

## Hälsa- och omsorgsnämnden

**Tid:** Torsdagen den 15 april 2021, klockan 13:30

**Plats:** Digitalt via Microsoft Teams och sammanträdesrum Osby

### Ärende

- 1 Upprop och protokollets justering
- 2 Godkännande av dagordning
- 3 Information
  - Covid-19
  - Beslut från IVO
  - Väntelistan särskilt boende
- 4 Anmälningar
- 5 Anmälningar av delegationsbeslut, avseende hälsa- och välfärdsnämnden
- 6 Budgetuppföljning per den 31 mars 2021, avseende hälsa- och välfärdsnämnden
- 7 Delegationsordning för hälsa- och omsorgsnämnden
- 8 Statsbidrag för att motverka ensamhet och ökad kvalitet i demensvården
- 9 Utbetalning av medel inom ramen för överenskommelse om god och nära vård 2021
- 10 Enhetlig hemtjänsttaxa
- 11 Patientsäkerhetsberättelse 2020
- 12 Brukarundersökning äldreomsorgen 2020

- 13 Samlade riktlinjer för hälsa- och omsorgsnämnden
- 14 Fördelning av arbetsmiljöuppgifter 2021, hälsa- och omsorgsnämnden
- 15 Ramöverenskommelse gällande fyra målgrupper inom området psykisk hälsa
- 16 Firmatecknare för hälsa- och omsorgsnämnden

Jimmy Ekborg (C)  
Ordförande

Marit Löfberg  
Sekreterare

3

Hälsa och välfärdsnämnden  
Osby kommun  
283 80 Osby

## Ärendet

Tillsyn av förutsättningar för att ge medicinsk vård och behandling till personer med covid-19 som bor på särskilda boende för äldre som bedrivs av Osby kommun.

## Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

## Skälen för beslutet

IVO har i tillsynen intervjuat medicinskt ansvarig sjuksköterska samt regional chefsläkare. De uppgifter som framkommit vid intervjuerna föranleder inte IVO att vidta någon ytterligare granskning av Osby kommun. Underlaget har kommunicerats med berörda parter.

## Ytterligare information

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomför med anledning av den pågående smittspridningen av covid-19 i Sverige en tillsynsinsats som inriktar sig på medicinsk vård och behandling för äldre som bor på särskilda boenden. Fokus för tillsynen är om de äldre under pågående pandemi, får en individuell bedömning av vårdbehovet och om de får vård och behandling i enlighet med denna bedömning. Tillsynen har i ett inledande skede riktat sig mot alla kommuner och regioner i landet. IVO har i de fall uppgifterna som sammanställts i den inledande tillsynen visat på möjliga brister i vården och behandlingen till de äldre, genomfört en fördjupad granskning.

Under hösten 2020 har spridningen av covid-19 åter ökat i Sverige. IVO följer noggrant utvecklingen och kan med anledning av detta vidta nya tillsynsåtgärder.

För mer information om tillsynen se IVO:s hemsida; [ivo.se](http://ivo.se).

---

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Anna Siira. I den slutgiltiga handläggningen har inspektören Marie Hörling deltagit. Inspektören Ameli Strömblad Uhlin har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg

Anna Siira

Ameli Strömblad Uhlin

5

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 28 februari, Hälsa och välfärdsnämnden Äldreomsorg enl SoL

HVN/2021:5 002

<b>Delegationsnr</b>	<b>Ärende</b>	<b>Bifall</b>	<b>Avslag</b>	<b>Ej tillämplig</b>
2.1	Hemtjänst- service	11	0	0
2.1	Hemtjänst – personlig omvårdnad	12	0	0
2.1	Matdistribution	7	0	0
2.1	Trygghetslarm	9	0	0
2.1	Avlösning i hemmet	1	0	0
2.1	Trygg hemgång	8	0	0
2.1	Boendestöd/Öppenvård	1	1	0
2.4	Vård- och omsorgsboende	5	0	0
2.5	Beslut enligt 4 kap 1§ SoL (övrigt)	0	0	0
2.6	Korttidsvistelse SoL	2	0	0
2.6	Plats i dagverksamhet	1	0	0
2.9	Kontaktperson	0	0	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 28 februari 2021, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Ekonomiskt bistånd

HVN/2021:5 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.2.1	Försörjningsstöd 4:1	224	
2:2.1	Livsföring i övrigt 4:1	213	
2:2.1	Avslag 4:1		183
2.2.1	Avslag 4:2		1
2.2.1	Försörjningsstöd 4:1 Ensamkommande	2	
2.2.4	Livsföring i övrigt 4:1 Ensamkommande	1	
6.10	Överklagan i rätt tid	4	
6.12	Avge yttrande m a a överklagan av beslut	4	
2.2.7	Förskott på förmån 9:2 Försörj stöd	4	
2.2	Boende i akut situation	1	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 28 februari 2021, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Individärenden Vuxna

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.3.3	Öppenvård	12	0
2.3	Utredn 11:1 Yttr/upplysn IFO	2	
2.3.2	HVB Tillfälligt SoL	3	
6.22	Avsluta Yttr 5:2 körkortsförordn	1	
2.3	Boendstöd IFO	3	
3.7	Utredn 7§ LVM inleds	1	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 28 februari 2021, Dödsboanmälningar

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
6.24	Dödsboanmälan	1	
????	Provisorisk dödsboförvaltning	1	



Avskrivningar enligt delegationsbeslut Hälsa och välfärdnämnd 2019-01-10-§ 16

KundNr/ Referens	FakturaNr	Namn	Kapital
11567	87154606, 87156152, 87157175		1 104,00
11567	87155495		366,00
11567	87154893		366,00
	87151486, 87152129, 87153254,		
11567	87153888		1 464,00
		<b>Summa:</b>	<b>3 300,00</b>
14072	87159823		2 125,00
	87156266, 87157977, 87158117,		
14072	87159243		8 143,00
14072	87155397		5 059,00
14072	87154155, 87155211		10 217,00
14072	87152757, 87153755		5 704,00
		<b>Summa:</b>	<b>31 248,00</b>
14662	7011496		7 152,00
		<b>Summa:</b>	<b>7 152,00</b>
14682	87158400		2 769,00
	87156728, 87157237, 87157954,		
14682	87159086, 87159526, 87160362		17 081,00
14682	87154846, 87155389		5 483,00
14682	87154461		2 674,00
	87151603, 87152317, 87153244,		
14682	87153929		10 696,00
		<b>Summa:</b>	<b>38 703,00</b>
14959	87158820, 87159841, 87160611		25 906,00
		<b>Summa:</b>	<b>25 906,00</b>
15897	162574, 162630, 162815		6 653,00
		<b>Summa:</b>	<b>6 653,00</b>
	87157234, 87158019, 87158414,		
15939	87159437, 87160060, 87160521		8 133,00
15939	87156055		64,00
15939	87153680, 87154012		401,00
		<b>Summa:</b>	<b>8 598,00</b>
	87157547, 87158309, 87159031,		
16218	87159685, 87160314		3 712,00
16218	87157141		1 013,00
16218	87156106		630,00
16218	87154430, 87155208		2 045,00
16218	87151952		675,00

		<b>Summa:</b>	<b>8 075,00</b>
16292	87159077, 87159700, 87160577		6 559,00
	87156681, 87157399, 87158013,		
16292	87158293		8 464,00
16292	87155230		2 932,00
16292	87154528, 87156035		5 218,00
16292	87152486, 87153236, 87153726		7 171,00
		<b>Summa:</b>	<b>30 344,00</b>
	162623, 162668, 162722, 162807,		
	162886, 162887, 162922, 162948,		
16592	162967, 162980, 163044		19 300,00
		<b>Summa:</b>	<b>19 300,00</b>
	162661, 162700, 162749, 162810,		
18432	162869, 162953, 162972, 162985,		18 960,00
		<b>Summa:</b>	<b>18 960,00</b>
	87156436, 87156832, 87158107,		
	87158360, 87159230, 87159745,		
18459	87160289		16 837,00
18459	87156039		3 439,00
18459	87154154, 87155224		6 065,00
18459	87152422, 87153164, 87153976		8 928,00
		<b>Summa:</b>	<b>35 269,00</b>
18740	162695, 162744, 163040		9 562,00
		<b>Summa:</b>	<b>9 562,00</b>
18840	87149342		1 260,00
		<b>Summa:</b>	<b>1 260,00</b>
18966	87150940		321,00
		<b>Summa:</b>	<b>321,00</b>
19071	87152051		1 226,00
		<b>Summa:</b>	<b>1 226,00</b>
19249	87159334, 87159474, 87160384		8 314,00
19249	87156064, 87157400, 87158415		5 475,00
19249	87154507, 87154941, 87155791		5 597,00
		<b>Summa:</b>	<b>19 386,00</b>
5089	87156902, 87160011, 87160219		8 895,00
5089	87157989, 87158186, 87159118		9 041,00
5089	87154341, 87156007		3 724,00
	87151830, 87152206, 87152649,		
5089	87153849		8 434,00
		<b>Summa:</b>	<b>30 094,00</b>

6764	87159430, 87159573, 87160731 87155878, 87156200, 87157311,	6 375,00
6764	87157836, 87158182	9 605,00
6764	87154518, 87155016 87151695, 87152419, 87152624,	3 350,00
6764	87153863	6 173,00
	<b>Summa:</b>	<b>25 503,00</b>
8360	87151809	209,00
	<b>Summa:</b>	<b>209,00</b>

Osby 2020-12-09

Beslutas:

Ovanstående skulder avskrivs och överlämnas till långtidsbevakning

**Kenneth  
Lindhe**

Elektroniskt undertecknad  
av Kenneth Lindhe  
Datum: 2020.12.09  
10:42:55 +01'00'

Kenneth Lindhe  
Hälsa och välfärd

---

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 28 februari, vård och omsorgsnämnden gällande LSS

HVN/2021:5 002

<b>Delegationsnr</b>	<b>Ärende</b>	<b>Bifall</b>	<b>Avslag</b>
3.2	Beslut om biträde av personlig assistent	0	0
3.5	Beslut om ledsagarservice	0	0
3.6	Beslut om biträde av kontaktperson	0	0
3.8	Beslut om avlösarservice i hemmet	0	0
3.9	Korttidsvistelse utanför egna hemmet	0	0
3.10	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i LSS anslutning till skoldagen samt under lov	0	0
3.12	Beslut om boende med särskild service för barn och ungdom	0	0
3.13	Beslut om boende inom kommunen med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	0	0
3.14	Beslut om boende utanför kommunen med särskild service för vuxna	0	0
3.15	Daglig verksamhet inom kommunen för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete	3	1

## Avskrivningar skulder

Delegation enligt beslut Hälsa och välfärdsnämnden

2019-01-10, § 16

Namn	Kundnr	Personnummer	Fakturanr	Belopp totalt	Förfallodag	Avliden	
	7857		87159497	3 597,00 kr	20200630	X	Enl bouppteckning ingen behållning
	7857		87160452	2 382,00 kr	20200731	X	Enl bouppteckning ingen behållning
	9243		87157174	188,00 kr	20200430		
	8338		87162146	1 660,00 kr	20200930	X	Dödsboanmälan inga medel finns
	8540		87160841	2 813,00 kr	20200831	X	Dödsboanmälan inga medel finns

Kenneth  
Lindhe

Elektroniskt  
undertecknad av  
Kenneth Lindhe  
Datum: 2020.12.02  
15:01:54 +01'00'

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 mars, vård och omsorgsnämnden gällande LSS

HVN/2021:5 002

<b>Delegationsnr</b>	<b>Ärende</b>	<b>Bifall</b>	<b>Avslag</b>
3.2	Beslut om biträde av personlig assistent	1	0
3.5	Beslut om ledsagarservice	0	0
3.6	Beslut om biträde av kontaktperson	0	0
3.8	Beslut om avlösarservice i hemmet	0	0
3.9	Korttidsvistelse utanför egna hemmet	0	0
3.10	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i LSS anslutning till skoldagen samt under lov	0	0
3.12	Beslut om boende med särskild service för barn och ungdom	0	0
3.13	Beslut om boende inom kommunen med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	0	0
3.14	Beslut om boende utanför kommunen med särskild service för vuxna	0	0
3.15	Daglig verksamhet inom kommunen för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete	1	1

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 mars, Hälsa och välfärdsnämnden Äldreomsorg enl SoL

HVN/2021:5 002

<b>Delegationsnr</b>	<b>Ärende</b>	<b>Bifall</b>	<b>Avslag</b>	<b>Ej tillämplig</b>
2.1	Hemtjänst- service	13	0	1
2.1	Hemtjänst – personlig omvårdnad	20	0	0
2.1	Matdistribution	12	0	0
2.1	Trygghetslarm	10	0	0
2.1	Avlösning i hemmet	1	0	0
2.1	Trygg hemgång	17	0	1
2.1	Boendestöd/Öppenvård	4	0	0
2.4	Vård- och omsorgsboende	5	0	0
2.5	Beslut enligt 4 kap 1§ SoL (övrigt)	0	0	0
2.6	Korttidsvistelse SoL	13	0	2
2.6	Plats i dagverksamhet	0	0	0
2.9	Kontaktperson	0	0	0

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 mars 2021, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Ekonomiskt bistånd

HVN/2021:5 002

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.2.1	Försörjningsstöd 4:1	228	
2:2.1	Livsföring i övrigt 4:1	193	
2:2.1	Avslag 4:1		154
2.2.1	Försörjningsstöd 4:1 Ensamkommande	2	
2.2.4	Livsföring i övrigt 4:1 Ensamkommande	3	
6.10	Överklagan i rätt tid	8	
6.9	Ändring av överklagat beslut	1	
6.10	Överklagan avvisas	3	
6.12	Avge yttrande m a a överklagan av beslut	4	
2.2.7	Förskott på förmån 9:2 Försörj stöd	1	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 mars 2021, Hälsa och välfärdsnämnden SoL, Individärenden Vuxna

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
2.3.3	Öppenvård	8	0
2.3.2	HVB Tillfälligt SoL	1	
2.3.9	Famhem/jourhem Tillfälligt SoL	1	
2.3.7	Boende i akut situation	3	
2.3	Avsluta utredning21- utan åtgärd	1	
2.3.16	Lägga ner utredning	1	

Gäller beslut tagna mellan den 1 – 31 mars 2021, Dödsboanmälningar

Delegationsnr	Ärende	Bifall	Avslag
6.24	Dödsboanmälan	0	





## Delegationsbeslut

Nämnd: Hälsa och välfärd

Ärende och ärendenummer enligt delegationsordningen: HVN 1.4

**Överenskommelse mellan staten och SKR om äldreomsorg - teknik, kvalitet och effektivitet med äldre i fokus, S2021/00828 och HVN/2021:32 730**

Osby kommun har möjlighet att rekvirera medel inom ramen för statens och SKR:s överenskommelse om äldreomsorg- teknik, kvalitet och effektivitet motsvarande 288 048 kr. Enligt delegationsordningen har förvaltningchef mandat att besluta om statsbidrag upp till 6 basbelopp.

### Beslut

Förvaltningschef beslutar att 288 048 kr ska rekvireras till Osby kommun.

### Delegatens underskrift

**Helena Ståhl**

Elektroniskt undertecknad av  
Helena Ståhl  
Datum: 2021.03.15 16:03:30  
+01'00'

Namnförtydligande: Helena Ståhl

7

Hälsa- och omsorg  
Helena Ståhl  
0479-528408  
helena.stahl@osby.se

## **Delegationsordning Hälsa och omsorg**

Dnr HON/2021:16 002

### **Hälsa- och omsorgs förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden**

Hälsa- och omsorgsnämnden beslutar

- godkänna framtagen delegationsordning för hälsa-och omsorgsnämndens verksamhetsområden.
- ge förvaltningen i uppdrag att publicera delegationsordningen på intranät och hemsida

### **Barnkonsekvensanalys**

Ärendet är av övergripande karaktär och berör inte barn.

### **Sammanfattning av ärendet**

En ny nämnds- och förvaltningsorganisation träder i kraft den 1 april 2021. En ny delegationsordning måste därför beslutas av nämnden. Förvaltningen har utgått från föregående delegationsordning och korrigerat utifrån den nya organisationen. Vissa delar har helt tagits bort då de inte är aktuella längre. Uppdateringar avseende vissa laghänvisningar har också gjorts eftersom vissa lagar har förnyats eller bytts ut. Förvaltningen har valt att skapa ett nytt dokument eftersom det inte är en revidering utan delvis en helt ny delegationsordning. Den tidigare delegationsordningen bifogas i beslutsunderlaget för att underlätta jämförelsen mellan den nya och den tidigare.

### **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse av förvaltningschef Helena Ståhl daterad 2021-03-25

Delegationsordning Hälsa-och omsorgsnämnden f o m 1 april 2021

Delegationsordning Hälsa- och välfärdsnämnden antagen av Hälsa- och välfärdsnämnden 12 december 2019, §137

Helena Ståhl  
Förvaltningschef för hälsa och omsorg

Mensur Numanspahic  
Områdeschef för stöd och omsorg

*Beslutet skickas till*



**OSBY**  
KOMMUN

# **Delegationsordning**

## **Hälsa- och omsorgsnämnden**

**Gäller fr.o.m. 1 april 2021**

Antagen av Hälsa- och omsorgsnämnden xxxxxxxxxxxx

## Innehållsförteckning

### Allmänt om delegering av beslutanderätt inom en nämnd

Allmänt om delegering från nämnd	3
Lagrumsförkortningar	8
Förkortningar delegater	8

### Delegationsbestämmelser

1. Allmänt	9
2. Beslut enligt Socialtjänstlagen (2001:453)	10
3. Funktionsnedsättning Sol	11
4. Beslut enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)	12
5. Beslut rörande kommunal hälso- och sjukvård	14
6. Överklagande, yttrande och anmälningar mm till domstol, åklagarmyndighet och andra myndigheter	15
7. Beslut enligt Offentlighets- och Sekretesslagen samt GDPR	17
8. Beslut rörande ekonomi och administration	20

### Personaladministration

Exempel på verkställighet	22
Delegationsordning fastställd av kommunstyrelsen	23

## **Allmänt om delegering av beslutanderätt inom en nämnd (6 kap 33- 38 §§ kommunallagen)**

### **Vad innebär delegering?**

Delegering innebär att beslutanderätten, i ett visst ärende eller i en ärendegrupp, flyttas över till någon annan (=delegaten).

Delegaten träder helt in i nämndens ställe. Ett beslut av delegaten ses som ett beslut av nämnden och kan överklagas genom laglighetsprövning. Nämnden kan inte ändra delegatens beslut, men kan återkalla delegeringsuppdraget. Nämnden kan också genom eget handlande föregripa ett beslut i ett enskilt ärende genom att själv ta över ärendet och fatta beslut.

### **Syftet med delegering**

Syftet med att delegera beslutanderätten är dels att avlasta nämnden rutinärenden och på så sätt skapa utrymme för mer omfattande behandling av ärenden av principiell beskaffenhet eller större vikt, dels att möjliggöra en effektivare verksamhet genom att förkorta såväl handläggningstiden som tiden för beslut.

### **Förutsättningar för nämndens delegationsrätt**

Delegering inom en nämnd förutsätter alltid beslut i två led. Först måste fullmäktige i ett reglemente eller i ett särskilt beslut ha uppdragit till nämnden att hantera vissa verksamhetsområden eller besluta i vissa ärenden eller ärendegrupper. Därefter kan nämnden om den vill besluta om delegering av denna beslutanderätt. Nämnden lämnar delegeringsuppdrag genom särskilt beslut eller genom att fatta beslut om en delegationsordning där beslutanderätten i olika ärenden överförs till delegater.

### **Vad kan delegeras?**

#### **a) Nämndens delegationsrätt – delegeringsförbud**

Någon klar gräns för vad som är möjligt att delegera eller inte, finns inte. En bedömning görs utifrån hur ofta ärendena förekommer, kommunens storlek, budgetomslutning, förvaltningens/verksamhetens storlek och organisation

Nämnden får inte delegera beslutanderätten i följande slag av ärenden:

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet d.v.s. nämndens övergripande ansvar för verksamheten,
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige,
3. yttranden med anledning av att fullmäktiges beslut överklagats,
4. yttranden med anledning av att nämndens egna beslut överklagats,
5. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om ärendet är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
6. vissa ärenden som anges i särskilda föreskrifter bl.a. inom socialområdet
7. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som överlåtit till

nämnden,

8. ärenden som inte är budgeterade och som innebär kostnadsökningar,

Ärenden som är av principiell beskaffenhet eller som annars är av större vikt beslutas av nämnden. Oftast handlar det om ärenden som får stora konsekvenser för kommunen och ofta där politiska bedömningar blir avgörande

### **b) Delegering eller verkställighet**

Det är skillnad mellan beslut i kommunallagens mening och ren verkställighet. I delegationsordning tas endast upp beslut i kommunallagens mening. Gränsen mellan beslut som kräver delegering och ren verkställighet går inte exakt att avgöra. Beslut i kommunallagens mening kännetecknas bl.a. av att det finns utrymme för alternativa lösningar och att den som beslutar måste göra vissa överväganden och bedömningar. Normalt kan denna typ av beslut överklagas genom laglighetsprövning eller genom förvaltningsbesvär.

Vid ren verkställighet saknas utrymme för självständiga bedömningar och beslutsalternativ. Det rör sig om t.ex. tillämpa en fastställd taxa eller där klara riktlinjer anger förhållningssätt. Beslut av rent förberedande eller verkställande art kan inte överklagas (10 kap 2 § 2 p KL).

### **c) Beslut utan delegeringsuppdrag**

Om en anställd fattar beslut utan stöd av ett delegeringsuppdrag kan ett sådant beslut inte överklagas genom laglighetsprövning eftersom beslutet inte kan sägas existera i kommunallagens mening. Kommunen kan dock bli civilrättsligt bunden av beslutet om mottagaren är i god tro och det rör civilrättsliga förhållanden. Mottagaren kan i sådant fall även driva ärendet via allmän domstol.

### **Vem kan man delegera till?**

En nämnd kan lämna delegeringsuppdrag till:

- ett utskott bestående av ledamöter eller ersättare i nämnden,
- en ledamot eller ersättare i nämnden,
- en anställd hos kommunen,

Det är inte tillåtet att lämna delegeringsuppdrag till:

- flera anställda i grupp
- till anställd tillsammans med ledamot eller ersättare, s.k. blandad delegering,
- anställd i kommunalt bolag

Det bör också vara klart, genom delegationsordningen eller på annat sätt, vem som går in i en delegats ställe vid delegatens frånvaro.

### **Delegering av beslutanderätten i brådskande ärenden där nämndens avgörande inte kan avvaktas**

En nämnd får enligt kommunallagen uppdra åt ordförande eller en annan ledamot i nämnden att besluta i ärenden som är så brådskande att nämndens



avgörande inte kan avvaktas. Det rör sig här om ärenden som oundgängligen måste avgöras. Vilka beslut som kan delegeras och om det finns några begränsningar framgår inte av lagtexten. Ärenden som avgjorts med stöd av denna bestämmelse skall anmälas vid nämndens nästa sammanträde. Denna typ beslut anses som ett beslut av nämnden.

### **Anmälan av delegationsbeslut**

Beslut som fattas med stöd av delegering skall anmälas till nämnden.

Syftet med anmälan är att nämndernas informations- och kontrollbehov ska tillgodoses, dessutom kan det ha betydelse för beslutets lagakraftvinnande. Ett beslut vinner nämligen laga kraft tre veckor efter att det tillkännagavs på kommunens anslagstavla att det protokollförda beslutet justerats.

### **Vidaredelegation**

Endast förvaltningschefen får överlåta hela eller delar av sin beslutanderätt enligt denna delegationsordning till en annan anställd inom kommunen även i de ärenden där vederbörande endast anges som ersättare. Ett beslut som fattas med stöd av sådan vidaredelegation ska anmäls till förvaltningschefen som i sin tur anmäler delegationsbeslutet till hälsa- och välfärdsnämnden.

Vidaredelegation är bara tillåten i ett steg, vilket innebär att den som av kommundirektören fått rätt att fatta visst/vissa beslut inte i sin tur kan delegera vidare denna beslutanderätt.

### **Vid förhinder för delegaten**

Vid förhinder för delegat inträder i denna delegationsordning angiven ersättare som delegat.

Om inte annan ersättare för förvaltningschefen för hälsa- och omsorgsförvaltningen anges i denna delegationsordning inträder vid förvaltningschefens förhinder i första hand MAS/verksamhetsutvecklare, i andra hand områdeschef för stöd och omsorg, i tredje hand områdeschef för hälsa och boende som såväl delegat som ersättare för delegat.

Om inte annat anges i denna delegationsordning inträder vid förhinder för någon av hälsa- och omsorgsnämndens områdeschefer förvaltningschefen som såväl delegat som ersättare för delegat

I övrigt gäller generellt att vid förhinder för delegat inträder vid förhinder för denne i första hand den som förordnats som ersättare och i andra hand närmast överordnad chef.

Med förhinder avses frånvaro i anledning av sjukdom, tjänstledighet, semester eller tjänsteresa.

## **Ärenden av principiell betydelse, tillämpning av policy m.m**

En delegat ska överlämna beslutanderätten i ett ärende till kommunstyrelsen om ärendet är av principiell betydelse, har stor ekonomisk påverkan på kommunens ekonomi eller om andra skäl motiverar att ärendet ska beslutas av hälsa-och omsorgsnämnden.

En delegat ska följa policys och riktlinjer som antagits av Osby kommun inom olika områden.

### **Riktlinjer för delegerad beslutsrätt**

Bestämmelserna om delegering innebär att Hälsa-och omsorgsnämnden överför självständig beslutanderätt till delegat. Härigenom får delegaten rätt att fatta beslut på nämndens vägnar i vissa ärenden. Besluten gäller på samma sätt som om nämnden själv fattat dem.

Nämnden kan inte ändra beslut som fattats av delegat. Däremot kan nämnden genom eget handlande föregripa delegatens beslut i ett enskilt ärende genom att själv ta över ärendet och besluta. Finner nämnden att delegationsordningen bör ändras, kan nämnden återkalla den givna beslutsrätten. Detta kan göras generellt för en viss grupp av ärenden, för en viss tjänsteman eller för ett visst ärende.

En delegerad beslutanderätt får utnyttjas endast inom ramen för respektive förvaltnings/enhets budget eller inom ramen för beslutad kostnadskalkyl för visst projekt.

Delegerad beslutanderätt får inte utövas i ärenden som rör delegatens egna personliga förhållanden, eller där eljest jäv enligt 211 § förvaltningslagen föreligger.

Delegat bör i viktiga ärenden samråda med överordnad innan beslut fattas.

Den delegerade beslutanderätten kan endast användas av den som har att handlägga dylika ärenden och endast i tilldelat ärende.

## **Överklagande av beslut**

Delegatens beslut kan överklagas på samma sätt som Hälsa-och omsorgsnämndens beslut. Inom svensk förvaltningsrätt förekommer två (2) huvudtyper av överklagande, förvaltningsbesvär och laglighetsprövning.

Vid förvaltningsbesvär prövar besvärmyndigheten både beslutets laglighet och lämplighet och om överklagandet bifalls så kan besvärmyndigheten inte bara upphäva beslutet utan också ändra dess innehåll eller ersätta det med ett nytt beslut. Vid förvaltningsbesvär varierar besvärsinstanserna efter vilket lagstiftningsområde det gäller.

Vid laglighetsprövning sker endast en prövning av beslutets laglighet. Om överklagandet bifalls så kan besvärmyndigheten upphäva det överklagade beslutet, men inte ersätta det med ett nytt beslut. Vid laglighetsprövning är förvaltningsrätten den första besvärsinstansen

## **Vid överklagande av beslut och domar, inhibitionsansökan och yttrande**

Rätt att besluta i en viss ärendegrupp innefattar också rätt att:

- besluta att överklaga beslut och domar som innefattar ändring av delegatens beslut,
- besluta att avge yttrande till högre instans med anledning av överklagande av delegatens beslut samt begära inhibition av överklagat beslut,
- ompröva överklagat beslut.

## **Undertecknande av handlingar**

Med stöd av delegation från Hälsa-och omsorgsnämnden får delegat på nämndens vägnar underteckna handlingar som upprättats med anledning av dennes delegationsbeslut.

Från hälsa-och omsorgsförvaltningen utgående skrivelser ska undertecknas på sätt som förvaltningschefen bestämmer

## **Utfärdande av fullmakt**

Förvaltningschefen kan, enligt punkt 6.3 i delegationsordningen, utfärda fullmakt att föra kommunens talan vid/inför domstol och andra myndigheter samt vid förrättningar av olika slag. Härigenom kan en tjänstepersons befogenhet utvidgas utöver det som gäller inom delegationsordningen. Av fullmakten ska framgå vem som ges fullmakten, för vilket ärende fullmakten gäller och under vilken tidsperiod fullmakten är giltig. En förutsättning för utfärdandet av en fullmakt är att den som utfärdar fullmakten själv har beslutanderätten avseende den aktuella frågeställningen.

## **Anmälan av beslut fattade på delegation**

Beslut som fattas med stöd av delegation förtecknas och anmälas till Hälsa-och omsorgsnämnden. Förteckningen skall vara tillgänglig vid nämndens sammanträde.

## **Organisationsförändringar**

Respektive förvaltningschef har, efter samråd med kommundirektören och respektive nämnds presidium, delegation att fatta beslut om inrättande, indragning, ändring av tjänster och förändring av respektive förvaltnings ledningsorganisation, inom ramen för befintlig budget.

## Lagrumsförkortningar

Delegationsordningen omfattar följande lagrum med förkortningar för dessa:

Förkortning	Lagrum
ArkivL	Arkivlagen (1990:782)
FvL	Förvaltningslag (2017:900)
Dataskyddsl	Lag (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning
GDPR	General data protection regulation/Allmänna dataskyddsförordningen (Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 2016/679)
HSF	Hälso- och sjukvårdförordningen (2017:803)
HSL	Hälso- och sjukvårdslag
KL	Kommunallag (2017:725)
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
OSL	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
PL	Patientsäkerhetslag (2010:659)
SFB	Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SFS	Svensk författningssamling
SmL	Smittskyddslagen (2004:168)
SoF	Socialtjänstförordningen (2001:937)
SoL	Socialtjänstlag (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
TF	Tryckfrihetsförordningen (1949:105)

## Förkortning delegater

Delegationsordningen och verkställighetsförteckningen omfattar följande delegater och med förkortningar för dessa:

Förkortningar	Delegater
HON	Hälsa- och omsorgsnämnden
HONIU	Hälsa- och omsorgsnämndens individutskott
HONO	Hälsa- och välfärdnämndens ordförande
HONVO	Hälsa- och välfärdnämndens vice ordförande
FVC	Förvaltningschef
SOLHL	SoL handläggare
OC	Områdeschef
VPLSSK	Vårdplanerande sjuksköterska
FK	Försäkringskassa
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
EC	Enhetschef
SSK	Sjuksköterska
LSSHL	LSS handläggare
AVHL	Avgiftshandläggare
ADM	Administratör/assistent
NAC	Närmaste ansvarig chef

## Delegationsbestämmelser

### 1. Allmänt

Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lagrum	Anm
1.1	Beslut i ärende till nämnd som är så brådskande, att nämndens avgörande inte kan avvaktas	HONO	HONVO	6 kap 39§ KL	
1.2	Riktlinjer inom verksamheterna (som ej beslutas av annat organ t.ex. personalärenden)	HON			
1.3	Övergripande rutiner	FVC			
1.4	Ansökningar om projektmedel, EU-bidrag m.m. hos Länsstyrelse, ESF, riktade statsbidrag m fl - upp till 10 basbelopp* - över 10 basbelopp	FVC HON	HONO i brådskande fall		
1.5	Hälsa-och omsorgsnämndens representation och uppvaktning m. m upp till ett maximalt belopp om 1000:- per tillfälle	HONO	HONVO		
1.6	Hälsa-och omsorgsnämndens ordförandes deltagande i kurser, konferenser m.m upp till en (1) dag	HONO	HONVO		
1.7	Hälsa-och omsorgsnämndens ordförandes deltagande i kurser, konferenser m.m mer än en (1) dag	HON			
1.8	Övriga förtroendevalda i utskott, deltagande i kurser, konferenser	HONO	HONVO		
1.9	Övriga förtroendevaldas i nämnden deltagande i kurser och konferenser m.m	HON			
1.10	Tecknande av samverkansavtal med andra myndigheter	FVC			

\*Tidigare 6 basårsbelopp

## 2. Beslut enligt Socialtjänstlagen (2001:453)

### 2.1 Vård och omsorg

Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lag-rum	Anm
2.1.1	Beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet som genererar upp till 90 tim/månad	SOLHL/ VPLSSK	EC	4 kap 1 § SoL	
2.1.2	Beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet som genererar mellan 90 - 120 tim/månad	EC	OC	4 kap 1 § SoL	
2.1.3	Beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet som genererar över 120 tim/månad	HONIU		4 kap 1 § SoL	
2.1.4	Beslut om bistånd i form av särskild boendeform för service och omvårdnad av äldre	SOLHL/ VPLSSK	EC	4 kap 1 § SoL	
2.1.5	Beslut med anledning av ansökan enl 2 kap 3 § om insatser enl 4 kap 1 § SoL (om den enskilde är bosatt i en annan kommun än vistelsekommunen, ansvarar bosättningskommunen för det stöd och den hjälp som den enskilde behöver)	SOLHL/ VPLSSK	EC	2 kap 3 § och 4 kap 1 § SoL	
2.1.6	Beslut om bistånd i form av avlastningsplats/växelvård mm	SOLHL/ VPLSSK		4 kap 1 § SoL	
2.1.7	Beslut om bistånd i form av plats i dagverksamhet	SOLHL		4 kap 1 § SoL	
2.1.8	Beslut om ledsagning resp. ledsagning till vårdinrättning	SOLHL/ VPLSSK		4 kap 1 § SoL	
2.1.9	Beslut om bistånd i form av kontaktperson	SOLHL/ VPLSSK		4 kap 1 § SoL	
2.1.10	Beslut om köp av plats i annan kommun eller hos annan vårdgivare	HONIU		4 kap 1 § SoL	
2.1.11	Beslut om framställning om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun	SOLHL/ VPLSSK		2a kap 10 § SoL	
2.1.12	Beslut om mottagande av ärende från annan kommun	SOLHL/ VPLSSK		2a kap 10 § SoL	
2.3.13	Meddela inställning i fråga om annan kommuns begäran om överflyttning av ärende	HONIU		2a kap 10 § SoL	
2.3.14	Ansökan hos Inspektionen för vård och omsorg om överflyttning av ärende till annan kommun	EC		2a kap 11 § SOL	
2.1.15	Beslut om anmälan till överförmyndaren om behov av god man/förvaltare	SOLHL / EC		SoF, 5 kap.3§	
2.1.16	Beslut om anmälan till överförmyndaren om att behov av god man/förvaltare inte längre föreligger	SOLHL / EC/ SSK		SoF, 5 kap.3§	
2.1.17	Beslut om avgift	AVHL		8 kap 2 § SoL	
2.1.18	Anmälan om allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande inom Vård och Omsorg	FVC MAS		14 kap 3§ SoL	

## 2.2. Funktionsnedsättning Sol

Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lagrum	Anm
2.2.1	Beslut om boendestöd och öppna verksamhet till målgruppen (definierad i kommunens riktlinjer)	SOLHL/ VPLSSK/LSSHL	EC	4 kap 1 § SoL	
	Beslut om bistånd i form av öppenvårds- insatser/behandling externt för vuxna			4 kap 1 § SoL	
	Upp till 50 % av basbeloppet	EC	OC		
	Över 50 % av basbeloppet	HONIU			
2.2.2	Beslut om bistånd i form av vård i hem för vård eller boende, eller familjehem			4 kap 1 § SoL	
	Sammantagen tid om högst tre (3) månader under en 1-årsperiod	EC	OC		
	Sammantagen tid som överstiger tre (3) månader	HONIU			
	Sammantagen tid som överstiger tre (3) månader i de fall HONIU:s beslut inte kan inväntas	HONO och HONVO i HONIU gemensamt			
2.2.3	Beslut om öppenvård- och öppenvårdsbehandling internt	SOLHL		4 kap 1 § SoL	
2.2.4	Beslut om ersättning till familjehem (arvode och omkostnadsersättning)			4 kap 1 § SoL	
	Enligt riktlinjer	EC	OC		
	Över riktlinjer	HONIU			
2.2.5	Beslut om bistånd i form av kontaktperson/-familj	SOLHL	EC	4 kap 1 § SoL	
2.2.6	Beslut om bistånd i form av boende			4 kap 1 § SoL	
	Jourlägenhet	SOLHL	OC		
	Socialt boende	EC			
2.2.7	Beslut om förordnande och entledigande av kontaktperson/-familj	SOLHL			
2.2.8	Beslut om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson/-familj enligt SKR:s riktlinjer	SOLHL	OC		
2.2.9	Beslut om ersättning för uppehälle avseende vuxna (egen avgift) vid stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär, i samband med vård i HVB-hem, familjehem eller annat av socialtjänsten beviljat boende	SOLHL		8 kap 8 1 § 1 st SoL 42a § SoF	

### 3. Beslut enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

Nr.	Ärende	Delegat	Ersättare	Lagrum	Anm
3.1	Beslut om personkretstillhörighet	LSSHL		1 och 7 § LSS	Särskilt beslut erfordras inte utan är en del av beslut om insats
3.2	Beslut om biträde av personlig assistent	LSSHL HONIU		7 § och 9 § p.2 LSS	I avvaktan på FK:s beslut
3.3	Ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för personlig assistent	LSSHL		7 § och 9 § p.2 LSS	
3.4	Ekonomiskt stöd för att bekosta personlig assistans vid tillfälligt utökade behov	LSSHL		7 § och 9 § 2 LSS	
3.5	Beslut om ledsagarservice	LSSHL		7 § och 9 § p.3 LSS	
3.6	Beslut om biträde av kontaktperson	LSSHL		7 § och 9 § p.4 LSS	
3.7	Beslut om ersättning till kontaktperson	LSSHL			Arvode och omkostnadsersättning enl.SKR:s schablon
3.8	Beslut om avlösarservice i hemmet	LSSHL		7 § och 9 § p.5 LSS	
3.9	Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	LSSHL		7 § och 9 § p.6 LSS	
3.10	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i LSS anslutning till skoldagen samt under lov	LSSHL		7 § och 9 § p.7 LSS	
3.11	Beslut om boende i familjehem för barn och ungdom	HONIU	OC	7 § och 9 § p.8 LSS	
3.12	Beslut om boende med särskild service för barn och ungdom	HONIU		7 § och 9 § p.8 LSS	
3.13	Beslut om boende inom kommunen med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	LSSHL		7 § och 9 § p. 9 LSS	
3.14	Beslut om boende utanför kommunen med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	HONIU		7 § och 9 § p. 9 LSS	
3.15	Beslut om daglig verksamhet inom kommunen för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete	LSSHL		7 § och 9 § p. 10 LSS	
3.16	Beslut om daglig verksamhet utanför kommunen för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig	LSSHL		7 § och 9 § p.10 LSS	



Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lagrum	Anm
3.17	Beslut om återbetalningsskyldighet	LSSHL		12§ LSS	
3.18	Förhandsbesked om rätten till insatser enl LSS för person som inte är bosatt i kommunen	LSSHL		16 § 2 o 3 st LSS	
3.19	Beslut att utbetala assistansersättning till annan person än den som är berättigad till insatsen	OC		11 § LSS	
2.20	Beslut om återbetalningsskyldighet för felaktig eller för hög assistansersättning.	OC		12 § LSS	
3.21	Beslut om avgift från föräldrar vars barn är under 18 år och får omvårdnad i ett annat hem än det egna	FVC		20 § LSS, 5 § LSS-förordning 6 kap 2-4 § SoF.	Beslutet ej överklagbart
3.22	Anmälan till överförmyndare att behov av förmyndare, förvaltare eller god man föreligger	EC LSSHL		15 § 6 LSS	
3.23	Anmälan till överförmyndare att behov av förmyndare, förvaltare eller god man inte längre föreligger	EC LSSHL		15 § 6 LSS	
3.24	Beslut om att anmäla behov av ersättning för personlig assistent till Försäkringskassan	LSSHL		51 kap 17 § SFB	
3.25	Beslut om framställning till Försäkringskassa om ändring av betalningsmottagare för allmänt barnbidrag	LSSHL		16 kap 18§ SFB	
3.26	Godkännande av familjehem	HONIU		6 kap 6 § SoL	
3.27	Beslut om ersättning till familjehem	EC			Arvode och om-kostnads-ersättning enl.SKR:s schablon
3.28	Beslut om att ingå avtal med vårdgivare	OC		17 a § LSS	

#### 4. Beslut rörande kommunal hälso-och sjukvård

Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lagrum	Anm
4.1	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg av allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård, behandling eller undersökning	MAS	OC	3 kap 5 § PL 2010:659 SOSFS 2005:28 5 kap 1 §	
4.2	Beslut om nedsättning/avgiftsbefrielse av avgift för kommunal hälso- och sjukvård	FVC	MAS	26 § HSL (1982:763)	
4.3	Beslut om ställföreträdande MAS	FVC	OC		
4.4	Anmälan till IVO om leg personal som inte kan utöva sitt yrke tillfredsställande	FVC	MAS	3 kap 7 § PL	
4.5	Anmälan till IVO om verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område.	FVC	MAS	2 kap 1 § PL	
4.6	Beslut om anmälan till överförmyndaren om behov av god man/förvaltare	SSK EC		HSF, 4 kap, 3§, p.2	
4.7	Beslut om anmälan till överförmyndaren om att behovet av god man/förvaltare har upphört	SSK EC		HSF, 4 kap, 3§, p.2	

## 5. Överklagande, yttranden och anmälningar mm till domstol, tillsynsmyndigheter och andra myndigheter

Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lagrum	Anm
5.1	Beslut om att genom ombud föra talan i ärenden eller mål som enligt lag eller författning ankommer på socialnämnden	FVC	OC	10 kap 2 § SoL	
5.2	Överklagande och yrkande om inhibition när Förvaltningsrätt, Kammarrätten eller Högsta Förvaltningsrätten ändrat nämndens beslut, och beslutet ursprungligen fattas av delegaten, samt avgivande av yttrande i SoL-ärenden där ursprungsbeslutet fattats av delegaten.	Delegaten i ursprungsbeslutet/ EC	OC	10 kap 1, 2 §§ SoL,	Ej ärenden av principiell beskaffenhet eller av större vikt
5.3	Överklagande och yrkande om inhibition när Förvaltningsrätt eller Kammarrätt ändrat nämndens beslut och beslutet ursprungligen fattats av delegaten, samt avgivande av yttrande LSS-ärenden	Delegaten i ursprungsbeslutet/ EC	OC	27 § LSS	
5.4	Överklagande, yrkande om inhibition samt yttrande till Förvaltningsrätt och Kammarrätt i SoL-ärenden när ursprungsbeslutet fattats av nämnd	HONO	HONO tillsammans med HONVO	10 kap 1, 2 §§ SoL	När brådska råder eller HON/HONIU:s sammanträde inte kan avvaktas
5.5	Överklagande, yrkande om inhibition samt yttrande till Förvaltningsrätt och Kammarrätt i LSS-ärenden när ursprungsbeslutet fattats av nämnd	HONO	HONO tillsammans med HONVO	27 § LSS	När brådska råder eller HON/HONIU:s sammanträde inte kan avvaktas
5.6	Beslut huruvida omprövning skall ske	Delegaten i ursprungsbeslutet	EC	37 o 45 §§ FvL	
5.7	Omprövning av beslut	Delegaten i ursprungsbeslutet	EC	37 o 45 §§ FvL	
5.8	Prövning av att överklagande skett i rätt tid, samt avvísning av överklagande som inkommit för sent	Delegaten i ursprungsbeslutet	EC	45 § FvL	
5.9	Avvisande av ombud till sammanträde med utskott	HONO		14 § FvL	
5.10	Avge yttrande med anledning av överklaganden av delegationsbeslut	Delegaten i ursprungsbeslutet	EC		
5.11	Yttrande över remisser till myndigheter, organisationer m.fl. i frågor som inte är av stor vikt eller principiell betydelse	HONO och HONVO tillsammans			
5.12	Uppgiftslämnande till smittskyddsläkare	OC		6 kap 12 § Sml	
5.13	Yttrande till tillsynsmyndighet	HON	HONO och HONVO tillsammans	13 kap. 1 o 2 § SoL 7 kap. 2 § PL	* Tillsynsmyndighet är Inspektionen för vård och omsorg, Länsstyrelsen, JO, JK, DO
5.14	Yttrande till IVO gällande Ej verkställda beslut	EC	OC		Nytt!
5.15	Beslut om polisanmälan ang misstanke om vissa grövre brott	HONO		12 kap 10 § SoL	

5.16	Beslut om polisanmälan ang brott mot den egna verksamheten	HONO och HONVO tillsammans	Brådskande: arbetsledning	12 kap 10 § SoL	
5.17	Anmälan av allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande till Inspektionen för vård och omsorg.	MAS / FVC		24 f § LSS (1993:387)	
5.18	Beslut om polisanmälan angående brott mot den egna verksamheten	HONO	HONVO	SoL 12 kap. 10§ OSL 10 kap. 2 §	* Vid brådskande ärenden: arbetsledning

## 6. Beslut enligt Offentlighets- och Sekretesslagen samt GDPR

Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lagrum	Anm
6.1	Beslut om avslag på begäran om utlämnande av allmän handling till enskild eller annan myndighet,	FVC		26 kap 1 § samt 6 kap 1 o 2 §§ OSL	
6.2	Uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild	FVC		10 kap 4 § OSL	
6.3	Beslut om att lämna ut uppgifter ur personregister till statliga myndigheter i forskningssyfte	FVC		12 kap 6 § SoL	
6.4	Beslut att lämna ut handling	NAC		2 kap TF, 6 kap OSL, GDPR	Sekretessprövning och prövning enligt GDPR ska ske innan utlämnande av handling.
6.5	Beslut om att lämna ut handling till annan myndighet i enlighet med skyldighet att bryta sekretess	NAC		10 kap OSL	
6.6	Utse dataskyddsbud för nämnden enligt art 37 GDPR Utse lokalt GDPR-ombud	FVC		Art 37 Data-skydds- förordningen	
6.7	Beslut att ta ut en avgift eller vägra att tillmötesgå begäran om begäran är uppenbart ogrundad eller orimlig	FVC NAC		Art 12.5 GDPR	Beslut kan överklagas till allmän förvaltningsdom- stol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218 om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskydds- förordning  Ange besvärshänvisning
6.8	Beslut om utlämnande av registerutdrag	NAC		Art 15 GDPR	Beslut kan överklagas till allmän förvaltningsdomst ol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218 om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskydds- förordning

Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lagrum	Anm
6.9	Beslut om den registrerades rätt till rättelse	NAC		Art 16 GDPR	Beslut kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218 om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.
6.10	Beslut om den registrerades rätt till radering	NAC		Art 17 GDPR	Beslut kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218 om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.
6.11	Beslut om den registrerades rätt till begränsning av behandling	NAC		Art 18 GDPR	Beslut kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218 om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.
6.12	Beslut att underrätta mottagare av personuppgifterna om rättelse, radering eller begränsning av behandling enligt art. 16, 17.1 och 18 Dataskyddsförordningen	NAC		Art 19 GDPR	Beslut kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218 om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.
6.13	Beslut om den registrerades rätt till dataportabilitet	NAC		Art 20 GDPR	Beslut kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218 om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lagrum	Anm
6.14	Beslut om den registrerades rätt att göra invändningar	NAC		Art 21 GDPR	Beslut kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 7 kap 2 § lag 2018:218 om kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.
6.15	Beslut att ingå personuppgiftsbiträdesavtal	FVC		Art 28 GDPR	Personuppgiftsavtalet ska diarieföras av förvaltningens registrator.
6.16	Beslut att anmäla personuppgiftsincident till tillsynsmyndighet	NAC		Art 33 GDPR	Anmälan ska ske till Datainspektionen senast 72 timmar efter upptäckt.  Dataskyddsombudet ska rådfrågas innan anmälan upprättas
6.17	Beslut att upprätta konsekvensbedömning avseende dataskydd	NAC		Art 35 GDPR	

## 7. Beslut rörande ekonomi och administration

### Observera!

En delegerad beslutanderätt får utnyttjas endast inom ramen för respektive förvaltnings/enhets budget eller inom ramen för beslutad kostnadskalkyl för visst projekt

Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lag-rum
7.1	Inköpsärenden, ej drift – inköp av inventarier/utrustning som inte är att betrakta som drift, inom ramen för beviljade medel (investeringsbudget)	FVC		
7.2	Avyttring/utrangering av inventarier, maskiner, fordon eller annan hälsa-och välfärdsnämnden tillhörig lös egendom till ett värde om högst fem (5) prisbasbelopp.	FVC		
	Avyttring/utrangering av inventarier, maskiner, fordon eller annan hälsa-och välfärdsnämnden tillhörig lös egendom till ett värde över fem (5) prisbasbelopp	HON		
7.3	Budgetansvar, drift – bedriva verksamhet inom ramen för beviljade anslag. Inköp av förbrukningsmaterial etc	Respektive budgetansvarig		
7.4	Avskrivning av fodringar intill ett belopp motsvarande högst 1 basbelopp i varje enskilt fall om förutsättningar att betala saknas	FVC		
7.5	Beslut om avgiftsreducering gällande kost på särskilt boende/ korttidsboende	OC	AVHL	
7.6	Utdelning ur de fonder som ligger inom HON:s ansvarsområde	FVC		
7.7	Beslut att bevilja handkassar – max 2 500 kr	OC		
7.8	Tecknande av hyresavtal med enskild vårdtagare gällande bostäder inom HON:s ansvarsområde	Budgetansvarig EC		



Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lagrum	Anm
7.9	<p>Beslut om upphandling upp till av Riksdagen fastställd beloppsgräns för direktupphandling enligt LOU och LUF (f n LOU 586.907 kronor, LUF 1.092.436 kronor).</p> <p>Övriga åtgärder vid direktupphandling enligt kommunens ”Regler för inköp och upphandling” daterade 2015-02-01</p>	<p>FVC</p> <p>Resp OC</p> <p>Resp EC</p>			<p>I förvaltningsövergripande upphandlingar inom HON:s ansvarsområde och inom av kommunfullmäktige beslutad befintlig budgetram</p> <p>I områdesövergripande upphandlingar inom HON:s ansvarsområde och inom av kommunfullmäktige beslutad befintlig budgetram</p> <p>Inom sin enhet och inom av kommunfullmäktige beslutad befintlig budgetram</p>
7.10	<p>Beslut om egen upphandling och fastställande av upphandlingsdokument i upphandlingar över ett belopp motsvarande den av Riksdagen fastställda beloppsgränsen för direktupphandling, se punkt 2.15 ovan.</p> <p>I ovan angivna upphandlingsärenden fatta beslut om</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ avbrytande av upphandling,</li> <li>✓ tilldelning av kontrakt,</li> </ul> <p>undertecknande av avtal.</p>	<p>HON</p> <p>FVC</p>			<p>I upphandlingar inom HON:s ansvarsområde och inom av kommunfullmäktige beslutad befintlig budgetram</p>
7.11	<p>Beslut om att delta i samordnad upphandling med annan upphandlande myndighet/enhet samt beslut om</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ fastställande av upphandlingsdokument,</li> <li>✓ avbrytande av upphandling,</li> <li>✓ tilldelning av kontrakt,</li> </ul> <p>undertecknande av avtal.</p>	FVC			<p>I upphandlingar inom HON:s ansvarsområde och inom av KOMMUNFULLMÄKTIGE beslutad befintlig budgetram</p>
7.12	Gallring enligt arkivlagen	ADM		ArkivL §6	
7.13	Beslut om nya beslutsattester	FVC	OC		

## Personaladministration

### Verkställighet

För verkställighetsärenden gäller att beslut alltid ska följa såväl kommunens policy, kommunstyrelsens delegationsordning för personaladministration, riktlinjer inom personalpolitiken samt övriga fastställda riktlinjer.

Verkställighetsärenden kan även omfatta andra ärenden/ärendegrupper av liknande art och omfattning som de nedan angivna.

#### EC och OC

Organisation för underordnad personal i sin enhet inom ramen för sin budget

#### Närmast ansvarig chef:

- ✓ Återbesättningsprövning under förutsättning att medel finns i budget
- ✓ Fastställa lön vid nyanställning av chefer \* samråd sker med HR-chef
- ✓ Fastställa lön vid nyanställning av övrig personal
- ✓ Anställning med varaktighet mindre än 1 år (innan beslut om anställning fattas ska samråd ske med personalkonsult för att bevaka lagstadgade skyldigheter såsom omplacering, LAS mm)
- ✓ Begära in läkarintyg vid sjukdom, utreda rehabiliteringsbehov, göra handlingsplan för återgång i arbete
- ✓ Avstängning (ej vid fel/försummelse eller brott)
- ✓ Bevilja ledigheter utan lön som regleras i lag/avtal, bevilja arbetstagare att avbryta ledigheten
- ✓ Förlägga semester (inkl huvudsemestern)
- ✓ Bevilja ledigheter för enskilda angelägenheter med lön (högst 10 dagar)  
Införda uppgift om bisyssla
- ✓ Godkännande av entledigande och förkortad uppsägningstid, avgångssamtal samt utfärda betyg och intyg
- ✓ Arbetsmiljöfrågor av löpande karaktär (uppgiftsfördelning enligt särskild förteckning)
- ✓ Årlig löneöversyn

## Delegationsärende avseende personaladministrativa ärende

Utdrag från kommunstyrelsens delegationsordning 2021-04-01

Nr	Ärende	Delegat	Ersättare	Lagrum	Anm
4.2	Beslut om anställning <b>Innan beslut om anställning fattas ska samråd ske med HR-enheten.</b>	NAC			
4.4	Träffa överenskommelse om lön eller ta ensidigt beslut om lön under pågående avtalsperiod. <b>Innan beslut om lön fattas ska samråd ske med HR-enheten.</b>	Kommundirektör (FVC för nämnd)	HR-chef		
4.9	Meddela förbud mot/alternativt godkänna utövande av bisyssla efter samråd med HR-enheten <b>Innan beslut om förbud/godkännande fattas ska samråd ske med HR-enheten.</b>	NAC	HR-chef	AB §8	
4.14	Träffa särskild överenskommelse med arbetstagare om avslutning av anställning <b>Innan överenskommelse träffas ska samråd ske med HR-enheten.</b>	Kommundirektör (FVC för nämnd)			
4.15	Avstängning <b>Innan beslut om avstängning fattas ska samråd ske med HR-enheten.</b>	NAC	HR-chef	AB §10	
4.17	Disciplinpåföljd <b>Innan beslut om disciplinpåföljd fattas ska samråd ske med HR-enheten.</b>	NAC	HR-chef	AB §11	
4.18	Polisanmälan av medarbetare, efter samråd med HR-enheten	NAC	HR-chef	AB §10	
4.26	Minskad arbetstid 80-90-100, 63–65 år	HR-chef, efter samråd med kommundirektör (FVC för nämnd)	Personaldel egation		

8

Hälsa- och omsorg  
Helena Ståhl  
0479-528408  
helena.stahl@osby.se

## **Statsbidrag, motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom 2021 dnr 9.2-6770/2021**

Dnr HON/2021:8 047

### **Hälsa- och omsorgs förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden**

Hälsa- och omsorgsnämnden beslutar uppdraga åt förvaltningschefen att rekvirera 1 004 991 kr enligt fördelningsnyckeln för statsbidraget som syftar till att motverka ensamhet bland äldre och att öka kvaliteten i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom 2021 .

### **Barnkonsekvensanalys**

Då ärendet berör ensamhet hos äldre och ökad kvalitet i omsorgen om personer med demenssjukdom är det inte aktuellt med barnkonsekvensanalys.

### **Sammanfattning av ärendet**

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2021 fördela statsbidrag till kommunerna för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Osby kommun har möjlighet att rekvirera 1 004 991 kr för 2021. Syftet är att säkerställa en god vård och omsorg av personer med demenssjukdom samt för att motverka ensamhet bland äldre.

Medel kan användas för personalkostnader, investeringar, utbildningskostnader och olika aktiviteter som är kopplade till att uppfylla syftet med bidraget.

Medlen får användas för att motverka ensamhet bland äldre.

Det kan exempelvis göras genom att:

- förstärka eller utveckla mötesplatser och sociala aktiviteter
- förstärka eller utveckla den uppsökande verksamheten
- förstärka eller utveckla dagverksamheten för äldre personer.

Medlen får användas till arbetet med en god vård och omsorg av personer med demenssjukdom

Det kan exempelvis göras genom att:

- öka kunskapen om demens hos personalen
- förstärka eller utveckla lokala demensteam och samverkansteam på ledningsnivå i enlighet med det standardiserade insatsförloppet vid demenssjukdom
- förstärka eller utveckla dagverksamhet för personer med demenssjukdom
- förstärka eller utveckla stödet till anhöriga till personer med demenssjukdom
- Regeringen lyfter särskilt fram att arbetet kan utgå från den nationella strategin för omsorg och personer med demenssjukdom samt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdom.

Varje kommun ska senast den 31 januari 2022 redovisa till Socialstyrelsen hur medlen har använts enligt ett webbformulär som Socialstyrelsen i slutet av bidragsåret.

### **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse från förvaltningschef Helena Ståhl daterad 2021-03-15

Skrivelse från Socialstyrelsen ”Anvisningar för att rekvirera statsbidrag för 2021 i syfte att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom” dnr 9.2-6770/2021 daterad 2021-03-02

Fördelningslista, bilaga till beslut dnr 9.2-6770/2021 daterad 2021-03-02

Helena Ståhl

Förvaltningschef för Hälsa och välfärd

*Beslutet skickas till*

# Anvisningar för att rekvirera statsbidrag för 2021 i syfte att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2021 fördela medel till landets kommuner för att motverka ensamhet bland äldre samt för att säkerställa en god vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Arbetet för att säkerställa en god vård och omsorg av personer med demenssjukdom kan exempelvis utgå från den nationella strategin för omsorg om personer med demenssjukdom och Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

## **Bidragets storlek**

Medlen omfattar totalt 608 500 000 kronor för 2021. I bilagan till regeringsbeslut 2020-12-22 nr I:14 framgår hur stort belopp som varje kommun kan rekvirera.

## **Vilka kan rekvirera?**

Samtliga kommuner.

## **Kan enskilda utförare få del av medlen?**

Ja, om bidraget används inom verksamhetsområden där kommunen har avtal med fristående aktörer ska dessa ges möjlighet att ta del av bidraget.

## **Vad kan ni rekvirera medel för?**

Medlen får användas i följande syfte och för följande målgrupper

- att motverka ensamhet bland äldre
- att säkerställa en god vård och omsorg av personer med demenssjukdom

## **När kan ni använda medlen?**

Socialstyrelsen betalar ut medlen under 2021 och de kan användas till och med den 31 december 2021. Det är tillåtet att använda rekvirerade medel retroaktivt för verksamhet från och med den 1 januari 2021.

## **Hur får ni del av medlen?**

### ***Ombud***

För att kunna rekvirera statsbidrag i e-tjänsten måste kommunen först ha ett godkänt ombud. Via länken nedan kan du läsa om vad ett ombud är, vem som kan bli ombud och hur man gör för att ansöka om att bli ombud, det vill säga göra en ombudsansökan:

[Så här fungerar ombudsansökan](#)

Av fördelningsnyckeln i bilaga 1 framgår vilket belopp varje kommun kan rekvirera för 2021.

Rekvireringen ska ske senast den **1 november 2021** i Socialstyrelsen e-tjänst. Vi betalar ut medlen löpande efter att rekvisitionen har kommit in. Vi rekommenderar att varje kommun skapar ett separat konto för medlen för att enkelt kunna spåra alla transaktioner och underlätta redovisningen.

### **Vad gäller för återrapportering och återbetalning av medel?**

Varje kommun ska senast den 31 januari 2022 återrapportera hur medlen har använts. Socialstyrelsen skickar i slutet av bidragsåret ett webbaserat återrapporteringsformulär till den kontaktperson kommunen uppgav i samband med rekvisition av medel. Meddela Socialstyrelsen om kontaktuppgifterna ändras under bidragsåret.

Formuläret kommer till exempel att innehålla frågor om hur mycket medel kommunen har använt, till vilken eller vilka målgrupper, samt till vilken eller vilka verksamheter.

Medel som inte har använts eller som inte har använts i enlighet med angivna villkor ska återbetalas till Socialstyrelsen. Ett sådant villkor är att återrapporteringen till Socialstyrelsen sker inom angiven tidsram. Socialstyrelsen fakturerar berörda bidragsmottagare.

### **Kontaktperson**

Utredare: Frida Azadi  
frida.azadi@socialstyrelsen.se  
Telefon: 075-247 42 16

Uppföljning: Tina Stukan  
tina.stukan@socialstyrelsen.se  
Telefon: 075-247 46 49



Behörighet och statsbidrag

**Fördelning av statsbidrag för 2021 för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom**

<b>Mottagare</b>	<b>Beviljat belopp (kr)</b>
Ale kommun	1 635 286
Alingsås kommun	2 736 027
Alvesta kommun	1 304 114
Aneby kommun	441 958
Arboga kommun	1 115 381
Arjeplogs kommun	240 565
Arvidsjårs kommun	513 178
Arvika kommun	2 014 333
Askersunds kommun	947 223
Avesta kommun	1 721 936
Bengtstors kommun	843 163
Bergs kommun	606 951
Bjurholms kommun	218 803
Bjuvs kommun	847 911
Bodens kommun	2 060 626
Bollebygds kommun	573 319
Bollnäs kommun	2 061 813
Borgholms kommun	1 149 408
Borlänge kommun	3 100 435
Borås stad	6 461 614
Botkyrka kommun	3 730 731
Boxholms kommun	419 801
Bromölla kommun	917 944
Bräcke kommun	530 192
Burlövs kommun	968 985
Båstads kommun	1 387 203

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Dals-Eds kommun	398 435
Danderyds kommun	2 075 662
Degerfors kommun	800 431
Dorotea kommun	248 082
Eda kommun	615 260
Ekerö kommun	1 468 711
Eksjö kommun	1 273 647
Emmaboda kommun	754 139
Enköpings kommun	2 796 168
Eskilstuna kommun	6 257 846
Eslövs kommun	1 847 362
Essunga kommun	422 571
Fagersta kommun	959 093
Falkenbergs kommun	3 213 596
Falköpings kommun	2 171 413
Falu kommun	3 859 718
Filipstads kommun	872 443
Finspångs kommun	1 609 172
Flens kommun	1 348 033
Forshaga kommun	814 280
Färgelanda kommun	487 460
Gagnefs kommun	744 643
Gislaveds kommun	1 808 587
Gnesta kommun	771 943
Gnosjö kommun	582 815
Grums kommun	701 515
Grästorps kommun	424 945
Gullspångs kommun	484 295
Gällivare kommun	1 310 444
Gävle kommun	6 228 567
Göteborgs stad	25 679 091
Götene kommun	973 733
Habo kommun	632 669
Hagfors kommun	1 035 061
Hallsbergs kommun	1 058 010
Hallstahammars kommun	1 189 371
Halmstads kommun	6 310 470
Hammarö kommun	930 210
Haninge kommun	4 076 147

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Haparanda stad	802 410
Heby kommun	1 007 760
Hedemora kommun	1 180 666
Helsingborgs stad	8 089 778
Herrljunga kommun	668 675
Hjo kommun	726 442
Hofors kommun	734 355
Huddinge kommun	4 340 056
Hudiksvalls kommun	2 860 662
Hultsfreds kommun	1 120 525
Hylte kommun	703 889
Håbo kommun	1 146 243
Hällefors kommun	605 764
Härjedalens kommun	871 256
Härnösands kommun	1 973 580
Härryda kommun	1 826 788
Hässleholms kommun	3 680 085
Höganäs kommun	2 171 808
Högsby kommun	426 527
Hörby kommun	1 010 925
Höörs kommun	1 003 408
Jokkmokks kommun	406 349
Järfälla kommun	3 980 791
Jönköpings kommun	8 020 537
Kalix kommun	1 385 225
Kalmar kommun	4 096 721
Karlsborgs kommun	633 461
Karlshamns kommun	2 433 343
Karlskoga kommun	2 295 256
Karlskrona kommun	4 355 091
Karlstads kommun	5 652 478
Katrineholms kommun	2 350 253
Kils kommun	864 925
Kinda kommun	775 504
Kiruna kommun	1 437 849
Klippans kommun	1 175 918
Knivsta kommun	726 838
Kramfors kommun	1 555 757
Kristianstads kommun	5 536 548

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Kristinehamns kommun	1 896 425
Krokoms kommun	933 375
Kumla kommun	1 283 935
Kungsbacka kommun	5 023 370
Kungsörs kommun	620 008
Kungälv kommun	2 838 109
Kävlinge kommun	1 814 127
Köpings kommun	1 871 498
Laholms kommun	1 879 807
Landskrona stad	2 733 653
Laxå kommun	487 856
Lekebergs kommun	513 178
Leksands kommun	1 360 694
Lerums kommun	2 298 817
Lessebo kommun	604 181
Lidingö stad	3 011 015
Lidköpings kommun	2 763 328
Lilla Edets kommun	791 727
Lindesbergs kommun	1 723 519
Linköpings kommun	8 441 525
Ljungby kommun	2 009 981
Ljusdals kommun	1 542 304
Ljusnarsbergs kommun	416 636
Lomma kommun	1 611 546
Ludvika kommun	1 969 623
Luleå kommun	4 751 548
Lunds kommun	6 067 136
Lycksele kommun	897 369
Lysekils kommun	1 272 856
Malmö stad	15 007 199
Malung-Sälens kommun	789 353
Malå kommun	244 126
Mariestads kommun	1 949 049
Markaryds kommun	783 418
Marks kommun	2 327 305
Melleruds kommun	754 534
Mjölby kommun	1 788 013
Mora kommun	1 642 012
Motala kommun	2 965 118

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Mullsjö kommun	526 235
Munkedals kommun	784 605
Munkfors kommun	329 589
Mölnads stad	3 153 059
Mönsterås kommun	1 020 817
Mörbylånga kommun	1 202 823
Nacka kommun	5 030 888
Nora kommun	868 486
Norbergs kommun	465 303
Nordanstigs kommun	745 830
Nordmalings kommun	575 693
Norrköpings kommun	8 091 756
Norrälje kommun	5 031 283
Norsjö kommun	323 654
Nybro kommun	1 538 348
Nykvarns kommun	552 745
Nyköpings kommun	4 070 607
Nynäshamns kommun	1 895 634
Nässjö kommun	1 998 902
Ockelbo kommun	462 137
Olofströms kommun	1 066 714
Orsa kommun	559 867
Orust kommun	1 332 997
Osby kommun	1 004 991
Oskarshamns kommun	1 983 076
Ovanåkers kommun	963 050
Oxelösunds kommun	1 019 630
Pajala kommun	602 599
Partille kommun	1 947 466
Perstorps kommun	472 820
Piteå kommun	2 924 760
Ragunda kommun	459 368
Region Gotland	4 457 568
Robertsfors kommun	508 035
Ronneby kommun	2 199 900
Rättviks kommun	1 092 037
Sala kommun	1 657 839
Salems kommun	919 527
Sandvikens kommun	2 825 448

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Sigtuna kommun	2 072 496
Simrishamns kommun	1 939 553
Sjöbo kommun	1 290 265
Skara kommun	1 236 851
Skellefteå kommun	5 072 037
Skinnskattebergs kommun	379 048
Skurups kommun	932 584
Skövde kommun	3 249 601
Smedjebackens kommun	890 643
Sollefteå kommun	1 615 502
Sollentuna kommun	3 447 830
Solna stad	3 689 581
Sorsele kommun	209 703
Sotenäs kommun	849 098
Staffanstorps kommun	1 465 941
Stenungsunds kommun	1 576 332
Stockholms stad	41 305 902
Storfors kommun	331 568
Storumans kommun	495 373
Strängnäs kommun	2 437 695
Strömstads kommun	871 256
Strömsunds kommun	1 032 687
Sundbybergs stad	1 813 335
Sundsvalls kommun	6 442 227
Sunne kommun	973 337
Surahammars kommun	735 147
Svalövs kommun	741 873
Svedala kommun	1 139 912
Svenljunga kommun	787 374
Säffle kommun	1 284 726
Sätters kommun	833 667
Sävsjö kommun	819 423
Söderhamns kommun	2 081 201
Söderköpings kommun	1 045 744
Södertälje kommun	4 650 257
Sölvesborgs kommun	1 348 033
Tanums kommun	1 074 232
Tibro kommun	837 228
Tidaholms kommun	913 987

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Tierps kommun	1 512 234
Timrå kommun	1 242 786
Tingsryds kommun	1 028 730
Tjörns kommun	1 269 691
Tomelilla kommun	994 703
Torsby kommun	1 011 717
Torsås kommun	590 729
Tranemo kommun	857 012
Tranås kommun	1 429 540
Trelleborgs kommun	2 896 668
Trollhättans stad	3 312 908
Trosa kommun	981 251
Tyresö kommun	2 487 945
Täby kommun	4 267 253
Töreboda kommun	690 832
Uddevalla kommun	3 535 272
Ulricehamns kommun	1 731 432
Umeå kommun	6 293 852
Upplands Väsby kommun	2 304 752
Upplands-Bro kommun	1 341 702
Uppsala kommun	11 176 365
Uppvidinge kommun	678 962
Vadstena kommun	725 255
Vaggeryds kommun	831 689
Valdemarsviks kommun	730 794
Vallentuna kommun	1 594 532
Vansbro kommun	556 306
Vara kommun	1 103 116
Varbergs kommun	4 472 208
Vaxholms stad	733 168
Vellinge kommun	2 575 387
Vetlanda kommun	1 977 536
Vilhelmina kommun	508 430
Vimmerby kommun	1 183 040
Vindelns kommun	453 433
Vingåkers kommun	699 537
Vårgårda kommun	709 824
Vänersborgs kommun	2 658 477
Vännäs kommun	562 636

<b>Mottagare</b>	<b>Beviljat belopp (kr)</b>
Värmdö kommun	2 206 627
Värnamo kommun	2 161 521
Västerviks kommun	3 143 563
Västerås stad	8 988 335
Växjö kommun	5 187 967
Ydre kommun	328 798
Ystads kommun	2 483 593
Åmåls kommun	1 006 178
Ånge kommun	745 830
Åre kommun	577 672
Årjängs kommun	726 838
Åsele kommun	255 204
Åstorps kommun	849 494
Åtvidabergs kommun	911 218
Älmhults kommun	1 038 226
Älvdalens kommun	602 599
Älvkarleby kommun	678 566
Älvsbyns kommun	627 130
Ängelholms kommun	3 071 947
Öckerö kommun	965 424
Ödeshögs kommun	429 297
Örebro kommun	8 210 852
Örkelljunga kommun	735 542
Örnsköldsviks kommun	4 068 233
Östersunds kommun	4 025 501
Österåkers kommun	2 537 799
Östhammars kommun	1 800 278
Östra Göinge kommun	974 129
Överkalix kommun	339 085
Övertorneå kommun	432 858
<b>Summa</b>	<b>608 500 000</b>



**Från:** [noreply@socialstyrelsen.se](mailto:noreply@socialstyrelsen.se) <[noreply@socialstyrelsen.se](mailto:noreply@socialstyrelsen.se)>

**Skickat:** den 24 mars 2021 09:55

**Till:** Kommun <[Kommun@osby.se](mailto:Kommun@osby.se)>; Näslund, Andriette <[andriette.naslund@osby.se](mailto:andriette.naslund@osby.se)>

**Ämne:** Utbetalning för Motverka ensamhet bland äldre och ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom 11553/2021

Hej!

Vi kommer att betala ut pengar för Motverka ensamhet bland äldre och ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom inom 15 arbetsdagar till det bankgiro eller plusgiro som du har angett i din ansökan.

[Logga in i e-tjänsten](#) och gå till Statsbidrag för att läsa meddelandet.

Om du har några frågor kan du kontakta oss. Mejla [socialstyrelsen@socialstyrelsen.se](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se) eller ring 075-247 30 00. Ta alltid med ditt ärendenummer när du kontaktar oss.

[Läs mer om statsbidrag på vår webbplats.](#)

OBS! Spara ner villkoren. Ni behöver villkoren för att veta vad ni ska återrapportera till Socialstyrelsen.

Vänliga hälsningar

.....

**SOCIALSTYRELSEN**

Avdelningen för behörighet och statsbidrag

Statsbidrag

106 30 Stockholm

Växel 075-247 30 00

[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

[Prenumerera på vårt nyhetsbrev](#)

**Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg**

[Läs om hur vi hanterar dina personuppgifter](#)

9

Hälsa- och omsorg  
Helena Ståhl  
0479-528408  
helena.stahl@osby.se

## Överenskommelse om god och nära vård 2021

Dnr HON/2021:17 730

### Hälsa- och omsorgs förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden

Hälsa- och omsorgsnämnden beslutar uppdra åt förvaltningschefen att rekvirera 1 642 tkr inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård 2021.

### Barnkonsekvensanalys

Ärendet berör rekvirering av pengar på en övergripande nivå och berör inte barn.

### Sammanfattning av ärendet

SKR och staten har träffat en överenskommelse om att under 2021 vidareutveckla den nära vården. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Medel till kommunerna betalas ut till de Regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) vilket i Skåne är Skånes kommuner, och rekvireras av respektive kommun. Osby kommun kan totalt rekvirera 1 642 tkr. Kommunerna får pengarna uppdelat på tre potter:

- Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården (1 229 tkr)
- Goda förutsättningar för vården medarbetare (248 tkr)
- Vidareutbildning för sjuksköterskor (165 tkr)

Medlen får användas till att stärka nya, redan pågående satsningar eller bibehålla effekter av redan gjorda satsningar inom ramen för en ändamålsenlig kompetensförsörjning som gynnar en omställning till en nära vård, för att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen och för att utbilda vårdens framtida medarbetare samt för att vidareutbilda sjuksköterskor.

Skånes kommuner ska som RSS redovisa genomförda insatser, uppnådda resultat och användningen av medlen utifrån ett frågeunderlag framtaget av SKR och Regeringsdepartementet. Delrapportering ska göras den 30 september 2021 och slutrapportering den 31 mars 2022.

## **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse från förvaltningschef Helena Ståhl daterad 2021-03-15

Skrivelse från Skånes kommuner ”Information om utbetalning av medel inom ramen för överenskommelse om en god och nära vård 2021” daterad 2021-03-04

Helena Ståhl

Förvaltningschef för Hälsa och omsorg

*Beslutet skickas till*

---

<b>Datum</b>	<b>Ansvarig tjänsteperson</b>
2021-03-04	Emelie Sundén

---

Till Socialchefer/motsvarande i Skånes kommuner

# Information om utbetalning av medel inom ramen för överenskommelse om en god och nära vård 2021

## Bakgrund

Skånes Kommuners socialcheferåd har 2021-02-03 fått ut ett framtaget förslag avseende fördelning av medel inom [Överenskommelse om en God och nära vård 2021](#).

Kommunerna i Skåne har i denna överenskommelse tilldelats 172 274 442 kr.

Samtliga delregioner har inkommit med positivt svar avseende det framtagna förslaget.

## Beslut om fördelning enligt förslag avseende medel inom överenskommelse om en god och nära vård 2020

Kommunerna i Skåne har i denna överenskommelse tilldelats 172 274 442 kr.

1mkr används gemensamt i Skåne för skånegemensamma satsningar i enlighet med överenskommelsen.

Resterande medel fördelas ut till kommunerna via förvaltningscheferna (socialcheferna/motsvarande) baserat på befolkningsunderlag. Medlen ska förbrukas under 2021.

Fördelningen per kommun finns sist i detta dokument.

## Överenskommelsens innehåll

Kommunförbundet Skåne har påbörjat en dialog med Region Skåne om hur ett gemensamt arbete skulle kunna utformas kring detta. I arbetet kommer kommunrepresentanter att involveras.

Kommunerna får medel uppdelat på tre potter;

- Utveckling av den nära vården med fokus på primärvård
- Goda förutsättningar för vårdens medarbetare
- Vidareutbildning för sjuksköterskor

### 3. Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav

Det aktuella utvecklingsområdet, Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav, bygger för 2021 huvudsakligen vidare på inriktningen i överenskommelsen för 2020. Det handlar övergripande om att genomföra insatser som bidrar till omställningen till god och nära vård.

### 4. Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

#### 4.3 En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställningen till en nära vård

För att få ta del av medlen inom ramen för utvecklingsområdet ska kommunerna genomföra insatser som syftar till att bidra till en ändamålsenlig kompetensförsörjning inom ramen för omställningen till en nära vård. En ändamålsenlig kompetensförsörjning kan bidra till att stärka det medicinska omhändertagandet, tillgodose hög patientsäkerhet och en vård av god kvalitet. Detta är inte minst viktigt inom den kommunala hälso och sjukvården. Insatserna ska nå både kvinnor och män. Medlen kan exempelvis användas till kompetenshöjande insatser, utveckla arbetsätt samt att stärka samverkan mellan kommuner och regioner.

#### 4.4 Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen

För att få ta del av medlen inom ramen för utvecklingsområdet ska kommunerna genomföra insatser som syftar till att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen. Medlen kan exempelvis användas till insatser för att:

- Stödja hälsofrämjande och hållbar arbetsmiljö.
- Stärka förutsättningarna för ledarskapet.
- Använda kompetensen rätt utifrån ett personcentrerat och hälsofrämjande arbetsätt.
- Stärka ett teambaserat arbetsätt och samverkan mellan huvudmän.
- Minska behovet av inhyrd personal, bl.a. genom fortsatt och utvecklad regional samverkan t.ex. avseende system och rutiner för uppföljning och avrop och samarbete vid upphandling.
- Utveckla förutsättningarna för primärvårdens medarbetare genom utvecklings-, utbildnings- eller forskningsaktiviteter, som stödjer omställning till en nära vård. Insatserna kan rikta sig till läkare samt andra yrkesgrupper inom primärvården.

#### 4.5 Utbilda vårdens framtida medarbetare

För att få ta del av medlen inom ramen för utvecklingsområdet vårdens medarbetare ska kommunerna genomföra insatser i syfte att utbilda vårdens medarbetare och framtida medarbetare. Medlen kan exempelvis användas till insatser för att:

- Stärka kompetensutvecklingen för medarbetarna utifrån verksamhetens behov.
- Utveckla förutsättningarna för att utöka verksamhetsintegrerat lärande i primärvården.
- Utveckla utbildnings- och handledarkapaciteten, exempelvis genom olika former av handledarutbildning och modeller för handledning.
- Utveckla goda lärandemiljöer i vården.
- Tillvarata kompetens hos personer med utländsk utbildning genom åtgärder som underlättar vägen till arbete och till svensk legitimation, t.ex. olika former av introduktionsprogram, praktik, verksamhetsförlagd utbildning, praktisk tjänstgöring och språkstödande insatser.
- Utveckla den regionala samverkan mellan sjukvårdshuvudmän och lärosäten genom uppbyggnad av sjukvårdsregionala råd.

#### 4.6 Vidareutbildning för sjuksköterskor

För att få ta del av medlen 2021 ska kommunerna genomföra insatser som syftar till att stimulera sjuksköterskor till att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska, inom områden där de nationella behoven är stora eller inom prioriterade områden utifrån hälso- och sjukvårdens behov och omställning till nära vård. Vidare ska medlen, utöver de resurser regioner och kommuner redan själva förfogar över, användas på ett sätt som syftar till att fler sjuksköterskor kombinerar studier med arbete genom utbildningsanställningar och olika former av utbildningsförmåner, som delvis eller full lön under studierna och vid behov bidrag till resor.

## Ekonomiska förutsättningar

Vid ett tidigare utskick hade man på nationell nivå räknat fel. Den första uträkningen har därefter reviderats och för Skånes Kommuner del innebär den nya uträkningen en minskning på 20 mkr.

Medlen får användas till att stärka nya, redan pågående satsningar eller bibehålla effekter av redan gjorda satsningar.

## Redovisning av medel

Skånes Kommuner som RSS ska redovisa genomförda insatser, uppnådda resultat och användningen av medlen inom ramen för överenskommelsen utifrån ett frågeunderlag som kommer att tas fram gemensamt av SKR och Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2021.

En delredovisning ska inkomma till Socialstyrelsen senast den **30 september 2021** och slutredovisningen till Socialstyrelsen senast den **31 mars 2022**. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas där så är lämpligt och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa. Delredovisningen ska innehålla genomförda och planerade insatser samt identifierade utmaningar för det fortsatta arbetet med genomförandet av överenskommelsen

## Utbetalning av medel

Medlen utbetalas via;

Elektronisk faktura via Inexchange: GLN kod 7368376009106

Fakturan ställs till: Skånes Kommuner, Gasverksgatan 3A, 222 29 Lund

Informationskrav på fakturor:

Fullständigt och korrekt kundnamn  
Referenskod 854861  
Totalbelopp och momsbelopp  
Leverantörens organisationsnummer och F-skatteinformation  
Plusgiro/bankgiro

Fakturan ska innehålla uppgifter om;  
Rubrik: Medel avseende överenskommelsen god och nära vård 2021  
Skånes Kommuner Referens; Carina Lindkvist

Kommun	Invånarantal 200101	Andel	Fördelning tkr	Fördelning tkr	Fördelning tkr	Fördelning tkr
			Nära vård	Vårdens medarbetare	Vidareutbildning	Totalt
Bjuv	15 715	0,011	1 462	295	196	1 953
Bromölla	12 870	0,009	1 198	241	161	1 600
Burlöv	19 112	0,014	1 778	358	239	2 376
Båstad	15 128	0,011	1 408	284	189	1 881
Eslöv	33 793	0,025	3 144	634	423	4 201
Helsingborg	147 734	0,107	13 747	2 771	1 847	18 364
Hässleholm	52 145	0,038	4 852	978	652	6 482
Höganäs	26 942	0,020	2 507	505	337	3 349
Hörby	15 631	0,011	1 454	293	195	1 943
Höör	16 713	0,012	1 555	313	209	2 078
Klippan	17 756	0,013	1 652	333	222	2 207
Kristianstad	85 747	0,062	7 979	1 608	1 072	10 659
Kävlinge	31 705	0,023	2 950	595	396	3 941
Landskrona	46 090	0,033	4 289	864	576	5 729
Lomma	24 834	0,018	2 311	466	311	3 087
Lund	124 935	0,091	11 625	2 343	1 562	15 530
Malmö	344 166	0,250	32 024	6 455	4 303	42 782
Osby	13 208	0,010	1 229	248	165	1 642
Perstorp	7 492	0,005	697	141	94	931
Simrishamn	19 174	0,014	1 784	360	240	2 383
Sjöbo	19 226	0,014	1 789	361	240	2 390
Skurup	15 889	0,012	1 478	298	199	1 975
Staffanstorps	25 396	0,018	2 363	476	318	3 157
Svalöv	14 268	0,010	1 328	268	178	1 774
Svedala	22 229	0,016	2 068	417	278	2 763
Tomelilla	13 617	0,010	1 267	255	170	1 693
Trelleborg	45 440	0,033	4 228	852	568	5 649
Vellinge	36 628	0,027	3 408	687	458	4 553
Ystad	30 541	0,022	2 842	573	382	3 796
Åstorp	15 940	0,012	1 483	299	199	1 981
Ängelholm	42 476	0,031	3 952	797	531	5 280
Örkelljunga	10 280	0,007	957	193	129	1 278
Östra Göinge	15 007	0,011	1 396	281	188	1 865
<b>Totalt Skåne</b>	<b>1 377 827</b>	<b>1</b>	128 206	25 841	17 227	171 274



10

Hälsa- och omsorg  
Mensur Numanspahic  
0479-528228  
mensur.numanspahic@osby.  
se

## Enhetlig hemtjänsttaxa, utförd tid

Dnr HON/2021:11 732

### Hälsa- och omsorgs förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden

Godkänna införande av enhetlig hemtjänsttaxa fr o m 1 juni 2021

Fastställa enhetlig avgift á 262 kr/timme

### Sammanfattning av ärendet

Under mandatperioden 2011-2014 införde dåvarande socialnämnden en differentierad hemtjänsttaxa där man skiljer på service- och omvårdnadsinsatser. Syftet med införandet av differentierad hemtjänsttaxa var att stimulera de äldre, som endast hade hjälp i hemmet i form av serviceinsatser, att i större utsträckning använda sig av privat utförare och RUT-avdrag. Vi kan nu konstatera att införandet av differentierad hemtjänsttaxa inte gett önskad effekt. Vi kan inte se att det skett någon minskning av antal ärende som får sitt stöd genom kommunens hemtjänst.

Vi har nu möjlighet att genom ökad digitalisering ytterligare effektivisera debiteringsprocess inom ordinärt boende. Det nyligen upphandlade verksamhetssystemet Treserva ger oss möjlighet till automatisk återläsning av utförd tid från planeringssystemet TES till Treservas debiteringsmodul för hemtjänstavgifter. Detta kommer att kvalitetssäkra avgiftsdebitering genom att den enskilde får betala för den faktiska tid som vår personal utför beviljade insatser. Arbetet inom hemtjänsten kommer också att effektiviseras eftersom vi kommer att slippa ifyllandet av dagjournaler.

Nuvarande system med differentierade avgifter förhindrar dock att denna funktion kan tas i bruk eftersom systemet inte klarar av att hantera differentierade avgifter.

Vid framtagande av förslaget till avgiftsstorlek har vi tittat på omkringliggande kommuner samt en del andra kommuner i Skåne. Vissa kommuner har avgift per timme medan andra har avgift utifrån olika nivåer och är inte riktigt jämförbara med vår kommun.

Förvaltningen har fått fram följande uppgifter:

Hässleholm	344 kr/timme
Kristianstad	222 kr/timme
Perstorp	246 kr/timme
Markaryd	354 kr/timme
Eslöv	277 kr/timme (service) resp. 394 kr/timme (omvårdnad)
Lund	339 kr/timme

Kommunerna Älmhult, Bromölla, Östra Göinge och Hörby har avgifter uppdelade i olika nivåer beroende på hur mycket hjälptimmar per månad den enskilde erhåller.

Förvaltningen föreslår att nuvarande avgifter för serviceinsatser, 235 kr/ timme och omvårdnadsinsatser, 290 kr/ timme, slås samman till en enhetlig avgift motsvarande 262 kr/timme.

### **Finansiering**

Verksamhetssystem med återläsningsfunktion är redan upphandlat, inga övriga kostnader tillkommer. Förvaltningen beräknar inte att förslaget ska medföra lägre intäkter.

### **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse daterad 2021-03-26

Helena Ståhl  
Förvaltningschef

Mensur Numanspahic  
Områdeschef

*Beslutet skickas till*



11

Hälsa- och omsorg  
Lina Bengtsson  
0479528300  
lina.bengtsson@osby.se

## Patientsäkerhetsberättelse 2020

Dnr HON/2021:10 720

### Hälsa- och omsorgs förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden

Att nämnden beslutar att godkänna patientsäkerhetsberättelsen för 2020.

### Barnkonsekvensanalys

Patientsäkerhetsberättelsen berör personer inom kommunens hälso- och sjukvård. Barn inom LSS-verksamheten berörs i mycket begränsad omfattning.

### Sammanfattning av ärendet

Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivaren skyldig att upprätta en patientsäkerhetsberättelse årligen. Detta arbete utförs av MAS (Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska). Patientsäkerhetsberättelsen redovisas för nämnden och nämnden fattar beslut om patientsäkerhetsberättelsen kan godkännas. I patientsäkerhetsberättelsen finns även förslag på utvecklingsområden för hälso- och sjukvården framöver.

### Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelsen 2020

Helena Ståhl  
Förvaltningschef

Lina Bengtsson  
MAS/Verksamhetsutvecklare

*Beslutet skickas till*





# Patientsäkerhetsberättelse

2020

2021-02-26

---

Lina Bengtsson MAS

*Mallen är framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, reviderad 181017*

---



---

## Innehåll

<b>PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE .....</b>	<b>1</b>
Sammanfattning.....	4
<b>STRUKTUR.....</b>	<b>5</b>
Övergripande mål och strategier .....	5
Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	5
Vård- och omsorgsnämndens ansvar.....	5
Verksamhetschefens ansvar.....	5
Områdeschefens ansvar .....	6
Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar .....	6
Enhetschefens ansvar .....	6
<b>Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar .....</b>	<b>6</b>
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	11
Socialstyrelsens öppna jämförelser .....	12
<b>Samverkan med medborgare i övrigt.....</b>	<b>12</b>
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	12
Rapporteringsskyldighet .....	12
Klagomål och synpunkter .....	12
Egenkontroll .....	12
<b>PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten .....</b>	<b>13</b>
Riskanalys .....	13
Utredning av händelser - vårdskador .....	13
Informationssäkerhet.....	13
Samverkan vid utskrivning – SVU.....	14
<b>RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>15</b>
Egenkontroll.....	15
Läkemedelsgenomgångar .....	15
Nutrition .....	16
Senior Alert .....	17
Fall och fallolyckor .....	18
Munhälsa .....	19
Palliativa registret.....	21

---

<b>ARBETE MED NATIONELLA PUNKTPREVALENSMÄTNINGAR .....</b>	<b>22</b>
Nationell punktprevalensstudie av trycksår .....	22
Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler.....	23
Avvikelser .....	24
Avvikelser angående läkemedelshantering .....	25
Dokumentation.....	25
Journalgranskning .....	26
Delegation .....	26
Klagomål och synpunkter .....	27
Händelser och vårdskador .....	27
<b>MEDICINTEKNIK.....</b>	<b>27</b>
Medicinteknisk avvikelse .....	27
Periodiskt underhåll .....	27
<b>REHABILITERING .....</b>	<b>28</b>
Sjukgymnastens/fysioterapeutens insatser.....	28
Arbetsterapeutens insatser .....	28
<b>VÅRD OCH OMSORG OM PERSONER MED DEMENS SJUKDOM .....</b>	<b>29</b>
Verksamheter.....	29
Mål och strategier för kommande år.....	33
<b>TRYGG HEMGÅNG .....</b>	<b>33</b>

---

## Sammanfattning

Hälsa - och välfärdsnämnden har som mål att erbjuda en likvärdig vård- och omsorg av hög kvalitet genom att arbeta systematiskt och förebyggande.

Bedömningen är att verksamheten uppfyller hälsa- och välfärdsnämndens mål även om det finns områden som kan förbättras ytterligare.

Under 2020 har patientsäkerhetsarbetet helt präglats av covid-19 pandemin. I Osby kommun har verksamheten lyckats väl med att begränsa smittspridningen och endast ett fåtal personer har insjuknat i covid-19.

Det har krävts ett stort arbete av såväl personalen allra närmast vårdtagarna som för chefer och övriga kringfunktioner. Krishanteringsplaner har upprättats och en mängd beslut fattats som handlar om att hantera covid-19. All personal fick utbildning i hygienrutiner i ett tidigt skede vilket har ökat tryggheten för såväl personal som vårdtagare.

Det vanliga arbetet i vardagen har flutit på men förbättringsarbetet som var planerat under 2020 har delvis fått anstå till följd av arbetsbelastningen pga covid-19. Av den anledningen kommer det att arbetas vidare under 2021 med en hel del av arbetet som planerades under 2020.

Flödet av vårdtagare från sjukhuset har varit snabbt och Osby kommun har lyckats väl med att effektivt ta emot personer för att på så sätt undvika onödig vistelse på sjukhus för vårdtagarna.

Liksom under 2019 har det under 2020 funnits vakanser i ledningsorganisationen till följd av sjukdom samt att chefer gått vidare till nya utmaningar. Dessa vakanser i kombination med pandemin har medfört att utvecklingsarbetet blivit lidande. Vi ser också att det är svårt att rekrytera och behålla hälso- och sjukvårdspersonal, främst sjuksköterskor vilket påverkar verksamheten med press på övrig personal samt chefer för att täcka vakanserna. För att garantera patientsäkerheten är det viktigt att säkerställa en tillräcklig bemanning av sjuksköterskor dygnets alla timmar.

Det har som nämnts arbetats mycket med hygienrutiner vilket har gjort att genomförd egenkontroll hade mycket gott resultat.

Den demografiska utvecklingen samt de ökade krav som ställs på kommunens hälso- och sjukvård genom hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner innebär att ett fortsatt arbete för att göra rätt saker, ha en fullgod kompetensförsörjning och attrahera hälso- och sjukvårdspersonal är mycket viktigt. Allt mer hälso- och sjukvård kommer att ske i kommunal regi framöver. Osby kommun har en god hälso- och sjukvårdsorganisation men det är viktigt att fortsätta detta goda arbete och satsa på det förebyggande arbetet.

---

## **Inledning**

Enligt patientsäkerhetslagen PSL ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse årligen. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts.

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

Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

## **STRUKTUR**

### **Övergripande mål och strategier**

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

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare.

Hälsa- och välfärdsnämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att kvalitet uppnås och så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser inte uppstår. Ett arbete med att utveckla ledningssystemet har påbörjats och det arbetet fortgår.

### **Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet**

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

#### **Hälsa- och välfärdsnämndens ansvar**

Hälsa- och välfärdsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

---

### **Verksamhetschefens ansvar**

Verksamhetschefen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

### **Områdeschefens ansvar**

Följa upp och svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Leda och utveckla verksamheten tillsammans med övriga ledningsfunktioner.

### **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar**

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med förvaltningschef och områdeschefer att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar ingår bl.a. att tillse att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Samverkan med andra vårdgivare ingår också i MAS ansvar.

I MAS uppdrag ingår även att enligt HSLF-FS 2017:41 anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskade (Lex Maria) till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. MAS ansvarar även för att rapportera legitimerad personal som befaras utgöra en fara för patientsäkerheten till IVO. Anmälningsskyldigheten framgår av 3 kap. 7§ PSL.

### **Enhetschefens ansvar**

Enhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

---

## Samverkan för att förebygga vårdskador

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur hälsa- och välfärdsnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Målet är att patienterna ska uppleva en obruten vårdprocess oavsett huvudman och att samverkan leder till minskad risk för att patienterna ska drabbas av vårdskador. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument.

- Hälsa- och sjukvårdsavtal mellan Region Skåne och de skånska kommunerna
- <http://kfsk.se/socialtjanst/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/Avtal-om-ansvarsfo%CC%88rdelning-och-utveckling-avseende-ha%CC%88lso-och-sjukva%CC%88Arden-i-Ska%CC%88Ane.pdf>
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne.
- Överenskommelse om habilitering i Skåne.
- Ramavtal kring personer över 18 år med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom.
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Vårdcentralen i Osby
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Helsa AB
- Regelverk för tandvårdsstöd i Skåne

Hälsa- och sjukvårdsavtalet (HS-avtalet) är ett utvecklingsavtal och reglerar ansvarsfördelning och samverkansformer inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne. I avtalet beskrivs förutom avtalets olika delar, även samverkan som sker på olika nivåer i organisationerna. Ett samverkansforum i avtalet med direkt koppling till patientsäkerheten är medicinsk samverkan, där medicinskt ansvariga läkare i primärvård och slutenvård träffar kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt personer på strategiska tjänster som arbetar för patientsäkerheten. Inom ramen för HS-avtalet sker samverkan i en tjänstemannaberedning på förvaltningsnivå, med representation från kommuner i nordost och region Skåne samt en operativ tjänstemannaberedning på verksamhetschefsnivå.

Under 2020 har det planerats för att operativa tjänstemannaberedningen ska arbeta med frågor som rör följande områden:

- 
- fortsatt arbete med kompetensförsörjning och kompetensutveckling enligt fastställd plan
  - fortsatt arbete med implementering av gemensamma beslut om e-hälsa och informationsförsörjning
  - fortsatt uppbyggnad av Region Skånes läkarstöd enligt delregional planering, med fortsatt anpassning av arbetssätt och bemanning av kommunernas sjuksköterskefunktion i takt med uppbyggnad av läkarstödet
  - handlingsplaner för fokusområdena är beroende av hur läkarstödet kommer att vara ombyggt och flera frågor står därför fortfarande kvar att besvara och väntar på vilka beslut
  - fokusområdena kommer att vara aktuella också under 2021 till följd av att mycket av arbetet pausades till följd av hög arbetsbelastning pga covid-19 för alla inom vård och omsorg.

### **Gränslös vård Hässleholm, Osby och Perstorp**

Samverkansforum, där kommuner, slutenvård, primärvård och ASIH träffas regelbundet för att gemensamt hitta samverkan och arbetssätt över vårdgivargränserna.

### **RIVÖ**

Samverkan för att förebygga risker i vårdens övergångar (RIVÖ) – en samverkansgrupp med representanter som arbetar patientnära. Denna lokala grupp har representanter från tre kommuner, slutenvård (sjukhuset i Hässleholm), ASIH och primärvård. Gruppen tar med sig avvikelser (oönskade händelser). Händelserna bearbetas tillsammans på ett systematiskt sätt för att komma fram till konkreta lösningar som sedan återkopplas i egen verksamhet i ett lärande syfte.

### **Resultat**

RIVÖ är ett uppskattat samverkansforum. Deltagarna diskuterar tillsammans uppkomna aktuella avvikande händelser. Händelserna bearbetas tillsammans på ett systematiskt sätt för att undvika att avvikelser uppstår och ett lärande sker. Dialogerna möjliggör en bättre förståelse för de olika organisationernas förutsättningar. Förutom diskussion kring uppkomna avvikelser, strävas det efter en samsyn kring tolkningen av regelverket och att kunskapsnivån ska bli mer jämn.

### **Lokal samverkan**

- Regelbundna möten med verksamhetscheferna för vårdcentralerna i Osby.

- 
- Regelbundna möten mellan sjuksköterskor, enhetschefer och vårdcentraler
  - Regelbundna möten med ASIH

### **Övrig samverkan**

Osby kommun deltar aktivt i Forskningsplattformen, Högskolan Kristianstad.

- Samverkan Hjälpmiddelscentrum östra Skåne (HÖS)
- Samverkan MASAR nordost
- Samverkan Högskolan Kristianstad

MAS har även representerat nordöstra Skåne i MAS/MAR-samråd med Skånes kommuner samt i olika arbetsgrupper.

### **SVPL IT- Mina planer**

Multisjuka äldre med komplexa sjukdomar och stora omvårdnadsinsatser har idag kortare vårdtider och mer av den specialiserade vården sköts utanför slutenvårdens inrättningar. Detta ställer höga krav på planeringen och samordningen av vården. Ett webbaserat system för samordnad vårdplanering – SVPL-IT ”mina planer” finns mellan primärvården, sjukhusen och kommunerna i Skåne. Systemet är tänkt att förbättra informationsöverföringen mellan vårdgivarna och därmed stärka patientsäkerheten.

Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ska ge en samlad beskrivning av individens pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser. SIP gäller för patienter i alla åldrar och med alla olika vård- och omsorgsbehov. En SIP ska upprättas när behov finns. SIP kan ibland behöva upprättas innan utskrivning från sjukhus, då det finns ett behov av samordning av insatser och behov. En SIP ska ge en begriplig och hanterbar helhet för patienten, närstående och personal.

### **Resultat och analys**

Dokumentationen i mina planer behöver förbättras. Flera avvikelser mellan huvudmännen hade kunnat undvikas om IT-verktyget hade använts optimalt. Det som brister är kunskapen om regelverk och svårigheten att hålla personal uppdaterad då omsättningen på nyanställda är stor oavsett huvudman.

I Osby kommun sker mycket få SIPar under tiden patienterna är inlagda på sjukhus, de genomförs istället när patienterna kommit hem.



---

## **IHOPA**

Under 2020 har ett projekt genomförts i samarbete mellan sjukhuset i Hässleholm, ASIH samt kommunerna Osby, Hässleholm och Perstorp som kallas IHOPA. Syftet har varit att samordna insatserna inför att vårdtagaren skrivs ut från sjukhus och förbättra kommunikationen mellan vårdgivarna och resultatet har fallit mycket väl ut. Alla deltagare i projektet uppfattar att kommunikationen har förbättrats och övergången mellan vårdgivarna har blivit bättre.

### **Läkarmedverkan**

Lokala avtal om läkarmedverkan med vårdcentralerna i Osby kommun finns upprättade.

Lokala samverkansmöten sker tillsammans med företrädare från kommunen, vårdcentralerna samt ASIH. Även sjukhusen och psykiatrin medverkar.

I och med införandet av HS-avtalet finns ett så kallat Mobilt vårdteam. Patienter som uppfyller fyra av nedanstående fastställda kriterier kan erbjudas och skrivas in i detta team. En samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas tillsammans med kommunen inför/vid inskrivning.

- Tre eller fler kroniska diagnoser
- Inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste 12 månaderna
- Sex eller fler stående läkemedel (exkl. ögondroppar, salvor etc)
- Patienten klarar inte den personliga omvårdnaden
- 75 år eller äldre
- Erhåller hemsjukvård

Vårdformen innebär att man arbetar teambaserat för att kunna utföra vård kontinuerligt i den enskildes hemmiljö med läkare från primärvården och sjuksköterska från kommunal vård som bas i teamet. Läkarstödet fortsätter att successivt utformas men påverkas av läkarbrist i nordöstra Skåne. Att vårdcentralerna har lyckats rekrytera läkare som stannar under längre tid påverkar vården mycket positivt.

### **Resultat:**

Under 2020 har implementeringsarbetet avstannat något till följd av hög arbetsbelastning samt att ny personal börjat i verksamheten. I samband med det har inte introduktionen kunnat ske på optimalt sätt då resurserna har prioriterats till covid-19. Avtal finns mellan vårdcentralen och läkarbilen som utgår från Hässleholms sjukhus. Samarbetet mellan vårdcentralerna och kommunens hälso- och sjukvård

---

---

är mycket gott och fungerar väl.

Region Skåne har ansvar för läkarinsatserna i de verksamheter som för övrigt ligger inom kommunens ansvarsområde. Samverkansavtal finns mellan hälsa – och välfärd i Osby kommun och Helsa AB respektive Vårdcentralen Osby. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vid behov av akuta hembesök under dagtid då vårdcentralerna bedömer att de inte har möjlighet att göra hembesök hos listad patient, kan mobila teamet från Hässleholms sjukhus alternativt Falck Ambulans AB kontaktas. De läkarbemannade hembesöksbilarna har Region Skånes uppdrag att ansvara för akuta hembesök dygnet runt. Detta gäller såväl inom särskilt som ordinärt boende.

Det finns ett mobilt läkarstöd, en bil med sjuksköterska och läkare som utgår från sjukhuset i Hässleholm. Det mobila läkarstödet fungerar främst som sjukhusets förlängda arm och kan följa upp patienter som annars skulle behövt ligga kvar längre på sjukhuset. Bilen kan också kallas ut av primärvården om deras läkare inte har möjlighet att bedöma patienten. Bilen har varit i drift parallellt med Falcks hembesöksbilar. Vi har endast haft bilen ute vid enstaka tillfällen. De gånger den varit ute har det fungerat väl.

Fokus på SIP är starkt uttalat i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet, SIP är ett krav för att bli inskriven i den nya vårdformen. Dock finns det fortfarande förbättringspotential, främst gällande kvaliteten inom Osby kommun. En gemensam handlingsplan finns upprättad tillsammans med vårdcentralerna för att få ett flöde i arbetet med SIP. Att arbeta med SIP är nu etablerat som arbetsform men kvaliteten i SIP behöver utvecklas ytterligare.

## **FoU nätverk Skåne nordost**

FoU (Forskning och utveckling) nätverk är ett viktigt led i den gemensamma utvecklingen av vård och omsorg. Syftet med nätverken är att utbyta erfarenheter, ge inspiration och att samverka kring gemensamma utmaningar och mål. Osby kommun har haft representation i nätverken.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

Patientlag 2014:821

Patienter och i förekommande fall närstående ska göras delaktiga i vården. Det kan ske genom att:

- medverka vid upprättande av vård- och omsorgsplaner
- medverka vid upprättande av SIP – Samordnad Individuell Plan

- 
- bli informerade om när nationella studier genomförs
  - bli informerade vid utredning av vårdskador
  - bli informerade vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål

### **Socialstyrelsens öppna jämförelser**

Socialstyrelsen gör årligen en riksomfattande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende.

Här finns undersökningen i sin helhet:

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/>

### **Samverkan med medborgare i övrigt**

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att

- ha en lättillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer, mervetare, veteranerna etc.

Verksamheten arbetar mycket med att vara synliga på sociala medier och att bjuda in närstående vid aktiviteter. Under 2020 har närstående inte kunnat bjudas in som tidigare till följd av covid-19.

### **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

#### **Rapporteringsskyldighet**

All personal har skyldighet att rapportera vid risk för vårdskada eller vid händelser som kunnat medföra en vårdskada. All personal inom vård- och omsorg får information om rapporteringsskyldigheten, dels vid nyanställning och därefter fortlöpande. Det gäller för såväl avvikelserapportering, lex Sarah och lex Maria.

Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen. Under 2020 har ingen anmälan gjorts enligt lex Maria och 6 rapporter enligt lex Sarah har gjorts men ingen har skickats till IVO. 3 medicinskt tekniska avvikelser har inrapporterats.

#### **Synpunkter och klagomål**

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

---

Klagomål och synpunkter som skickas eller lämnas in till förvaltningen sammanställs i diariet samt hanteras av ansvarig chef som skyndsamt ska utreda synpunkten eller klagomålet samt lämna ett svar till den som lämnat synpunkten.

## **Patientsäkerhetsarbete under året med Covid19**

Året 2020 blev ett speciellt år där så många resurser har fått prioriteras om för att hantera den pandemi som spreds över världen. WHO deklarerade den 11 mars att 114 länder hittat sjukdomsfall av covid19. Länderna uppmanades att förbereda sig och vidta åtgärder för att förhindra samhällsspridning och att upprätta strategier för att skydda äldre personer samt personer med risk för att drabbas av sjukdomen. I takt med olika myndighetsåtgärder, förberedde Osby kommun sig för pandemin.

Osby kommun hade till skillnad mot många andra ett litet pandemiförråd som hjälpte oss i början då det var väldigt svårt att få tag i skyddsutrustning, handsprit och ytdesinfektion. Lokala företag ställde upp och prioriterade att leverera handsprit och ytdesinfektion till kommunen. Kommunens näringslivsutvecklare hjälpte till med detta arbete.

Personalen på alla nivåer har gjort ett helt fantastiskt arbete under pandemin. Samtliga har varit mycket belastade men trots det agerat föredömligt.

- Kommunövergripande krisledningsstab sammankallades i mars månad med möten tre gånger/veckan vilket sedan har justerats utifrån behov och rådande läge. Representation från Hälsa och välfärd via förvaltningschef. MAS ingick i kommunens operativa krisledningsgrupp.
- Kommunövergripande och lokal pandemiplan uppdaterades.
- Omvärldsbevakning och upprättande av lokala rutiner och checklistor skedde fortlöpande efter myndigheternas rekommendationer. Lister för statistik upprättades.
- De som kunde skulle jobba hemifrån.
- Förrådsansvarig utsågs för att ha bästa möjliga kontroll för hantering, rapportering, beställning och skötsel av förråd för skyddsutrustning.
- Sjuksköterskeorganisationen var behjälpliga med att smittspåra samt att vaccinera.
- Chef i beredskap samt smittspårningsteam under jourtid utsågs där ledningsorganisationen ingick.
- MAS tillsammans med denhetschefer har samordnat personalvaccinering och aktuella reservlistor för vaccinering.

## **Covidrelaterad samverkan**

---

För att omvärldbevaka och följa med i det ständigt föränderliga flödet av information, har kommunen på olika sätt deltagit i nationella, regionala och lokala samverkansforum. Samtliga forum har varit digitala.

- Veckomöten via WIS, Länsstyrelsens webbaserade informationssystem, med syfte att samordna statlig verksamhet. Representation på mötena var aktörer som på olika nivåer har ansvar för samhällsnytt och beredskap.
- Veckomöten med primärvårdscluster, där tre kommuner samt tillhörande offentliga och privata primärvårdsenheter träffats för uppdatering av Covidläget samt för information och erfarenhetsutbyte.
- Covidavstämning på lokal nivå där kommun, privata vårdgivare tillsammans med ASIH samt privat och offentlig vårdcentral i Östra Göinge träffats. Veckomöten med uppdatering av covidläget samt för att samverka kring covidrelaterade arbetsuppgifter som inventeringar, smittspårningar, vaccinering och läget för skyddsutrustning. Lokala rutiner som upprättades delades mellan samtliga deltagare för samsyn och för att underlätta informationsspridningen i verksamheterna.
- Samverkansmöten covid19 och rehabilitering med representation av enhetschefer, rehab chefer, rehab enheter MAS och MAR från nordostkommunerna, Hässleholms sjukhus, Centralsjukhuset Kristianstad samt primärvård.
- Månadsmöten med Smittskydd och vårdhygien Skåne för information och möjlighet att ställa frågor för förtydligande gällande smittskydd och hygienfrågor/rutiner.
- Veckomöten med kommunförbundet och Region Skåne gällande vaccineringsfrågor.
- Veckomöten med vaccinationssamordnare CSK och tre kommuner för att optimera vaccinering av personal i kommunerna. Samverkan skedde för att se till att kommunerna kunnat hålla samma faser i vaccinationsordningen genom att frikostigt samverka med antalet tider i vaccinationsspåret.
- Regelbundna möten med MAS-nätverk nordost. För kunskaps och erfarenhetsutbyte relaterat till Covid19.

### **Resultat och analys**

I en tid av snabba beslut och där förutsättningarna ständigt har ändrats, med kort framförhållning, har samverkan under året satts på prov. Såväl intern som extern samverkan har fungerat föredömligt. Vårdpersonal har förhållit sig till omprioriteringar och att arbeta i full skyddsutrustning under lång tid för att förhindra smittspridning. Samtliga chefer och annan personal på ledningsnivå har gjort sitt yttersta för att möjliggöra arbetet efter de förutsättningar som funnits.

---

Arbetet upplevs ha haft god effekt då smittspridning inom verksamheterna varit låg.

Trots många smittspårningar med många personer involverade, konstaterades få patienter positiva. Få har avlidit i covid-19 i särskilt boende under året.

Samtliga involverade har tagit stort ansvar och arbetat utanför annars givna ramar för att på olika sätt hantera uppkomna situationer. Sjuksköterskorna har tagit ett stort ansvar i att ställa om för att kunna vara behjälpliga vid smittspårningar och vaccineringar. Legitimerad personal och chefer har hjälpt vårdcentraler och andra vårdgivare med inventeringar för olika vaccinationsspår och vaccineringsfaser. Under 2020 insjuknade 16 personer i covid-19 inom hälsa- och välfärds verksamhetsområde.

### **Egenkontroll**

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

<b>Egenkontroll</b>	<b>Omfattning</b>	<b>Källa</b>
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år 1 gång per år	PPM-databasen HALT- Senior alert, ej under 2019 eller 2020
Basala hygienrutiner och klädregler	1 gång per år	Senior Alert – PPM Separat egenkontroll
Hygienronder	1 gång per år Hanterats specifikt utifrån covid-19	Protokoll
Patientsäkerhetsdialoger - RIVÖ	8 gång per år	Protokoll
Avvikelser	Kontinuerligt	Avvikelsehanteringssystemet
Trycksår	1 gång per år	Senior alert
Patientens klagomål och synpunkter	2 gånger per år	Patientnämnden, IVO, avvikelsehanteringssystemet
Nattfasta	1 gång per år	Nattfastemätning

## **PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

---

## **Risikanalyser**

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

Risikanalyser genomförs för att skador ska undvikas och för att garantera en säker och jämlik vård och omsorg. Risikanalyser genomförs alltid i samband med verksamhetsförändringar och där beaktas även patientperspektivet.

De risker som vårdgivaren ser är främst risker i samband med vårdens övergångar, främst mellan olika vårdgivare. För att jobba med dessa finns en samverkansgrupp där representanter finns från kommun, primärvård och Hässleholms sjukhus. MAS samt vårdplanerare eller sjuksköterska från korttiden ingår i denna grupp.

## **Utredning av händelser - vårdskador**

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

Beskriver händelser som har utretts som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt lärdomar av dessa.

En samlad analys redovisas under rubriken resultat och analys.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Informationssäkerhet är de åtgärder som vidtas för att hindra att information läcker ut till obehöriga, förvanskas eller förstörs och för att informationen ska vara tillgänglig när den behövs. Rutin finns för informationssäkerhet och behandling av personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen (EU 2016,679, GDPR) följs och en GDPR ansvarig finns i kommunen som är behjälplig för samtliga förvaltningar i dessa frågor.

## **Resultat**

Loggkontroller har utförts under året enligt gällande rutin och inget avvikande har upptäckts.

Förvaltningen har i dagsläget inte möjlighet att rapportera vårdåtgärder enligt KVÅ-koder vilket är en brist, då det är obligatoriskt att rapportera till Socialstyrelsen. Anledningen är att vi har ett gammalt journalsystem som inte kan utföra denna åtgärd. Under 2019 har ett nytt verksamhetssystem upphandlats där kravet att rapportera enligt KVÅ finns med. Implementering av det nya verksamhetssystemet har påbörjats under 2020 och kommer att fortsätta under 2021.

## **Samverkan vid utskrivning – SVU**

Från 1 januari 2018 började den nya lagen om samverkan vid utskrivning att gälla. Det innebär att processen med att ta emot personer som skrivs ut från slutenvården förändrades till att bli digital och att

---

kommunerna skulle ta emot patienter inom 3 kalenderdagar efter utskrivning.

Att avvikelserna minskat under 2020 förmodas bero på covid-19.

Vården på alla nivåer har varit otroligt ansträngd och möjligheten att arbeta med avvikelser förmodas vara mindre än normalt. Trots det har avvikelser inkommit och arbetet fortlöpt.

Avvikelse till	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Psykiatri, Kristianstad	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Ambulans, Hässleholm	0	1	1	0	0	0	1	0	1
ASIH	0	0	0	0	0 (2)	0	0	1 (2)	1
Centralsjukhuset, Kristianstad	6	6	6	5	7	6	17	19	6
Sjukhuset, Hässleholm	2	6	6	4	7	5	2	1	2
Primärvård	0	0	0	0	2	1	1	1	0
Interna, IT mfl								2	3
Skånetrafiken									1
<b>Totalt</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>14</b>

MASarna i Hässleholm, Osby och Perstorp har tagit initiativ till en samverkansgrupp kring avvikelser där vårdplanerare och sjuksköterskor från kommunen träffar berörd personal från regionen och tillsammans går igenom aktuella avvikelser, gruppen kallas RIVÖ – risker i vårdens övergångar. Syftet med detta är att det fungerar som ett lärandetillfälle där personal kan utbyta erfarenheter och få förståelse för vilka konsekvenser olika händelser får så att de ska kunna förebyggas. Denna grupp är verksam i samverkan Hässleholms sjukhus sedan flera år och vi ser där en tydlig minskning i antalet avvikelser. Osby kommun har drivit frågan regionalt att få igång RIVÖ i samverkan även med CSK. Under 2020 har en RIVÖ grupp att startats i Kristianstadsområdet.

Även IHOPA-projektet tillsammans med Hässleholms sjukhus har pågått under 2020.

#### **Förbättringsförslag 2021:**

Fortsätta arbetet med RIVÖ samt medverka i olika samverkansforum för att påverka förbättringar av rutinen. Fortsatt deltagande i IHOPA-projektet tillsammans med Hässleholms sjukhus.

## **RESULTAT OCH ANALYS**

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*



---

## Egenkontroll

Beskriv måluppfyllelse dvs. en samlad analys av resultat utifrån satta mål, samt strategier/genomförda åtgärder för att nå dessa mål.

Undvika undernäring	Undvika nattfasta längre än 11 timmar	Nattfastemätning	56% av boende på SÄBO har en ofrivillig nattfasta kortare än 11 timmar	Fortfarande kan resultatet bli bättre. Skillnader mellan enheterna. Använda kollegialt lärande.
Undvika betalningsansvarsdagar i slutenvården	Färre än 2,8 dagar enligt genomsnittsmodellen	Bevaka kvartalsrapporten	Genomsnitt 1,25 dagar	Förvaltningen har ett väl genomarbetat system för att ta emot patienter på ett effektivt sätt efter utskrivning.
Förebygga trycksår, undernäring och fall	Arbeta strukturerat med Senior Alert	Genomföra åtgärder vid risk	90% utförda åtgärder vid risk	En hög andel av åtgärderna genomförs

## Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Detta är mest påtagligt för äldre i särskilda boendeformer men också multisjuka äldre i ordinärt boende som idag är ordinerade i medeltal 8–10 olika läkemedel. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Ett flertal studier har också visat att det förekommer irrationell och potentiellt olämplig behandling med vissa läkemedel, bland annat antipsykotiska läkemedel, läkemedel med antikolinerga effekter samt långverkande lugnande medel och sömnmedel. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag beror på läkemedelsbiverkningar.

Enligt Socialstyrelsens indikatorer bör en minskning ske av följande:

- Olämpliga läkemedel
- Olämpliga läkemedelskombinationer
- Läkemedel mot psykos i särskilda boenden för äldre

Läkemedelsgenomgångar har inte genomförts under året till följd av hög arbetsbelastning relaterat till covid-19.

Planeringen är att fortsätta arbetet med läkemedelsgenomgångar när läget till följd av covid-19 lugnat ner sig och läget är mer normaliserat.

## Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. För att motverka undernäring inom

---

---

vård och omsorg i Osby kommun har nämnden antagit en nutritionspolicy.

Kosten som serveras på särskilda boenden skall vara anpassad efter de näringsbehov som de boende har. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med teamet runt patienten ansvarar för att en riskbedömning sker enligt Senior Alert. För personer i riskzon ska åtgärdsprogram upprättas i teamsamverkan. Kommunens dietisttjänst på 50% är inte återbesatt efter att dietisten slutat sin anställning och därför är det primärvårdens dietist som kopplas in vid behov av dietistkompetens.

### **Nattfasta**

Tiden från dagens avslutande måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör ej överskrida 11 timmar. Om nattfastan blir längre ökar risken att kroppens byggstenar omvandlas till energi, vilket leder till förlust av viktiga proteiner. För lång nattfasta minskar även möjligheten att tillgodose individens energi- och näringsbehov. Äldre personer med lång nattfasta löper extra stor risk för undernäring.

	Nattfasta < 11 t	Nattfasta 11,1-13 t	Nattfasta över 13 t
Vecka 45 2019	56%	25%	19%
Vecka 40 2018	54%	25%	21%
Vecka 40 2017	70%	17%	13%
Vecka 40 2016	72%	16%	13%
Vecka 47 2015	37%	33%	30%
Vecka 22 2015	31%	51%	18%
Vecka 9 2015	39%	45%	15%
Vecka 40 2014	44%	30%	27%
Vecka 17 2014	49%	35%	16%
Vecka 40 2012	45%	40%	15%
Vecka 12 2011	39%	44%	17%

Resultatet från nattfastemätningen visar att två av SÄBO-enheterna i kommunen lyckas bra med nattfastan. På övriga två SÄBO-enheter är inte resultatet lika bra, vilket drar ner helhetsresultatet. Det visar sig dock att ett idogt och envist arbete med nattfastan gör nytta. En enhet i kommunen har ett perfekt resultat vid nattfastemätningen, 100% har en ofrivillig nattfasta under 11 timmar.

Under 2020 har nattfasta inte genomförts på grund av hög arbetsbelastning till följd av covid-19. Det planeras därför för mätning under våren 2022 istället.

## Förbättringsförslag 2021

Enhetschefen och omvårdnadsansvarig sjuksköterska har en viktig uppgift med att driva nutritionsfrågorna på respektive enhet. För att komma till rätta med följsamheten till rutinen för nattfastan bör mätningar ske oftare under 2022. Utbildningsinsatser har genomförts men arbetet bör följas upp ännu tydligare för att komma åt problemet.

## Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Under året har riskanalyser, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförts för förebyggande av undernäring, trycksår och fallolyckor. Arbetet har inriktats mot teamarbete. Verksamheterna har lyckats väl med att genomföra arbetet trots det ansträngda läget.

## Förbättringsförslag 2021

Inför 2022 är det viktigt att verksamheterna följer upp åtgärderna som initieras vid riskbedömningen för att säkerställa att de blir genomförda.

Enhet	Andel utförda åtgärder vid risk i %				Andel riskbedömningar med risk			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Lindhem	81%	98%	99%	97%	93%	96%	95%	92%
Rönnebacken	81%	92%	95%	88%	98%	92%	93%	93%
Bergfast	33%	98%	94%	87%	98%	91%	89%	94%
Soldalen	76%	95%	87%	86%	98%	88%	82%	94%
HTJ/HSV Osby	61%	79%	92%	79%	78%	74%	80%	74%
HTJ/HSV Lönsboda	68%	74%	81%	90%	93%	63%	80%	80%
Korttid/TH Osby	100%	85%	93%	92%	85%	100%	100%	100%
Korttid/TH Lönsboda	89%	100%	0%	0% (endast en person)	100%	50%	50%	100%
<b>Totalt</b>	<b>67%</b>	<b>90%</b>	<b>80%</b>	<b>78%</b>	<b>93%</b>	<b>88%</b>	<b>84%</b>	<b>91%</b>

## Fall och fallolyckor

Fall är farligare än vad folk i allmänhet tror. Fall är den olyckstyp som leder till flest dödsfall i Sverige. Av de som efter ett fall får en höftledsfraktur (95% av höftledsfrakturerna orsakas av ett fall) kommer nästan hälften aldrig att återfå ett normalt liv och dödligheten är 20–25

---

procent. Orsakerna till att äldre faller brukar ha att göra med minskad muskelstyrka, sämre balans, gångsvårigheter, sämre syn och minskad reaktionsförmåga. Detta kan förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel. En höftfraktur föregås ofta av flera fall.

Under 2020 föll 171 personer 737 gånger. Konsekvenserna av fallen ledde till följande:

Inga konsekvenser:	561
Mjukdelsskada:	86
Sårskada:	63
Annan skada:	22
Fraktur höft/lår:	9
Fraktur arm:	4
Förlängd vårdtid:	2
Skallskada:	1
Ryggkotskada:	1
Fraktur fot/underben:	1

Att byta miljö samt demenssjukdom utgör en särskild risk för fall, det pekar på att det fallförebyggande arbetet bör intensifieras på Spången samt demensheterna.

#### **Förbättringsförslag 2021:**

Fortsetta arbeta med handlingsprogrammet för fallförebyggande insatser inom samtliga enheter med tonvikt på Spången och demensheterna.

#### **Munhälsa**

Många äldre har problem med sin munhälsa. Vid inflyttning till ett särskilt boende bör sjuksköterskan göra en munbedömning utifrån riskfaktorer och riskgrupper. Bedömningen skall dokumenteras i omvårdnadsjournalen. Det är viktigt att omvårdnadspersonalen är med vid den årliga munhälsobedömningen, som boende enligt lag har rätt till, för att få information om hur munhålan skall skötas. Personalen skall ges möjlighet att delta i den utbildning som utföraren av munhälsobedömningar ger. Det finns en samverkansöverenskommelse med Region Skåne om samarbete vid munhälsobedömningar och den överenskommelsen skall vara känd av alla berörda. Region Skåne har upphandlat munhälsobedömningar, utbildning för kommunens personal i munhälsa och munvård samt i förekommande fall nödvändig tandvård av tandvårdsföretaget Oral Care AB.

*I senior alert registreras munhälsobedömningar. Det finns fortfarande förbättringspotential avseende antalet registreringar. Vissa enheter är*

---

*flitigare än andra. I tabellen nedan redovisas alla de bedömningar som gjorts där vårdragaren hade någon typ av munproblem enligt grad 2 ROAG, dvs avvikelser i munhälsan som med insatser kan åtgärdas av vårdpersonalen. I alla dessa fall ser vi alltså att problem fanns som lätt kan avhjälpas. Om ingen bedömning skett är risken stor att problemen växt sig större och lett till såväl ökat lidande för individen som ökade kostnader för individ och samhälle. Det är således viktigt att alla fortsätter att arbeta med bedömningarna för att ytterligare förbättra munhälsan framöver.*

Under 2020 utfördes 326 riskbedömningar av munhälsa, 319 utfördes med hjälp av ROAG bedömning, i 7 fall gick det inte att genomföra en fullständig bedömning men risk fanns och i 94 fall bedömdes inte munhälsan.

### **Förbättringsförslag 2021**

Munhälsan ska vara en självklar del vid upprättande av vårdplaner. Arbeta kontinuerligt med munhälsobedömningar samt utbilda ROAG-ombud. Fortsatt arbete med munhälsa i senior alert.

### **BPSD**

BPSD innebär beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom och drabbar ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. BPSD-registret innebär ett strukturerat arbetssätt att arbeta tvärprofessionellt med vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD.

#### **Totalt antal BPSD registreringar**

År	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>
Antal kompletta bedömningar i BPSD-registret	130	158	160	186	217	190	152

Källa: BPSD-registret

#### **Antal registreringar på respektive enhet**

Enhet	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Rönnebacken	57	53	46	20
Bergfast	11	18	21	11
Osby hemtjänst	3	1	5	2
Lindhem	76	75	72	74
Soldalen	39	70	46	45

---

## Resultat:

Samtliga verksamheter med personer med demenssjukdom och BPSD-symtom registrerar nu i kvalitetsregistret, dock med varierande frekvens. Fortfarande är antalet registreringar lågt i hemtjänsten vilket bör förbättras ytterligare. En handlingsplan finns för hur arbetet med BPSD ska ske i samtliga verksamheter.

En försämring har skett från 2019 till 2020 som delvis kan förklaras av covid-19. Dock är de verksamheterna som tidigare varit bra på att jobba med BPSD fortsatt bra medan övriga enheter inte vidtagit tillräckligt med åtgärder för förbättringsarbetet.

Arbetet inom demensvården har omstrukturerats och det är viktigt att följa upp så att arbetet med BPSD fortskrider.

De synpunkter som har lämnats från ansvariga för BPSD-registret är att arbetet ska ske i teamarbete, det kan inte utföras av en enskild person. Alla aspekter är viktiga att väva in. Kvaliteten behöver förbättras genom att alltid ange korrekta uppgifter. De uppgifter som matas in ska stämma med vad som är journalfört. Viktigt att uppgifterna är välgrundade, tex genom viktkontroll mm så att det inte grundar sig på tyckanden.

Kommunen har tre BPSD-koordinatorer som ger stöd till verksamheterna och utbildar fler användare.

## Förbättringsförslag 2021:

Registrera i BPSD-registret i samtliga verksamheter med fokus på implementering i hemtjänsten och dagverksamheterna.

Demenssjuksköterskan bör driva detta arbete övergripande tillsammans med enhetscheferna.

## Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att successivt förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Värde i procent %

Indikatorer i palliativa registret – år:	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Brytpunktssamtal patient	76	61	70	98	87	37
Brytpunktssamtal närstående	-	-	-	-	-	72
Utfört smärtskattning med validerat instrument	70	73	80	100	80	61
Ordination av inj-läkemedel mot smärta vid behov	97	97	95	98	92	96
Ordination av inj-läkemedel mot oro vid behov	84	85	88	98	93	96

Förekomst av trycksår vid dödsfallet	10	15	15	10	7	13
Någon närvarande i samband med dödsfallet		82	84	90	89	80
Erbjudande om eftersamtal till närstående		89	95	100	-	85
Munhälsobedömning		83	81	90	75	72

Källa: Palliativa registret

Gällande brytpunktssamtal så redovisas de annorlunda 2020, uppdelat på närstående och patient. Här finns förbättringspotential. Gällande erbjudande till patient är oftast orsaken att de är för dåliga att medverka. Smärtskattning utförs inte i tillräcklig omfattning och måste förbättras. Det är glädjande att konstatera att en hög andel erbjuds läkemedel mot smärta och oro.

### Förbättringsförslag 2021

Implementera NVP, Nationell Vårdplan Palliativ vård. Driva arbetet med det palliativa nätverket, dels genom sjuksköterskenärvaro på FoU-nätverket, dels genom att bibehålla och utveckla det lokala palliativa nätverket. Det är viktigt att såväl hälso- och sjukvårdspersonal som omvårdnadspersonal har kunskap om palliativ vård.

### Arbete med nationella punktprevalensmätningar

Under året har i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting SKL genomförts nationella punktprevalensmätningar.

### Nationell punktprevalensstudie av trycksår

På uppdrag av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har en punktprevalensstudie genomförts för att visa på förekomst av trycksador/trycksår. I Osby kommun genomfördes mätningen av sjuksköterskor och kontaktpersoner hos 240 vårdtagare inom vård och omsorg. En hudbedömning genomfördes på alla vårdtagare för att mäta förekomst av trycksador och vilken kategori de tillhörde. Samtliga äldreboenden gör riskbedömning i Senior Alert.

Resultat 2009 – 2020:

År	Antal Vårdtagare	Andel i %	Trycksår Kat.1	Trycksår Kat. 2	Trycksår Kat. 3	Trycksår Kat. 4
2009	180	10	9	7	1	1
2010	167	8	8	3	1	1
2011	165	5	8	3	0	0
2012	162	9	6	6	1	1
2013	152	4	2	4	1	1
2014	147	4	3	1	1	1
2015	148	4	4	0	0	2

---

2016	153	7	6	5	2	1
2017	228	5	8	7	1	2
2018	145	16	21	11	4	4
2019	260	18	22	16	4	6
2020	244	7	11	11	3	2

Källa: Nationell punkt prevalensmätning trycksår – PPM-trycksår 2009-2020

2020-års mätning visade följande:

Antalet trycksår har sjunkit vilket är mycket glädjande. Fortfarande finns ett behov av att fortsätta arbetet för att sänka andelen trycksår ytterligare.

### **Förbättringsförslag 2021**

Fortsätta det strukturerade arbetet med senior alert. Varje vårdtagare med risk för trycksår ska ha en vårdplan med åtgärder för att undvika att tryck utvecklas. Säkerställa att all personal har tillräcklig kunskap om trycksårsprevalens.

### **Nationell punktprevalensstudie av basala hygienrutiner och klädregler**

Bristande följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler inom äldreomsorgen kan ge svåra följder främst genom spridning av antibiotikaresistenta bakterier och smittsamma sjukdomar till äldre personer med nedsatt motståndskraft.

På uppdrag av SKL har landsting och kommuner medverkat i mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg” (SOSFS 2015:10).

Metoden grundar sig på observationsstudier och genomförs genom att en sjuksköterska med specifikt intresse och kunskap för hygienfrågor gör 10 observationer per enhet. Varje person observeras i patientnära arbete avseende både basala hygienrutiner och klädregler.

I kommunen har observationer utförts i samtliga fyra äldreboende samt i hemtjänst/hemsjukvård Lönsboda respektive Osby. Totalt 6 enheter med totalt 60 observationer.



**Särskilt boende:**

**Ordinärt boende**

År	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
<b>Basala hygienrutiner vid vård- och omsorgsarbete</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
Korrekt desinfektion av händerna före	88	75	70	70	75	65	74	67
Korrekt desinfektion av händerna efter	93	98	90	95	75	95	87	86
Korrekt användning av handskar	100	90	88	95	90	100	74	86
Korrekt användning av plastförkläde	93	63	70	55	90	75	77	71
Korrekt arbetsdräkt	95	95	98	60	90	100	87	87
Avsaknad av ringar, armband, klocka	98	95	95	80	95	85	97	89
Kort eller uppsatt hår	93	100	100	100	90	90	92	97
Korta naglar, ej konstgjort material	90	100	100	80	95	95	97	92

Källa: Nationell punkt prevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler – SKR

Denna mätning skedde under våren, precis i början när covid-19 drog igång. Förvaltningen införde genast efter mätningen obligatorisk hygienutbildning till all personal samt vidtog arbetsrättsliga åtgärder vid bristande följsamhet. Alla chefer följde noggrant upp hur rutinerna efterlevdes.

Under hösten genomfördes egenkontroller av följsamhet till hygienrutinerna med mycket gott resultat, följsamheten var ca 96% och nästan all personal kände sig trygga med hygienrutinerna. Arbetet som gjorts under året avseende hygien har haft mycket gott resultat.

**HALT**

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Andelen resistent bakterier ökar i världen till följd av bland annat en i vissa fall felaktig antibiotikaanvändning. HALT syftar till att kartlägga förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Istället riktar sig arbetet mot att förebygga infektioner med hjälp av god hygien och vaccinationer.

**Ingen HALT-mätning har genomförts i Sverige under 2019. Osby kommun valde att avstå HALT-mätning under 2020 för att skona personalen då arbetsbelastningen var mycket hög och alla resurser behövdes i arbetet med covid-19.**

Resultat

Indikator	Osby	Osby	Osby	Riket	Riket	Riket
-----------	------	------	------	-------	-------	-------

	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Totalt antal vårdtagare i HALT-mätningen	137	157	97	12090	24846	14077
Antal vårdtagare med korttidsvård	13	11	1	153	694	108
Totalt antal bekräftade infektioner förvärvade på enheten	2	2	0	212	368	195
Antal vårdtagare med antibiotika	8	1	2	406	730	422
Antal vårdtagare med profylax	4	1	0	109	138	82
Andel vårdtagare med antibiotika (prevalens)	5%	1%	2%	3%	2%	3%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	9	1	2	426	827	469

## Avvikelser

### Uppföljningar genom egenkontroll

Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg förebyggs fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data. Egenkontrollen avser en regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

### Extern läkemedelsgranskning

I december 2018 utfördes en extern läkemedelsgranskning av representant från Apoteket AB. Protokoll upprättades med åtgärdsförslag och läkemedelsrutin har uppdaterats under 2019 med utgångspunkt från granskningsprotokollet.

### Avvikelser angående läkemedelshantering

Avvikelserna registreras i ett digitalt program för läkemedelshantering.

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Rönnebacken	54	117	154	94	84	65
Bergfast	27	33	64	25	10	6
Lindhem	26	29	12	17	9	48
Soldalen	22	29	42	25	15	16
Omsorgen	0	0	10	2	0	2
HSV Osby	6	24	45	22	40	22

HSV Lönsboda 63	70	48	38	118	42
Totalt	198	302	375	223	201

Inrapporterade avvikelser har minskat på de flesta enheter från föregående år. Det är positivt att antalet avvikelser minskar men samtidigt väcks en oro över att alla avvikelser inte rapporteras in.

Hemsjukvården har lyft problematiken kring läkemedelsförvaringen i ordinärt boende. Många vårdtagare har svårt att själv ordna med inköp av låsbart skåp för läkemedelsförvaring.

### **Förbättringsförslag 2021:**

Fortsätta att utbilda all tillsvidareanställd personal i samband med delegation. Förslagsvis vid APT en gång per år samt webutbildning. E-signering ska användas i samtliga verksamheter.

Verksamheten köper in läkemedelsskåp och tillhandahåller dessa mot en avgift. På så sätt blir förvaringen likvärdig och säker och den underlättar för den enskilde.

### **Dokumentation**

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. En patientjournal är först och främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte träffat patienten tidigare. Journalen är även en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit.

### **Journalgranskning**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört slumpmässiga journalkontroller inom samtliga verksamheter. Resultatet är överlag bra men aktuell vårdstatus lämnar fortfarande mer att önska. Till viss del beror det på att status är lite svårarbetat i journalsystemet.

För närvarande klarar inte vårt nuvarande journalsystem att leverera uppgifter enligt KVÅ vilket vi är skyldiga att göra. Implementering av nytt verksamhetssystem pågår men det är ett omfattande, krävande och tidsödande arbete.

### **Delegation**

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter

---

till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer med personalbrist. Delegeringarna bör heller inte vara fler än att det finns möjlighet för den legitimerade personalen att regelbundet följa upp sina delegationer. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket innebär t.ex. att man inte kan delegera katetersättning om man själv inte praktiserar detta. Varje enhet ska enligt § 2d HSL (1982:763) vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning.

Delegeringsmöjligheten ska användas i undantagsfall. På grund av rekryterings svårigheter i samband med främst semesterperioden har vissa reellt kompetenta undersköterskor fått en utökad delegation. Det har fungerat väl men det är önskvärt att kunna anställa legitimerad personal i sådan omfattning att denna åtgärd blir överflödigt.

Troligen kommer fortfarande inte alla kopior av delegationer in till MAS då antalet delegationer är lägre än förväntat. Behov finns av ett digitalt delegationssystem.

### **Förbättringsförslag 2021**

Säkerställa att delegationsrutinen är välkänd och uppdateras utifrån de problem som identifierats, bland annat avseende att det råder otydlighet gällande chefsskapet för de personer som är vikarier. Arbetet för att förbättra denna rutin påbörjas i början av 2021.

Strukturerad delegationsutbildning för tillsvidareanställd personal.

### **Klagomål och synpunkter**

Synpunkter och klagomål hanteras av företrädesvis berörd chef eller i vissa fall MAS och svar skickas till den klagande. Synpunkten eller klagomålet lyfts sedan upp i verksamheten vid ett APT eller ledningsmöte för att delge all personal vad som inträffat och diskutera hur en liknande händelse kan undvikas i framtiden.

### **Händelser och vårdskador**

Vårdgivaren ska enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen.

#### ***Följande har rapporterats in:***

<i>Typ av rapport</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>IVO 18</i>	<i>IVO19</i>	<i>IVO 20</i>
Lex Sarah	16	12	6	3	0	0
Lex Maria	0	0	0	0	0	0
Anmälan till läkemedelsverket	4	5	3	0	0	0

---

Ingen lex Sarah har bedömts som allvarlig och skickats vidare till IVO under året. Samtliga rapporter lyfts vid ledningsträffar för spridning på systemnivå samt delges nämnden.

### **Medicinteknik**

Medicintekniska produkter, MTP, används inom äldreomsorgen. Dessa skall användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna skall provas ut individuellt av arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut eller sjuksköterska och det skall dokumenteras i omvårdningsjournalen. Övrig personal skall utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det skall finnas bruksanvisningar på svenska vid produkterna och kontroll skall ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat skall anges hur ofta översyn/kontroll skall ske för att produkten skall vara säker. Det skall finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske enligt fastställda rutiner. De kommunala riktlinjerna för Medicintekniska produkter finns tillgängliga på såväl intranät som kommunens hemsida.

### **Medicinteknisk avvikelse**

3 avvikelser har anmälts vidare till Läkemedelsverket.

### **Periodiskt underhåll**

En sjuksköterska i Osby har som sitt ansvarsområde att se över alla rutiner samt ansvara för att alla kontroller blir utförda. Viktigt att detta ansvarsområde ses över kontinuerligt om personal byter befattning eller arbete.

### **Rehabilitering**

Under året var 94 vårdtagare inskrivna i Trygg hemgång. 68 i Osby och 26 i Lönsboda.

Av dessa gjordes "Måltavlan" på 36 vårdtagare.

"Måltavlan" är ett instrument som tagits fram av rehabgruppen i Osby kommun. Instrumentet är inte validerat eller reliabelt och kan inte användas som något säkert utvärderingsinstrument.

Dock anser vi att måltavlan tydliggör tendenser som stämmer med vad vi upplever i verkligheten och att "Måltavlan" utgör ett bra arbetsmaterial i diskussion kring rehabilitering och mål med vårdtagare, anhöriga och personal.

Instrumentet är uppdelat i två delar P-ADL (skötsel av person, maxpoäng 60) och I-ADL (skötsel av hushåll, maxpoäng 32). Hög poäng är lika med stort hjälpbehov.

"Måltavlan" är ej gjord på resterande vårdtagare då de varit ovilliga eller ej haft ork att delta, ej haft rehabiliteringsbehov, fått återinläggas på sjukhus/garantiplats på Spången eller ej hunnits med.

### **Tid i Trygg Hemgång:**

---

Vårdtagarna var inskrivna i Trygg hemgång med rehabiliteringsinsatser mellan 3-42 dagar. Den genomsnittliga inskrivningstiden var ca 15 dagar (527 dagar/35 vt). En vårdtagare stack ut och var inskriven 149 dagar (för rehab insatser, ej med övriga insatser från TH), räknas denna med blir genomsnittliga inskrivningstiden 18,7 dagar.

Inskrivningstiden här kan skilja sig från själva inskrivningstiden i Trygg Hemgång då några vårdtagare har haft insatser med fortsatt rehabilitering efter att Trygg hemgång har avslutats. Måltavlan har då gjorts när rehabiliteringen avslutats/mål uppnåtts.

### **Resultat:**

I P-ADL har 20 vårdtagare förbättrat sina poäng och 16 har oförändrat resultat. 10 vårdtagare var helt självständiga (0-1 poäng) vid utskrivning.

I I-ADL har 9 vårdtagare förbättrat sina poäng och 27 har oförändrat resultat. 3 vårdtagare var helt självständiga (0-2 poäng) vid utskrivning och ytterligare några hade endast små insatser kvar.

Då vi i Måltavlan även kartlägger hur läget varit tidigare (dvs precis innan skada/sjukdom som lett till att man fått Trygg hemgång) kan vi konstatera att många redan tidigare haft stöttning av anhöriga eller hemtjänst med I-ADL.

Vid inskrivning hade vårdtagarna resultat på mellan 0-28 poäng i P-ADL och 0-32 poäng i I-ADL. Vid utskrivning var resultaten 0-19 resp 0-32 poäng.

Ingen vårdtagare har försämrat resultat på någon av delarna.

### Genomsnittspoäng:

P-ADL: inskrivning 9,25 poäng (333/36)

Utskrivning 6,3 poäng (230/36)

I-ADL: inskrivning 23,2 poäng (812/35)

Utskrivning 21,08 poäng (738/35)

Vid inskrivning hade vårdtagarna resultat på mellan 0-28 poäng i P-ADL och 0-32 poäng i I-ADL. Vid utskrivning var resultaten 0-19 resp 0-32 poäng.

### **Spången**

#### Antal:

Måltavlan har gjorts på 16 vårdtagare på Spången under 2020. Endast delen för P-ADL har använts här då många av aktiviteterna i I-ADL inte blir tillämpbara här.

#### Tid på Spången:

Vårdtagarna har haft en vårdtid på Spången på mellan 15-189 dagar.

Genomsnittstiden (1032dagar/16 vt) är 64,5 dagar.

### **Resultat:**

Vid inskrivning hade vårdtagarna resultat på mellan 9-51 poäng i P-ADL. Vid utskrivning var resultaten 0-30 poäng.

Samtliga vårdtagare visar förbättrade poäng vid utskrivning.

---

---

### Genomsnittspoäng:

P-ADL: inskrivning 32,4 poäng (518/16)

Utskrivning 13 poäng (209/16)

Vid inskrivning hade vårdtagarna resultat på mellan 9-51 poäng i P-ADL. Vid utskrivning var resultaten 0-30 poäng.

Det är tydligt att rehabiliteringsinsatserna är mycket viktiga för att den enskilde ska uppnå självständighet och en ökad livskvalitet.

Vid behov av rehabilitering skall en rehabplan upprättas, företrädesvis tillsammans med en vårdplan. Önskvärt är att upprättandet av vård- och rehabplan sker i teamsamverkan. Patient som har behov av arbetsterapeutisk eller fysioterapeutisk träning skall erbjudas detta. Det kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel skall utprovas individuellt av behörig personal. Vid behov skall ett ADL- eller funktionsstatus upprättas.

Kommunen ansvarar för rehabilitering vid dagverksamhet, i särskilt boende, i korttidsboende och i ordinärt boende enligt gällande avtal med region Skåne, s.k. hemrehabilitering. Kommunen har också team i såväl Osby som Lönsboda som arbetar med Trygg hemgång, i samband med hemgång från sjukhus eller korttidsvistelse. Det arbetet är framgångsrikt då många vårdtagare skrivs ut från Trygg hemgång med inga eller få insatser från hemtjänst. Den enskilde får bättre förutsättningar för ett självständigt liv.

Teamarbetet gällande Senior Alert fortskrider på ett mycket framgångsrikt sätt. Rehabpersonalen har drivit detta arbete på ett utmärkt sätt och arbetet med senior alert är nu verkligen teambaserat och implementerat i våra verksamheter. Rehabpersonalen genomför även förflytningsutbildning för all personal. Rehabpersonalen är drivande i olika typer av utvecklingsarbete samt ingår i olika team inom hälsa- och välfärdsnämndens verksamhetsområde. Allt detta utförs på ett mycket förtjänstfullt sätt. Utvecklingsarbetet i denna grupp fungerar mycket väl.

Vi har nu inte längre någon dietist anställd i kommunen. Det vore önskvärt att på sikt ha denna resurs i kommunen igen.

### **Fysioterapeutens insatser**

Sjukgymnasten/fysioterapeuten ansvarar för funktionsbedömningar, träning, rådgivning och utprovning av t.ex. gånghjälpmedel. Träningen ska leda till att bibehålla, förbättra eller återfå de fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träning delegeras vidare till omvårdnadspersonal eller rehabassistenter.

### **Arbetsterapeutens insatser**

Arbetsterapeuten bedömer, stödjer och tränar förmågor som behövs för att klara ett vardagligt liv. Det kan handla om att kunna klä sig, förflytta sig och att sköta vardagslivets rutiner i hemmet. Arbetsterapeuten förskriver hjälpmedel som kan underlätta rehabiliteringsprocessen.

---

---

### **Arbetsterapeut vid biståndsbedömning**

I samband med att invånare i behov av hjälp ansöker om insatser hos biståndsbedömarna så kopplas även arbetsterapeuten in.

Arbetsterapeuten kan då göra en bedömning av om personen som ansökt om hjälp kan bli självständig med hjälp av träning, hjälpmedel eller bostadsanpassning. Detta arbete påbörjades 2017 och fungerar väldigt väl. Ett fantastiskt arbetsätt som verkligen hjälper individen att vara självständig så länge som möjligt. Ett sådant förebyggande arbetsätt visar på vilken styrka det är med teamarbete samt vilken stor nytta hälso- och sjukvårdspersonal gör i det förebyggande arbetet.

### **Vård och omsorg om personer med demenssjukdom**

Hög ålder är den största riskfaktorn för demenssjukdom. I Osby kommun beräknas ca 200-250 personer ha någon form av demenssjukdom.

#### **Verksamheter**

I kommunen finns 48 lägenheter som räknas som gruppboende för personer med demenssjukdom. Det finns dagverksamhet i Osby och Lönsboda som erbjuder aktiviteter, promenader och utflykter. Under året har denna verksamhet reducerats till följd av covid-19. Istället för att vårdtagarna träffas på dagverksamheten har personalen gett extra stöd till den enskilde i dennes hem. Under hösten startade dagverksamheten upp igen i anpassad form. Den planerade flytten gick inte heller att genomföra som planerat då lokalerna fick tas i bruk till covidenheter.

Ett antal undersköterskor har utbildat sig till specialistundersköterskor inom demensvård och de har haft ett antal träffar under året med utgångspunkt i utvecklingsarbete som de bedriver tillsammans med enhetschef. Ett så kallat hemstödsteam i Osby har ansvar för hemtjänstinsatser till personer med demenssjukdom. Teamet arbetar med hög kontinuitet för att underlätta för vårdtagarna. I Lönsboda finns ett mindre demensteam som arbetar på liknande sätt.

Vid särskilt svåra omvårdnadssituationer finns handledning att tillgå från erfaren och specialistutbildad personal inom kommunen.

I slutet av 2019 stängde dagverksamheten i Lönsboda, samtal skedde individuellt med samtliga deltagare och alla valde att flytta med till Osby.

Växelvård för personer med demenssjukdom upplevs inte alltid som det bästa alternativet för den enskilde. Behov finns av att utveckla alternativa möjligheter till avlastning för att möta behovet hos vårdtagare och närstående.

---

### **Förbättringsförslag 2021**

**Utveckla dagverksamheten till att även omfatta växelvård och flexibel avlastning.**



---

## Utbilda all personal i endagsutbildning kring BPSD.

### eHälsa och välfärdsteknik

Olika typer av välfärdsteknik samt e-hälsotjänster underlättar såväl insamling av information till hälsodata- och kvalitetsregister, som en snabbare återkoppling till personal, huvudmän, myndigheter och invånare. Vidare skapar detta helt nya förutsättningar för forskningen om utfall och effekt av olika insatser. Användarvänliga och ändamålsenliga dokumentations- och beslutsstöd krävs för att personalen ska kunna samverka för att möta individens behov av koordinerade insatser och för att vid behov kunna dela relevant information med andra personalgrupper i en behandlingsprocess. Under hösten anställdes en utvecklare inom HSL för att arbeta vidare med e-hälsa och implementering av system i verksamheterna. Under denna tid infördes digital signering av läkemedel till hela äldreomsorgen. I samma app testade även några av verksamheterna att registrera status på läkemedel ute på enheterna så att sjuksköterskorna kan beställa nya läkemedel i rätt tid. Fler verksamheter kommer att jobba vidare med detta.

Socialstyrelsen kräver från 2020 att HSL-uppgifter ska lämnas in enligt struktur för ICF och KVÅ. I kommunens befintliga verksamhetssystem är detta inte möjligt. Utvecklaren arbetade därför tillsammans med utsedda superanvändare i verksamheten att sätta sig in i nya förutsättningar för nytt verksamhetssystem samt att konfigurera koder för ICF och KVÅ i nytt system.

E-hälsolösning för vårdtagare med dosdispenserade läkemedel som har överlämning av medicin har testats via digitalt verktyg. Utvecklaren har arbetat med företaget för att skapa förutsättningar att använda inköpt produkt. Tyvärr fungerar inte produkten till fullo. Förbättringar utförs för att implementering ska kunna ske.

Utvecklaren har även arbetat med journalgranskning för att kartlägga dokumentation kring palliativ vård. Verksamheten kommer att gå in i arbete som rör strukturerad form digitalt via NVP för att kvalitetssäkra den palliativa vården. Fortsatt arbete kommer att ske inom detta område.

Nationell patientöversikt – NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. I nytt verksamhetssystem ska det vara möjligt att producera anteckningar från kommunens system till region Skånes system.

Funktion för digitala trygghetslarm är upphandlat för ordinärt boende 2020 i nuläget är 70-80 nya larm utsatta hos vårdtagare.

Under 2020 har arbetet med digitalt läkarstöd i samarbete med Innovation Skåne avstannat. Utfallet har inte blivit vad vi hoppades då juridik och teknik ännu inte har utvecklats på ett sådant sätt att det

---

fungerar i praktiken. Olika utrustning som uppfyller de juridiska kraven har testats men de tekniska kraven har inte uppfyllts. Vi avvaktar nytt projekt eller annan lösning från Regionen.

### **eHälsa - planering för 2021**

- Den elektroniska utvecklingen fortsätter inom vård och omsorg med bl.a.:
- Implementering av nytt verksamhetssystem.
- Fortsatt arbete med att införa ledningssystemet till vissa delar i Stratsys som är ett verksamhetssystem där ledningssystemet kan ingå.

### **Uppsökande verksamhet**

Under 2020 har besök skett via telefon eller reducerats till följd av covid-19.

Vård och omsorg har sedan 2006 en uppsökande verksamhet gentemot personer 75 år och äldre som ej bor i särskilt boende. Från och med 2018 sker besöken istället till de som är 77 år och äldre, i ett projekt tillsammans med Högskolan Kristianstad. De allra flesta tackar ja till besöken. Vid besöket tas i regel följande ämnen upp till diskussion och information:

- sociala aktiviteter
- hälsa, syn och hörsel
- boendesituation
- aktuella läkemedel ev. olämpliga
- riskbedömningar och förebyggande åtgärder för
  - fallolycka
  - felnäring
  - kognitiva besvär
  - benskörhet

Bokningarna sköts numera av assistenter för att använda allas kompetens på bästa sätt. Detta arbetssätt har fallit väl ut och måluppfyllelsen är god.

### **Screena för förmaksflimmer**

Sedan några år erbjuder man att ta ett tum-EKG för möjligheten att finna tidigare oupptäckta och obehandlade förmaksflimmer. Många personer känner inte själva att de har ett förmaksflimmer. Obehandlade förmaksflimmer är en stor riskfaktor för att drabbas av stroke.

---

Statistiskt sett kommer ca 20 % av personer med obehandlade förmaksflimmer att drabbas av stroke. Personer som drabbas av stroke pga obehandlat förmaksflimmer får oftast en mycket omfattande stroke, som kan leda till att patienten avlider eller får omfattande skador på hjärnan. Detta innebär stort personligt lidande och mycket höga samhällskostnader.

Sedan starten har den uppsökande verksamheten funnit strax över 20 nyupptäckta förmaksflimmer. Dessa personer har fått förebyggande antikoagulantibehandling.

Av detta kan man dra slutsatsen att enbart upptäckten av personer med förmaksflimmer och att de kommer till behandling, ger en årlig besparing motsvarande nästan hela kostnaden för den uppsökande verksamheten. Dessutom förhindras ett stort lidande.

### **Förbättringsförslag för 2021**

- Att fortsätta med gruppträffar och förbättra träffarna med fler kompetenser när covid-19 läget tillåter

## **Mål och strategier för kommande år**

För att möta den demografiska utvecklingen och de ökade kraven på kommunen som hälso- och sjukvårdsavtalet samt lagen om samverkan vid utskrivning medför är det viktigt att arbeta förebyggande. Den största effektiviseringen samt vinsten för varje individ är att undvika ohälsa. Osby kommun har en lång tradition av att arbeta förebyggande på olika plan för att undvika att ohälsa uppstår.

Målet är att öka patientsäkerheten.

### **Trygg hemgång**

93 personer har varit inskrivna i Trygg hemgång under 2020.

Hälsa- och välfärdsnämnden har som ett mål att Trygg hemgång ska vara ett förstahandsalternativ efter vistelse på sjukhus och att andelen som vårdas i Trygg hemgång ska öka. Vård och rehabilitering i den enskildes hem har ofta mycket god effekt och vårdtagarna är oftast mycket nöjda med den vård som ges. När någon vårdas i Trygg hemgång finns alltid en garantiplats på något av kommunens korttidsboenden tillgänglig för att garantera trygghet för den enskilde. Det är sällan platsen utnyttjas.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård som trädde i kraft

---

---

1 januari 2018 har påverkat såväl Trygg hemgång som korttidsvården med ett snabbare flöde vilket ställt ökade krav på all personal att möta behovet och anpassa verksamheten.

### **Läkarmedverkan**

Fortfarande finns en tröghet gällande inskrivning i mobil vårdform och detta arbete behöver utvecklas ytterligare. En svårighet är tillgången på läkare och ett sätt att möta behovet kan vara att ha visst läkarstöd digitalt. Arbetet med att lyfta frågan, såväl på tjänstemannanivå som på politisk nivå är viktigt. I Osby kommun står vi inför andra utmaningar än vad som är fallet i södra Skåne och nordostperspektivet behöver belysas i samtliga samverkansformer för att vi ska komma vidare. Ett ihärdigt arbete med att lyfta frågorna och att verka för att det ska komma till stånd krävs även framöver.

### **Arbetsterapeut och biståndshandläggare samarbetar vid biståndsbedömning**

Under 2017 påbörjades ett utvecklingsarbete där arbetsterapeut medverkar vid biståndshandläggningen i nära samarbete med biståndshandläggare. När den enskilde ansöker om trygghetslarm eller utökning av insatser gör arbetsterapeuten ett hembesök. Syftet är att kartlägga om någon träning eller något hjälpmedel kan sättas in istället för att en insats från hemtjänsten beviljas. Arbetet har mottagits positivt från såväl vårdtagare, biståndshandläggare som arbetsterapeut. I flera fall har träning eller hjälpmedel kunnat vara till hjälp medan det i andra fall gjort att en bedömning skett att den enskilde behöver mer insatser än han eller hon ansökt om. Arbetet är nu etablerat och kommer att fortsätta.

### **Framtidstrategier**

En del av framtidsstrategierna för 2020 finns kvar att arbeta med under 2021 då de inte kunnat fullföljas som tänkt till följd av covid-19.

Förbättringsområde	Ansvarig	Följs upp
Ofrivillig nattfasta ska inte överstiga 11 timmar för boende på SÄBO, dvs alla som så önskar ska erbjudas mat eller dryck som bryter nattfastan.	EC	Vid nattfastemätning
Antalet fall ska fortsätta minska, samtliga enheter ska arbeta fallförebyggande enligt handlingsplanen för fallprevention	EC	Kontinuerligt i senior alert samt i PSB
Implementera teamarbete i	EC, OC	Delårsbokslut

hemtjänst/hemsjukvård		
BPSD-registreringar på samtliga enheter	EC, demenssjuksköterska	Kontinuerligt i BPSD-registret samt i PSB
Minska förekomsten av trycksår	EC, OAS, AT, SG	PPM-mätning, PSB
Ta fram en utbildningsplan för samtlig personal i trycksårsprofylax	EC, MAS, OC	2021
Gå med i Rikssår	MAS, OC	2022
Implementera nytt verksamhetssystem	OC, MAS, EC	2021
Implementera en standardiserad process för introduktion av personal	OC, EC, MAS	PSB
Införa Nationell Vårdplan Palliativ vård NVP	MAS; EC	2022
Införa nationell handlingsplan för patientsäkerhet	MAS, OC	Påbörja arbetet hösten 2021
Införa ett processverktyg kopplat till stratsys för att underlätta för nyanställda samt vid uppföljning.	MAS, OC	Påbörja arbetet hösten 2021
Säkerställa bemanning av HSL-personal.	OC, EC	Delårsbokslut
Inköp av läkemedelsskåp i ordinärt boende	EC, MAS	PSB

12

Hälsa- och omsorg  
Andriette Näslund  
0479-528280  
andriette.naslund@osby.se

## Brukarundersökning äldreomsorgen 2020

Dnr HVN/2020:173 730

### Hälsa- och omsorgs förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden

Hälsa och omsorgsförvaltningen föreslår hälsa och omsorgsnämnden besluta att

- Godkänna handlingsplaner för Brukarundersökningen 2020
- Ge förvaltningen i uppdrag att arbeta med handlingsplaner för respektive boende/hemtjänstgrupp

### Sammanfattning av ärendet

Socialstyrelsen skickar varje år ut en enkät till personer som är 65 år och äldre som bor på vård och omsorgsboenden eller har hemtjänst den 31 december föregående år. Datainsamling och bearbetning skötts av Indikator som har också arbetat fram ett antal verktyg som hjälp att analysera data och ta fram rapporter. Brukarenkäten skickas ut i maj och besvaras under maj/ juni. Resultaten publiceras i slutet av september/ början av oktober månad.

Det vi kan se att svarsfrekvensen inom hemtjänsten ligger på 59,5% (152 personer) i år (att jämföra med 66,2% förra året) och inom särskilda boenden ligger svarsfrekvensen på 33,8% (42 personer). Förra året svarade 43,4% på enkäten.

Svaren från datainsamlingen presenterades för nämnden hösten 2020 och då fick förvaltningen i uppdrag att ta fram handlingsplaner utifrån resultaten. Handlingsplanerna beskriver de områden och på vilket sätt verksamheterna arbetar vidare för att förbättra resultaten utifrån de svar som inkom

Handlingsplanerna kommer att diskuteras med enhetschefer på enheterna som arbetar med förbättringar och följer upp resultatet.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2021-03-24

Handlingsplan för vård och omsorgsboende utifrån 2020:års brukarundersökning

## Handlingsplan för hemtjänst utifrån 2020:års brukarundersökning

Helena Ståhl  
Förvaltningschef

Andriette Näslund  
Områdeschef

Mensur Numanspahic  
Områdeschef

*Beslutet skickas till*



Verksamhetsområde: Hälsa och omsorg, vård och omsorgsboende  
Datum:2020-11-24

Nr	Det här är vi bra på
1	Har ett fungerande samarbete med närstående (97%)
2	Vårdtagarna får ett bra bemötande av personalen (95%)
3	Vårdtagarna känner förtroende för personalen (90%)
	Vilka tre utvecklingsområden har prioriterats?
1	<b>Fortsatt gott samarbete med anhöriga (97%)</b> - ökat från 89%
2	<b>Möjlighet att komma utomhus (56%)</b> - minskat från -63%: involvera till delaktighet och information till anhöriga
3	<b>Vet var man ska lämna synpunkter och klagomål (35%)</b> minskat från 44%- fortsatt information samt tydliggörande om vilka synpunkter eller klagomål som lämnas och inhämtas av rätt profession.

För varje prioriterat område gäller följande:

Nr	Förbättring	Åtgärd	Ansvarig	Klart datum	Uppföljning
1.	<b>Fortsatt gott samarbete med anhöriga</b>	Fortsatt regelbunden kontakt mellan kontaktperson, OAS och anhöriga  Fler enheter arbetar med anhörigträffar  Följs upp av enhetschef	Enhetschefer	Fortlöpande	20210930
2.	<b>Möjlighet att komma utomhus</b>	Regelbunden info om vikten av utomhusvistelse  Information till närstående om erbjudande samt hur detta verkställs  Följs upp av enhetschef	Enhetschefer	Fortlöpande	20210930
3.	<b>Vet var man ska lämna synpunkter och klagomål</b>	Fortsatt arbete med information på anhörigträffar och välkomstsamtal angående synpunkter och klagomål.  Specificera vilken synpunkt eller vilka klagomål som hanteras av vem. Följa upp återkoppling  Följs upp av enhetschef	Enhetschefer	Fortlöpande	20210930

Hur var svarsfrekvensen ?

20-40% covid har påverkat svaren där färre personer svarat i årets brukarenkät.

Speciellt arbete kring ensamhet kommer att utföras på en enhet som en studiecirkel på ett av våra vård och omsorgsboende under hösten. Konceptet med studiecirkeln tas fram i samarbete med HKR.

Verksamhetsområde: Hälsa och omsorg, vård och omsorgsboende  
Datum:2020-11-24

Nr	Det här är vi bra på
1	Personalen utför sina uppgifter bra (94%)
2	Kommer på avtalad tid (93%)
3	Trygg hemma med hemtjänsten (94%)
	Vilka tre utvecklingsområden har prioriterats?
1	<b>Synpunkter och klagomål</b> – minskat från 64% till 61%
2	<b>Påverka tider för hjälp</b> – minskat från 62% till 59%
3	<b>Informera om tillfälliga förändringar</b> - minskat från 84% till 80%

För varje prioriterat område gäller följande:

Nr	Förbättringsområde	Åtgärd	Ansvarig	Klart datum	Uppföljning
1.	<b>Synpunkter och klagomål</b>	Tydliggöra ansvaret som kontaktperson har i detta sammanhang  Genomgång av kontaktpärmarna med den enskilde och vid behov med anhöriga	Enhetschefer	Fortlöpande	20210930
2.	<b>Påverka tider för hjälp</b>	Dialog med den enskilde när denne beviljas insatser  Dialog med den enskilde vid upprättande av genomförandeplaner om ev. förändringar av tider  Förbättra kontinuitet (både omsorgs- och personalkontinuitet) genom rutt-planering	TES-planerare  Kontaktperson  Enhetschefer	Fortlöpande	20210930
3.	<b>Informera om tillfälliga förändringar</b>	Följa kommunens riktlinjer; kontakt med den enskilde om insatsen förskjuts 20 min  Planera rutter för att minimera förändringar	Enhetschefer	Fortlöpande	20210930

Hur var svarsfrekvensen ?

59,5% för Osby som helhet. Det är något lägre än tidigare. Troligen påverkats av covid men även av ”enkät-trötthet” eftersom vi ser fallande svarsfrekvens på alla nivåer de senaste åren. Enkäten är försenad i år pga att Socialstyrelsen inte lyckats upphandla aktören som skulle ta hand om undersökningen. Frågan är om den kommer ut överhuvudtaget och i fall det kommer ut- om Socialstyrelsen hinner sammanställa den.

13

Hälsa och omsorg  
Mensur Numanspahic  
0479-528228  
mensur.numanspahic@osby.  
se

## **Samlade riktlinjer Hälsa och omsorgsnämnden**

Dnr HON/2021:12 003

### **Hälsa- och omsorgsförvaltningens förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden**

Hälsa- och omsorgsförvaltningen föreslår Hälsa- och omsorgsnämnden att

anta följande riktlinjer: Riktlinjer för Trygg hemgång, Riktlinje för avvikande händelser och risker, Riktlinjer boendestöd, Riktlinjer äldreomsorgen, Riktlinjer anmälningsskyldighet enligt lex Sarah, Riktlinjer brukarundersökningar socialpsykiatri, Riktlinjer för förebyggande hembesök, Riktlinjer för nattarbete

ge förvaltningen i uppdrag att löpande revidera riktlinjer vid lagändringar, ändringar i föreskrifterna samt rådande rättspraxis. Behov av revideringar av andra skäl ska lyftas upp till Hälsa- och omsorgsnämnden

samt ge förvaltningen i uppdrag att publicera riktlinjer på kommunens hemsida

### **Sammanfattning av ärendet**

Efter omorganisationen på kommunnivå har en ny förvaltning och ny nämnd bildats. Detta föranleder bl.a. behov av översyn av riktlinjer som Hälsa och välfärdsnämnd har beslutat om tidigare. Förvaltningen har gått igenom gällande riktlinjer och gjort de justeringar som krävdes.

### **Finansiering**

Förslag till beslut innebär inga ökade kostnader för förvaltningen.

### **Beslutsunderlag**

Riktlinjer för Trygg hemgång, daterade till 2021-04-15

Riktlinje för avvikande händelser och risker, daterade till 2021-04-15

Riktlinjer boendestöd, daterade till 2021-04-15

Riktlinjer äldreomsorgen, daterade till 2021-04-15

Riktlinjer anmälningsskyldighet enligt lex Sarah, daterade till 2021-04-15

Riktlinjer brukarundersökningar, daterade till 2021-04-15

Riktlinjer förebyggande hembesök med bilaga, daterade till 2021-04-15

Tjänsteskrivelse, daterad 2021-03-29

Helena Ståhl  
Förvaltningschef

Mensur Numanspahic  
Områdeschef

Andriette Näslund  
områdeschef

Lina Bengtsson  
MAS/Verksamhetsutvecklare

*Beslutet skickas till*

Antagen av: Hälsa och omsorgsnämnden  
Framtagen av: Andriette Näslund, områdeschef

Antagningsdatum: 2021-04-15  
Ansvarig för dokumentet: verksamhetsutvecklare  
Uppdaterad: 2019-01-28

Dnr: HON/2021:67



## Innehåll

<b>1</b>	<b>Riktlinje för förebyggande hembesök .....</b>	<b>3</b>
1.1	Bakgrund .....	3
1.2	Syfte .....	3
<b>2</b>	<b>Medarbetare i verksamheten .....</b>	<b>4</b>
2.1	Utförare av besöken .....	4
2.2	Bokning av besöken .....	4
2.3	Uppföljning av verksamheten .....	4
<b>3</b>	<b>Arbetsätt.....</b>	<b>4</b>
3.1	Personer som erbjuds besök.....	4
3.2	Gruppträffar istället för uppföljning .....	5
3.3	Rekommendationer under besöket .....	5
3.4	Efter besöket .....	5

# 1 Riktlinje för förebyggande hembesök

## 1.1 Bakgrund

För att äldre ska få ett gott liv hemma även i hög ålder behöver kommunerna i Sverige arbeta förebyggande. Ett sätt att arbeta förebyggande är att göra hembesök som syftar till att bibehålla självständighet och god hälsa hos äldre som bor i ordinärt boende. Målet med samtalen är att minska graden av sjuklighet och vårdberoende. Samhället står inför förändringar som innebär att andelen personer över 65 år kommer att öka. Personer som är mellan 65-80 år mår generellt väl och upplever god hälsa. Efter denna ålder stiger hjälpbehovet. Hälsoutvecklingen hos den äldre befolkningen påverkar behoven av hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Äldre personer med flera sjukdomar som ger symtom upplever sämre välbefinnande. Personer som känner sig ensamma, har depression eller på annat sätt är sköra har även en känsla av sämre kvalitet i sitt liv än övriga äldre. När behov av hjälp uppstår i det dagliga livet bidrar detta till en sämre livskvalitet. Upplevelsen av kvalitet i vardagen varierar hos olika äldre i samhället. Många lever väl och har god hälsa och livskvalitet även i hög ålder. Förebyggande insatser som förhindrar uppkomst av eller påverkar förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem har visat sig vara positivt ur många aspekter för äldre. Sedan 2006 har Osby kommun erbjudit förebyggande hembesök. Vid utvärdering av verksamheten som utfördes 2015 visade verksamheten goda resultat och majoriteten av äldre hade utfört eller utförde hälsofrämjande åtgärder efter besöket. Hembesöken som erbjuds är frivilliga.

Denna riktlinje beskriver hur det förebyggande och uppsökande arbetet ska bedrivas i Osby kommun.

## 1.2 Samarbete med Forskningsplattformen- Hälsa i samverkan

Osby kommun samarbetar med Högskolan Kristianstad och forskningsplattformen –Hälsa i samverkan för att forskning ska kunna utföras från materialet som framkommer under besöket. Allt material som lämnas från kommun till Högskolan är avidentifierat. Osby kommun har möjlighet att ta tillvara resultat som framkommer från Högskolan och använda dessa för att se trender och förändringar i beteende hos äldre i samhället. Osby kommun har även möjlighet att själv skapa frågor eller utföra besök som bara gäller i Osby.

## 1.3 Syfte

Syftet med de förebyggande hembesöken i Osby kommun är att skapa kontakt med medborgarna genom att erbjuda hembesök. Den som utför besöket ska ge uppmuntran, råd och stöd, som kan underlätta den enskildes vardag. Samt ge information om vilka hjälpinsatser och aktiviteter, som finns inom kommunen och hos frivilliga organisationer

## **2 Medarbetare i verksamheten**

### **2.1 Utförare av besöken**

I verksamheten arbetar distriktssköterskor/sjuksköterskor med flerårig erfarenhet av yrket. Vid besöket handlar samtalet om det som känns viktigt för den enskilde. Under samtalet följs ett formulär, som innehåller frågor där flera områden berörs gällande hälsa och välbefinnande. Främst utifrån områden som behandlar fall, kost, aktivitet, social samvaro men även boendesituation och andra frågor som är av vikt behandlas. Utföraren av samtalet ska ge rekommendationer runt fallförebyggande åtgärder, hälsa, kost och stödja i kontakterna med övriga yrkeskategorier, både inom kommunal verksamhet och utanför. Målet är att ge ökad medvetenhet om hur man bibehåller en god hälsa, skapa trygghet samt att alla vet var man vänder sig, när behov av hjälp/stöd uppstår. Medarbetare i verksamheten ska verka för samma person som utför besöken gör uppföljningar så att en relation mellan person och den som utför besöket skapas. Utförare av besöken har även ansvar i att hålla sig uppdaterad på nyheter inom området och att ta fram nytt material att använda vid besöken. En av utförarna utses även som kontaktperson och fungerar som länk mellan Högskolans projekt för förebyggande verksamhet och verksamheten i Osby kommun.

### **2.2 Bokning av besöken**

Assistenter bokar in tider för besöken och skickar hem ett förslag på tid till de som är aktuella för besök. Återbud anmäls till assistenterna enligt blankett se bilaga 1. Utförare av besöken meddelar assistenter att boka in uppföljningar av besöken.

### **2.3 Uppföljning av verksamheten**

Enhetschef för verksamheten har ansvar för att följa upp och driva verksamheten. Uppföljning utförs genom granskning av resultat som framkommer i besöken och från utvärderingar av gruppträffarna. Enhetschef har även ansvar för att förändra och förbättra verksamheten samt hålla sig uppdaterad på nyheter inom området som gäller förebyggande vård. Rapportering av övergripande resultat till nämnden görs 2 ggr/år i verksamhetsberättelsen som ett underlag för nämndens planering.

## **3 Arbetsätt**

### **3.1 Personer som erbjuds besök**

Alla kommuninvånare som är 77 år eller äldre och som bor i ordinärt boende erbjuds ett förebyggande hembesök. Hembesöket erbjuds första gången det år som personen fyller 77 år. Det digitala frågeformulär som tagits fram av förvaltningen används vid besöket. De hälsokontroller som förvaltningen beslutat om ska erbjudas och utföras vid hembesöket under förutsättning att

personen tackar ja till erbjudandet . Finns flera personer i samma hem som är födda under samma år eller närliggande tid kan båda få hembesök samtidigt. För att identifiera de personer som är aktuella för hembesök i kommunen skrivs listor ut från befolkningsregistret. Uppföljning utförs efter besöket via telefon eller med ett nytt besök. Har personen fått en rekommendation att utföra en handling eller kontakta annan vårdgivare görs uppföljning via telefon eller besök senast en månad efter besöket för att kunna ge stöd och råd om inte rekommendation utförts. Nytt besök eller samtal beroende på personens livssituation görs vart annat år. Verksamheten har tätare kontakt med personer där de upplever ett större behov av stöd. Detta kan vara anhörigvårdare eller personer som på olika sätt fått en förändrad livssituation och behöver stöd.

### **3.2 Gruppträffar istället för uppföljning**

Istället för eller som ett komplement till uppföljningar i hemmet utförs även gruppträffar. Under gruppträffar följs modellen "Livslots för seniorer". Enligt denna modell träffas äldre vid fyra tillfällen. Personerna får då möjlighet att prata med flera olika professioner som arbetar i kommunen. Enligt modellen medverkar sjuksköterska, dietist, sjukgymnast, arbetsterapeut och handläggare för att ge råd och tips om hjälp i vardagen. Träffarna bidrar även till att nya kontakter skapas mellan äldre som kan bidra till ökade möjligheter för social stimulans. Sjuksköterskorna i uppsökande verksamhet tar kontakt med de som kan vara lämpliga att medverka vid gruppträffar. Medborgare kan även själva ta kontakt med uppsökande verksamhet om de är intresserade av att medverka. Gruppträffar planeras av utförare i verksamheten.

### **3.3 Rekommendationer under besöket**

Under besöket erbjuds alla en kontroll av blodtryck och tum-EKG. Här sker även riskbedömningar utifrån fall, benskörhet och kost. I de fall där personalen upptäcker att risker finns i hälsotillståndet ger sjuksköterskan rekommendationer att söka vård på den vårdcentral eller annan verksamhet för åtgärder. Personen har ett egenansvar att söka hjälp efter besöket. Sjuksköterskan kan vid samtycke från den som besöks vara behjälplig i kontakt med bland annat vårdcentral eller annan yrkesutövare i kommunen. Under besöket tas ett tum-Ekg. Resultatet från detta skickat direkt till närsjukvårdskliniken i Hässleholm. Upptäcker de något avvikande på svaret skickas en kallelse till vederbörande.

### **3.4 Efter besöket**

När besöket har utförts registreras utförandet samt de rekommendationer som givits under besöket i kommunens verksamhetssystem för hälso- och sjukvård. Detta görs för att rekommendationerna ska kunna följas upp och att uppföljningar efter besöket ska kunna utföras.



Beslutad av: Hälsa och omsorgsnämnden  
Framtagen av: Arbetsgrupp Trygg hemgång  
Uppdaterad: 2019-01-28

Beslutsdatum: 2021-04-15  
Dokumentansvarig: MAS/ Verksamhetsutvecklare  
Diarienummer: HON/2021:12

Ett utskrivet exemplar är alltid en kopia, giltigt original finns på kommunens intranät.

## Innehåll

Definition.....	3
Syfte.....	3
Målgrupp .....	3
Avgränsningar .....	4

## Definition

Trygg hemgång är ett arbetssätt där flera yrkeskategorier arbetar i ett tvärprofessionellt team för att skapa trygghet för vårdtagaren vid hemkomst från vård på sjukhus eller korttidsplats. **Trygg Hemgång ska alltid prövas som första val vid planeringen av vård och omsorg efter sjukhusvistelse/ korttidsvistelse.** Uppföljning av insatsen Trygg Hemgång ska alltid omprövas senast tre veckor efter insatsen påbörjats

Teamet utgår från vardagsrutiner och livskvalité, ser möjligheter och skapar lösningar. Central roll i teamarbetet har undersköterskorna som har den dagliga kontakten med vårdtagaren och som är en länk till de andra yrkeskategorierna i teamet.

En garantiplats för korttidsvård ska alltid finnas vid inskrivning i Trygg Hemgång.

I Osbyområdet utgår Trygg Hemgång från korttidsvården Spången och i nära samarbete med hemtjänstgrupp D. Kvällar och helger är det grupp D som ansvarar för Trygg hemgång, nattetid är det nattpatrullen. I Lönsbodaområdet utgår Trygg hemgång från hemtjänsten.

## Syfte

Trygg hemgång syftar till att: öka tryggheten vid hemgång från sjukhus eller korttidsvistelse

- öka möjligheten för vårdtagaren att bo kvar hemma genom ett rehabiliterande och teambaserat arbetssätt i vårdtagarens hem som leder till ökad självständighet hos den enskilde.
- vara behjälplig vid utredningar av ansökningar om hjälp i hemmet där hjälpbehovet förmodas vara omfattande.

## Mål

- att försäkra en trygg och säker vård och omsorg i hemmet för vårdtagaren vid hemkomst från sjukhus eller korttidsplats
- att insatsnivån stämmer med det faktiska behovet när vårdtagaren lämnar teamet
- att förstärka vårdtagarens självständighet genom ett rehabiliterande förhållningssätt och en helhetssyn på omvårdnaden.
- att vårdtagaren och närstående är delaktiga i processen utifrån sina förutsättningar

## Målgrupp

- Vårdtagare som kommer hem från vistelse på sjukhus eller korttidsboende som har ett rehabiliteringsbehov, förändrat hjälpbehov från hemtjänst och/eller känner otrygghet inför sin hemgång

- Vårdtagare som ansöker om omfattande hjälp i hemmet resp. särskilt boende i de fallen där beslutsunderlaget är otillräckligt eller svårbedömt

### **Avgränsningar**

Personer som efter sjukhusvistelse eller korttidsvistelse är i behov av samma/mindre förändringar av hemtjänstinsatser som tidigare.

Personer som efter sjukhusvistelsen är i behov av att få insatserna utförda av sedan tidigare känd utförare.





Beslutad av: Hälsa- och omsorgsnämnden  
Framtagen av: Emma Frostensson,  
verksamhetsutvecklare och Lina  
Bengtsson,  
verksamhetsutvecklare/MAS

Uppdaterad: 2019-01-28

Beslutsdatum: 2021-04-15  
Dokumentansvarig: MAS/ verksamhetsutvecklare

Diarienummer: HON/2021:12  
Giltighetstid: Tills vidare

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Tillämpningsområde och lagrum .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Syfte.....</b>	<b>3</b>
2.1	Vad som ska rapporteras .....	3
2.2	Omedelbara åtgärder .....	4
2.3	Utredningsförfarandet.....	4
<b>3</b>	<b>Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Information till utskott och nämnd .....</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Sammanställning och analys .....</b>	<b>5</b>

## 1 Tillämpningsområde och lagrum

Rapportering enligt lex Sarah ska tillämpas inom socialtjänsten, i verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade inklusive där assistansersättning är beviljad enligt socialförsäkringsbalken. Bestämmelserna om skyldigheten att rapportera och utreda samt avhjälpa och undanröja missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden regleras i 7 kap. 6§ och 14 kap. 3-6 §§ Socialtjänstlagen (2001:453), i 23 e§ och 24b-24e§§ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:5. Riktlinjer för rapportering och utredning om missförhållanden eller risk för missförhållanden är gemensamma för Kommunstyrelsens, Barn- och skolnämndens och Hälsa- och omsorgsnämndens verksamheter. Detaljerade tillvägagångssätt för hur aktiviteterna ska utföras och hur ansvarat för utförandet är fördelat återfinns i respektive verksamhetsområdes beslutade rutiner.

## 2 Syfte

Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet är att komma tillrätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållande uppkommer igen.

Rapporteringsskyldigheten Skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden ska gälla för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten. Den som fullgör uppgifter är:

- anställd
- uppdragstagare
- praktikant eller motsvarande under utbildning
- deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program

Information till de rapporteringsskyldiga

Information om skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden ska ges till den som omfattas av skyldigheten när hen påbörjar en anställning, ett uppdrag, en praktikperiod eller liknande. Informationen ska därefter ges återkommande. Den rapporteringsskyldige ska även få information om vem som är mottagare av rapporten om missförhållanden eller risk för missförhållanden.

### 2.1 Vad som ska rapporteras

Rapporteringsskyldigheten gäller missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden som drabbar en eller flera enskilda som får insatser eller kan komma ifråga för insatser inom socialtjänsten. Med missförhållanden avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Missförhållanden kan även gälla något som händer mellan brukare/vårdtagare som får insatser i en verksamhet, så som hot, våld, sexuella övergrepp etc. Med påtaglig risk för ett missförhållande, som ska rapporteras, ska avses att det är fråga om

uppenbar och konkret risk för ett missförhållande. Rapporten om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande ska genast lämnas till den som bedriver verksamheten.

## 2.2 Omedelbara åtgärder

Den som bedriver verksamhet inom socialtjänsten ska, omedelbart när en rapport har tagits emot, vidta de nödvändiga åtgärder som situationen kräver.

## 2.3 Utredningsförfarandet

Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Dokumentationen av utredningen ska enligt 5 kapitlet i Socialstyrelsens föreskrifter (2011:5) utvisa

- vad det rapporterade missförhållandet eller risken för ett missförhållande har bestått i och vilka konsekvenser det har fått eller kunde ha fått för den enskilde
- när den muntliga eller skriftliga rapporten har tagits emot
- när och hur missförhållandet eller risken för ett missförhållande har uppmärksammats
- när missförhållandet har inträffat
- de orsaker till missförhållandet eller risken för ett missförhållande som har identifierats
- om något liknande har inträffat i verksamheten tidigare och i så fall varför det har inträffat igen
- bedömningen av om något liknande skulle kunna inträffa igen

Av dokumentationen ska det även framgå

- vilka åtgärder som har vidtagits för att undanröja eller avhjälpa missförhållandet eller risken för ett missförhållande samt tidpunkt för dessa
- vad som i övrigt har framkommit under utredningen
- vilket beslut eller ställningstagande som utredningen har avslutats med

För varje uppgift som dokumenteras under utredningen ska det framgå

- vilket datum uppgiften dokumenterades
- varifrån uppgiften kommer
- vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar
- vem (namn och befattning eller titel) som har dokumenterat uppgiften

Den enskilde som berörs bör alltid underrättas om ett missförhållande som har inträffat.

### **3 Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)**

Utredningen ska avslutas med ett beslut eller ett ställningstagande huruvida det rör sig om ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Om så är fallet ska en anmälan snarast göras till IVO (14 kap. 7§ SoL och 24 f§ LSS). Anmälan till IVO görs på en särskild blankett.

Anmälan till IVO kan göras innan utredningen är klar. Utredningen ska i dessa fall lämnas in till IVO så fort den har färdigställts och senast två månader efter det att anmälan gjorts.

### **4 Information till utskott och nämnd**

Rapport och utredning om missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden ska rapporteras till ansvarigt utskott eller ansvarig nämnd.

### **5 Sammanställning och analys**

Utöver att utreda inkomna rapporter var för sig ska rapporter även sammanställas och analyseras. Detta för att den som bedriver verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.



Beslutad av: Hälsa- och omsorgsnämnden  
Framtagen av: Emma Frostensson, områdeschef  
Uppdaterad: 2019-01-28

Beslutsdatum: 2021-04-15  
Dokumentansvarig: Verksamhetsutvecklare  
Diarienummer: HON/2021:12  
Giltighetstid: Tillsvidare

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Syfte.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Socialt boende – andrahandskontrakt .....</b>	<b>3</b>
3.1	Målgrupp .....	3
3.1.1	Socialt utsatta grupper.....	4
3.2	Regler och förutsättningar .....	5
3.2.1	Boendestöd .....	6
<b>4</b>	<b>Boende i akuta situationer .....</b>	<b>6</b>
4.1	Jourlägenhet.....	6
4.2	Regler och förutsättningar .....	6
4.2.1	Boendestöd .....	7
<b>5</b>	<b>Arbetsplan.....</b>	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>Organisation .....</b>	<b>7</b>
<b>7</b>	<b>Barnperspektivet .....</b>	<b>7</b>
<b>8</b>	<b>Den enskildes ansvar.....</b>	<b>8</b>

## 1 Inledning

Socialtjänsten har inget generellt ansvar att ordna bostad åt individer och det finns inget stöd i Socialtjänstlagen (SoL) när det gäller rätten till bistånd i form av bostad åt bostadslösa i allmänhet (jfr prop. 1979/80:1 s. 200 och 356 samt prop. 2000/01:80 s. 92). Den enskilde får själv söka bostad via bostadsförmedlingar eller ställa sig i kö för bostad på annat sätt. Det kan dock finnas situationer där socialtjänsten kan bistå den enskilde om hen har speciella svårigheter att på egen hand skaffa bostad. Innan bistånd till boende kan beviljas ska möjligheterna att tillgodose behovet på annat sätt utredas samt den enskildes egna resurser tillvaratas.

De former av bistånd som regleras i denna riktlinje är;

- Socialt boende, andrahandskontrakt
- Socialt boende, akuta situationer

## 2 Syfte

Syftet med denna riktlinje är att förtydliga socialtjänstens ansvar i samband med bedömning av bistånd till boende. Syftet är också att bidra till likabehandling i kommunen samt vara ett stöd för handläggningen i boendefrågor. Riktlinjerna innebär inte någon inskränkning i den enskildes rätt att få en individuell prövning av sin ansökan.

Riktlinjen ger en generell beskrivning av socialtjänstens arbete och ger därmed information till medborgare, allmänhet och hyresvärdar vad de kan förvänta sig av socialtjänsten i Osby kommun.

## 3 Socialt boende – andrahandskontrakt

Socialt boende i form av andrahandskontrakt är en biståndsbedömd insats riktad till specifika målgrupper enligt avsnitt 3.1. Individen beviljas boende som ett bistånd enligt 4 kap 1 § SoL. Individen ska bedömas vara i behov av en mer permanent lösning för att i längden vara tillförsäkrad en skälig levnadsnivå. Syftet med biståndet är att den enskilde på sikt ska ha möjligheter att själv hyra ett boende. Beslut om socialt boende fattas enligt kommunstyrelsens delegationsordning.

Ett socialt boende i form av andrahandskontrakt innebär att Osby kommun hyr en lägenhet av en fastighetsägare och hyr ut lägenheten i andra hand till den individ som har bedömts ha behov av insatsen. Hyresförhållandet mellan den enskilde och socialtjänsten regleras genom ett skriftligt andrahandskontrakt vilket betyder att den enskilde betalar hyra till socialtjänsten i Osby kommun. Kontraktet ska undertecknas av enhetschef och den enskilde.

### 3.1 Målgrupp

Det finns regeringsrättsdomar (RÅ 1990 ref.119 och RÅ 2004 ref. 130) som ger viss vägledning i bedömningen vid ansökan om boende. För att tydliggöra grunder och säkerställa likvärdiga bedömningar har Kommunstyrelsens utskott för utbildning och arbete fastställt riktlinjer på området. Av dessa riktlinjer framgår att följande tre kriterier ska vara



uppfyllda för att en individ ska kunna beviljas bistånd enligt 4 kap 1 § i form av boende:

- Vara helt bostadslös – saknar tak över huvudet.
- Ha speciella svårigheter att på egen hand skaffa bostad (avser speciella svårigheter hos den enskilde, den enskilde saknar förmåga). Det är kombinationen av olika svårigheter och den individuella prövningen som måste ligga till grund för om man har en speciell svårighet. Enbart ekonomiska skulder är inte grund för att beviljas bistånd till boende. En förutsättning är också att det finns en tung social problematik. Om man enbart är drabbad av bostadsbristen tillhör man inte denna målgrupp.
- Tillhöra en socialt utsatt grupp som behöver särskild hjälp att anskaffa en bostad - Av rättspraxis framgår att vissa grupper i särskilda fall kan omfattas av rätt till bistånd i form av boende med stöd, hjälp till bostadsanskaffning eller stöd i att söka bostad på egen hand.

### 3.1.1 Socialt utsatta grupper

Av rättspraxis framgår att vissa grupper i särskilda fall kan omfattas av rätt till bistånd i form av boende med stöd, hjälp till bostadsanskaffning eller stöd i att söka bostad på egen hand:

- **Personer med missbruk**

Avser individer där missbruket medför ett behov av stöd i boendet på sin väg mot drogfrihet. Kan även avse individer som behöver stöd i att bibehålla nykterhet. Det är viktigt att bedöma den enskildes motivation och ansvarstagande, att den som söker vill ha hjälp att bli fri från sitt missbruk. Ett boendebeslut är en del av helhetssynen i rehabiliteringen där boendet kan vara ett stöd för individen att kunna hantera sin situation och missbruk. Missbruket i sig utgör ingen rätt till bistånd i form av boende. Finns inga speciella svårigheter hos individen har man inte rätt till bistånd.

- **Personer med funktionsnedsättningar**

Socialtjänsten har ansvar för bostadsanskaffning för individen med vissa funktionsnedsättningar som inte klarar av att bo självständigt enligt 5 kap. 7 § Socialtjänstlagen. Denna grupps rätt till bistånd avseende boende med särskild service utreds av handläggare inom socialpsykiatri. Denna riktlinje skulle kunna bli aktuell utifrån kommunens yttersta ansvar i nödsituationer.

- **Barnfamiljer**

Att vara förälder utgör i sig ingen rätt till bistånd i form av boende. Förälders förmåga att söka bostad på egen hand måste utgöra en del i prövningen. Har föräldern inga speciella svårigheter att söka bostad på egen hand, har man inte rätt till bistånd i form av bostad. Har en familj speciella svårigheter kan rätten till bistånd innefatta allt från att få hjälp till att söka bostad samt rätten till bistånd i form av bostad. Rätten till bistånd i form av bostad är avhängigt huruvida vederbörande behöver bo med stödinsatser eller inte. Kan en familj

sköta ett boende, det vill säga betala hyran i tid, inte störa sina grannar samt sköta en lägenhet på egen hand utan stöd är det en indikation på att rätten till bistånd i form av bostad kan ifrågasättas. Det hindrar inte att bistånd ändå kan utgå grundat i ett barnperspektiv för att förhindra en akut nödsituation eller utifrån en individuell prövning i ärenden med social problematik.

- **Hemmaboende ungdomar som har mycket speciella skäl till att flytta hemifrån eller ungdomar som tidigare varit placerade**

Enligt allmän praxis är det skäligt att den unge bor hemma fram till hen har egna ekonomiska möjligheter att flytta till egen bostad. I vissa rättsfall nämns 25 år, men det är ingen absolut ålder. För att en ungdom skall beviljas ekonomiskt bistånd till hyra för att flytta hemifrån skall mycket speciella skäl föreligga. I första hand skall man erbjuda stöd genom att arbeta med problematiken som föranleder ansökan.

- **Boendebistånd efter kriminalvård**

Individer som bedöms behöva stöd i att erhålla en bostad efter avtjänat straff för att minska risken för återfall i kriminalitet kan i vissa fall beviljas bistånd till boende. Bostaden skall i de fallen utgöra en del i en rehabiliteringsprocess. Individer med längre fängelsestraff bakom sig kan ha kommit långt från samhället. Socialsekreterare har ofta ingen kunskap av hur den sökande klarar av ett eget boende. Om den sökande har rätt till bistånd, kan det vara rimligt att bevilja ett socialt boende med högre grad av tillsyn, för att kunna bedöma förmågan att bo och behovet av andra stödinsatser. Huvudregeln är att en individ ska söka bistånd i den kommun han/hon var folkbokförd då vården inom kriminalvården startade.

- **Våld i nära relation**

Avser främst individer där det bedöms finnas behov av skyddat boende. Exempel på insatser i syfte att stödja och hjälpa våldsutsatta individer och barn som bevittnat våld kan vara till exempel ekonomiskt bistånd, hjälp med tillfälligt boende, rådgivande och stödjande samtal, förordnande av kontaktperson, förmedling av kontakter med myndigheter och frivilligorganisationer, hjälp med att söka efter ny bostad, kontakter med polismyndigheter och övriga rättsväsendet vid polisanmälan.

Det är inte bara individen akuta behov av insatser som är avgörande för om hen ska anses få det stöd och den hjälp hen är i behov av. Även behov av stöd och hjälp på kort och lång sikt bör utredas. Möjligheterna att flytta på förövaren i stället för den som är offer bör beaktas i utredningen. Vilka individer som ska anses ha behov av att flytta på grund av våld eller andra övergrepp får avgöras i varje enskilt fall utifrån den enskildes situation, men omfattar i vart fall den som har skyddade personuppgifter (prop. 2010/11:49 s. 88 f.).

### 3.2 Regler och förutsättningar

För andrahandshyresgästen gäller vanliga hyresrättsliga regler samt speciellt utformade regler som undertecknas innan inflyttning sker. Om den enskilde inte följer de krav som är förenade med biståndet kan beslutet omprövas och hyreskontraktet komma att sägas upp.

Hyrestiden skrivs på max ett år i taget och bör inte löpa längre än totalt tre år.

Som andrahandshyresgäst ska individen folkbokföra sig på adressen samt teckna en egen hemförsäkring.

I god tid inför en förlängning av hyresavtalet över två år ska en ansökan om avstående från besittningsrätten undertecknas och inges till hyresnämnden, särskild blankett för det finns.

Uppföljning av beviljats bistånd ska ske regelbundet utifrån individuella behov, men bör genomföras med intervaller om högst tre månader.

### 3.2.1 Boendestöd

Om behov finns ska individen få stöd i att ansöka om boendestöd.

## 4 Boende i akuta situationer

Insatsen syftar till att kortsiktigt lösa en akut hemlöshet för enskilda individer med speciella svårigheter att skaffa en bostad på grund av att de har en särskilt utsatt social situation. Orsaken kan vara behov av skydd eller vid akut hemlöshet som uppstått på grund av missbruksproblematik, funktionsnedsättning eller andra särskilda psykosociala problem. I samtliga fall gäller att individen saknar resurser att tillgodose det akuta behovet på egen hand.

### 4.1 Jourlägenhet

Ett övergripande kriterium för att beviljas bistånd till socialt boende i akuta situationer enligt SoL 4 kap 1 § är att individen befinner sig i en nödsituation och helt saknar möjlighet att ordna tak över huvudet. Individen skall innan placering kunna redogöra för hur hen själv har försökt att lösa sin situation.

I första hand beviljas boende i en av Osby kommuns jourlägenheter alternativt andra boendelösningar som kommunen anordnar inom kommunen. Boende i jourlägenhet innebär boende i en möblerad lägenhet. Akutboende används vid de tillfällen då boende måste lösas samma dag och det inte finns någon jourlägenhet eller annat alternativ inom kommunen tillgänglig. Akutboende kan innebära boende på till exempel hotell eller vandrarhem.

### 4.2 Regler och förutsättningar

För individen gäller de regler som finns vid respektive boendalternativ samt speciellt utformade regler som undertecknas innan inflyttning sker. Om den enskilde inte följer de krav som är förenade med biståndet kan beslutet komma att omprövas. Uppföljning av beviljat bistånd ska ske regelbundet utifrån individuella behov, men bör genomföras med intervaller om högst två veckor. Bistånd ges för en begränsad tid, en månad i taget, högst tre månader, för att den enskilde ska ges skälig tid att på egen hand finna ett annat boende. Ytterligare tid kan beviljas om det finns särskilda skäl, vilka tydligt ska motiveras. Barnperspektivet är ett perspektiv som skulle kunna utgöra ett särskilt skäl. Socialtjänsten ska värdera vilka följder olika beslut får för barnet, utan att för den sakens skull ta över föräldrarnas ansvar.

Avgift om 80 kronor/dag tas ut vid boende i akuta situationer i de fall den enskilde är självförsörjande.

#### 4.2.1 Boendestöd

Om behov finns ska individen få stöd i att ansöka om boendestöd.

## 5 Arbetsplan

I direkt anslutning till att ett bistånd i form av socialt boende, både i form av andrahandskontrakt och i akuta situationer ska en arbetsplan upprättas. I arbetsplanen ska en planering framåt anges, vad som åligger den enskilde att jobba med samt hens stödbehov.

Innehållet i arbetsplanen ska matcha skälen till det beviljade biståndet och följande ska framgå:

- Beslutet
- Syftet med biståndet
- Vad den enskilde ska göra för att lösa sin situation på egen hand, hur hen ska söka bostad på egen hand och hur det ska följas upp.
- Hur och när uppföljning av arbetsplanen och dess innehåll ska ske.
- Vad händer om den enskilde inte nyttjar platsen eller missköter sig i boendet

Arbetsplanen ska upprättas i två exemplar och undertecknas i original av den enskilde samt handläggande socialsekreterare. Biståndet ska följas upp och omprövas regelbundet.

## 6 Organisation

Beslut och uppföljning av bistånd i form av socialt boende avseende vuxna samt utredning kring behov av boendestöd utförs av handläggare på myndighetskontoret i förvaltningen Hälsa- och välfärd.

Boendestöd verkställs av boendestödjare inom förvaltningen Hälsa- och välfärd.

När det gäller hemmaboende ungdomar under 18 år samt ungdomar som tidigare varit placerade utförs viss handläggning av Barn- och Familjeenheten inom förvaltningen Barn- och utbildning. Rutiner för detta finns i respektive verksamhet.

Bostadskoordinator inom förvaltningen Hälsa- och välfärd är kontaktperson gentemot hyresvärdar och ansvarar för praktiska uppgifter.

## 7 Barnperspektivet

Barnperspektivet ska alltid beaktas i ärenden om bistånd enligt SoL. Det innebär att socialtjänsten ska värdera vilka följder olika beslut får för barnet, utan att för den sakens skull ta över föräldrarnas ansvar. Det ska särskilt beaktas om det finns några speciella behov hos barnen och hur det i så fall påverkar boendesituationen och vardagen, exempelvis om det finns barn med funktionsnedsättning.

## 8 Den enskildes ansvar

Bistånd i form av boende kan bli aktuellt om det föreligger ett boståndsbehov och behovet inte kan tillgodoses på annat sätt, till exempel via annan huvudman eller av den enskilde själv. Den enskilde ska själv ta ansvar för sin egen livssituation.

Att söka och få ett eget boende är en process som kan ta lång tid, frånsett vid akuta situationer. När den enskilde vänder sig till socialtjänsten för att söka bistånd i form av boende kommer hen att behöva redogöra för vad hen själv har gjort för att lösa sin situation. Det som socialtjänsten i en utredning bland annat ställer frågor kring och förväntar sig att den enskilde själv har gjort är bland annat;

- Ställt sig i bostadskö hos kommunalt bostadsbolag samt anmält sig som bostadssökande till privata hyresvärdar
- Sökt bostad via internet, anslag i affärer med mera
- Undersökt alternativ till att bli godkänd som hyresgäst, till exempel undersökt möjligheten till privat borgensman
- Aktivt sökt bostäder på andrahandsmarknaden

## 9 Tillståndssökande

Tillståndssökande har inte rätt till logi enligt LMA (Lag 1994:137 om mottagande av asylsökande m.fl.) av vare sig Migrationsverket eller kommunen. Sveriges kommuner och Landsting gör tolkningen att tillståndssökande, som omfattas av LMA, inte har rätt till bistånd till bostad eller boendekostnader med stöd av 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen. Bistånd till bostad kan enligt Osby kommuns riktlinjer inte heller utgå enligt 4 kap. 2 § socialtjänstlagen.



Beslutad av: Hälsa och omsorgsnämnden

Beslutsdatum: 2021-04-15

Framtagen av: Emma Frostensson, verksamhets  
utvecklare

Dokumentansvarig: Verksamhetsutvecklare

Uppdaterad: 2021-03-29

Diarienummer: HON/2021:12

Giltighetstid: Tillsviare

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Bakgrund .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Syfte .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Avvikande händelser och risker .....</b>	<b>3</b>
3.1	Definition.....	3
3.2	Vad ska rapporteras .....	3
3.3	Ansvar .....	4
3.4	Omedelbara åtgärder .....	4
3.5	Utredningsförfarandet.....	4
3.6	Sammanställning och analys.....	5

## 1 Bakgrund

En avvikande händelse innebär ett avsteg från verksamhetens kvalitet. En risk är ett tänkbart avsteg från verksamhetens kvalitet. Anmälan, utredning och uppföljning av avvikande händelser och risker i verksamheten är en del i det systematiska förbättringsarbetet. Som en del av ett det arbetet är det viktigt att betona att varje upptäckt av en risk eller en avvikande händelse är något positivt. Genom upptäckten säkerställs att händelsen kan åtgärdas och dessutom att verksamheten får en möjlighet att se över sina rutiner och styrning och därigenom kan förhindra att liknande händelser återupprepas. Genom att upptäcka risker kan vi undvika att avvikande händelser inträffar.

En förutsättning för ett lyckat förbättringsarbete är att all personal är delaktig och engagerad. Det är viktigt att den som bedriver verksamhet har en positiv inställning till personal som lämnar in anmälan om risker och avvikande händelser. Det är också viktigt att ha med sig att det inte handlar om att hitta enskilda individer som gjort fel utan att det i huvudsak handlar om att finna bakomliggande orsaker såsom exempelvis brister i processer, rutiner, bemanning, ledarskap eller organisation. Bakomliggande orsaker kan uppdagas med hjälp av ett välfungerande system för att hantera risker och avvikande händelser.

Samtlig personal ska ha kännedom om riktlinje och rutin för hur avvikande händelser och risker anmäls, hanteras och följs upp. Personal ska även göras delaktiga på arbetsplatsmöten där avvikande händelser och risker återkopplas, analyseras för att förbättra och för att på så sätt förhindra återupprepning.

## 2 Syfte

Hantering av avvikande händelser och risker är en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet är att komma tillrätta med brister i den egna verksamheten.

## 3 Avvikande händelser och risker

### 3.1 Definition

En avvikande händelse är något som innebär avsteg från verksamhetens kvalitet. En risk kan definieras som sannolikheten för att en oönskad händelse ska inträffa.

### 3.2 Vad ska rapporteras

Verksamheten måste kontinuerligt ha diskussioner på arbetsplatsmöten kring vad som betraktas som avvikande händelser eller risk för avvikande händelser i verksamheten. Nedan ges förslag på några;

- Brister i arbetsrutiner
- Brister i informationsöverföring
- Brister i samverkan
- Otillräckliga resurser (kompetens, bemanning, lokaler eller utrustning) för verksamhetens bedrivande
- Otillräcklig eller felaktig information till patient eller anhörig



- Felaktig eller utebliven insats som inte innebär missförhållande eller risk för missförhållande

En avvikande händelse eller risk enligt dessa riktlinjer får inte blandas ihop med händelser som innebär ett missförhållande eller risk för missförhållande (avser verksamhet enligt SoL, LSS och HSL), inte heller med händelse medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada (avser verksamhet enligt HSL). Om så är fallet ska rapportering ske enligt de rutiner som finns för lex Sarah respektive lex Maria.

### 3.3 Ansvar

Alla medarbetare som upptäcker en avvikande händelse eller risk i verksamheten har en skyldighet att anmäla denna. Närmsta chef är ansvarig för utredning av inkomna anmälningar om avvikande händelser och risker. Är en vårdtagare/brukare involverad görs en bedömning av chef om händelsen ska bedömas som avvikande händelse/risk eller en lex Sarah alternativt lex Maria.

### 3.4 Omedelbara åtgärder

Enhetschef eller ansvarig arbetsledare ska omedelbart när en anmälan om en avvikande händelse eller risk inkommer vidta de nödvändiga åtgärder som situationen kräver.

### 3.5 Utredningsförfarandet

En inkommen anmälan om en avvikande händelse eller risk ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Dokumentationen av utredningen ska utvisa

- vad den avvikande händelsen eller risken har bestått i och vilka konsekvenser den har fått eller kunde ha fått
- när anmälan har tagits emot
- när den avvikande händelsen har inträffat eller risken observerats
- orsak till den avvikande händelsen eller risken som har identifierats
- om något liknande har inträffat i verksamheten tidigare och i så fall varför det har inträffat igen
- bedömningen av om något liknande skulle kunna inträffa igen

Av dokumentationen ska det även framgå

- vilka åtgärder som har vidtagits för att undanröja eller avhjälpa den avvikande händelsen eller risken samt tidpunkt för dessa
- vad som i övrigt har framkommit under utredningen
- vilket beslut eller ställningstagande som utredningen har avslutats med

För varje uppgift som dokumenteras under utredningen ska det framgå

- vilket datum uppgiften dokumenterades
- varifrån uppgiften kommer
- vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar
- vem (namn och befattning eller titel) som har dokumenterat uppgiften

Avvikande händelser och risker som anmäls kan leda till direkt förbättrande åtgärder i de enskilda fallen eller för flera verksamheter om det konstateras att bristen finns i flera delar av verksamheterna. Det kan även medföra att den som bedriver verksamhet ser över sina processer och rutiner. Visar det sig att processer och rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska dessa förbättras. Det innebär att verksamheten blir en lärande organisation. Utifrån framkomna avvikande händelser och risker förbättras fortlöpande verksamhetens styrning. Därmed utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet.

### **3.6 Sammanställning och analys**

Utöver att utreda inkomna anmälningar om avvikande händelser och risker var för sig ska de även sammanställas och analyseras. Detta för att den som bedriver verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.



Beslutad av: Hälsa- och omsorgsnämnd  
Uppdaterad: 2019-01-28  
Framtagen av: Emma Frostensson,  
verksamhetsutvecklare

Beslutsdatum: 2021-04-15  
Dokumentansvarig: Områdeschef  
Diarienummer: HON/2021:12

Ett utskrivet exemplar är alltid en kopia, giltigt original finns på kommunens intranät.

## Innehåll

<b>1 Syftet med brukarundersökningar</b>	<b>3</b>
<b>2 Undersökningen</b>	<b>3</b>
2.1 Urval	3
2.2 Genomförande	3
2.2.1 Planera undersökningen	3
2.2.2 Genomför undersökningen	3
2.2.3 Sammanställ resultatet	4
2.2.4 Rapportera in resultatet	4
2.2.5 Resultatredovisning	4
2.2.6 Analysera, kommunicera och använd resultatet i förbättringsarbete	4
2.3 Återkoppling till intressenter	4

## 1 Syftet med brukarundersökningar

Syftet med undersökningen är att få information om hur brukarna upplever verksamhetens kvalitet, vilket är en del i det systematiska förbättringsarbetet. Genom att få fram jämförbara mått på brukarupplevd kvalitet inom individ- och familjeomsorg kan de användas för jämförelser mellan kommuner och över tid.

Brukarundersökningen genomförs inom vuxenheten samtliga delar; därmed även socialpsykiatri Brukarundersökning inom äldreomsorgen utförs av Socialstyrelsen genom årlig nationell brukarundersökning.

## 2 Undersökningen

Brukarundersökningen omfattar fem kvalitetsområden; information, delaktighet, bemötande, förändring och tillgänglighet. Undersökningen genomförs i enkätform.

### 2.1 Urval

Enkäten ska delas ut till samtliga brukare som besöker eller har kontakt med de verksamheter som undersökningen genomförs i. Enkäten kan också delas ut och fyllas i vid besök som exempelvis vid hembesök eller besök på boende, under förutsättning att brukaren kan sitta avskilt och fylla i den.

### 2.2 Genomförande

Det finns två sätt att genomföra brukarundersökningen:

- Pappersenkät (här finns möjlighet att få fram enkäten på olika språk)
- Webbenkät, med hjälp av kommunens eget webbenkätverktyg

Brukarundersökningen hålls öppen för genomförande enligt Sveriges kommuner och Regionens (SKR:s) planering. Undersökningen bör pågå under 30 dagar för att deltagandet i undersökningen ska bli tillräckligt stort. Undersökningsperioden kan förlängas med upp till ytterligare 30 dagar om det behövs för att få ett tillräckligt stort deltagande.

#### 2.2.1 Planera undersökningen

Det är viktigt att informera och involvera medarbetarna om att brukarundersökningen genomförs. Politiker, ledning och chefer bör också känna till att deltagande i en nationell brukarundersökning pågår. Informera också brukarna om att undersökningen planeras och genomförs, till exempel vid möten, på kommunens webbplats och genom att ta fram och sätta upp enkla affischer där det är möjligt. SKR har tagit fram ett förslag till en informationsaffisch med information till brukarna.

#### 2.2.2 Genomför undersökningen

Det rekommenderas att enkäten delas ut av en person som brukaren inte står i beroendeställning till. Brukaren ska informeras om att hen är anonym, att det är frivilligt att delta och att svaren redovisas sammanställda, på gruppnivå. Vid pappersenkät är det bra att använda någon form av stängd postlåda eller liknande där brukaren kan lämna svaret, anonymt.

### 2.2.3 Sammanställ resultatet

Sammanställning kan ske med hjälp av SKR:s Excelmall eller med hjälp av Osby kommuns eget webbenkätverktyg. För att delta i den nationella jämförelsen mellan deltagande kommuner ska kommunens resultat sammanställas och rapporteras in via Excelmallen på senast utsatt datum.

Tänk på att aldrig redovisa resultat (inte heller internt) som bygger på färre än fem svar, oavsett storlek på kommunen eller antal brukare. Detta då det kan röja enskilda personer. Dessa svar ska inte heller rapporteras till SKR och Rådet för kommunala analyser (RKA).

### 2.2.4 Rapportera in resultatet

Rapportering sker i SKR:s Excelmall och skickas sedan till SKR och RKA.

### 2.2.5 Resultatredovisning

Resultatet presenteras per kommun och verksamhetsområde i Kommun- och landstingsdatabasen Kolada.

### 2.2.6 Analysera, kommunicera och använd resultatet i förbättringsarbete

När en brukarundersökning är genomförd ska resultaten sammanställas i en rapport. Rapporten bör innehålla följande delar:

#### **Bakgrund till undersökningen**

Här beskrivs kortfattat undersökningens målgrupper, syfte och hur undersökningen praktiskt genomförts.

#### **Redovisning av svarsfrekvens**

Under denna rubrik redovisas svarsfrekvens och bortfall. Beroende på om bortfallet är stort kan det finnas behov av en fördjupad bortfallsanalys.

#### **Resultat och analys**

Resultat och undersökning presenteras med en tydlig analys kring resultaten. Det är viktigt att resultatet används för att utveckla och förbättra verksamheten.

### **2.3 Återkoppling till intressenter**

Resultatet och hur kommunen tänker arbeta vidare med resultatet bör kommuniceras till ledning, medarbetare, brukare, anhöriga och politiker.



Beslutad av: Hälsa och omsorgsnämnden  
Framtagen av: Mensur Numanspahic, områdeschef  
Uppdaterad: 2019-01-28

Beslutsdatum: 2021-04-15  
Dokumentansvarig: Verksamhetsutvecklare  
Diarienummer: HON/2021:12  
Giltighetstid: Tills vidare

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Lagstiftning.....</b>	<b>3</b>
2.1	Definition av insatsen Boendestöd .....	3
<b>3</b>	<b>Målgrupp .....</b>	<b>4</b>
3.1	Begränsning av målgruppen .....	4
<b>4</b>	<b>Boendestödets målsättning .....</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Syfte med boendestöd.....</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>Boendestödets inriktning .....</b>	<b>5</b>
<b>7</b>	<b>Handläggning av ansökan om boendestöd .....</b>	<b>6</b>
7.1	Aktualisering.....	6
7.2	Utredning.....	6
7.3	Kommunicering .....	7
7.4	Beslut .....	7
7.5	Uppdrag till verkställare.....	7
<b>8</b>	<b>Verkställighet av beslut om boendestöd .....</b>	<b>7</b>
8.1	Planeringen av utförandet .....	7
8.2	Verkställande av insatsen .....	8
<b>9</b>	<b>Samverkan med övriga aktörer.....</b>	<b>8</b>



## 1 Inledning

Den svenska psykiatrireformen trädde i kraft 1995. Reformen syftade till att förbättra livssituationen för personer med psykiska funktionsnedsättningar och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället med hjälp av för målgruppen anpassade insatser. Strävan med reformen var att gå ifrån en institutionaliserad vård till vård och stöd i den enskildes hem eller i småskaliga boenden.

Dessa riktlinjer ersätter tidigare Riktlinjer – boendestöd för vuxna antagna av socialnämnden den 18 december 2012 §219.

## 2 Lagstiftning

I och med psykiatrireformen tog kommunerna över större ansvaret för vård och omsorg av personer med psykiska funktionsnedsättningar och den lagstiftningen som kommunerna kunde luta sig emot var socialtjänstlagen. I förarbetena till socialtjänstlagen har man dock inte specifikt angett på vilket sätt man skulle kunna tillgodose behov hos denna grupp. Bistånd till gruppen ges enligt socialtjänstlagens 4 kap 1§:

*” Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt ska ha rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.*

*Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv”.*

Begreppet ”livsföring i övrigt” innefattar hemtjänst och övriga insatser som kan ges i såväl den enskildes hem som ute i samhället. Efter att psykiatrireformen trädde i kraft blev ansvariga i kommunerna ganska snart varse om att behoven som människor med psykiska funktionsnedsättningar inte helt kan tillgodoses genom traditionell hemtjänst. Insatsen boendestöd ansågs vara mer anpassat till denna grupp.

### 2.1 Definition av insatsen Boendestöd

Socialstyrelsens terminologiråd definierar dock boendestöd som *”bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper i eget boende”*. Kansliet för Nationell psykiatrisamordning beskrev boendestöd som *”ett socialt stöd som ges till den enskilde i dennes bostad och anpassats efter de behov som finns hos personer med psykisk funktionsnedsättning”*.

Socialstyrelsen har i sin skrift *Det är mitt hem - vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning* lyft upp en definition av boendestöd som Stockholms stad hade i sina riktlinjer.

*Boendestöd är en praktisk och social insats för personer med psykiska funktionshinder som syftar till att underlätta för den enskilde att hantera sin vardag. Insatsen är dock inte begränsad till hemmet utan kan även omfatta aktiviteter utanför boendet och en central del är att dessa aktiviteter bör göras tillsammans med brukaren.*

I våra riktlinjer kommer vi att utgå från denna definition. Även för övrigt kommer vi i stor utsträckning att använda oss av denna vägledning.

Vägledningen har i sin tur tagit hänsyn till Nationella psykiatriutredningen vilket ger oss en bra grund att utgå ifrån; såväl när det gäller framtagning av våra riktlinjer som utformning av vård och stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

### 3 Målgrupp

I definition av målgruppen håller vi oss till den definitionen som Socialstyrelsen tar upp i sin vägledning:

*Den målgrupp som Nationell psykiatrisamordning definierat består av personer med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter ska ha funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara en direkt effekt av funktionsnedsättningen.*

Enligt Socialstyrelsen är även personer med neuropsykiatriska diagnosen en grupp som boendestöd ska riktas till liksom personer med samsjuklighet.

Vår utgångspunkt här är att vi ska vara måna om att de resurser vi satsar på boendestöd kommer denna grupp tillgodo. Därför kommer vi vid såväl handläggning av ansökan om boendestöd som verkställigheter av beviljade insatser att lägga kraft för att utreda och följa upp långvarighet och graden av svårigheter som den psykiska funktionsnedsättningen leder till.

#### 3.1 Begränsning av målgruppen

I riktlinjerna för boendestöd antagna från dåvarande Socialnämnden begränsas boendestöd till personerna som är yngre än 65 år. De riktlinjerna som tas fram nu tar bort den begränsningen. Det finns inget stöd i lagen för en sådan begränsning. Socialstyrelsen lyfter dock i sin vägledning att det finns olikheter mellan yngre och äldre personer med psykiska funktionsnedsättningar.

*Forskningen visar också att denna undergrupp (yngre personer) har en delvis annorlunda problematik och ställer andra krav på stöd och service i samhället än de äldre. Förutom sitt psykiatriska sjukdomstillstånd har de i större utsträckning även problem med alkohol- och/eller drogmissbruk, svårigheter att infoga sig i stöd- och serviceprogram samt problem med ett självskadebeteende*

Detta framhäver vikten av en utredning som tar hänsyn till dessa skillnader. Vår utgångspunkt är att ansökningar om boendestöd ska utredas och vid behov beviljas, oavsett ålder och att insatserna ska anpassas efter individens behov.

Målgruppen begränsas dock till personer som är äldre än 18 år eftersom personer som inte är i myndig ålder får sina behov tillgodosedda på annat sätt.

Ytterligare begränsning handlar om graden av funktionsnedsättning och varaktigheten. Vid tillfälliga försämringar i det psykiska måendet ska andra former av insatser beaktas vid handläggningen.

## 4 Boendestödets målsättning

Målsättningen är att den enskilde genom boendestödet ska kunna få

- uppleva ökad livskvalitet,
- ökad möjlighet att bo kvar i den egna bostaden trots sin funktionsnedsättning och därmed undvika placeringar
- en reell möjlighet till en socialt fungerande livssituation,
- stöd att bryta sin isolering.
- stöd att bygga upp strategier och tillvägagångssätt vid kontakterna med vården och myndigheter

## 5 Syfte med boendestöd

Boendestödet syftar till att:

- genom ett personligt utformat stöd ge den enskilde möjlighet att få en struktur i vardagen och stärka hens förmåga att klara sig på egen hand,
- genom ett personligt utformat stöd ge den enskilde möjlighet att i sin vardag kunna uppnå skälig levnadsnivå trots sin funktionsnedsättning,
- utifrån ett helhetsperspektiv ge den enskilde ett mål- och konsekvensinriktat stöd för att hjälpa hen att förbättra sin livssituation i förhållande till det omgivande samhället,
- ge personer som har varit placerade en verklig möjlighet att kunna flytta till en egen bostad inom det ordinära bostadsbeståndet,
- erbjuda professionellt stöd till personer inom ordinärt boende för att minska eller förhindra deras behov av boende inom bostad med särskild service.

## 6 Boendestödets inriktning

I definitionen av boendestöd (avsnitt 3; stycke 2) kan vi urskilja tre tydliga delmoment:

- innehållet – stöd i vardagen
- arenan – både i och utanför bostaden
- relationsaspekten – brukaren och boendestödjaren tillsammans.

Dessa tre moment utgör grunden för såväl boendestödets inriktning som kring personalens arbetssätt. Genom vägledning och stöd ska vår personal kunna motivera den enskilde att ta tag i sin livssituation

## **7 Handläggning av ansökan om boendestöd**

Handläggningen ska följa de rutiner och steg som definieras i såväl förvaltningslagen som i socialtjänstlagen. Handläggningen omfattar följande steg.

### **7.1 Aktualisering**

Frågan om behov av hjälp och stöd i hemmet kan komma av såväl den enskilde som andra aktörer (vården, anhöriga, vänner, grannar mm). Vid en inkommen förfråga/ anmälan ska ansvarige handläggare ta kontakt med den enskilde och klargöra om hen vill ansöka om hjälp i stöd i hemmet. Om personen i fråga inte vill göra det fattas beslut om att inte inleda utredningen och det beslutet hamnar i s.k. kronpärm i vårt verksamhetssystem. Detta beslut är inte tillgängligt för någon annan än berörd handläggare.

Om personen vill ansöka om hjälp och stöd i hemmet fattas beslut om att inleda utredningen. Vidare utredning sker i samverkan mellan den enskilde, kommunens handläggare och ev. andra aktörer (efter medgivande från den enskilde)

### **7.2 Utredning**

Vid utredning om behovet av hjälp och stöd i hemmet i form av boendestöd föreligger ska två parametrar utredas först:

- Har personer i fråga psykisk funktionsnedsättning som är av den graden att personen har väsentliga svårigheter i sin dagliga livsföring?
- Kan dessa svårigheter antas vara av långvarig karaktär alt. funnits under en längre tid?

Det handlar om att klargöra om personen tillhör målgruppen. OBS! Personen har rätt att ansöka om boendestöd i vilket fall som helst. Handläggaren ska dock i sitt beslut ta ställning om behovet kan tillgodoses på annat sätt.

För att kunna kartlägga hur svåra och långvariga funktionsnedsättningar är krävs det ofta kontakt med personens behandlande läkare. Därför är det viktigt att ansvarig handläggare inhämtar medgivande från den enskilde för att kunna ta de kontakterna som anses vara viktiga för att kunna fatta ett beslut.

Vid utredningen används ett vetenskapligt beprövat bedömningsinstrument (CAN-S). Instrumentet är framtaget för att kartlägga behov hos personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Vid utredningar ska handläggaren kunna använda sig även av kommunens HSL-personal; i första hand av arbetsterapeuter. Dessa kan vara behjälpliga med t.ex. ADL bedömningar, bedömningar av behov av hjälpmedel samt för s.k AMPS (se förklaringen av dessa begrepp i bil.1).

### 7.2.1 Barnperspektiv

Vid utredningar där det finns barn med i bilden ska handläggaren ta hänsyn till barnperspektivet.

## 7.3 Kommunikering

Innan beslutet fattas ska en kommunikering ske med den enskilde och/eller dennes lagliga företrädare. Kommunikeringen ska klargöra om handläggaren har i sin utredning har fått in all relevanta fakta samt om handläggaren har uppfattat rätt vad som har sagts vid utredningen.

## 7.4 Beslut

Det som har kommit fram vid utredningen ställs mot det som den enskilde ansökt om och utifrån detta gör handläggaren en bedömning. Bedömningen ska vara tydlig och avspegla hur handläggaren har resonerat och kommit fram till bedömningen. En viktig aspekt är att ta ställning till om behovet kan tillgodoses på ett annat sätt. Boendestöd har ingen behandlande inriktning och om behovet av behandling föreligger ska detta behov tillgodoses från de aktörerna som har ansvar för behandlingar (oftast landstinget).

Beslut ska innehålla en beslutsmotivering och vid avslag ska anvisningen om hur man överklagar beslutet följa med beslutet.

Om vid utredningen framgår att den enskilde är berättigad till den sökta insatsen (boendestöd) ska beslutet:

- Innehålla antalet timmar per vecka som de beviljade insatserna genererar. Dessa timmar ska vara en av utgångspunkterna vid planeringen av insatserna.
- Relatera till ett eller flera områden som definieras som boendestöds inriktning. Genom att definiera dessa områden i beslutet uppnås en högre grad av rättssäkerhet samt ges bättre förutsättningar för verkställare att fullfölja sitt uppdrag.
- Innefatta tydliga mål med insatsen. Mål ska tas fram i samråd med den enskilde och de ska vara realistiska, relevanta, mätbara och uppföljningsbara.

## 7.5 Uppdrag till verkställare

Vd gynnande beslut ska ett uppdrag skickas till ansvarig enhetschef för verkställighet. Uppdraget ska innehålla för verkställare väsentliga uppgifter. Med väsentliga uppgifter menas uppgifter som ska möjliggöra att verkställaren uppnår de målen som är satta vid utredningen.

# 8 Verkställighet av beslut om boendestöd

## 8.1 Planeringen av utförandet

När uppdraget om boendestöd har kommit in till verkställigheten ska ansvarig enhetschef eller personal från boendestöds grupp ta kontakt med den enskilde för att planera hur den beviljade insatsen ska verkställas. Planeringen ska ske genom att boendestödjare och en enskilde gör en genomförandeplan.

I de situationerna där även Region Skånes verksamheter är involverade kan det vara aktuellt att göra en SIP (samordnad vårdplan). Rutinerna för hur en SIP ska upprättas samt vad ska den innehålla beskrivs i *Lokala överenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Nordöstra Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa*.

I överenskommelsen lyfts upp betydelse av Case Management (CM) som en viktig framgångsfaktor som ska genomsyra verksamheterna.

Oavsett vilken modell/sätt att planera som väljs ska en plan tas fram. I denna plan ska det framgå hur de uppsatta målen ska uppnås samt hur den enskildes rätt till insatsen ska tillvaratas.

#### 8.1.1 Barnperspektivet

I varje ärende där det finns barn i bilden ska verkställare ta hänsyn till barnperspektivet.

### 8.2 Verkställande av insatsen

I sin vägledning har Socialstyrelsen ägnat stor uppmärksamhet åt att hjälpen ska ges i den enskildes hem och/ eller ute i samhället. Personer med psykiska funktionsnedsättningar har ofta svårigheter med att upprätthålla och bevara sina sociala nät och ser sitt hem som den enda trygga oasen i tillvaro. Detta måste vara utgångspunkt vid planeringen av verkställigheter men även under själva verkställigheten.

Verkställigheten måste leva upp till ytterligare ett viktigt krav, nämligen krav på rättssäkerhet. Detta innebär att verkställare ska följa de beslut som har fattats av handläggaren. Insatserna ska planeras utifrån beslutet. Alla eventuella förändringar ska förankras med handläggare som tar ställning till om behovet av att inleda ny utredning förekommer.

## 9 Samverkan med övriga aktörer

Osby kommun har tillsammans med övriga kommuner i NO Skåne ingått en lokal överenskommelse med regionens verksamheter som arbetar med denna grupp (se avsnitt Planeringen av verkställigheten). Samverkan på organisationsnivå sker idag genom bl.a. schemalagda möten med psykiatrins Öppen vård. Samverkan i enskilda ärenden sker kontinuerlig och underlättas genom att vår och regionens verksamhet är samlokaliserade.

Just nu pågår översyn av lokala överenskommelsen. Vid behov kommer dessa riktlinjer att revideras utifrån ändringar i överenskommelsen.



Beslutad av: Hälsa och omsorgsnämnden  
Framtagen av: Myndighetskontor Äldreomsorg  
Uppdaterad: 2019-10-24

Beslutsdatum: 2021-04-15  
Dokumentansvarig: Områdeschef  
Diarienummer: HON/2021:12

Giltighetstid: Tillsvidare





## Innehållsförteckning

1.1	Inledning.....	6
1.2	Grundförutsättningar .....	6
1.3	Vägledande .....	7
1.3.1	Handläggning .....	7
1.3.2	Biståndshandläggningen skall präglas av: .....	8
1.3.3	Utredningen .....	8
1.3.4	Verkställighet/Genomförande av beslut: .....	9
<b>2</b>	<b>Vård och omsorgsboende .....</b>	<b>10</b>
2.1	Målgrupp/behov:.....	10
2.2	Viktiga principer:.....	10
2.2.1	Mycket angeläget behov .....	11
2.2.2	Angeläget .....	11
2.3	Vård och omsorgs boende är indelat i två kategorier:.....	11
2.4	Avgränsningar - anvisningar:.....	11
<b>3</b>	<b>Parboende.....</b>	<b>13</b>
3.1.1	Målgrupp.....	13
3.1.2	Viktiga principer .....	13
3.1.3	Avgränsningar .....	14
<b>4</b>	<b>Korttidsvistelse .....</b>	<b>14</b>
4.1	Definition av korttidsvistelse: .....	14
4.2	Syfte med beviljad insats:.....	14
4.2.1	Bedömning .....	15
4.2.2	Beslut.....	15
4.2.3	Mål.....	15
4.2.4	Uppföljning.....	15
<b>5</b>	<b>Övergångsboende.....</b>	<b>16</b>
5.1	Definition av övergångsboendet.....	16
5.2	Syfte med beviljad insats.....	16
	Bedömning .....	16
	Beslut .....	17
	Mål .....	17
	Uppföljning .....	17
<b>6</b>	<b>Trygg Hemgång .....</b>	<b>17</b>
6.1	Definition .....	17
6.2	Syfte .....	18
6.3	Mål.....	18
6.4	Målgrupp .....	18
6.5	Avgränsningar .....	18
<b>7</b>	<b>Omvårdnadsinsatser.....</b>	<b>18</b>
7.1	Personlig omvårdnad .....	18
7.1.1	Målgrupp/Behov: .....	18
7.1.2	Avgränsning:.....	19
7.2	Utevistelse/promenad.....	20
7.2.1	Målgrupp/Behov: .....	20
7.2.2	Viktiga principer:.....	20
7.2.3	Avgränsning:.....	20
7.3	Social samvaro.....	20
7.3.1	Målgrupp/Behov: .....	20
7.3.2	Avgränsning.....	20
<b>8</b>	<b>Trygghetsinsatser .....</b>	<b>20</b>
8.1	Trygghetslarm .....	20

8.1.1	Målgrupp/Behov: .....	20
8.1.2	Viktiga principer: .....	20
8.1.3	Avgränsning: .....	20
8.2	Telefonservice .....	21
8.2.1	Målgrupp/Behov: .....	21
8.2.2	Viktiga principer: .....	21
8.2.3	Avgränsning: .....	21
8.3	Tillsyn .....	21
8.3.1	Målgrupp/Behov: .....	21
8.3.2	Viktiga principer: .....	21
8.3.3	Avgränsning: .....	21
<b>9</b>	<b>Serviceinsatser .....</b>	<b>22</b>
9.1	Städning .....	22
9.1.1	Målgrupp/Behov: .....	22
9.1.2	Viktiga principer: .....	22
9.1.3	Avgränsning: .....	22
9.2	Tvätt/klädvård .....	22
9.2.1	Målgrupp/Behov: .....	22
9.2.2	Viktiga principer: .....	22
9.2.3	Avgränsning: .....	23
9.3	Inköp .....	23
9.3.1	Målgrupp/Behov: .....	23
9.3.2	Viktiga principer: .....	23
9.3.3	Avgränsning: .....	23
9.3.4	Den enskildes medverkan: .....	23
9.4	Övriga serviceinsatser .....	24
<b>10</b>	<b>Matdistribution .....</b>	<b>24</b>
10.1.1	Målgrupp/Behov: .....	24
10.1.2	Viktiga principer: .....	24
10.1.3	Avgränsning: .....	24
<b>11</b>	<b>Övriga insatser .....</b>	<b>25</b>
11.1	Avlösningstimmar för anhöriga som vårdar närstående i hemmet .....	25
11.1.1	Definition: .....	25
11.1.2	Målgrupp: .....	25
11.1.3	Syfte: .....	25
11.1.4	Förutsättningar – avgränsningar: .....	25
<b>12</b>	<b>Ledsagning .....</b>	<b>25</b>
12.1	Ledsagning till sociala aktiviteter .....	25
12.1.1	Målgrupp/Behov: .....	26
12.1.2	Viktiga principer: .....	26
12.2	Ledsagning till vårdinrättningar .....	26
12.2.1	Viktiga principer .....	26
12.2.2	Målgrupp/behov .....	26
12.2.3	Avgränsning .....	26
<b>13</b>	<b>Kontaktperson .....</b>	<b>27</b>
13.1.1	Målgrupp .....	27
13.1.2	Viktiga principer .....	27
13.1.3	Avgränsning .....	27
<b>14</b>	<b>Dagverksamhet för personer med kognitiva funktionsvariationer .....</b>	<b>27</b>
14.1.1	Målgrupp/Behov: .....	27
14.1.2	Viktiga principer: .....	27
14.1.3	Avgränsning: .....	27

<b>15</b>	<b>Dagverksamhet för personer med psykiska funktionsvariationer och missbruksproblematik .....</b>	<b>28</b>
15.1.1	Målgrupp/Behov .....	28
15.1.2	Viktiga principer .....	28
15.1.3	Avgränsning.....	28
<b>16</b>	<b>Husdjur.....</b>	<b>28</b>
16.1.1	Målgrupp/behov.....	28
16.1.2	Avgränsning.....	28
16.1.3	Lex Maja .....	28

## 1.1 Inledning

Hälsa och omsorgsnämndens uppdrag är att efterleva kraven som ställs i gällande lagstiftning, föreskrifter och praxis. Värdegrunden för äldreomsorgen som en del av Socialtjänstlagen är hälsa och omsorgsnämndens ledstjärna.

Hälsa och omsorgsnämnden ska främja den enskildes möjlighet att leva ett självständigt liv. Hälsa och omsorgsnämnd ska främja den enskildes möjlighet att bo kvar hemma med bibehållen livskvalité. Utgångspunkt är s.k. portalparagrafen i Socialtjänstlagen (Sol) som leder:

*1 § Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas*

- ekonomiska och sociala trygghet,
- jämlikhet i levnadsvillkor,
- aktiva deltagande i samhällslivet.

*Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.*

*Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet*

Dessa riktlinjerna är framtagna för att förtydliga:

- Hur kan vi tillgodose behovet upp till skälig levnadsnivå
- Under vilka förutsättningar insatserna som täcker behovet kan beviljas och verkställas.
- Avgränsningar vid myndighetsutövning och verkställighet av insatser.
- Riktlinjerna syftar till att ge likartad service till alla. De skall vara ett komplement till de lagar och föreskrifter som finns och vara normgivande för insatsernas utformning och omfattning. Det innebär att den enskilde kan beviljas mindre insatser än riktlinjerna anger, men även att större insatser kan beviljas. Det är dock alltid den enskildes unika situation som skall ligga till grund för alla beslut.
- Den enskilde har rätt att söka bistånd som ligger utanför dessa riktlinjer.

Insatserna är redovisade under fyra huvudrubriker:

Omvårdnadsinsatser

Trygghetsskapande insatser

Serviceinsatser

Övriga insatser

## 1.2 Grundförutsättningar

- Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 2 § Socialtjänstlagen).

- Rätten till bistånd regleras i 4 kapitlet 1 § i Socialtjänstlagen: ”  
*Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.*
- Sammanboende (äka makar, sambo, partners) har en förpliktelse att bistå varandra med de sysslor som förekommer i ett hem (Äktenskapsbalken 1 kap. 2 och 4 §§; KR i Sundsvall, 2017-01-20, mål.nr 2821-16). I dessa riktlinjer gäller samma förutsättningar för ogifta sammanboenden samt hemmaboende vuxna barn. Vid omvårdnadsuppgifter såsom personlig omvårdnad kan inte äktenskapsbalkens bestämmelser åberopas som avslagsgrund annat än om närstående rent faktiskt utför omvårdnaden och att det är just detta som den enskilde önskar (KR i Göteborg, 2016-08-30, mål nr 2087)

### 1.3 Vägledande

Vid bedömningen av äldres behov skall Socialtjänstlagens bestämmelser tjäna som vägledning.

- Respekt skall visas för den enskildes rätt att själv bestämma och att få behålla sin integritet, identitet och eget ansvar för sin livssituation (SoL kap 1, 1 § ”portalparagrafen”). Detta skall vara vägledande vid bedömning av behov och vid genomförande av insatser.
- Behov av att känna trygghet skall beaktas. Tryggheten är en subjektiv känsla och utredningen ska inriktas på om känslan av otrygghet är befogad. Även möjligheter att öka en befogad otrygghetskänsla ska utredas. Detta som helhet skall beaktas vid behovsbedömning och utformning av insatser. Behovet av kontinuitet i kontakten mellan personal och den enskilde skall särskilt beaktas.
- Utformningen av insatser skall anpassas så att de underlättar och möjliggör för den enskilde att bo kvar i sitt hem. Insatserna skall också utformas så att de stödjer den enskilde att så långt det är möjligt klara sig själv - ”hjälp till självhjälp” (se Portalparagrafen).
- Behov som kan tillgodose eller få tillgodosedda på annat sätt, skall inte tillgodoses genom kommunens försorg.

#### 1.3.1 Handläggning

Handläggning av ärenden som handlar om hjälp i hemmet alt. vård och omsorgsboende är genom beslut i Hälsa och omsorgsnämnden delegerad till kommunens biståndshandläggare. Vid beslut om dagverksamhet sker samråd med kommunens demenssjuksköterska.

#### Särskilda delegationsbestämmelser

- Vid ärende som avser hjälp i hemmet som överstiger 90 tim/mån ska beslut fattas av ansvarig chef för myndighetskontor

- Ärenden som avser hjälp i hemmet som överstiger 120 tim/mån ska hänskjutas till Hälsa och omsorgsnämnds arbetsutskott för beslut. Arbetsutskottet ska i dessa fall bedöma om ansökan om hjälp i hemmet i denna omfattning kan anses vara skälig levnadsnivå eller om det är aktuellt med andra insatser som kan försäkra skälig levnadsnivå.

#### 1.3.2 Biståndshandläggningen skall präglas av:

- Helhetssyn, d v s med ett brett perspektiv på den enskilde och dennes situation. En tillämpad helhetssyn syftar till att bringa klarhet kring den enskildes svårigheter i förhållande till den aktuella livssituationen
- Respekt för människans rätt att bestämma själv över sitt liv. Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges (Sol)

#### 1.3.3 Utredningen

Utredningar ska i första hand göras i hemmet; i förekommande fall där vi har god kännedom om den sökande alt. akuta behov uppstår kan utredningen ske via telefon/digitalt. Utredningar ska grundas på bedömningen av helhetssituation av det behov som framkommer vid ansökan. För att få en heltäckande bild av stödbehov har förvaltningen Hälsa och omsorg utarbetat en modell där man använder stödfunktioner för att bedöma behov. Utredningen av den enskildes stödbehov skall enligt rutinen inledas genom hembesök av arbetsterapeuten. Utredningen ska vid behov också inkludera en bedömning av sjuksköterska, fysioterapeut, dietist eller demenssköterska samt omvårdnadspersonal. Bedömningen används av biståndshandläggare som underlag i utredningen. Detta arbetssätt har sin grund i socialtjänstlagens intentioner (se avsnitt Socialtjänstlagens intentioner, 1:a st.). Detta innebär också att beslutet inte kan lämnas vid första kontakten. Undantag är akut uppkomna behov där insatserna kan sättas igång omedelbart med ett tillfälligt biståndsbeslut i avvaktan på att utredningen är klar. Biståndshandläggare är alltid ansvarig för att samordna utredningsinsatser och fatta slutgiltiga beslut om stödinsatserna. Varje beslut ska innehålla såväl övergripande mål som mål med resp. insats. Målen med insatserna ska vara realistiska, uppföljningsbara, tydliga och mätbara

Behovsbedömning är den process som föregår och som leder fram till ett beslut om bistånd. Vid behovsbedömningen används Socialstyrelsens modell IBIC (Individens behov i centrum) vilket bl.a. innebär att behovsbedömningsprocessen ska fokusera på individens behov och inte socialtjänstens insatser.

#### **Rättssäkerhetsaspekter viktiga för utredningsprocessen**

Det är enbart den enskilde som kan ansöka om insatser. En individuell bedömning görs i varje enskilt fall. I de fall den enskilde saknar förmåga att tillgodose sina fysiska, psykiska, sociala och/eller existentiella behov och inte kan få dem tillgodosedda på annat sätt föreligger rätt till bistånd. Insatser som beviljas ska utformas så att de kompenserar/ stödjer den enskilde för de behov han/hon inte själv klarar att tillgodose.

Vid utredningar där den enskilde även har stöd från anhöriga skall även anhörigas behov beaktas. Den anhörige ska informeras om rätten att ansöka om stöd för sin egen del enligt SoL 5kap 10§.

Alla beslut skall följas upp och rätten till bistånd skall omprövas i samband med uppföljning.

Den som klarar sig själv och som kan tillgodose sina behov är inte i behov av kommunens stöd och därmed inte heller berättigad till bistånd oavsett ålder, sjukdom eller funktionsnedsättning. Det är inte förenligt med socialtjänstlagens bestämmelser att ge ett avslagsbeslut med motiveringen att grannar, anhöriga som inte är familjemedlemmar eller att frivilligorganisationer ska tillgodose behoven. Vid utredningar ska inte den enskildes ekonomiska förutsättningar vägas in.

Resursbrist är heller inte skäl för avslag på ansökan. Enbart den enskildes behov styr biståndshandläggningen.

Vid behov ska tolk anlitas vid all myndighetsutövning. Detta gäller även teckentolkning. Inom verkställigheten finns inte krav om att anlita tolk vid varje tillfälle. Verkställaren ska dock försäkras att den enskilde har getts möjlighet att påverka utformning av insatserna; förutsättningen för detta är att den enskilde förstått innebörden av upprättad genomförandeplan. Det kan i vissa fall vara lämplig att översätta genomförandeplan till den enskildes modersmål. Finns det personal som pratar den enskildes modersmål bör den personalen planeras i så hög utsträckning som möjligt för att utföra insatser som den enskilde är berättigad till.

### **Socialtjänstlagens intentioner**

Den enskilde har ett eget ansvar för såväl sin egen som andra människors sociala situation. Socialtjänsten får aldrig ta över ansvaret utan arbetet ska inriktas på att den enskilde behåller ansvaret eller tar tillbaka ansvaret över den egna situationen. Ett tydligt mål bör formuleras vid alla beslut och uppföljningar. För att höja eller bibehålla funktionsnivån ska ett rehabiliterande och förebyggande synsätt genomsyra utredningarna

Insatserna ska stärka den enskildes förmåga till ett fortsatt självständigt liv. Den enskilde har en absolut rätt att råda över sin situation och arbetet ska präglas av respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Kontroll, tvång eller åtgärder mot den enskildes vilja får inte förekomma.

#### **1.3.4 Verkställighet/Genomförande av beslut:**

Ansvar för att verkställa beslut om biståndsinsatser enligt socialtjänstlagen åvilar enhetschefer inom hemtjänst, korttidsboende resp. vård och omsorgsboende. Beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet ska verkställas senast inom 3 dagar (om beslutet omfattar hjälp med personlig omvårdnad) respektive 10 dagar (om beslutet endast omfattar serviceinsatser). **Om verkställigheten inte sker inom dessa tidsramar ska en avvikelserapport skrivas och ansvarig biståndshandläggare informeras.**

Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges (Sol 5 kap.5§). Detta försäkras genom att den enskilde tilldelas en kontaktman inom hemtjänsten/ särskilt boende som ska bevaka den rätten.

Förhållningssättet och insatserna inriktas på konsekvenserna av sjukdom eller funktionsnedsättning. Genomförandet av insatserna inriktas på att personalen tillsammans med den enskilde skall försöka bevara, utveckla, förändra och skapa livsstrategier för att individuellt hantera olika livssituationer d.v.s. ett rehabiliterande synsätt. Ett socialt synsätt innebär att den enskildes möjlighet att delta i sin egen omsorg och vård skall beaktas. För att säkerställa att målet med insatserna uppnås skall kommunens övriga yrkeskategorier vid behov involveras i verkställigheten

### **Social dokumentation**

Socialtjänstlagen samt SOSFS 2014:5 föreskriver att såväl handläggning av ärende som verkställighet/ genomförande skall dokumenteras. Hälsa och omsorgsförvaltningen har utarbetat riktlinjer och rutiner gällande socialdokumentation. Huvuddragen i dessa riktlinjer och rutiner är:

- Biståndshandläggarna har ansvar för att utreda den enskildes behov och fatta beslut om insatser enligt socialtjänstlagen. Denna handläggningsprocess skall dokumenteras.
- Enhetscheferna har ansvar för att dokumentation av genomförandet av biståndsbesluten ska ske. Dokumentationen skall ses som ett sätt att notera fakta och iakttagelser. Dokumentationen skall också tydliggöra den enskildes behov, önskemål och upplevelser av den situation man befinner sig i. Genomförandeplan ska upprättas inom en månad efter att beslut är fattat.

Genomförandeplan och löpande anteckningar fyller en viktig funktion när det gäller rättssäkerheten för såväl den enskilde som för personalen.

## **2 Vård och omsorgsboende**

**Lagrum:** SoL 4 kap, 1§

### **2.1 Målgrupp/behov:**

Personer med omfattande vård- och omsorgsbehov som ej kan tillgodoses genom hemtjänst och hemsjukvård i det ordinära boendet samt personer med befogad känsla av otrygghet.

### **2.2 Viktiga principer:**

- Den enskilde som inte klarar sin dagliga livsföring i det ordinära boendet och har omfattande behov av omsorg, vård och trygghet beviljas vård och omsorgsboende efter ansökan.
- Det skall finnas ett uttalat behov av kontinuerliga insatser dygnet runt för tillgodoses omfattande och varaktiga behov av tillsyn, omvårdnad och vård. Principen är att hemtjänstinsatser alltid ska prövas först för att på så sätt tillgodose behovet.
- Beslut om vård och omsorgs boende fattas ej under den sökandes sjukhusvistelse. Tid för stabilisering av hälsotillståndet bör ges, i först hand i hemmet, i andra hand på korttidsvistelse
- I tveksamma fall kan utredning om behov av särskilt boende göras med stöd av trygg hemgångs personal



- Planeringsgruppens prioritering efter beslut om insatsen styrs av fastställd prioriteringsordning enligt nedan.

### 2.2.1 Mycket angeläget behov

Hemtjänst och andra insatser räcker inte längre till.

Utskrivningsklara personer på sjukhus som inte kan återgå till ordinärt boende och som har ett beslut om vård och omsorgs boende. Återgång till ordinärt boende från korttidsvård ej möjligt.

### 2.2.2 Angeläget

Hemtjänst och andra insatser räcker inte till på sikt. Förstärkta hemtjänstinsatser upprätthåller dock en skälig levnadsnivå i avvaktan på vård och omsorgs boende.

## 2.3 Vård och omsorgs boende är indelat i två kategorier:

**Vård-och omsorgsboende** för personer med omfattande somatiska vårdbehov och/eller omvårdnads-och trygghetsbehov

**Gruppboende för personer med demenssjukdom** för personer med en utredd demenssjukdom som har behov av en småskalig boendemiljö

## 2.4 Avgränsningar - anvisningar:

- Ansökan kan göras muntligt eller skriftligt av den enskilde
- De anhörigas behov av trygghet ska inte beaktas i bedömningarna
- Brister i bostadens utformning är i sig inte någonting som berättigar till vård och omsorgs boende
- Den sökande får enbart muntligt besked om erbjudet boende och ska lämna svar inom 7 dagar
- Huvudprincipen är att den enskilde inte har rätt att välja ett specifikt boende (se HFD:s dom, målnr. 5963-10). Den enskilde har genom ändringar i Förvaltningslagen fått möjlighet att ansöka om ett specifikt boende. Av 3 kap. 5 § socialtjänstlagen, SoL framgår att socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Bestämmelsen är ett uttryck för att den enskilde ska ha ett visst inflytande över hur en beslutad insats enligt 4 kap. 1 § SoL verkställs. Den enskilde har dock ingen oinskränkt rätt att få som han eller hon vill men den enskildes önskemål om boende ska så långt som möjligt respekteras. Det erbjudna boendet måste dock alltid tillgodose den enskildes behov samt tillförsäkra denne en skälig levnadsnivå. Det är viktigt att handläggaren informerar om detta vid ansökningstillfället. Av utredningen bör dock framgå om önskemål finns om ett specifikt boende och självklart skall hänsyn tas till detta om det är möjligt.
- För att få flytta till vård och omsorgs boende i form av gruppboende för personer med kognitiv nedsättning krävs att en demensutredning är gjord alt. är uppenbart att personer i frågan har kognitiv nedsättning, att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt och att demenssjuksköterskan gör en bedömning av det aktuella behovet utifrån Osby kommuns demenstrappa.

- Om den sökande erbjuds annat boende än det önskade kan den enskilde välja mellan att:
  - o Acceptera det erbjudna boendet och lämna intresseanmälan till boende på annan ort i kommunen.
  - o Tacka nej till erbjudandet. I så fall äger kommunen rätt att ompröva om behovet är tillgodosett på annat sätt. Om behovet av insats kvarstår kan ett beslut om särskilt boende inte anses vara verkställt i och med att den enskilde tackar nej till ett erbjudet boende. Beslutet anses verkställt när den enskilde tackat ja till den erbjudna bostaden och flyttar in. Att den enskilde tackar nej till det erbjudna boendet kan bero på att boendet inte motsvarar den enskildes önskemål eller att det inte är anpassat till den enskildes behov. Att den enskilde tackat nej till det erbjudna boendet behöver därför inte innebära att förutsättningarna för biståndsbeslutet har ändrats. Om den enskildes behov kvarstår, kvarstår även beslutet som ej verkställt. Nämnden kan därmed inte återkalla det gynnande beslutet enbart av den anledningen att den enskilde tackar nej till ett erbjudet boende. Det kan däremot vara möjligt att den enskilde tackar nej för att behov inte längre föreligger eller om behovet tillgodoses på annat sätt. I de fallen finns det möjlighet för nämnden att avsluta ärendet. Det bör då antecknas i den enskildes journal när och av vilka skäl insatsen har avslutats (jfr 6 kap. 3 § AR SOSFS 2006:5).
  - o Om enskilde befinner sig på korttidsvistelse/ är beviljad växelvård och väljer att tacka nej till erbjudet boende hänvisas personen till stödinsatser i hemmet. Korttidsboende och/eller växelvård avslutas.
  - o Om den enskilde tackar nej med motivering att behov inte föreligger just nu, ska ärendet avslutas och ny ansökan får göras om/när behov uppstår igen
- Beslut om vård och omsorgsboende innebär en hyresrätt med tillgång till personal dygnet runt utifrån den enskildes individuella behov
- Inflyttning ska ske inom 7 kalenderdagar från det att man tackat ja under förutsättning att lägenheten är tillgänglig. Hyresavgift debiteras från kontraktsdatum. Vid särskilda skäl kan efter överenskommelse med ansvarig enhetschef inflyttning förskjutas, dock max 20 dagar från det man tackat ja. Vid förskjuten inflyttning debiteras hyresavgift från 8: dagen
- Vid överstigande av ovanstående 20 dagar ska kommunen ompröva beviljat bistånd i ordinärt boende; hänsyn ska tas till insatsernas kostnadseffektivitet
- Hyran beräknas utifrån bruksvärdesprincipen och erläggs i efterskott. Den enskilde förutsetts söka bostadstillägg för pensionärer.

- Vid utflyttning eller dödsfall ska lägenheten tömmas och städas inom 7 kalenderdagar från utflyttningsdatum. Hyresavgiften betalas tillbaka från det datum som lägenheten är tömd.

### 3 Parboende

**Lagrum:** Socialtjänstlagen, 4 kap 1§

#### 3.1.1 Målgrupp

- Person som beviljas eller har sedan tidigare beviljats vård och omsorgsboende och har en make/maka/sambo där båda parter önskar sammanbo med varandra.
- Par där båda parter är i behov av vård och omsorgsboende och önskar fortsätta sammanbo med varandra.

#### 3.1.2 Viktiga principer

- Båda parter önskar fortsätta sammanbo med varandra
- Paret sedan tidigare är makar/sambo och har sammanbott under en längre tid
- Rätten till parboende gäller även om den behövande parten sedan tidigare redan bor på boende.
- Om båda parter är i behov av vård och omsorgsboende och åberopar rätten till parboende görs även en utredning om rätten till parboende. Om rätten till parboende föreligger ges båda parter var sitt beslut. Vid verkställigheten ska villkoren för parbogarantin efterföljas (se punkten verkställighet)
- Hyreskontrakt skrivs mellan boendet och den medboende. Hyreskontrakt kompletteras med SKL:s tillägg som reglerar den medboendes rättigheter till kvarboende efter att den part med beslut om särskilt boende har avlidit.
- Den medboende som sedan tidigare har insatser av hemtjänst flyttar in med tidigare beslut om insatser utan beslut gällande vård och omsorgsboende.
- Insatserna för den medboende i ett vård- och omsorgsboende verkställs av personal på boendet och debiteras enligt Osby kommuns omvårdnadsavgift.
- Vid förändrat vårdbehov kan ny ansökan om utökad hjälp i hemmet/ansökan om särskilt boende lämnas.
- Parboende kan verkställas i samma rum eller olika rum i samma byggnad. Parboende kan även verkställas så att den ene maken bor i särskilt boende och den andra i ett trygghetsboende under förutsättning att båda boendeformerna är belägna i samma byggnad och under förutsättning att makarna upplever sig sammanbo.
- Om den medboendes sammanboende med maka/make/sambo upphör sker en ny bostadsbedömning för den medboende personen. Om den medboende personen inte har ett eget behov av vård och omsorgsboende förs en dialog mellan verkställighet och den medboende för att diskutera framtida boendesituationen. Om den

medboende har ett eget behov av vård och omsorgsboende så kan detta beviljas av biståndshandläggaren vid en ansökan.

### 3.1.3 Avgränsningar

- Den part i förhållandet som inte har behov av vård och omsorgsboende kan inte ansöka om medboende enligt parbogarantin. Det är den som har behovet av vård och omsorgsboende som lämnar ansökan om en medboende.
- Om makar/sambo inte uppfyller kriterier för medboende så kan delavslag ges, dvs bifall på boende men avslag på medboende.
- Om båda parter inte önskar fortsätta sammanbo finns inga förutsättningar för att ge bifall på medboende.

## 4 Korttidsvistelse

**Lagrum:** SoL kap 4 § 1

### 4.1 Definition av korttidsvistelse:

- En tidsbegränsad tillfällig vistelse.
- Ett komplement till det egna boendet.
- En insats som kan ges regelbundet eller vid tillfälliga behov som inte kan tillgodoses inom det ordinära boendet.

### 4.2 Syfte med beviljad insats:

Den enskilde kan beviljas korttidsvård av olika orsaker.

Syfte	Beskrivning/ målgrupp/ avgränsning
Avlastning för närstående	Insatsen beviljas personer som är i behov av stora omvårdnadsinsatser och tillsyn samtidigt som anhöriga är i behov av avlastning. Insatsen kan vara vid enstaka tillfällen eller kontinuerligt med intervall – se växelvård.
Återkommande korttidsvistelse/ Växelvård	Insatsen beviljas personer som är i behov av återkommande omvårdnadsinsatser och tillsyn samtidigt som anhöriga är i behov av avlastning. <b>Avgränsning:</b> Vistelsen på korttidsenheten får ej överstiga tiden i det ordinära boendet.
Återhämtning efter sjukhusvistelse	<b>Endast vid omfattande behov då behoven inte kan tillgodoses inom ordinärt boende (Trygg Hemgång, hemtjänsten).</b> <b>Avgränsning:</b> Det normala är att återvända till hemmet efter sjukhusvistelse. Korttidsvistelse beviljas i undantagsfall.

Mobilisering/ Rehabilitering	<p>Insatsen kan beviljas om det finns behov av mobilisering/ rehabilitering som inte kan tillgodoses i ordinärt boende.</p> <p><b>Avgränsning:</b></p> <p>Beslut om vistelse på kommunens korttidsenhet för rehabilitering fattas alltid i samråd med ansvarig sjukgymnast/arbetsterapeut. Detsamma gäller beslut om förlängning av vistelse.</p>
Väntplatser	<p>Insatsen beviljas personer som väntar på plats i särskilt boende och där behovet inte kan tillgodoses i det ordinära boendet.</p> <p>Insatsen beviljas i väntan på att annan åtgärd ska utföras, t ex bostadsanpassning eller väntan på operation.</p> <p><b>Avgränsning:</b></p> <p>För att inte kunna vänta i sin bostad krävs ett stort omvårdnads- och trygghetsbehov som inte kan tillgodoses av hemtjänsten.</p> <p>Om den enskilde väntat hemma och tackat nej till erbjuden plats på särskilt boende beviljas därefter inte korttidsvistelse under väntetiden om inga andra behov har uppstått.</p> <p>Den som vistas på korttidsboende och väntar på särskilt boende kan inte tacka nej då plats erbjuds. I förekommande fall återgår den enskilde till sitt ordinära boende och erbjuds andra insatser exempelvis i form av hemtjänst.</p>

#### 4.2.1 Bedömning

De behov som föranleder insatsen skall framgå av bedömningen. Det är alltid en individuell bedömning som skall vara grunden för detta. Huvudregeln är att det handlar om kortare och tillfälligare insatser även om vissa är kontinuerliga över tid.

#### 4.2.2 Beslut

Av beslutet om insats i form av korttidsvistelse skall framgå skälet, d.v.s. om det är avlastning, utredning etc. Beslut om korttidsvistelse följs upp vid behov och i samråd med den enskilde och personalen. Vid regelbundet återkommande insats, avlastning och växelvård följs dessa upp regelbundet.

#### 4.2.3 Mål

Målet för vistelsen skall vara klart definierat och beskrivet. Utifrån målet utarbetar verkställigheten en individuell plan under vistelsen. Tillfälliga besök till det ordinära boendet ska ses som rutin.

#### 4.2.4 Uppföljning

Uppföljning och planering för framtida insatser görs utifrån den enskildes behov. Vid uppföljningsmötet ska samtliga aktörer vara väl förberedda för att inte fördröja hemgången till det ordinära boendet.

## 5 Övergångsboende

**Lagrum:** Sol, kap 4§1

### 5.1 Definition av övergångsboendet

Övergångsboendet är placerat på Bergfast och hjälpen på boendet utförs av hemtjänsten. Vid behov kopplas Trygg Hemgång in utifrån kommunens riktlinjer; i dessa fall fattas beslut om Trygg hemgång. Nattetid utförs insatserna från nattpersonal från särskilda boenden/ hemtjänst. Rummen är utrustade med trygghetslarm som är kostnadsfritt. Personer får sina måltider från köket på Bergfast; vid behov får de stöd med detta från omvårdnadspersonal. Kostnader för Trygg Hemgångs resp. hemtjänstens insatser debiteras med samma pris som i ordinärt boende. Kostnader för måltider debiteras enligt taxan på våra korttidsboende.

Övergångsboendet är:

- en tidsbegränsad tillfällig vistelse
- en insats som ges när omvårdnadsbehov inte är så stora och där det inte föreligger behov av rehabilitering på korttidsboendet. Behov av tillsyn dygnet runt finns inte

### 5.2 Syfte med beviljad insats

Syfte	Beskrivning/ målgrupp/ avgränsning
Efter korttidsvistelsen på korttidsboendet på Spången	Insatsen beviljas personer som har uppnått en väl fungerande funktionsnivå och inte har behov av rehabilitering/ vistelse på korttidsboendet. <b>Avgränsning:</b> Trygg hemgång i det egna hemmet ska alltid utredas som första alternativ. Det normala är att återvända till hemmet efter korttidsvistelse. Övergångsboende beviljas i undantagsfall.
I utrednings syfte efter vistelsen på korttidsboende	Insatsen beviljas när boendesituation eller omfattningen av andra biståndsinsatser behöver utredas. <b>Avgränsning:</b> Övergångsboende beviljas inte vid behov av utredning av insatser enligt HSL.
Under bostadsanpassning /stambyte	Insatsen beviljas om skälig levnadsnivå inte kan tillgodoses under tiden arbete i ordinärt boende pågår. <b>Avgränsning:</b>

#### Bedömning

De behov som föranleder insatsen skall framgå av bedömningen. Det är alltid en individuell bedömning som skall vara grunden för detta.

Huvudregeln är att det handlar om kortare och tillfälligare insatser även om vissa är kontinuerliga över tid.

#### Beslut

Av beslutet om insats i form av övergångsboende skall framgå skälet, d.v.s. om det är utredning etc. Beslut om övergångsboende följs upp vid behov och i samråd med den enskilde och personalen.

#### Mål

Målet för vistelsen skall vara klart definierat och beskrivet. Utifrån målet utarbetar verkställigheten en individuell plan under vistelsen. Tillfälliga besök till det ordinära boendet i syfte att bringa in klarhet kring möjligheten att återgå till eget boende ska ses som rutin.

#### Uppföljning

Uppföljning och planering för framtida insatser görs utifrån den enskildes behov. Vid uppföljningsmötet ska samtliga aktörer vara väl förberedda för att inte fördröja hemgången till det ordinära boendet.

## 6 Trygg Hemgång

**Lagrum:** SoL 4 kap 1§

### 6.1 Definition

Trygg hemgång är ett arbetssätt där flera yrkeskategorier arbetar i ett tvärprofessionellt team för att skapa trygghet för vårdtagaren vid hemkomst från vård på sjukhus eller korttidsplats. Syftar till att stärka individen och ge en självständig vardag. Trygg Hemgång ska alltid provas som första val vid planeringen av vård och omsorg efter sjukhusvistelse/ korttidsvistelse.

Teamet utgår från vardagsrutiner och livskvalité, ser möjligheter och skapar lösningar.

Central roll i teamarbetet har undersköterskorna som har den dagliga kontakten med vårdtagaren och som är en länk till de andra yrkeskategorierna i teamet.

I Osbyområdet utgår Trygg hemgång från korttidsvården Spången och i nära samarbete med Hemtjänstgrupp D. Kvällar och helger är det grupp D som ansvarar för Trygg hemgång, nattetid är det nattpatrullen. I Lönsbodaområdet utgår Trygg hemgång från hemtjänsten.

I konceptet med Trygg Hemgång ingår en korttidsplatsgaranti. Detta innebär att vårdtagaren som får insatser genom Trygg Hemgång är garanterad en korttidsplats om vård och omsorg i hemmet inte tillgodoser de behoven vårdtagaren har.

Beslut om Trygg Hemgång är ett rambeslut med tydligt definierade mål. Uppföljning sker när målen med insatsen Trygg Hemgång har uppnåtts.

## 6.2 Syfte

Trygg hemgång syftar till att:

- öka tryggheten vid hemgång från sjukhus eller korttidsvistelse
- öka möjligheten för vårdtagaren att bo kvar hemma genom ett rehabiliterande och teambaserat arbetssätt i vårdtagarens hem som leder till ökad självständighet hos den enskilde.
- vara behjälplig vid utredningar av ansökningar om hjälp i hemmet där hjälpbehov förmodas vara omfattande

## 6.3 Mål

- att försäkra en trygg och säker vård och omsorg i hemmet för vårdtagaren vid hemkomst från sjukhus eller korttidsplats.
- att insatsnivån stämmer med det faktiska behovet när vårdtagaren lämnar teamet
- att förstärka vårdtagarens självständighet genom ett rehabiliterande förhållningssätt och en helhetssyn på omvårdnaden.
- att vårdtagaren och närstående är delaktiga i processen utifrån sina förutsättningar

## 6.4 Målgrupp

- Vårdtagare som kommer hem från vistelse på sjukhus eller korttidsboende som har ett rehabiliteringsbehov, förändrat hjälpbehov från hemtjänst och/eller känner otrygghet inför sin hemgång
- Vårdtagare som ansöker om omfattande hjälp i hemmet resp. särskilt boende i de fallen där beslutsunderlaget är otillräckligt eller svårbedömt

## 6.5 Avgränsningar

- Personer som efter sjukhusvistelse eller korttidsvistelse är i behov av samma/mindre förändringar av hemtjänstinsatser som tidigare.
- Personer som efter sjukhusvistelsen är i behov av att få insatserna utförda av sedan tidigare känd utförare.

# 7 Omvårdnadsinsatser

## 7.1 Personlig omvårdnad

**Lagrum:** SoL Kap 4 § 1

### 7.1.1 Målgrupp/Behov:

Personer som saknar förmåga att själv klara sin personliga omvårdnad och där funktionsförmåga inte kan förbättras med olika hjälpmedel. Hjälp med personlig omvårdnad beviljas utifrån individuella behov för personer som bor i ordinärt boende.

Viktiga principer:



- Den enskilde skall i så stor utsträckning som möjligt vara delaktig i insatsen.
- Personlig hygien - Handräckning, stöd eller hjälp efter behov med daglig personlig hygien sker vanligtvis morgon och kväll i samband med uppstigning och sänggående. Personlig hygien kan innefatta morgon- och kvällstolett med nedre och övre personlig hygien, okomplicerad tand/munvård och öronvård, kamning, smörjning, rakning och rengöring av glasögon och hörapparat.
- På- och avklädning - Handräckning, stöd eller hjälp efter behov med klädsel sker vanligtvis morgon och kväll i samband med uppstigning och sänggående samt vid dusch.
- Dusch - Stöd och hjälp ges efter behov, vanligtvis en till två gånger per vecka men möjlighet finns att få stöd och hjälp med dusch flera gånger i veckan. I dusch ingår hårvård såsom kamning och rullning av hår samt okomplicerad nagelvård Dusch sker vanligtvis i den enskildes bostad; saknas duschmöjligheter finns möjlighet att duscha inom några av kommunens vård och omsorgsboende. Uppsnyggning av duschutrymmet efter dusch ingår.
- Toalettbesök - Stöd och hjälp efter behov med toalettbesök/byte av intimitets- och inkontinensskydd sker vanligtvis vid planerade besök under hela dygnet. Utgångspunkt är den enskildes behov. Hjälp med nedre personlig hygien i samband med toalettbesöken ges vid behov.
- Förflyttningar - Stöd och hjälp ges efter behov med förflyttningar till fots eller med rullstol i bostaden. Förflyttning kan även gälla stöd och hjälp att förflytta sig till och från stol och säng eller vändning i sängen. Stöd och hjälp med förflyttningar sker vanligtvis vid planerade besök under hela dygnet, utgångspunkt är den enskildes behov.
- Måltidsstöd - Tillsyn, stöd eller hjälp efter behov att äta och dricka ges till den enskilde i samband med frukost, middag och kvällsmat eller vid behov av hjälp med dryck och mellanmål under dagen. Insatsen ges även under natten om behov föreligger.

#### 7.1.2 Avgränsning:

- Personlig hygien - Rakning utförs endast med rakapparat.
- Förflyttningar - Om den enskilde nekar till att hjälpmedel används, ges stöd och hjälp till den enskilde efter de förutsättningar som finns enligt enhetschefens bedömning utifrån arbetsmiljölagen.
- Dusch: Nagelvård vid diabetes och i komplicerade fall hänvisas till fotvårdare.

## 7.2 Utevistelse/promenad

**Lagrum:** SoL Kap 4 § 1

### 7.2.1 Målgrupp/Behov:

Personer som inte har förmåga att på egen hand klara utevistelse eller promenad.

### 7.2.2 Viktiga principer:

- Utevistelse/ promenad sker en till två gånger per vecka.
- Omfattning planeras i samråd med den enskilde.

### 7.2.3 Avgränsning:

Om den enskilde använder förflyttningshjälpmedel (rullstol, rollator) kan vid ogynnsamma väderförhållanden erbjudas socialsamvaro som komplement till utevistelse/promenad. Även personer som inte har förflyttningssvårigheter har möjlighet att vid ogynnsamma väderförhållanden välja social samvaro i stället för promenad/utevistelse.

## 7.3 Social samvaro

### 7.3.1 Målgrupp/Behov:

Personer som pga sjukdom, ålder eller funktionsnedsättning inte själv kan tillgodose sitt behov av social samvaro och social aktivitet.

Social samvaro beviljas en till två gånger i veckan.

Insatsen kan bestå av samvaro och social aktivitet i hemmet eller aktiviteter utomhus utifrån den enskildes behov och önskemål. Det kan röra sig om en pratstund, en promenad eller liknande. Målsättningen med insatsen ska alltid vara att utöka den enskildes möjlighet till sociala aktiviteter.

### 7.3.2 Avgränsning

Social samvaro för personer med kognitiv nedsättning och psykiska funktionshinder ska även kunna erbjudas i grupp.

## 8 Trygghetsinsatser

### 8.1 Trygghetslarm

**Lagrum:** SoL kap 4 § 1

#### 8.1.1 Målgrupp/Behov:

Trygghet som kan uppnås genom att den enskilde erhåller trygghetslarm. Första steget i trygghetstrappan; ska alltid prövas först.

#### 8.1.2 Viktiga principer:

Insatsen är första steget för att tillgodose trygghetsbehov i den enskildes bostad. Insatsen ges till personer som p g a fysiska, psykiska eller medicinska orsaker har behov av att snabbt kunna tillkalla hjälp. Vid behov beviljas även extra klockan till sammanboende utan extra kostnad.

#### 8.1.3 Avgränsning:

- Insatsen beviljas ej till enskild som ej förstår eller förmår använda trygghetslarmet. Vid behov av trygghet som grundas på

upplevd ensamhet eller allmän oro ska behovet tillgodoses genom annan insats.

- Den enskilde lämnar medgivande om att en nyckelgömma ska installeras i dennes lägenhetsdörr eller annat lämpligt ställe.

Den enskilde ska lämna en nyckel samt ge medgivande till att en nyckelgömma installeras

## 8.2 Telefonservice

Lagrum: SoL Kap 4 § 1

### 8.2.1 Målgrupp/Behov:

Trygghet som kan uppnås genom att den enskilde blir kontaktad via telefonsamtal.

### 8.2.2 Viktiga principer:

Insatsen är andra steget för att tillgodose trygghetsbehov i den enskildes bostad. Personal ringer upp den enskilde på avtalade tidpunkter. Om den enskilde inte svarar har personalen ansvar för att kontrollera orsaken till detta och vidta överenskomna åtgärder.

Insatsen är kostnadsfri.

### 8.2.3 Avgränsning:

- o Den enskilde lämnar medgivande om att en nyckelgömma ska installeras i dennes lägenhetsdörr eller annat lämpligt ställe.
- o Det är den enskildes ansvar att inneha telefon.
- o Insatsen beviljas inte för enskild som inte kan använda telefon.
- o Insatsen ges ej heller när behovet tillgodoses med insats i form av tillsyn eller trygghetslarm.

## 8.3 Tillsyn

Lagrum: SoL Kap 4 § 1

### 8.3.1 Målgrupp/Behov:

Trygghet som kan uppnås genom att den enskilde får tillsynsbesök.

### 8.3.2 Viktiga principer:

Insatsen är tredje steget för att tillgodose trygghetsbehov i den enskildes bostad. Personal besöker den enskilde vid ett eller flera avtalade tidpunkter under dygnet. Tillsynsbesök är ej förenade med andra biståndsinsatser.

### 8.3.3 Avgränsning:

- Den enskilde lämnar medgivande om att en nyckelgömma ska installeras i dennes lägenhetsdörr eller annat lämpligt ställe
- Insatsen beviljas ej om behovet av trygghet kan tillgodoses genom telefonservice eller trygghetslarm.

## 9 Serviceinsatser

### 9.1 Städning

**Lagrum:** SoL Kap 4 § 1

#### 9.1.1 Målgrupp/Behov:

Personer som inte har förmåga att själva klara städning eller delar av städning och som inte kan få behovet tillgodosett på annat sätt.

#### 9.1.2 Viktiga principer:

- Städning sker en gång var tredje vecka, om inte beslut fattas utifrån särskilda behov. Särskilda behov kan uppstå då den enskilde använder utomhus rullstol som smutsar ner inne, motorik eller synproblem som medför spill, fläckar eller liknande.
- Städning avser två rum och kök, samt hall, badrum och toalett. Tre rum vid sammanboende.
- I städning ingår damning, dammsugning samt våttorkning av golv. En lätt avtorkning av köksluckorna/vitvaror vid synlig smuts ska ingå i städet
- Vid ansökan kan om behovet finns även beviljas fönsterputsning, rengöring av kyl samt avfrostning av frysen i omfattningen 2 ggr/år.

#### 9.1.3 Avgränsning:

- Storstädning, tak- och väggtvätt, skåprengöring, städning av källare, vind, samt flyttstädning och arbete som silverputs, vädring av stora mattor ingår ej. Städning av balkong eller altan ingår ej.
- I samband med utredningen skall information ges om att lämplig basutrustning ska finnas. Detta innebär en väl fungerande dammsugare, mopp/hink, dammtrasor och lämpligt rengöringsmedel. El-utrustning skall vara godkänd. Saknas funktionella redskap kan städning helt eller delvis utebli.
- Om det finns sambo/ myndig inneboende i bostaden ska utredningen omfatta deras förutsättningar att utföra dessa insatser.

### 9.2 Tvätt/klädvård

**Lagrum:** SoL kap 4 § 1

#### 9.2.1 Målgrupp/Behov:

Personer som saknar förmåga att själva klara av tvätt eller delar av tvätt och som behöver hjälp med att hålla kläder, sänglinne eller dylikt rena.

#### 9.2.2 Viktiga principer:

- Det är skäligt att få hjälp med tvätten en gång varannan vecka om personer behöver hjälp med alla moment. I de fallen där enskilde klarar vissa moment planeras verkställigheten i samråd mellan verkställare och den enskilde.
- Särskilda behov kan uppstå då tvätt varannan vecka inte räcker till (t.ex den enskilde har nedsatt motorik eller synproblem som medför spill, fläckar eller liknande).

- Tvätt utförs i den enskildes bostad om den enskilde själv klarar delar av tvätten och har egen tvättmaskin i bostaden.
- Om den enskilde inte klarar av någon av moment i tvätt sker tvätten i någon av kommunens tvättinrättningar.

#### 9.2.3 Avgränsning:

- Tvätt utförs av kläder sänglinne eller dylikt för personligt bruk.
- Handtvätt utförs ej.
- Strykning görs av plagg som behöver strykas för att kunna användas, till exempel bomullsskjortor och blusar.
- Om det finns sambo/ myndig inneboende i bostaden ska utredningen omfatta deras förutsättningar att utföra dessa insatser.
- Den enskilde ska tillhandahålla tvättmedel.

### 9.3 Inköp

#### Lagrum: SoL Kap 4 § 1

##### 9.3.1 Målgrupp/Behov:

Personer som saknar förmåga att själva klara inköp och är i behov av hjälp att få hem dagligvaror till bostaden. För hantering av privata medel skrivs en ekonomisk överenskommelse för att säkerställa att ekonomiska medel förvaras och hanterats på rätt sätt av personal. Överenskommelsen beskriver även hur återkoppling sker kring hur medlen använts

##### 9.3.2 Viktiga principer:

- Inköp beviljas en gång per vecka.
- Inköp ska i första hand utföras genom e-handel; verkställigheten ansvarar för att skapa förutsättningar (öppna e-konto, skaffa inköpskort mm) så den enskilde kan klara av inköp via nätet.
- I andra hand utförs inköp i närmaste affär
- Inköp kan beviljas även för andra inköp än dagligvaror, t ex kläder, apoteksvaror, systembolagets varor, etc.

##### 9.3.3 Avgränsning:

- Post- och bankärende utförs inte. Hänvisning sker till god man eller anhöriga/närstående.
- Postning av brev utförs vid postens brevlåda i samband med inköp.
- Personal handhar inte den enskildes ekonomi och räkningar.
- Om det finns sambo/ myndig inneboende i bostaden ska utredningen omfatta deras förutsättningar att utföra dessa insatser.

##### 9.3.4 Den enskildes medverkan:

- Den enskilde väljer varorna som ska inhandlas via en platta som hemtjänstpersonal har med sig vid besöket.

- Den enskilde som inte handlar via e-handel ska tillhandahålla Coop-kort Konsum, ICA-kort eller dylikt med tillräckliga medel insatt för inköp
- Den enskilde har möjlighet att ansöka om att följa med vid inköp om den enskilde klarar av vissa moment i inköp. Hemtjänsten får inte lov att erbjuda skjuts till affären; den enskilde hänvisas till färdtjänsten/ egen transport.

#### 9.4 Övriga serviceinsatser

- Bäddning - Stöd och hjälp med bäddning ges efter behov, på morgonen med att lägga till rätta sängkläder och lägga på överkast om så önskas, samt på kvällen med att ta bort sängöverkast och bädda upp inför natten. Renbäddning ingår vid behov.
- Renbäddning kan beviljas som separat insats i omfattning varannan vecka eller vid behov.
- Beredning av måltider - Stöd och hjälp ges efter behov att bereda enklare måltider vid frukost, eftermiddagskaffe och kvällsmat. Stöd och hjälp kan även ges till mellanmål under dagen. Hjälp med diskning av den enskildes disk utförs. Förberedelse för måltid såsom exempelvis delning av maten, uppläggning på tallrik och dukning ingår. (Vid behov av hjälp med beredning av middagsmat: se rubrik matdistribution).
- Om det finns sambo/ myndig inneboende i bostaden ska utredningen omfatta deras förutsättningar att utföra dessa insatser.

## 10 Matdistribution

Lagrum: SoL Kap 4 § 1

### 10.1.1 Målgrupp/Behov:

Personer som inte själva kan eller på annat sätt kan få hjälp med att tillreda huvudmåltiden.

### 10.1.2 Viktiga principer:

- Matdistribution beviljas då den enskilde inte kan tillreda sin middagsmat på egen hand eller att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt.
- Vid behov ingår uppläggning och delning av maten i insatsen.

### 10.1.3 Avgränsning:

- Matdistribution avser endast distribution av huvudmåltiden. Den enskilde kan beviljas hjälp med tillagning av enklare måltid, morgon och kväll.
- Endast helportioner distribueras.
- Personer som har mat färre än 7 dagar i veckan får mat levererad bestämda dagar, enligt överenskommelse mellan den enskilde och utföraren.

- Den enskilde har möjlighet att vid utredningen berättar vilken kost hen inte tål/vill äta (s.k. minuskost); de dagarna den här kosten tillagas får den enskilde en annan rätt
- Insatsen beviljas inte om den enskilde kan äta i närbelägen matsal om det inte finns särskilda skäl.

## 11 Övriga insatser

### 11.1 Avlösningstimmar för anhöriga som vårdar närstående i hemmet

**Lagrum:** SoL 4 kap 1 §

#### 11.1.1 Definition:

Personal/avlösarteam avlöser en person som vårdar eller stödjer närstående. Normalt fall är att avlösningen sker i hemmet. Vissa dagar på vissa anvisade tider kan avlösningen ske i grupp i kommunens lokaler.

#### 11.1.2 Målgrupp:

Den som hjälper en närstående i ordinärt boende och behöver avlastning.

#### 11.1.3 Syfte:

Att personen som vårdar och stödjer en närstående ska få möjlighet att vila eller göra något för egen del. Insatsen syftar till att göra det möjligt för den enskilde att bo kvar i sin bostad med stödet från personen/anhörige som hjälper.

#### 11.1.4 Förutsättningar – avgränsningar:

- Insatsen erbjuds vardagar kl 07.00-19.00 och är kostnadsfri upp till 16 timmar per månad; omfattningen reduceras om den enskilde är beviljad växelvård. Reduceringen sker i proportion till antalet avlösningsveckor (där 4 timmar per vecka är utgångspunkt för beräkningen)
- Insatsen är avgiftsbelagd på andra tider än ovanstående och för tid överstigande 16 timmar.
- Insatsen ges som komplement till beviljade hemtjänstinsatser eller som enda insats.
- Avlösning ges vid enstaka tillfällen, vid flera planerade angivna tillfällen eller kontinuerligt. Kan även ges som en gruppaktivitet i någon av kommunens verksamheter om den enskilde vill det.
- Behovet ska aviseras senast två dagar innan. Önskemål om avlösning med kortare varsel kan endast erbjudas i mån av personaltillgång.

## 12 Ledsagning

### 12.1 Ledsagning till sociala aktiviteter

**Lagrum:** SoL Kap 4 § 1

### 12.1.1 Målgrupp/Behov:

Personer som har behov av ledsagning enligt definitionen i förarbeten och inte kan få behovet tillgodosett på annat sätt.

### 12.1.2 Viktiga principer:

- o Ledsagning beviljas endast då behovet ej kan tillgodoses på annat sätt. Insatsen syftar till att bryta den isolering som äldre och funktionshindrade kan drabbas av och möjliggöra för den enskilde att besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller i kulturlivet
- o Ledsagning till sociala aktiviteter är kostnadsfria och verkställs vardagar, mellan kl. 07.00-19.00. Behovet ska aviseras senast 7 dagar innan ledsagningstillfället.

## 12.2 Ledsagning till vårdinrättningar

**Lagrum:** SoL Kap 4 § 1

### 12.2.1 Viktiga principer

- o Ledsagning beviljas endast då behovet ej kan tillgodoses på annat sätt. Om behovet av hjälp med ledsagning behövs under själva resan hanteras detta enligt Färdtjänstlagen. Även service som ingår i färdtjänst-/sjukresor ska beaktas vid utredningen om behov av ledsagning (se nedan)
  - o **Skånetafrikens regler gällande sjukresor:** Personer som är 85 år och äldre har rätt till sjukresor och även till ledsagare om behovet finns (se Regler för serviceresor antagna av RF 2017-06-20. Länk: <https://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/bestall-produkter-och-tjanster/sjukresor/regler-serviceresor-2017.pdf>)  
*Behovet av stöd med t.ex. personlig omvårdnad under tiden man befinner sig på en vårdinrättning ska tillgodoses genom vårdinrättningens personal (regionens /privat vårdgivares ansvar).*

Om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt beviljas ledsagning till vårdinrättningar.

### 12.2.2 Målgrupp/behov

Ledsagning till vårdinrättningar beviljas endast till personer med kognitiv svikt/ psykiska besvär som har betydande svårigheter att planera, följa planeringen och för övrigt genomföra besök till vårdinrättningen. I oklara fall (t.ex. då det inte finns en diagnos) ska handläggaren kontakta kommunens demenssköterska eller demenssköterska på någon av vårdcentralen i Osby alt. inhämta uppgifter från läkare om psykisk ohälsa. Handläggaren kan utöver det som sagts ovan fatta beslut om att bevilja ledsagning till vårdinrättningar för personer där är det uppenbart att det stora omvårdnadsbehovet hindrar personen från att besöka vårdinrättning på egen hand. Ledsagning till vårdinrättningar debiteras med en fastställd avgift; avgiften ingår i maxbeloppet.

### 12.2.3 Avgränsning

- o Behovet ska aviseras senast 2 dagar innan ledsagningstillfälle; i annat fall har ansvarige enhetschef rätt att avvisa förfråga.



- o Personal inom hemtjänsten som följer med vid läkarbesöket har inte informationsskyldighet gentemot anhöriga till den enskilde.

## 13 Kontaktperson

**Lagrum:** SoL Kap 4 § 1

### 13.1.1 Målgrupp

Personer som är i behov av att bryta social isolering och har ett bristfälligt socialt nätverk

### 13.1.2 Viktiga principer

Kontaktperson är ett icke professionellt stöd som ges av lämplig medmänniska. En sedvanlig lämplighetsprövning av personen som är tilltänkt att ta uppdraget görs av ansvarig verkställare. I de fallen där det finns minderåriga barn ska utdrag ur belastningsregistret krävas av den tilltänkta kontaktpersonen.

Kontaktperson beviljas när den sökande behöver hjälp att bryta isolering, delta i samhällets aktiviteter samt behöver råd och stöd i vissa situationer som inte är av så komplicerad natur att god man behöver anlitas

### 13.1.3 Avgränsning

Beviljas normalt sett inte den person som har ett fungerande kontaktnät

Beviljas normalt sett inte den person som bor på vård och omsorgsboende eftersom behovet skall tillgodoses inom ramen för boendet

## 14 Dagverksamhet för personer med kognitiva funktionsvariationer

**Lagrum:** SoL kap 4 § 1

### 14.1.1 Målgrupp/Behov:

Personer med kognitiv funktionsnedsättning, eller funktionsnedsättande minnesstörningar, vilka har behov av särskilt stöd, social samvaro och aktivering.

### 14.1.2 Viktiga principer:

- o Den enskilde är i behov av stimulans och aktivitet.
- o Den närstående behöver avlastning.
- o Insatsen skall underlätta för den enskilde att bo kvar hemma.

### 14.1.3 Avgränsning:

Insatsen ges till personer med demenssjukdomar. Beslut fattas av biståndshandläggare i samråd med kommunens demenssjuksköterska.

## **15 Dagverksamhet för personer med psykiska funktionsvariationer och missbruksproblematik**

**Lagrum:** SoL kap 4 §1

### 15.1.1 Målgrupp/Behov

Personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller missbruksproblematik och har behov av särskilt stöd, social samvaro och aktivering.

Målsättningen är social gemenskap och att vid behov bryta eller undvika isolering

### 15.1.2 Viktiga principer

Utredningen ska klargöra om den enskilde som ansöker om insats saknar resurser att själv bygga upp och bevara sitt sociala nät.

### 15.1.3 Avgränsning

Personer med utmanande beteende som behöver mer professionellt stöd/ behandling för att kunna hantera socialfobi. Dessa personer anses behöva stöd från regionens psykiatriska vård för att kunna hantera sin vardag.

## **16 Husdjur**

**Lagrum:** Sol kap 4 §1

### 16.1.1 Målgrupp/behov

Personer som haft husdjur under längre tid/ skaffat husdjur innan insjuknandet och inte längre har förmåga att ta hand om djuret själva. Även personer som har ledarhund kan beviljas denna insats; i dessa fall ställs inte kravet att personen ska ha haft djur innan man insjuknat.

Omsorg om djuret då ägaren blir akut sjuk kan också beviljas med begränsning till ett dygn då annat omhändertagande av husdjuret ska ha ordnats. Om ägaren inte har förmåga att anordna omhändertagande själv kan hemtjänsten vara behjälplig med detta.

### 16.1.2 Avgränsning

Omsorg om djuret omfattar hjälp med att ge mat och tömma kattlådan. Övriga behov får tillgodoses på annat sätt.

### 16.1.3 Lex Maja

Trädde i kraft 1 april 2019. Kortfattat innebär den att en sekretessbrytande bestämmelse vid vanvård av djur införs så att hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänsten får lämna uppgifter om djurskyddsproblem vidare till den berörda kontrollmyndigheten.

De sekretessbrytande bestämmelserna ska även gälla när personer inte längre kan ta hand om sina djur själva. I första hand ska bristen försöka åtgärdas i samråd med den som bor med djuret (10 kap.§20a Offentlighets- och sekretesslag, 2009:400)

Antagen av: Hälsa och omsorgsnämnden  
Framtagen av: Andriette Näslund, områdeschef

Antagningsdatum:2021-04-15  
Dokumentansvarig: verksamhetsutvecklare  
Uppdaterad:2019-01-28

Dnr: HON/2021:12

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Rekommendationen – ett verktyg för kvalitetsarbete .....</b>	<b>3</b>
1.1	Syfte, mål och målgrupp.....	3
<b>2</b>	<b>Koll på läget .....</b>	<b>3</b>
2.1	Ansvarsfördelning och kvalitet.....	4
2.1.1	Ansvarsfördelning och kvalitet.....	4
2.1.2	Förvaltningschefens ansvar.....	4
2.1.3	Områdeschefens ansvar .....	4
2.1.4	Handläggarens ansvar .....	4
2.1.5	Enhetschefens ansvar .....	4
2.1.6	Sjuksköterskans ansvar.....	4
2.1.7	Omvårdnadspersonalens ansvar .....	5
<b>3</b>	<b>Ledarskap .....</b>	<b>5</b>
3.1	Sammanhållen organisation .....	5
3.2	Flexibel bemanning och schemaläggning .....	5
<b>4</b>	<b>Planera utifrån individens behov .....</b>	<b>6</b>
4.1	Individuell behovsbedömning .....	6
4.2	Genomförandeplaner .....	6
4.3	Bedömningar enligt BPSD och Senior alert .....	6
4.4	Vikten av uppföljning .....	6
<b>5</b>	<b>Ta fram strategier för digitaliseringens möjligheter .....</b>	<b>7</b>
5.1	Framtidens möjligheter med digitalisering vid nattarbete .....	7
6	Handlingsplan .....	7
	För att följa upp riktlinjen och få en uppfattning om nuläget för nattarbetet kommer en inventering och handlingsplan som bifogas att utföras i verksamheterna under senare del av 2017.....	7
5.2	Handlingsplan och inventering av nattarbetet kommer för att stärka kvaliteten i särskilt boende särskilt för äldre under nattetid .....	8

## 1 Rekommendationen – ett verktyg för kvalitetsarbete

För att stärka kvaliteten på omsorgen nattetid på särskilda boenden för äldre har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i dialog med kommuner, Föreningen Sveriges socialchefer, FAMNA och Vårdföretagarna tagit fram denna rekommendation. Ändringen av socialtjänstförordningen (2001:937) lyder enligt följande: ”*I en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa. Kravet på tillgång till personal villkoras med andra ord utifrån den enskildes förutsättningar samt behov av stöd och hjälp. Genom att utgå från den enskildes behov, undviks en reglering som innebär att alla de särskilda boendena på ett generellt och preciserat vis ska ha tillgång till personal dygnet runt med en viss personalstyrka. Av detta följer att personalen ska uppmärksamma den äldres behov av stöd och hjälp samt vid behov förändra tillgången till personal.*

Det lagrum som reglerar socialtjänsten och äldreomsorgens särskilda boenden är de grundläggande bestämmelserna om integritet, självbestämmande och god kvalitet. De återfinns i 1 kap. 1 §, 3 kap. 3 §, 4 kap. 1 § samt 5 kap. 5 § socialtjänstlagen 2016-12-15 Vårt dnr: 16/04652 5 (12) (2001:453). Bestämmelserna i 5 kap. 4 § samma lag om att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att de får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. I Osby finns fyra vård- och omsorgsboende bemannade med nattpersonal. Rönnebacken, Lindhem i Osby och Bergfast, Soldalen i Lönsboda.

### 1.1 Syfte, mål och målgrupp

Målgrupp för rekommendationen är kommunerna i rollen som uppdragsgivare och arbetsgivare. SKL rekommenderar kommunerna att stärka och utveckla kvaliteten runt följande områden:

- Koll på läget
- Ledarskap
- Planera utifrån individens behov
- Ta fram strategier för digitaliseringens möjligheter

## 2 Koll på läget

För att få koll på läget är det viktigt att alla personer som är involverade och har ansvar för eller kring nattarbete vet sin roll och sitt ansvar. Riktlinjer runt olika befattningars ansvar beskrivs och tydliggörs genom denna riktlinje.

## 2.1 Ansvarsfördelning och kvalitet

### 2.1.1 Ansvarsfördelning och kvalitet

Kommunen och dess ledning har det yttersta ansvaret för att äldre i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Inom varje kommun är det vanligtvis socialnämnden som har ansvaret för verksamhet riktad till behovande oavsett utförare. I Osby kommun ansvarar hälsa och omsorgsnämnden för verksamheter som har bemanning nattetid på kommunens vård och omsorgsboende.

### 2.1.2 Förvaltningschefens ansvar

Förvaltningschefen har ansvar för att vård och omsorgsboendena har bemanning nattetid. De har även ansvar för att i samråd med områdeschefer, enhetschefer formulera mål för verksamheterna.

### 2.1.3 Områdeschefens ansvar

Områdeschefen har ansvar för att leda ansvarsområdets utvecklings- och kvalitetsarbete och med stöd av enhetscheferna samt att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I samråd med förvaltningschef och enhetschefer formulera mål för verksamheterna.

### 2.1.4 Handläggarens ansvar

Insatser som sker nattetid beviljas av biståndshandläggare när beslut fattas om vård- och omsorgsboende, i de fall där insatsen är individuell och särskilt behöver beaktas. I övriga fall beskrivs tillsynen eller stödinsatser i genomförandeplanen.

### 2.1.5 Enhetschefens ansvar

Enhetschefen har ansvar för att driva enhetens utvecklings- och kvalitetsarbete för allt nattarbete samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. De har även ansvar för att enhetens processer, rutiner är uppdaterade och väl kända av all personal. De ska i samråd med områdeschef och förvaltningschef formulera mål för verksamheten samt göra riskbedömningar vid förändrade förhållande i verksamheterna eller vid förhållande som ger som risker i arbetsmiljön. De har även ansvar för att bemanning efter vårdtagarnas behov finns tillgänglig.

### 2.1.6 Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskan har en arbetsledande funktion nattetid avseende förändringar i bemanning, bedömning av behov och tillsättning av extra personal samt att vidta åtgärder vid missförhållande eller risk för missförhållande. Extra persona tillsätts i samråd med enhetschef. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska har ansvar för att åtgärder/insatser som rör nattarbete följs upp i Senior Alert var 6:e månad rutinmässigt. Sker det en varaktig försämring

följs den upp var 14:e dag eller en gång per månad när det gäller t.ex. trycksår eller nutrition. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska tillsammans med kontaktperson ansvarar för att BPSD-skattningar görs en gång per år enligt gällande rutin runt individuella insatser nattetid. Behövs det på grund av försämring av kognitiva symtom görs uppföljning oftare. Sjuksköterskan har även ansvar att skiva vårdplaner kring frihetsinskränkande åtgärder som används både dag och nattetid. Detta kan röra sig om allt från sänggrindar till rörelselarm. Sjuksköterska på dag och natt kommunicerar för att få planer att möta vårdtagarnas behov under hela dygnet.

#### 2.1.7 Omvårdnadspersonalens ansvar

Omvårdnadspersonalen har ansvar för att genomförandeplanerna uppdateras avseende de insatser som gäller under natten. Genomförandeplanerna uppdateras av utsedd kontaktperson eller ersättare för denne enligt rutin för social dokumentation en gång var 6:e månad eller vid varaktig försämring över fyra veckor. Planerna ska beskriva tillsyn eller annan information av vikt som sker hos vårdtagaren nattetid. Detta kan röra sig om allt från om vårdtagaren vill ha belysning tänd, hur inkontinenshjälpmedel byts till sätt att bryta nattfastan. All omvårdnadspersonal har en skyldighet att meddela större varaktiga förändringar av den enskilde vårdtagarens behov nattetid till ansvarig enhetschef och/ eller omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Omvårdnadspersonalen har en skyldighet att följa framtagna rutiner och riktlinjer.

## 3 Ledarskap

### 3.1 Sammanhållen organisation

För att få en sammanhållen organisation på resp. ort är nattpersonalen organiserade under en chef i Osby och en i Lönsboda. Målsättningen för nattorganisationen är att de ska arbeta enhetligt, då nattpersonalen ofta har gemensamma frågor som rör deras förutsättningar för att ge en god vård och ha en god arbetsmiljö. Enhetschefen gör regelbundna besök på morgonen innan nattpersonalen avslutar sitt arbetspass varje vecka. Kontinuerliga möten med nattpersonalen sker genom APT med regelbundenhet under året. Övriga tidpunkter är chefen tillgänglig dagtid per telefon och via mail. Det finns goda möjligheter för enskilda samtal för den som har behov av kontakt med enhetschef. Med ett nära ledarskap finns förutsättningar att fördjupa sig i de specifika frågor som rör nattarbete och dess karaktär. Information till nattpersonalen ges via veckobrev samt mail där samtliga anställda delges samma information.

### 3.2 Flexibel bemanning och schemaläggning

För att stärka nattorganisationen i Osby har medel fördelats från den nationella äldresatsningen. Detta innebär att det finns en extra undersköterska vars tid fördelats mellan Lindhem och Rönnebacken. Detta möjliggör en flexibel bemanning. Den extra resursen ska finnas där behovet är som störst och det är sjuksköterskan på natten som avgör var personen ska vara placerad den aktuella natten om extra resurser behövs på någon enhet.

För att säkra bemanningen nattetid i Lönsboda finns en flexibel organisation som arbetar växelvis i ordinärt boende samt på vård och omsorgsboendena. Personalen finns där behovet upplevs störst. I nuläget finns flera mindre enheter på vård och omsorgsboendena vilket ställer högre krav på tillsyn och bedömning var personalen befinner sig i byggnaderna. Vård och omsorg planerar på grund av detta att bygga vård och omsorgsboende med lika stora enheter i Lönsboda för att få samordningsvinster för nattpersonalen.

Vid stora behov eller speciella situationer bedömer enhetschefen om extra resurser behöver finnas nattetid i de olika verksamheterna för att vårdtagarna ska kunna säkras en god vård och att personalen ska tillsäkras en god arbetsmiljö.

## **4 Planera utifrån individens behov**

### **4.1 Individuell behovsbedömning**

Den individuella behovsbedömningen är grunden för hur vården och omsorgen planeras och genomförs. Bedömning av behov görs av biståndshandläggare, enhetschef samt ett team bestående av flera yrkeskategorier av HSL-personal och av baspersonal. All vård även den som ges till vårdtagaren nattetid bygger på att vårdtagaren är trygg har en hemlik miljö att vården är personcentrerad. Hur natten blir påverkas av dagens aktiviteter. God mat, ett meningsfullt socialt innehåll och möjlighet till utevistelse med fysisk aktivitet under dagen bidrar till en god nattsömn. En god nattsömn ger å andra sidan ork till dagens aktiviteter och kan minska behov av sömn under dagtid. Här krävs en helhetssyn och gemensam planering anpassad utifrån den enskildes behov och önskemål. En god kommunikation mellan olika yrkeskategorier på dag och natt krävs för att få en helhetssyn under dygnet.

### **4.2 Genomförandeplaner**

Det finns genomförandeplaner upprättade på alla vårdtagare som har insatser inom vård och omsorg. För att nattarbetet ska fungera optimalt finns behov av att genomförandeplanerna beskriver behov som gäller tillsyn och den hjälp som ges under natten. Detta säkrar vården och är ett nödvändigt instrument för att god vård ska kunna garanteras.

### **4.3 Bedömningar enligt BPSD och Senior alert**

På vård och omsorgsboende görs även individuella bedömningar genom BPSD och Senior alert. Individuella beslut fattas på teamträffar där vårdtagarna diskuteras ur de olika professionernas synvinkel. Dessa bedömningar ska även behandla aspekterna som råder nattetid. All inblandad personal som finns nära vårdtagaren har en skyldighet att medverka till att de utformade planerna följs.



#### **4.4 Vikten av uppföljning**

Alla planer som upprättas behöver följas upp. I nuläget sker uppföljningar av genomförandeplanerna enligt rutinen för social dokumentation. Detsamma gäller planer enligt BPSD och Senior alert enligt rutin för dessa bedömningar. Genomförandeplanerna diskuteras på APT för att samstämmighet av vårdinsatserna ska finnas mellan personal. Egenkontroll av kvaliteten och att rutinen följs ska göras av enhetschef minst 2 ggr/år.

### **5 Ta fram strategier för digitaliseringens möjligheter**

#### **5.1 Framtidens möjligheter med digitalisering vid nattarbete**

Digitaliseringen medger helt nya möjligheter att förändra arbetssätt och i större utsträckning ta vara på den äldres egna förmågor och förutsättningar. Vid förbättringar av befintliga larmfunktioner och upphandling av nya funktioner ska hänsyn tas till möjligheter som skapar mervärde och trygghet för vårdtagarna. Idag finns möjligheter att via kamera, sensorer och GPS skapa trygghet på andra sätt för vårdtagarna som behöver stöd nattetid. Områdeschefer har tillsammans med enhetschefer på vård- och omsorgsboende ett ansvar att förbättra kvaliteten och förnya arbetssätt även kring digitaliseringsområdet.

#### **6 Handlingsplan och inventering**

För att följa upp riktlinjen och få en uppfattning om nuläget för nattarbetet kommer en inventering och handlingsplan som bifogas att utföras i verksamheterna under senare del av 2017.

### Handlingsplan och inventering av nattarbetet för att stärka kvaliteten i särskilt boende särskilt för äldre under nattetid

Framgångsfaktorer	Vad kännetecknar ett framgångsrikt utvecklingsarbete på natten i särskilt boende	Finns detta JA	Finns detta NEJ	Åtgärder för enheten
<b>Individens fokus</b>				
	Nulägesanalys			
	Individuell planering även nattetid			
	All tillsyn sker utifrån varje persons behov – motsatsen till kollektiva rutiner			
	Individuell behovsbedömning			
<b>Väl utvecklad välfärdsteknik</b>	Ta fram en strategi för välfärdsteknik kopplat till nuvarande larmfunktion			
	Tillgång till teknik utanför larmfunktion			
<b>Personalens arbetssätt och aktiviteter</b>	Bra och rätt planering mellan dag och natt efter brukarens behov			
	Ta tillvara brukarens förmågor			
	Organiserade aktiviteter under dagen			
	Arbetssätt som stödjer individen			
	Samverkan mellan avdelningar och enheter			
	Flexibel bemanning			
	En väl utvecklad kommunikation mellan dag och nattpersonal			
	Kunskap om hela dygnet			
<b>Ledning och styrning</b>	Systematisk uppföljning gällande kvalitet, utvecklingsarbete mm			

# Uppsökande och förebyggande verksamhet



**OSBY**  
KOMMUN

# Uppsökande och förebyggande

Hej!

Uppsökande och förebyggande arbete syftar till att bevara hälsan och att bibehålla förmågan till att fungera aktivt och självständigt så länge som möjligt.

Erbjudandet gäller personer som är födda .....

Vid de uppsökande hembesöken förs samtal kring det, som upptar dina tankar mest och om det som har betydelse för vardagen.

Distriktssköterskan, som genomför hembesöken, samarbetar, förutom med kommunens vård- och omsorgspersonal också med sjukhus, vårdcentral, olika föreningar, frivillig organisationer, kyrkan, lokala folkhälsorådet, apoteket m.fl.

# verksamhet i Osby kommun

.....  
erbjuds hembesök

.....den.....kl.....

Besöket är **kostnadsfritt.**

Önskar du ändra tiden för besöket var vänlig  
meddela detta till:

.....  
Tel.....Tel.tid.....

Med vänlig hälsning

.....



**OSBY**  
**KOMMUN**

**Osby kommun, telefon 0479-52 80 00**



Beslutad av: Helena Ståhl  
Framtagen av: Andriette Näslund  
Uppdaterad: <Uppdaterad>

Beslutsdatum: 2021-03-03  
Dokumentansvarig: Andriette Näslund  
Diarienummer:

Giltighetstid

<Eventuell giltighetstid>





## Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Hantering av vårdtagares privata medel .....</b>	<b>3</b>
2.1	Närstående, god man eller förvaltare .....	3
2.2	Skriftlig överenskommelse .....	4
<b>3</b>	<b>Kontanthantering .....</b>	<b>4</b>
3.1	Kontant uttag .....	4
3.2	Högsta belopp .....	4
<b>4</b>	<b>Inköp .....</b>	<b>4</b>
4.1	Faktura .....	4
4.2	Kontanta inköp .....	5
4.3	Betalkort .....	5
4.4	Swisch .....	5
<b>5</b>	<b>Redovisning .....</b>	<b>5</b>
5.1	Intern kontroll .....	6
5.2	Förvaring .....	6
5.3	Godkännande och ansvarsfrihet .....	6
<b>6</b>	<b>Avslut .....</b>	<b>7</b>
<b>7</b>	<b>Mottagande av gåvor .....</b>	<b>7</b>
7.1	Penninggåvor .....	7
7.2	Gåvor utan egentligt ekonomiskt värde .....	8
7.3	Gåvor med realiserbart ekonomiskt värde .....	8
7.4	Affärstransaktioner .....	8
<b>8</b>	<b>Testamentariskt förordnande .....</b>	<b>8</b>
<b>9</b>	<b>Sekretess och tystnadsplikt .....</b>	<b>9</b>

## 1 Inledning

Att arbeta inom Hälsa- och omsorg medför ständigt nya möten och nya situationer som ställer krav på etik, inlevelseförmåga och engagemang. Den enskilde ska kunna känna stort förtroende för vår verksamhet. Det får aldrig uppstå, ens misstankar om, något som kan ändra förtroendet för den verksamhet vi utför.

I dessa riktlinjer redovisas grundläggande regler som alla anställda inom Osby kommuns Hälsa-och omsorg ska följa gällande:

- Hantering av vårdtagares privata medel
- Mottagande av gåva, belöning, förmåner mm från vårdtagare
- Låne- och affärstransaktioner och testamentariskt förordnande mellan vårdtagare och personal
- Sekretess

## 2 Hantering av vårdtagares privata medel

Riktlinjernas syfte är att skydda den enskildes privata medel samt att hanteringen ska ske på ett sådant sätt att inte oberättigade misstankar riktas mot personalen.

Grundregeln är att den enskilde själv hanterar och ansvarar för sin ekonomi och värdesaker. Posten och bankerna tillhandahåller servicealternativ för att underlätta för de transaktioner som behöver göras. I de fall den enskilde inte själv kan ha hand om sin ekonomi, är det god man, förvaltare eller närstående som ansvarar för den enskildes ekonomi.

Personalen kan i viss mån vara behjälplig med privata medel. Den penningmängd som hanteras ska i möjligaste mån begränsas och så få personer som möjligt ska ha tillgång till de enskildes privata medel. Följande ansvarsfördelning gäller för redovisning av privata medel:

- Varje vårdtagare<sup>1</sup> har en utsedd person som ansvarar för privata medel. Vid dennes frånvaro finns en ersättare utsedd.
- Ansvarig personal utses av enhetschefen.
- Förteckning över personal som ansvarar för respektive vårdtagares medel ska finnas hos enhetschefen.
- Signaturlista med fullständigt namn ska finnas i kassaboken.

### 2.1 Närstående, god man eller förvaltare

När personal har anledning att förmoda att vårdtagare inte kan ta ansvar för den egna ekonomin ska närstående efter medgivande från vårdtagare utan dröjsmål kontaktas av enhetschef eller annan ansvarig personal som enhetschefen bedömer lämplig t.ex. kontaktperson. Vårdtagare/närstående ska informeras om möjligheterna att ansöka om god man eller förvaltare.

Enhetschef ska anmäla till överförmyndaren om behov av god man finns. God man och förvaltare företräder vuxna personer som på grund av ett kvalificerat hjälpbehov, t.ex. sjukdom eller försvagat hälsotillstånd, inte klarar av att bevaka sin egen rätt, förvalta sin egen egendom eller sörja för sin person.

## 2.2 Skriftlig överenskommelse

I de fall vårdtagaren har god man, förvaltare eller närstående som sköter ekonomin, ska en skriftlig överenskommelse träffas mellan denne och den ansvarige personalen<sup>2</sup>.

Den skriftliga överenskommelsen beskriver:

- omfattningen av hanteringen
- vad pengarna får användas till
- omfattning och redovisningsrutin för kvittolösa inköp
- påfyllningsrutin
- redovisningsrutin
- inköp av kassaboken
- maxbelopp
- avslutningsrutin

Om det ekonomiska ansvaret övergår från närstående till god man eller förvaltare ska ny överenskommelse göras likaså om ansvarig personal slutar.

## 3 Kontanthantering

### 3.1 Kontant uttag

Då den enskilde saknar närstående som kan hjälpa till med kontantuttag kan personal vara behjälplig. Vid kontanta uttag på bank eller post för vårdtagares räkning krävs alltid engångsfullmakt från vårdtagaren. Den personal som gör uttaget ska kunna legitimera sig. Vid kontanta uttag för vårdtagares räkning bör endast det belopp finnas på kontot som avser att täcka vårdtagares månatliga behov.

### 3.2 Högsta belopp

Med hänsyn till risken för stöld av vårdtagarens privata medel ska personalen inte ansvara för mer än fickpenninghantering. Beloppet ska inte överstiga 2 000 kronor. Vid enstaka behov av större inköp eller kostnader för aktiviteter kan separat överenskommelse träffas mellan god man, förvaltare eller närstående och ansvarig personal

## 4 Inköp

### 4.1 Faktura

För utgifter ska i första hand faktura väljas som sätt att hantera utgifter. I möjligaste mån riktas insatser såsom exempelvis fotvård eller frisör till företag som kan fakturera den som är ansvarig för vårdtagarens ekonomi.

### 4.2 Kontanta inköp

När personal gör kontanta inköp för vårdtagares räkning ska redovisning till vårdtagaren ske snarast möjligt. Om inköp har skett samtidigt till flera vårdtagare ska varje vårdtagare erhålla var sitt kvitto med enbart sina inköp på. Om personal gjort egna inköp samtidigt får dessa inköp aldrig sammanblandas med vårdtagares och inte förekomma på samma kvitto. Egna kontanta medel får aldrig blandas ihop med vårdtagares.

### 4.3 Betalkort

Betalkort kan i vissa fall användas. Företrädesvis görs detta med kort som är knutna till viss butik såsom Ica kort och Coop med flera kort. I undantagsfall när vårdtagaren har behov av att göra täta inköp och företrädare inte har möjlighet att utföra dessa kan betalkort användas såsom ex. visakort. Detta kort måste då vara anslutet till ett separat konto där max 3000:- får vara tillgängligt. Ekonomiskt ansvarig har då ansvar för att kontrollera transaktioner som utförs med kortet och se till att kontot/kortet ej överstiger överenskommen summa. Kortet används företrädesvis vid inköp direkt i butik. Personal får inte göra uttag av kontanter med bankomat/minutenkort. Redovisning av användandet av kortets transaktioner utförs regelbundet enligt överenskommelse med utsedd personal.

### 4.4 Swish

Tjänster som utförs för vårdtagarens räkning kan betalas med swish. Då har anhöriga kontakt med företaget eller personen som utför tjänsten. I detta kan inte Hälsa och omsorgspersonal vara behjälpliga. Betalning via swish utförs direkt från anhöriga till företagare som utför tjänst eller säljer vara.

## 5 Redovisning

I de fall då personal är utsedd att hantera vårdtagares privata medel ska :

- För ändamålet avsedd kassabok anskaffas och föras. Kassaboken ska vara inbunden, sidnumrerad och märkt med vårdtagares namn.
- Av kassaboken ska framgå vad inkomster och utgifter avser och dessa ska fortlöpande föras in i kronologisk ordning.
- Utgifter och inkomster ska verifieras med kvitto.
- Varje kvitto ska numreras, signeras med hela namnet av den som varit med vid inköpstillfället och klistras upp på ett överskådligt sätt. Vid samtliga inköp ska det av kvitto eller följesedel framgå vad köpet avser.

- Kassabok med tillhörande verifikationer/kvitton sparas tillsammans så att redovisningen går att följa.
- Transaktionerna ska dateras med samma datum som verifikationen och signeras av två personer (personal och närstående/god man eller annan personal)
- Vid felskrivning ska ändringar göras så att ursprungstexten syns genom att stryka över med ett streck. Datum för rättelsen ska sättas ut samt signatur på den som gjort rättelsen. Det korrekta skrivs in på ny rad.
- I de fall inget kvitto går att få, kan mindre belopp föras in utan kvitto, i så fall ska bokföringen signeras av två personal.
- Kontrollräkning av kassan ska göras varje gång en transaktion sker
- Kassaboken ska regelbundet godkännas med namnteckning av den som ansvarar för vårdtagarens ekonomi, god man, förvaltare eller närstående. Detta kan lämpligen göras vid varje tillfälle som vårdtagaren erhåller påfyllning av privata medel dock minst två gånger per år.

### 5.1 Intern kontroll

Intern kontroll sker genom att personalen granskar varandras bokföring för respektive vårdtagare en gång per kvartal. Enhetschefen bestämmer ordningen på denna kontroll som ska dokumenteras genom namnunderskrift i kassaboken.

Vid granskningen kontrolleras att:

- Kvittounderlag överensstämmer med gjorda inköp och inkomster
- Regelbundna noteringar sker i kassaboken
- Skriftlig överenskommelse finns
- Riktlinjerna i övrigt efterföljs.

Om brister i hanteringen av privata medel upptäcks ska enhetschef omgående meddela och en avvikelseanalys göras. Om oegentligheter upptäcks ska polisanmälan göras.

### 5.2 Förvaring

Privata medel och redovisningshandlingar ska förvaras på ett ur säkerhets- samt servicesynpunkt betryggande sätt, dock med beaktande av vad som är praktiskt genomförbart. På särskilt boende ska:

- Förvaringen ske i kassaskåp.
- Vårdtagarens privata medel ska förvaras åtskilt från andra kassor

### 5.3 Godkännande och ansvarsfrihet

Ansvarig personal är redovisningsskyldig för alla transaktioner inför god man, förvaltare eller närstående. Redovisningen sker genom att god man, förvaltare eller närstående kvitterar ut kommunens redovisning och redovisningen därefter förvaras hos god man, förvaltare eller närstående. När god man, förvaltare eller

närstående kvitterar ut redovisningen ska godkännande av redovisningen lämnas till ansvarig personal<sup>3</sup>.

Dokumentet om godkännande från god man, förvaltare eller närstående innebär ansvarsfrihet för personalen och detta ska förvaras tillsammans med kopia på sista sidan i kassaboken av kommunen på betryggande sätt under 10 år.

Om det ekonomiska ansvaret övergår från närstående till god man eller förvaltare under vårdtiden ska den närstående godkänna och kvittera ut den redovisning som skett under den period som den närstående varit ekonomiskt ansvarig.

## 6 Avslut

Då en vårdtagare avlider ska, efter överenskommelse med representant för dödsboet, kontanta medel avslutas och överlämnas tillsammans med inventarier och andra värdeföremål till:

- i första hand make/maka
- i andra hand annan närstående mot uppvisande av bouppteckningsintyg

Vid överlämnandet ska mottagaren kvittera mottagandet på ett avslutningskvitto<sup>4</sup> och ett godkännande av redovisningen som förvaras tillsammans med kopia på sista sidan av kassaboken av kommunen på ett betryggande sätt under 10 år

## 7 Mottagande av gåvor

Det är vanligt förekommande att vårdpersonal som tack för god vård erbjuds enklare gåvor, t ex tårtor, blombuketter, frukt och chokladaskar från den enskilde eller närstående.

En vägran att ta emot en gåva kan uppfattas sårande av den enskilde. Mot detta skall ställas risken för missbruk och utnyttjande av den beroendeställning som den enskilde kan befinna sig i. Detta särskilt om gåvan överlämnas under den tid som den enskilde får vård och omsorg. Stor försiktighet måste därför iakttas när det gäller mottagande av gåvor. Gåvans art och omständigheter vid överlämnandet får aldrig ge anledning till misstanke om förväntad särbehandling av den enskilde. Relationen mellan personal och vårdtagare får aldrig belastas med mer eller mindre outtalade förväntningar om gåvor och särbehandling.

Att ta emot gåvor med realiserbart värde kan medföra straff för mutbrott enligt brotts-

---

3 Se bilaga 2 *Godkännande av god man, förvaltare eller närstående*

4 Se bilaga 3 *Avslutningskvitto privata medel*

balken. Även om befattningshavaren inte handlat uppsåtligt, men väl oaksamt, kan ansvar för tjänstefel enligt brottsbalken förekomma.

### **7.1 Penninggåvor**

Personal får under inga förhållande ta emot penninggåvor för eget bruk. Även om vårdtagaren insisterar på att visa sin tacksamhet ska man tacka nej till gåvan.

Avsteg kan accepteras om en penninggåva/presentkort max 800:-, ges till personalens gemensamma kaffekassa och det måste då tydligt framgå att gåvan går till detta ändamål. Information lämnas till enhetschefen. Stor försiktighet ska dock iakttas om gåvan erbjuds under vårdtiden. Gåvan bör endast tas emot såvida omständigheterna vid överlämnandet inte ger anledning till antagande om särbehandling av den enskilde. Drickspengar får aldrig tas emot.

### **7.2 Gåvor utan egentligt ekonomiskt värde**

Till gåvor utan egentligt ekonomiskt värde kan räknas, t ex tårter, frukt, blommor och choklad, men även mindre saker som den enskilde själv har tillverkat. Sådana gåvor bör personal vid enstaka tillfällen kunna ta emot.

### **7.3 Gåvor med realiserbart ekonomiskt värde**

Till gåvor med realiserbart ekonomiskt värde räknas t ex smycken, konstverk, mattor, möbler, dukar, husgeråd, kläder, fordon, teknisk utrustning.

Det är inte tillåtet att ta emot gåvor med realiserbart värde under och inte heller efter vårdtiden.

Om tvivel uppstår om vad som räknas som realiserbart ekonomiskt värde skall alltid närmaste chef kontaktas.

### **7.4 Affärstransaktioner**

Med tanke på den enskildes beroendeställning får affärstransaktioner, av vilket slag det än kan vara, mellan vårdtagare och personal aldrig förekomma.

Föremål som tillverkats av vårdtagaren får inte säljas direkt till personal. Försäljning ska ske i en organiserad form, som vid terapiförsäljning. Det är inte tillåtet att personal säljer varor eller gods (även om det kan uppfattas som en god affär) till vårdtagaren.

Personal får under inga omständigheter låna pengar av den enskilde eller satsa pengar i olika typ av spel tillsammans med vårdtagaren

## 8 Testamentariskt förordnande

Mellan den enskilde och personal kan speciella vänskapsförhållanden växa fram. Det kan då vara naturligt att brukaren, genom t ex ett testamentariskt förordnande, visar sin uppskattning. Generellt sett får inte personal ta emot ett testamentariskt förordnande från en vårdtagare. Detta gäller även om personalen inte känt till eller medverkat vid upprättande av testamentet.

Kan det inte bevisas att brukaren och personalen haft en nära relation utanför tjänsten och att förordnandet uteslutande har med de personliga relationerna att göra, kan mottagandet av testamentet komma att jämföras med annan belöning och falla under brottsbalken. Arbetsgivaren ska göra en utredning för att klargöra omständigheterna kring testamentets tillkomst

Den som får vetskap om att den enskilde gjort ett testamentariskt förordnande till någon inom personalgruppen ska omedelbart informera närmaste chef så att inga juridiska, moraliska eller etiska problem uppstår.

Personal ska inte medverka vid upprättande av testamente, inte heller bevittna underskrift av testamente eller andra handlingar. I dessa frågor ska personalen hänvisa till närmaste chef.

## 9 Sekretess och tystnadsplikt

All personal inom Vård- och omsorg har tystnadsplikt. Sekretess och tystnadsplikt är en viktig och självklar etisk regel som är till för att skydda vårdtagarens integritet och självbestämmande.

Sekretessen innebär att personal inte får berätta för någon utomstående om en vårdtagares förhållanden. Det kan handla om t ex hälsa, boendestandard, vanor, sociala relationer och eventuella missbruksproblem. Man får inte heller tala om att vårdtagaren är inlagd på lasarett.

Till chefen eller arbetskamrater i arbetsgruppen som behöver uppgifter i sitt arbete samt berörda anhöriga får uppgifter lämnas. Sekretesslagen omfattar både muntliga och skriftliga uppgifter.

Brott mot sekretesslagen kan leda till böter och fängelse.

Sekretessen gäller även efter det att anställningen avslutats.



Hälsa- och omsorg  
Helena Ståhl  
0479-528408  
helena.stahl@osby.se

## Fördelning av arbetsmiljöuppgifter 2021 Hälsa och omsorg

Dnr HON/2021:13 026

### Hälsa- och omsorgs förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden

Hälsa-och omsorgsnämnden beslutar

- tillstyrka förslag till fördelning av arbetsmiljöuppgifter
- uppdra åt Hälsa-och omsorgsnämndens ordförande att fördela arbetsmiljöuppgifter enligt förslag till förvaltningschef för hälsa- och omsorg

.

### Barnkonsekvensanalys

Ärendet är av övergripande karaktär och berör inte barn.

### Sammanfattning av ärendet

Med anledning av den nya tjänstemannaorganisationen ska ny fördelning av arbetsmiljöuppgifter ske. Inom Hälsa-och omsorgsnämndens ansvarsområde föreslås arbetsmiljöuppgifter fördelas på fyra nivåer.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2021-03-29

Förslag till fördelning av arbetsmiljöuppgifter inom Hälsa-och omsorgsnämnden daterad 2021-03-29

### Ärende

Hälsa-och omsorgsnämnden har som företrädare för arbetsgivaren ansvar för arbetsmiljön i de verksamheter som ligger inom nämndens ansvarsområde i förvaltningen. Med arbetsmiljö menas den fysiska, psykiska och sociala miljö som arbetstagare på en arbetsplats vistas i. Med arbetsmiljöansvar menas skyldighet att vara aktiv och vidta

åtgärder för att arbetsmiljön ska vara bra och genom det, få bort eller minska risker för ohälsa och olycksfall i arbetet.

I stora organisationer behöver arbetsgivaren fördela uppgifterna i arbetsmiljöarbetet på olika personer för att arbetsgivaren ska kunna uppfylla sitt arbetsmiljöansvar. Det ligger på arbetsgivarens högsta ledning, dvs Hälsa-och omsorgsnämnden att påbörja uppgiftsfördelningen. Ledningen har därefter alltid en skyldighet att fortlöpande bevaka att uppgiftsfördelningen också fungerar i praktiken och vid behov göra ändringar i fördelningen.

Uppgiftsfördelning innebär att en eller flera personer får till uppgift att sköta arbetsmiljöfrågor som hänger samman med deras övriga arbete. Förutsättningen för att en person ska bli tilldelad arbetsmiljöuppgifter är att hen har den kompetens, de befogenheter, och resurser som krävs för att kunna utföra uppgifterna inom sitt arbetsområde. Den person som blivit tilldelad arbetsmiljöuppgifter tar därefter ansvar för att uppgifterna utförs eller att de returneras uppåt inom förvaltningen.

Inom Hälsa- och omsorgsnämndens område föreslås arbetsmiljöuppgifter fördelas på följande nivåer:

1. Hälsa-och omsorgsnämnd
2. Förvaltningschef
3. Områdeschef
4. Enhetschef

Vid befattningshavares frånvaro ska ersättare förordnas skriftligt genom blankett.

Helena Ståhl

Förvaltningschef för hälsa och omsorg

*Beslutet skickas till*



14

## **Fördelning av arbetsmiljöuppgifter inom Hälsa- och omsorgsnämnden 2021-2022**

Med arbetsmiljö menas den fysiska, psykiska och sociala miljö som arbetstagare på en arbetsplats vistas i. Enligt föreskriften AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete ska uppgifterna i arbetsmiljöarbetet fördelas på bestämda personer eller befattningar.

Förutsättningen för att en person ska bli tilldelad arbetsmiljöuppgift är att hon eller han har den kompetens, de befogenheter och resurser som krävs för att kunna utföra uppgifterna inom sitt arbetsområde. Den som har blivit tilldelad arbetsmiljöuppgift har till uppgift att verka för att risker i arbetet förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppstår.

Tilldelning av arbetsmiljöuppgifter ska dokumenteras skriftligt på avsedd blankett.

Inom vård- och omsorgsnämndens område fördelas arbetsmiljöuppgifter på följande nivåer:

1. Hälsa-och omsorgsnämnd
2. Förvaltningschef
3. Områdeschef
4. Enhetschef

Vid befattningshavares frånvaro ska ersättare förordnas skriftligt genom blankett.

### **Nivå 1. Hälsa-och omsorgsnämnd**

Osby kommun företräds ytterst av respektive nämnd när det gäller ansvaret för arbetsmiljöfrågor. Fortlöpande tillsyn över att arbetsmiljön är tillfredsställande måste dock läggas ut på ett sådant sätt att arbetsmiljöarbetet blir en naturlig och integrerad del av övrigt driftsansvar.

Hälsa- och välfärdsnämnden beslutar om fördelning av arbetsmiljöuppgifter

inom sitt verksamhetsområde. Ledamöterna är därefter skyldiga att fortlöpande bevaka att uppgiftsfördelningen fungerar i praktiken och ska vid behov göra ändringar i den. Revidering kan till exempel bli aktuell vid en omorganisation.

Returneras en arbetsmiljöuppgift till hälsa-och välfärdsnämnden så är det ledamöterna i nämnden som ska sköta den uppgiften fram till dess att förvaltningschef åter anser sig ha den kompetens och de resurser och befogenheter som är nödvändiga för uppgiften.

## **Nivå 2. Förvaltningschef**

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar för arbetsmiljöfrågor. Förvaltningschefen ska fortlöpande inhämta och vidarebefordra kunskap om lagar, föreskrifter och avtal som rör området samt kunskap om arbetsmiljöarbetet inom den egna förvaltningen.

Förvaltningschefen ska:

1. Organisera arbetsmiljöarbetet i fråga om planering, ledning och kontroll inom förvaltningen i samråd med den centrala samverkansgruppen
2. Klargöra uppgiftsfördelning till underställda chefer genom skriftligt kontrakt samt tillse att de personerna har den kompetens, de befogenheter och resurser som krävs för att kunna sköta uppgifterna
3. Tillse att det systematiska arbetsmiljöarbetet tillämpas i verksamheten för att kartlägga arbetsmiljön, att undanröja risker och brister i arbetsmiljön, att åtgärder vidtas och följs upp samt för att i övrigt uppnå en god arbetsmiljö
4. Årligen planera, sammanställa och utvärdera det systematiska arbetsmiljöarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen. Ansvara för att de eventuella brister inom förvaltningen som kommer fram i kommunens årliga uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet rättas till omgående eller förs in i en handlingsplan.
5. Stimulera initiativ på arbetsmiljöområdet.
6. Tillse att årlig sammanställning görs över ohälsa, olyckor och tillbud.
7. Tillse att riskbedömning/konsekvensbedömning blir gjorda på övergripande förvaltningsnivå
8. Åtgärda inom förvaltningen övergripande arbetsmiljöbrister
9. Tillse att det inom förvaltningen finns en på lämpligt sätt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet
10. Fortlöpande skapa ekonomiska och personella förutsättningar för ett i praktiken fungerande arbetsmiljöarbete
11. Informera den centrala samverkansgruppen om planerade ändringar, som kan beröra arbetsmiljön. Svara för arbetsmiljöfrågorna i samverkansgruppen på förvaltningsnivå
12. Informera nämnden regelbundet om arbetsmiljöarbetet

13. Åtgärda brister i arbetsmiljön inom eget arbetsområde (och eventuellt även uppgifter inom andras arbetsområden som har returnerats till förvaltningschef) eller returnera vidare arbetsmiljöuppgiften till vård- och omsorgsnämnden om kunskap, resurser och/eller befogenheter saknas.
14. Tillse att årliga medarbetarsamtal genomförs
15. Tillse att underställda chefer har skrivit på arbetsmiljöförsäkran
16. Utföra tillämpliga arbetsmiljöuppgifter inom nivå 3 och 4 för direkt underställda medarbetare
17. Tillse att förelagda arbetsmiljöuppgifter på nivå 3 utförs

### **Nivå 3. Områdeschef**

Områdeschef ska vara väl förtrogen med de regler och riktlinjer som gäller för arbetsmiljöarbetet. Områdeschef ska fortlöpande inhämta och vidarebefordra kunskap om lagar, föreskrifter och avtal som rör området samt ha kunskap om befintlig arbetsmiljöorganisation.

Områdeschef ska:

1. Organisera, leda och kontrollera arbetsmiljöarbetet inom området
2. Tillse att bestämmelserna i arbetsmiljölagen och arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter, arbetsmiljöförordningen, samt andra bestämmelser i avtal följs.
3. Informera förvaltningschef om arbetet med arbetsmiljöfrågor inom området
4. Ta emot framställning från skyddsombud, som ej är nöjd med enhetschef besked i arbetsmiljöfråga eller som anser att åtgärd ej vidtagits inom skälig tid, samt utan dröjsmål ge besked om hur frågan kommer att handläggas (AML kap 6, 6a §)
5. Tillse att riskbedömning/konsekvensbedömning blir gjorda på övergripande områdesnivå
6. Klargöra uppgiftsfördelning till underställda chefer genom skriftligt kontrakt samt tillse att de personerna har den kompetens, de befogenheter och resurser som krävs för att kunna sköta uppgifterna
7. Tillse att den anställdes rehabiliteringsbehov kartläggs och att erforderliga rehabiliteringsåtgärder vidtas
8. Lyft frågan om arbetsmiljö som en punkt på enhetschefsträffar
9. Motverka förhållanden i arbetsmiljön som kan ge upphov till kränkande särbehandling
10. Klargöra att kränkande särbehandling inte accepteras
11. Undersöka och åtgärda risker kopplade till arbetsbelastning
12. Åtgärda brister i arbetsmiljön inom eget arbetsområde (och eventuellt även uppgifter inom andras arbetsområden som har returnerats till områdeschef) eller returnera vidare arbetsmiljöuppgiften till förvaltningschef om kunskap, resurser

och/eller befogenheter saknas.

13. Tillse att årliga medarbetarsamtal genomförs
14. Tillse att underställda chefer har skrivit på arbetsmiljöförsäkran
15. Tillse att förelagda arbetsmiljöuppgifter på nivå 4 utförs
16. Utföra tillämpliga arbetsmiljöuppgifter inom nivå 4 för direkt underställda medarbetare
17. Efter samråd med närmaste chef utse ersättare, som tar över arbetsuppgifterna inom arbetsmiljöområdet vid längre frånvaro så som semester och sjukdom

#### **Nivå 4. Enhetschef**

Enhetschef ska vara väl förtrogen med Osby kommuns arbetsmiljöpolicy och rutin för arbetsmiljöarbete (personalhandboken). Enhetschef ska fortlöpande inhämta och vidarebefordra kunskap om lagar, föreskrifter och avtal som rör området samt ha kunskap om befintlig arbetsmiljöorganisation.

Enhetschef ska:

1. Organisera arbetsmiljö-, arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamheten inom enheten samt medverka i utarbetandet av interna föreskrifter och instruktioner m.m.
2. Tillse att underställda arbetstagare, speciellt nyanställda och minderåriga får fortlöpande information och instruktion om arbetsmetoder, olycksfalls risker m.m för att förebygga ohälsa och olycksfall
3. Tillse att bestämmelserna i arbetsmiljölagen och arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter, arbetsmiljöförordningen, samt andra bestämmelser i avtal följs.
4. Årligen planera samt sammanställa och utvärdera det systematiska arbetsmiljöarbetet inom enheten i samarbete med skyddsombud och om möjligt även medarbetare
5. Informera överordnad chef om arbetet med arbetsmiljöfrågor inom verksamheten
6. Tillse att hjälpmedel och personlig skyddsutrustning finns och används samt i tillämpliga fall arbetsinstruktioner
7. Motverka förhållanden i arbetsmiljön som kan ge upphov till kränkande särbehandling samt klargöra att kränkande särbehandling inte accepteras
8. Undersöka och åtgärda risker kopplade till arbetsbelastning
9. Speciellt uppmärksamma risker i samband med ev. ensamarbete
10. Fortløpande informera om verksamhetsförändringar samt genomföra risk- och konsekvensbedömningar och åtgärda risker inom befogenhet och resurser samt upprätta handlingsplan för åtgärder som inte kan vidtas omedelbart
11. Kartlägga risker och brister i arbetsmiljön bl a genom att medverka i



skyddsronder minst två gånger per år. Se till att risker och brister undanröjs och om det inte är möjligt, vidta åtgärder för att minska dem. Upprätta handlingsplaner för åtgärder som inte omgående kan vidtas samt tillse att arbetsmiljöinsatserna får avsedd effekt

12. Vid arbetsolycka, -sjukdom och tillbud anmäla enligt rutin samt göra utredning och åtgärd inom befogenhet och resurs
13. Se till att förpackning med farligt ämne är tydligt märkt och att förteckning förs över dessa ämnen. Tillse att säkerhetsblad finns lätt tillgängligt för all personal. Ansvara för att riskbedömningar och dokumentation genomförs vid hantering av kemikalier.
14. Tillse att den anställdes rehabiliteringsbehov kartläggs och att erforderliga rehabiliteringsåtgärder vidtas
15. Tillse att arbetsmiljöarbetet sker i samverkan med skyddsombud
16. Vid framställning i frågor som gäller arbetsmiljön utan dröjsmål ge skyddsombud besked om resultatet av handläggningen
17. Medverka i planering och projektering för nyanskaffning och ändring av lokaler och inventarier. Underrätta huvudskyddsombud om beslut i ärende rörande byggnadslov
18. Genomföra årliga medarbetarsamtal med underställd personal.
19. Stimulera arbetsmiljöverksamheten bland personalen bland annat genom att regelbundet diskutera arbetsmiljöfrågor vid arbetsplatsträffar
20. Se till att säkerhetsnivån upprätthålls och att säkerhetsarbetet bedrivs som en integrerad del av de dagliga rutinerna. Samarbeta med säkerhets- och brandskyddsombud för att uppnå en god arbetsmiljö
21. Tillse att underställda medarbetare med arbetsmiljöuppgifter har den kompetens, de resurser och befogenheter som krävs för att få/kunna utföra dem. För rektor gäller även att ge elevskyddsombuden utbildning i arbetsmiljöarbete.
22. Tillse att underställda arbetstagare har skrivit på arbetsmiljöförsäkran
23. Till överordnad chef returnera varje arbetsmiljöfråga som saknar befogenhet och resurs för att lösas
24. Utföra samordningsuppgifterna på arbetsställen, där du bedriver verksamhet
25. Efter samråd med närmaste chef utse ersättare, som tar över arbetsuppgifterna inom arbetsmiljöområdet vid längre frånvaro så som semester och sjukdom

15

Hälsa- och välfärd  
Helena Ståhl  
0479-528408  
helena.stahl@osby.se

## **Rekommendation att kommuner i Skåne tecknar ramöverenskommelse, ramavtal, med Region Skåne, dnr HSV 21-001**

Dnr HON/2021:19 700

### **Hälsa- och omsorgs förslag till Hälsa- och omsorgsnämnden**

Hälsa- och omsorgsnämnden beslutar ingå ramöverenskommelse gällande målgruppen vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning med Region Skåne.

### **Barnkonsekvensanalys**

Ärendet kan indirekt beröra barn

### **Sammanfattning av ärendet**

Ramöverenskommelse gällande fyra målgrupper inom psykisk ohälsa har reviderats gemensamt av Skånes kommuner och Region Skåne och förts samman till en överenskommelse. Hälsa och omsorgsnämnden ansvarar för målgruppen vuxna med psykisk funktionsnedsättning. Ramöverenskommelsen fastställer parternas gemensamma avsikt att bedriva och utveckla samarbete för att bättre tillgodose vård, stöd och behandling för målgruppen. Samarbete ska ske med individen i centrum. Överenskommelsen ska ligga till grund för lokala överenskommelser.

Ambitionen vid revideringen av överenskommelsen har varit att göra den mer användarvänlig samt spegla de förändringar i lagstiftningen som skett de senaste åren.

Ramöverenskommelsen gäller från och med 2021-06-01 och tillsvidare med 18 månaders uppsägning.

### **Finansiering**

Ramöverenskommelsen innebär inte någon förskjutning av kostnader och finansieras inom budgetram.

## **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse från förvaltningschef Helena Ståhl daterad 2021-04-01

Rekommendation från styrelsen i Skånes kommuner daterad 2021-03-08 dnr HSV 21-001

Ramöverenskommelse gällande fyra målgrupper inom området psykisk ohälsa

Helena Ståhl

Förvaltningschef för hälsa och omsorg

*Beslutet skickas till*

§ 5 (HSV 21-001)

## Ramöverenskommelse gällande fyra målgrupper inom området psykisk hälsa

### Styrelsens beslut

Styrelsen rekommenderar de skånska kommunerna att ingå ramöverenskommelse gällande fyra målgrupper inom området psykisk hälsa under förutsättning att motsvarande beslut tas i Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd.

Ramöverenskommelsen sänds till samtliga kommuner för ställningstagande.

---

<b>Datum</b> 2021-01-12	<b>Diarienummer</b> HSV 21-001	<b>Ansvarig tjänsteperson</b> Emelie Sundén Strateg, 0728-854877	<b>Skrivelse</b> Styrelsen
----------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------

---

# Ramöverenskommelse gällande fyra målgrupper inom området psykisk hälsa

## Förslag till beslut

Presidiet föreslår styrelsen besluta

**att** rekommendera de skånska kommunerna att ingå ramöverenskommelse gällande fyra målgrupper inom området psykisk hälsa med Region Skåne under förutsättning att motsvarande beslut tas i Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd.

**att** översända till samtliga kommuner för ställningstagande.

## Sammanfattning av ärendet

Ramöverenskommelse gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa och ramöverenskommelse gällande personer med missbruks- och beroendeproblematik, har reviderats gemensamt av Region Skåne och Skånes Kommuner och sammanförts till en gemensam ramöverenskommelse där även samverkan gällande barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet inkluderats.

Ramöverenskommelsen fastställer parternas gemensamma avsikt att bedriva och utveckla samarbete för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Samarbete ska ske med individen i centrum. Ramöverenskommelsen ska ligga till grund för lokala överenskommelser. Ambitionen vid revideringen har varit att göra ramöverenskommelsen mer användarvänlig samt att spegla de förändringar i lagstiftningar som skett under de senaste åren.

Ramöverenskommelsen innebär ingen förskjutning av ansvar.

## Ärende

Regioner och kommuner är enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (16 kap 3 §) och Socialtjänstlagen, SoL, (5 kap 1d, 8a, 9a §§) skyldiga att ha överenskommelser om samarbete för vissa målgrupper. Dessa målgrupper är:

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,
2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och
3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Region Skåne och kommunerna i Skåne har sedan 2013 ramöverenskommelse gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa och sedan 2015 ramöverenskommelse gällande personer med missbruks- och beroendeproblematik. Dessa ramöverenskommelser har nu reviderats gemensamt av Region Skåne och Skånes Kommuner och sammanförts till en gemensam ramöverenskommelse där även samverkan gällande barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet inkluderats.

Den fjärde aktuella målgruppen är barn upp till 18 år som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning. För denna målgrupp finns inget lagkrav på att ingå överenskommelser men 2013 när ramöverenskommelsen som inkluderar målgruppen ingicks fanns incitament via den statliga satsningen PRIO psykisk ohälsa att målgruppen skulle ingå. Region Skåne och Skånes Kommuner ser ingen anledning att i denna överenskommelse exkludera målgruppen, särskilt med tanke på det arbete som behöver ske hos huvudmännen i och med att barnkonventionen blivit lag 2020.

Ramöverenskommelsen fastställer parternas gemensamma avsikt att bedriva och utveckla samarbete för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Samarbete ska ske med individen i centrum. Ramöverenskommelsen ska ligga till grund för lokala överenskommelser. Ambitionen vid revideringen har varit att göra ramöverenskommelsen mer användarvänlig samt att spegla de förändringar i lagstiftningar som skett under de senaste åren. Till exempel inkluderas personer med missbruk och beroende av spel om pengar i denna överenskommelse. Att förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa är en viktig del av samarbetet. Förebyggande arbete innebär inte endast att undvika framtida sjuklighet, utan även att undvika att ett tillstånd förvärras. I arbetet med att förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa ingår även att arbeta med somatisk hälsa och levnadsvanor för målgrupperna.

Ramöverenskommelsen gäller från och med 2021-06-01 och tills vidare med 18 månader uppsägningstid.

Ramöverenskommelsen kommer att vara en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet vilket omfattar ansvarsfördelningen inom de områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar.

Regional samverkansgrupp psykiatri, en partssammansatt grupp som utsetts av Region Skåne och Skånes Kommuner och som även har representation från brukar- och anhörigorganisationer, har utgjort referensgrupp i arbetet.

Skånes Kommuner socialcheferåd har informerats om ramöverenskommelsen och har inkommit med synpunkter på denna vilka beaktats i dokumentet.

Tjänstemannaberedning till Centralt Samverkansorgan har fått information om ramöverenskommelsen 4 december. Tjänstemannaberedningen beslutade att Ramöverenskommelsen skickas ut till Centralt Samverkansorgan med förhoppning om att Centralt Samverkansorgan ska ställa sig bakom överenskommelsen.

Centralt Samverkansorgan har informerats om ramöverenskommelsen 11 december. Centralt Samverkansorgan ställer sig bakom att rekommendera Skånes Kommuners styrelse att rekommendera kommunerna att anta ramöverenskommelsen samt att Region Skåne behandlar ramöverenskommelsen i Hälso- och sjukvårdsnämnden.

**SKÅNES KOMMUNER**

Carina Lindkvist, avdelningschef hälsa, social välfärd och omsorg  
Emelie Sundén, strateg



---

<b>Datum</b> 2021-03-08	<b>Diarienummer</b> HSV 21-001	<b>Ansvarig tjänstperson</b> Emelie Sundén Strateg, 0728-85 48 77	<b>Skrivelse till</b> Kommuner i Skåne
----------------------------	-----------------------------------	---	---

---

# Skånes Kommuner rekommenderar kommuner i Skåne att teckna ramöverenskommelse med Region Skåne

## Skånes Kommuners rekommendation

Styrelsen för Skånes Kommuner rekommenderar de skånska kommunerna att ingå ramöverenskommelse gällande fyra målgrupper inom området psykisk hälsa.

## Hantering av undertecknandet för ramöverenskommelsen

Region Skåne kommer att skicka ut två undertecknade exemplar per post till varje kommun. Om kommunerna tecknar ramöverenskommelsen ska ett undertecknat exemplar återsändas enligt de instruktioner som medföljer utskicket.

## Sammanfattning

Ramöverenskommelse gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa och ramöverenskommelse gällande personer med missbruks- och beroendeproblematik har reviderats gemensamt av Region Skåne och Skånes Kommuner och sammanförts till en gemensam ramöverenskommelse där även samverkan gällande barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet inkluderats.

Ramöverenskommelsen innefattar fyra målgrupper och innebär ingen ändring av ansvarsgränser. Ramöverenskommelsen kommer att vara en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet vilket omfattar ansvarsfördelningen inom de områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar.

- Barn upp till 18 år som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning.
- Barn upp till 18 år och unga till och med 20 år som vårdas utanför det egna hemmet.
- Personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning.
- Personer i alla åldrar som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

Ramöverenskommelsen gäller från och med 2021-06-01 och tills vidare med 18 månader uppsägningstid.

## Bakgrund

Regioner och kommuner är enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (16 kap 3 §) och Socialtjänstlagen, SoL, (5 kap 1d, 8a, 9a §§) skyldiga att ha överenskommelser om samarbete för vissa målgrupper. Dessa målgrupper är;

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,
2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallandemedel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och
3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Region Skåne och kommunerna i Skåne har sedan 2013 ramöverenskommelse gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa och sedan 2015 ramöverenskommelse gällande personer med missbruks- och beroendeproblematik. Dessa ramöverenskommelser har nu reviderats gemensamt av Region Skåne och Skånes Kommuner och sammanförts till en gemensam ramöverenskommelse där även gällande barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet inkluderats. Den fjärde aktuella målgruppen är barn upp till 18 år som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning. För denna målgrupp finns inget lagkrav på att ingå överenskommelser men 2013 när ramöverenskommelsen som inkluderar målgruppen ingicks fanns incitament via den statliga satsningen PRIO psykisk ohälsa att målgruppen skulle ingå. Region Skåne och Skånes Kommuner ser ingen anledning att i denna överenskommelse exkludera målgruppen, särskilt med tanke på det arbete som behöver ske hos huvudmännen i och med att barnkonventionen blivit lag 2020.

Ramöverenskommelsen kommer att vara en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet vilket omfattar ansvarsfördelningen inom de områden där de skånska kommunerna och Region Skåne har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar.

Regional samverkansgrupp psykiatri, en partssammansatt grupp som utsetts av Region Skåne och Skånes Kommuner och som även har representation från brukar- och anhörigorganisationer, har utgjort referensgrupp i arbetet. Ramöverenskommelsen fastställer parternas gemensamma avsikt att bedriva och utveckla samarbete för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Samarbete ska ske med individen i centrum.

Ramöverenskommelsen ska ligga till grund för lokala överenskommelser.

Ambitionen vid revideringen har varit att göra ramöverenskommelsen mer användarvänlig samt att spegla de förändringar i lagstiftningar som skett under de senaste åren. Till exempel inkluderas personer med missbruk och beroende av spel om pengar i denna överenskommelse.

Att förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa är en viktig del av samarbetet. Förebyggande arbete innebär inte endast att undvika framtida sjuklighet, utan även att undvika att ett tillstånd förvärras. I arbetet med att förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa ingår även att arbeta med somatisk hälsa och levnadsvanor för målgrupperna.

Ramöverenskommelsen gäller från och med 2021-06-01 och tills vidare med 18 månader uppsägningstid.

Ramöverenskommelsen har föredragits i Tjänstemannaberedning till Centralt samverkansorgan 4 december 2020 och i Centralt Samverkansorgan 11 december.

Region Skånes Hälsa- och sjukvårdsnämnd fattade den 11 februari 2021 beslut att ingå ramöverenskommelse gällande fyra målgrupper med samtliga skånska kommuner under förutsättning att motsvarande beslut tas i kommunerna. Styrelsen för Skånes Kommuner fattade den 5 februari beslut om att rekommendera de skånska kommunerna att ingå ramöverenskommelsen.

**SKÅNES KOMMUNER**

Carina Lindkvist, avdelningschef hälsa, social välfärd och omsorg