet av nytt dokumentationssystem med införande i februari 2021.

Under 2019 övergick sjuksköterskorna från att dokumentera enligt VIPS till att dokumentera enligt KVÅ. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter gjorde också en tydligare övergång till KVÅ från hur de tidigare dokumenterat. Nu tas nästa steg genom att Vård och Omsorg övergår till ett nytt dokumentationssystem. Tanken var att övergången skulle skett under 2020, men då dels leverantören inte var färdig med sitt utvecklingsarbete gällande HSL-delen av verksamhetssystemet och dels pandemin tog alla resurser så kommer övergången att ske under 2021 istället.

God och likvärdig rehabilitering

För att öka kvalitén och likheten i omhändertagandet har rehabenheten påbörjat beskrivningar av vårdförlopp i "Lokala Vårdprogram för rehabilitering". Här beskrivs bland annat vilka bedömningsinstrument som ska användas, vanliga metoder samt uppföljningsstrategier.

Under 2020 skapades:

- Lokalt vårdprogram för rehabilitering vid covid-19
- Lokalt vårdprogram för rehabilitering vid tidig demenssjukdom

Mål för 2021

- Ett fortsatt arbete med att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner
- En utveckling av journalgranskningen
- Ett kvalitetsarbete gällande nutrition
- Ett kvalitetsarbete gällande sårvård
- Ett fortsatt arbete med lokala vårdprogram inom rehabilitering
- Implementering av God och nära vård
- Ett arbete med SKRs verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete

**Leasing av digitala lås till dörrar och
medicinskåp i ordinärt boende**

8

VoO.2021.0060

2021-03-08
Pia Arndorff
+4641362102
Pia.Arndorff@eslov.se

Vård och omsorgsnämnden

Leasing av digitala lås

Ärendebeskrivning

Vård och omsorgsnämnden har 2020-01-22 fattat beslut om att upphandla digitala lås till bostäder i ordinärt boende samt till medicinskåp. Vid fortsatt arbete med upphandling av låsen är förslaget att inte köpa de digitala låsen, utan att leasa dem. Enligt kommunens upphandlare kräver delegeringsordningen att beslut om leasing fattas av kommunstyrelsen (KS) då leasingtiden överstiger 3 år. Innan frågan om leasing tas till KS krävs ett beslut från vård och omsorgsnämnden om att föreslå KS att låsen ska leasas.

Beslutsunderlag

Tjänsteanteckning

Beredning

All digital utveckling sker väldigt fort och lösningar som vi köper blir fort gamla. För att säkerställa att vi hela tiden använder oss av en digital lösning som är säker, som fungerar i vår verksamhet med övriga tekniska lösningar vi använder oss av samt inte känns trög och gammalmodig att använda så förordar arbetsgruppen från verksamheten att vi leasar de digitala lås som vi behöver till dörrar hos brukare och till läkemedelsskåp.

Förslag till beslut

- Att vård och omsorgsnämnden beslutar att föreslå KS att leasingavtal tecknas för leasing av digitala lås till dörrar hos brukare samt till läkemedelsskåp hos brukare

Beslutet skickas till

Handläggaren
Nämndssekreteraren
Emmy Bruhn upphandlare Kommunledningskontoret

Vård och Omsorg

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

Josef Johansson
Förvaltningschef

Pia Arndorff
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Vård- och omsorgsnämnden

§ 5

VoO.2020.0009**Upphandling av digitala lås****Ärendebeskrivning**

Idag finns det inom hemvården i Eslövs kommun ett system för nyckelfria, digitala lås till brukares bostäder och tillhörande utrymmen, såsom exempelvis tvättstuga. Funktionen har upphandlats bland annat i syfte att komma ifrån onödig hantering av fysiska nycklar för hemvårdspersonalen. Genom att personalen istället kan använda sin jobbmobil och genom applikation i denna komma in i aktuella brukares bostäder minskas sårbarheten vid insatser. Personal riskerar inte att glömma att ta med nycklar eller att ta fel nyckel vid besök. Med jobbmobil som primärt arbetsredskap loggas besök och tillgång till planering finns. Genom att upplåsning och låsning loggas, samt vem som utfört aktiviteten, ökar spårbarheten och säkerheten i verksamheten.

Då nuvarande avtal löper ut behöver en ny upphandling av denna typ av tjänst genomföras. Förvaltningen har även identifierat behov av samma typ av digital, spårbar låslösning till medicinskåp i ordinärt, särskilt och LSS-boende. Se beslutsunderlag Låsbart nyckelfritt läkemedelsskåp för ytterligare information.

Beredning

Det behöver göras en ny upphandling av ett digitalt låssystem till brukares bostäder i ordinärt boende. I samband med att en ny upphandling genomförs finns behov att utvidga omfattningen av upphandlingen till att även inkludera digitala lås till medicinskåp.

Fördelen med att utvidga upphandlingen är att personalen får en enhetlig tjänst att arbeta i, oavsett vart personalen behöver ta sig in, såsom lägenhet, tvättstuga eller medicinskåp. På så vis kan antalet system minimeras, vilket i sin tur förenklar arbetet för omvårdnadspersonalen så att fokus kan läggas på kärnuppdraget i verksamheten, det vill säga omvårdnad och omsorg om brukare.

Beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att upphandla digitala lås till bostäder i ordinärt boende samt till medicinskåp.

Beslutet skickas till

Akten

Justerares signatur	Utdragsbestyrkande

**Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete
2020**

9

VoO.2021.0045

2021-02-10

Emma Nydahl

+46703462550

Emma.Nydahl@eslov.se

Vård- och omsorgsnämnden

Tjänsteskrivelse avseende uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete 2020

Ärendebeskrivning

En kommundemensam uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet ska genomföras en gång per år. Syftet är att säkerställa att brandskyddsarbetet bedrivs i enlighet med lagen (2003:778) om skydd mot olyckor. Förvaltningschefen ansvarar för sammanställning av checklistan och framtagandet av en handlingsplan. Handlingsplanen bygger i sin tur på att varje enhets brandskyddsansvarige i samråd med enhetens brandskyddsombud gått igenom den årliga checklisten för det systematiska brandskyddsarbetet. En sammanställning har gjorts av samtliga checklistor och de avvikelser och risker som har upptäckts har förts in i handlingsplanen för det systematiska brandskyddsarbetet. Uppföljning av handlingsplanen kommer att genomföras löpande under året 2021.

Beslutsunderlag

- Systematiskt brandskyddsarbete- riskbedömning och handlingsplan, upprättad 2021-02-08
- Sammanställning av checklista för årlig uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet för Vård och Omsorg 2020.

Beredning

Vid riskbedömning har följande riskområden identifierats och åtgärder föreslagits.

Riskområde: Årliga utrymningsövningar har inte genomförts i alla verksamheter. En kunskapsbrist avseende hur personalen ska agera vid brand kan medföra osäkra beslut och utgöra en säkerhetsbrist.

Åtgärd: Alla enheter som inte genomfört utrymningsövning under 2020 ska genomföra dessa senast under maj 2021.

Riskområde: Vissa medarbetare har ej gått grundläggande brandskyddsutbildning (ska göras vart fjärde år), vilket kan leda till oaktsamhet och osäkerhet gällande brandrisker samt utgöra en säkerhetsbrist vid brand.

Åtgärd: Respektive brandskyddsansvarig bokar snarast utbildning för berörda medarbetare, dock senast december 2021.

Riskområde: Alla nya medarbetare har inte genomgått introduktion i arbetsplatsens brandskydd, vilket kan leda till oaktsamhet och osäkerhet gällande brandrisker samt osäkert agerande vid brand.

Åtgärd: Brandskyddsansvarig ska tillse att introduktion i arbetsplatsen brandskydd ingår som ett obligatoriskt delmoment i introduktion för nyanställda senast under maj 2021.

Riskområde: Egenkontroller har inte utförts med erforderligt intervall (kvartalsvis) på flertalet enheter. Brister i kontroll av brandskyddet får till följd att brister inte upptäcks, vilket kan leda till säkerhetsbrister.

Åtgärd: Alla enheter ska planera in och genomföra egenkontroller kvartalsvis, senast mars 2021.

Riskområde: Identifierade avvikelser i brandskyddet har inte åtgärdats på flertalet enheter. Underlåtenhet i att åtgärda kända brister medför en ökad risk för att brand ska uppstå.

Åtgärd: Alla enheter ska utifrån utförda kontroller och upptäckter av avvikelser i brandskyddet omedelbart vidta erforderliga åtgärder, senast mars 2021.

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden fastställer upprättat förslag till handlingsplan för det systematiska brandskyddsarbetet 2021.

Beslutet skickas till

Centrala samverkansgruppen
Akten

Josef Johansson
Förvaltningschef

Emma Nydahl
Kvalitetsutvecklare

Systematiskt brandskyddsarbete – Riskbedömning och årlig handlingsplan

Riskbedömning		Handlingsplan				Verkställande och uppföljning	
Riskområde	Konsekvenser	Vad ska åtgärdas?	Prio 1(hög) - 3(låg)	Klart när?	Ansvarig	Åtgärd utförd (datum)	Kontroll av åtgärd (datum) samt resultat
Årliga utrymningsövningar har ej genomförts i alla verksamheter	Bristande kunskap om vad som ska göras vid brand kan medföra osäkra beslut och utgöra en säkerhetsbrist vid brand.	Alla enheter ska genomföra utrymningsövningar årligen.	1	Maj 2021	Brandskydds-ansvarig på arbetsplatsen		
Vissa medarbetare har ej gått grundläggande brandskyddsutbildning	Bristande kunskap kan leda till oaktsamhet och osäkerhet gällande brandrisker samt utgöra en säkerhetsbrist vid brand.	Grundläggande utbildning ska bokas in och genomföras under 2021.	2	Dec 2021	Brandskydds-ansvarig på arbetsplatsen		
Alla nya medarbetare har inte genomgått introduktion i arbetsplatsens brandskydd.	Bristande kunskap kan leda till oaktsamhet och osäkerhet gällande brandrisker samt osäkert agerande vid brand.	Introduktion i arbetsplatsens brandskydd ska vara ett obligatoriskt delmoment i medarbetarens introduktion.	2	Maj 2021	Brandskydds-ansvarig på arbetsplatsen		
Egenkontroller har inte utförts med erforderligt intervall (kvartalsvis) på flertalet enheter.	Briser i kontroll av brandskyddet medför att brister inte upptäcks, vilket kan leda till att säkerheten brister.	Alla enheter ska planera in och genomföra egenkontroller kvartalsvis.	1	Mars 2021	Brandskydds-ansvarig på arbetsplatsen		
Identifierade avvikelser i brandskyddet har inte åtgärdats på flertalet enheter.	Underlåtenhet i att åtgärda kända brister medför en ökad risk för att brand ska uppstå.	Alla enheter ska utifrån utförda kontroller och upptäckter av avvikelser i brandskyddet omedelbart vidta erforderliga åtgärder.	1	Mars 2021	Brandskydds-ansvarig på arbetsplatsen		

Underskrift brandskyddssamordnare:

Namnförtydligande:

Underskrift förvaltningschef:

Namnförtydligande:

Underskrift skyddsombud:

Namnförtydligande:

SYSTEMATISKT BRANDSKYDD SARBETE VÅRD OCH OMSORG, 2020

En sammanställning av förvaltningens årliga uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet.

Sammanställning av förvaltningens årliga uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet.

En kommungemensam uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet ska genomföras en gång per år. Syftet med den årliga uppföljningen är att säkerställa att brandskyddsarbetet bedrivs i enlighet med lagen om skydd mot olyckor (2003:778).

Uppföljningen sker genom att enheterna inom Vård och Omsorgs verksamhet fyller i checklistan för årlig uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet. Förvaltningens brandskyddsamordnare sammanställer därefter resultatet i en handlingsplan. Handlingsplanen ska lyftas i FÖSAM, vilken är förvaltningens skyddskommitté och därefter till Vård- och omsorgsnämnden. Handlingsplan och protokoll från nämnden lämnas därefter till kommunledningskontoret. En kommunövergripande handlingsplan lyfts i CESAM i januari.

Checklistan består av frågor utifrån de åtta delmoment som ingår i det systematiska brandskyddsarbetet:

1. Ansvar
2. Organisation
3. Utbildning
4. Instruktioner och rutiner
5. Teknisk dokumentation
6. Drift- och underhållsrutiner
7. Kontroll och uppföljning
8. Tillbud.

De frågor som har en större frekvens av avvikande svar i verksamheterna, det vill säga *nej* eller *delvis*, har tagits med som risker i förvaltningens handlingsplan. Nedan beskrivs de risker som har framkommit vid enheternas årliga uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet.

Grundläggande brandskyddsutbildning

Den grundläggande brandskyddsutbildningen berör samtliga tillsvidareanställda samt vikarier som har en längre visstidsanställning och ska genomgåas vart 4:e år. Det framgår av de redovisade checklistorna att alla medarbetare på enheterna inte gått den grundläggande utbildningen.

Avvikelsen förekom både i 2018- och 2019- års riskbedömning. Att avvikelsen återkommer kan bero på att information om att utbildningen tillhandahålls av räddningstjänsten Syd, genom egen bokning, inte är förankrad i förvaltningens verksamheter (tidigare anordnades detta i kommunens egen regi). Det indikerar också att tidigare försök att åtgärda denna avvikelse inte gett önskat resultat. I handlingsplanen för 2020 står att grundläggande brandsskyddsutbildning ska ha genomförts inom samtliga enheter innan oktober 2020. Detta har inte gjorts. Flertalet enheter anger att pandemin under 2020 medfört att utbildningarna ej kunnat genomföras som planerat. Respektive brandskyddsansvarig ansvarar för att detta genomförs. Detta ska vara åtgärdat senast i december 2021.

Introduktion i arbetsplanens brandskydd

För att säkerställa att de som arbetar i verksamheten har kännedom om hur de ska agera vid brand och därmed kunna skydda både brukare och kollegor är det av stor vikt att information om arbetsplatsens brandskydd når samtliga medarbetare. Vid sammanställning av enheternas årliga uppföljning av brandskyddsarbetet framgår att alla medarbetare inte fått vetskap om arbetsplatsens brandskydd. Detta innebär en stor risk för felaktigt agerande vid brand. Brandskyddsansvarig på enheten måste med detta som bakgrund tillse att introduktion i arbetsplatsen brandskydd ingår som ett obligatoriskt delmoment i introduktion för nyanställda. Detta ska vara åtgärdat senast i maj 2021 så att alla sommarvikarier får rätt information inför sitt sommarvikariat.

Utrymningsövning

Personalen inom Vård och Omsorgs verksamheter ska årligen genomgå utrymningsövningar. En stor andel av förvaltningens enheter har ej genomfört en sådan övning under 2020. Flertalet enheter anger att pandemin under 2020 medfört att utrymningsövningarna ej genomförts. Vissa av de enheter som ej genomfört utrymningsövningar har sedan tidigare angett att de fått information från Räddningstjänsten om att detta inte är nödvändigt

för de lokaler de använder. Vissa enheter har inte heller möjlighet att genomföra utrymningsövningar, då sådana kan orsaka stor oro bland boende brukare.

Avvikelsen rörande utrymningsövningar förekom även i 2018- och 2019-års sammanställning av det systematiska brandskyddsarbetet. Enligt handlingsplanen för 2020 skulle denna avvikelse vara åtgärdad i oktober 2020. Något som alltså inte skett. Förvaltningens brandskyddsansvariga ansvarar för att utrymningsövningar genomförs. Detta ska vara åtgärdat senast i maj 2021.

Kontroll och uppföljning

Egenkontroller ska utföras i verksamheten kvartalsvis. I flertalet av verksamheterna har inte kontroller utförts med erforderligt intervall. Vidare har inte alla avvikelser som framkommit vid genomförda kontroller resulterat i åtgärder. Detta innebär en stor risk i verksamheten, dels utifrån att inte alla brister upptäcks, dels utifrån att noterade avvikelser ej korrigeras. Det åligger brandskyddsansvarig att tillse att kontrollerna utförs enligt plan samt att erforderliga åtgärder vidtas då avvikelser noteras i verksamheten. Planeringen för detta ska vara klar senast i mars 2021.

Uppföljning av avvikelser och åtgärder samt plan 2021

Då det återkommande, från år till år, framgår brister i det systematiska brandskyddsarbetet avseende grundläggande brandskyddsutbildning och utrymningsövningar i verksamheterna finns ett stort behov av att se över organisation och åtgärder för att säkerställa att det fungerar. Från och med våren 2021 kommer det att finnas en webbaserad grundutbildning i brandskydd, vilket förmodas underlätta för enheterna att genomföra utbildningen. Även introduktion i arbetsplatsens brandskyddsarbete behöver säkerställas genom en god planering för introduktion av nya medarbetare. Vad gäller avvikelsen rörande egenkontroll kan sägas att den tidigare återkommit mellan åren, men att den vid uppföljningen 2019 hade förbättrats och inte längre noterades som en riskfaktor. 2020 återfinns den dock som en risk, varpå det även finns anledning att se över följsamheten till bestämmelser avseende kontroller och åtgärder i brandskyddet.

Vidare kan sägas att Vård och Omsorg planerade för en omfattande insats 2020 för att säkerställa att brandskyddsarbetet på enheterna gjordes i

enlighet med gällande bestämmelser. Planeringen innehöll en kontinuerlig dialog kring det systematiska brandskyddsarbetet inom Vård och Omsorg, vilket skulle göra det enklare att följa upp arbetet ute på enheterna samt arbeta stödjande vid behov. Avstämningar mellan brandskyddsamordnare och brandskyddsansvariga på enheterna skulle ske kvartalsvis och besök skulle göras i verksamheterna för att dels kontrollera följsamhet, dels stödja vid behov. Brandskyddssamordnaren skulle även träffa brandskyddsombuden på enheterna för dialog om respektive enhets brandskyddsarbete. Detta har dock ej genomförts som planerat då 2020-års brandskyddsarbete överskuggats av pandemin. Vård och Omsorg avser dock att återaktualisera planen för att få till stånd ett gott brandskyddsarbete under 2021.