



Vård- och omsorgsnämnden

Tid och plats: Vård- och omsorgsnämnden kallas till sammanträde 2024-04-23 kl. 13.15 i kommunhuset, rum Hävringe

Katarina Berg
Ordförande

Agnetha West
Sekreterare

Nr	Ärendemening	Handläggare
1	Information och rapporter Redovisning sjukskrivningstal Information - MAS rapport Information om digital arbetsprov/språkombud Ordförande informerar Förvaltningschefens rapport <ul style="list-style-type: none">• Lex Sarah/Lex Maria• Statistik i verksamheterna• Socialtjänst och skola i samverkan• Kö till särskilt boende• Aktuellt läge i hemtjänsten	HR 13.15 Fredrik Landeblad 13.35 Therese Karlsson 13.50 Katarina Berg 14.05 Katarina Haddon 14.10
6	Förändringsbeskrivning 2025	Therese Karlsson/ Madelen Grahn 14.40
7	Investeringsplan 2025	
8	Budgetuppföljning per mars	
9	Yttrande över revisionsrapport - Granskning kvalitet i hemtjänsten	
10	Redovisning av kostnader för konsulter med mera för 2021 och 2022 - efter nämndinitiativ från (S)	
11	Delgivningar	
12	Redovisning av delegationsbeslut	
13	Balanslista och årshjul	



Vård- och omsorgsförvaltningen
Madelen Grahn

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner förändringsbeskrivning 2025–2027 och överlämnar godkänt förslag till kommunfullmäktige.

2. Sammanfattning

Nämnden har ansvar att utarbeta och granska förvaltningens förändringsbeskrivning som ska presenteras för kommunfullmäktige inför mål- och budgetberedning med syfte att tydligt identifiera och motivera behovet av förändringar inom verksamheten.

För innevarande år 2024 finns en driftsbudget lagd för Vård och omsorgsförvaltningen utifrån gjorda antaganden om verksamheten och där den samlade anslagsfinansieringen enligt ramberäkningen uppgår till totalt 348 937 tkr.

Ramberäkningen anger preliminärt beräknade anslag för kommande år och där de samlade anslagen och dess procentuella förändring från föregående uppgår till;

För 2025, totala anslag 359.575 tkr (+ 3,0%)

För 2026, totala anslag 370.374 tkr (+ 3,0%)

För 2027, totala anslag 381.175 tkr (+ 2,9%)

För år 2025 – 2027 har inga centralt påförda effektiviseringsbeting angetts i ramberäkningen men där utmaningar ändå kvarstår på så sätt att kunna genomföra tillräckliga kostnadsbesparande åtgärder som möter det utökade finansieringsbehov som olika verksamhetsförändringar kan medföra.

Förändringar i verksamheten kan ses inom Säbo med öppning av nytt boende, LSS med eventuell öppning av ny gruppboende, Socialpsykiatri med planerat öppnande av boende, hemtjänsten med införande av LOV. Dessa och andra beskrivna förändringar inom verksamheterna, tillsammans

med fokusområden som digitalisering samt anpassningar till nya krav för en ny socialtjänstlag utgör grund för nämnd och förvaltnings vidare arbete att möta verksamhetens behov inom budgetens ramar.

Givet de förutsättningar och antaganden som beskrivs kan ses ett samlat behov av kostnadsbesparande åtgärder för att finansiera dessa förändringar i verksamheten, uppgående till;

För 2025 12,3 mkr.

För 2026 5,6 mkr.

Beslutsunderlag:

Förändringsbeskrivning VoF 2025–2027

Bilaga 1. VON investeringar MBB 2025–2027

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Madelen Grahn
Utvecklingsstrateg

Beslut till:

Mål- och budgetberedningen (FÅ)

FC (FK)



Oxelösund

Förändringsbeskrivning 2025–2027

Vård- och omsorgsförvaltningen



Dokumenttyp Plan	Fastställt av VON	Beslutsdatum	Reviderat
Dokumentansvarig	Förvaring	Dnr	
Dokumentinformation			

Allmänt

För innevarande år 2024 finns en driftsbudget lagd för Vård och omsorgsförvaltningen utifrån gjorda antaganden om verksamheten och där den samlade anslagsfinansieringen enligt ramberäkningen uppgår till totalt 348 937 tkr.

Ramberäkningen anger även preliminärt beräknade anslag för kommande år och där de samlade anslagen och dess procentuella förändring från föregående uppgår till;

För 2025, totala anslag 359.575 tkr (+ 3,0%)

För 2026, totala anslag 370.374 tkr (+ 3,0%)

För 2027, totala anslag 381.175 tkr (+ 2,9%)

Med utgångspunkt i dessa tal belyser denna förändringsbeskrivning olika förändringar i verksamheten som kan leda till en utökad kostnadsbelastning i förhållande till innevarande års förutsättningar, uttryckt i 2024 års kostnadsnivå. Härtill beskrivs även hur mycket av sådana utökade kostnader som bedöms behöva finansieras genom att andra kostnadsbesparande åtgärder genomförs.

Verksamheten kan komma att förändras på grund av tidigare beslut som genomförts eller förväntade effekter av ny lagstiftning och andra yttre faktorer. Det ligger i sakens natur att denna beskrivning endast kan omfatta aspekter som är kända eller som kan förutses utifrån dagsläget. Av dessa skäl ligger även tyngdpunkten för dessa bedömningar på det näraliggande året 2025, men där även år 2026 och 2027 kommenteras när så är möjligt och relevant.

I separat bilaga till detta dokument visas en sammanställning av det planerade investeringsbehovet för perioden 2025 - 2027 och som även innefattar de eventuella investeringar som orsakas av de beskrivna förändringarna i verksamheten.

Bilagd investeringsplan har som utgångspunkt den sedan tidigare antagna investeringsplanen för perioden 2024 - 2026. Investeringsplanen för 2025 - 2027 har också som förutsättning att sedan tidigare önskade belopp för tilläggsbudgetering från 2023 överförs med totalt 3 020 tkr till 2024 års investeringsmedel.

Bakgrund

För verksamhetsåren 2019 – 2023 var budgeteringen för Vård- och omsorgsnämndens (VON) verksamheter uppdelad mellan de båda underliggande förvaltningarna; Äldreomsorgsförvaltningen (ÄF) och Social- och omsorgsförvaltningen (SOF). Den samlade förändringen av ramberäkningen fördelades procentuellt lika mellan de två förvaltningarna om det inte angetts några specifika satsningar till vissa delar av verksamheten.

Det fortsatta budgetarbetet har härefter gjorts med hänsyn till den faktiska organisationens struktur och verksamheternas individuella förutsättningar. Till exempel har olika normaltal för bemanning etablerats vid budgeteringen för särskilda boenden. Effektiviseringsbeting har fördelats till olika delar av verksamheten när så ansetts motiverat och där sedan enhetschef ägt ansvaret för att åtgärder genomförs som kan infria dessa.

Effektiviseringsbetingen som tilldelas nämnderna i den centrala ramberäkningen minskar också ökningen av ramtilldelningar för kommande år och kräver således att verksamheterna kan göra långsiktiga kostnadsbesparingar. För innevarande år 2024 har en budget lagts som tagit hänsyn till centralt påförda effektiviseringsbeting och även en kvarvarande kostnadsbelastning hänförligt till Kommunals löneavtal från 2023. Detta har i budget 2024 varit möjligt att hantera i huvudsak genom olika samverkans- och synergieffekter som övergången till en gemensam förvaltning medfört.

För kommande år 2025 – 2027 har inga centralt påförda effektiviseringsbeting angetts i ramberäkningen men där utmaningar ändå kvarstår på så sätt att kunna genomföra tillräckliga kostnadsbesparande åtgärder som möter det utökade finansieringsbehov som olika verksamhetsförändringar kan medföra.

Förändringar i verksamheten

Nytt SÄBO, Björntorp etapp 2, planerat öppnande slutet på 2024.

Det sedan tidigare planerade öppnandet av Björntorp etapp 2 innefattar totalt 22 lägenheter i två plan. Byggnaden beräknas färdigställd under hösten 2024. Investeringsbudgeten för 2024 innefattar utrymme för inventarieinköp med totalt 750 tkr. VOF hyr lokalerna av Kommunstyrelsen (KS) som äger fastigheten. Lokalerna är likvärdiga med vad som gäller för etapp 1 med samma antal lägenheter vilka öppnades för inflyttning i slutet av 2021. I dagsläget finns en mindre avdelning på 6 platser (Klippan) som

tillfälligt öppnats i andra lokaler och som avses flyttas till etapp 2 när denna är färdigställd.

Sett till dagsläget höga efterfrågetryck på både Säbo- och kortvårdsplatser bedöms att beredskap behöver hållas så att resterande 16 platser kan bli nödvändiga att erbjuda nytillkommande brukare. Det pågår dock inom förvaltningen en översyn av tidigare antaganden om det förväntade långsiktiga behovet av antal platser inom särskilt boende. Det långsiktiga behovet blir särskilt viktigt att bedöma också i relation till den nationella satsning som syftar till att en allt större grupp skall kunna få sina omvårdnadsbehov tillgodosedda inom utvecklingen av Nära vård i samverkan mellan kommun och Region.

Den pågående översynen indikerar att Oxelösund i dagsläget har relativt många brukare inom gruppen yngre äldre (65–79 år) och som bor förhållandevis länge på särskilt boende. Även indikeras att insatser och kostnader per brukare inom hemtjänsten förhåller sig relativt lågt, vilket sammantaget kan tyda på att vi tidigare kanske prioriterat att erbjuda plats på Säbo i stället för en utökad insats i hemmet. Sådan information tillsammans med aktuella slutsatser ur RKA:s (Rådet för främjande av kommunal analys) rapport om effektivitet i äldreomsorgen påkallar behovet av en förnyad översyn av det långsiktiga behovet. Tidigare antaganden om ett förhållandevis brant stigande behov kan därmed komma att omprövas och justeras.

Klippans tillfälliga finansiering har för 2024 kunnat lösas genom att bidragsmedel varit möjliga att använda för detta ändamål. Förvaltningen kan se att behovet av boendeplatser för personer med demenssjukdom ökar i förhållande till ordinarie somatisk omvårdnad. Vid ett tänkt öppnande och inflyttning till dessa 22 lägenheter kan ett tillkommande finansieringsbehov jämföras med nuvarande finansiering av demensavdelningen Ekan med 11 platser belägen i närliggande byggnad etapp 1 med en uppräknig av denna till motsvarande 22 platser. Det tillkommande beräknade finansieringsbehovet för etapp 2 uppgår för VOF till cirka 10,1 mkr.

I nuläget förutser vi att det också kommer krävas viss ytterligare nattbemanning. Behovet kan uppskattas till ytterligare tre anställningar, vilket preliminärt kan beräknas till cirka 2,2 mkr.

Det sammantagna finansieringsbehovet vid en öppning av etapp 2 vid antagande om att samtliga 22 platser skulle erbjudas nytillkommande brukare uppgår således till totalt ca 12,3 mkr i 2024 års kostnadsnivå.

I nuvarande ramberäkning kan inte ses en kostnadstäckning för sådant tillkommande finansieringsbehov varför kostnaderna som helhet behöver mötas med andra kostnadsbesparande åtgärder.

Inför att beslut fattas inom förvaltningen hur och på vilket sätt som de aktuella platserna skall beläggas behöver dock även vägas in den pågående översynen av det långsiktiga behovet som beskrivits ovan.

Ny gruppboendestad LSS med 6 platser, planerat öppnande under 2026.

Sedan tidigare har det planerats för möjligheten att öppna en tillkommande gruppboendestad inom LSS. Beslut har dock ännu ej fattats i VON. I investeringsplanen 2024 – 2026 finns budgeterat för inventarieanskaffning med totalt 600 tkr under 2025, vilket med hänsyn till en längre planerings- och genomförandetid bedöms vara aktuellt för 2026 i stället. Avseende driftsbudget bedöms att tillkommande finansieringsbehov kan föreligga motsvarande ungefär ett medeltal av de två senast öppnade gruppboendestäderna på Hagtornsvägen och Thulegatan.

Bemanningen är i hög grad beroende av vilka särskilda behov de individuella brukarna kan tänkas ha, varför ett sådant medeltal utgör grund för beräkningen i dagsläget. Både Hagtornsvägen och Thulegatan bedrivs i fastigheter som VOF hyr från KS, och där KS i sin tur hyr från extern fastighetsägare. Båda innefattar 6 lägenheter vardera.

Ett beräknat tillkommande finansieringsbehov för VOF uppgår till ca 7,2 mkr i 2024 års kostnadsnivå.

I nuvarande ramberäkning kan ses en möjlighet till viss kostnadstäckning av sådant finansieringsbehov med hänvisning till uppräknade post avseende demografitillskott för 2026. Anslaget kan härvid bedömas finansiera ca 1,6 mkr av nödvändiga 7,2 mkr.

Resterande finansieringsbehov om 5,6 mkr behöver mötas med andra kostnadsbesparande åtgärder.

Planerat Socialpsykiatriboende

Planerat öppnande av det socialpsykiatriboende som tidigare skjutits fram, med anledning av pågående brandskyddsåtgärder, utgör del i äskad tilläggsbudget från 2023 till 2024 med 600 tkr avseende investeringar för inventarieanskaffning. Vad avser driftsbudget planeras en samverkan och sammanslagning med nuvarande organisation för boendestöd. Ett tillkommande finansieringsbehov aviserades dock i föregående års

förändringsbeskrivning uppgående till motsvarande ytterligare 1,0 årsarbete. För innevarande år 2024 kan detta hanteras genom tillfällig stöttning från annan verksamhet men för 2025 tillkommer ett finansieringsbehov på ca 0,7 mkr i 2024 års kostnadsnivå.

Ramberäkningen bedöms kunna täcka detta finansieringsbehov med hänvisning till uppräknande post avseende demografitillskott.

Prisförändringar för köpta varor och tjänster, 2025, 2026, 2027.

I tidigare års ramberäkningar för VON har ingen särskild post avsatts för att täcka de merkostnader som uppstår på grund av årlig inflation och ökande priser på inköp. Detta utgör ett behov för ramberäkningen att ta ställning till. I första hand kan ses ett sådant behov av kompensation för prisökningar inom socialtjänstens område (SO) med dess många köpta tjänster, placeringar och boendeanternativ. Inom denna sektion som helhet uppgår den budgeterade kostnadsvolymen för 2024, som påverkas av inflationen, till totalt ca 53,0 mkr. Därtill kommer en andel av de samlade lokalkostnaderna som hyrs av Kustbostäder eller extern part och därmed är föremål för hyreshöjningar som inte kompenseras av andra delar i ramberäkningen. Även inom äldreomsorgen återfinns en betydande del kostnader som är utsatta för sådana prisförändringar till följd av inflation.

En försiktigt beräknad priskompensation specifikt avseende socialtjänstens område skulle kunna uppgå till att motsvara ca 3,0 % uppräknning av den underliggande kostnadsnivån 53,0 mkr och således medföra ett tillkommande finansieringsbehov på ca 1,6 mkr för år 2025.

Ramberäkningen bedöms kunna täcka detta finansieringsbehov med hänvisning till uppräknande post avseende demografitillskott.

Införande av LOV inom hemtjänstens område, beräknad tillämpning januari 2025.

Vid ett införande av Lagen om valfrihet (LOV) förändras i viss mån även de behov som den egna organisationen behöver kunna tillgodose. Detta kan medföra nya krav för organisationen inom VOF men också i ett bredare perspektiv för andra förvaltningar i kommunen. Specifikt inom VOF kan förutses en högre grad av planering, uppföljning och kontroll inom myndighetsutövningen för såväl externa som egna utförande enheter. För att säkerställa att en organisation upprättas som kan ansvara för dessa moment förutses ett behov av en tillkommande tjänst med detta som specifika arbetsuppgifter.

Ett tillkommande finansieringsbehov för detta arbete inom VOF beräknas uppgå till ca 0,7 mkr i 2024 års kostnadsnivå.

Ramberäkningen bedöms kunna täcka detta finansieringsbehov med hänvisning till uppräknande post avseende demografitillskott.

Ny hemtjänstlokal, planerad flytt av befintlig verksamhet 2025

I enlighet med tidigare beslut planeras att de båda hemtjänstgrupperna flyttar till en ny gemensam lokal. Byggnationen av denna lokal har förskjutits i tid men planen är att detta skall kunna ske under 2025. Lokalerna beräknas hyras av KS, vilka i sin tur hyr dessa av fastighetsägaren. Nuvarande lokaler sägs upp i samband med flytt och detta bedöms kunna finansieras inom befintlig budgetram.

Renoveringar inom befintliga Säbo, planeras ske under perioden 2027 – 2029

Det planeras för ett relativt omfattande renoveringsarbete inom befintliga särskilda boenden där i första hand Björntorps äldre delar omfattas. Detta fordrar dock att ersättnings- eller evakueringsplatser finns tillgängliga vid tiden för sådana renoveringsarbeten. Helheten av dessa arbeten håller KS-fastighet i men där det självfallet kommer innebära en betydande belastning i det dagliga och praktiska arbetet för de avdelningar som berörs. I dagsläget bedöms att sådana åtgärder förhåller sig i allt väsentligt kostnadsneutrala inom driftsbudgeten för Vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter.

Eventuellt förändrat huvudmannaskap inom personlig assistans, förväntas ske under 2026 - 2027

Det förekommer en diskussion på nationell nivå om huvudmannaskapet för personlig assistans skall flyttas över från kommunerna till staten. Vad dessa diskussioner i slutänden resulterar i är för dagen okänt. Oaktat vad sådana eventuella förändringar kan medföra är det rimligt att tro att den kostnadsbelastning som kommunerna i dagsläget bär, kommer fortsätta behöva finansieras men då möjligen som en ersättning till staten i stället för till exempelvis den externa utföraren.

Ytterligare fokusområden i förändring

Förändrings- beskrivning 2025– 2027

Datum
2024-02-14

8 (9)

Dnr VON 2024.19

Vård – och omsorgsnämnden har uppgiften att balansera olika behov och prioriteringar inom ramen för tillgänglig budget. Nämnden ser även andra viktiga fokusområden utöver de som nämns ovan såsom digitalisering, barn- och unga samt att möta de nya kraven som uppstår vid omställningen till den nya socialtjänstlagen. Dessa områden är av stor betydelse och kräver uppmärksamhet varför de betonas här. Under de närmaste åren hanteras dessa inom ramen för vår befintliga budget med stöd av eventuella statsbidrag. Det innebär att vi måste vara strategiska och effektiva i hur vi fördelar våra resurser för att uppnå bästa möjliga resultat för våra medborgare.

Sammanfattning

I nedanstående sammanställning står de olika moment som beskrivits ovan och som väntas medföra förändrade nettokostnader med åtföljande finansieringsbehov. Beloppen i nedanstående tabell uttrycks som negativt tal (-) då nettokostnaden beräknas öka, och som positivt tal (+) då nettokostnaden beräknas minska. Beloppen anges i mkr.

Förvaltning	Beskrivning av åtgärd	Belopp	Konsekvens	Prioritet	Tidsåtgång
VOF	Nytt Säbo etapp 2	-10,1	Tillgodose behov särskilt boende	1	2025
VOF	Nytt Säbo etapp 2, natt	-2,2	Tillgodose behov särskilt boende	1	2025
VOF	Bemanning socialpsykiatri	-0,7	Undvika externa placeringar	1	2025
VOF	Prisförändring kompensation	-1,6	Säkerställa betalningsförmåga	1	2025
VOF	Organisationsförändr LOV	-0,7	Stärka myndighetsfunktion	1	2025
VOF	Ny gruppbostad LSS 6 platser	-7,2	Undvika externa placeringar	1	2026
		-22,5			

Givet de förutsättningar och antaganden som beskrivits kan ses ett samlat behov av andra kostnadsbesparande åtgärder för att finansiera dessa förändringar i verksamheten, uppgående till;

För 2025 12,3 mkr.

För 2026 5,6 mkr.

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Pål Näslund
Verksamhetsekonom

**Förändrings-
beskrivning 2025-
2027**

Datum
2024-02-14

9 (9)

Dnr VON 2024.19

Madelen Grahn

Utvecklingsstrateg

Lista över investeringar som underlag för prioriteringar i budget

Rad-nummer	Investeringsobjekt benämning	Investeringsbelopp tkr	Återinvestering (markera med x)	Nyinvestering (markera med x)	Prioriteringsordning 1-10 (1 högst prio)	Kommentar
1	SO nedan					
2	SO, Digitalisering och IT	500		x	1	Välfärdsteknik vidareutveckling
3						
4	SO, Inventarier					
5	Inventarier till gemensamma utrymmen inom IFO	200		x	1	Inventarier, reserv nyanskaffn
6	Inventarier till gemensamma utrymmen inom IFO	100	x		2	Inventarier, reserv återanskaffn
7	Inventarier funktionsstöd FS	200		x	1	Inventarier, reserv nyanskaffn
8	Inventarier funktionsstöd FS	100	x		2	Inventarier, reserv återanskaffn
9	Inventarier ny gruppbostad B	600		x	1	Res grp bostad vid ev utökning 2025. Flyttas till 2026.
10	SO, Utrustning					
11	Elcyklar	100	x		1	Res återanskaffn elcyklar
12						
13						
14	ÄO nedan					
15	ÄO, Digitalisering och IT					
16	ÄO, Digitalisering och IT	500		x	1	Välfärdsteknik vidareutveckling
17	ÄO, IT-invest maa lokaler/omflytt	0		x	1	Reserv för ev omflytt/etablering i andra lokaler. Flyttas till 2028.
18						
19	ÄO, Inventarier					
20	Madrasser	150	x		1	Res för återansk
21	Inventarier hemtjänstlokaler	100	x		1	Res för återansk HT/SSK
22	Inventarier äldreomsorg	800		x	1	Res för nyansk Säbo/SSK
23	Inventarier äldreomsorg	200	x		2	Res för återansk Säbo/SSK
24	Utemiljö särskilt boende inköp av verksamhetsanpassning	100	x		1	Res för återansk utemiljö
25						
26	ÄO, Utrustning					
27	Spol- och diskdesinfektor särskilda boenden äldreomsorg	200	x		1	Res för spolos, återansk
28	Elcyklar till verksamheterna	60	x		1	Res för elcyklar/motsv, återansk
29						
30						

Summa tkr **3 910**

Varav summa SO 1 800

Varav summa ÄO 2 110

3 910

Lista över investeringar som underlag för prioriteringar i budget

Rad-nummer	Investeringsobjekt benämning	Investerings-belopp tkr	Återinvestering (markera med x)	Nyinvestering (markera med x)	Prioriteringsordning 1-10 (1 högst prio)	Kommentar
1	SO nedan					
2	SO, Digitalisering och IT	500		x	1	Välfärdsteknik vidareutveckling
3						
4	SO, Inventarier					
5	Inventarier till gemensamma utrymmen inom IFO	200		x	1	Inventarier, reserv nyanskaffn
6	Inventarier till gemensamma utrymmen inom IFO	100	x		2	Inventarier, reserv återanskaffn
7	Inventarier funktionsstöd FS	200		x	1	Inventarier, reserv nyanskaffn
8	Inventarier funktionsstöd FS	100	x		2	Inventarier, reserv återanskaffn
9						
10	SO, Utrustning					
11	Elcyklar	100	x		1	Res återanskaffn elcyklar
12						
13						
14	ÄO nedan					
15	ÄO, Digitalisering och IT					
16	ÄO, Digitalisering och IT	500		x	1	Välfärdsteknik vidareutveckling
17	ÄO, IT-invest maa lokaler/omflytt	300		x	1	Reserv för ev omflytt/etablering i andra lokaler 2027.
18						
19	ÄO, Inventarier					
20	Madrasser	150	x		1	Res för återansk
21	Inventarier hemtjänstlokaler	100	x		1	Res för återansk HT/SSK
22	Inventarier äldreomsorg	800		x	1	Res för nyansk Säbo/SSK
23	Inventarier äldreomsorg	200	x		2	Res för återansk Säbo/SSK
24	Utemiljö särskilt boende inköp av verksamhetsanpassning	100	x		1	Res för återansk utemiljö
25						
26	ÄO, Utrustning					
27	Spol- och diskdesinfektor särskilda boenden äldreomsorg	200	x		1	Res för spolos, återansk
28	Elcyklar till verksamheterna	60	x		1	Res för elcyklar/motstv, återansk
29						
30						

Summa tkr **3 610**

Varav summa SO 1 200

Varav summa ÄO 2 410

3 610

Lista över investeringar som underlag för prioriteringar i budget

Rad- nummer	Investeringsobjekt benämning	Beslutad investeringsbudget 2024	Investeringsbelopp 2025 tkr	Investeringsbelopp 2026 tkr	Investeringsbelopp 2027 tkr
1	SO nedan				
2	SO, Digitalisering och IT				
3	SO, Digitalisering och IT	375	500	500	500
4	SO, Digitalisering och IT				
5	Wifi kommunal verksamhet				
6	Verksamhetssystem, Viva/motsv				
7	Verksamhetssystem, Reserva/ motsv. andel SO				
8					
9	SO, Inventarier				
10	Inventarier till gemensamma	150	200	200	200
11	Inventarier till gemensamma	0	100	100	100
12	Inv Socialpsykiatriboende, (ny)				
13	Inventarier ny gruppboende A				
14	Inventarier ny gruppboende B			600	
15	Inventarier funktionsstöd FS	150	200	200	200
16	Inventarier funktionsstöd FS	0	100	100	100
17	Daglig verksamhet inventarier	225			
18					
19	SO, Utrustning				
20	Elcyklar	75	100	100	100
21					
22					
23	ÄO nedan				
24	ÄO, Digitalisering och IT				
25	ÄO, Digitalisering och IT	375	500	500	500
26	Larm särskilt boende				
27	Larm ordinärt boende				
28	Verksamhetssystem Reserva/motsv,				
29	Bemanningsplanering, system				
30	ÄO, IT-invest maa lokaler/omflytt	375	0	0	300
31					
32	ÄO, Inventarier				
33	Madrasser	142	150	150	150
34	Inventarier hemtjänstlokaler	75	100	100	100
35	Inventarier äldreomsorg	600	800	800	800
36	Inventarier äldreomsorg	0	200	200	200
37	Utemiljö särskilt boende inköp av	75	100	100	100
38	Inventarier, nytt SÄBO etapp 2	750			
39	Inventarier, ny hemtjänstlokal	225			
40					
41	ÄO, Utrustning				
42	Spol- och diskdesinfektor särskilda boenden äldreomsorg	150	200	200	200
43	Elcyklar till verksamheterna	45	60	60	60
44					
45					
	Summa tkr	3 787	3 310	3 910	3 610



Datum
2024-04-15

Dnr
VON.2024.4

OXL2
621
v 1.0
2007-
03-13

Vård- och omsorgsförvaltningen
Lena Lundin
0155-385 04

Vård- och omsorgsnämnden

Budgetuppföljning 2024

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens beslut

Uppföljning per mars godkänns.

2. Sammanfattning

Ekonomisk uppföljning

Verksamheten i Vård- och omsorgsnämnden (VON) bedrivs genom Vård- och omsorgsförvaltningen (VOF). I delar av den ekonomiska redovisningen återges även en indelning mellan de underliggande sektionerna Socialtjänst (SO) och Äldreomsorg (ÄO). Sådan indelning i sektioner speglar härvid ansvarsindelningen av de olika enheter som tillsammans utgör VOF:s organisationsstruktur.

Resultatet per den sista mars uppgår för VOF totalt till -0,6 mkr. Härav utgör resultat hänförligt till SO 0,5 mkr och ÄO -1,1 mkr.

Baserat på den aktuella resultatutvecklingen tillsammans med en samlad bedömning av de risker som kan föreligga har inte Vård- och omsorgsförvaltningen någon annan förväntan i dagsläget än att resultatet som helhet skall kunna hållas inom budget, varför aktuella budgetvärden också utgör prognosvärden.

Uppföljning av verksamhetsplanering

Nämnden har formulerat nämndmål för alla tilldelade Kommunfullmäktigemål. Förvaltningen har tagit fram en handlingsplan med aktiviteter för varje nämndmål. Bedömningen i dagsläget är att de aktiviteter som finns i handlingsplanen kommer vara tillräckliga för att nå de fastställda målen.

Beslutsunderlag

Rapport uppföljning VON per mars 2024

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Beslut till:

KS/KF
Förvaltningschef
Verksamhetsekonom

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning per mars 2024



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Förvaltningsberättelse.....	3
God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning.....	3
Nämndernas driftredovisning.....	6

Inledning

Uppföljningen per mars består dels av en ekonomisk uppföljning och en uppföljning av verksamhetsplanering för att nå de fastställda målen 2024 enligt Kommunfullmäktiges Mål- och budgetdokument samt nämndens Verksamhetsplan.

Förvaltningsberättelse

Händelser av väsentlig betydelse

Väsentliga händelser inom nämnd och verksamhet under januari-mars:

- Ett förarbete har gjorts inför ett eventuellt införande av LOV i hemtjänsten.
- En genomlysning av hemtjänsten har gjorts av EY på uppdrag av revisionen. En handlingsplan med åtgärder har upprättats utifrån de synpunkter som framkommit i genomlysningen.
- Inköp av ett digitalt ledningssystem för kvalitetsarbetet.
- Översyn av antal korttidsplatser inom äldreomsorgen i väntan på öppnande av nytt säbo etapp 2.

God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning

Uppföljning av arbetet med kommunmål - "Den röda tråden"

Mod och Framtidstro

I Oxelösund råder mod och framtidstro. Det innebär en vilja att bryta mönster och att prova nya sätt att göra gott för kommuninvånarna. Kommunen och dess verksamheter marknadsförs med stolthet och goda exempel lyfts. Medborgarperspektiv, helhetssyn, dialog och tydlighet kännetecknar arbetet.

Kommentarer och bedömningar

1. *Har nämnden formulerat nämndmål för alla tilldelade Kommunfullmäktigemål? Ja.*
2. *Finns det en handlingsplan med aktiviteter för varje nämndmål enligt punkt 1? Ja, en eller flera aktiviteter finns för varje nämndmål.*
3. *Kommer de fastställda målen att nås med hjälp av de aktiviteter som finns i handlingsplaner för respektive mål? Bedömningen i dagsläget är att de bör vara tillräckliga för att nå en god måluppfyllelse.*

Trygg och säker uppväxt

Barn och ungdomar ska känna sig trygga såväl i samhället som i de kommunala verksamheterna. I Oxelösund når barn och ungdomar goda studieresultat, var och en efter sina förutsättningar. I Oxelösund deltar barn och ungdomar aktivt i ett brett kultur- och fritidsutbud. I Oxelösund växer barn och ungdomar upp med trygga föräldrar och i en trygg och säker miljö.

Kommentarer och bedömningar

1. *Har nämnden formulerat nämndmål för alla tilldelade Kommunfullmäktigemål? **Ja.***
2. *Finns det en handlingsplan med aktiviteter för varje nämndmål enligt punkt 1? **Ja.***
3. *Kommer de fastställda målen att nås med hjälp av de aktiviteter som finns i handlingsplaner för respektive mål? **Bedömningen i dagsläget är att de bör vara tillräckliga för att nå en god måluppfyllelse.***

God folkhälsa

Oxelösundarnas faktiska folkhälsa och upplevda livskvalitet ska utvecklas positivt. I Oxelösund betyder det att invånarna ska känna delaktighet och inflytande, att invånarna deltar i aktiviteter som främjar hälsa och friskvård samt lever ett självständigt liv fritt från missbruk.

Kommentarer och bedömningar

1. *Har nämnden formulerat nämndmål för alla tilldelade Kommunfullmäktigemål? **Ja.***
2. *Finns det en handlingsplan med aktiviteter för varje nämndmål enligt punkt 1? **Ja, en eller flera aktiviteter finns för varje nämndmål.***
3. *Kommer de fastställda målen att nås med hjälp av de aktiviteter som finns i handlingsplaner för respektive mål? **Bedömningen i dagsläget är att de bör vara tillräckliga för att nå en god måluppfyllelse.***

Trygg och värdig ålderdom

Oxelösundarnas faktiska folkhälsa och upplevda livskvalitet ska utvecklas positivt. I Oxelösund betyder det att invånarna ska känna delaktighet och inflytande, att invånarna deltar i aktiviteter som främjar hälsa och friskvård samt lever ett självständigt liv fritt från missbruk.

Kommentarer och bedömningar

1. *Har nämnden formulerat nämndmål för alla tilldelade Kommunfullmäktigemål? **Ja.***
2. *Finns det en handlingsplan med aktiviteter för varje nämndmål enligt punkt 1? **Ja, en eller flera aktiviteter finns för varje nämndmål.***
3. *Kommer de fastställda målen att nås med hjälp av de aktiviteter som finns i handlingsplaner för respektive mål? **Bedömningen i dagsläget är att de bör vara tillräckliga för att nå en god måluppfyllelse.***

Attraktiv bostadsort

Oxelösund erbjuder ett havsnära boende och en hög kommunal service. I Oxelösund innebär det att kommunen erbjuder bra barnomsorg, skola, fritid och kulturliv. Ett bra och varierat bostadsutbud finns för olika behov och åldrar. Kommunen präglas av ett positivt företagsklimat som gör det enkelt att starta, driva och utveckla företag. Infrastrukturen håller god kvalitet och upplevs välfungerande.

Kommentarer och bedömningar

1. *Har nämnden formulerat nämndmål för alla tilldelade Kommunfullmäktigemål? **Ja.***
2. *Finns det en handlingsplan med aktiviteter för varje nämndmål enligt punkt 1? **Ja, en eller flera aktiviteter finns för varje nämndmål.***
3. *Kommer de fastställda målen att nås med hjälp av de aktiviteter som finns i handlingsplaner för respektive mål? **Bedömningen i dagsläget är att de bör vara tillräckliga för att nå en god måluppfyllelse.***

Hållbar utveckling

Oxelösund tar ansvar för att långsiktigt säkra resurser för framtiden och för kommande generationer. I Oxelösund innebär det att kommunens ekonomi är stabil, att kommunen är en attraktiv arbetsgivare och att kommunen arbetar aktivt för att möta samhällets krav inom miljöområdet. Det innebär också att kommunen arbetar för ökad integration och möjlighet till egen försörjning.

Kommentarer och bedömningar

1. *Har nämnden formulerat nämndmål för alla tilldelade Kommunfullmäktigemål? **Ja.***
2. *Finns det en handlingsplan med aktiviteter för varje nämndmål enligt punkt 1? **Ja.***
3. *Kommer de fastställda målen att nås med hjälp av de aktiviteter som finns i handlingsplaner för respektive mål? **Bedömningen i dagsläget är att de bör vara tillräckliga för att nå en god måluppfyllelse.***

Nämndernas driftredovisning

Utfall mot budget

VOF, verksamhetsindelad redovisning (2 positioner)								
Verksamhet	Helårsprognos 2024 Anslag	Helårsprognos 2024 Intäkt	Helårsprognos 2024 Kostnad	Helårsprognos 2024 Avvikelse	Ack utfall Anslag	Ack utfall Intäkt	Ack utfall Kostnad	Ack utfall Avvikelse
	0	0	0	0	0	0	0	0
11 Nämndverksamhet	1 071	0	-1 071	0	268	0	-230	37
27 Miljö- o hälsoskydd	220	120	-340	0	55	6	-88	-27
50 Gem administration	6 715	240	-6 955	0	1 624	64	-1 425	263
51 Projekt ESF	0	0	0	0	0	0	0	0
54 Individ och familjeomsorg	65 572	1 851	-67 423	0	16 044	828	-17 433	-560
55 Vård o omsorg SoL och HSL	209 263	36 616	-245 879	0	50 030	9 215	-60 299	-1 053
56 Insatser enl LSS	65 963	4 405	-70 368	0	16 038	1 110	-16 717	431
57 Färdtjänst/Riksfärdtjänst	1 961	97	-2 058	0	490	31	-573	-52
58 Förebygg verksamhet	1 493	30	-1 523	0	354	2	-297	59
59 Vård o Omsorg/LSS	0	0	0	0	0	0	0	0
62 Flyktningmottagande	10	2 703	-2 713	0	-1	677	-453	224
63 Arbetsmarknadsåtgärder	3 780	1 150	-4 930	0	914	302	-1 186	30
	356 048	47 212	-403 260	0	85 816	12 236	-98 701	-649

VOF, kontogrupperad redovisning						
Kontogruppering	Årsbud	Årsprogn	Diff	Ack bud	Ack utf	Ack diff
Avgifter 31100-31990	10 008	10 008	0	2 502	2 682	180
Bidrag 35100-35999	14 042	14 042	0	3 510	3 577	66
Övrigt rest kkl 3	23 162	23 162	0	5 790	5 977	187
Anslag 39990	356 048	356 048	0	85 816	85 816	0
Summa Intäkter	403 260	403 260	0	97 619	98 052	433
Personal 50000-56330	-274 791	-274 791	0	-65 502	-62 634	2 867
Lokaler 60110-20,61320	-39 076	-39 076	0	-9 769	-9 989	-220
Köp av verksamhet 46300-80	-29 556	-29 556	0	-7 389	-10 611	-3 222
Övrigt rest kkl 4-8	-59 837	-59 837	0	-14 959	-15 466	-507
Summa Kostnader	-403 260	-403 260	0	-97 619	-98 701	-1 082
RAPPORTTOTAL	0	0	0	0	-649	-649

Verksamheten i Vård- och omsorgsnämnden (VON) bedrivs genom Vård- och omsorgsförvaltningen (VOF). I delar av den ekonomiska redovisningen återges även en indelning mellan de underliggande sektionerna Socialtjänst (SO) och Äldreomsorg (ÄO). Sådan indelning i sektioner speglar härvid ansvarsindelningen av de olika enheter som tillsammans utgör VOFs organisationsstruktur.

Resultatet per den sista mars uppgår för VOF totalt till -0,6 mkr. Härav utgör resultat hänförligt till SO 0,5 mkr och ÄO -1,1 mkr.

Ur den verksamhetsindelade redovisningen för VOF kan de större resultatavvikelsena i förhållande till den beviljade anslagsbudgeten avläsas.

Verksamhetsområdet inom ÄO omfattar huvudsakligen Vård och omsorg SoL och HSL samt Förebyggande verksamhet och gemensam administration. Även förekommer vissa kostnader inom området LSS, i form av handläggare och sjukskötersketjänster. De större resultatavvikelser återfinns inom underliggande verksamheter såsom;

Äldreomsorg ordinärt boende, - 0,4 mkr. Verksamhetsområdet innefattar främst hemtjänst, hemsjukvård, rehab, hjälpmedel, korttidsvård, nattpersonal samt verksamhetsledning. Överskott kan ses under inledningen av året inom främst hemtjänsten och rehab. Höga konsultkostnader inom sjuksköterskeorganisationen belastar dock resultatet vilket förklarar huvuddelen av underskottet.

Äldreomsorg särskilt boende, -1,2 mkr. Verksamhetsområdet innefattar främst särskilda boenden, sjuksköterskor, rehab, nattpersonal samt verksamhetsledning. Flera av Säboenheterna tillsammans med nattorganisationen inleder året med relativt stora underskott till följd av högre personalkostnader än budgeterat. Även detta område belastas av kostnader utöver budget för konsultstöd gällande sjuksköterskebemanningen vilket ökar det redovisade underskottet.

Övrig omsorg SoL/HSL, 0,1 mkr. Verksamhetsområdet innefattar för ÄOs del huvudsakligen viss gemensam administration och övergripande stabsfunktioner och där överskott uppkommit till del av att budgeterade externa kostnader för trygghetsjour utförs tillsvidare inom den egna organisationen.

Insatser enl LSS, 0,1 mkr. Verksamhetsområdet för ÄOs del avser huvudsakligen tjänster inom biståndshandläggning samt sjuksköterskeorganisationen och där vakanser under inledningen av året förklarar det redovisade överskottet.

Verksamhetsområdet inom SO omfattar huvudsakligen övriga verksamhetskoder som är aktuella inom Vård- och omsorgsnämndens ansvar. Till mindre del kan kostnader inom Vård och omsorg SoL och HSL förekomma även inom sektionsansvaret SO. De större budgetavvikelserna återfinns inom underliggande verksamheter såsom;

Verksamhetsområdet Individ och familjeomsorg (kod 54) samlar flera olika underliggande verksamheter och där följande resultat kommenteras nedan.

Missbruksvård vuxna, -0,7 mkr. Underskottet hänför sig i huvudsak till högre placeringskostnader och konsultkostnader än budgeterat.

Barn och ungdomsvård, 0,6 mkr. I huvudsak hänför sig överskottet till lägre kostnader för placeringar än budgeterat. Det positiva utfallet gällande placeringar belastas dock av höga konsultkostnader för socialsekreterare samt enhetschef.

Ekonomiskt bistånd, -0,2 mkr. Underskottet hänför sig i huvudsak till höga kostnader under inledningen av året för utbetalt försörjningsstöd.

Övrig individ och familjeomsorg, -0,2 mkr. Verksamhetsområdet innefattar i huvudsak gemensamma kostnader för lednings och stabsfunktioner inom individ och familjeomsorgen. Även kostnader för skyddat boende återfinns inom området. Det aktuella underskottet hänför sig i huvudsak till högre kostnader för skyddat boende.

Inom SOs övriga verksamheter kan noteras större budgetavvikelser inom följande områden;

Gemensam administration, 0,2 mkr. Överskottet förklaras främst av tillfälligt uppkomna vakanser.

Äldreomsorg ordinärt boende, -0,3. Underskottet hänför sig för SOs del huvudsakligen till konsultkostnader avseende chefsansvar för biståndshandläggning av äldreomsorg.

Övrig omsorg SoL/HSL, 0,6 mkr. Överskottet avseende SOs del av verksamhetsområdet hänför sig huvudsakligen till vakanser inom stabs och chefsfunktioner.

Insatser enl LSS, 0,3 mkr. Överskottet hänför sig huvudsakligen till vakanser inom stabs och chefsfunktioner under inledningen av året. Inom området för Personlig assistans har en retroaktiv kostnad av engångskaraktär för extern utförare belastat resultatet med ca 1,0 mkr. Denna kostnad kompenseras dock till större del av att antalet brukare inom Personlig assistans minskat.

Integration, 0,2 mkr. Överskottet inom verksamhetsområdet hänför sig huvudsakligen till lägre kostnader för mottagning och boende under inledningen av året.

Ur den kontogrupsindelade redovisningen för VOF kan noteras följande budgetavvikelser inom kontogrupperna:

Avgiftsintäkter, utfallet överskrider budget med 0,2 mkr. Avvikelsen hänför sig i huvudsak till att debiterade vård- och omsorgsavgifter inom särskilt boende överskrider budget under inledningen av året.

Bidragsintäkter, utfallet överskrider budget med 0,1 mkr. Avvikelsen hänför sig i huvudsak till att bidrag för dold moms vilka redovisas inom kontogruppen överskrider sin budget under inledningen av året. Dessa intäkter kompenserar härvid för lägre utfall än budgeterat avseende arbetsmarknadsstöd samt statsbidragsintäkter från Socialstyrelsen. Flera olika möjliga bidragsintäkter inom verksamheterna

återstår dock att avräkna mot kostnader för sådana verksamheter eller projekt, varför intäktsutfallet bedöms öka under kommande månader.

Övriga intäkter, utfallet överskrider budget med 0,2 mkr. I huvudsak förklaras avvikelsen av att försäljningsintäkter avseende måltider och kost överskrider sin budget under inledningen av året. Även intäkter från tillfälliga tomhyror har del i överskottet men där motsvarande kostnader då redovisats under rubriken för Lokaler.

Anslagsintäkter, utfallet följer aktuell budget.

Personalkostnader, utfallet underskrider budget med 2,9 mkr. Avvikelsen förklaras i huvudsak av olika vakanser men där detta överskott också kan kopplas till kostnader inom kontogruppen för köp av verksamhet och övriga kostnader, där kostnader för inhyrd personal och konsulter redovisats.

Lokalkostnader, utfallet överskrider budget med 0,2 mkr. Avvikelsen förklaras dels av tillfälliga tomhyror för ej uthyrda lägenheter och där motsvarande intäkt har redovisats under rubriken övriga intäkter, dels av kostnader utöver budget gällande mottagande av flyktingar från Ukraina.

Kostnader för köp av verksamhet, utfallet överskrider budget med 3,2 mkr. Avvikelsen förklaras huvudsakligen av högre kostnader än budgeterat avseende inhyrda sjuksköterskor och socialsekreterare. Även kostnader till extern utförare inom Personlig assistans utgör del av kostnadsöverdraget.

Övriga kostnader, utfallet överskrider budget med 0,5 mkr. Kontogruppen innefattar ett flertal olika kostnadskonton men där det kan noteras att konsultkostnader för enhetschef utgör en tydlig del i kostnadsöverdraget som helhet.

Prognos helår

Baserat på den aktuella resultatutvecklingen tillsammans med en samlad bedömning av de risker som kan föreligga har inte Vård- och omsorgsförvaltningen någon annan förväntan i dagsläget än att resultatet som helhet skall kunna hållas inom budget, varför aktuella budgetvärden också utgör prognosvärden.

Risker

I en samlad bedömning av aktuella risker och möjligheter som kan påverka resultatet för 2024 noteras nedanstående områden mer specifikt.

Om nuvarande höga tryck på kortvårdsplatser och/eller säboplatser består, finns en risk att planeringen inför öppnande av nya säbo etapp 2 kan behöva tidigareläggas, och därmed leda till utökade kostnader utöver vad som budgeterats. En högre efterfrågan på kortvårdsplatser kan möjligen också kopplas till att Regionen synes öka sin takt av utskrivningsklara patienter från de egna vårdplatserna, med åtföljande större omvårdnadsbehov för kommunen att bära.

En hög sjukfrånvaro kan leda till totala personalkostnader som överskrider vad som är budgeterat. För inledningen av året kan noteras högre sjuklönekostnader än föregående års motsvarande period.

En hög inflation ökar kostnadsbelastningen för inköp av mat och förnödenheter inom primärt särskilda boenden, gruppboendestäder och andra tillhandahållna boendeformer.

En hög inflation kan leda till fördyrade personalkostnader såväl till följd av avtal som till följd av löneglidning.

Verksamheterna rekryterar tillsammans med andra kommuner och vårdföretag sin personal på en arbetsmarknad som i hög grad präglas av brist på utbildad och tillgänglig arbetskraft. Detta medför i sig en ökad risk för löneglidning och höjda personalkostnader. Svårigheter att rekrytera nyanställda inom flera yrkeskategorier kan även leda till fortsatt höga kostnader för konsultstöd.

Omvärldsläget kan leda till högre kostnader för försörjningsstöd.

Placeringskostnader är generellt sett mycket svåra, för att inte säga omöjliga, att på ett tryggt sätt förutsäga. Placeringar inom Barn och Unga, Vuxen samt inom LSS kan snabbt förändra det ekonomiska utfallet inom förvaltningen.

Regler för arbetstid och dygnsvila kan leda till utökad bemanning vid schemalaggnen.

Åtaganden avseende mottagning från Ukraina kan förväntas fortsätta men där det i skrivande stund är oklart hur och på vilket sätt ett fortsatt finansiellt stöd från staten kan komma att vara utformat.

Förvaltningen följer självfallet utvecklingen av dessa och andra risker som kan påverka verksamheternas ekonomi. Av aktuella åtgärder som syftar till att lindra eller kompensera för dessa risker kan nämnas,

Projektarbete avseende bemanningsekonomi för effektiv schemaläggning och resursplanering.

Utformning och etablering av bemanningshandbok för likformigt arbetssätt.

Uppföljningar med särskilt fokus på att minska ohälsa och sjukfrånvaro.

Fortsatt arbete med rekrytering till vakanta tjänster för att minska konsultkostnader.

Nyttjande av bidragsmedel ur Äldreomsorgslyftet för vidareutbildning av omsorgspersonal.

Kontinuerlig översyn av externa placeringar inom individ och familjeomsorgen samt LSS-verksamheten.

Kontinuerlig bevakning avseende effekterna av det pågående kriget i Ukraina.

Nyttjande av andra bidragsmedel för att vidareutveckla kompetenser och arbetsmetoder inom verksamheterna.



Vård- och omsorgsförvaltningen
Madelen Grahn

Yttrande avseende revisionens granskning av Oxelösund kommuns hemtjänst

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner yttrande och överlämnar godkänt yttrande till kommunfullmäktiges revisorer.

2. Sammanfattning

Vård- och omsorgsförvaltningen har, i enlighet med vård- och omsorgsnämndens önskemål, sammanställt yttrande till revisorerna efter den granskning av kvaliteten i hemtjänsten som genomförts av EY på uppdrag av de förtroendevalda.

Utifrån granskningens resultat lämnar revisorerna nedanstående rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- Säkerställ att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller kraven i lag samt följer Socialstyrelsens allmänna råd och rekommendationer.
- Säkerställ att nämnden får del av tillräcklig uppföljning för att kunna säkra kvaliteten inom hemtjänsten.
- Säkerställ att brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt att Lex-Sarahanmälningar omhändertas på ett fortlöpande och systematiskt sätt för att stärka förbättringsarbetet.
- Revisorerna vill särskilt betona vikten av att rutiner och riktlinjer implementeras och fungerar som ett stöd för den utförande personalen.

3. Ärendet

Vård- och omsorgsnämnden svarar på kommunrevisionens förslag för att förbättra hemtjänstverksamheten med ett flertal åtgärder. Förvaltningen fokuserar på att implementera ett kvalitetsledningssystem, Stratsys, som ska underlätta att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. För att säkerställa tillräcklig uppföljning av kvaliteten inom hemtjänsten planeras att integrera verksamhetsplan och kvalitetsberättelse, vilka anses vara centralt styrande dokument. Det saknas för närvarande en kvalitetsberättelse, men en plan finns på plats för att skapa och regelbundet dela den med nämnden.

För att hantera brukar- och personalsynpunkter samt Lex Sarah-anmälningar systematiskt har förvaltningen uppdaterat rutiner för avvikelshantering och planerar att revidera rutinen för Lex Sarah efter en förvaltningssammanslagning. Hemtjänsten har identifierat förbättringsområden baserat på en brukarundersökning från 2023 och är i gång med aktiviteter för att förbättra. Förvaltningen arbetar med att uppdatera rutiner för inskolning av ny personal där aktuella riktlinjer och rutiner lyfts. Slutligen, för att stödja den utförande personalen, har förvaltningen tillsatt utvecklingsledare inriktad på äldreomsorgen för att stödja verksamheterna vid implementeringsarbeten däribland följsamhet av riktlinjer och rutiner. Åtgärderna genomförs med målet att säkerställa en effektiv och kvalitativ vård och omsorg inom hemtjänsten.

3.1 Ärendets beredning

Ärendet har beretts i vård- och omsorgsförvaltningen

Beslutsunderlag:

Protokollsutdrag 9 § - beslut om missiv granskning kvalitet i hemtjänsten
Dnr REV.2023.11

Missiv granskning kvalitet i hemtjänsten, 2024-01-22

Revisionsrapport; EY rapport granskning av kvalitet i hemtjänsten 2024-0122

Tjänsteskrivelse

Datum
2024-04-12

3 (3)
Diarienummer
VON 2024.6

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Madelen Grahn
Utvecklingsstrateg

Beslut till:

Kommunrevisionen (FK)
FC (FK)
SC (FÅ)



Vård- och omsorgsförvaltningen
Madelen Grahn

Yttrande avseende revisionens granskning av Oxelösunds kommuns hemtjänst

Vård- och omsorgsförvaltningen har, i enlighet med vård- och omsorgsnämndens önskemål, sammanställt yttrande till revisorerna efter den granskning av kvaliteten i hemtjänsten som genomförts av EY på uppdrag av de förtroendevalda.

Bakgrund

De förtroendevalda revisorerna i Oxelösunds kommun har gett EY i uppdrag att genomföra en granskning med syfte att bedöma om kommunen säkerställer ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst.

Den sammanfattande bedömningen är att vård- och omsorgsnämnden inte säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i hemtjänsten. Utifrån granskningens resultat lämnar revisorerna nedanstående rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- Säkerställ att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller kraven i lag samt följer Socialstyrelsens allmänna råd och rekommendationer.
- Säkerställ att nämnden får del av tillräcklig uppföljning för att kunna säkra kvaliteten inom hemtjänsten.
- Säkerställ att brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt att Lex-Sarahanmälningar omhändertas på ett fortlöpande och systematiskt sätt för att stärka förbättringsarbetet.

- Revisorerna vill särskilt betona vikten av att rutiner och riktlinjer implementeras och fungerar som ett stöd för den utförande personalen.

Revisionsrapporten delgavs kommunfullmäktige 2024-02-07.

Överenskommet att vård och omsorgsnämnden återkopplar med yttrande till revisorerna 24-04-29.

Föredragning

Vård- och omsorgsförvaltningen är överens med revisionen om behovet av att förbättra och säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet. Det är viktigt att noggrant följa upp hur hemtjänsten fungerar för att kunna identifiera vad som fungerar bra och vad som behöver förbättras. Nämnden är positiv till den samverkan som finns mellan hemsjukvård och hemtjänst, samt att det finns många rutiner och riktlinjer. Detta skapar förutsättningar för att utveckla arbetet, särskilt när det gäller att implementera riktlinjer och rutiner samt att analysera både brukarnas och personalens synpunkter mer ingående. Flera förbättringsarbeten har påbörjats år 2024.

Vård och omsorgsförvaltningen ger följande svar på kommunrevisionens iakttagelser och rekommendation:

I rapporten föreslås nedanstående åtgärder för att förbättra hemtjänstverksamheten inom nämnden. Nämndens synpunkter och ställningstaganden framgår under de föreslagna åtgärderna.

- ***Säkerställ att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller kraven i lag samt följer Socialstyrelsens allmänna råd och rekommendationer.***

Ett kvalitetsledningssystem är avgörande för att systematiskt utveckla, följa upp och säkra kvaliteten i verksamheten. Det ger ledningen möjlighet att styra verksamheten i önskad riktning. Förvaltningen har delvis implementerat ett kvalitetsledningssystem, Stratsys, under perioden 2022–2023, men det ska fortsätta att implementeras med en ny kvalitetsmodul under 2024.

Genom att investera i Stratsys får förvaltningen tillgång till verktyg som integrerar alla aspekter av kvalitetsarbetet på ett enhetligt och strukturerat sätt. I Stratsys påbörjas kvalitetsarbetet med en nulägesanalys, som ger en bild av huruvida förvaltningens ledningssystem lever upp till kraven enligt SOSFS 2011:9. Denna analys utgör grunden för det fortsatta arbetet och baseras på SKR:s verktyg för att stödja utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet enligt den nationella handlingsplanen.

Nulägesanalysen innefattar frågor kopplade till patientsäkerhetsområden och teman, där varje tema har specifika nulägesanalysfrågor. Genom att besvara dessa frågor kan förvaltningen prioritera teman för insatser och

åtgärder. Under analysprocessen erhåller förvaltningen all relevant information knuten till den aktuella processen, inklusive risker, utförda kontroller, avvikelset statistik, kvalitetsindikatorer och status för förbättringsåtgärder.

Stratsys möjliggör automatisering av flera kvalitetsprocesser, vilket minskar risken för fel och ökar effektiviteten. Förvaltningen kan skapa detaljerade rapporter och analyser för att följa upp och utvärdera kvalitetsarbetet. Dessutom skapar kvalitetssystemet en tydlig ansvarsfördelning genom att tilldela specifika roller och behörigheter till användare, vilket säkerställer korrekt åtkomst till information och fördelning av arbetsuppgifter inom organisationen.

Sammanfattningsvis fungerar Stratsys som ett verktyg för att organisera och hantera olika aktiviteter inom organisationen. Genom att integrera alla pågående aktiviteter underlättas och säkerställs styrningen mot uppsatta mål, tilldelning av resurser och löpande utvärdering. Det hjälper förvaltningen att kontinuerligt arbeta med förbättringsåtgärder samt att löpande spåra, analysera och rapportera kvalitetsarbetet.

- **Säkerställ att nämnden får del av tillräcklig uppföljning för att kunna säkra kvaliteten inom hemtjänsten.**

Verksamhetsplanen och kvalitetsberättelsen utgör två av de mest betydelsefulla styrande dokumenten för en förvaltning. Verksamhetsplanen utgör nämndens strategi för att bidra till måluppfyllelse enligt kommunfullmäktiges prioriteringar i mål och budget. Å andra sidan fungerar kvalitetsberättelsen som nämndens strategi för att, i samverkan med andra parter, bygga upp en långsiktig och hållbar förvaltning. Det är viktigt att dessa dokument integreras med varandra och konkretiseras i åtgärder för att möta framtidens behov inom vård- och omsorg, särskilt inom hemtjänsten.

Granskningen visar att det saknas en kvalitetsberättelse eller liknande dokument som beskriver årets aktiviteter, planerade åtgärder och resultaten av genomförda insatser. Inom kvalitetssystemet Stratsys nya modul ingår två rapportmallar för kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse. Målet för 2024 är att skapa en kvalitetsberättelse som ska tas del av och beslutas om av nämnden. Vidare är målet att kvalitetsberättelsen ska vara en regelbunden del av nämndens årliga arbete för att säkerställa tillräcklig uppföljning av kvaliteten inom bland annat hemtjänsten.

Sedan hösten 2023 har det, vid varje nämndsammanträde, funnits och kommer fortsättningsvis att finnas en fast punkt på dagordningen som informerar om aktuella Lex Sarah-/Lex Maria-anmälningar, samt en annan punkt som beskriver det aktuella läget inom hemtjänsten, inklusive beslutade och utförda timmar samt kontinuitetstal. Förvaltningen anser att dessa två punkter är av stor betydelse för att säkra verksamheten och hålla nämnden välinformerad om aktuella frågor.

- **Säkerställ att brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt att Lex-Sarahanmälningar omhändertas på ett fortlöpande och systematiskt sätt för att stärka förbättringsarbetet.**

Rutinen för avvikelshantering i journalsystemet Treserva har blivit uppdaterad i början av 2024. Den nya versionen är tydligare och ger bättre vägledning för den enskilde medarbetaren att registrera avvikelser. Dessutom har ansvarsfördelningen kring avvikelshantering förtydligats och kompletterats med en bedömningsmatris i bilaga för att säkerställa en mer enhetlig bedömning av avvikelser oavsett bedömarens tolkning av sannolikhetsgrad och allvarlighetsgrad.

Rutin för tillämpning av Lex Sarah finns och fungerar väl. Den behöver dock revideras för att följa den sammanslagning av två förvaltningar som skett under 2023. Uppdateringen planeras att genomföras under våren 2024. Den nya rutinen kommer att inkludera, såsom tidigare, ett tydligt flödesschema som beskriver hur förvaltningen systematiskt ska hantera en utredning av lex Sarah. Nytt i flödesschemat blir att skapa en skriftlig åtgärdsplan som följs upp efter en viss tid. Även om det bara förekommer ett fåtal Lex Sarah-anmälningar varje år i förvaltningen sedan några år tillbaka, planeras att dessa analyseras för att identifiera eventuella gemensamma nämnare som kan leda till ett övergripande förbättringsarbete.

Kommunen erbjuder en e-tjänst vid namn "Säg vad du tycker" på sin hemsida för att invånarna ska kunna framföra klagomål eller synpunkter till kommunens verksamheter. Dessa ärenden tas upp i berörd nämnd och besvaras av förvaltningen. Detta är ett sätt att fånga upp synpunkter och genom dem förbättra verksamheten. Detta kan potentiellt utvecklas till att ske mer kontinuerligt och systematiskt.

Efter den årliga brukarundersökningen som genomfördes under 2023, har en relevant arbetsgrupp granskat svaren inom hemtjänsten och identifierat tre förbättringsområden. Utifrån dessa områden har hemtjänstens verksamheter arbetat fram aktiviteter som ska skapa förbättring. Dessa områden ska prioriteras under året och aktiviteterna kommer att följas upp i september 2024. Dessa förbättringsområden och aktiviteter är exempel på vad som med fördel kan integreras i den tidigare nämnda kvalitetsberättelsen för att möjliggöra en kontinuerlig förbättring av hemtjänsten även under kommande år.

I kvalitetssystemet Stratsys finns verktyg för att hantera risker och avvikelser på ett strukturerat sätt. Systemet möjliggör identifiering och utvärdering av potentiella risker samt implementering av åtgärder för att minimera dessa. Förvaltningen kan använda systemet för att följa avvikelsestatistik på en aggregerad nivå och identifiera systemfel som påverkar kvaliteten. För närvarande används Treserva för att registrera avvikelser, men med Stratsys finns även möjlighet att integrera befintliga avvikelshanteringssystem för att automatiskt hämta in avvikelsestatistik.

- **Revisorerna vill särskilt betona vikten av att rutiner och riktlinjer implementeras och fungerar som ett stöd för den utförande personalen.**

Vård- och omsorgsnämnden är överens om att införandet av riktlinjer och rutiner i hemtjänsten är av avgörande betydelse för att säkerställa att vården och omsorgen ges på ett säkert och korrekt sätt. Detta är ett område som behöver utvecklas inom nämndens verksamheter. För att stödja detta har vård- och omsorgsförvaltningen stärkt lednings- och implementeringsstödet genom att införa utvecklingsledare inriktad på äldreomsorgen i början av 2024. Syftet är att kunna erbjuda stöd till verksamheterna när det gäller implementering av nya lagar, riktlinjer, rutiner och arbetssätt, samt kompetensutveckling och andra utvecklingsinsatser.

Det pågår också arbete med att uppdatera rutinen som beskriver hur inskolning av ny personal inom hemtjänsten ska utföras och vad den ska omfatta. Målet med detta är bland annat att öka medarbetarnas kunskap om vikten av att följa riktlinjer och rutiner samt var de kan hitta dem.

Nämnden anser att det finns ett behov av att göra riktlinjer och rutiner ännu mer tillgängliga i verksamheterna, och detta kommer att tas upp för översyn.

Efter en granskning från EY rekommenderas det att överväga att utveckla rutiner eller riktlinjer för samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård för att säkerställa en fortsatt god samverkan oavsett personalbyte. En rutin för teamträffar har funnits sedan 2016 och har nu uppdaterats i februari 2024. Det är viktigt att inte göra överdrivna förändringar i en fungerande samverkan, men det är också viktigt att kontinuerligt granska och förbättra arbetsprocesserna för att säkerställa effektivitet och kvalitet.

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Stefan Gjuse
Sektionschef

Madelen Grahn
Utvecklingsstrateg

Revisorerna

Till:
Vård- och omsorgsnämnden

För kännedom:
Kommunfullmäktige

Granskning av kvalitet i hemtjänsten

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning med syftet att bedöma om kommunen säkerställer ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst. Granskningen har avsett vård- och omsorgsnämnden. Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden inte säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst. Bedömningen baseras på nedanstående iakttagelser.

- ▶ Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete saknar flera av de delar som rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd. Det saknas bland annat en kvalitetsberättelse eller liknande som beskriver vad som gjorts under året, vad som planeras att göras samt resultatet av det som gjorts.
- ▶ Det finns dokumenterade rutiner och riktlinjer, men det finns delade meningar kring om rutinerna är tillräckliga och lättillgängliga. Det finns ingen dokumenterad kartläggning av centrala processer.
- ▶ Det finns rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah-anmälningar, men det saknas en systematisk uppföljning och sammanställning av resultatet som syftar till att utveckla verksamheten.
- ▶ Hemtjänstsenheterna planerar att ta fram en åtgärdsplan utifrån resultatet av Socialstyrelsens årliga brukarundersökning.
- ▶ Samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården upplevs fungera väl. Det sker kontinuerliga möten som inkluderar både det enskilda brukarperspektivet och det mer övergripande arbetssättet. Det saknas dock rutiner och riktlinjer för samverkan.
- ▶ Det saknas särskild uppföljning av hemtjänstverksamhetens kvalitet. Det sker enbart uppföljning utifrån vård- och omsorgsnämndens mål och budget samt internkontrollplan. Vi bedömer inte att detta utgör en tillräcklig uppföljning av kvalitén.

Utifrån granskningens resultat lämnar vi nedanstående rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- ▶ Säkerställ att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller kraven i lag samt följer Socialstyrelsens allmänna råd och rekommendationer.
- ▶ Säkerställ att nämnden får del av tillräcklig uppföljning för att kunna säkra kvaliteten inom hemtjänsten.
- ▶ Säkerställ att brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt att Lex-Sarah-anmälningar omhändertas på ett fortlöpande och systematiskt sätt för att stärka förbättringsarbetet.

Revisorerna vill särskilt betona vikten av att rutiner och riktlinjer implementeras och fungerar som ett stöd för den utförande personalen.

Rapporten överlämnas härmed till granskad nämnd. Revisorerna önskar svar från vård- och omsorgsnämnden den 15 april 2024.

Oxelösund den 15 januari 2024

För kommunrevisorerna

Benita Vikström
Ordförande

Håkan Lindqvist
Vice ordförande

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

BENITA VIKSTRÖM

Undertecknare 1

Serienummer: 19551031xxxx

IP: 83.253.xxx.xxx

2024-01-16 11:54:16 UTC



Håkan Gunnar Lindqvist

Undertecknare 1

Serienummer: 19490427xxxx

IP: 195.53.xxx.xxx

2024-01-18 16:15:02 UTC



Detta dokument är digitalt signerat genom **Penneo.com**. Den digitala signeringsdatan i dokumentet är säkrad och validerad genom det datorgenererade hashvärdet hos det originella dokumentet. Dokumentet är låst och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. All kryptografisk information är innesluten i denna PDF, för framtida validering om så krävs.

Hur man verifierar originaliteten hos dokumentet

Detta dokument är skyddat genom ett Adobe CDS certifikat. När du öppnar

dokumentet i Adobe Reader bör du se att dokumentet är certifierat med **Penneo e-signature service** <penneo@penneo.com> Detta garanterar att dokumentets innehåll inte har ändrats.

Du kan verifiera den kryptografiska informationen i dokumentet genom att använda Penneos validator, som finns på <https://penneo.com/validator>

Granskning av kvalitet i hemtjänsten

Oxelösunds kommun



Innehåll

Sammanfattning och rekommendationer	2
1. Inledning.....	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Revisionskriterier	3
1.3 Metod och avgränsning.....	4
2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt hantering av rutiner inom hemtjänsten	5
2.1 Det finns dokumenterade rutiner och riktlinjer inom hemtjänsten	5
2.2 Det saknas dokumentation av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.....	7
2.3 Introduktionsutbildningen fungerar som en kvalitetssäkrare för användandet av rutiner och riktlinjer	8
2.4 Vår bedömning - ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas ...	9
3. Uppföljning av kvalitet i hemtjänsten och systematiskt förbättringsarbete	9
3.1 Kvalitetsuppföljning sker genom vård- och omsorgsnämndens ordinarie uppföljningsmoment.....	9
3.2 Det finns rutiner för avvikelshantering	10
3.3 Brukares synpunkter samlas främst in via Socialstyrelsens enkäter	11
3.4 Medarbetares synpunkter samlas in via medarbetarenkäter	11
3.5 Vår bedömning - uppföljningen av hemtjänsten och förbättringsarbetet behöver systematiseras.....	11
4. Samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården	12
4.1 Samverkan upplevs fungera bra mellan hemtjänsten och hemsjukvården.....	12
4.2 Vår bedömning - det finns en tillräcklig samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården	12
5. Kortfattade svar på revisionsfrågor.....	13
Bilaga 1 - Revisionskriterier	14
Bilaga 2 - Källförteckning	15

Sammanfattning och rekommendationer

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunen säkerställer ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst. Granskningen har avsett vård- och omsorgsnämnden. Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden inte säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst. Bedömningen baseras på nedanstående iakttagelser.

- ▶ Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete saknar flera av de delar som rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd. Det saknas bland annat en kvalitetsberättelse eller liknande som beskriver vad som gjorts under året, vad som planeras att göras samt resultatet av det som gjorts.
- ▶ Det finns dokumenterade rutiner och riktlinjer, men det finns delade meningar kring om rutinerna är tillräckliga och lättillgängliga. Det finns ingen dokumenterad kartläggning av centrala processer.
- ▶ Det finns rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah-anmälningar, men det saknas en systematisk uppföljning och sammanställning av resultatet som syftar till att utveckla verksamheten.
- ▶ Hemtjänstsenheterna planerar att ta fram en åtgärdsplan utifrån resultatet av Socialstyrelsens årliga brukarundersökning.
- ▶ Samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården upplevs fungera väl. Det sker kontinuerliga möten som inkluderar både det enskilda brukarperspektivet och det mer övergripande arbetssättet. Det saknas dock rutiner och riktlinjer för samverkan.
- ▶ Det saknas särskild uppföljning av hemtjänstverksamhetens kvalitet. Det sker enbart uppföljning utifrån vård- och omsorgsnämndens mål och budget samt internkontrollplan. Vi bedömer inte att detta utgör en tillräcklig uppföljning av kvalitén.

Utifrån granskningens resultat lämnar vi nedanstående rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- ▶ Säkerställ att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller kraven i lag samt följer Socialstyrelsens allmänna råd och rekommendationer.
- ▶ Säkerställ att nämnden får del av tillräcklig uppföljning för att kunna säkra kvaliteten inom hemtjänsten.
- ▶ Säkerställ att brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt att Lex-Sarah-anmälningar omhändertas på ett fortlöpande och systematiskt sätt för att stärka förbättringsarbetet.
- ▶ Överväg att ta fram rutiner eller riktlinjer avseende samverkan med hemsjukvården i syfte att fortsatt säkerställa en god samverkan oavsett personal.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet och en del i att säkerställa detta är att systematiskt följa upp de insatser som tillhandahålls, på såväl individ- som gruppnivå. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska användas för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Att resurser används och fördelas på bästa vis är en förutsättning för att kunna bedriva så god service som möjligt för kommunmedborgarna. Detta fordrar en organisation med tydligt fokus på förbättringar där förebyggande arbete, uppföljning och utvärdering är viktigt.

Hemtjänsten är en central och viktig välfärdstjänst som har utvecklats till att bli en kvalificerad tjänst som ger vård och omsorg, ibland även till svårt sjuka personer. Allt fler äldre bor kvar i sitt hem hela livet ut, vilket också kan innebära ett stort behov av stöd från hemtjänsten. En bra hemtjänstverksamhet bygger på relationen mellan den äldre och personalen, att den som hjälper har kunskap om den äldres livssituation och önskemål. I socialtjänstlagen framhålls som värdegrund att "socialtjänstens omsorg om äldre inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande" (5 kap 4 §). Revisorerna har i sin riskanalys identifierat hemtjänstens verksamhet som ett prioriterat område att granska och bedömer att det finns risk för att nämnden inte vidtar tillräckliga åtgärder för att få en effektiv verksamhet.

Mot bakgrund av kraven om god kvalitet inom socialtjänsten har revisorerna beslutat att granska vård- och omsorgsnämndens arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om kommunen säkerställer ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst.

- ▶ Har nämnden säkerställt att det finns ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?
- ▶ Har nämnden säkerställt att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda?
- ▶ Hur säkerställs att personalen har tillräcklig kompetens om processer och rutiner?
- ▶ Har nämnden säkerställt att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete där brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt Lex-Sarah-anmälningar omhändertas?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet?

1.2 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna för denna granskning utgörs av:

- ▶ Förvaltningslagen (2017:900)
- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah

- ▶ Kommunala mål och riktlinjer
- ▶ Nämndens reglemente

Revisionskriterierna beskrivs övergripande i bilaga 1 samt löpande i rapporten.

1.3 Metod och avgränsning

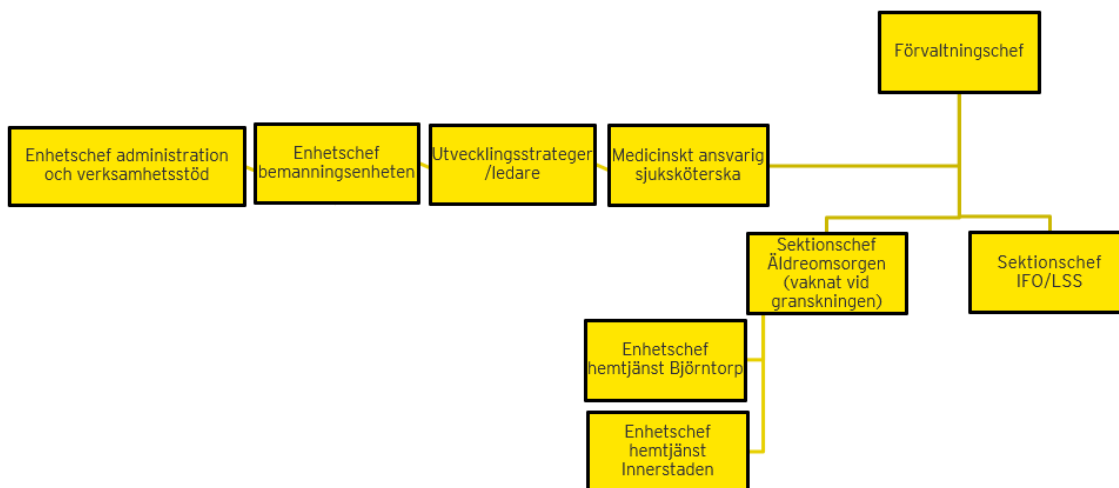
Granskningen baseras på dokumentstudier och intervjuer. Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden. Intervjuade funktioner samt granskade dokument listas i källförteckningen i bilaga 2.

2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt hantering av rutiner inom hemtjänsten

I detta kapitel redogörs för våra bedömningar och iakttagelser kopplat till nedanstående revisionsfrågor:

- ▶ Har nämnden säkerställt att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda?
- ▶ Har nämnden säkerställt att det finns ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?
- ▶ Hur säkerställs att personalen har tillräcklig kompetens om processer och rutiner?

Under våren 2023 skedde en omorganisering inom vård- och omsorgsnämnden. Omorganiseringen innebar bland annat att äldreomsorgsförvaltningen blev sammanslagen med social- och omsorgsförvaltningen. Förvaltningen kallas nu vård- och omsorgsförvaltningen. Vidare har det under de senaste åren slutat flera personer på chefsnivå. Detta har inneburit att intervjuade i denna granskning har varit relativt nya i sina positioner vid intervjutillfällena. Vidare har rollen som Sektionschef för äldreomsorgen varit vakant och därmed inte intervjuats. Bilden nedan illustrerar en förenkling av hur vård- och omsorgsnämnden är organiserad. Denna granskning har avsett hemtjänsten, vilken är uppdelad i två geografiska områden.



2.1 Det finns dokumenterade rutiner och riktlinjer inom hemtjänsten

Vi har efterfrågat och tagit del av aktuella rutiner och processer avseende hemtjänstverksamheten. Vi kan konstatera att det finns flertalet rutiner och styrande dokument för hemtjänstverksamheten. I detta avsnitt beskrivs ett urval av de rutiner och styrande dokument som syftar till att öka kvalitén i hemtjänsten.

Det första styrdokumentet som vi vill lyfta fram är vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan 2023-2025. I verksamhetsplanen har nämnden, utifrån kommunfullmäktiges mål, fastställt ett antal nämndmål som härrör till kvaliteten inom hemtjänsten. Målen finns inom kommunfullmäktiges målområde *Trygg och värdig ålderdom*. Målen redovisas i tabellen nedan.

KF-mål	Nämndmål	Mått för nämndmål och datakälla	Ingångsvärde/ Bokslutsvärde (år)	Målvärde		
				2023	2024	2025
Andel äldre (65+) i Oxelösund som känner sig trygga ökar jämfört med föregående år genom deltagande i kommunala trygghetskapande aktiviteter.	Öka tillgänglighet till information gällande trygghet i hemmet och ute i samhället.	Antal genomförda aktiviteter för att öka informationens tillgänglighet	Nytt mål	1st	2st	3st
Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst är minst i samma nivå med genomsnittet vid senaste mätningen i likvärdiga kommuner.	Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst.	Egen mätning ¹	71%	74%	82%	89%
Antal personer (personal) som brukare med hemtjänst möter under 14 dagar är högst i nivå med genomsnittet vid senaste mätningen i likvärdiga kommuner.	Antal personer (personal) som brukare med hemtjänst möter under 14 dagar ska minska.	Egen mätning ²	20	16	16	16

I förslaget till verksamhetsplan som beslutades om 13 december 2023 presenteras ingångsvärden för 2024 för ett av tre mål som presenteras ovan. De två andra målen är utbytta inför 2024. Det mål som kvarstår är "andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst". Vi noterar att ingångsvärdet för 2024 är 64 % vilket vi tolkar som att målet 2023 inte tycks vara uppnått. Vidare har målnivån för 2024 sänkts från 82 % till 71%.

Det finns dokumenterade rutiner för arbetssätt som syftar till att öka kvaliteten i hemtjänsten. Exempel på sådana arbetsrutiner är rutinen för åtgärder vid fall, läkemedelshantering, samt rutin för delegering till omvårdnadspersonal. Det finns även rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah-anmälningar. Dessa rutiner och arbetssätten utifrån rutinerna beskrivs närmare i avsnitt 3.2.

Inom hemtjänsten finns även riskanalyser med tillhörande åtgärdsplaner framtagna per enhetsområde. Riskanalyserna avser organisatorisk, social och fysisk arbetsmiljö samt miljöskydd.

¹ Uppgifterna hämtas från Kolada

² Uppgifterna hämtas från Kolada

Vi har delgivits en årsplanering för dåvarande social- och omsorgsförvaltningen avseende arbetsmiljö/HR, verksamhetsplan/kvalitetsarbete, ekonomi, samverkan och nämnd. Intervjuade uppger att den är aktuell även efter omorganiseringen. Enligt uppgift har årsplaneringen inte anpassats specifikt för äldreomsorgsförvaltningen utan den har tillämpats utan omformuleringar. Aktiviteterna inom verksamhetsplan/kvalitetsarbete består av nedan listade punkter. Vissa av punkterna är återkommande under året.

- ▶ Fastställ aktiviteter i handlingsplan för enheten utifrån nämndens- och kommunfullmäktiges mål i verksamhetsplan 2023
- ▶ Årsbokslut 2022
- ▶ Månadsuppföljning aktiviteter i Stratsys³
- ▶ Uppföljning i drifttavlan
- ▶ Omvärldsanalys
- ▶ Deadline fastställa aktiviteter i handlingsplaner
- ▶ Uppföljning av handlingsplaner och aktiviteter tom mars
- ▶ Måluppföljning av genomförandegrad av aktiviteter tom april (i samband med ekonomisk uppföljning)
- ▶ Delårsbokslut måluppföljning tom augusti (i samband med ekonomisk uppföljning)
- ▶ Inrapportering resultat till Kolada, KKiK 2023 (Kommunens kvalitet i korthet)
- ▶ Måluppföljning tom oktober genom värdering av målprognos jmf delårsrapport (i samband med ekonomisk uppföljning)
- ▶ Framtagande av verksamhetsplanen
- ▶ Deadline antagande verksamhetsplan med nedbrytning av KF-mål, nämndmål och nämndens styrning i övrigt samt inläggning i Stratsys
- ▶ Översyn delegationsordningen för ev. uppdatering

För varje rutin finns en utsedd ansvarig person, det kan vara utvecklingsstrateger eller chefer på olika nivåer. Ansvarig person varierar beroende på rutinens innehåll. Vidare finns ett datum för när rutinen senast uppdaterades. Intervjuade beskriver att fastställda rutiner uppdateras regelbundet. Rutinerna är samlade i två olika system där manuell uppdatering krävs i båda systemen. Det ena systemet finns centralt med tillgång via datorer och det andra är ett system som hemtjänstmedarbetare har i telefonen. Den som är ansvarig för en rutin ska informera medarbetare om när och om rutinen uppdaterats. Detta kan ske via mejl eller muntlig information. Intervjuade ger en delad bild avseende om rutinerna är tillräckliga samt huruvida de är lättillgängliga. Vissa intervjuade upplever att det finns rutiner och riktlinjer för de områden där behov finns och att dessa är tillgängliga för medarbetarna. Andra intervjuade upplever att det saknas rutiner för centrala processer samt att det är svårt att hitta rutinerna.

Inom kommunens hemtjänst har det inte skett någon processkartläggning varvid processkartor eller liknande saknas.

2.2 Det saknas dokumentation av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

Genom den information som erhållits genom granskning av dokumentation och genomförande av intervjuer med nyckelpersoner noterar vi att det saknas en samlad beskrivning av vad som inkluderas i nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vidare finns ingen dokumenterad eller fastslagen definition av vad kvalitet innebär inom hemtjänsten. I granskningen av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har vi utgått från *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* samt *Socialstyrelsen Handbok*

³ Verksamhetssystem för kvalitetsledning

för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vi har efterfrågat underlag som beskriver och kopplas till ledningssystemet. Vi noterar nedanstående brister i vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utifrån aktuella revisionskriterier.

- ▶ Det saknas tydlig dokumentation av arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Det innebär även att arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till. Det kan dels vara fråga om dokumentation av planeringen av de olika aktiviteterna, dels fråga om dokumentation av framkomna resultat och hur dessa har hanterats (SOSFS 2011:9 7 kap. 1 §).
- ▶ Det saknas tydlig dokumentation avseende hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten (SOSFS 2011:9 3 kap. 3 §).

Den första punkten kopplas till Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 2011:9 till 7 kap. 1 §. Socialstyrelsen skriver att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bör med dokumentationen som utgångspunkt årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Vård- och omsorgsnämnden saknar kvalitetsberättelse eller motsvarande dokument.

2.3 Introduktionsutbildningen fungerar som en kvalitetssäkrare för användandet av rutiner och riktlinjer

En aspekt för att skapa kvalitet i verksamheten är att säkerställa att det finns tillräckligt med personal samt att personalen har rätt kompetens. Inom hemtjänsten får samtlig personal, såväl tillsvidareanställda som timanställda vikarier, genomgå en introduktionsutbildning vid påbörjad anställning i Oxelösunds kommun. Introduktionsutbildningen består bland annat av genomgång av rutiner och riktlinjer. Vidare utses en introduktionsansvarig.

Bemanningsenheten har tagit fram en gemensam bemanningshandbok inom äldreomsorgsförvaltningen. Handboken uppges vara beslutad. Den version vi har fått del av är dock inte fullständig utan innehåller färgmarkeringar och saknar information om när och av vem den är fastställd. Bemanningshandbokens syfte är att skapa förutsättningar för att bedriva en aktuell, kvalitativ och personcentrerad omvårdnad genom att bemanna verksamheten smart med rätt kompetens och behovsstyrd planering över tid. I samband med införandet av bemanningshandboken främjar äldreomsorgen i kommunen heltid som norm. I bemanningshandboken står det att arbetet kräver mer samarbete mellan äldreomsorgsförvaltningens enheter (se bild i kapitel 2) i syfte att säkra att gemensamma resurser används effektivt. Av intervjuer framgår att samverkan mellan hemtjänsten och bemanningsenheten inte fungerar optimalt. Det upplevs finnas motsättningar i hur arbetet med heltid som norm ska införas. Det uppges pågå samtals mellan enheterna i syfte att skapa ett mer effektivt arbete, men att detta inte varit fruktsamt. Det finns planer för framtida samtal.

I bemanningshandboken anges att ansvarig enhetschef tillsammans med medarbetare gör regelbundna uppföljningar efter varje avslutad schemaperiod. Detta ska vara ett sätt för verksamheten att lära sig av erfarenheter, i syfte att förbättras och utvecklas över tid. Uppföljningarna rör myndighetsbeslut, genomförandeplaner, utförd tid i förhållande till planerad tid, ekonomi i förhållande till tillgängliga resurser samt schemaadministration.

Det gemensamma målet för all uppföljning är att arbeta med anpassningar, justeringar samt utrymmet för förbättringsområden inför nästkommande schemaperiod. Rutinen för uppföljning uppges dock inte vara fullt ut implementerad ännu.

2.4 Vår bedömning - ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas

Socialstyrelsen beskriver att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Utifrån våra beskrivna iakttagelser bedömer vi att vård- och omsorgsnämnden inte säkerställt att det finns ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd. Vi bedömer att det är en väsentlig brist att det saknas tydlig dokumentation av arbetet och särskilt att det saknas en kvalitetsberättelse (eller motsvarande). Den årsplan som finns fokuserar främst på uppföljning av verksamhetens ekonomi. Genom en kvalitetsberättelse kan det tydliggöras hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts. Då detta saknas idag samt att det saknas annan likvärdig beskrivning av arbetet har vi i denna granskning inte fått en tydlig bild över vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Vidare bedömer vi att det finns centrala processer och rutiner som är identifierade, dokumenterade och fastställda. Vi bedömer dock att det finns utvecklingsmöjligheter vad avser att tillgängliggöra befintliga rutiner för personalen. Bedömningen baseras på att vissa intervjuade upplever att rutiner och riktlinjer är svåra att hitta. Rutinerna är även uppdelade på två olika ställen där det krävs manuell hantering. Vi ser positivt på att introduktionsutbildningen för tillsvidareanställda såväl som för timanställda vikarier innehåller genomgång av aktuella rutiner.

Vi ser positivt på framtagandet av en bemanningshandbok och bedömer att efterlevandet av handboken kan öka kvalitén i hemtjänsten. Det är av vikt att bemanningshandboken fastställs och att innehållet implementeras.

3. Uppföljning av kvalitet i hemtjänsten och systematiskt förbättringsarbete

I detta kapitel redogörs för våra bedömningar och iakttagelser kopplat till revisionsfrågorna nedan:

- ▶ Har nämnden säkerställt att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete där brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt Lex-Sarah anmälningar omhändertas?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet?

3.1 Kvalitetsuppföljning sker genom vård- och omsorgsnämndens ordinarie uppföljningsmoment

Verksamheten följs upp genom de av kommunen beslutade uppföljningsprocesserna. Detta innefattar tertialrapporter, årsredovisning och uppföljning av internkontrollplan. Uppföljningen sker genom verksamhetssystemet Statsys. I den andra tertialrapporten 2023 anges att underliggande mål som tillhör "Trygg och värdig ålderdom" bedöms nå

resultatnivån god måloppfyllelse vilket är en förbättring jämfört med resultatet 2022. Det framgår dock att det saknas uppmätt resultat på de tre nämndmål som avser kvalitet i hemtjänsten, detta eftersom det ska rapporteras vid årets slut.

I tabellen nedan redogörs för de kontrollmoment som ingått i internkontrollplanen 2023 samt uppföljningen av dessa i november 2023.

Kontrollmoment internkontrollplan 2023	Uppföljning av kontrollmoment per 2023-11-10
Att genomförandeplaner för brukare inom hemtjänst och särskilt boende är korrekta (stickprov två gånger per år).	Samtliga genomförandeplaner var korrekta till sitt innehåll.
Att beslutad insats och utförd insats om hjälp i hemmet överensstämmer (stickprov två gånger per år).	Det noterades avvikelser i fem av fem granskade ärenden. Avvikelserna visade sig sedan bero på att brukaren tackat nej till erbjuden insats av olika anledningar.
Att rutin för avvikelser är känd för personal och används korrekt (Uppföljning med medarbetare)	Information om rutinen för avvikelser gavs vid APT i september månad för samtliga verksamheter.

Av protokollgranskning av vård- och omsorgsnämndens protokoll 2023 framgår att nämnden vid ett tillfälle tagit del av muntlig information som avser kvalitetsnyckeltal. Enligt intervjuade avsåg informationspunkten ett diskussionstillfälle gällande vilka nyckeltal som kan tillämpas för att mäta kvalitet, men inget beslut fattades. Det finns ingen övrig specifik uppföljning som omfattar kvalitet.

I verksamheten sker kontinuerlig uppföljning genom ledningsgruppsmöten varannan vecka. Under ledningsgruppsmötena finns möjlighet att delge information och arbeta gemensamt med utmaningar. Informationsdelningen avser både det interna arbetet och extern information från exempelvis nätverksträffar. Vidare kan utmaningar lyftas upp och diskuteras under ledningsgruppsmötena, till exempel bemanningsfrågor.

3.2 Det finns rutiner för avvikelshantering

Inom vård- och omsorgsnämnden finns framtagna rutiner för avvikelshantering och hantering av Lex-Sarah anmälningar. Rutinen för avvikelshantering syftar till att säkerställa att avvikelser rapporteras och hanteras korrekt i verksamhetsystemet Treserva. Rutinen beskriver ansvarsfördelning utifrån olika roller, avvikelshanteringens olika steg samt hur den avvikelshanteringen ska användas i förbättringsarbete. Rutinen för Lex-Sarah anmälningar innehåller även en ansvarsfördelning utifrån olika roller, processens olika steg samt hur det ska användas i utvecklande syfte. Medarbetare får information om rutinerna i samband med introduktionen samt vid APT. Intervjuade upplever att rutinerna är kända i verksamheten. Återföring av resultaten efter utredningar av avvikelser eller Lex-Sarah anmälningar sker muntligt på APT.

Förvaltningschefen meddelar nämnden om eventuellt inkomna avvikelser eller Lex Sarah-anmälningar vid respektive nämndsammanträde. Förutom att nämnden informeras om inkomna avvikelser och anmälningar sker ingen samlad analys av inkomna ärenden. Respektive avvikelse eller Lex Sarah-anmälan ska således hanteras separat för verksamhetsutveckling.

3.3 Brukares synpunkter samlas främst in via Socialstyrelsens enkäter

Inom Oxelösunds kommuns samtliga verksamheter används systemet *Säg vad du tycker* för hantering av synpunkter från kommunens invånare och övriga intressenter. *Säg vad du tycker* är ett arbetssätt för att systematiskt hantera synpunkter på kommunens olika verksamheter. Intervjuade uppger dock att det kommer in få synpunkter genom detta system och vid tidpunkten för granskningen har det inte inkommit någon synpunkt avseende hemtjänsten.

Brukarnas synpunkter samlas in genom Socialstyrelsens årliga brukarundersökningar. Resultatet diskuteras i ledningsgruppen och ska även presenteras för vård- och omsorgsnämnden. Intervjuade beskriver att de för närvarande håller på att diskutera resultatet av årets brukarundersökning. Vi har efterfrågat resultatet från den senaste mätningen men inte fått del av det.

Vidare planerar hemtjänstenheterna att ta fram åtgärdsplaner utifrån resultatet för respektive enhet. Det är inte fastställt hur åtgärdsplanen ska se ut eller när den ska vara klar. Intervjuade är osäkra på om det tidigare har funnits åtgärdsplaner utifrån Socialstyrelsens brukarundersökningar.

3.4 Medarbetares synpunkter samlas in via medarbetarenkäter

Synpunkter från medarbetare samlas i huvudsak in genom medarbetarundersökningarna. Resultatet från medarbetarundersökningarna diskuteras bland annat på APT. Av intervjuer framgår att svarsfrekvensen har varit låg samt att det finns indikatorer på att medarbetare inte fullt ut förstått frågorna. Detta har framkommit då frågorna diskuterats i grupp. Vi har efterfrågat resultatet från den senaste mätningen men inte fått del av det.

3.5 Vår bedömning - uppföljningen av hemtjänsten och förbättringsarbetet behöver systematiseras

Vi bedömer att vård- och omsorgsnämnden inte säkerställt ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete avseende synpunkter och avvikelser. Vi bedömer även att det saknas tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet. Detta är en brist. Bedömningen baseras bland annat på att vård- och omsorgsnämndens uppföljning i stort är begränsad till uppföljning av verksamhetens mål- och budgetprocess och internkontrollplanen. Det finns ingen särskild uppföljning avseende kvalitet. Vi ser positivt på vissa av de parametrar som följs upp men bedömer att detta inte är tillräckligt för att följa kvaliteten i verksamheten. Vi noterar även det sker en bedömning av att målen förväntas uppnås i slutet av året men att det saknas resultat som denna bedömning vilar på. Vi vill återigen lyfta fram behovet av en kvalitetsberättelse, då en sådan kan möjliggöra en systematisk uppföljning av kvalitén.

Vidare baserar vi bedömningen på att det saknas tillräcklig sammanställning och analys av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter i enlighet med SOSFS 2011:9 5 kap. 6 §. Det finns planer på att ta fram en åtgärdsplan utifrån resultatet av Socialstyrelsens brukarundersökning, men vi kan inte se att detta gjorts tidigare eller att det sker sammanställning av andra, liknande, moment. Socialstyrelsen skriver att den som bedriver socialtjänst ska sammanställa och analysera information i syfte att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Att enbart utreda enskilda rapporter, klagomål eller synpunkter på verksamhetens kvalitet kan leda till att problem som finns med verksamhetens styrning inte uppmärksammas fullt ut. Genom att analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter samlat kan även mönster och trender som inte framkommit i utredningen av ett enskilt fall upptäckas.

Socialstyrelsen beskriver vidare att det systematiska förbättringsarbetet kan bestå av riskanalyser, egenkontroll, utredning av rapporter, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder samt förbättring av processer och rutiner. Vi bedömer att vård- och omsorgsnämnden uppfyller delar av detta, så som egenkontroller i form av kontroller i samband med internkontrollplanen. Vi ser dock att arbetet med riskanalyser kopplat till verksamheten i stort samt utredning av rapporter, klagomål och synpunkter kan utvecklas. Det sker riskanalyser kopplat till arbetsmiljö, vilket är positivt, men det kan utvecklas med riskanalyser kopplat till processövergripande hantering. Det är positivt att det finns tydliga rutiner för hantering av avvikelser samt av Lex-Sarah-anmälningar men det finns utvecklingsbehov av sammanställd analys i syfte att identifiera mönster och trender.

4. Samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården

I detta kapitel redogörs för våra bedömningar och iakttagelser kopplat till revisionsfrågan nedan:

- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården?

4.1 Samverkan upplevs fungera bra mellan hemtjänsten och hemsjukvården

Vi noterar att det inte finns några dokumenterade rutiner, riktlinjer eller andra styrande dokument så som överenskommelser avseende samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvården. Intervjuade upplever dock att samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård är god. Det sker kontinuerliga möten mellan parterna där både brukarens situation och det strukturella arbetet diskuteras. Det finns en upplevd god kontakt mellan personal.

4.2 Vår bedömning - det finns en tillräcklig samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården

Vi ser positivt på att det finns en upplevd god samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården. Det sker kontinuerliga möten som inkluderar både det enskilda brukarperspektivet och det mer övergripande arbetssättet. Vi har i denna granskning inte identifierat att det finns tydliga brister i samverkan. Vi noterar dock att det saknas rutiner, riktlinjer eller överenskommelser avseende samverkan. Genom att utveckla gemensamma styrdokument skulle samverkan kunna utvecklas ytterligare. Vi vill dock betona att arbetet med styrdokument inte bör vara i sådan omfattning att det i stället för att öka kvaliteten i verksamheten tynger den med för mycket administrativa uppgifter.

Det saknas centrala och övergripande uppföljningar av samverkan. Genom att följa upp samverkan kan utvecklingsmöjligheter identifieras och åtgärdas.

5. Kortfattade svar på revisionsfrågor

Revisionsfrågor	Svar
Har nämnden säkerställt att det finns ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?	Nej. Vi bedömer att det saknas flera delar i hemtjänstens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete såsom det rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd. Det saknas bland annat en kvalitetsberättelse eller liknande som beskriver vad som gjorts under året, vad som planeras att göras samt resultatet av det som gjorts.
Har nämnden säkerställt att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda?	Delvis. Det finns dokumenterade rutiner och riktlinjer, men det finns delade meningar kring om rutinerna är tillräckliga och lättillgängliga för personalen. Det finns ingen dokumenterad kartläggning av centrala processer. Rutinerna är uppdelade i olika system som kräver manuell hantering.
Hur säkerställs att personalen har tillräcklig kompetens om processer och rutiner?	Vid nyanställningar informeras personal om centrala rutiner och riktlinjer inom hemtjänsten. Vidare informerar den ansvariga för rutinen då dessa har uppdaterats. Information kan även förmedlas på arbetsplatsträffar.
Har nämnden säkerställt att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete där brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt Lex-Sarah-anmälningar omhändertas?	Nej. Det finns rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah-anmälningar. Rutinerna innefattar ansvarsfördelning samt processbeskrivning. Det saknas dock sammanställning av inkomna avvikelser och synpunkter. Vi bedömer att det tyder på att arbetet inte fullt ut har systematiserats. Detta behöver utvecklas. Brukares synpunkter samlas in genom Socialstyrelsens årliga brukarundersökningar. Hemtjänstsenheterna planerar att ta fram åtgärdsplaner utifrån resultatet av Socialstyrelsens årliga brukarundersökning. Anställdas synpunkter hanteras genom medarbetarundersökningar.
Har nämnden säkerställt en tillräcklig samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården?	Ja. Det finns en upplevd god samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården. Det sker kontinuerliga möten som inkluderar både det enskilda brukarperspektivet och det mer övergripande arbetssättet. Det saknas dock rutiner och riktlinjer för samverkan.
Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet?	Nej. Det saknas särskild uppföljning av hemtjänstverksamhetens kvalitet. Det sker enbart uppföljning utifrån vård- och omsorgsnämndens mål och budget samt internkontrollplan. Vi bedömer inte att detta utgör en tillräcklig uppföljning av kvalitén.

Oxelösunds kommun 2024-01-15

Josefine Algotsson
Verksamhetsrevisor, EY

Lina Hedlund
Verksamhetsrevisor, EY

Bilaga 1 - Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna för denna granskning utgörs nedanstående.

Förvaltningslagen (2017:900)

Förvaltningslagen reglerar handläggningen av ärenden när kommunen har rätt att ensidigt besluta om förmån eller skyldighet för den enskilde, även kallat myndighetsutövning. Myndigheten ska vara tillgänglig för kontakter med enskilda och inom sitt verksamhetsområde samverka. Ärendet ska handläggas sakligt och opartiskt och myndigheten ska hjälpa den enskilde att ta vara på sina intressen.

Kommunallagen (2017:725)

Det är enligt 6 kap. 6 § ska nämnderna säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Nämnderna ska även se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt.

Socialtjänstlagen (2001:453)

I 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (SoL) fastställs att insatser ska vara av god kvalitet samt att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För utförande av insatserna ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver socialtjänst ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra kvalitet och det ska framgå vilka processer som kräver samverkan och hur detta ska ske. Föreskrifterna anger också att ett systematiskt förbättringsarbete med riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser ska säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras och bör sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitén har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah

Bestämmelser om lex Sarah återfinns i SoL⁴ och LSS⁵. I socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd framgår att den som är anställd, uppdragstagare, praktikant eller deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program är skyldig att rapportera om missförhållanden och risker för missförhållanden. Information om skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden ska ges till den som omfattas av skyldigheten när han eller hon påbörjar en anställning, ett uppdrag, en praktikperiod eller liknande. Informationen ska därefter ges återkommande.

⁴ 14 kap. 2-7 §§ och 7 kap. 6 § SOL

⁵ 24b-24 g §§ och 23 e §§ LSS

Bilaga 2 - Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Biträdande enhetschef hemtjänst Björntorp
- ▶ Biträdande enhetschef hemtjänst Innerstaden
- ▶ Enhetschef bemanningsenheten
- ▶ Enhetschef hemtjänst Björntorp
- ▶ Enhetschef hemtjänst Innerstaden
- ▶ Förvaltningschef Vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens presidium

Dokument

- ▶ Årshjul 2023 Social- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Bemanningshandbok Oxelösund (utkast)
- ▶ Checklista för säkerhet Björntorp
- ▶ Delegationsordning vård- och omsorgsnämnden 2023
- ▶ Handlingsplan 2023 Björntorp respektive Innerstaden
- ▶ Internkontrollplan vård- och omsorgsnämnden 2023
- ▶ Introduktion vid nyanställning
- ▶ Plan för kompetensförsörjning Social- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Rutin för "säg vad du tycker"
- ▶ Rutin för åtgärder vid fall
- ▶ Rutin för avvikelshantering
- ▶ Rutin för delegering till omvårdnadspersonal
- ▶ Rutin för inskolning av sjuksköterskor
- ▶ Rutin för läkemedelshantering
- ▶ Rutin för Lex-Sarah anmälningar
- ▶ Tertialrapport 2 2023 vård- och omsorgsnämnden
- ▶ Uppföljning av interkontrollplan vård- och omsorgsnämnden maj och november 2023
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens sammanträdesprotokoll 2023-01-01 - 2023-12-13
- ▶ Verksamhetsplan 2023 vård- och omsorgsnämnden

Sammanträdesdatum

Revisionen

Plats och tid

Måndag den 15 januari 2024 kl. 13.00-15.50
Beten 292, Kommunhuset

Närvarande

Benita Vikström, ordf.
Susanne Carlsson
Lars Johansson
Eva-Lena Lindgren
Elisabeth Barkefors
Göran Larsson

Övriga deltagare

Jakob Hallén, EY

Underskrifter	Sekreterare Jakob Hallén	Paragraf	9
	Ordförande Benita Vikström		
	Justerande Eva-Lena Lindgren		

BEVIS

Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ

Revisionen

Sammanträdesdatum

15 januari 2024Datum för
anslagsuppsättandeDatum för
anslagsnedtagandeFörvaringsplats för
protokollet

Kommunstyrelseförvaltningen

Underskrift

.....

Utdragsbestyrkande

Revisionen

§ 9

Dnr REV.2023.11

Beslut om missiv Granskning kvalitet i hemtjänsten

Revisionens beslut

1. Revisionen beslutar att godkänna missiv och Granskning kvalitet i hemtjänsten samt att skicka missiv och granskning till berörd nämnd för svar.

Sammanfattning

Under verksamhetsåret genomför revisionen ett antal fördjupade granskningar. Revisionen uppdrog EY att genomföra en granskning av kvalitet i hemtjänsten.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunen säkerställer ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst. Granskningen har avsett vård- och omsorgsnämnden.

Beslutsunderlag

Missiv Granskning kvalitet i hemtjänsten.
EY Rapport Granskning kvalitet i hemtjänsten.

Beslut till: Kommunsekreterare
Vård- och omsorgsnämnden
Kommunfullmäktige (för kännedom)

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

Jakob Gustaf Arvid Hallén

Undertecknare 1

Serienummer: 19870516xxxx

IP: 147.161.xxx.xxx

2024-01-19 07:33:38 UTC



BENITA VIKSTRÖM

Undertecknare 1

Serienummer: 19551031xxxx

IP: 83.253.xxx.xxx

2024-01-21 15:30:45 UTC



Eva-Lena Lindgren

Undertecknare 1

Serienummer: 19620622xxxx

IP: 188.149.xxx.xxx

2024-01-21 18:30:35 UTC



Detta dokument är digitalt signerat genom **Penneo.com**. Den digitala signeringsdatan i dokumentet är säkrad och validerad genom det datorgenererade hashvärdet hos det originella dokumentet. Dokumentet är låst och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. All kryptografisk information är innesluten i denna PDF, för framtida validering om så krävs.

Hur man verifierar originaliteten hos dokumentet

Detta dokument är skyddat genom ett Adobe CDS certifikat. När du öppnar

dokumentet i Adobe Reader bör du se att dokumentet är certifierat med **Penneo e-signature service** <penneo@penneo.com> Detta garanterar att dokumentets innehåll inte har ändrats.

Du kan verifiera den kryptografiska informationen i dokumentet genom att använda Penneos validator, som finns på <https://penneo.com/validator>

Revisorerna

Till:
Vård- och omsorgsnämnden

För kännedom:
Kommunfullmäktige

Granskning av kvalitet i hemtjänsten

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning med syftet att bedöma om kommunen säkerställer ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst. Granskningen har avsett vård- och omsorgsnämnden. Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden inte säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst. Bedömningen baseras på nedanstående iakttagelser.

- ▶ Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete saknar flera av de delar som rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd. Det saknas bland annat en kvalitetsberättelse eller liknande som beskriver vad som gjorts under året, vad som planeras att göras samt resultatet av det som gjorts.
- ▶ Det finns dokumenterade rutiner och riktlinjer, men det finns delade meningar kring om rutinerna är tillräckliga och lättillgängliga. Det finns ingen dokumenterad kartläggning av centrala processer.
- ▶ Det finns rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah-anmälningar, men det saknas en systematisk uppföljning och sammanställning av resultatet som syftar till att utveckla verksamheten.
- ▶ Hemtjänstsenheterna planerar att ta fram en åtgärdsplan utifrån resultatet av Socialstyrelsens årliga brukarundersökning.
- ▶ Samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården upplevs fungera väl. Det sker kontinuerliga möten som inkluderar både det enskilda brukarperspektivet och det mer övergripande arbetssättet. Det saknas dock rutiner och riktlinjer för samverkan.
- ▶ Det saknas särskild uppföljning av hemtjänstverksamhetens kvalitet. Det sker enbart uppföljning utifrån vård- och omsorgsnämndens mål och budget samt internkontrollplan. Vi bedömer inte att detta utgör en tillräcklig uppföljning av kvalitén.

Utifrån granskningens resultat lämnar vi nedanstående rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- ▶ Säkerställ att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller kraven i lag samt följer Socialstyrelsens allmänna råd och rekommendationer.
- ▶ Säkerställ att nämnden får del av tillräcklig uppföljning för att kunna säkra kvaliteten inom hemtjänsten.
- ▶ Säkerställ att brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt att Lex-Sarah-anmälningar omhändertas på ett fortlöpande och systematiskt sätt för att stärka förbättringsarbetet.

Revisorerna vill särskilt betona vikten av att rutiner och riktlinjer implementeras och fungerar som ett stöd för den utförande personalen.

Rapporten överlämnas härmed till granskad nämnd. Revisorerna önskar svar från vård- och omsorgsnämnden den 15 april 2024.

Oxelösund den 15 januari 2024

För kommunrevisorerna

Benita Vikström
Ordförande

Håkan Lindqvist
Vice ordförande

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

BENITA VIKSTRÖM

Undertecknare 1

Serienummer: 19551031xxxx

IP: 83.253.xxx.xxx

2024-01-16 11:54:16 UTC



Håkan Gunnar Lindqvist

Undertecknare 1

Serienummer: 19490427xxxx

IP: 195.53.xxx.xxx

2024-01-18 16:15:02 UTC



Detta dokument är digitalt signerat genom **Penneo.com**. Den digitala signeringsdatan i dokumentet är säkrad och validerad genom det datorgenererade hashvärdet hos det originella dokumentet. Dokumentet är låst och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. All kryptografisk information är innesluten i denna PDF, för framtida validering om så krävs.

Hur man verifierar originaliteten hos dokumentet

Detta dokument är skyddat genom ett Adobe CDS certifikat. När du öppnar

dokumentet i Adobe Reader bör du se att dokumentet är certifierat med **Penneo e-signature service <penneo@penneo.com>** Detta garanterar att dokumentets innehåll inte har ändrats.

Du kan verifiera den kryptografiska informationen i dokumentet genom att använda Penneos validator, som finns på <https://penneo.com/validator>



Vård- och omsorgsförvaltningen
Therese Karlsson

Kostnader för konsulter samt redovisning av personalomsättning under år 2021 samt 2022

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår att Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisat svar avseende begäran om redovisning av kostnader för konsulter inom verksamheten.

2. Sammanfattning

I Nämndinitiativ från Socialdemokraterna, som lämnades in under nämndsmöte (VON) i september begärdes en redovisning av kostnader kopplat till konsulter i verksamheten från januari till september 2023. Det efterfrågades även en redovisning av motsvarande vakanser inom verksamheten för samma tidsperiod. Ärendet återremitterades 2023-11-21 med begäran om likvärdig redovisning gällande år 2021 och 2022.

Förvaltningen har i detta svar kunnat redovisa samlade kostnader för konsulter inom olika verksamheter för år 2021 och 2022. Där till har förvaltningen kunnat redovisa vakanser till följd av personalomsättning inom olika yrkeskategorier.

Redovisning av konsultkostnader tar upp tjänsterna sjuksköterska, medicinsk ansvarig sjuksköterska, enhetschefer, socialsekreterare samt biståndshandläggare inom socialomsorg och äldreomsorg. Kostnaden uppgår totalt till 6 929 505 år 2021. Motsvarande summa för 2022 är 11 096 092.

Konsulter har anlåtats i förekommande fall när detta ansetts nödvändigt för verksamhetens dagliga drift och där vakanser av olika slag uppstått, dels till följd av att anställda slutat, eller till följd av exempelvis längre tid sjukdom, föräldraledighet eller annan tjänstledighet. Statistik eller andra uppföljningsformer som följer respektive vakans och dess eventuella tillsättning med sådan konsultinsats förs ej fortlöpande i verksamheterna.

Att i efterhand återskapa en koppling mellan konsultkostnad kontra den vakans som vid varje tillfälle avsetts täckas skulle fordra en information och uppföljningsform som tyvärr inte finns tillgänglig.

Vakanser till följd av personalomsättning under den efterfrågade perioden redovisas i en separat tabell uppdelat på yrkeskategori.

3. Beslutsunderlag:

Kostnader för konsulter samt redovisning av personalomsättning inom Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet 2021–2022

Kostnader för konsulter samt redovisning av personalomsättning inom Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet 2023

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Therese Karlsson
Utvecklingsledare

Beslut till:

FC



Kostnader för konsulter samt redovisning av personalomsättning inom Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet 2021–2022

Nedan kostnader som vård- och omsorgsförvaltningen haft konsulter inom verksamheten. Kostnader redovisas under perioderna 2021 samt 2022.

I dokumentet redovisas även de avgångar som skapat vakanser till följd av personalomsättning inom verksamheten.

Den statistik som här redovisas gällande personalomsättning samt de samlade konsultkostnaderna inom olika verksamheter utgör den information som är tillgänglig för förvaltningen. Konsulter har anlitats i förekommande fall när detta ansetts nödvändigt för verksamhetens dagliga drift och där vakanser av olika slag uppstått. Vakanser kan härvid avse såväl tillfällen när personal valt att sluta sin anställning, men även tillfällen där exempelvis längre sjukskrivningar, föräldraledighet eller annan tjänstledighet förevarit. I flera fall kan erfarenhetsmässigt sägas också att en konsult kan ha påbörjat sitt uppdrag för täckande av exempelvis en sjukskrivning eller föräldraledighet, för att därefter övergå till att täcka upp vid en uppsägning, eller liknande kedjor av händelser inom aktuella verksamheter. Att i efterhand återskapa en koppling mellan respektive konsultkostnad kontra den vakans som vid varje tillfälle avsetts täckas skulle fordra en information och uppföljningsform som tyvärr inte finns tillgänglig.

Redovisning sjuksköterskor

Verksamheten har använt sig av tre olika konsultföretag för att täcka behov av sjuksköterska. Delsummor till de olika konsultföretagen enligt nedan; *(Alla summor i följande sammanställning redovisas i antal kronor)*

Bolag	Kostnad 2021	Kostnad 2022
Albins krafter	80 224	595 042
AnnSam AB	195 399	-
Vårdkuriren Bemanning	4 953 024	2 856 240

Detta ger en slutsumma på;

5,228 647 för 2021

3,460 283 för 2022.

Redovisning biståndshandläggare

Verksamheten har använt sig av ett konsultföretag för att täcka behov av biståndshandläggare enligt nedan;

Bolag	Kostnad 2021	Kostnad 2022
Agila Social Care	67 151	477 906

Detta ger en slutsumma på;

67,151 för 2021

477,906 för 2022.

Redovisning socialsekreterare och enhetschefer inom Socialomsorg

Verksamheten har använt sig av tre olika konsultföretag för att täcka behov av socialsekreterare och enhetschef. Delsummor till de olika konsultföretagen;

Bolag	Kostnad 2021	Kostnad 2022
Care On Demand	-	518 422
Dedicare Sverige	202 170	4 140 497
Public People AB	119 425	257 550

Detta ger en slutsumma på;

321,595 för 2021

4,916 469 för 2022

Redovisning enhetschefer samt MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) inom Äldreomsorg

Verksamheten har använt sig av två olika konsultföretag för att täcka behov av enhetschefer samt MAS i verksamheten där behov uppstår. Delsummor till de olika konsultföretagen;

Bolag	Kostnad 2021	Kostnad 2022
Agila Social Care	-	1 196 383
Public People AB	1 312 112	1 045 050

Detta ger en slutsumma på;

1 312 112 för 2021

2 241 434 för 2022

Redovisning total kostnad

Sammantaget ligger kostnaden för konsulter inom ovan redovisade områden för 2021 på 6 929 505. Motsvarande summa för 2022 är 11 096 092. Även andra former av konsulttjänster kan förekomma inom förvaltningens verksamheter, men där sådana inte har karaktären av bemanning vid vakanser.

Avgångar/Vakanser inom verksamhet

Nedan följer en redovisning av de avgångar som skett under 2021 samt 2022 inom respektive yrkeskategori.

Antalet pensionsavgångar för respektive år enligt följande:

2021: 8 st

2022: 10 st

Yrkeskategori	Totalt antal avgångar 2021	Totalt antal avgångar 2022
Ledning Äldreomsorg	9	12
Handläggare IT/Övr verksamhet	3	3
Sjuksköterska	12	10
MAS	1	0
Undersköterska	27	20
Vårdbiträde	7	5
Arbetsterapeut/Fysioterapeut	1	3
Socialsekreterare	12	8
Stödassistent	4	5
Personlig assistent	16	0
Behandlingsassistent/socialpedagog	4	4
Arbetsmarknadskonsulent	0	0
Administratör	1	0
Skötare socialpsykiatri	0	1
Familjerådgivare	0	1
Fältsekreterare	0	1

Katarina Haddon
Förvaltingchef



Kostnader för konsulter inom Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet 2023

På begäran redovisas nedan de kostnader som vård- och omsorgsförvaltningen haft kopplat till konsulter inom verksamheten. Kostnader redovisas under perioden 230101-230930 då det är dessa uppgifter som finns tillgängliga vid dagens datum.

Redovisning sjuksköterskor

Verksamheten har använt sig av tre olika konsultföretag för att täcka behov av sjuksköterska. Delsummor till de olika konsultföretagen;

Bolag	Kostnad
Albins krafter	513 782,36
Safe Bemanning	546 932,87
Vårdkuriren Bemanning	3 044 914,73

Detta ger en slutsumma på **4 105 629,96** för konsultkostnad sjuksköterska.

Redovisning biståndshandläggare

Verksamheten har använt sig av två olika konsultföretag för att täcka behov av biståndshandläggare. Delsummor till de olika konsultföretagen;

Bolag	Kostnad
CareOnDemand	1 754 111,90
Dedicare Sverige	415 758,00

Detta ger en slutsumma på **2 169 869,90** för konsultkostnad biståndshandläggare.

Redovisning socialsekreterare och en enhetschef inom Socialomsorg

Verksamheten har använt sig av två olika konsultföretag för att täcka behov av socialsekreterare och enhetschef. Delsummor till de olika konsultföretagen;

Bolag	Kostnad
CareOnDemand	5 598 077,28
Dedicare Sverige	915 520,50

Detta ger en slutsumma på **6 513 597,78** för konsultkostnad socialsekreterare/enhetschef socialomsorg.

Redovisning enhetschefer samt MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) inom Äldreomsorg

Verksamheten har använt sig av fem olika konsultföretag för att täcka behov av enhetschefer samt MAS i verksamheten där behov uppstått. Delsummor till de olika konsultföretagen;

Bolag	Kostnad
Agila social	121 864,87
CareOnDemand	613 535,35
Medsources AB	297 605,75
Public People AB	338 056,62
Vårdlänken bemanning	690 288,12

Detta ger en slutsumma på **2 061 350,71** för konsultkostnad enhetschefer mfl. Inom äldreomsorg.

Redovisning total kostnad

Sammanlagt ligger kostnaden för konsulter inom ovan redovisade områden för perioden 230101–230930, på en total kostnad: 14 850 448.

Om man ska se på resterande delen av året utifrån dessa kostnader måste man ta vissa saker med i beräkningen. En inhyrd konsult kan enkelt sägas kosta tre gånger mer än motsvarande vad en anställd personal kostar. Ett flertal enhetschefer, biståndshandläggare, socialsekreterare, sjuksköterskor har anställts inom vård och omsorg och således har flertalet konsultuppdrag avslutats eller kommer att avslutas.

Det har också varit viktigt för förvaltningen att vid varje tillfälle som en konsult ska anlitas göra en särskild bedömning av att ett behov verkligen föreligger.

Katarina Haddon
Förvaltingchef

Oxelösunds kommun
Vård- och omsorgsnämnden
613 81 Oxelösund

Vårdgivare och huvudman

Oxelösunds kommun

Ärendet

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

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO:s bedömning är att vårdgivaren efter redovisning har vidtagit åtgärder som ger förutsättningar att komma till rätta med de brister som IVO har konstaterat. Redovisningen innehåller såväl pågående som planerade åtgärder, metoder för uppföljning och till viss del effekter av genomförda åtgärder. IVO kan konstatera att vårdgivaren även visat på hur vårdgivaren i sin egenkontroll har för avsikt att säkerställa att vidtagna åtgärder får avsedd effekt.

IVO påpekar dock att utifrån kravet på god vård ska en sjuksköterska, även om en planering för patienten avseende vård i livets slutskede finns beslutad av läkare, i normalfallet ta ny kontakt med läkare innan åtgärder enligt planen vidtas. Detta kan underlåtas endast i undantagsfall. Vårdgivaren har i sin redovisning uppgett att rutinen för läkemedelshantering har förtydligats med att palliativ vård alltid ska föregås av en läkarkontakt. De ordinationer som ges av läkaren ska alltid vara tidsbestämd till maximalt en månad. Om inte ordinationen är tidsbestämd ska sjuksköterska kontakta patientansvarig läkare för ny ordination. Ordinationen ska kopplas till patientens tillstånd och följas upp vid förändringar.

Av redovisningen framgår exempelvis att vårdgivaren har vidtagit åtgärder för att säkerställa delegering av läkemedelshantering. Egenkontroll kommer från och med våren 2024 ske i form av stickprovskontroller vilket innebär att den som har delegerat en arbetsuppgift gör en kontroll av hur den delegerade arbetsuppgiften utförs utifrån en specifik mall. Vidare har vårdgivaren infört att uppföljande samtal med den som mottagit en delegering ska ske efter en månad och därefter minst en gång per år.

IVO påtalar vikten av att vårdgivaren i enlighet med sin redovisning faktiskt utvärderar vilken effekt de vidtagna åtgärderna får för patienterna och vid behov vidtar ytterligare åtgärder. Att kontrollera effekterna av insatta åtgärder för att komma till rätta med bristerna ingår i den egenkontroll som ska utföras inom ramen för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

IVO vidtar inga fortsatta åtgärder i nu aktuellt ärende men kan komma att följa upp beslutet.

Ytterligare information

I tillsynen har IVO granskat individuell bedömning och kompetensnivå, dokumentation och personalkontinuitet, läkemedelshantering och vård i livets slutskede.

Av IVO:s beslut i ärendet, fattat den 1 februari 2023, framgick följande bristpunkter:

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård.
- Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt.
- Brytpunktsamtal dokumenteras inte alltid i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

Av IVO:s beslut i ärendet, fattat den 15 juni 2023, framgick följande bristpunkter:

- Nämndens redovisning är inte tillräcklig inom följande områden:
 - Delegering
 - Genomförande av brytpunktssamtal
 - Att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare.
- Det saknas tillräckliga uppgifter om när och hur nämndens redovisade åtgärder kommer att följas upp.

Underlag

- Beslut med begäran om återredovisning daterat 2023-02-01
- Beslut med begäran om återredovisning daterat 2023-06-15
- Återredovisning från Vård- och omsorgsnämnden i Oxelösunds kommun som inkommit till IVO 2024-02-29

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lennart Pettersson. I den slutliga handläggningen har inspektören Anna Hagelbäck deltagit. Inspektören Kerstin Nilsson har varit föredragande.

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

Vård- och omsorgsnämnden

Sammanträdesdatum

2024-04-23

(7)

Dnr VON.2024.3

Redovisning av delegationsbeslut

Vård- och omsorgsnämndens beslut

Redovisning av delegationsbesluten godkänns.

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden har överlåtit sin beslutanderätt i vissa frågor till utskott, ordförande och tjänstemän enligt en av Vård- och omsorgsnämnden antagen delegationsordning. Dessa beslut skall redovisas till Vård- och omsorgsnämnden.

Redovisningen innebär inte att Vård- och omsorgsnämnden får ompröva eller fastställa delegationsbesluten. Däremot står det Vård- och omsorgsnämnden fritt att återkalla en lämnad delegation.

Vård- och omsorgsnämnden föreläggs utövad delegationsrätt från

Biståndshandläggare/ Enhetschef	Februari och mars	Särskilt boende, hemtjänst, matdistr, larm, daglig verksamhet, korttidsvistelse
Avgiftshandläggare/ Färdtjänsthandläggare	Januari och mars	Avgiftsbeslut, färdtjänst, riksfärdtjänst,
LSS-handläggare	Januari och mars	Personlig assistans, daglig verksamhet, korttidsvistelse, ledsagarservice, kontaktpers
Socialtjänst IFO	Januari och mars	Försörjningsstöd, utredn, behandling

Ärendemening / ärendenummer	Ansvarig	Beslutsdatum och §	Uppdrag/sammanfattning	B/MI	Uppdrag klart/återrapportering
Information om Ukraina			Muntlig information	MI	Paus
Kö till särskilt boende			Muntlig redovisning	MI	Varje nämnd
Hemtjänsten		2013-08-26	Muntlig redovisning	MI	Varje nämnd
Lex Sarah/Lex Maria			Muntlig information	MI	Varje nämnd
Statistik i verksamheterna			Muntlig information	MI	Varje nämnd
Handlingsplaner med mål och mått			Information	MI	Maj, delår, november, bokslut
MAS rapport				MI	April, augusti och december
Ekonomisk uppföljning	Pål Näslund	2015-11-27	Uppföljning varje månad muntlig föredragning Uppföljning för beslut per mars, april och oktober	MI B	Varje nämnd förutom feb och december April, Maj och november
Redovisning åtgärder/orsaker sjukskrivningstal	HR	2017-08-30		MI	April, augusti och december

Datum
2024-04-23

Välfärdsteknik		2017-05-30 2019-03-26	Plan för fortsatt införande - återrapport	MI	Augusti 2024
Kompetensförsörjningsplan			Muntlig information	MI/	Maj 2024
Digitala arbetsprov/språkbud		2020-11-24	Uppföljning	MI	April 2024
Socialtjänst och skola i samverkan	Katarina Haddon	2019-11-26		MI	April 2024
Uppdrag att utreda verksamheten Daglig verksamhet		2023-11-21		B	April 2024
Uppdrag att utreda Riktlinjer för bedömning av bistånd till äldre enligt SoL		2023-11-21		B	April 2024
Uppföljning externa utförare			Förtecknas och redovisas för nämnden - årlig		Q4 2024
Revidering av riktlinjer för samverkan mellan Vof, Kff och Uf			Återremiss på Von 2023-11-21. Ska kompletteras med 1. Tydlig ansvarsfördelning i individärenden, respektive i organisatoriska ärenden. 2. Struktur och arbetsmetoder för att sätta och uppnå gemensamma mål, följa upp och utvärdera resultat. 3. Sekretessregler och hur de hanteras i avvaktan på ny lagstiftning.		Q4 2024