

Vård- och omsorgsnämnden

Tid och plats: Vård- och omsorgsnämnden kallas till sammanträde 2025-05-27 kl. 13.15 i kommunhuet, rum Hävringe

Katarina Berg
 Ordförande

Agnetha West
 Sekreterare

Nr	Ärendemening	Föredragning	Sidnr/Anm
1	Information om verksamheten från Brottofferjouren	13.20-13.40	
2	MAS rapport	13.40 - 13.55 Fredrik Landeblad	
3	Ordförande informerar	13.55 - 14.00 Katarina Berg	
3	Förvaltningschefens rapport <ul style="list-style-type: none"> • Lex Sarah/Lex Maria • Statistik i verksamheterna • Handlingsplaner med mål och mått • Kö till särskilt boende 	14.00 - 14.45 Katarina Haddon	
5	Budgetuppföljning per april		2
6	Kvalitetsberättelse 2024	15.00-15.15 Alexandra Westin	14
7	Uppföljning internkontrollplan 2025		23
8	Revidering av riktlinjer för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar		33
9	Revidering av delegations- och verkställighetsordning utifrån ny Socialtjänstlag		*)
19	Beslut gällande insatser utan behovsprövning inför införandet av nya Socialtjänstlagen		*)
11	Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)		40
12	Redovisning av delegationsbeslut		43
13	Balanslista och årshjul		44

*) Handlingar skickas ut senare under veckan

Datum
2025-05-15Dnr
VON.2025.4OXL2
621
v 1.0
2007-
03-13Vård- och omsorgsförvaltningen
Lena Lundin
0155-385 04

Vård- och omsorgsnämnden

Budgetuppföljning 2025

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens beslut

Uppföljning per april godkänns.

2. Sammanfattning

Ekonomisk uppföljning

Verksamheten i Vård- och omsorgsnämnden (VON) bedrivs genom Vård- och omsorgsförvaltningen (VOF).

Resultatutfallet för Vård- och omsorgsförvaltningen ackumulerat per den sista april uppgår till -1,5 mkr. Resultatprognosen för helåret utgörs av ett nollresultat där verksamheterna totalt sett bedöms kunna kompensera under året för det nu aktuella underskottet.

God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning

Arbetet med de beslutade aktiviteterna pågår. Inga aktiviteter har tillkommit eller tagits bort. En enhet har pausat någon aktivitet sedan uppföljningen per mars på grund av andra prioriteringar under våren.

Bedömningen är att förvaltningen med denna genomförandetakt hinner slutföra alla planerade aktiviteter i handlingsplanen för samtliga kommunmål.

Beslutsunderlag

Rapport uppföljning VON per april 2025.

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Beslut till:

KS/KF
Förvaltningschef
Verksamhetsekonom

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning per april 2025



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Förvaltningsberättelse.....	3
Händelser av väsentlig betydelse.....	3
God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning.....	3
Uppföljning av nämndernas driftredovisning.....	6
Helårsprognos per verksamhet.....	6
Helårsprognos per kontogrupp.....	7
Risker.....	8
Investeringsredovisning.....	9
Bilaga 1 - Sammanställning aktivitetsstatus för respektive nämndmål per kommunmål.....	10
Mod och framtidstro.....	10
Trygg och säker uppväxt.....	10
God folkhälsa.....	10
Trygg och värdig ålderdom.....	10
Attraktiv bostadsort.....	11
Hållbar utveckling.....	11

Inledning

Förvaltningsberättelse

Händelser av väsentlig betydelse

Väsentliga händelser under året

Väsentliga händelser under året: januari till och med april

- **LOV** - Fortsatt arbete med omhändertagande av inkomna ansökningar samt förberedelser inom förvaltningen. Under april har en extern utförare godkänts. Denna kommer att bli valbar från 1 juni.
- **E-tjänst för ansökan om ekonomiskt bistånd** – Tjänsten är nu i full drift och möjliggör elektronisk ansökan för sökande.
- **Organisationsjustering** – Förvaltningen har justerat organisationen för att kunna uppnå bästa ekonomiska hushållning samt erbjuda en god arbetsmiljö.
- **Nära vård** – Ett välfärdsbibliotek, där seniorer över 65 år kostnadsfritt kan låna teknikprodukter såsom robotdammsugare, surfplatta, blodtrycksmätare med mera, har startats upp på Koordinaten.

God ekonomisk hushållning och ekonomisk ställning

Utvärdering av kommunmål - "Den röda tråden"

Uppföljning per kommunmål

Mod och Framtidstro

Aktivitet per kommunmål

(70 st)



▶ Pågående **69 st** (99%)

✓ Avslutad **1 st** (1%)

Kommunmålsbeskrivning:

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.

Måluppfyllelse och kommentar



Arbetet med de beslutade aktiviteterna pågår. Inga aktiviteter har tillkommit, tagits bort eller pausats sedan uppföljningen per mars.

Bedömningen är att förvaltningen med denna genomförandetakt hinner slutföra alla planerade aktiviteter i handlingsplanen för kommunmålet - Mod och framtidstro.

Trygg och säker uppväxt

Aktiviteter per kommunmål

(6 st)



 Pågående **6 st** (100%)

Kommunmålsbeskrivning:

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.

Måluppfyllelse och kommentar



Arbetet med de beslutade aktiviteterna pågår. Inga aktiviteter har tillkommit, tagits bort eller pausats sedan uppföljningen per mars.

Bedömningen är att förvaltningen med denna genomförandetakt hinner slutföra alla planerade aktiviteter i handlingsplanen för kommunmålet - Trygg och säker uppväxt.

God folkhälsa

Aktiviteter per kommunmål

(17 st)



 Pågående **17 st** (100%)

Kommunmålsbeskrivning:

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.

Måluppfyllelse och kommentar



Arbetet med de beslutade aktiviteterna pågår. Inga aktiviteter har tillkommit, tagits bort eller pausats sedan uppföljningen per mars.

Bedömningen är att förvaltningen med denna genomförandetakt hinner slutföra alla planerade aktiviteter i handlingsplanen för kommunmålet - God folkhälsa.

Trygg och värdig ålderdom

Aktiviteter per kommunmål

(16 st)



 Pågående **16 st** (100%)

Kommunmålsbeskrivning:

Det är värdigt, tryggt och säkert att åldras i Oxelösund. I Oxelösund innebär det att äldre med behov av stöd erbjuds möjlighet att bo kvar i egen bostad och att äldre har inflytande över hur beviljade insatser utförs. Insatser till äldre ska vara av god kvalitet, individriktade samt ges med gott bemötande.

Måluppfyllelse och kommentar



Arbetet med de beslutade aktiviteterna pågår. Inga aktiviteter har tillkommit, tagits bort eller pausats sedan uppföljningen per mars.

Bedömningen är att förvaltningen med denna genomförandetakt hinner slutföra alla planerade aktiviteter i handlingsplanen för kommunmålet - Trygg och värdig ålderdom.

Attraktiv bostadsort

Aktiviteter per kommunmål

(8 st)



▶ Pågående 8 st (100%)

Kommunmålsbeskrivning:

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.

Måluppfyllelse och kommentar



Arbetet med de beslutade aktiviteterna pågår. Inga aktiviteter har tillkommit, tagits bort eller pausats sedan uppföljningen per mars.

Bedömningen är att förvaltningen med denna genomförandetakt hinner slutföra alla planerade aktiviteter i handlingsplanen för kommunmålet - Attraktiv bostadsort.

Hållbar utveckling

Aktiviteter per kommunmål

(53 st)



▶ Pågående 49 st (92%)

⏸ Vänteläge 1 st (2%)

✓ Avslutad 3 st (6%)

Kommunmålsbeskrivning:

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.

Måluppfyllelse och kommentar



Arbetet med de beslutade aktiviteterna pågår. Inga aktiviteter har tillkommit eller tagits bort. En enhet har pausat någon aktivitet sedan uppföljningen per mars på grund av andra prioriteringar under våren.

Bedömningen är att förvaltningen med denna genomförandetakt hinner slutföra alla planerade aktiviteter i handlingsplanen för kommunmålet - Hållbar utveckling.

Uppföljning av nämndernas driftredovisning

Helårsprognos per verksamhet

VOF, verksamhetsindelad redovisning (2 positioner)								
Verksamhet	Helårsprognos Anslag	Helårsprognos Intäkt	Helårsprognos Kostnad	Helårsprognos Avvikelse	Ack utfall Anslag	Ack utfall Intäkt	Ack utfall Kostnad	Ack utfall Avvikelse
11 Nämndverksamhet	1 053	0	-1 053	0	351	0	-313	38
27 Miljö- o hälsoskydd	230	135	-365	0	77	13	-65	25
50 Gem administrativ	7 128	0	-7 128	0	2 328	8	-2 114	222
51 Projekt ESF	0	0	0	0	0	0	0	0
54 Individ och familjeomsorg	67 243	2 583	-70 766	-940	22 092	270	-23 189	-828
55 Vård o omsorg SoL och HS	210 379	43 528	-254 830	-923	67 644	13 492	-84 147	-3 010
56 Insatser enligt LSS	64 248	4 731	-67 616	1 363	20 927	1 594	-21 222	1 299
57 Färdtjänst/Riks färdtjänst	2 207	152	-2 359	0	736	49	-709	75
58 Förebygg verksamhet	1 822	30	-1 852	0	583	12	-363	231
59 Vård o Omsorg/LSS	0	0	0	0	0	0	0	0
62 Flyktmottagande	-15	3 419	-2 904	500	-8	1 046	-825	213
63 Arbetsmarknadsåtgärder	3 729	1 440	-5 169	0	1 223	690	-1 713	200
	358 024	56 018	-414 042	0	115 952	17 174	-134 660	-1 534

Vård- och omsorgsförvaltningens resultatutfall ackumulerat per den sista april uppgår till -1,5 mkr. Resultatprognosen för helåret utgörs av ett nollresultat där verksamheterna totalt sett bedöms kunna kompensera under året för det nu aktuella underskottet.

Ur den verksamhetsindelade redovisningen kan noteras följande resultatutfall med kommentar kring dess bedömda helårsprognos.

Individ och familjeomsorg (kod 54), resultatutfall -0,8 mkr, helårsprognos -0,9 mkr. Verksamhetsområdet innefattar huvudsakligen missbruksvård vuxen, barn och ungdomsvård, ekonomiskt bistånd samt annan omsorg inom socialtjänstens område.

Det aktuella underskottet hänför sig främst till högre placeringskostnader än budgeterat avseende såväl vuxen som barn och unga och där ytterligare underskott väntas tillkomma under året. Inom verksamhetsområdet väntas dock bidragsmedel kunna kompensera för andra typer av kostnader på så sätt att det samlade underskottet prognostiseras till totalt -0,9 mkr. Således noteras inom underliggande verksamheter nedanstående utfalls- och prognosvärden.

Missbruksvård vuxna (kod 541), resultatutfall -0,9 mkr, helårsprognos -1,6 mkr.

Barn- och ungdomsvård (kod 542), resultatutfall -0,5 mkr, helårsprognos -0,4 mkr.

Övrig individ och familjeomsorg (kod 540,4,5), resultatutfall 0,7 mkr, helårsprognos 1,1 mkr.

Vård- och omsorg SoL och HSL (kod 55), resultatutfall -3,0 mkr, helårsprognos -0,9 mkr. Verksamhetsområdet innefattar huvudsakligen äldreomsorg inom ordinärt och särskilt boende samt övrig omsorg riktad till äldre.

Det aktuella underskottet hänför sig främst till högre personalkostnader än budgeterat inom särskilda boenden och hemtjänst. Även kostnader för inhyrd personal avseende främst sjuksköterskor, chefstjänster och biståndshandläggning överskrider budget och där dessa underskott beräknas bestå under året. Inom verksamhetsområdet förväntas dock bidragsmedel kunna kompensera för delar av fördyrande konsultkostnader samt andra typer av kostnader. Detta tillsammans med utökade hyresintäkter beräknas reducera underskottet till totalt -0,9 mkr. Således noteras inom underliggande verksamheter nedanstående utfalls- och prognosvärden.

Äldreomsorg ordinärt boende (kod 551), resultatutfall -1,9 mkr, helårsprognos -0,7 mkr.

Äldreomsorg särskilt boende (kod 552), resultatutfall -1,3 mkr, helårsprognos -0,2 mkr.

Insatser enligt LSS (kod 56), resultatutfall 1,3 mkr, helårsprognos 1,4 mkr. Verksamhetsområdet innefattar huvudsakligen gruppboende, personlig assistans, korttidsboende och daglig verksamhet inom LSS-området.

Det aktuella överskottet hänför sig främst till lägre kostnader än budgeterat för externa utförare inom personlig assistans och där dessa överskott beräknas bestå under året.

Integration (kod 62), resultatutfall 0,2 mkr, helårsprognos 0,5 mkr. Verksamhetsområdet innefattar huvudsakligen mottagning, boenden och ekonomiskt bistånd riktade till flyktingar.

Det aktuella överskottet hänför sig främst till högre intäkter än budgeterat från Migrationsverket och där ett överskott i förhållande till kostnaderna beräknas kunna uppnås för helåret.

Helårsprognos per kontogrupp

VOF, kontogrupsindelad redovisning						
Kontogruppering	Årsbud	Årsprogn	Diff	Ack bud	Ack utf	Ack diff
Avgifter 31100-31990	11 430	11 430	0	3 810	3 739	-71
Bidrag 35100-35999	12 486	16 778	4 292	4 179	4 304	125
Övrigt rest kkl 3	27 170	27 810	640	9 057	9 131	75
Anslag 39990	358 024	358 024	0	115 952	115 952	0
Summa Intäkter	409 110	414 042	4 932	132 998	133 127	129
Personal 50000-56330	-272 647	-272 647	0	-87 510	-85 626	1 885
Lokaler 60110-20,61320	-43 690	-43 690	0	-14 563	-14 338	225
Köp av verksamhet 46300-8	-27 356	-28 020	-664	-9 119	-9 566	-448
Övrigt rest kkl 4-8	-65 417	-69 685	-4 268	-21 806	-25 130	-3 325
Summa Kostnader	-409 110	-414 042	-4 932	-132 998	-134 660	-1 663
RAPPORTTOTAL	0	0	0	0	-1 534	-1 534

Ur den kontogrupsindelade redovisningen kan bedömning göras för hur olika intäkter och kostnader beräknas utvecklas under året i förhållande till sin budget. Baserat på det aktuella utfallet noteras följande avvikelser enligt prognosen för helåret.

Bidragsintäkter, utfallet överskrider budget med 0,1 mkr. Prognos för helåret anger ett förväntat överskott på 4,3 mkr.

Bidragsintäkterna väntas öka i förhållande till budget där flera olika bidragstyper ansökts eller erhållits under våren 2025. Dessa bidrag väntas delvis också kunna kompensera för fördyrande kostnader inom de aktuella verksamheterna. Vid tillfället när budgeten läggs är sådana bidragsformer inte sällan okända eller ännu ej definitivt beslutade, varför en positiv resultateffekt i förhållande till budget kan vara möjlig under året. Av sökta eller erhållna bidrag kan bland annat nämnas, Äldreomsorgslyftet, Säkerställa god vård om äldre, Förebyggande socialtjänst, God och nära vård, Subvention för placeringar inom barn och ungdomsvården.

Övriga intäkter, utfallet överskrider budget med 0,1 mkr. Prognos för helåret anger ett förväntat överskott på 0,6 mkr.

Kontogruppen övriga intäkter beräknas öka i förhållande till budget främst med anledning av att en tomställd avdelning inom särskilt boende hyrs ut under året till annan intressent, vilket genererar tillkommande intäkter till verksamheten.

Personalkostnader, utfallet underskrider budget med 1,9 mkr. Prognos för helåret anger att dessa kostnader beräknas motsvara sin totala budget.

Verksamheterna inom äldreomsorgen för såväl ordinärt som särskilt boende visar högre personalkostnader än budgeterat under inledningen av året. Denna typ av kostnadsöverdrag beräknas fortsätta under viss tid för att därefter stabiliseras inom sin budget. Sådana kostnadsöverdrag kompenseras dock till delar av tillfälliga vakanser inom andra verksamheter men som i flera fall behöver täckas av konsulter och inhyrd bemanning. Vakanta tjänster som tillsätts under året tillsammans med den kostnadsbelastning som sommarperioden erfarenhetsmässigt kan medföra gör att prognosen beräknats med viss försiktighet i dessa avseenden.

Kostnader för köp av verksamhet, utfallet överskrider budget med 0,4 mkr. Prognos för helåret anger ett förväntat kostnadsöverdrag på 0,7 mkr.

Kostnader för placeringar inom missbruksvård för vuxna samt barn- och ungdomsvården överskrider budget och väntas så fortsätta att göra under viss tid. Dessa kostnader kompenseras dock till del av att utförare inom personlig assistans beräknas underskrida sin kostnadsbudget.

Övriga kostnader, utfallet överskrider budget med 3,3 mkr. Prognos för helåret anger ett förväntat

kostnadsöverdrag på 4,3 mkr.

I huvudsak hänför sig det beräknade kostnadsöverdraget till högre kostnader än budgeterat avseende inhyrd personal och konsultstöd inom verksamheterna för socialtjänst och sjuksköterskor. Till delar beräknas dock denna typ av fördyrande kostnader kunna kompenseras av bidragsintäkter.

Risker

Vid bedömningen av aktuella risker och möjligheter som kan påverka resultatet för 2025 noteras nedanstående områden mer specifikt.

Förvaltningen kan se att sjuklönekostnaderna är lägre än föregående års höga nivåer. Det är väsentligt att dessa fortsätter att sänkas vilket annars kan leda till totala personalkostnader som överskrider vad som budgeterats.

Flera av verksamheterna inom förvaltningen är känsliga för inflation och där stigande priser ökar kostnadsbelastningen för inköp av mat och förnödenheter inom bland annat särskilda boenden, gruppbostäder och andra tillhandahållna boendeformer.

En stigande inflation kan även leda till fördyrade personalkostnader såväl till följd av avtal som 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.

Den allmänna konjunkturen och omvärldsläget kan leda till stigande 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.

Från 2025 tillämpas lagen om valfrihet (LOV) inom kommunens hemtjänst. Mot denna bakgrund är det viktigt att förvaltningen kan utföra dessa tjänster inom den ekonomiska ersättning som LOV förutsätter. Även är det viktigt att förvaltningen på ett adekvat sätt kan definiera de förväntade behoven i sin handläggning av biståndsbeslut.

Åtaganden avseende mottagning från Ukraina förväntas fortsätta och där nya regler för mantalsskrivning kan leda till ökade kostnader för kommunerna, bland annat i form av ökat behov av försörjningsstöd.

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

Omorganisation för delar av verksamheterna för en bättre och tydligare ansvarsindelning i förhållande till verksamheternas olika behov.

Fortsatt fokus på verksamhetsstöd inom bemanningsekonomi för effektiv schemaläggning och resursplanering.

Vidareutveckling av bemanningshandboken för en hög grad av likformighet, men också anpassning till verksamheternas individuella behov där så krävs.

Kontinuerliga uppföljningar för att minska ohälsa och sjukfrånvaro.

Rekrytering till vakanta tjänster för att minska konsultkostnader.

Nyttjande av bidragsmedel, bland annat 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.

Investeringsredovisning

Nedan tabell visar aktuellt utfall avseende investeringar för Vård- och omsorgsnämnden.

Investeringar 2025

[mkr]



Vård- o omsorgsnämnden	Helårs- budget 2025	Utfall ack apr	Helårs- prognos 2025
SO, Digitalisering och IT	0,5	0,0	0,5
SO, Inventarier	1,0	0,0	1,0
SO, Utrustning	0,1	0,0	0,1
ÄO, Digitalisering och IT	0,5	0,1	0,5
ÄO, Inventarier	1,3	0,0	1,3
ÄO, Utrustning	0,3	0,0	0,3
Summa	3,7	0,1	3,7

Det aktuella utfallet innefattar investeringar i ett utökat antal nycklar till medicinskåpen för att tillgodose verksamhetens behov av en säker och spårbar läkemedelshantering.


Den tidigare äskade tilläggsbudgeten 2025 på totalt 0,4 mkr har beviljats och avser kompletterande inventarier och lokalanpassningar för socialpsykiatri, samt friggebod med tillhörande installation och inredning inom daglig verksamhet. Dessa tilläggsbudgeterade medel tillsammans med de ordinarie budgetmedlen ger härvid den totala budgetramen 3,7 mkr för året. I dagsläget har förvaltningen ingen annan förväntan än att dessa medel kommer att nyttjas i sin helhet under året.

Bilaga 1 - Sammanställning aktivitetsstatus för respektive nämndmål per kommunmål



Mod och framtidstro

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Införa digitala lösningar som frigör tid för medarbetare, exempelvis digitalisera insatser samt att utveckla förmågan att använda data för analys och att automatisera administrativa processer.	—	(16 st)  % ▶ Pågående 16 st (100%)
Kompetensförsörjningsplanen ska implementeras och vara väl känd i förvaltningens alla led för att öka medarbetarengagemanget inom området.	—	(54 st)  % ▶ Pågående 53 st (98%) ✔ Avslutad 1 st (2%)




Trygg och säker uppväxt

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Den förebyggande verksamheten riktad till barn och unga ska öka jämfört med föregående år.	—	(6 st)  % ▶ Pågående 6 st (100%)



God folkhälsa

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Förvaltningen ökar deltagandet i nationella brukarundersökningar som genomförs inom förvaltningens område.	—	(11 st)  % ▶ Pågående 11 st (100%)
Införa proaktiva och hälsofrämjande insatser som stödjer invånaren att använda sina egna förmågor och resurser för ett fortsatt tryggt och självständigt liv.	—	(6 st)  % ▶ Pågående 6 st (100%)

Trygg och värdig ålderdom

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Samverkan mellan förvaltningen och civilsamhället ska utvecklas.	—	(4 st)  % ▶ Pågående 4 st (100%)
Förvaltningen fokuserar på utbildningsinsatser för trygg, delaktig och personcentrerad vård och omsorg.	—	(2 st)  % ▶ Pågående 2 st (100%)
Tryggheten bland brukare med stöd från hemtjänsten eller boende på SÄBO är minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner.	—	(10 st)  % ▶ Pågående 10 st (100%)

Attraktiv bostadsort

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Förvaltningen bibehåller och ökar antalet företag knutna till jobbcoachernas företagsbank jämfört med tidigare år.	—	(3 st)  % ▶ Pågående 3 st (100%)
Öka digital tillgänglighet för bättre upplevelse av service.	—	(5 st)  % ▶ Pågående 5 st (100%)

Hållbar utveckling

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Förvaltningen ökar medvetenheten hos personal gällande energibesparande åtgärder.	—	(18 st)  % ▶ Pågående 16 st (89%) ✓ Avslutad 2 st (11%)
Förvaltningen ökar sin frisknärvaro under 2025.	—	(18 st)  % ▶ Pågående 17 st (94%) ⏸ Vänteläge 1 st (6%)
Antalet ärenden inom ekonomiskt bistånd vid mät punkt 1/12 ska vara färre än föregående år.	—	(3 st)  % ▶ Pågående 3 st (100%)
Förvaltningen ökar medvetenheten hos personal gällande matsvinn och strategier för att minska detta.	—	(14 st)  % ▶ Pågående 13 st (93%) ✓ Avslutad 1 st (7%)



Vård- och omsorgsförvaltningen
Alexandra Westin
0155-38190, 0721-448170
alexandra.westin@oxelosund.se

Kvalitetsberättelse 2024

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner kvalitetsberättelse för 2024.

2. Sammanfattning

Den som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och med hjälp av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Ett allmänt råd från Socialstyrelsen är att med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Under 2023 genomförde revisionen en granskning av Oxelösunds kommuns hemtjänst. I granskningen framkom, bland annat, att det då saknades en sammanhållen kvalitetsberättelse som kunde säkerställa att nämnden får ta del av tillräcklig uppföljning för att säkra kvaliteten. Beslut togs därmed att årligen presentera en kvalitetsberättelse där nämnden får relevant information om arbetet inom det systematiska kvalitetsarbetet.

Då den nya modulen i verksamhetssystemet Stratsys, som används inom det systematiska kvalitetsarbetet, först började användas i slutet av året 2024 går det endast att presentera en begränsad rapport för år 2024:s kvalitetsarbete. För kommande år kommer däremot rapporten vara mer omfattande och innehållsrik.

Beslutsunderlag:

SOSFS 2011:9 Föreskrifter och allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsens författningssamling.

Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsberättelse 2024.

Tjänsteskrivelse

2 (2)

Datum
2025-05-16Diarienummer
VON.2025.31Förvaltningschef
Katarina HaddonUtvecklingsstrateg
Alexandra Westin/Madelen Grahn**Beslut till:**

FC (FK)

Kvalitetsberättelse 2024

Vård- och omsorgsförvaltningen



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattning.....	3
Resultat och analys.....	3
Egenkontroll kvalitetsindikatorer.....	3
Synpunkter och klagomål.....	4
Årlig uppföljning processer.....	4
Förbättringsarbete.....	4
Uppföljning av åtgärder.....	4
Förbättringsområden för kommande år.....	7

Inledning

Den som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och med hjälp av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Ett allmänt råd från Socialstyrelsen är att med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Av kvalitetsberättelsen bör det framgå:

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad:

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Kvalitetsberättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Sammanfattning

Då den nya modulen i verksamhetssystemet Stratsys, som används inom det systematiska kvalitetsarbetet, först började användas i slutet av året 2024 går det endast att presentera en begränsad rapport för år 2024:s kvalitetsarbete. För kommande år kommer däremot rapporten vara mer omfattande och innehållsrik. I slutet av varje år kan en kvalitetsrapport plockas ut ur systemet där dokumentationen i det systematiska kvalitetsarbetet sammanställs.

Under året 2024 har nyckelpersoner inom vård- och omsorgsförvaltningen utbildats i en ny modul i verksamhetssystemet Stratsys. Modulen är inriktad på kvalitetsarbete inom vård- och omsorgsområdet. Nyckelpersonernas uppgift under 2025 kommer bli att utbilda ledningsgruppen som kommer att arbeta i systemets olika delar, och vara ansvariga för att det systematiska kvalitetsarbetet genomförs.

Resultat och analys

Egenkontroll kvalitetsindikatorer

Indikatorer	Kommentar
— Genomförandeplaner	Samtliga genomförandeplaner inom hela förvaltningen har gåtts igenom och sammanställts. Åtgärder utefter framtagna plan är presenterade. En strategisk omorganisering är genomförd och kommer förhoppningsvis bidra till att stärka arbetet med genomförandeplaner för våra brukare och höja kvaliteten på social dokumentation genom att båda hemtjänstområdena närmar sig ett enhetligt arbetssätt.

Synpunkter och klagomål

Alla synpunkter och klagomål som inkommit till förvaltningen under 2024 finns inte med i sammanställningen då den nya modulen i Stratsys för kvalitetsledningssystem endast började användas från och med hösten 2024.

		Kommentar
Korttidsboende	Besvarad.	Klagomål om att brukare inte fått nödvändig omvårdnad på grund av underbemanning. Diarienummer: 2024.79
Hemtjänstpersonal bilkörning	Besvarad.	Klagomål på hemtjänstens personals bilkörning. Diarienummer: 2024.81. Anonym uppgiftslämnare.
Korttidsboende	Besvarad.	Klagomål om personaltäthet, rutiner med mera. Diarienummer: 2024.70
Hemtjänstpersonal bilkörning	Besvarad.	Klagomål på hemtjänstpersonalens bilkörning. Diarienummer: 2024.82 Anonym uppgiftslämnare.

Årlig uppföljning processer

Under året har ett antal processer lagts in i systemet som ska följas upp i det nya kvalitetsledningssystemet. Processerna tilldelas de enhetschefer eller andra funktioner som ansvarar för uppgifter inom respektive process. Processerna är myndighet, verkställighet, hälso- och sjukvård, internkontroll, Lex Sarah, Lex Maria, synpunkter, avvikelser, och riktlinjer.

Förbättringsarbete

Uppföljning av åtgärder

Nedan finns de inlagda processernas olika delprocesser tydliggjorda. När dessa har riskbedömts kan åtgärder kopplas till varje risk som identifierats, samt till vilket datum som åtgärden ska vara genomförd.

Myndighet

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
Aktualisera		
Utreda		
Besluta		
Utforma uppdrag		
Uppföljning		

Verkställighet

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
Motta uppdrag		
Planera uppdrag		

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
Genomför uppdraget		
Följa upp uppdraget		

Hälso- och sjukvård

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
Ta emot vårdbegäran		
Bedöma behov av utredning		
Utreda		
Bedöma behov av åtgärder		
Åtgärda		
Följa upp		

Internkontroll

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
1. Patientjournal HSL	Godkänd vid båda uppföljningarna 2024.	
2. Riktlinjer inom biståndsbedömning (ÄO)	Godkänd vid båda uppföljningarna 2024.	
3. Journalgranskning (BoU)	Godkänd vid båda uppföljningarna 2024.	
4. Genomförandeplaner (ÄO)	Ej godkänd inom hemtjänstområdet. Åtgärd: För att bland annat stärka arbetet med genomförandeplaner för våra brukare och höja kvaliteten på social dokumentation har det skett en omorganisering under hösten 2024. Genom omorganiseringen kommer båda hemtjänstområdena att närma sig ett mer enhetligt arbetssätt. Verksamheten kommer använda arbetsmetoder som visat på gott resultat inom andra områden i förvaltningen.	
5. Att regler vid orosanmälan följs (BoU).	Godkänd vid båda uppföljningarna 2024.	
6. Att beslutad insats och utförd insats om hjälp i hemmet överensstämmer (ÄO)	Godkänd vid båda uppföljningarna 2024.	
7. Att beslutad LSS-insats verkställs inom 3 månader.	Godkänd vid båda uppföljningarna 2024.	
8. Utredningstid (BoU)	Godkänd vid båda uppföljningarna 2024.	

Lex Sarah

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
Identifiera händelsen		
Rapportera händelsen		
Bedöm allvarlighetsgrad		
Initiera analys - utse utredare		
Samla in fakta - utreda, beskriv händelseförlopp, analysera orsaker		

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
Bedömning		
Åtgärda		
Följa upp		

Lex Maria

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
Avvikelse		
Bedömning		
Utredning		
Åtgärder		
Uppföljning		

Synpunkter

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
Synpunkt inkommer		
Synpunkten utreds		
Synpunkten åtgärdas		
Synpunkten besvaras		
Synpunkten följs upp		

Avvikelsehantering

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
Registrera avvikelse – alla medarbetare		
Ta emot avvikelse - enhetschef		
Utreda avvikelse - enhetschef		
Bedöma avvikelser - enhetschefer		
Åtgärda avvikelse - enhetschef		
Följa upp avvikelse - enhetschef		

Riktlinjer

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
Riktlinjer för medicinsktekniska produkter	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för palliativ vård och vård i livets slutskede	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för samverkan mellan utbildnings-, vård och omsorgs-, samt kultur och fritidsnämnden	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för bedömning av bistånd till äldre samt till personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (SOL)	Ska gås igenom en gång per år.	

Delprocesser	Åtgärder	Slutdatum
Riktlinjer för ekonomiskt bistånd	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för boendestöd	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för färdtjänst och riksfärdtjänst	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för kommunkontrakt	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för kontaktperson och kontaktfamilj	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för missbruksvård	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för placering av barn och unga	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för social förtur till bostad	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer för våld i nära relation	Ska gås igenom en gång per år.	
Riktlinjer - lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade i Oxelösunds kommun (LSS)	Ska gås igenom en gång per år.	

Förbättringsområden för kommande år

Under 2025 kommer ledningsgrupp och andra berörda fortsatt få utbildning i den nya modulen där det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras.

Ett annat utvecklingsområde är avvikelshanteringen, främst inom området social omsorg.

Vidare har det genomförts en djupgående granskning av samtliga genomförandeplaner i förvaltningen (både inom äldreomsorg och LSS). Detta har genomförts i syfte att identifiera förbättringsområden och enheter som är i störst behov av förstärkta insatser inom social dokumentation. Granskningen blev klar och presenterades i nämnden december 2024. Insatser som planeras fortgående i förbättringsarbetet är utbildningsinsatser inom social dokumentation, återföring av resultat av den interna totalredovisningen, och ett kontinuerligt återkopplingsarbete från utvecklingsledare till verksamheterna.

Under året har även arbete inom området kompetensförsörjning skett där resultatet blivit en kompetensförsörjningsplan som är gemensam för hela förvaltningen. Under 2025 planeras ett fortsatt arbete utifrån planen för att säkerställa god kvalitet i verksamheten.

Förvaltningens rehab-enhet har under året 2024 utbildat personal i "bas-rehab" som syftar till att säkra förflyttningar, ergonomi och patientsäkerhet. Detta har fallit väl ut och kommer bli en del av ordinarie verksamhet.



Vård- och omsorgsförvaltningen
Alexandra Westin
0155-38190, 0721-448170
alexandra.westin@oxelosund.se

Internkontroll uppföljning 1, 2025

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner uppföljning av internkontrollplan 2025, uppföljning 1.

2. Sammanfattning

Internkontrollen genomförs för att säkerställa en ändamålsenlig och effektiv verksamhet samt tidigt identifiera brister. Resultat uppföljning 1, 2025:

1. Att relevanta vårdplaner finns i patientjournal och följs upp av berörd personal (HSL).
Resultat: **Godkänt.**
2. Att riktlinjer för biståndsbedömning följs vid beslut (ÄO).
Resultat: **Godkänt.**
3. Att journalanteckningar för barn och unga förs korrekt och enligt föreskrift (SO).
Resultat: **Godkänt.**
4. Att planerna för brukare inom hemtjänst och särskilt boende är korrekta.
Resultat: **Godkänt.**
5. Att reglerna för hantering av orosanmälningar gällande barn och unga följs (SO).
Resultat: **Godkänt.**
6. Att beslutad insats och utförd insats om hjälp i hemmet överensstämmer (ÄO).
Resultat: **Godkänt.**
7. Att utredningstid inom LSS inte ska överstiga snittet i länet (LSS).
Resultat: **Godkänt.**
8. Att andelen utredningar inom barn och unga som överstiger 100 dagar inte ska vara mer än 10 % av samtliga (SO).
Resultat: **Godkänt med motivering.**

9. Att alla avvikelser mellan beviljade assistanstimmar och utförda timmar i samband med sjuklöneutbetalning rapporteras in till Försäkringskassan (LSS).
Resultat: **Godkänt.**

3. Resultat av internkontrollsuppföljning 1, 2025

1. Att relevanta vårdplaner finns i patientjournal och följs upp av berörd personal (HSL).

Oxelösunds kommun har en rutin för dokumentation i patientjournal i Treserva. I denna rutin framgår att vårdplaner ska vara aktuella, och att det ska finnas uppgifter om åtgärder, uppföljningar och resultat. Samt att vårdplaner ska avslutas när de inte längre är aktuella.

Enligt interkontrollplan 2025 skall 10 journaler granskas två gånger per år, med fokus på vårdplaner. Urvalet har gjorts slumpmässigt på 5 journaler för särskilt boende, 3 journaler för hemsjukvården och 2 journaler för LSS.

Granskningen har gjorts utifrån följande kriterier:

1. Vårdplan finns
2. Vårdplanen är relevant
3. Vårdplanen har följts upp

Resultat

Granskad journal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vårdplan finns	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Vårdplanen är relevant	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Vårdplanen har följts upp	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

En ny modul i journalsystemet som heter Hälsoärenden infördes i verksamheterna under början av mars 2025. Nya journalmodulen Hälsoärenden bygger på ett processtänk där vårdplaner byter form till vårdprocesser. I samband med införandet avslutades därmed samtliga

befintliga vårdplaner i den tidigare modulen vartefter nya och uppdaterade lagts in och skapats i Hälsoärenden.

Vårdprocesser fungerar på samma sätt som vårdplanerna med undantaget att vårdprocesserna bygger på koder utifrån *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa* (ICF) samt *Klassifikation av vårdåtgärder* (KVÅ).

Då modulen fortfarande är under uppbyggnad med att kartlägga, införa och se över vilka ICF och KVÅ som ska kopplas till vilka processer påverkas även, till viss del, resultatet i denna granskning. Med tiden kommer vi få en mer realistisk bild av hur detta underhålls i våra verksamheter.

Resultat: **Godkänt.**

2. Att riktlinjer för biståndsbedömning följs vid beslut (ÄO).

Denna kontrollpunkt fokuserar på att undersöka fem biståndsbeslut för att säkerställa att de följer "Riktlinjer för bedömning av bistånd till äldre samt personer med funktionsnedsättning enligt Socialtjänstlagen (SoL)". Utvecklingsstrateg har granskat fem slumpmässigt utvalda behovsutredningar som hanterats under mars månad 2025. Dessa behovsutredningar har mynnat ut i olika typer av beslut som inte specificeras då det kan vara lätt att identifiera sökande vid en sådan redogörelse. Detta skiljer sig från tidigare internkontrollsuppföljningar under 2024 då beslut om särskilt boende och korttidsboende granskades och blev godkända.

Samtliga utredningar som granskats i förhållande till bedömning vid beslut har följt riktlinjerna.

Resultat: **Godkänt.**

3. Att journalanteckningar för barn och unga förs korrekt och enligt föreskrift (SO).

Journalanteckningar inom området barn- och unga granskas för att se om journalanteckningar förs korrekt och enligt föreskrift (SOSFS 2014:6). Utvecklingsstrateg har slumpmässigt valt ut fem journaler aktuella under mars 2025 som pågått minst 6 månader, med spridning på barnets/den unges ålder, samt spridning på vilken handläggare som handlagt ärendet.

Samtliga fem journaler anses ha förts korrekt och enligt föreskrift.

Resultat: **Godkänt.**

4. Att planerna för brukare inom hemtjänst och särskilt boende är korrekta (ÄO).

Granskningen har genomförts av utvecklingsstrateg utifrån granskningsmall för genomförandeplaner om 6 punkter, se bilaga 1. Granskningen har gjorts på slumpmässigt utvalda brukare, fem inom särskilt boende och fem inom hemtjänstområdet.

Särskilt boende

Fem av fem granskade brukare har en genomförandeplan. Fyra av fem genomförandeplaner är upprättade enligt rutin. Fyra av fem är skrivna i mallen för IBIC. Ingen av genomförandeplanerna är uppdaterade de senaste sex månaderna. I samtliga framgår vem som skrivit planen. Inom samtliga genomförandeplaner beskrivs hur brukaren varit delaktig i sin plan.

Hemtjänst

Fem av fem granskade brukare har en genomförandeplan i Intraphone enligt ny rutin för året. Tre av fem är skrivna enligt den uppdaterade IBIC-mallen. Fem av fem är uppdaterade de senaste sex månaderna. I fem av fem genomförandeplaner går det att utläsa vem som genomfört den och i samtliga står det att den enskilde varit delaktig i sin genomförandeplan.

Resultat: **Godkänt**

Kommentar: Förvaltningen kan konstatera ett förbättrat resultat jämfört med föregående år, då denna kontrollpunkt inte godkändes. Flera insatser tycks ha bidragit till förbättringen, bland annat återföringen av resultat från den interna totalgenomlysningen av samtliga genomförandeplaner under 2024, utbildningsinsatser i social dokumentation och ett kontinuerligt återkopplingsarbete från utvecklingsledare till verksamheterna. Att utvecklingsledarna regelbundet deltar på verksamhetsmöten, där frågan lyfts och följs upp, ter sig också haft en positiv effekt.

En viktig förändring är att genomförandeplaner numera ofta upprättas tillsammans med brukaren på plats, vilket möjliggörs genom ett nytt arbetssätt och ett annat verksamhetssystem än tidigare. Detta skapar bättre förutsättningar för både delaktighet och tillgänglighet, för såväl personal som brukare.

Det bör dock noteras att genomförandeplanerna inom särskilt boende (SÄBO) i nuläget inte verkar ha uppdaterats enligt plan, trots att uppföljning enligt dokumenterade datum skulle ha skett under mars/april. En möjlig förklaring är att en övergång till det nya dokumentationsverktyget Intraphone pågår, vilket redan används inom hemtjänsten och nu även ska implementeras inom SÄBO när det gäller just genomförandeplaner. Det kan innebära att verksamheterna har avvaktat med uppdateringar i det tidigare systemet Treserva i väntan på att det nya arbetssättet ska tas i bruk. Det är viktigt att denna övergång följs upp, så att dokumentationen inte riskerar att bli inaktuell under övergångsperioden.

5. Att reglerna för hantering av orosanmälningar gällande barn och unga följs (SO).

1:e socialsekreterare (1:e socsek) har granskat samtliga inkomna anmälningar avseende barn och unga under mars 2025. I de fall anmälningar kopplats till pågående utredningar har journal granskats.

Förhandsbedömning har gjorts inom 14 dagar i samtliga ärenden. Majoriteten hanteras inom 8–11 dagar.

Totalt inkomna anmälningar är det faktiska antalet som inkommit, oavsett om det avser samma barn vid flera anmälningar eller redan hanteras inom ramen för en förhandsbedömning. Alltså kan det vara flera anmälningar per barn inom 14 dagar, varför antalet "Ej genomförda barnsamtal" blir högre vid uteblivet barnsamtal. Det är således räknat som om barnet skulle komma till tals vid varje enskild anmälan och inte per förhandsbedömning.

Av underlaget konstateras att det föreligger marginell skillnad vid jämförelse mot statistiken för september 2024. Antalet genomförda barnsamtal vid tidpunkten för internkontrollen är fortsatt ~50 %. Således kommer fler barn komma till tals inom ramen för de utredningar som inletts, eller sedan tidigare pågår.

Antalet uteblivna barnsamtal som saknar motivering är 8, vilket understiger 10 % och inte bedöms vara av allvarlig karaktär. Däremot föreligger fortsatt utvecklingsbehov för att säkerställa att siffran inte ökar.

Vid granskning av de anmälningar som kopplas direkt till pågående utredning framgår av dokumentation i journal, i majoriteten av ärendena, hur barnet ska ges möjlighet att komma till tals under utredningen. I de allra flesta fall framgår vidare av journal att barn kommit till tals genom samtal och/eller hembesök. Detta är fortsatt ett utvecklingsområde.

Resultat från internkontrollen presenteras för handläggare på barn- och ungdomsenheten. 1:e socsek finner att det fortsatt finns utvecklingsområden, däremot ses det inte föreligga allvarliga brister i handläggningen. Fortsatt utveckling innefattas i det ordinarie arbetet med kvalitet- och rättssäkerhet vid veckovisa arbetsgruppsmöten. Arbetet genomförs med arbetsgruppen under ledning av enhetschef och/eller 1:e socsek. Utöver arbetsgruppsmöten finns månadsvisa tillfällen avseende metodstöd där arbetsgruppen tillsammans med 1:e socsek lyfter teman och ämnen för utveckling, rättspraxis och vägledning.

Sammanställning av samtliga inkomna anmälningar avseende oro för barn under mars 2025

Antal mars 2025	Sep 2024	Mar 2025
-----------------	----------	----------

Postadress

Oxelösunds kommun
613 81 Oxelösund

Besöksadress

Järntorget 7–9
Oxelösund

Telefon

0155-380 00

E-post/Webb

kommun@oxelosund.se
www.oxelosund.se

Bankgiro

776–5217
OCR 991–1991

Org.nr.

212000–0324

Totalt antal anmälningar:	83	91	83
		Andel sep 2024	Andel mar 2025
Skyddsbedömningar med motivering:	83	100 %	100 %
Anmälningar som inkommit i redan pågående ärenden avseende utredning eller insats	30	30,7 %	~ 36 %
Barnsamtal inom ramen för förhandsbedömning eller under pågående utredning	41	50,5 %	~ 49 %
Ej genomförda barnsamtal med motivering och/eller utredning	35	45 %	~ 42 %
Ej genomförda barnsamtal inom ramen för förhandsbedömning utan motivering	8	4,4 %	~ 9 %
Antal förhandsbedömningar genomförda inom 14 dagar (procent)	83	100 %	100 %
Ej genomförda inom 14 dagar med motivering	-	-	
Ej genomförda inom 14 dagar utan motivering	-	-	
Utredningar inledda efter inkommen oro <i>Avser antalet berörda barn som omfattas av utredning som inletts utifrån anmälan under perioden. Siffran omfattar således inte det totala antalet beslutade utredningar för månaden.</i>	18		~ 39 %

Resultat: **Godkänt.**

6. Att beslutad insats och utförd insats om hjälp i hemmet överensstämmer (ÄO).

Utvecklingsstrateg har granskat fem slumpmässigt utvalda biståndsbeslut gällande hjälp i hemmet inom äldreomsorgen, beslutade under mars 2025. Syftet har varit att undersöka i vilken utsträckning insatserna verkställs i enlighet med besluten. Granskningen har också omfattat den sociala dokumentationen inom verkställighet för att ge en helhetsbild. I fyra av fem fall har beslutad insats verkställts och i ett av fem fall har försök till verkställighet genomförts.

I tre av fem fall överensstämmer insatserna väl med de bistånd som beviljats. Den planerade tiden genomförs i hög grad och antalet avbokningar eller andra bomtider är få. Detta tyder på en god verkställighet där insatserna når fram som avsett.

I de övriga två fallen framgår det att personalen har kännedom om insatsen och planerar in den, men att brukaren eller verksamhet sedan systematiskt avbokar. Ett återkommande exempel är insatsen promenad, som dokumenteras som planerad men inte genomförs, vecka efter vecka. I ett av dessa två fall har insatsen genomförts men vid enstaka tillfälle. Detta väcker behov av vidare uppföljning och reflektion: passar den planerade tiden inte brukaren, eller finns det andra orsaker till att insatsen inte blir av? Vi behöver också ställa oss frågan om brukaren fortfarande är i behov av insatsen, eller om behoven har förändrats över tid.

Det är viktigt att det vid varje tillfälle då en insats inte blir av, framgår i dokumentationen vad orsaken är – till exempel om det beror på brukarens önskemål, omständigheter hos personalen eller något annat. Det finns en avsaknad av dokumentation i dessa två ovannämnda fall. Denna information är central för att förvaltningen ska kunna följa upp om insatserna fortsatt motsvarar brukarens behov och för att kunna anpassa planeringen vid behov.

Resultat: **Godkänt**

Kommentar: Den här typen av mönster kommer tas vidare till verksamhetsmöten där bland annat utvecklingsledare deltar, för att tillsammans reflektera över hur vi kan förbättra både planering och genomförande. Det är tydligt att en fungerande kommunikation mellan myndighetsutövning och hemtjänst är avgörande för att säkerställa att beslutet verkställs på ett sätt som är både behovsanpassat och genomförbart i praktiken.

7. Att utredningstid inom LSS inte ska överstiga snittet i länet (32) (LSS).

Alla pågående utredningar under mars månad 2025 har granskats i relation till antalet dagar från att ansökan inkom till första beslut efter inledd utredning. Sammanlagt fanns 14 pågående utredningar under mars, och snittet för antal dagar från ansökan till beslutad insats var 27. Antalet dagar ska inte överstiga snittet i länet (vilket är 32) och därmed godkänns punkten i denna uppföljning.

Resultat: **Godkänt.**

8. Att andelen utredningar inom barn och unga som överstiger 100 dagar inte ska vara mer än 10 % av samtliga (SO).

Alla pågående utredningar under mars månad 2025 har granskats i relation till antalet dagar som utredningen varit pågående. Av de 97 utredningar som var pågående hade 34 (alltså 35 %) pågått i mer än 100 dagar vid tillfället för granskningen. I samtal med verksamhet framkommer att det varit ett högt tryck med många inkomna ärenden under våren 2025. Flera utredningar som är klara och där inga faktiska utredningsåtgärder vidtas har

fått vänta på sammanställning och kommunikering även om själva utredningen är klar, och ligger därför kvar i systemet som pågående. Vissa utredningar som ska till AU för beslut kan inte avslutas innan beslut från AU kommer åter, vilket är ytterligare en orsak till att utredningar ligger kvar i systemet som pågående.

Verksamhetens målsättning är att senast vid 100 dagar färdigställa utredningen, och sedan kommunicera den (10 arbetsdagar).

Vid tillfälle för samtal med verksamhet (i maj) fanns 69 pågående utredningar där 6 (alltså 9 %) pågått i mer än 100 dagar vilket tyder på att flera långdragna utredningar nu stängts.

Resultat: **Godkänt med motivering.**

9. Alla avvikelser mellan beviljade assistanstimmar och utförda timmar i samband med sjuklöneutbetalning rapporteras in till Försäkringskassan (LSS).

Alla beviljade assistanstimmar som genomfördes under mars månad 2025 har granskats och jämförts med angivna utförda timmar, i samband med sjuklöneutbetalning till personliga assistenter. Inga avvikelser upptäcktes under perioden, och därför utgår uppföljningsmomentet.

Resultat: **Godkänt.**

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse internkontroll uppföljning 1, 2025-05-19

Internkontrollplan 2025

Bilaga: Granskningsmall genomförandeplaner

Förvaltningschef

Katarina Haddon

Utvecklingsstrateg

Alexandra Westin/Madelen Grahn

Beslut till:

Internkontrollansvarig KSF (FK)

Revisorerna (FK)

FC (FÅ)

SC (FÅ)

Granskningsmall genomförandeplan

Enhet:

1.a. Finns en genomförandeplan?

- Ja
- Nej

1.b. Är genomförandeplanen upprättad (gäller endast SÄBO)?

- Ja
- Nej

2. Är genomförandeplanen skriven i mallen för IBIC?

- Ja
- Nej

3. Är den reviderad de senaste sex månaderna?

- Ja
- Nej

4. Framgår det vem som har upprättat genomförandeplanen?

- Ja
- Nej

5. Har brukaren varit delaktig?

- Ja
- Nej

6. Om inte framgår det varför?

- Ja
- Nej

INTERNKONTROLLPLAN
2025

							Risk- och väsentlighetsanalys		
Område	Kontrollmoment	Kontroll-ansvarig	Omfattning	Frekvens	Urval	Rapportering	Konsekvens	Sannolikhet	Risk
1. VOF, HSL	Att relevanta vårdplaner finns i patientjournal och följs upp av berörd personal	MAS	10 ärenden/mätning	2 ggr/år	Stickprov	VON maj/nov	4	4	16
2. VOF, ÄO	Att riktlinjerna för biståndsbedömning följs vid beslut	US	5 st beslut/mätning	2 ggr/år	Stickprov	VON maj/nov	3	3	9
3. VOF, BoU	Att journalanteckningar förs korrekt och enligt föreskrift (SOSFS 2014:6)	US	10 ärenden/mätning	2 ggr/år	Stickprov	VON maj/nov	4	4	12
4. VOF, ÄO + extern utförare	Att planerna för brukare inom hemtjänst och särskilt boende är korrekta.	US	5 + 5 planer/mätning	2 ggr/år	Stickprov	VON maj/nov	3	4	12
5. VOF, BoU	Reglerna enl. 11 kap 1 a § SoL vid orosanmälan för barn följs (IVO:s egenkontrollmall)	1:e soc. sekreterare	Samtliga öppnade aktualiseringar under resp. månad	2 ggr/år	Mars och september	VON maj/nov	4	4	16
6. VOF, ÄO + extern utförare	Att beslutad insats och utförd insats om hjälp i hemmet överensstämmer	US	5 st beslut/mätning	2 ggr/år	Stickprov	VON maj/nov	4	3	12
7. VOF, LSS	Utredningstid i antal dagar från ansökan till beslutad insats ska ej överstiga snittet i länet (32)	US	Samtliga	2 ggr/år	Alla beslut enligt LSS 9§2-10	VON maj/nov	3	3	9
8. VOF, BoU	Andelen utredningar enl. 11 kap 1 § SoL barn och unga som pågår över 100 dagar ska ej överstiga 10% av samtliga	US	Samtliga pågående under respektive månad	2 ggr/år	Mars och september	VON maj/nov	4	4	16
9. VOF, välfärdsbrott personlig assistans	Att alla avvikelser mellan beviljade assistanstimmar och utförda timmar i samband med sjuklöneutbetalning rapporteras in till Försäkringskassan	US	Alla upptäckta avvikelser	2 ggr/år	Mars och september	VON maj/nov	3	2	6

Förkortningar:

BoU - Barn och unga
HSL - Hälso- och sjukvårdslagen
LSS - Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
MAS - Medicinskt ansvarig sjuksköterska
SoL - Socialtjänstlagen
US - Utvecklingsstrateg
VON - Vård- och omsorgsnämnden
ÄO - Äldreomsorg

2 Lindrig
3 Kännbar
4 Allvarlig

2 Mindre sannolik
3 Möjlig
4 Sannolik



Vård- och omsorgsförvaltningen

Revidering av riktlinjer för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden antar revidering av riktlinjer för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.

2. Sammanfattning

Dessa riktlinjer ersätter ”Riktlinjer för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar” antagna av vård- och omsorgsnämnden 2018 (Dnr VON.2018.81).

Riktlinjerna, framtagna av MAS, syftar till att tydliggöra ansvar, roller och organisation för den kommunala hälso- och sjukvården i Oxelösunds kommun. Riktlinjen ska säkerställa att vården bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning, med fokus på hög patientsäkerhet, god kvalitet och rättssäkerhet för den enskilde.

Riktlinjerna har genomgått en omfattande omarbetning, både vad gäller struktur och innehåll. Det nya förslaget har en tydligare struktur för att underlätta navigering och förståelse av informationen.

Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelningen mellan olika funktioner där förvaltningschef för vård- och omsorgsförvaltningen, har det övergripande ansvaret för att vården organiseras och bedrivs. Där den medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ansvarar för patientsäkerheten, läkemedelshantering, dokumentation och att beslut om delegering är förenliga med säker vård. Enhetschefer leder det dagliga arbetet och ansvarar för att brukare får rätt insatser och hälso- och sjukvårdspersonal, inklusive undersköterskor och vårdbiträden, ansvarar för att vård ges enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar särskilda boenden, korttidsboenden, bostäder med särskild service, dagverksamhet, hemsjukvård från 18 år, rehabilitering/habilitering samt vissa hjälpmedel.

Riktlinjerna grundar sig på nationell lagstiftning, föreskrifter och relevanta samverkansöverenskommelser och tydliggör hur Oxelösunds kommun säkerställer att vården bedrivs med god kvalitet och hög patientsäkerhet.

Beslutsunderlag: Riktlinjer för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.
Dnr VON.2025.39

Katarina Haddon

Fredrik Landeblad

Förvaltningschef

Medicinsk ansvarig sjuksköterska

Beslut till:

FC (FK)

SC (FÅ)



Oxelösund

Riktlinjer för kommunens hälso- och sjukvårdsansvar



Dokumenttyp Riktlinjer	Fastställd av Vård- och omsorgsnämnden	Beslutsdatum 2009-03-19	Reviderat 2025-05-19
Dokumentansvarig Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Förvaring MAS	Dnr VON.2025.39	
Dokumentinformation Ersätter riktlinjer daterade 2009-03-19, 2018-12-19			

Inledning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är Region respektive kommun huvudman med ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård på lika villkor för befolkningen.

Vårdgivare är den som utför hälso- och sjukvård. Vårdgivare kan vara Region, kommun eller privat utförare. Vårdgivare är skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård så att kraven på god och säker vård uppfylls enligt lag. Vårdgivare i Oxelösunds kommun är Vård och omsorgsnämnden enligt kommunfullmäktiges beslut.

Vårdgivaren skall tillse att det finnas en verksamhetschef som ansvarar för hälso- och sjukvården i verksamheten. I Oxelösunds kommun är det förvaltningschef för vård- och omsorgsförvaltningen som är verksamhetschef för hälso- och sjukvård. Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

Inom kommunal hälso- och sjukvård är det verksamhetschefen och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som har ett gemensamt ansvar för att se till att verksamheten har en hög patientsäkerhet och att hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering är av god kvalitet.

Syfte

Syftet med denna riktlinje är att tydliggöra ansvar, roller och organisation för den kommunala hälso- och sjukvården i Oxelösunds kommun. Riktlinjen ska säkerställa att vården bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning, med fokus på hög patientsäkerhet, god kvalitet och rättssäkerhet för den enskilde. Den utgör ett stöd för ledning, chefer och medarbetare i arbetet med att planera, utföra, följa upp och utveckla hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunens ansvar.

Lagar, styrande dokument, föreskrifter och överenskommelser

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Hälso-och sjukvårdsförordning (2017:80)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)
- Patientlag (2014:821)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Hälso- och sjukvårdsansvaret i boendeform eller bostad enligt SoL, LSS; Cirkulär 2003:82, Sveriges kommuner och landsting
- Socialstyrelsens meddelandeblad: Medicinska ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering
- Hälso- och sjukvård i samverkan, Samverkanswebben, Region Sörmland

Organisation och ansvar

Vårdgivare

I Oxelösunds kommun är Vård och omsorgsnämnden vårdgivare och ansvarar för att

- leda kommunens hälso- och sjukvård
- organisera och bedriva verksamhet utifrån lokala förutsättningar så att den tillgodoser lagens krav på hög patientsäkerhet, god kvalitet, samt främjar kostnadseffektivitet
- ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- utse verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen
- verksamhetschefen har tillräcklig kompetens
- utse vilket verksamhetsområde och resultatansvar, samt vilka befogenheter, rättigheter, skyldigheter och vilket ansvar verksamhetschefen skall ha
- medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ges en organisatorisk ställning på ledningsnivå och placering som gör det möjligt att fullgöra sina uppgifter.
- utse anmälningsansvarig för anmälan av allvarliga vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Förvaltningschef / Verksamhetschef för hälso- och sjukvård

Alla verksamheter i hälso- och sjukvården ska ha en verksamhetschef. Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

I Oxelösunds kommun är förvaltningschef tillika verksamhetschef för hälso- och sjukvården och har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården inom kommunen.

Förvaltningschef utser medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt delegationsordningen i Oxelösunds kommun.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

En medicinskt ansvarig sjuksköterska ska ansvara för att

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a. läkemedelshantering
 - b. utreda och rapportera allvarliga vårdskador till Inspektionen för vård och omsorg, och
 - c. att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det
6. riktlinjer och rutiner är kända och implementerade i ledningsgrupp och inom hälso- och sjukvårdsorganisationen

Enhetschef

Enhetschef är ansvarig för och leder det dagliga arbetet på sin enhet i verksamheten. Enhetschef är ansvarig för att de lagar och förordningar som finns på området följs.

Enhetschefen ansvarar att brukarna får den omvårdnad de behöver och att hälso- och sjukvårdsinsatser utförs på ett korrekt och patientsäkert sätt.

Enhetschef har ansvar för att rutiner är kända och tillämpas.

Enhetschef ska utse en fast vårdkontakt.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Alla som arbetar i hälso- och sjukvården ansvarar för att de utför sitt arbete på ett sätt som är säkert för patienterna och är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska även utföra sitt arbete så att det stämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård.

Legitimerad personal ansvarar för att utreda, bedöma samt följa upp och avsluta de hälso- och sjukvårdsinsatser som är ordinerade.

Det är inte bara legitimerade yrkesutövare som ingår i gruppen hälso- och sjukvårdspersonal. Till exempel räknas undersköterskor, vårdbiträden som medverkar i hälso- och sjukvård som hälso- och sjukvårdspersonal.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar

Kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar utifrån gällande lagar och förordningar.

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården ska även främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och vara lätt tillgänglig.

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar inom vård och omsorgsnämndens område enligt följande:

- särskilt boende för äldre inklusive korttidsboende
- bostäder med särskild service för vuxna
- dagverksamhet för äldre
- daglig verksamhet och sysselsättning
- hemsjukvård för personer från 18 år
- rehabilitering och habilitering i ovan nämnda verksamheter
- hjälpmedel som utprovas i hemmet även för personer som inte är inskrivna i hemsjukvård

Datum
2025-05-15Dnr
VON.2025.35OXL2
621
v 1.0
2007-
03-13Vård- och omsorgsförvaltningen
Lena Lundin
0155-385 04

Vård- och omsorgsnämnden

Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens förslag till beslut i kommunfullmäktige

Rapporten godkänns.

2. Sammanfattning

Kommunerna har skyldighet att till Inspektionen för vård och omsorg, kommunens revisorer och kommunfullmäktige rapportera in gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum. Motsvarande rapporteringskyldighet gäller även beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader efter det att verkställigheten avbrutits. Rapportering ska ske en gång per kvartal.

Inspektionen för vård och omsorg har möjlighet att hos förvaltningsrätten ansöka om att en kommun, som inte verkställt ett gynnande beslut, ska åläggas en särskild avgift, så kallad sanktionsavgift.

När ett ärende som tidigare rapporterats som ej verkställt senare verkställs, ska nämnden anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg och revisorerna.

Oxelösunds kommun rapporterar per 31 mars 2025:

SoL:

Äldreomsorg - 0 gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader från beslutsdatum.

IFO - 1 gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader från beslutsdatum samt 2 avbrott i verkställighet där biståndet inte åter verkställts inom tre månader.

LSS: - 0 gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader från beslutsdatum.

Beslutsunderlag

Rapport ej verkställda beslut enligt SoL per 31 mars 2025

Rapport ej verkställda beslut enligt LSS per 31 mars 2025

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Lena Lundin
Enhetschef

Beslut till:

Kf (FK), Revisorerna (FK), Berörd handläggare (FK)

Per 2025-03-31 – Äldreomsorg, Funktionsstöd, IFO

Gynnande beslut enligt SOL, ej verkställda inom 3 mån efter beslutsdatum alt. avbrutna och ej åter verkställda inom 3 mån.

Kön	Födelseår	Bistånd	Beslutsdat.	Ant.
Man	2008	Kontaktperson	240620 avbrott	Avbrott i verkställighet. Ny uppdragstagare har matchats 250107. Möte för uppstart har bokats vid flera tillfällen men vårdnadshavare och barnet har uteblivit från möten.
Man	2020	Kontaktfamilj	241001 avbrott	Insatsen verkställdes i juli-24 därefter meddelar kontaktfamiljen förhinder att utföra uppdraget i oktober-24. Under december matchas behovet mot annan kontaktfamilj, vilka föreslagits som uppdragstagare under januari-25. Godkännande av vårdnadshavare avvaktas.
Kvinna	2007	Kontaktperson	240819	Insatsen beviljas 240819. I november finns tilltänt kontaktperson som matchas mot uppdraget. Uppstartsmöte har bokats vid flera tillfällen sedan november, men avbokats pga. sjukdom hos uppdragstagare. Familjehemssekreterare kontaktar uppdragstagare för att boka nytt uppstartsmöte.

Per 2025-03-31 Funktionsstöd

Gynnande beslut enligt LSS, ej verkställda inom 3 mån efter beslutsdatum alt. avbrutna och ej åter verkställda inom 3 mån.

Kön	Födelseår	Bistånd	Beslutsdat.	Ant.
Kvinna	1989	Kontaktperson	240911 avbrott	Verkställt 250124
Man	2007	Kontaktperson	241219 avbrott	Verkställt 250409

Vård- och omsorgsnämnden

Sammanträdesdatum

2025-05-27

(9)

Dnr VON.2025.3

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	April	Särskilt boende, hemtjänst, matdistr, larm, daglig verksamhet, korttidsvistelse
Avgiftshandläggare/ Färdtjänsthandläggare	April	Avgiftsbeslut, färdtjänst, riksfärdtjänst,
LSS-handläggare	April	Personlig assistans, daglig verksamhet, korttidsvistelse, ledsagarservice, kontaktperson
Socialtjänst IFO	April	Försörjningsstöd, utredning, behandling

Ärendemening / ärendenummer	Ansvarig	Beslutsdatum och §	Uppdrag/sammanfattning	B/MI	Uppdrag klart/återrapportering
Förvaltningschefens rapport Lex Sarah/Lex Maria Kö till särskilt boende Statistik i verksamheterna Aktuellt läge i hemtjänsten				MI	Varje nämnd
Handlingsplaner med mål och mått			Information	MI	Maj, delår, november, bokslut
MAS rapport				MI	April och september
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 och december

Datum

B = Beslutsärende med tjänsteskrivelse
 MI = Muntlig information

Ärendemening / ärendenummer	Ansvarig	Beslutsdatum och §	Uppdrag/sammanfattning	B/MI	Uppdrag klart/återrapportering
Genomförandeplaner			Uppdrag till vård- och omsorgsförvaltningen att utreda hanteringen av genomförandeplaner		December 2025
Digitala arbetsprov/språkbud		2020-11-24	Uppföljning	MI	Februari varje år
Välfärdsteknik		2017-05-30 2019-03-26	Plan för fortsatt införande - återslag	MI	Q3 2025
Kvalitetsberättelse					Maj 2025

