



Instans: Socialnämnden

Tid: Tisdag den 28 mars kl. 13:15 (Fotografering vid 13:00)

Plats: Nossan (A-sal), kommunhuset, Herrljunga

Dag för justering: Onsdag, 29 mars 2023

Förslag på justerare: Patrich Hällfärdsson (M)

Med anledning av att vi gått in i en ny mandatperiod så kommer vi i samband med sammanträdet fotografera politiker. Detta kommer göras vid kl 13.00 så det är bra om man ansluter en stund innan.

Samtliga ärenden har beretts av socialnämndens presidium.

Observera att sekretesshandlingar delas ut för genomläsning innan sammanträdet i enlighet med beslut på socialnämndens sammanträde den 21 maj 2013, § 60/2013.

Carina Fredriksen (S)
Ordförande

Kerstin Andersson
Sekreterare

Information:

- SN= slutgiltigt beslut fattas i socialnämnden
- KS = slutgiltigt beslut fattas i kommunstyrelsen.
- KF = slutgiltigt beslut fattas i kommunfullmäktige.
- Info = Information.
- Ett X markerar att handlingar finns bifogade i kallelsen.
- VS markerar att handlingar presenteras vid sammanträdet.

<i>KL</i>	<i>NR</i>	<i>Besluts -organ</i>	<i>Ärende</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>	<i>Föredragande/ Kommentar</i>
13.00			Fotografering			Kommunikatörer
13.15			Sammanträdet öppnande			Ordförande
			Upprop			Nämndsamordnare
			Val av justerare och tid för justering			Ordförande
			Godkännande av dagordningen			Ordförande
13.20	1	INFO	Socialförvaltningen informerar	--	--	Förvaltningschef
13.25	2	KF	Investeringsäskande 2024-2026 Socialnämnden	SN 2023/5	X	Controller
13.30	3	KF	Driftsäskande 2024-2026 för Socialnämnden	SN 2023/5	X	Controller
13.40	4	KF	Effektiviseringsförslag 2024-2026 för Socialnämnden	SN 2023/5	X	Controller
13.55	5	SN	Månadsuppföljning 28-02-2023 Socialnämnden	SN 2023/6	X	Controller
14.15	6	SN	Kvalitetsdokument – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	SN 2023/37	X	SAS
14.20			Paus	--	--	
14.35	7	SN	Kvalitetsberättelse 2022	SN 2023/36	X	SAS
14.45	8	SN	Patientsäkerhetsberättelse	SN 2023/42	X	MAS
14.55	9	INFO	Redogörelse av medarbetarenkät	--	--	Förvaltningschef
15.10	10	SN	Svar på initiativärende från SD om ekonomisk påverkan vid avskaffande av delade turer som norm	SN 2022/64	X	Nämndsamordnare
15.15	11	SN	Val av representanter till Närvårdssamverkan 2023	SN 2022/126	X	Nämndsamordnare
15.20	12	INFO	Återrapport från kontaktpolitiker	--	--	Ordförande

<i>NR</i>	<i>Meddelandeförteckning</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Årsredovisning 2022 Samfond 2	SN 2023/39	X
2	Svar på återremiss av initiativärende avseende hjärtstartare inom våra verksamheter	SN 2022/100	X
3	Socialstyrelsens analysplan för 2023	SN 2023/45	X
4	SKR kunskapsstyrning socialtjänst 2022	SN 2023/46	X
5	Protokoll från FSG	SN 2023/15	VS

<i>NR</i>	<i>Delegeringsbeslut</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2023-02-01 – 2023-02-28	--	VS



Investeringsäskande 2024-2026 för socialnämnden

Sammanfattning

Som en del i budgetarbetet för 2024-2026 ska socialnämnden överlämna de investeringsäskanden som nämnden ser till kommunfullmäktige. Socialförvaltningen har sammanställt de behov som kan förutses för de närmaste åren. För detaljerad beskrivning se bifogat underlag.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2023-03-13
SN_Investeringsäskanden_2024-2026

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av investeringsäskandet och skickar denna vidare till ekonomiavdelningen för sammanställning och fortsatt arbete i budgetberedningen.

Gabrielle Ek
Controller

Expedieras till: Ekonomiavdelningen
För kännedom Kommunfullmäktige
till:

Investeringsbehov

Socialnämnden

Underlag till budget och verksamhetsplan 2024–2026

Sammanställning

	Investeringsutgift				
Benämning	2024	2025	2026	Drift start	Driftkost /år
1:1 Spoldesinfektorer SÄBO	240 tkr	240 tkr	240 tkr	2024-2026	0 tkr
1:2 Inventarier SN	500 tkr	500 tkr	500 tkr	2024-2026	0 tkr
1:3 Hjälpmedel SN	300 tkr	300 tkr	400 tkr	2024-2026	0 tkr
1:4 Infrastruktur IT	200 tkr	300 tkr	300 tkr	2024-2026	0 tkr
1:5 Inventarier tvättenheten	200 tkr	200 tkr	200 tkr	2024-2026	0 tkr
1:6 Läkemedel- och värdeskåp med digital teknik HSV			100 tkr	2026	9 tkr
1:7 Läkemedel- och värdeskåp med digital teknik säbo	150 tkr	300 tkr	100 tkr	2024-2026	61 tkr
1:8 Ombyggnad IFO's lokaler för tillgänglighet och sekretess	*SP ej klar ännu inväntar SB			2024	-
1:9 IT konferensrum IFO	100 tkr	100 tkr		2024-2025	0 tkr
1:10 Hotellås och säkra läkemedel, LSS		150 tkr		2025	2 tkr
1:11 Inventarier Hemgården och daglig verksamhet LSS	1 300 tkr beslutat 100 tkr ytterligare			2024-2025	0 tkr
1:12 Ombyggnad Hemgården	10 500 tkr	10 500 tkr		2026	0 tkr
Summa	13 590 tkr	12 590 tkr	1 840 tkr		

- Blåmarkerade celler indikerar tillkomna behov/ belopp
- Gulmarkerade celler indikerar förändrade belopp
- Orangemarkerade celler indikerar att det kanske borde finnas ett belopp
- Ej färgmarkerade celler är beslutade belopp enl. budget 2023–2025

1:1 Investeringsbeskrivning

Benämning	<i>Spoldesinfektorer SÄBO</i>
Ansvarig nämnd	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnden</i>

Investeringsutgift (tkr)	240 tkr
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp (<i>utgift uppstår</i>)	Löpande 2024–2026
Beräknas tas i drift (<i>aktiveras</i>)	Löpande 2024–2026

Beskrivning av investeringen

Det finns en spoldesinfektor på respektive

avdelning på särskilt boende (säbo). Tre av dessa planeras att bytas ut under 2024 (en på Hemgården och två på Hagen). Under 2025 behöver det bytas ut tre stycken (en på Hemgården och två på Hagen). Respektive spoldesinfektor kostar ca 80 tkr inklusive inköp och inkoppling.

Behov som initierar investeringen

Nuvarande spoldesinfektorer döms ut när de inte är funktionsdugliga längre. Dessa behöver bytas ut då det saknas reservdelar pga. ålder. En spoldesinfektor är avsedd för rengöring och värmedesinfektion av utrustning för bäcken och urinflaskor. En spoldesinfektor är avsedd för tömning av vätskor som avföring, urin eller andra kroppsvätskor/vätskor och ger samtidigt möjlighet till renspolning, rengöring och desinfektion.

Driftskostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Inga tillkommande förvaltningen har redan ett pågående serviceavtal

Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga tillkommande

1:2 Investeringsbeskrivning

Benämning:	<i>Inventarier</i>
Ansvarig nämnd:	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnd</i>

Investeringsutgift (tkr)	500 tkr/år
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp (<i>utgift uppstår</i>)	Löpande 2024–2026
Beräknas tas i drift (<i>aktiveras</i>)	Löpande 2024–2026

Beskrivning av investeringen

Investeringen innebär inköp av inventarier i form av kontors-, konferens – och verksamhetsmöbler.

Behov som initierar investeringen

Behov av ergonomiska kontorsmöbler för anställda, ej ändamålsenliga möbler i verksamhetslokalerna.

Driftskostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Inga ytterligare kostnader.

Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

1:3 Investeringsbeskrivning

Benämning:	<i>Hjälpmedel</i>
Ansvarig nämnd:	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnd</i>

Investeringsutgift (tkr)	300 tkr/år 2024–2025 400tkr 2026
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp (<i>utgift uppstår</i>)	Löpande 2024–2026
Beräknas tas i drift (<i>aktiveras</i>)	Löpande 2024–2026

Beskrivning av investeringen

Fler personlyftar behöver köpas in på särskilt boende detta då befintliga är gamla och utdömda och inte kan repareras ytterligare och behöver ersättas.

Inköp av nya sängar och madrasser. Löpande utbyte måste ske av vårdsängar och madrasser då de beräknas ha en hållbarhet på maximalt 10 år. Kortare hållbarhet för madrasser.

Övriga hjälpmedel för arbetsmiljöskäl är en del som ständigt måste köpas in form av exempelvis Turner. Dessutom tillkommer fler digitala lösningar för att göra patienterna mer oberoende, tex läkemedelsrobotar mm

Behov som initierar investeringen

Personlyftarna är uttjänade och måste ersättas. Minska hyreskostnader för hjälpmedel som i längden blir dyrare. Utbyte av vårdsängar och madrasser. Hjälpmedel behövs för patienters och personalens hälsa och arbetsmiljö.

Driftskostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Inga ytterligare kostnader.

Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

1:4 Investeringsbeskrivning

Benämning:	Infrastruktur IT
Ansvarig nämnd:	Socialnämnd
Nämnd som utför	Socialnämnd

Investeringsutgift (tkr)	200 tkr 2024, 300 tkr/år 2025–2026
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp (utgift uppstår)	Löpande 2024–2026
Beräknas tas i drift (aktiveras)	Löpande 2024–2026

Beskrivning av investeringen

IT-infrastrukturen inom socialnämndens

lokaler ansvarar socialnämnden för. Detta avser sådant som kabeldragningar, accesspunkter, projektorer mm.

Behov som initierar investeringen

Den infrastruktur som finns idag kommer bytas ut och utökas från verksamhetens behov och åldern på infrastrukturen som finns idag.

Driftskostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Inga ytterligare kostnader.

Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

1: 5 Investeringsbeskrivning

Benämning:	Inventarier tvättenheten
Ansvarig nämnd:	Socialnämnd
Nämnd som utför	Socialnämnd

Investeringsutgift (tkr)	200 tkr/år
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp (utgift uppstår)	Löpande 2024–2026
Beräknas tas i drift (aktiveras)	Löpande 2024–2026

Beskrivning av investeringen

Maskinparken på tvättenheten behöver bytas ut

löpande.

Behov som initierar investeringen

För att säkerställa att socialnämnden kan säkerställa tvätt av arbetskläder i egen regi.

Driftskostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Inga tillkommande kostnader.

Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

1: 6 Investeringsbeskrivning

Benämning:	Läkemedel- och värdeskåp med digital teknik HSV
Ansvarig nämnd:	Socialnämnd
Nämnd som utför	Socialnämnd

Investeringsutgift (tkr)	100 tkr/år
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	61 tkr
Beräknas starta upp (utgift uppstår)	2026-01-01
Beräknas tas i drift (aktiveras)	2026-12-31

Beskrivning av investeringen

Låsbara läkemedelsskåp med digital teknik som

möjliggör spårning. 2021 har det köpts in 20 skåp och det finns budgeterat för inköp år 2023 och 2024 för 150 tkr. År 2025 finns det ytterligare budgeterat 300 tkr, dock behövs ytterligare skåp i dagsläget. Därmed äskas om medel till ytterligare skåp 2026 till en kostnad av 100 tkr. Respektive skåp kostar 4 tkr. Planeringen är att alla brukare där kommunen har övertagit läkemedelsansvaret i ordinärt boende, ska ha ett skåp.

Behov som initierar investeringen

För att öka säkerheten, dvs att inga obehöriga kommer in i skåpet, minska svinn av narkotiska preparat och för att kunna spåra vem som varit inne i skåpet behöver förvaltningen investera i säkra mobila läkemedelsskåp som kan lånas ut till brukare inom hemsjukvården och till LSS gruppboende.

Driftskostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Månadslicens på 30 kr per skåp, totalt 9 tkr per år.

Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

1: 7 Investeringsbeskrivning

Benämning:	Läkemedel- och värdeskåp till särskilt boende
Ansvarig nämnd:	Socialnämnd
Nämnd som utför	Socialnämnd

Investeringsutgift (tkr)	150 tkr 2024 300 tkr 2025 100 tkr 2026	Beskrivning av investeringen Låsbara läkemedelsskåp med digital teknik som
Driftkostnad i projektet	0 tkr	
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr	
Beräknas starta upp (utgift uppstår)	Löpande 2024–2026	
Beräknas tas i drift (aktiveras)	Löpande 2024–2026	

möjliggör spårning. 2022 har det köpts in 91 skåp. Under 2024 behöver ytterligare skåp införskaffas då delar av de nya platserna kommer tas i bruk på Hagen. År 2025 och 2026 finns det ytterligare behov på 100 tkr/år för att täcka resterande behovet på Hagen samt Hemgården. Därmed äskas om medel till ytterligare skåp 2024 - 2026 till en kostnad av ca 270 tkr. Respektive skåp kostar ca 9 tkr. Planeringen är att alla brukare där kommunen har övertagit läkemedelsansvaret i särskilt boende, ska ha ett skåp enligt gällande lagstiftning.

Behov som initierar investeringen

För att öka säkerheten, dvs att inga obehöriga kommer in i skåpet, minska svinn av narkotiska preparat och för att kunna spåra vem som varit inne i skåpet behöver förvaltningen investera i säkra läkemedels och värdeskåp som finns monterade i varje lägenhet på särskilt boende.

Driftskostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart

Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

1: 8 Investeringsbeskrivning

Benämning:	Ombyggnad IFO's lokaler för tillgänglighet och sekretess
Ansvarig nämnd:	Socialnämnd
Nämnd som utför	Socialnämnd

Investeringsutgift (tkr) * SP, ej klart inväntar fastighetschefs bedömning av tkr och fördelning av kostnad	
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp (utgift uppstår)	2024-01-01
Beräknas tas i drift (aktiveras)	2026-12-31

Beskrivning av investeringen

IFO:s lokaler behöver byggas om, då de inte till fullo är sekretessanpassade samt då delar av

lokalen inte är handikappanpassade.

Behov som initierar investeringen

För att öka säkerheten och göra lokalen mer handikappanpassad, mer tillgänglig för alla oberoende funktionshinder.

Driftskostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart

Inga

Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

1:9 Investeringsbeskrivning

Benämning	IT konferensrum mm. IFO:s nya lokaler
Ansvarig nämnd	Socialnämnd
Nämnd som utför	Socialnämnden

Investeringsutgift (tkr)	100tkr/ år 2024–2025
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp (utgift uppstår)	Löpande 2024–2025
Beräknas tas i drift (aktiveras)	Löpande 2025

Beskrivning av investeringen

Befintliga konferens- och mötesrum behöver utrustas med teknik för digitala möten. Ett rum kostar ca 80 tkr. Utöver detta krävs en komplettering till befintligt bokningssystem.

Behov som initierar investeringen

Individ och familjeomsorgen har flyttat in i nya lokaler på Verkstadsgatan och alla konferens- och mötesrum är ännu ej utrustade med teknik för digitala möten.

Driftskostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Inga tillkommande.

Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga tillkommande.

1:10 Investeringsbeskrivning

Benämning	Hotellås och säkra läkemedel- och värdeskåp till gruppbo- stads, LSS
Ansvarig nämnd	Socialnämnd
Nämnd som utför	Socialnämnd

Investeringsutgift (tkr)	150 tkr
Driftkostnad i projektet	
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	2 tkr
Beräknas starta upp (utgift uppstår)	2025-01-01
Beräknas tas i drift (aktiveras)	2025-12-31

Beskrivning av investeringen

62 tkr- 6 rum 7 000 kr/st. samt tillbehör

20 000 kr (hotellås)

42 tkr- 6 rum gruppbo-
stads 7 000 kr/st. för kombinerat läkemedel och värdeskåp i ett, samt viss kostnad för installation, och indexuppräknings. Totalt 150 tkr.

Behov som initierar investeringen

Hotellås:

För att brukare lätt skall kunna ta sig ut ur sitt rum och lätt kunna komma in med ett armband. Detta förhindrar att obehöriga så som andra hyresgäster i gruppbo-
stads kan ta sig in i någon annans rum då dörren alltid låser sig likt ett hotellrum. Skapar en trygghet.

Läkemedel- och värdeskåp:

I gruppbo-
stads bör finnas ett låst skåp för både mediciner och värdesaker.

För att öka säkerheten, dvs att inga obehöriga kommer in i skåpet, minska svinn av narkotiska preparat och för att kunna spåra vem som varit inne i skåpet behöver förvaltningen investera i säkra mobila läkemedelsskåp som kan lånas ut till brukare inom LSS gruppbo-
stads och servicebo-
stads.

Driftkostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Månadskostnad 30 kr per skåp, totalt 2 tkr per år.

Driftkostnader under genomförandefasen:

Inga

1:11 Investeringsbeskrivning

Benämning	<i>Inventarier mm. Hemgården/inventarier daglig verksamhet LSS</i>
Ansvarig nämnd	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Samhällsbyggnad/ Socialnämnden</i>

Investeringsutgift (tkr)	1 400 tkr, varav 1 300 tkr tidigare beslutat
Driftkostnad i projektet	50 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp (utgift uppstår)	2024-01-01
Beräknas tas i drift (aktiveras)	2024-01-01

Beskrivning av investeringen

Under 2021 har en förstudie tillsammans med samhällsbyggnadsförvaltningen pågått för att optimalt använda hela fastigheten på Hemgården när demensvården flyttar ut till Hagens demenscentrum som beräknas stå klart hösten 2023. Socialförvaltningen har sett över sina lokalbehov och gjort en inventering. Ett projektdirektiv är godkänt av SN januari 2023 och projektering beräknas starta under 2023 för byggstart 2024. Styrgrupp och referensgrupp kommer att utses.

Projektdirektivet ger uppdrag till projektledare att via ombyggnation tillse att det i Hemgården finns möjlighet att utöka med 14 somatiska platser över tid, att inrymma daglig verksamhet, inrymma hemtjänst samt diverse kontor och skapa goda möjligheter till omklädning i källaren. Utöver detta kommer fastighetschef att tillse att reinvesteringar i byggnaden blir utförda samt att ett sprinklersystem installeras samtidigt.

Vård- och omsorgsbehov:

400 tkr - Läkemedels och värdeskåpskåp (9500kr/st. behov av 43 st.)

100 tkr- Hotellås (7000 kr/st. samt tillbehör till 14 lägenheter)

350 tkr- Inventarier SÄBO

100 tkr- IT- infrastruktur

100 tkr - Personalskåp i källaren (80 st.)

Totalt: 1050 tkr, utökat äskande till läkemedelsskåp mot beslutade 950 tkr

Daglig verksamhet:

Inköp av inventarier till nya lokaler för daglig verksamhet. Arbetsbord, stolar, hyllor, förvaring, matbord, skärmväggar mm.

Total uppskattad kostnad inventarier daglig verksamhet ca 350 tkr. Vissa möbler och inventarier kan tas med men övervägande behövs ny inredning införskaffas till hela verksamheten då befintlig utrustning är undermålig och i behov av utbyte. Kostnad fördelat per utrymme;

- 36 tkr- Matsal (bord, stolar mm)
- 80 tkr- Allrum (soffa, sittgrupper)
- 24 tkr- Kontor (skrivbord, inredning)
- 140 tkr- Arbetsrum/aktivitetsrum sju stycken (arbetsstolar, arbetsbord, sittmöbler, skärmväggar, förvaring mm)
- 20 tkr- Kapprum (sittdelar, avhängning mm)
- 50 tkr- Övrigt (gardiner, belysning, torkskåp, rullvagnar, avskärmade sittmöbler, mm)

Totalt: 350 tkr

Behov som initierar investeringen

Då en utökning av 14 somatiska plaster utifrån demografi är behovet av inventarier och tillkommande utrustning. Daglig verksamhet flyttar och har behov av inventarier

Driftskostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Kostnader för personal på de nya somatiska avdelningarna – Detta bör kunna finansieras av demografitilldelningsmedel.

Driftkostnader under genomförandefasen:

Projektledare för de interna processerna så som flytt och logistik då personer fortsatt kommer att bo i byggnaden under renoveringen. Upphandling av möbler mm.

Flytt av daglig verksamhet

1:12 Investeringsbeskrivning

Benämning	<i>Ombyggnation Hemgården</i>
Ansvarig nämnd	<i>Socialnämnd</i>
Nämnd som utför	<i>Socialnämnden</i>

Investeringsutgift (tkr)	21 000 tkr/ år 2024–2025
Driftkostnad i projektet	0 tkr
Driftkostnader i verksamheten (efter driftstart)	0 tkr
Beräknas starta upp (utgift uppstår)	2024-01-01
Beräknas tas i drift (aktiveras)	2026-01-01

**Beskrivning
av**

investeringen

Under 2021 har en förstudie tillsammans med samhällsbyggnadsförvaltningen pågått för att optimalt använda hela fastigheten på Hemgården när demensvården flyttar ut till Hagens demenscentrum som beräknas stå klart hösten 2023. Socialförvaltningen har sett över sina lokalbehov och gjort en inventering. Ett projektdirektiv är godkänt av SN med projekteringsstart 2023 och ombyggnadsstart 2024.

Projektdirektivet ger uppdrag till projektledare att via ombyggnation tillse att det i Hemgården finns möjlighet att utöka med 14 somatiska platser över tid, att inrymma daglig verksamhet, inrymma hemtjänst samt diverse kontor och skapa goda möjligheter till omklädning i källaren. Utöver detta kommer fastighetschef att tillse att reinvesteringar i byggnaden blir utförda samt att ett sprinklersystem installeras samtidigt.

Socialförvaltningen kommer att nyttja Hemgården fullt ut och Hemgården blir en levande byggnad full av verksamhet utan öde lokaler. Detta möjliggör också att hela fastigheten tas om hand och används optimalt. Kostnaden för hela ombyggnation har tagits fram i en uppskattad kalkyl utifrån förstudien som gjordes 2021.

Behov som initierar investeringen

Då en utökning av 14 somatiska plaster utifrån demografi är behovet av inventarier och tillkommande utrustning.

Daglig verksamhet står utan lokaler hösten 2023 och måste flytta ut ur Hagen ser förvaltningen att Hemgården skulle passa verksamheten. Behovet är inventarier och tillkommande utrustning då nuvarande inventarier är undermålig i många avseenden.

Driftskostnader på grund av investeringen

Vilka kostnader uppstår om investeringen genomförs förutom kapitalkostnader

Löpande driftkostnader efter projektet är klart:

Daglig verksamhet lämnar sina lokaler på Hagen och får istället nya lokaler på Hemgården. Kostnaden kan bli något mer på Hemgården då lokalerna är större.

Kostnader för tomhyror på två avdelningar inom somatisk i avvaktan på att de tas i bruk för ökade behov utifrån demografiska behov.

Kostnader för personal på de nya somatiska avdelningarna – men detta finansieras via demografimodellen

Driftkostnader under genomförandefasen:

Projektledare för de interna processerna så som flytt och logistik då personer fortsatt kommer att bo i byggnaden under renoveringen. Upphandling av möbler mm.



Driftsaskande 2024-2026 för socialnämnden

Sammanfattning

Som en del i budgetarbetet för 2024-2026 ska socialnämnden överlämna de driftsaskanden som nämnden ser till kommunfullmäktige. Socialförvaltningen har sammanställt de behov som kan förutses för de närmaste åren. För detaljerad redogörelse se bifogat underlag.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2023-03-13
SN_Driftsaskanden_2024-2026

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av driftsaskandet och skickar denna vidare till ekonomiavdelningen för sammanställning och fortsatt arbete i budgetberedningen.

Gabrielle Ek
Controller

Expedieras till: Ekonomiavdelningen
För kännedom Kommunfullmäktige
till:

Driftäskanden

Socialnämnden

Underlag till budget och verksamhetsplan 2024 - 2026



Anvisning

Under rubrikerna noteras de förändringar som jämfört med 2023 års planerade verksamheter förväntas ske under åren 2024 - 2026. Detta kan handla om förändringar till följd av beslut, rekommendationer eller egna ambitioner. Det kan också handla om att en verksamhet förväntas minska eller upphöra. Volymförändringar (elevantal) inom Bildningsnämnden och volymförändringar inom Äldreomsorgen fångas upp i resursfördelningsmodellen.

Belopp: Ett driftsäskande som läggs in år 1 och där behovet kvarstår, behöver inte läggas in år 2 och 3 då ramen för föregående år följer med.

Driftsäskanden som är tillfälliga tex för ett år, ska motsvarande belopp läggas som minuspost året därpå.

Syftet med denna sammanställning är att ge våra politiker ett bra underlag inför deras arbete med budgeten.

Driftäskanden ska beslutas av nämnd senast mars 2023.

Demografitilldelning 2024

Kommande demografitilldelningsmedel för år 2024 planeras att användas till att få hemtjänstens budget i balans utifrån ökade behov därav finns behoven för hemtjänst ej med i driftsäskandet.

Sammanställning driftäskanden

Enhet/behov (tkr)	2024	2025	2026
Utökat behov extern LSS/ gruppbostad LSS i Herrljunga 2024	3 200 tkr		
Drift korttidsvistelse LSS i Herrljunga	3 500 tkr		
Utökad driftkostnad Daglig verksamhet LSS	500 tkr		
Ny avdelning demens Hagen, drift 10 platser	3 000 tkr		
Implementering nytt verksamhetssystem	500 tkr	- 500 tkr	
Placeringskostnader IFO barn	3 000 tkr		
Ny lagstiftning utökat behov placeringar utifrån skydd från våld i skyddat boende	1 000 tkr		
Behandlingsteam, utökning 1 årsarbetare	650 tkr		
Summa driftäskanden	15 350 tkr	- 500 tkr	

Enhet: Funktionshinder 2**Behov:**

Utökat behov gruppbostad LSS med sex nya platser

Förvaltningen har idag fyra beslut om bostad med särskild service i form av gruppbostad enligt Lagen om stöd och service (LSS) samt två beslut om boende externt jämlikt socialtjänstlagen (SoL) alla sex besluten verkställs i andra kommuner av privata leverantörer. Kostnaden för de externa placeringarna är mycket högre än om kommunen verkställer besluten i egen regi. Förvaltningen har därför som en del i för att få budget i balans tecknat avtal med extern leverantör för hyra av en nybyggd gruppbostad i centrala Herrljunga. Förvaltningen äskar därför om medel för att kunna driva denna gruppbostad med budget i balans. Förvaltningen har delvis täckning av befintlig budget med 4 800 tkr.

Kostnader för att driva en gruppbostad är; personalkostnader, måltider, material, hyra, el, VA, lokalvård, vaktmästeri, transporter, IT, telefon mm. Uppskattningsvis ca 8 000 tkr.

Förvaltningen har redan idag, utfall 2022 för fyra externa platser LSS samt två jml SoL platser uppräknat på helår är ca 13 650 tkr och budgeterade medel 2023 för de kostnaderna är 4 800 tkr. Detta innebär ett driftsäskande om 3 200tkr.

Förvaltningen kommer att erbjuda de individerna med beslut om bostad med särskild service (gruppbostad) en bostad i Herrljunga 2024. Utfallet beräknas bli en kostnadsminskning mot idag. Befintliga kostnader, uppräknade på helårsnivå är i nuläget 13 650 tkr, medan gruppboستaden under uppbyggnad kommer att kosta 8 000 tkr. Detta ger en årlig kostnadsminskning på 5 650 tkr.

Översikt kostnader

Driftkostnad ny gruppbostad	8 000 tkr
Helårskostnad beräknad på 2022 års utfall (nuläge)	13 650 tkr
Budget externt köpta platser gruppbostad LSS + SOL (3st) 2023	4 800 tkr
Driftsäskande ny gruppbostad	3 200 tkr
Minskad kostnad om ny gruppbostad jmf med externa placeringar	5 650 tkr

Driftkostnad gruppbostad	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	3 200		

* se anvisning

Orsak till behovet:

Förvaltningen har idag fyra beslut om bostad med särskild service i form av gruppbostad enl. LSS som verkställs externt i andra kommuner samt två jml SoL. Kostnaden för de externa placeringarna är mycket högre än om kommunen verkställer besluten i egen regi. Brukarorganisationer har under lång

tid framfört att målgruppen i Herrljunga inte söker boende trots att de har behov. Anledningarna till att man inte söker om bostad med särskild service och då främst gruppboende i Herrljunga är för att man vet att man antingen får vänta på ledig lägenhet i befintlig gruppboende på Ringvägen i Ljung eller att ens beslut om boende verkställs i annan kommun. Brukarorganisationerna har framfört att målgruppen i stor utsträckning flyttar från Herrljunga till kringliggande kommuner med annat utbud. Ett boende på gruppboende är ofta ett livslångt boende, de enskilda flyttar nästintill aldrig om de trivs därför är det betydelsefullt att Herrljunga kan erbjuda boendeformer för alla.

Hur finansieras behovet?

Utökad ram

Konsekvenser om medel inte tillskjuts

Förvaltningen kommer att verkställa de externa besluten på en ny gruppboende i Herrljunga kommun 2024. Gruppboenden kommer utan ramtillskott att vara underfinansierad.

Enhet: Funktionshinder 2**Behov:**

Drift korttidsvistelse enligt LSS i egen regi.

Drift korttidsvistelse enligt LSS i egen regi	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	3 500 tkr		

* se anvisning

Orsak till behovet:

Behovet finns av att skapa en miljö i Herrljunga kommun för att kunna verkställa insatsen korttidsvistelse för barn enligt LSS. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet innebär att en person med funktionsnedsättning tillfälligt bor utanför sitt eget hem under kortare eller längre tid.

Syftet är att anhöriga ska få avlastning och utrymme för avkoppling och att personen med funktionsnedsättning ska få rekreation och/eller miljöombyte. Det kan också vara ett sätt att bidra till en frigörelseprocess mellan barn och vårdnadshavare eller som en förberedelse för den som ska flytta hemifrån.

Idag finns ingen möjlighet för socialförvaltningen att kunna verkställa dessa beslut i egen regi. Förvaltningen har fått leta lediga platser i andra kommuner för att kunna verkställa besluten. Risken är att de som har behov av insatsen inte söker, tackar nej, att det blir långa resvägar för föräldrar och barn och att det blir verkställt på olika platser från gång till gång. Förvaltningen har dessutom fler beviljade beslut som inte är verkställda vilket förvaltningen har en skyldighet att göra enligt gällande lagstiftning. Förvaltningen har dessutom erhållit vite från IVO utifrån att besluten ej har verkställts.

Från 2024 kommer förvaltningen att ha korttidsvistelse i egen regi. Verksamheten kommer att ha möjlighet till fem rum där barn/ungdomar kommer att bo växelvis. Om förvaltningen inte fyller alla rum finns möjlighet att hjälpa kringliggande kommuner och då sälja plats.

I detta äskande är det inte medräknat några externa intäkter. Om eventuell försäljning sker blir det en positiv avvikelse.

Korttidsvistelsen kommer även att ha ett personalrum, gemensamhetsyta i form av kök, vardagsrum, rum för olika aktiviteter och altan utomhus.

Befintlig budget för 2022 avseende korttidsvistelse (i extern regi) är 1 689 tkr. Ovan äskande innebär en utökning med 3 473 tkr.

Hur finansieras behovet?

Utökad ram

Konsekvenser om medel inte tillskjuts

Vad händer i verksamheten om medel inte tillskjuts? Tänkbara åtgärder?

Konsekvenser om medel inte tillskjuts

Förvaltningen har förbundit sig att hyra lokalerna för korttidsvistelse i ett nybyggnadsprojekt under nio år. Förvaltningen kommer att ha kostnaden för lokaler, personal och verkställighet av beviljade insatser oavsett tillskott i drift. Korttidsvistelsen kommer utan ramtillskott att vara underfinansierad.

Enhet: Sysselsättningsenheten**Behov:**

Utökad driftkostnad Daglig verksamhet LSS

Utökning av 1 årsarbetare	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	500 tkr		

* *se anvisning*

Orsak till behovet:

Fler personer med funktionsnedsättning söker daglig verksamhet i kommunen. En ökning har skett från 2021 (34 personer) till 2022 (37 personer). Flera brukare kräver en till en personal och fler har daglig verksamhet hela dagen (8 timmar). Utökat antal brukare, längre dagar samt förändrat behov gör att verksamheten har behov av att utöka driftsbudgeten med 1 årsarbetare (åa).

Hur finansieras behovet?

Utökad ram

Konsekvenser om medel inte tillskjuts

Då ett ökat antal brukare som har längre dagar har tillkommit till verksamheten med ett utökat behov kommer deras beviljade insats och behov kvarstå oavsett om verksamheten beviljas ramtillskott eller inte. Förvaltningen kommer att behöva utöka personalstyrkan för att klara en god och säker verksamhet för brukarna.

Enhet: Äldreomsorg, drift ny avdelning Hagen 10 platser

Behov: Fler personer drabbas av demenssjukdom och behov finns att 2024 ta ytterligare en avdelning på nya Hagen i drift med 10 platser.

Ny avdelning Hagen demens	2024	2025	2026
Belopp (tkr)	3 000 tkr		

Orsak till behovet:

Antal brukare med ökat omvårdnadsbehov relaterat till sin kognitiva svikt som nu inte kan upprätthållas i ordinärt boende (flertalet har haft omfattande hemtjänstinsatser). Här omfattas även brukare som har anhörigvårdats och haft viss avlastning genom växelvård. Andelen som blir äldre i Herrljunga ökar och fler är i behov av särskilt boende de kommande åren. Den nya avdelningen har tio platser, av dessa tio platser är två redan finansierade av att två boende kommer att flyttas från Hemgården i flytt hösten 2023. Det saknas drift till åtta nya boendeplatser. Varje boendeplats är



bemannade med 0,67 åa till en kostnad på 2,7 mkr. Det tillkommer även kostnader för vissa förbrukningsartiklar, IT mm.

Hur finansieras behovet?

Utökad budgetram

Konsekvenser om medel inte tillskjuts

Avdelningen måste tas i bruk för att tillgodose invånarnas behov av särskilt boende. Om ramtillskott inte tilldelas kommer avdelningen att vara ofinansierad.

Enhet: Förvaltningsledningen**Behov:**

Implementering av nytt verksamhetssystem. Verksamhetssystemet är ett IT-system för att kunna föra den lagenliga dokumentationen, statistik och integrationer med ekonomi och planering.

	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	500 tkr	-500 tkr	

* *se anvisning*

Orsak till behovet:

Nuvarande avtal med befintlig leverantör av verksamhetssystem är förlängt till och med 2024-12-31. Därefter kan avtalet inte förlängas, vilket kräver innebär att förvaltningen under 2023 tillsammans med Vårgårda inlett en ny upphandling.

I samband med införskaffandet av ett nytt verksamhetssystem tillkommer kostnader för implementeringen av det nya verksamhetssystemet, samt dubbla licenskostnader under en eventuell övergångsperiod. Vidare förväntas kostnader för utbildningsinsatser för personalen samt vikariekostnader för att täcka behov i verksamheten samtidigt som personalen utbildas.

Implementering av nytt verksamhetssystem sker 2023 - 2024. Under 2024 kommer socialförvaltningen delvis att ha parallella verksamhetssystem beroende på resultatet av upphandlingen. IT-utveckling går snabbt framåt och lagar kan förändras därför kan tiden för upphandling/införande behöva justeras. De medel som äskas är temporära för 2024 under implementeringsfasen vilket är varför de återförs 2025

Hur finansieras behovet?

Utökad ram.

Konsekvenser om medel inte tillskjuts

För att kunna upprätthålla patientsäkerheten samt kunna föra lagenlig dokumentation krävs ett verksamhetssystem och det befintliga avtalet går inte att förlänga längre än till 2024-12-31. Verksamhetssystem kommer att upphandlas 2023 och kostnader för implementering kommer att finnas oavsett ramtillskott. Utan ramtillskott uppstår ett underskott.


Enhet: IFO Barn och Familj
Behov:

Underfinansiering av nuvarande placeringar IFO

	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	3 000 tkr		

* se anvisning

Översikt kostnader

Placeringskostnader* för 3 barn (EKB år 2023)	1 550 tkr
Placeringskostnader* 4 barn (obudgeterade 2023)	1 450 tkr
Driftäskande placeringskostnader	3 000 tkr

* snittkostnad

Orsak till behovet:

Antalet placerade barn har över tid ökat utan att de tilldelade medlen har följt utvecklingen. Få barn har avslutat sina placeringar.

Hur finansieras behovet?

Nuvarande budgettilldelning ger en underfinansiering av de placeringskostnader som finns inom Barn och familj. I 2023 års budget finansieras 24 familjehemsplaceringar av 31 verkställda beslut. Sedan många år har delar av placeringskostnaderna finansierats av den buffert som skapats utifrån mottagandet av ensamkommande barn (EKB). Medlen i denna så kallade EKB-buffert kommer från och med 2024 inte medge denna finansiering längre.

Från 2023 kommer därmed 7 nu verkställda planeringar i familjehem att vara obudgeterade om inte en ramutökning görs.

Konsekvenser om medel inte tillskjuts

Eftersom verkställandet av beslut om placering i familjehem inte kan avvaktas eller inte verkställas så kommer tilldelade budgetmedel att överskridas och verksamheten kommer således att vara underfinansierad.

Enhet: IFO Barn och Familj
Behov:

Ny lagstiftning - utökat behov av placeringar i skyddat boende



	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	1 000 tkr		

* se anvisning

Orsak till behovet:

Ny lagstiftning har aviserats från regeringen som kommer att gälla från och med 1 januari 2024. Den föreslagna lagstiftningen kommer att innebära ett utökat behov av handläggning och att beslut kommer att fattas om att placera barn som medföljer en vårdnadshavare till skyddat boende utifrån våldsutsatthet. En försiktig prognos om antalet nya placeringar enligt denna lagstiftning ger vid handen att det sannolikt kommer att röra sig om 610 dygns placeringar på årsbasis.

En snittkostnad för placering på ett skyddat boende beräknas komma att ligga på 4500kr/dygn vilket medför att prognosen är ett utökat behov av budgetram med 2 745 tkr för placeringar av barn på skyddat boende enligt kommande lagstiftning. Förvaltningen begränsar äskandet till 1 000 tkr för att följa utvecklingen och återkomma utefter eventuellt utfall.

Hur finansieras behovet?

Utökad ram

Konsekvenser om medel inte tillskjuts

Eftersom verkställandet av beslut om placering enligt föreslagen ny lag inte kommer att kunna avvaktas eller att inte verkställas utifrån bristande finansiering så kommer tilldelade budgetmedel att överskridas.

Enhet: IFO Barn och Familj**Behov:**

Behandlingsteam, utökning med en årsarbetare

	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	650 tkr		

* se anvisning

Orsak till behovet:

Behovet av att kunna erbjuda tillgängliga, kvalitativa och evidensbaserade tidiga insatser som kan skapa stöd och utvecklingsmöjligheter för vuxna, barn och familjer som befinner sig i utsatthet har under senare år allt mer blivit uppenbart. Att kunna erbjuda dessa tidiga insatser bedöms vara en viktig del av arbetet med att förebygga och motverka olika former av utanförskap och psykisk ohälsa. Ett led i detta arbete är det nationellt pågående arbetet med översynen av Socialtjänstlagen som syftar till att skapa tydligare förutsättningar för socialtjänsten möjlighet att tillgodose behovet av dessa tidiga insatser.

I syfte att skapa förutsättningar för tidiga insatser, för ett kvalitativt och tillgängligt stöd till vuxna, barn och familjer på hemmaplan gjordes vid årsskiftet 2021 en omorganisation för att skapa ett sammanhållet behandlingsteam (3,25 årsarbetare). För att öka tillgängligheten, öka kvaliteten på insatserna och för att i förläggningen kunna minska kostnaderna för externa placeringar utökades behandlingsteamet med en årsarbetare. Detta gjordes möjligt genom att förvaltningen fördelade tillfälliga statliga medel för att finansiera den tjänsten. Förvaltningen ser att det finns ett behov av att permanenta denna utökning av personalresurserna med en årsarbetare i behandlingsteamet vilket skulle innebära att behandlingsteamet skulle bestå av 4,25 årsarbetare.

Hur finansieras behovet?

Under 2021, 2022 och 2023 finansieras en årsarbetare på behandlingsteamet med tillfälligt statsbidrag. Äskandet är ett led i att kunna få denna tjänst permanentad och finansierad via utökning i ram.

Konsekvenser om medel inte tillskjuts

Eftersom den nuvarande finansieringen av en årsarbetare i behandlingsteamet är i form av tillfälliga statliga medel (nuvarande tilldelade medel finns endast under 2023) leder det till att den förstärkta personalresursen kommer att minskas med en årsarbetare när det sker förändringar i de riktlinjer som följer med de tilldelade statliga medlen eller om de statliga medlen upphör.

En minskning av personalresursen i behandlingsteamet skulle skapa en stor utmaning vad gäller det fortsatta arbetet med att utveckla de tidiga insatserna på hemmaplan vilket i förläggningen riskerar att minska möjligheterna till att aktivt arbeta med att minska kostnaderna för externa placeringar.



Effektiviseringsförslag 2023-2026 för socialnämnden

Sammanfattning

Som en del i budgetarbetet för 2024-2026 ska socialnämnden överlämna de effektiviseringsförslag som nämnden ser till kommunfullmäktige. Socialförvaltningen har sammanställt de åtgärder som kan förutses för de närmaste åren.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2023-03-21
Effektiviseringsförslag_SN_2024-2026

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av effektiviseringsförslagen och skickar dessa vidare till ekonomiavdelningen för sammanställning och fortsatt arbete i budgetberedningen.

Gabrielle Ek
Controller

Expedieras till: Ekonomiavdelningen
För kännedom Kommunfullmäktige
till:

Effektiviseringsförslag

Socialnämnden

Underlag till budget och verksamhetsplan 2024 - 2026



Anvisning

De ekonomiska förutsättningarna har försämrats och samtliga förvaltningar behöver fundera och komma med förslag på åtgärder/effektiviseringar för att minska den totala kostnaden för dagens verksamhet. Det gäller både på kort och lång sikt.

I dokumentet skriver varje enhet in vad man kan göra, kort beskrivning av hur man räknat samt en mindre konsekvensbeskrivning om förslaget genomförs.

Belopp: Bedömd ekonomisk effekt av förslaget

Syftet med denna sammanställning är att ge våra politiker ett bra underlag inför deras arbete med budgeten.

Förslagen ska beslutas av nämnd senast mars 2023

Sammanställning effektiviseringsförslag

Förslag (tkr)	2024	2025	2026
Förvaltningsledning	50 tkr	0 tkr	0 tkr
VoO- Hemtjänst dubbelbemanning	0 tkr	100 tkr	100 tkr
VoO- Social dagverksamhet/träffpunkt	0 tkr	100 tkr	100 tkr
VoO - Hemtjänst, ledsagning	50 tkr	50 tkr	50 tkr
IFO- Inköp	20 tkr	10 tkr	5 tkr
IFO- Riktlinjer äldreomsorgens bistånd	50 tkr	0 tkr	0 tkr
Summa Effektiviseringsförslag	170 tkr	260 tkr	255 tkr

**Enhet: Förvaltningsledning****Förslag:**

Fortsatt följa telefonabonnemang, Mexanknytningar, Microsoft licenser. Kostnadsmedvetenhet kring system och avtal. 2023 gjordes en besparing på detta sätt med 100 tkr.

	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	50 tkr	0 tkr	0 tkr

** se anvisning*

Utförligare beskrivning av förslaget:

Manuell uppföljning av alla telefonabonnemang, Ipad abonnemang, Microsoftlicenser mm. Detta då det idag inte avslutas automatiskt när någon avslutar sin anställning. Kostnadsmedvetenhet runt system och avtal.

Risk och Konsekvenser om förslaget genomförs

Inga

Enhet: Vård och omsorg - Hemtjänst
Förslag:

Inom Vård- och omsorg har dubbelbemanningen ökat inom ordinärt boende. Om personer från AME som genom upplärning kan gå bredvid en ordinarie personal för att vara behjälplig med dubbelbemanning i ordinärt boende exempel personer med lönebidrag skulle trycket minska på undersköterskor och arbetsmarknadsanställda skulle få meningsfulla arbetsuppgifter.

	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	0 tkr	100 tkr*	100 tkr*

** Uppskattning mycket oklart om det går att genomföra*

Utförligare beskrivning av förslaget:

Genom att göra en förskjutning av arbetsuppgifter till några få personer som följer med på dubbelbemanningar ges ökad kontinuiteten i hemtjänsten och avlastar ordinarie personal och tillskapar arbetsuppgifter för arbetsmarknadsanställda. Denna åtgärd beräknas att bli billigare för hemtjänsten. Viss kostnad för personal kommer att kvarstå men blir billigare.

Sista kvartalet, oktober–december uppgick antalet timmar med dubbelbemanning till 4 012 timmar av totalt 33 859 arbetade timmar, motsvarar 11,8%.

I januari och februari har antalet timmar med dubbelbemanning uppgått till 3 215 timmar (dag och kväll), ca 19 000 timmar/år. En undersköterska arbetar ca 2000 timmar/år detta medför att det går åt ungefär 10 åa till att dubbelbemanna. Kostnaden för 10 undersköterskor är drygt 5 mkr.

Det är fortfarande oklart hur organiseringen av detta skulle kunna gå till samt vad den reella besparingen blir. Förslaget är fortfarande i sin linda och förvaltningen vet inte om det går att realisera alls då personalen från arbetsmarknadsenheten bara skulle utföra dubbelbemanningar och inte annat omsorgsarbete och hur detta skulle gå att organisera i ett schema är fortfarande inte utrett. Därav blir uppskattade effektivisering lågt räknat. Om det går att genomföra beräknar förvaltningen att det blir en större besparing än beräknat ovan och om det inte går att genomföra blir det ingen besparing alls.

Risk och Konsekvenser om förslaget genomförs

Inga utifrån att de arbetsmarknadsanställda får utbildning och handleds av van personal i hemtjänsten

Enhet: Vård och omsorg - Hemtjänst
Förslag:

Öppna en social dagverksamhet för personer i ordinärt boende utan kognitiv svikt under 2025 på Hemgården (biståndsbedömd)

Öppna en Träffpunkt för personer utan biståndsbedömning för att minska ensamhet.

	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	0 tkr	100 tkr*	100 tkr*

** effektiviseringen beror på om det kommer besökare till social dagverksamhet och träffpunkt som har insatser i hemtjänsten som där med kan minskas i omfattning*

Utförligare beskrivning av förslaget:

Genom att starta upp en social dagverksamhet (biståndsbedömd för personer utan kognitiv svikt) skulle möjlighet till ökat välbefinnandet för personer med ensamhetsproblematik i ordinärt boende i vardagen öka.

Genom att erbjuda denna insats skulle ärenden som har avlösarservice kunna förberedas plats och därmed minska kostnaderna för hemtjänst och fördröja behovet av HSL insatser. Man skulle även kunna erbjuda träning och förflyttningsteknik för att minska fallskador. Möjligheten att äta lunch gemensamt och därmed minska trycket på hemtjänst samt avlösarservice.

Vidareutveckla en träffpunkt för personer utan biståndsbedömning för att motverka ensamhet, där även lunch kan serveras. Förslaget är fortfarande i sin linda och reella besparingar av förslaget är svårt att beräkna, därav beräknas effektiviseringen lågt 2025 och 2026. Förvaltningen skulle behöva prova och utvärdera vad effekten blir för främst hemtjänsten.

Risk och Konsekvenser om förslaget genomförs

Använda två personal från hemtjänsten bör minska behovet i hemtjänst på sikt. Resa till dagverksamheten kan ske med färdtjänst vilket kan medföra ökade kostnader för färdtjänst.


Enhet: Vård och omsorg - Hemtjänst
Förslag:

Ledsagning i ordinärt boende sköts av personal från AME. Under 2022 utfördes 642 timmar ledsagning. Övervägande delen avsåg ledsagning till och från besök på vårdcentral och sjukhus.

	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	50 tkr	50 tkr	50 tkr

* se anvisning

Utförligare beskrivning av förslaget:

Genom att AME sköter ledsagning till olika aktiviteter eller sjukhus kan hemtjänsten effektiviseras genom minskade kostnader samt kompetensen tas tillvara på rätt sätt och arbetsmarknadsanställda får meningsfulla arbetsuppgifter. Svårt att beräkna effektiviseringen men arbetsmarknadsanställda har en subventionering av sin lön som redan anställda undersköterskor saknar. Effektiviseringen behöver prövas och utvärderas. Ovanstående är uppskattad effekt av effektivisering.

Risk och Konsekvenser om förslaget genomförs

Inga kända

Enhet: Individ och familjeomsorgen (IFO)
Förslag:

Ökad medvetenhet och samordnade inköp

	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	20 tkr	10 tkr	5 tkr

* se anvisning

Utförligare beskrivning av förslaget:

IFO bedöms kunna spara ca 20 tkr under 2023 genom att öka medvetenheten hos medarbetare om vårt ekonomiska läge och ge utrymme för utvecklandet av effektiva och resurssparande förändringar i vardagen samt genom att ytterligare förbättra de samordnade inköpen av förbruknings- och kontorsmaterial. Bedömning görs att implementerandet av flera olika digitala lösningar som är planerade för implementering under 2023 och 2024, kommer att bidra till ytterligare effektiviseringar under 2024 och 2025

Risk och Konsekvenser om förslaget genomförs

Inga


Enhet: Individ och familjeomsorgen (IFO) - Bistånd

Förslag: Revidering och uppdatering av riktlinjer för äldreomsorgens biståndsbedömning

	2024	2025	2026
Belopp (tkr)*	50 tkr*	0 tkr	0 tkr

* svårbedömt

Utförligare beskrivning av förslaget:

En översyn av riktlinjerna pågår för att göra dem mer enhetliga, lättare att följa samt för att tydliggöra biståndsbedömningen så att likabehandlings- och rättssäkerhetsprinciperna säkerställs.

Det är mycket oklart vad det innebär i effektivisering i pengar men förvaltningen är övertygad om att det kommer att bidra till en effektivisering.

Risk och Konsekvenser om förslaget genomförs

Insatser som kan tillgodoses på annat sätt ska enligt lag inte beviljas vid ansökan. De personer som ansöker om stöd skall få det stödet de har rätt till men inte till insatser som kan tillgodoses på annat sätt.



Månadsuppföljning per 28-02-2023 för socialnämnden

Sammanfattning

Prognosen per den siste februari visar ett underskott på 12 450tkr, för socialnämnden för helår 2023. 1 700 tkr avser de flyktingmedel avseende 2018 års nyanlända som förs till resultatet 2022. Övriga verksamheter visar en negativ prognos på 14 150 tkr.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2023-03-09
Månadsrapport per 2023-02-28

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner månadsuppföljningen.

Gabrielle Ek
Controller

Expedieras till: Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet
För kännedom Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet
till:

DIARIENUMMER: SN 2023-6
FASTSTÄLLD/INSTANS: Socialnämnden
VERSION:
SENAST REVIDERAD: 2023-03-09
GILTIG TILL:
DOKUMENTANSVAR: Socialchef

Månadsrapport

per den 2023-02-28

Med prognos för 2023-12-31

Socialnämnden



**Herrljunga
kommun**

Sammanfattning

Prognosen per den siste februari visar ett underskott på 12 450 tkr, för socialnämnden för helåret 2023. 1 700 tkr avser resultatföring av flyktingmedel från 2018 års flyktinggrupp vilket bidrar positivt till resultatet. Övriga verksamheter visar en negativ prognos på 14 150 tkr.

De stora underskotten i förvaltningen är kopplade till funktionshinder (extern LSS och personlig assistans) men också IFO placeringar av barn och unga. Även Vård och omsorg visar ett större underskott och då inom hemtjänsten. Detta är på grund av fortsatt stora behov inom verksamheten.

Inför 2023 fick samtliga nämnder en effektivisering om 0,9%. I verksamheterna har anpassningar gjorts för att uppnå detta. Inom förvaltningsledningen har telekommunikation sänkts med 120 tkr. Socialt stöd har utfört besparingar genom att inte tillsätta en pensionsavgång och studieledighet full ut. Vård och omsorg gör besparingar om totalt 500 tkr. Det omfattar bland annat avslutad handledning för chefer, vakanser samt minskad budget för inköp av förbrukningsartiklar. Inom IFO tillsätts en vakant tjänst enbart under en del av året, detta motsvarar cirka 185 tkr. Utöver detta har cirka 1 200 tkr i statsbidrag inte planerats ut i verksamheten.

Driftredovisning

Prognos

Som belastar resultatet

FÖRV	RSUM	År Budget	År Prognos	Avvikelse prognos vs budget	Förändr prognos	Diff föregående
4 Socialnämnd	1 Intäkter	-49 842	-51 232	1 390	1 390	0
4 Socialnämnd	3 Personalkostnader	200 351	202 351	-2 000	-2 000	0
4 Socialnämnd	4 Lokalkostnader, energi, VA	15 290	15 330	-40	-40	0
4 Socialnämnd	5 Övriga kostnader	68 006	79 896	-11 800	-11 800	0
4 Socialnämnd	6 Kapitalkostnad	769	769	0	0	0
	Nettokostnad	234 574	247 024	-12 450	-12 450	0

Ansvarsområde	År Budget	År Prognos	Avvikelse prognos vs budget	Förändr prognos	Diff föregående
40 Nämnd	571	571	0	0	0
41 Förvaltningsledning	15 696	13 996	1 700	1 700	0
42 Individ och familjeomsorg	42 401	45 901	-3 500	-3 500	0
44 Vård och omsorg	128 498	131 098	-2 600	-2 600	0
46 Socialt stöd	47 408	55 458	-8 050	-8 050	0
	234 574	247 024	-12 450	-12 450	0

Redovisning av orsaker och åtgärder

Socialnämnd

Prognos: enligt budget

Förvaltningsledning

Prognos: + 1 700 tkr

Orsak: Förvaltningsledningen prognostiserar ett överskott på 1 700 tkr vilket beror på resultatföring av flyktingmedel från 2018 års flyktinggrupp med 1 700 tkr.

Individ och familjeomsorg övergripande

Inom verksamheten handläggs all myndighetsutövning. Verksamheten är helt lagstyrd och handlägger ärenden efter ansökan från enskild eller efter anmälan om oro. Verksamheten har det yttersta ansvaret för samtliga personer som vistas i Herrljunga kommun. Ärenden som handläggs rör Barn och familj, försörjningsstöd, missbruk, bistånd, LSS, socialpsykiatri, våld i nära relation, familjerätt samt har del i Familjecentralens verksamhet. Verksamheten beviljar bistånd enligt SoL och LSS till placering i familjehem, försörjningsstöd, hemtjänst, SÄBO, behandlingshem, kontaktpersoner, vuxenbehandlare, mm. Alla förekommande ärenden inom Socialförvaltningen går via Verksamhet IFO som efter ansökan eller anmälan och utredning tar beslut om att bevilja bistånd/insats eller besluta om avslag. Ett beslut om avslag kan gå vidare till Förvaltningsrätt och Kammarrätt för avgörande. Beslut kan även tas mot den enskildes vilja enligt LVU och LVM, då det finns en påtaglig risk för den enskildes hälsa och liv. Ansökan om vård beslutas av Förvaltningsrätten. Inom verksamheten finns även omsorgsavgifter, färdtjänst samt den administrativa enheten.

Prognos: + 300 tkr

Orsak: IFO övergripande prognostiserar ett överskott på 300 tkr vilket beror på att omsorgsavgifterna genererar en högre intäkt än budgeterat.

Åtgärd: Det råder kostnadsmedvetenhet och verksamhetens kostnader följs upp löpande.

IFO vuxen och bistånd

Verksamheten inkluderar handläggning vuxen, vuxen vård, ekonomiskt bistånd och behandlingsteamet.

Prognos: - 300 tkr

Orsak: Ekonomiskt bistånd prognostiserar ett underskott på 300 tkr på grund av ökade kostnader vilket delvis beror på att riksnormen för försörjningsstöd ökar med över åtta procent till 2023 men också att det har tillkommit fler ärenden.

Åtgärd: Det råder kostnadsmedvetenhet och verksamhetens kostnader följs upp löpande.

IFO barn och familj

Verksamheten inkluderar handläggning barn och familj, barn och ungdomsvård samt EKB vård.

Prognos: - 4 000 tkr

Orsak: Barn och ungdomsvård visar ett underskott på 4 000 tkr på grund av ökade kostnader för HVB och familjehemsvård. Handläggning barn och familj visar på en prognos enligt budget.

EKB-bufferten beräknas finansiera kostnader för vård av barn och unga med 2 200 tkr under 2023.

Åtgärd: Det råder kostnadsmedvetenhet och det tas fram prisalternativ till nya placeringar. Men när det tillkommer flertalet placeringar så räcker inte de budgeterade medlen till.

IFO bistånd, stöd och administration

Verksamheten inkluderar administration/reception IFO, handläggning äldre och funktionshinder samt färdtjänst.

Prognos: + 500 tkr

Orsak: Färdtjänst prognostiserar ett överskott på 500 tkr på grund av färre antal resor än budgeterat.

Åtgärd: Det råder kostnadsmedvetenhet och verksamhetens kostnader följs upp löpande.

Gemensam verksamhet vård och omsorg

Prognos: 400 tkr

Orsak: Det finns tjänster inom ledningsgruppen som inte är tillsatta under perioder på våren vilket bidrar till ett överskott.

Åtgärd: Verksamhetschefen arbetar aktivt med rekrytering.

Hemtjänst

Prognos: -2 750

Orsak: Landsbygden visar en prognos om ett underskott på -1 300 tkr, tätorten ett underskott om -1 000 tkr och Ljung ett underskott om -450 tkr. Orsaken till underskottet är personalkostnader till följd av ökat behov ute i verksamheten och individer med omfattande behov av stöd. Underskottet motsvarar till stor del det effektiviseringsbeting som hemtjänsten fått, dock ligger effektiviteten hos hemtjänsten stabilt. Orsaken till underskottet är därför behovsstyrt.

Åtgärd: Kostnadsmedvetenhet råder och verksamhetschefen jobbar aktivt för att återsöka alla tillgängliga statsbidrag för att väga upp detta underskott. Enhetscheferna arbetar även aktivt för att planera scheman samt se över behov.

Korttidsenhet och bemanning

Verksamheten inkluderar korttidsboende, dagverksamhet, Hagen natt, utskrivningsklara och timpersonal bemanning samt bemanningspool.

Prognos: -250.

Orsak: Under årets första månader har det varit en högre beläggning på korttiden än ordinarie korttiden. Under slutet på februari har dessa placeringar utgått och nya inkommit, vilket innebär att Furuhausen fortsatt har fler placeringar än budgeterat.

Åtgärd: Kostnadsmedvetenhet råder och det ses över huruvida planering kan minska personalkostnaderna framöver. Vidare ses alternativet med att ha placeringarna i egen regi som mer kostnadsmedvetet på grund av den höga dygnskostnaden hos externa aktörer.

Särskilt boende, Hagen och Hemgården

Prognos: -400.

Orsak: Hagen visar en prognos om -150 på grund av personalkostnader till följd av placeringar på Ekshagen med omfattande vårdbehov. Hemgården demens visar ett underskott om -150 på D1+D2 till följd av korttidssjukfrånvaro som lett till ökade vikariekostnader. På Hemgården demens prognostiseras ett underskott om -100, även detta för korttidsfrånvaro och ökade vikariekostnader.

Åtgärd: Kostnadsmedvetenhet råder och det ses över huruvida planering kan minska personalkostnaderna framöver.

Hälso- och sjukvård

Prognos: 400 tkr

Orsak: Det finns tjänster som är vakanta hos sjuksköterskor dag vilket bidrar till ett överskott på personalkostnader

Åtgärd: Enhetschefen arbetar aktivt med rekrytering samt schemaläggning.

Gemensam verksamhet Socialt Stöd

Socialt stöd består av fyra enhetschefsområden. Sysselsättningsenheten med arbetsmarknadsenhet, Daglig verksamhet enligt LSS och Tvätteri. Stöd och resurs består av Boendestöd och Stödboende och servicebostad enligt LSS. Funktionshinderverksamhet 1 består av Gruppboende enl LSS, LSS extern regi samt boende socialpsykiatri (externa platser). Funktionshinderverksamhet 2 består av KTS, ledsagning och avlösarservice LSS, personlig assistans både extern och i egen regi samt kontaktpersoner. Socialt Stöd är en utförarverksamhet och styrs av inflödet av nya ärenden vilka då påverkar budget direkt.

Prognos: - 150 tkr

Orsak: Socialt stöd gemensamt prognostiserar ett underskott på 150 tkr vilket beror på att den budgeterade besparingsposten inte redovisas under det gemensamma ansvaret utan ligger under stöd och resurs samt sysselsättning.

Funktionshinder 1

Inom verksamheten finns gruppboende enl. LSS, LSS extern regi, samt boende socialpsykiatri (externa platser).

Prognos: - 7 650 tkr

Orsak: Funktionshinder 1 prognostiserar ett underskott på 7 650 tkr på grund av ökade kostnader för extern LSS med 7 450 tkr. Utöver detta prognostiseras ett underskott på 200 för gruppboende enligt LSS i och med viss överanställning som ett led i heltid som norm, deltid som möjlighet.

Åtgärd: Kostnadsmedvetenhet råder och fokus ligger på att se över möjligheterna till samplanering för att minska personalkostnaderna framöver. Arbetet har påbörjats för att på sikt flytta hem de externa placeringarna, alternativt se över möjligheten till att omförhandla avtalen. Detta är ett omfattande arbete och det krävs investeringar och satsningar inom kommunen innan detta är möjligt och ett gott alternativ för brukarna. Även om arbetet påbörjades under 2022 så ger det ekonomiskt effekt först efter att någon placering kan flyttas hem. Det är svårt att säga när i tid detta kommer att ske, men det kan dröja ytterligare något år.

Funktionshinder 2

Verksamheten inkluderar KTS, ledsagning och avlösarservice LSS, personlig assistans både extern och i egen regi samt kontaktpersoner

Prognos: - 750 tkr

Orsak: Funktionshinder 2 prognostiserar ett utfall på – 750 tkr, vilket beror på ökade kostnader för personlig assistans, vilket delvis också är en effekt av överanställning i samband med heltid som norm, deltid som möjlighet, men också att det har tillkommit ett ärende samt lägre ersättning från Försäkringskassan än budgeterat. Kontaktpersoner visar ett överskott med 100 tkr, som ett led i att alla beslut inte verkställs.

Åtgärd: Kostnadsmedvetenhet råder och det ses över huruvida samplanering kan minska personalkostnaderna framöver.

Stöd och resurs

Verksamheten inkluderar: Boendestöd samt serviceboende.

Prognos: + 200 tkr

Orsak: Enheten stöd och resurs har en positiv prognos på 200 tkr för helåret. Boendestödet har lägre personalkostnader än budgeterat vilket beror på en vakant tjänst.

Sysselsättning

Verksamheten inkluderar Arbetsmarknadsenhet, Daglig verksamhet och Tvätteri.

Prognos: + 300 tkr

Orsak: Sysselsättning prognostiserar ett överskott på 300 tkr, vilket beror på att vakanta tjänster inom AME gemensamt och tvätten tillfällighet inte kommer att tillsättas fullt ut under 2023. En pensionsavgång inom tvätten bemannas med arbetsmarknadsanställda och viss utökning av ordinarie anställda.

SOCIALFÖRVALTNING

Sandra Säljö

Socialchef

Gabrielle Ek

Controller

Bilaga 1

Enhet	Budget 2023	Prognos 2023	Avvikelse helår	Förändring prognos
Nämnd	571	571	0	0
Förvaltningsledning*	15 696	13 996	1 700	1 700
IFO	42 401	45 901	-3 500	-3 500
IFO övergripande	1 749	1 449	300	300
IFO vuxen o bistånd	12 301	12 601	-300	-300
IFO barn och familj	19 273	23 273	-4 000	-4 000
IFO bistånd stöd & admin	9 078	8 578	500	500
Vård och omsorg	128 498	131 098	-2 600	-2 600
Vård och omsorg gem	6 184	5 784	400	400
Korttid och bemanning	9 861	10 111	-250	-250
Hagen säbo	18 000	18 150	-150	-150
Hemgården demens	10 279	10 429	-150	-150
Hälso- och sjukvård	24 741	24 341	400	400
Hemgården omvårdnad	15 625	15 725	-100	-100
Hemtjänst	43 808	46 558	-2 750	-2 750
Socialt stöd	47 408	55 458	-8 050	-8 050
Socialt stöd gem	3 166	3 316	-150	-150
Funktionshinder 1	14 805	22 455	-7 650	-7 650
Funktionshinder 2	13 287	14 037	-750	-750
Stöd och resurs	8 560	8 360	200	200
Sysselsättning	7 590	7 290	300	300
Totalsumma	234 574	247 024	-12 450	-12 450

*Inklusive resultatföring av 2018 års flyktingmedel, 1 700 tkr.



Kvalitetsdokument – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Sammanfattning

Dokumentet beskriver övergripande utgångspunkter, principer och ansvar för socialförvaltningens ledningssystem.

Ledningssystemet grundar sig på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Riktlinjen beskriver socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete som omfattas av följande bestämmelser:

- 3 kap. 3 § socialtjänstlagen
- 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
- 31 § hälso- och sjukvårdslagen

Syfte

Dokumentet beskriver hur Socialnämnden säkerställer kvalitetsarbetet i enlighet med gällande lagstiftning, för att ge en säker vård och omsorg med god kvalitet som också är kostnadseffektiv. Socialnämnden vill genom dokumentet tydliggöra och stödja förvaltningens systematiska, metodiska och processorienterade arbetssätt som kontinuerligt utvecklar kvalitet, säkerhet och kostnadseffektivitet.

Ledningssystemet ska bland annat möjliggöra:

- för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak (vad) görs vid rätt tillfälle (när) och på rätt sätt (hur)
- ett kontinuerligt förbättringsarbete
- och skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2023-03-06

Kvalitetsdokument – Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till Socialnämnden är att Socialnämnden godkänner Riktlinjen – Kvalitetsdokument Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

DIARIENUMMER:	37/2023
FASTSTÄLLD:	2023-03-28
VERSION:	1
GILTIG TILL:	2026-03-31
DOKUMENTANSVAR:	Förvaltningschef

Riktlinje

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Beslutande: Socialnämnden

Gäller för: Socialnämndens samtliga verksamheter



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehållsförteckning

Bakgrund	2
Syfte	2
Socialförvaltningens organisation	3
Herrljunga kommuns och socialförvaltningens kvalitetsarbete	3
Vad som styr kvalitetsarbetet	3
Styrmodell	3
Verksamhetsplan	3
Systematiskt förbättringsarbete	4
Ledningssystemets delar	5
Kvalitetssäkring av processer och rutiner	5
Samverkan	5
Riskanalyser	6
Rapportera och utreda avvikelser, missförhållande samt vårdskada	7
Utredning av klagomål och synpunkter	7
Egenkontroll	8
Personalens medverkan	9
Kvalitetsberättelse och patientssäkerhetsberättelse	9
I en lärande kunskapsorganisation	10

Bakgrund

Dokumentet beskriver övergripande utgångspunkter, principer och ansvar för socialförvaltningens ledningssystem.

Ledningssystemet grundar sig på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Riktlinjen beskriver socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete som omfattas av följande bestämmelser:

- 3 kap. 3 § socialtjänstlagen
- 6 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
- 31 § hälso- och sjukvårdslagen

Ledningssystemet ska utvecklas och revideras löpande vid nya lagstiftningar, föreskrifter, uppdrag och uppföljningar av verksamheten.

Syfte

- säkerställa att socialförvaltningen, i enlighet med gällande lagstiftning, ger en säker vård och omsorg med god kvalitet som också är kostnadseffektiv
- styra förvaltningen till ett systematiskt, metodiskt och processororienterat arbetssätt som kontinuerligt utvecklar kvalité, säkerhet och kostnadseffektivitet.

Ledningssystemet ska möjliggöra:

- för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak (vad) görs vid rätt tillfälle (när) och på rätt sätt (hur)
- ordning och reda i verksamheten
- en struktur för verksamhetens ledning och styrning
- ett kontinuerligt förbättringsarbete
- och skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

Ledningssystemet ska användas för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens verksamhet på alla nivåer: strukturiinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser. Medborgare har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet.

För att kunna få kunskap om och utveckla kvaliteten i verksamheten och att kunna bedöma resultat krävs metoder för uppföljning och utvärdering samt en systematisk dokumentation av detta arbete. Ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet fastställs och personalen görs delaktig i kvalitetsarbetet.

Förvaltningens systematiska kvalitetsarbete integrerar frågor kring uppdrag och kvalitet och stödjer på så sätt förvaltningens utvecklingsarbete. Genom ledningssystemet beskriver förvaltningen hur den planerar, utför, följer upp/utvärderar och förbättrar verksamheten. I det följande presenteras först grundläggande principer för ledning av verksamheten. Där beskrivs systematiken för ledningssystemet som helhet med organisatoriska förutsättningar och förvaltningens systematiska kvalitetsarbete.

I centrum för kvalitetsledningssystemet står processkartläggningar som beskriver en process olika delar och hur de förhåller sig till varandra. Varje del är kopplat till ett kvalitetskrav för aktiviteten och hur aktiviteten ska genomföras ska vara beskrivet i riktlinjer och rutiner.

Processerna ska sedan planeras, genomföras, kontrolleras och förbättras. I planeringen ska riskanalyser göras och när verksamheten kontrolleras ska egenkontroll och klagomålshantering användas som verktyg. En analys görs av resultat för att finna lämpliga åtgärder för förbättringar.

God kvalitet inom socialtjänstens verksamhet innefattar bland annat:

- Rättssäkerhet
- Bemötande
- Delaktighet
- Socialtjänstens insatser ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som socialtjänstlagen anger

God kvalitet innebär att socialförvaltningen uppfyller de krav och mål som lagstiftningen ställer på verksamheten.

Kvalitet enligt SOSFS 2011:9

Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt

- lagar och andra föreskrifter om socialtjänst och stöd och service för vissa funktionshindrade samt hälso- och sjukvård
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter

Socialförvaltningens organisation

Ledningssystemet gäller för socialförvaltningen i Herrljunga kommun som indelas i tre verksamhetsområden som alla omfattas av ledningssystemet:

- Vård- och omsorg
- Socialt stöd
- Individ- och familjeomsorg samt
- Stab

Ledningssystemet består av:

- socialnämndens *Riktlinje för det systematiskt kvalitetsarbete*
- de *processer, riktlinjer och rutiner samt övriga dokument* som stödjer det vardagliga arbetet

Allt finns samlat i *Handboken* under socialförvaltningens sida på KomNet.

Herrljunga kommuns och socialförvaltningens kvalitetsarbete

Vad som styr kvalitetsarbetet

Verksamhetens styrs, förutom av lagar, av Herrljunga kommuns vision och mål. Kommunfullmäktiges fastställda strategiska mål har brutits ner till socialnämndens prioriterade områden samt målindikatorer.

Styrmodell

För att säkerställa verksamhetsutveckling och en långsiktig ekonomisk hållbarhet krävs tydliga strukturer och uppföljningsprocesser avseende verksamhet och ekonomi i hela organisationen.

Herrljunga kommun styrs utifrån en vision och fastställda strategiska mål med tillhörande indikatorer och målvärden som beslutas av kommunfullmäktige. Visionen beskriver ett önskat tillstånd längre fram i tiden. De strategiska målen beskriver de områden som är prioriterade och som leder mot visionen.

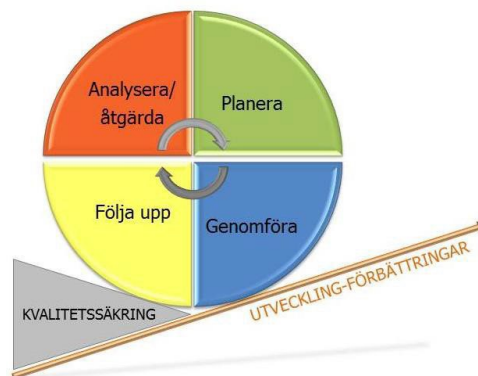
Verksamhetsplan

Nämnden har i uppdrag att utifrån de strategiska målen fastställa en verksamhetsplan där uppdragen utifrån de strategiska målen konkretiseras. I verksamhetsplanen finns en övergripande beskrivningen av hur

nämnden avser att arbeta för att de strategiska målen ska uppnås och en övergripande fördelning av de ekonomiska resurserna i nämndens verksamhet. Förvaltningen har i uppdrag att kontinuerligt arbeta för att uppnå de strategiska målen och följa verksamhetsplanen.

Systematiskt förbättringsarbete

Förbättringshjulet belyser ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och det systematiska förbättringsarbetet. Ledningssystemet är en ständigt pågående process. Grundläggande förutsättningar är att det finns upprättade styrdokument såsom riktlinjer och rutiner för att stödja utförandet av arbetsmomenten. Genom att kontinuerligt följa upp verksamheten, samla ihop resultaten och utifrån dessa upprätta plan/er så äger utvecklingen rum i en pågående cykel med ständiga förbättringar som utgångspunkt.



Planera

Nämnden beslutar om mål för socialförvaltningens verksamhet och ger uppdrag till tjänstemännen. Målen ligger till grund för hur verksamheterna ska bedrivas, beskrivna i processer, riktlinjer och rutiner som tjänstemännen tar fram.

Genomföra

Medarbetare på alla enheter arbetar under året med att genomföra aktiviteterna som finns angivna i processer, riktlinjer och rutiner.

Utvärdera

En viktig del är att följa upp verksamheten. Det görs till exempel genom att man ställer frågor till grupper som använder socialförvaltningens tjänster i undersökningar, genom att man tar in synpunkter och förslag från enskilda personer och genom att sammanställa resultat eller genom granskningar och kontroller.

Information samlas in för att se om de politiska målen är uppfyllda.

Förbättra

Analysera och åtgärda. Om resultatet inte har blivit som planerat eller om uppföljningen visar på annat som bör åtgärdas hanteras det.

Åtgärderna ligger till grund för den nya planeringen så att erfarenheterna från uppföljning och åtgärder tas till vara. På så sätt skapas ständiga förbättringar.

Ledningssystemets delar

Kvalitetssäkring av processer och rutiner

SOSFS 2011:9

4 kap 2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 § 1. identifiera de aktiviteter som ingår, och 2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning.

4 § För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Beskrivning

Det finns flera skäl att beskriva de viktigaste sociala tjänsterna med tillhörande arbetsprocesser.

Ur medborgarperspektiv och brukarperspektiv är det en demokratisk rättighet att känna till och förstå hur socialtjänsten arbetar och vad man kan förvänta sig av socialtjänsten. Det ökar brukarens möjligheter till aktiva val, inflytande och delaktighet. Sociala tjänster ska svara mot enskilda och grupper behov samt mot lagstiftningens krav.

Att beskriva arbetsprocesser är ett stöd för nyanställd personal, ökar rättssäkerheten för brukaren och patienten, ger möjlighet att identifiera och säkra delar i tjänsten som är problematiska samt möjlighet att identifiera onödiga led som minskar effektiviteten. När tjänsterna är tydligt beskrivna är de också möjliga att följa upp och utvärdera, vilket underlättar ett fortsatt kvalitetsarbete.

Hur

Processkartläggningar ska finnas på viktiga eller vanligt förekommande tjänster som är viktiga för verksamhetens kvalitet. Processkartläggning tas fram av en processägare, vanligtvis en verksamhetschef, kvalitetssäkring görs av Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS och Socialt ansvarig samordnare, SAS.

Uppföljning

Uppföljning sker inom ramen för förvaltningens egenkontroll och internkontroll. Processägaren är ansvarig för att följa upp sin egen process.

Ansvar

Processägaren ansvarar för att beskriva de viktigaste tjänsterna och dess processer inom sitt verksamhetsområde. Processägaren ansvarar för att processkartläggningarna hålls aktuella. Processen ägs av den som har rätt att fatta beslut om processen. Vem som är processägare ska framgå av processkartan. Alla medarbetare är ansvariga för att meddela processägaren om processen eller delar av den inte fungerar.

Samverkan

SOSFS 2011:9

4 kap 5 § Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

4 kap 6 § Vårdgivare ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Beskrivning

Samverkan såväl internt som externt är en förutsättning för att säkra kvaliteten på de insatser som ges inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS och för att förebygga vårdskador i hälso- och sjukvården.

Hur

Identifiera, beskriva och fastställa processer för samverkan internt och externt. Det kan exempelvis gälla samverkan vid in- och utskrivning av patienter, individuella planer eller samverkan i frågor som rör barn som riskerar att fara illa eller far illa.

Ansvar

Processägaren ansvarar för att beskriva de viktigaste tjänsterna och dess processer inom sitt verksamhetsområde. Processägaren ansvarar för att processkartläggningarna hålls aktuella. Processen ägs av den som har rätt att fatta beslut om processen. Vem som är processägare ska framgå av processkartan. Alla medarbetare är ansvariga för att meddela processägaren om processen eller delar av den inte fungerar.

Risikanalyser

SOSFS 2011:9:

5 kap 1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Beskrivning

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att:

- identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten
- åtgärda orsakerna till riskerna
- göra en särskild riskbedömning vid verksamhetsförändringar

Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser. En risk innebär att en negativ händelse kan inträffa som kan leda till ett missförhållande eller en vårdskada. Att analysera risker är ett framtidssyftande arbete, som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har hänt.

Hur

Alla processer i verksamheten som är kritiska för kvalitet- och patientsäkerheten bör analyseras och det visionära målet är att alla processer som påverkar patientsäkerheten genomgår grundläggande riskanalys. Risk- och konsekvensanalyser genomförs vid alla förändringar i verksamheten och/eller i rutiner. Förvaltningen har utarbetat en modell för hur risk- och väsentlighetsanalys ska gå till. Modellen bygger på SKR¹:s modell för risk- och händelseanalys.

Ansvar

Förvaltningschef, verksamhetschefer, verksamhetschef för Hälso- och sjukvård, MAS och SAS är ansvarig för övergripande riskanalyser.

¹ Sveriges kommuner och regioner

Verksamhetschef är ansvarig för riskanalyser inom respektive område. Varje enhetschef/medarbetare är ansvariga för riskanalyser på individnivå.

Rapportera och utreda avvikelser, missförhållande samt vårdskada

SOSFS 2011:9:

5 kap 4 § Bestämmelser om rapporteringsskyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse finns i 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), och för den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns i 24 b § LSS.

5 § Bestämmelser om skyldighet för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659),

- 1. för den som bedriver socialtjänst att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), och*
- 2. för den som bedriver verksamhet enligt LSS att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 24 e § LSS.*

Beskrivning

Nämnden säkerställer genom ledningssystemet att det finns rutiner för hantering av fel och brister. Utgångspunkten är att identifiera och åtgärda strukturella brister och brister i verksamhetens rutiner. Syftet är att lära av misstag. Ledningen ska verka för ett klimat som uppmuntrar och stödjer denna del av kvalitetsarbetet. Kvalitetsarbetet ska utgå från ett brukarperspektiv. All personal ska vara involverad och delaktig. Kontroll av eget utfört arbete, identifiering och rapportering av fel och brister ska vara självklara delar i personalens dagliga arbete.

Hur

- avvikelshantering i verksamhetssystemet
- rutin för Lex Sarah
- rutin för Lex Maria

Uppföljning

- sammanställning av avvikelserapporter lämnas halv- och helårsvis till Socialnämnden
- information till alla nyanställda om rapporteringsskyldighet samt i övrigt avvikelshantering
- årligen återkommande information till samtlig personal gällande rapportering av missförhållande
- enhetschefen ska månadsvis följa upp avvikelser med syfte att identifiera systematiska förbättringsområden
- på månadsvisa kvalitetmöten med enhetschefer följs avvikelser upp när behov föreligger

Ansvar

Förvaltningschef ansvarar för att det finns ett välfungerande avvikelshanteringssystem. Enhetschef ansvarar för att all personal har kunskap om rutinerna för Avvikelserapportering, att avvikelser följs upp, utreds och åtgärdas. SAS samt MAS sammanställer avvikelser och rapporterar dem till nämnd.

Utredning av klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9:

5 kap 3 §§ Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter, och föreningar, andra organisationer och intressenter.

Beskrivning

Nämnden säkerställer genom ledningssystemet att det finns rutiner för hantering av klagomål och synpunkter. Mottagna klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska utredas för att kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten.

Hur

- avvikelshanteringssystem
- rutiner för avvikelshantering
- mall för utredning av klagomål och synpunkter

Uppföljning

Inkomna klagomål och synpunkter ingår i sammanställning av avvikelserapporter som lämnas halv- och helårsvis till Socialnämnden.

Ansvar

Enhetschef ansvarar för att hantera och utreda inkomna klagomål och synpunkter. Enhetschefen ska även månadsvis följa upp klagomål och synpunkter med syfte att identifiera systematiska förbättringsområden.

Egenkontroll

SOSFS 2011:9 :

5 kap 2 § *Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.*

Beskrivning

Egenkontroll innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Socialnämnden har ansvar för att säkerställa att både verksamheten och ledningssystemet följs upp och utvärderas. För att kunna följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data.

Data kan vara:

- upprättade avvikelser samt inkomna klagomål/synpunkter
- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister så som Palliativregistret, Senior Alert, BPSD²
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- brukarundersökningar
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation enligt plan för internkontroll
- vara uppmärksam på om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- analys av uppgifter från patientnämnder
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter

Denna egenkontroll avser en regelbunden uppföljning av verksamhetens planering, resultat och utveckling.

Denna del av kvalitetsarbetet ger information om hur väl målen har uppfyllts och kunskap om när nya mål ska antas. Detta ger också en koppling till nämndens budget- och verksamhetsplanering.

² Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Hur

- egenkontroll sker utifrån varje verksamhetsbehov samt på indikationer på brister
- mallar för rättssäkerhet i handläggning av ärenden
- mallar för rättssäkerhet i genomförandeplaner
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- medarbetarenkät genomförs regelbundet.
- brukarundersökningar
- nationella kvalitetsregister
- läkemedelsgranskning
- analys av avvikelser och uppgifter från patientnämnder, revisorer och andra intressenter.

Ansvar

Förvaltningschef ansvarar för att säkerställa det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetschefer är ansvariga för att systematisk uppföljning och utvärdering av sin respektive verksamhet sker.

Enhetscheferna ansvarar för sin egenkontroll.

MAS och SAS ansvarar för egenkontroller när indikationer om brister uppmärksammas och i övrigt på ledningsgruppens eller nämndens uppdrag.

Personalens medverkan

SOSFS 2011:9:

6 kap 1 § *Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.*

2 § Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

3 § Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

Beskrivning

Förvaltningens medarbetare deltar aktivt i kvalitetsarbetet genom att medverka både vid upprättande och uppföljning av processer och rutiner. Sådan uppföljning äger rum kontinuerligt och utgör ett underlag för förvaltningens fortsatta utvecklingsarbete.

Hur

Personalen medverkar vid upprättande av processkartor och kvalitetsfrågor. Delaktighet och dialog är ett återkommande tema på arbetsplatsträffar, APT.

Ansvar

Förvaltningschef och verksamhetschef ansvarar för att personalen utbildas i ledningssystemet för kvalitetsarbete. Enhetschef ansvarar för att regelbundet lyfta frågor om kvalitet på APT.

Kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse

SOSFS 2011:9:

7 kap 1 § *Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.*

Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse

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

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

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

2 § Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Beskrivning

För att delarna i det systematiska förbättringsarbetet, riskanalyser, synpunktshantering, egenkontroll och avvikelshantering ska kunna användas effektivt för att förbättra verksamheten bör alla ingående delar dokumenteras och analyseras av såväl nämnd som förvaltning.

Hur

En kvalitetsberättelse samt en patientsäkerhetsberättelse upprättas årligen och presenteras för och fastställs av Socialnämnden.

Ansvar

SAS ansvarar för att upprätta kvalitetsberättelse. MAS tillsammans med verksamhetschef enligt HSL 4 kap 2 § ansvarar för patientsäkerhetsberättelse.

I en lärande kunskapsorganisation

Att utveckla kvaliteten i förvaltningen förutsätter en lärande organisation. Alla i förvaltningen måste lära sig av det dagliga arbete och använda nya kunskaper som inhämtas vid utbildningar och kurser.

Tillsammans skapas en lärandemiljö genom exempelvis:

- låta avvikelser, klagomål och synpunkter bli underlag för diskussion, erfarenhetsutbyte och lärande
- brukares erfarenheter tas tillvara t.ex. genom enkäter, nationella brukarundersökningar m.m.
- analys av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser, nationella och regionala kvalitetsregister så som Palliativregistret, Senior Alert, BPSD
- arbetsplatsträffar och team med tydlig dagordning
- nya kunskaper, färdigheter och metoder som inhämtats på utbildningar och kurser ska ges möjlighet att prövas och användas i vardagen.

Kvalitetsberättelse 2022

Sammanfattning

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens nya föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Av det allmänna rådet till 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framgår att arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse.

Kvalitetsberättelsen 2022 redovisar att ett fortsatt förbättringsarbete behövs för att säkra en god kvalitet i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Bland annat genom att:

- analysera resultat och orsaker för att komma fram till vilka åtgärder för att på ett systematiskt sätt arbeta för kvalitetsförbättringar
- dokumentera
- identifiera och fastställa processer
- fortsatt uppdatering av riktlinjer och rutiner i handboken
- personalens medverkan i kvalitetsarbetet är en förutsättning för att få en samsyn och inriktning på ett förbättringsarbete.

Återkommande i 2022 års Kvalitetsberättelse är vikten av att *analysera resultat*. Då uppdraget är att arbeta med ett *systematiskt kvalitetsarbete* då blir analys av resultat en central och viktig del i det arbetet.

Under året har ett fortsatt arbete skett med uppdatering av grundläggande dokument till handboken, kvalitetsmöten med chefer, och egenkontroller.

Rapporteringarna kring avvikelser har oftast förekommit i dialogen på kvalitetsmöten men i ett fortsatt arbete behöver ett fokus även sättas på förebyggande arbete genom analyser.

Analys behöver göras i högre grad än vad som görs, även vid uppföljning av andra resultat med att identifiera orsaker, vilka åtgärder, uppföljning etc. Systematiskt förbättringsarbete ska dokumenteras med stöd av mallar.

Den nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen har genomförts återigen 2022. På flera områden så är det en minskad andel nöjda i jämförelse med tidigare år, inte unikt för Herrljunga utan en trend i riket. Där finns dock resultat på några område att ta omhand i verksamheten, vilket också har gjorts. Inom verksamhet IFO har inget deltagande varit 2022 vilket innebär att någon analys inte kan göras av brukarnas syn på socialtjänsten. Andra resultat finns i form av statistik och granskningar som verksamheten behöver ta till sig, inrikta sig på förbättringar där det brister eller är ett försämrat resultat. Verksamhet Socialt stöd, LSS deltar vartannat år och återkommer med nytt deltagande 2023.

Risk- och konsekvensanalyser vid förändringar samt utredningar vid synpunkter och klagomål görs lite mer frekvent. Även här ska mallar användas.



Av dokumentationsgranskning inom äldreomsorg och LSS framgår generellt att en positiv utveckling har skett. Där det finns brister har verksamheterna en uppgift att förbättra dokumentationen, vilket också har gjorts 2022 och det arbetet fortsätter.

Måluppfyllelsen utifrån de i Kvalitetsberättelsen redovisade resultaten för målindikatorer, har för år 2022 inte uppnåtts.

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete år 2023.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2023-03-09
Kvalitetsberättelse 2022

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:
Socialnämnden godkänner Kvalitetsberättelsen för 2022 och lägger den till handlingarna.

Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

DIARIENUMMER: 36/2023

FASTSTÄLLD: 2023-03-28

Kvalitetsberättelse 2022

Beslutsinstans: Socialnämnden

Omfattar: Socialförvaltningens samtliga verksamheter



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

2023-03-09

Sammanställd av: Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

Innehåll

1	SAMMANFATTNING	3
2	VERKSAMHETSINRIKTNING OCH ANSVAR	3
2.1	Målgrupp	3
2.2	Lagstiftning	3
2.3	Uppdrag och ansvar	4
3	FÖREGÅENDE ÅRS IDENTIFIERADE FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	4
4	MÅL OCH MÅLUPPFYLLELSE	6
4.1	Vision och mål	6
4.2	Måluppfyllelse	7
5	SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE	7
5.1	Risk- och konsekvensanalys	7
5.2	Egenkontroll	8
5.2.1	Intern kontroll	8
5.3	Utredning av avvikelser	9
5.3.1	Avvikelser SoL/LSS	10
5.3.2	Klagomål och synpunkter	12
5.3.3	Lex Sarah	13
6	EXTERNA GRANSKNINGAR	14
6.1	Inspektionen för vård och omsorg	14
6.1.1	Ej verkställda beslut	14
6.1.2	Enskildas anmälan till Inspektionen för vård och omsorg	15
6.1.3	Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg	15
7	PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET	15
8	FÖRBÄTTRINGSPLAN	16
8.1	Inriktning 2023	16

1 Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS¹) 2011:9, 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt Lagen om stöd och servis till vissa funktionshindrade, LSS varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Detta bör göras med dokumentationen som utgångspunkt.

Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten.

Av kvalitetsberättelsen bör det framgå:

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

Kvalitetsberättelsen omfattar i huvudsak områden enligt socialtjänstlagen, SoL och LSS.

Under året har ett fortsatt arbete skett bland annat med uppdatering av grundläggande dokument till handboken, kvalitetsmöten med enhetschefer, brukarundersökning inom äldreomsorg, egenkontroller och granskningar.

Rapporteringarna kring avvikelser har oftast förekommit i dialogen på kvalitetsmöten men i ett fortsatt arbete behöver ett fokus även sättas på förebyggande arbete och analyser, vilket lyfts till nämnd och olika chefsnivåer. Avvikelser i dess olika former är en central del i förbättringsarbete där fördjupad analys behövs i högre grad än vad som görs, men också uppföljning av andra resultat såsom brukarundersökningar, resultat från egenkontroll, granskningar, måluppfyllelse och statistik. Att identifiera orsaker till brister för att komma fram till vilka åtgärder som behövs. Systematiskt förbättringsarbete ska dokumenteras och sker i något högre grad än tidigare år. Till stöd för dokumentation finns mallar.

SAS/MAS/Kvalitetssamordnarna ingår i förvaltningsledningen och deltar i ledningsgruppsmöten och är på så sätt deltagande i planering kring behov av fortsatta förbättringsarbeten.

Den årliga nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen har, med ett uppehåll 2021 återigen genomförts 2022. Inom verksamhet IFO² och inom verksamhet Socialt stöd, LSS har ingen brukarundersökning skett 2022. Olika resultat från bland annat brukarundersökningar, avvikelser, internkontroll, granskningar och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete 2023.

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens alla verksamheter på alla nivåer: strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser. Medborgare som får eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet.

2.2 Lagstiftning

Socialtjänstlagen 3 kap § 3 - *"Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras"*.

¹ Föreskrifter och Allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete

² Individ och familjeomsorg

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade § 6 innehåller motsvarande bestämmelse.

Kvalitet definieras på följande sätt - att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- lagar och andra föreskrifter om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Krav på kvalitet i verksamheten och uppföljning sker på flera nivåer. Det finns en nationell nivå med krav i form av lagstiftning och nationell uppföljning, via tillsyn, öppna jämförelser mm. Kommunfullmäktige ställer krav om mål för verksamheten. Nämnden har beslutat om måindikatorer, dessa ska följas upp i egenkontroll. Enskilda brukares uppfattning följs upp via nationella brukarundersökningar samt synpunkt- och avvikelsehantering.

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, 7 kap. 1 § ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet *dokumenteras*.

2.3 Uppdrag och ansvar

SOCIALNÄMND

Socialnämnden har ett ytterst ansvar för verksamheten.

FÖRVALTNINGSCHEF

Förvaltningschef har ett övergripande ansvar och rapporterar till socialnämnden.

SAS/KVALITETSSAMORDNARE

SAS/Kvalitetssamordnare arbetar fram riktlinjer, ansvarar för att ledningssystemet följs upp, följer aktuell lagstiftning och tillsammans med ledningsgruppen ser till att uppföljning och utveckling sker inom området socialtjänst. SAS/Kvalitetssamordnare och förvaltningschef samt verksamhetschefer ska samverka kring socialtjänstfrågor. Rapporterar till respektive ansvarig verksamhetschef samt förvaltningschef. SAS arbete sker i vissa delar i samarbete med medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS.

VERKSAMHETSCHEF

Verksamhetschefer för IFO, socialt stöd samt vård- och omsorg har ett övergripande ansvar att leda och utveckla sina verksamheter. Verksamhetschefer har ett ledningsansvar tillsammans med förvaltningschef och ska samverka kring socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS och SAS. Rapporterar till förvaltningschef.

ENHETSCHEF

Enhetschefer har ansvar för att leda och utveckla sina enheter. Har ansvar för att ta fram rutiner på enhetsnivå och se till att dessa följs. Rapporterar till verksamhetschef.

PERSONAL I VERKSAMHET

Ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet och följa fastställda processer, riktlinjer och rutiner. Rapporterar till enhetschef.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Ledningssystem

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemets olika delar har varit återkommande i dialoger, i kvalitetsmöten både på enhetschefsnivå och på ledningsnivå.

Processer

- Upprättade processer finns för vissa delar av vissa verksamheter t.ex. äldreomsorg/boende. En uppdatering av Handboken på KomNet pågår och där läggs även processer upp.

Resultat

Samordnad Individuell Plan, SIP-process upprättad i Närvårdssamverkan och finns i handboken.

Tidigare upprättade processer, har inte uppdaterats, ett arbete som kvarstår. Inom IFO pågår arbete gällande processer i handläggning, inga dokumenterade processer har upprättats. Det verksamhetssystem som förvaltningen har idag stödjer inte handläggningsprocesserna men oavsett det, måste det grundläggande arbetet med att ta fram processernas olika steg arbetas fram inom verksamheten.

Risk- och konsekvensanalyser

- Är dels att identifiera och värdera risker vid förändringar, identifiera bakomliggande orsaker och att föreslå åtgärder som minskar riskerna eller dess konsekvenser. Dels att göra analyser av olika slag av resultat och vid behov upprätta en handlingsplan för det fortsatta arbetet.
- Verktyg för dokumentation av analys och förbättringsarbete ska användas.

Resultat

Risk- och konsekvensanalyser upprättas i regel. Att följa upp resultatet utifrån åtgärderna i handlingsplanen är inte dokumenterade vilket är en brist.

Att analysera olika slag av resultat är viktigt i ett systematiskt kvalitetsarbete vilket sker i begränsad omfattning. Sju dokumenterade analyser har upprättats under 2022. Inom socialt stöd fyra och dessa handlar om samma brist, brister i dokumentation. Inom IFO en analys gällande låg svarsfrekvens på brukarundersökningen 2021. Inom vård och omsorg finns två. En analys handlar om otrygghet på boendet och en gällande utbildningsbrister inom HSL. I flertalet saknas uppföljningar och resultat.

Andra resultat som skulle kunna vara aktuella för analys med handlingsplan för åtgärder är t.ex. från brukarundersökning i äldreomsorgen, ej uppfyllda målindikatorer, resultat från kartläggningen av insatsen kontaktperson.

Dokumentation

- Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Resultat

Risk- och konsekvensanalyser med handlingsplaner dokumenteras i högre grad än tidigare år. Att utreda och dokumentera inkomna klagomål och synpunkter görs i högre grad och diarieförs i enlighet med rutiner för avvikelser. Dokumenterad analys av ett resultat som grund i ett förbättringsarbete är ett fåtal.

Personalens medverkan i kvalitetsarbete

- Personal ska arbeta i enlighet med processerna och rutinerna i ledningssystemet och ges förutsättningar att vara delaktig i dialogen kring kvalitetsarbetet på arbetsplatsen.

Resultat

Ett arbete har pågått under året med att uppdatera hela Handboken med dess olika dokument.

Uppdaterade och beslutade dokument läggs upp i Handboken. Cheferna ansvarar för att sprida informationen vidare till sina medarbetare och vid behov tillsammans gå igenom uppdaterade dokument, även i ett utbildningssyfte. Medarbetare ska känna till var och hur de kan söka information i riktlinjer, rutiner och i övrigt styrande dokument som stöd för sitt vardagsarbete.

Dokumentation på brukarnivå

- Verksamheter har en skyldighet att dokumentera genomförandet av beviljade insatser. Över åren har det varierat i vilken utsträckning det finns upprättade, aktuella genomförandeplaner där också brukarens delaktighet framgår. Journalanteckningar ska bl.a. dokumenteras med respekt för den enskildes integritet, ska ske löpande över tiden samt innehålla de viktiga händelser som sker och kan ligga till grund inför framtida beslut. Det är ett ständigt pågående arbete.

Resultat

Ett arbete har skett i flertalet verksamheter gällande dokumentation på brukarnivå. Chefer inom LSS genomför en intern dokumentationsutbildning för sina medarbetare.

En dokumentationsgranskning har skett inom äldreomsorg och verksamheter inom LSS. Genomförandeplaner upprättade och aktuella finns i stor utsträckning. Gällande journalanteckningar finns det variationer. I enstaka fall finns anteckningar formulerade på ett icke acceptabelt sätt, egna värderingar, stötande ordalag etc. Enhetschefer är medvetna om bristerna och lyfter det med sina medarbetare. Till stöd för enhetscheferna finns i verksamheterna socialt stöd och vård och omsorg dokumentationsombud, dessa har kompetens gällande både kraven på dokumentation samt handhavande i verksamhetssystemet, då dessa delar hänger samman vid dokumentation. En sammanfattning av resultatet från dokumentationsgranskning finns och bör vara ett underlag för chefer i ett fortsatt förbättringsarbete.

De temafilmer som tidigare har framtagits och berör dokumentationens genomförandeplaner, journalanteckningar finns som ett stöd till verksamheterna att uppdatera sig på eller att använda vid introduktionen av nya medarbetare. Ett utbildningsmaterial i PowerPoint finns framtaget som stöd. Dokumentation i handläggning inom IFO är ett fortsatt förbättringsområde. En seminarierie var planerad men fick pausas på grund av sjukdom. I den mån det finns möjligheter att göra förändringar i verksamhetssystemet Viva för att förbättra vissa delar i handläggningen, så görs det.

Övrigt – Nationella brukarundersökningar

- Nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen genomfördes 2022. Vissa delar av resultaten har omhändertagits t.ex. en fråga om förtroende för personalen inom särskilt boende.

Resultat

Här har särskild enkät lämnats ut till brukare och anhöriga, det som svaren i flertalet enkäter visar är otydlighet i uppdraget ”kontaktman”, som varje brukare har. Åtgärder har vidtagits utifrån detta men har inte dokumenterats.

Brukarundersökning inom IFO genomfördes inte 2022. Ett analys- och åtgärdsarbete är påbörjat i februari 2022, inför nästa brukarundersökning men analysen fick ingen fortsättning. Det är viktigt att återuppta detta inför ett deltagande 2023.

Brukarundersökning inom LSS genomförs vartannat år och blir närmast 2023.

4 Mål och måluppfyllelse

4.1 Vision och mål

Utifrån Kommunfullmäktige övergripande mål för Herrljunga kommun beslutar nämnderna om sina inriktningsmål. Utifrån socialnämndens mål har nämnden också tagit fram ett antal målindikatorer.

De målindikatorer som här följs upp, i kvalitetsberättelsen är:

- Ökad nöjdhet, helhetsbedömning avseende brukarbedömningar inom hemtjänst och särskilt boende
- Personalkontinuitet i hemtjänst

Inom IFO och LSS genomfördes inga nationella brukarundersökningar 2022.

	Resultat 2021	Mål 2022	Resultat 2022
Vård och omsorg			
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning hemtjänst – helhetssyn (%)	*	94	82
Ökad nöjdhet avseende brukarbedömning särskilt boende – helhetssyn (%)	*	86	72
Personalkontinuiteten i hemtjänst skall öka – antal personal en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	19	14	18

*Nationell brukarundersökning i äldreomsorg genomfördes inte år 2021

4.2 Måluppfyllelse

Måluppfyllelsen enligt ovan redovisade målandikatorer har för år 2022 inte uppnåtts.

IFO

Inga resultat från nationell brukarundersökning finns för 2022.

I databasen KOLADA³ finns dock en del resultat att ta del av (dock inte baserade på nämndens målandikatorer) men viktiga resultat för analys och dialog då flera delar är ett försämrat resultat i jämförelse med tidigare resultat.

Socialt stöd – LSS

Inga resultat från nationella brukarundersökningen finns för 2022 då berörda LSS verksamheter deltar vart annat år i dessa undersökningar. Nytt deltagande sker 2023.

Vård och omsorg

Ökad nöjdhet i äldreomsorgen

Ett försämrat resultat, minskad andel nöjdhet på vissa områden och i helhetsbedömning, både inom hemtjänst och inom särskilt boende. I början av året drabbades förvaltningen åter igen av stor smittspridning covid-19 vilket medförde ett personalbortfall som påverkade personalkontinuiteten i hemtjänsten. Sjukdom och det svåra personalläget kan ha påverkat helhetsbedömningen både inom hemtjänst och särskilt boende.

Personalkontinuitet i hemtjänst

Ett försämrat resultat sedan 2021 gällande antal personal som en brukare möter under 14 dagar.

Ett medelvärde, vissa brukare har färre antal personal och vissa har fler antal personal på en 14 dagars period. Enhetscheferna är medvetna om resultatet fortsätter arbeta för att öka personalkontinuiteten genom bl.a. mindre arbetsgrupper kring brukare. Mätningar har skett återkommande under året.

Enhetschefernas ambition är att arbeta med en bra planering där kontinuiteten är ett av flera kriterier. Utmaningarna kan vara flera, t.ex. reseplanering, dubbelbemanning, avsaknad av kompetens för delegeringar, sjukfrånvaro etc.

I övrigt se Verksamhetsberättelse 2022-12-31.

5 Systematiskt kvalitetsarbete

5.1 Risk- och konsekvensanalys

Att göra risk- och konsekvensanalys är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. En riskanalys kan göras på lokal- och på verksamhetsnivå eller på en övergripande organisatorisk nivå. Att arbeta med risk- och konsekvensanalyser är en del i arbetet med ständiga förbättringar och ska ses som ett verktyg att på ett strukturerat sätt identifiera, planera och genomföra åtgärder. Det kan gälla inför förändringar som verksamheten står inför, även en till synes liten, med dock förändring t.ex. vid schemaändringar eller vid mindre eller större organisationsförändringar. Rutin finns.

SOSFS 2011:9 5 kap1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och

2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

³ En databas med nyckeltal för kommuner och regioner

Det som här avses med, som verksamhetens kvalitet, är ”ur ett brukarperspektiv” är det som kvalitetsberättelsen grundar sig på. Ett annat perspektiv är personal och arbetsmiljö som har annan lagstiftning och regelverk som inte tas upp i kvalitetsberättelsen.

Bedömningen är att det finns en medvetenhet hos chefer, om vikten att på ett strukturerat sätt göra riskbedömningar och analyser gällande verksamhetens kvalitet, samt att vid behov skriva handlingsplaner, i det förebyggande arbetet för att kunna följa upp och utvärdera. I vissa delar brister det i dokumentationen av det systematiska kvalitetsarbetet.

Risk- och konsekvensanalyser upprättas i regel som avsett men kan till omfattning eller åtgärder förbättras. Analyser av olika resultat t.ex. från brukarundersökningar, avvikelser för kvartal, personalkontinuitet etc. dokumenteras däremot i ytterst liten omfattning. En analys är viktigt att göra för att strukturerat följa dialogen från vad är problemet eller målet som inte uppnås, vidare till vad är orsaken och vidare att landa i en handlingsplan med vilka åtgärder som ska vidtas så att ett förbättrat resultat kan uppnås. Detta är ett fortsatt förbättringsarbete.

En viss orsak kan vara en långdragen pandemi där en viss del av kvalitetsarbete har fått stå tillbaka. Bedömningen är dock att det finns en viss kunskapsbrist kring det praktiska arbetet med analys och dokumentation. Med nya chefer som kommer till förvaltningen är det viktigt med introduktion i hur socialförvaltningen i Herrljunga arbetar med ett systematiskt kvalitetsarbete. Detta är ett stående inslag på årliga kvalitetsdagar för samtliga chefer.

5.2 Egenkontroll

Socialförvaltningens ledningsgrupp har antagit en rutin som ger SAS/MAS ett ansvar, i samarbete med andra funktioner, att analysera uppgifter från olika nationella jämförelser och register. Resultaten från dessa analyser är en del av det som ligger till grund för kommande, årliga inriktningar på förbättringsområden där egenkontrollen blir en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Egenkontroll enligt ledningsföreskriften kan var öppna jämförelser, kvalitetsregister, granskning i journal, akter och annan dokumentation, jämförelser med verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, undersökningar hos målgrupper, attityder och förhållningssätt hos personal m.m.

Granskning

Uppföljning av SAS/MAS kan ske genom besök i verksamhet eller vid dator när det gäller t.ex. granskning av dokumentation. Rutinen ger SAS/MAS mandat att avgöra vilka granskningsområden som blir aktuella samt val av metoder för granskning, utifrån t.ex. indikationer på brister i verksamhet. Granskning och kontroll sker också utifrån särskilda uppdrag eller granskningsområden beslutade av ansvariga chefer eller beslutade av socialnämnden.

Granskningar under året har skett inom de kontrollområden som upptagits i Intern kontrollplan 2022 samt i de fall utredningar skett i samband med rapport om missförhållanden/risk för missförhållanden.

SAS har 2022 granskat dokumentationen i personakter, inom äldreomsorg samt verksamheter inom LSS. Granskningen har omfattat ca 90 genomförandeplaner samt ca 50 journalanteckningar. Resultatet som visade på vissa brister har dokumenterats/sammanställts och bör ligga till grund för förbättring framöver.

SAS har haft uppdrag att kartlägga insatsen kontaktperson vilket har sammanställts i ett dokument. Syftet var att få en bild av nuläget, hur många beslut, tidsbegränsade eller tills vidare, omfattning i timmar/tillfällen per månad etc. I samband med den kartläggningen uppdagades vissa brister såsom avsaknad av uppföljningar, beslut eller genomförandeplaner. Det som framkommit i kartläggningen bör ligga till grund för ett fortsatt förbättringsarbete både inom handläggning och verkställighet.

5.2.1 Intern kontroll

Egenkontroll utifrån socialnämndens Interna kontrollplan har genomförts inom olika områden.

Förutom risk- och analysarbete som beskrivs ovan så har den kontrollen även omfattat bl.a. rättssäkerhet i myndighetsutövning och dokumentation.

Resultaten från den Interna kontrollplanen 2022 har redovisats i särskilt ärende till socialnämnden. Flera områden återkommer för granskning även 2023 då det fortfarande kvarstår brister och det behöver löpa över flera år så att en förbättring med stabilitet kan visa sig.

Granskningsområden utifrån patientsäkerhet redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen.

5.3 Utredning av avvikelser

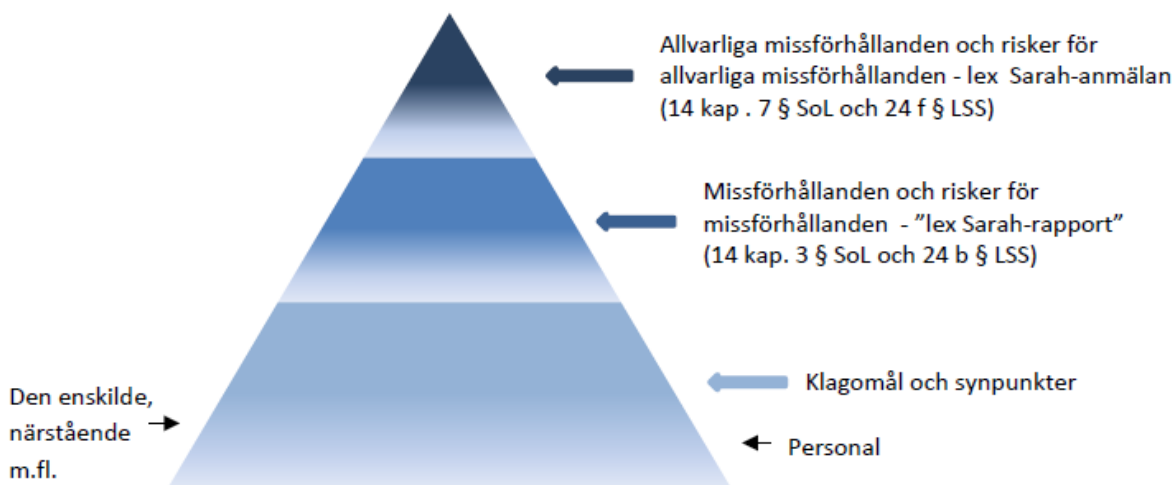
Enligt lagstiftning ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. När avvikelser sker och beroende av händelsens konsekvens för brukaren samt sannolikhetsgrad att den upprepas så hanteras den på olika sätt.

Inkomna rapporter, synpunkter och klagomål ska sammanställas och analyseras för att verksamheten ska kunna se mönster eller trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet.

Det är viktigt med dialog på arbetsplatserna gällande bl.a. syfte med händelserapportering, analys av händelser, förändringar och förbättringar samt att till brukare visa en positiv inställning till att få synpunkter/klagomål när det brister eller uppmärksammas och att i verksamheten tänka förändring och förbättring.

Tillsammans med enhetschefer har tillfällen för genomgångar skett på de återkommande kvalitetsmötena. Dialog- och dokumentationsverktyg till stöd vid analys av resultat finns. Underlag för kvalitetsarbete samlas på gemensam plats i mappstrukturen. Vid uppföljning hos enhetschefer visar det sig att det inte i någon utsträckning görs dokumenterade analyser på ett strukturerat sätt, gällande avvikelser.

Avvikelser inom socialtjänst och LSS – klagomål och synpunkter samt lex Sarah



Källa: Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah

I förvaltningens verksamhetssystem dokumenteras/rapporteras händelser på olika blanketter *Klagomål och synpunkter SoL, LSS, Avvikelse rapport SoL, LSS och Lex Sarahrapport*.

De klagomål/anmälningar som enskild gör direkt till tillsynsmyndigheten, IVO redovisas senare i kvalitetsberättelsen (6.1.2).

Översikt

Typ	Helår 2018	Helår 2019	Helår 2020	Helår 2021	Helår 2022
Avvikelser enl. SoL, LSS	303	295	307	309	391
Synpunkter och klagomål SoL, LSS	24	19	21	31	34
Lex Sarah	6	9	7	5	6
Totalt	333	323	335	345	431

5.3.1 Avvikelser SoL/LSS

I verksamhetssystemet inhämtas uppgifterna gällande rapporterade händelser. I undantagsfall kan avvikelser inkomma på pappersblankett. En dokumenterad uppföljning av varje avvikelserapport ska berörd enhetschef göra, vilket brister i viss grad. Bedömningen är att det främst beror på bristande kunskap i handläggning av avvikelser. Berörda chefer behöver få introduktion om avvikelshantering, vilket ingår i SAS introduktionstid med nya enhetschefer. Brist som visats sig handlar också om okunskap i hantering i verksamhetssystemet. Berörda chefer behöver också själva efterfråga stöd t.ex. av SAS när det gäller handläggningen eller IT-strateg om det gäller verksamhetssystemet. Det behöver finnas struktur och ett kontinuerligt arbete gällande avvikelshanteringens hela process.

Vid uppföljningar och dokumenterade åtgärder är det inte sällan förekommande att åtgärder skrivs av mera generellt slag, ”samtal, ny rutin, ändrad arbetsplanering” etc. Bedömning är att åtgärden behöver beskrivs mer konkret – vad är ändringen i arbetsplaneringen t.ex.

Rapporterade händelser enligt SoL/LSS/lex Sarah samt synpunkter och klagomål, ligger på en väsentligt ökad nivå (25 %) 2022 i jämförelse med de senaste åren. Det får anses vara positivt att enskilda/anhöriga vänder sig till verksamheten i de fall ett missnöje finns, det ges då en möjlighet för verksamheten att reda ut synpunkter och eventuella missnöjen.

Det större antalet avvikelser sker i äldreomsorgens verksamheter. I vissa verksamheter rapporteras ett litet antal avvikelser.

Upprepade händelser av samma slag är en brist och kan leda till en utredning och anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO enligt lex Sarah.

IFO

Inom IFO har 23 händelser rapporterats och ligger på samma nivå som 2021.

Av de 23 rapporterade händelserna har sex av dessa avvikelser uppstått redan i slutet av 2021 men sträcker sig över årsskiftet och rapporteras först 2022. Dessa avvikelser handlar om icke utbetalda arvoden och ersättningar. I Kvalitetsberättelsen 2021 under avsnittet *Förbättringsplan* finns upptaget att bl.a. en översyn av administrativa arbetet kring bl.a. arvoden och ersättningar ska ske. Några möten har skett med berörda enhetschefer och handläggare med målsättning att skapa en hållbar process i dessa ärenden.

Den information som framkommit är att arbetet/uppdraget har pausats på grund av annat. Det är av största vikt att arbetet fortsätter för att komma till rätta med bristerna. Utebliven eller försenad ersättning drabbar enskilda medborgare som har åtagit sig ett frivilligt uppdrag, de personer, familjer som det är svårt att rekrytera.

Av övriga avvikelser handlar nio om brister i handläggning. Exempel är att handläggare fattat beslut utöver sin delegation, utredningstid som dragit ut på tiden utan skälig orsak enligt lagstiftning, beslut saknas. I övrigt blandade händelser såsom brister i bemötande, brister i sekretess. Orsakerna till bristerna uppges bl.a. vara bristande resurser/tid och hög personalomsättning. Enligt information pågår ett fortsatt arbete med att kartlägga processer, uppdatera rutiner, skapa en god arbetsmiljö med förutsättningar. Några processer/kartor har inte presenterats ännu.

Några avvikelser berör verkställighet och skulle därmed gått vidare till den berörda enhetschefen.

Av totala antalet avvikelser har enhetschef inte gjort uppföljning i nio av händelserna.

Vård och omsorg

Äldreomsorgen står som alltid för den större delen av de rapporterade händelserna, ca 82 % av samtliga avvikelser. Av dessa har särskilda boendeformerna något större del och hemtjänsten något mindre del rapporterade avvikelser. Hemgården rapporterar fler händelser än Hagen. Av hemtjänstområdena rapporteras största delen i område Landsbygd.

I hemtjänsten finns det ett antal rapporter som gäller att en dubbelbemanning vid förflyttning inte har skett. Dubbelbemanning kan vara dels ur arbetsmiljösynpunkt, dels ur brukarperspektiv att känna trygghet och säkerhet vid förflyttningar. Om dubbelbemanning frångås ska det finnas en medvetenhet i den bedömningen. Skulle en person falla i golvet så skulle det kunna få stora konsekvenser.

Frågan har varit uppe till diskussion i förvaltningsledningen.

Har ingen uppgift på huruvida eventuella oklarheter har utretts med t.ex. vem fattar beslut om dubbelbemanning, när ska dubbelbemanning ske.

En större del av rapporterade händelser i hemtjänsten handlar om att insatser enligt genomförandeplanen inte har blivit utförda. Främsta orsak anges vara tidsbrist, brist på personal, vid hög sjukfrånvaro etc. Annan orsak kan vara på grund av missförstånd eller bristande information. Vid bortprioritering gäller det oftast insats städ, tvätt, social insats men även duschtillfälle.

Avvikelser inom särskilt boende handlar till största delen om otrygghet. Rörelselarm som inte aktiverats, men även händelser mellan boende, störande rop och skrik eller verbala, olämpliga uttryck till medboende. Åtgärder sker genom samtal med medarbetare om vikten att aktivera rörelselarm där sådant behov finns och med samtycke från den enskilde. Ett rörelselarm ger personalen indikationer på att särskild uppmärksamhet och tillsyn behöver ske. Tekniska lösningar får inte ersätta personella resurser men kan vara ett bra komplement.

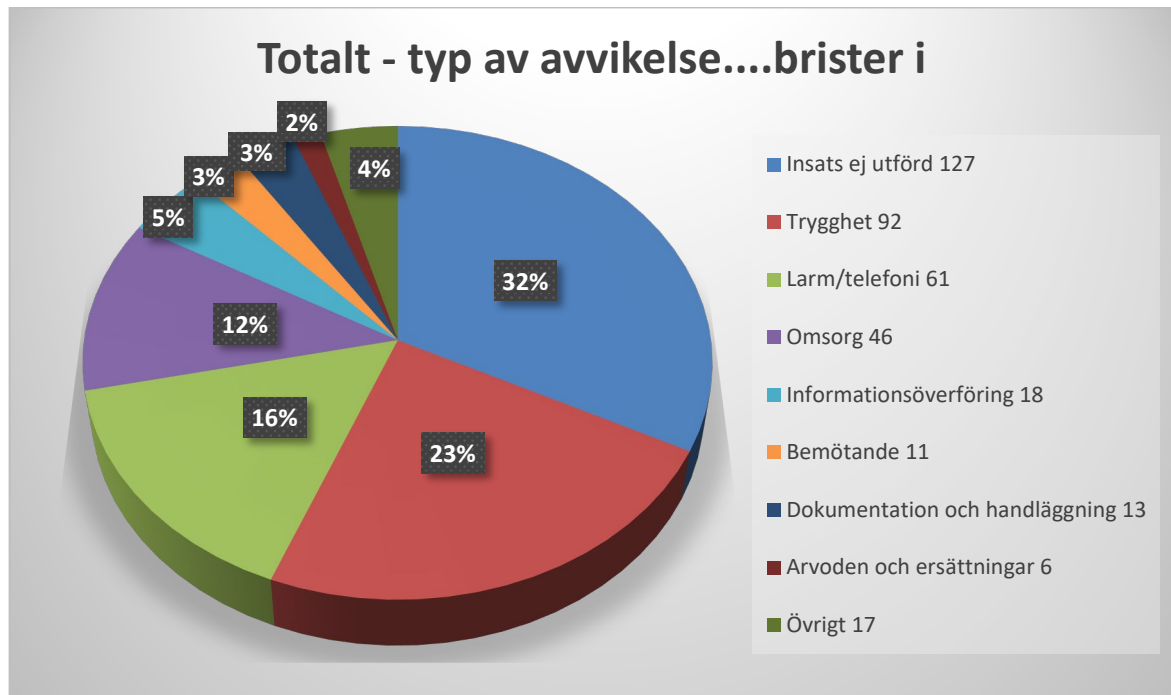
Socialt stöd

Från socialt stöd, boende LSS, personlig assistans har 49 avvikelser rapporterats, varav 42 avvikelser första halvåret och som till största delen då handlade om otrygghet i boendet på grund av annan boende. Vilket nu har upphört. Endast sju avvikelser är rapporterade under hösten 2022 som handlar om t.ex. brister i omsorg, utebliven insats, informationsbrist.

Sammanfattning

Enhetschefer tillsammans med sina personalgrupper behöver göra analys av avvikelserna i sina verksamheter. Vilka händelser är mest förekommande, vad är orsaken, vilka åtgärder har gjorts eller är på gång. Analyser av resultat ska dokumenteras och ligga till grund för förbättringsarbete vilket brister. Dokumenten ska sparas i gemensam mappstruktur.

Akuta händelser som upptäcks åtgärdas.



Insats ej utförd

- Rutin vid hög arbetsbelastning finns i vissa verksamheter som ett stöd. Personlig vård och omsorg prioriteras i förhållande till vissa insatser av servicekaraktär t.ex. städning.

Otrygghet

- Främst inom särskilda boendena på grund av medboende, utåtagerande men även vid brister gällande larm.

Larm/telefoni

- Gäller både larm som ej fungerat ute i hemtjänst och ej aktiverade rörelselarm på särskilt boende.

Omsorg

- Händelser som handlar om, personlig hygien, ej bytt inkontinenshjälpmedel, mat och måltider m.m.

Information

- Brister har varit dels internt inom verksamheterna vilket har inneburit att kollegor i sin uppgift inte haft kännedom fullt ut. Dels har brister i information varit externt, till vårdnadshavare.

Brister i bemötande

- Brister i bemötande har främst rapporterats i äldreomsorg, en avvikelse inom IFO. Handlar oftast om hur personal har uttryckt sig på ett olämpligt vis, till eller om brukare.

Dokumentation/handläggning

- Rör brister både inom IFO och inom verkställighet. Bl.a. gällande utredningar som dragit ut på tiden, beslut utöver delegation eller avsaknad av löpande journalanteckningar.

Arvoden och ersättningar

- Brister vid utbetalningar av arvoden och ersättningar.

Övriga avvikelser

- Handlar om enstaka händelser t.ex. ej upprättad genomförandeplan, ej verkställt beslut.

5.3.2 Klagomål och synpunkter

Återkoppling till brukare/anhörig sker till samtliga förutom i något enstaka fall när klagomålet/synpunkten lämnats av anonym avsändare. Inkomna klagomål och synpunkter utreds i den omfattning som krävs och utredningarna dokumenteras numera i allt större utsträckning än tidigare.

Utredningsmallar finns som stöd. Antal inkomna klagomål och synpunkter som riktar sig till verksamhet och enskild är 34 varav 20 som riktar sig till verksamheter inom äldreomsorgen. Socialt stöd berörs av fem och ett par klagomål gäller IFO. Övriga klagomål och synpunkter är mer generella som handlar om bemanning i äldreomsorgen generellt, hemtjänstens organisation, synpunkter på personalens utbildning, att konsulter används.

Inkomna synpunkter 2022 innefattar bland annat brister i:

- bemötande
- personalkontinuitet i hemtjänst
- trygghet
- kontakmanuuppdrag på boendet
- social samvaro på boendet
- utredningstider
- tillgänglighet på IFO

Biståndshandläggare ska som praxis att lämna blankett och information om hur enskild kan framföra klagomål och synpunkter.

5.3.3 Lex Sarah

När en händelse har rapporterats enligt lex Sarah går den vidare till SAS som utreder missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållandet. Det görs en bedömning om det är ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Om bedömningen är att händelsen är av en allvarlighetsgrad som föranleder en anmälan, så skickas anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Allvarlighetsgrad bedöms utifrån en bedömningsmatris med konsekvenser för brukaren och sannolikhet för upprepning. Om samma typ av händelse återkommer kan även det föranleda anmälan även om det vid första rapporten inte bedömdes att gå till anmälan.

Lex Sarah rapporterna upprättas av både personal och enhetschefer. Personal som gör en bedömning om missförhållande ska ha den möjligheten att själva rapportera enligt lex Sarah. Det är viktigt att verksamheten fullföljer de planerade åtgärderna som redovisas i enhetschefens uppföljning av det inträffade samt i lex Sarahutredningen. SAS följer upp de planerade åtgärderna innan ärendet avslutas.

Av 2022 års sex rapporterade missförhållanden har två missförhållande bedömts vara av den allvarlighetsgraden att det har föranlett en anmälan till IVO. Brister men även avsaknad av dokumentation inom LSS uppdagades i några ärenden. Togs om hand direkt och ett fortsatt arbete i dokumentation har pågått under året. Händelser om brister i bemötande har varit icke acceptabla attityder till brukare, en viss jargong som inte ska finnas inom någon verksamhet. Brister i omsorg har varit att bortse från stöd som brukare har uttryckt t.ex. inte hjälpt till toalett, svara på larm. Ett särskilt fokus på bl.a. värdegrund och bemötande tillsammans med medarbetare har pågått under året. Händelsen kring brister i sekretess berörde främst Familjerätten, där kommunen köper tjänst. Det som framkommit i utredningen ska beaktas och ta lärdom av.

Det är viktigt att det i verksamheten finns kunskap om rapporteringsskyldighet samt syftet med lagstiftningen. En händelse ska rapporteras när den upptäcks. När händelser rapporteras i tidigt skede är det också större möjligheter att, genom tidiga åtgärder, lindra omfattning av konsekvenser som händelserna kan innebära, dels ur ett individperspektiv, dels ur ett verksamhetsperspektiv.

En viktig förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete är en verksamhet, där chef och personal är uppmärksam på avvikelser och dess hantering, är väl förtrogen med ansvaret och syftet med rapportering.

Följande lex Sarah rapporter har inkommit 2022

Antal	Verksamhet	Händelse	Anmälan
1	LSS, personlig assistans	Brister i utförarnas dokumentation	
2	ÄO, Hemgården	Brister i bemötande	Ja
3	ÄO, Hemgården	Brister i omsorg	
4	ÄO, Hemgården	Brister i omsorg	Ja
5	ÄO, korttidsboendet	Brister i bemötande	
6	IFO, barn och familj	Sekretessuppgifter har röjts	

Gällande de två anmälningarna enligt lex Sarah som gjorts, har IVO i båda ärendena fattat beslut om att utredningarna är tillräckliga och att tillräckliga åtgärder har vidtagits. Ärendena är avslutade utan kritik.

6 Externa granskningar

6.1 Inspektionen för vård och omsorg

6.1.1 Ej verkställda beslut

Siffror inom parentes avser 2021 års rapporteringar.

Under året 2022 har 62 (64) ej verkställda beslut eller avbrott i verkställighet rapporterats till IVO. Antal olika personer som omfattas är 60 personer. I enstaka fall har enskild tackat nej till ett erbjudande och därmed har väntetiden dragit ut på tiden. Det är allt svårare att rekrytera intresserade för t.ex. uppdrag som bygger på medborgares intresse för uppdrag t.ex. gällande insatser kontaktperson, kontaktfamilj.

Ej verkställda beslut är inte en särskild tillsyn för Herrljunga, det är lagstiftat att kommuner kvartalsvis ska rapportera ej verkställda beslut eller avbrott i verkställighet till IVO.

I IVO:s fortsatt handläggning kan det falla inom ramen för granskning om bedömningen är att väntetiden på verkställighet är oskäligt lång, vilket har skett i tre ärenden 2022.

Insats	Antal personer
Kontaktperson	26 (25)
Kontaktfamilj	10 (9)
Särskilt boende	4 (7)
Familjebehandling	3 (6)
Korttidsvistelse LSS	6 (6)
Korttidsboende/växelvård	2 (3)
Daglig verksamhet LSS	1 (3)
Ledsagarservice LSS	2 (2)
Personlig assistans LSS	1 (1)
Boende vuxen LSS	2 (1)
Boende barn LSS	1 (1)
Råd och stöd	2
Familjehem	1
Tillsyn	1

Resursbrist är den främsta orsaken till ej verkställda beslut. Med resursbrist menas här t.ex. brist på en ledig lägenhet när det gäller boende eller att en intresserad, frivillig person inte har kunnat rekryteras för att verkställa insatsen kontaktperson.

Antal ärenden de senaste åren ligger ganska lika, inga större förändringar men det som är fortsatt stor omfattning är främst insatsen kontaktperson även kontaktfamilj, det som bygger på medborgares intresse och frivilliga åtagande för uppdrag.

Med anledning av situationen gällande kontaktperson har ett särskilt uppdrag skett under året, en kartläggning om läget. Beskrivs lite kort under stycke egenkontroll 5.2.

Nämnden har haft tre pågående ärende hos IVO i Jönköping, där IVO fattat beslut om att hos domstol ansöka om särskild avgift för Herrljunga kommun. Dessa tre ärenden utmynnade i särskild avgift då väntetiden bedömdes vara oskäligt lång.

- en dom gällande ledsagarservice men väntetid på 10 månader – avgift 31 700 kr
- en dom som gäller två syskon, familjebehandling med en väntetid på fem månader – avgift 20 000 kr. En motivering som anges i domen, gällande familjebehandling är att insatsen ”bör kunna sättas in relativt omgående, senast en månad efter beslutet”.

Det är viktigt att det dokumenteras i enskilda ärendet om vad som görs under väntetiden, hur nämnden arbetar med rekrytering, resurser och vilka eventuella insatser som den enskilde har och erbjuds under väntetiden, det kan vara avgörande för om IVO går vidare eller ej i sina övervägande om att söka särskild avgift för ej verkställt beslut. Här brister det i dokumentationen i många fall både på handläggarnivå och på verkställigheten.

6.1.2 Enskildas anmälan till Inspektionen för vård och omsorg

Det som kommit till SAS kännedom för diarieföring i samlingsärendet är två klagomål/anmälan direkt till IVO. Dessa två ärenden förekommer på boende LSS samt korttidsboendet.

Det vanligaste är att de flesta anmälningarna som enskild skickar till IVO gäller IFO och brukar röra sig om ca 10 talet och fler anmälningar varje år. Om trenden nu har vänt får det ses som positivt, det är dock inget som visar att det i stället inkommer fler klagomål och synpunkter direkt till förvaltningen.

Det kan därför finnas ett mörkertal i dessa uppgifter för 2022 då det visat sig att rutiner kring posthantering och fortsatt handläggning brister, vilket framför allt har skett efter IFO:s flytt till andra lokaler. En annan anledning kan vara att det råder oklarhet i rutinerna kring handläggning av klagomål och synpunkter. Båda tänkbara alternativen/orsaker behöver ses över.

6.1.3 Tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg

Tillsyn som IVO har genomfört år 2022 gäller främst område hälso- och sjukvård och redovisas inte i Kvalitetsberättelsen.

7 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Av lagstiftningen framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete genom bl.a. rapporteringsskyldighet. Att aktivt, i varje verksamhet arbeta med avvikelser, synpunkter och klagomål som en del i vardagsarbetet, är ett sätt att arbeta förebyggande och kvalitetsförbättrande.

De flesta verksamheter arbetar med förbättringar i enlighet med ledningsföreskrift gällande avvikelser. Men vissa verksamheter behöver utveckla sitt arbete, få förståelse för syftet och att faktiskt rapportera avvikelser och den fortsatta handläggningen av dessa i enlighet med upprättade rutiner.

Att ta om hand även andra resultat t.ex. öppna jämförelser, brukarundersökningar och utifrån dessa analysera och förbättra verksamheten behöver få ett större fokus framöver och av största vikt att det sker med personalens delaktighet. Det är svårt att göra en rättvis bedömning om huruvida personalen i någon grad är delaktig i dessa dialoger och arbeten. Emellanåt finns indikationer på att det inte förekommer i någon särskild utsträckning.

Månadsvisa kvalitetsmöten (ca åtta tillfällen per år) med enhetschefer har pågått under året samt ett par heldagar med samtliga chefer. Cheferna har bland annat fått en repetition i hur förvaltningen ska arbeta med ett systematiskt kvalitetsarbete också för att en samsyn ska råda. Stöd finns med vissa verktyg för dialog och dokumentation i analysarbetet, rutiner och annat underlag.

SAS har deltagit på vissa arbetsplatsträffar för genomgång gällande presentation av resultat av brukarundersökningar, systematiskt kvalitetsarbete etc. SAS har under hösten 2022 haft enskilda träffar med respektive dokumentationsombud i samband med dokumentationsgranskningen som genomförts.

Inom socialförvaltningen fortsätter arbetet efter behov, med processer, riktlinjer och rutiner som är styrande för arbetet i verksamheterna. Personalens medverkan i detta arbete är nödvändigt och en förutsättning för god kvalitet. Socialnämnden har valt att samla ledningssystemet på intranätet i en handbok som finns tillgänglig för samtlig personal. Dokument i handboken är "levande dokument" ska

vid behov eller på grund av utgående datum uppdateras, nya riktlinjer och rutiner ska upprättas efter behov. Ett arbete med att uppdatera hela handboken har pågått under året och fortsätter.

I allt förbättringsarbete är det viktigt att berörda chefer tillsammans med sina medarbetare deltar i arbetet med analyser av olika uppkomna resultat, risk- och konsekvensanalyser när verksamheten står inför förändring samt vid genomgång och ändringar i riktlinjer och rutiner.

En samsyn – alla vet färdriktningen och målet.

8 Förbättringsplan

8.1 Inriktning 2023

Inriktning under 2023	Ansvarig	Följs upp
Ledningssystem Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet		
Processer Ett fortsatt arbete behövs med att <i>identifiera</i> interna processer, <i>kartlägga</i> processer och på så sätt utveckla tydlighet i handläggning och former för den <i>interna samverkan</i> , för att tydliggöra ansvar samt för att säkerställa information mellan berörda och för rättssäkerheten	SAS/Kvalitetsstrateg Förvaltningschef Verksamhetschefer Enhetschefer	förvaltningens ledningsgrupp, FLG
Analyser och dokumentation Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Verktyg för analys ska användas. Dokumentation i form av bland annat: - analyser av resultat - handlingsplaner och uppföljning Resultat kan t.ex. vara från brukarundersökningar, avvikelser, nationella enkäter och statistik	Enhetschef Verksamhetschef Förvaltningschef <i>Chef vars verksamhet det gäller</i> SAS/Kvalitetsstrateg	- kvalitetsmöten - granskning och kontroll - kvalitetsberättelse
Dokumentation på brukarnivå Rättssäkerhet. Förbättra dokumentationen där brister har framkommit - i handläggning IFO - i verkställighet	Enhetschef	granskning och kontroll

Att ha utrymme att arbeta systematiskt och strukturerat är förutsättningar för förbättringsarbeten. Att arbeta förebyggande och på så sätt kunna förhindra att händelser uppstår igen är viktigt. I vardagen kan akuta behov uppstå, omprioriteringar behöva göras vilket innebär ytterligare en dimension på vikten av att göra rätt saker och att göra saker på rätt sätt, redan från början.

Som stöd i förbättring- och kvalitetsarbete finns stabsfunktioner som resurser. Så även för utformning av bland annat enkäter, information, utföra intervjuer och göra analyser och sammanställningar av resultat, vara behjälplig i arbetet med riktlinjer och rutiner – verksamhetsutveckling.



Patientsäkerhetsberättelse 2022

Sammanfattning

Arbetet runt covid-19 har under 2022 fortsatt tagit en stor del av hälso- och sjukvårdens resurser. I början av januari var det en mycket hög topp av covid-19 som sedan höll i sig under nästan två månader. Covid situationen medförde en mycket stor belastning på verksamheten. Förvaltningen fick gå ut i media och begära in hjälp från allmänheten. Engagerad och kunnig personal har gjort att arbetet fungerat mycket bra. Året har också inneburit ett mycket stort arbete gällande covid-19 vaccinering för patienter.

Bakgrund

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2023-03-09
Patientsäkerhetsberättelse 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelse 2022 och lägger den till handlingarna.

Mattias Olerot
MAS/Kvalitetssamordnare

Expedieras till: Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet
För kännedom Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet
till:

DIARIENUMMER:

FASTSTÄLLD: 2023-xx-xx

DOKUMENTANSVAR: Mattias Olerot,
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Susanne Johnsen
Verksamhetschef HSL

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Socialförvaltningen Herrljunga kommun



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattning	3
Grundläggande förutsättningar för en säker vård.....	4
Engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning.....	4
En god säkerhetskultur	5
Adekvat kunskap och kompetens.....	6
Patienten som medskapare	6
Fem prioriterade fokusområden	7
Öka kunskap om inträffade vårdskador	7
Tillförlitliga och säkra system och processer	7
Säker vård här och nu	12
Stärka analys, lärande och utveckling.....	13
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	13
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	13

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §) ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Sammanfattning

Arbetet runt covid-19 har under året fortsatt tagit en stor del av hälso- och sjukvårdens resurser. I början av januari var det en mycket hög topp av covid-19 som sedan höll i sig under nästan två månader. Covid situationen medförde en mycket stor belastning på verksamheten. Förvaltningen fick gå ut i media och begära in hjälp från allmänheten. Engagerad och kunnig personal har gjort att arbetet fungerat mycket bra. Året har också inneburit ett mycket stort arbete gällande covid-19 vaccinering för patienter. Genom gott samarbete löstes många frågor tillsammans med personal på Närhälsan. Förvaltningen har byggt upp ett centrallager för skyddsutrustning för att klara av både pågående och kommande smittutbrott. Inventering, avstämning och beställning genomförs varje vecka.

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) har under vecka 41 gjort en tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården för personer som bor på särskilt boende (SÄBO). Syftet med tillsynen är att ta reda på om det finns förutsättningar för att ge god och säker vård. IVO har granskat följande områden gällande patientsäkerheten; dokumentation och kontinuitet, äldre och läkemedel, vård i livets slutskede samt individuell bedömning av vårdbehov och personalens kompetens. IVO har intervjuat personal och patienter samt haft dialogmöte med ledningen. Tillsynen genomförs i samtliga kommuner i Sverige och är fortfarande pågående. IVO beslut gällande inspektionen för Herrljunga har ännu ej anlänt.

I samverkan med Vårgårda kommun har en ansökan gjorts till Vård och omsorgscollege Sjuhärad för att ingå i befintligt Vård och omsorgscollege Borås-Bollebygd. Den skriftliga ansökan har godkänts och certifieringen beräknas till slutet av mars 2023.

Vård- och omsorgspersonalen har gått utbildningar i basala hygienrutiner för att minska risken för smittspridning.

All omvårdnadspersonal har genomgått Betaniastiftelsens utbildning i palliativ vård. De undersköterskor som läser YH-utbildningen inom ÄO-lyftet har tillsammans med chef varit en tillgång i diskussionsforum/workshop som ett led i sin utbildning och palliativutbildningen.

En sjuksköterska håller på att vidareutbilda sig till distriktsköterska med hjälp av stimulansmedel. Under december har en demenssjuksköterska rekryterats.

Rehabenheten har under året aktivt arbetat med utbildningsinsatser för omvårdnadspersonalen. Ett stort arbete har gjorts för att tydliggöra vikten av att signera rehab-insatserna. Tidigare har denna dokumentation varit bristfälligt.

För att öka kvalitén och patientsäkerheten i vården används nationella kvalitetsregister innehållande bedömningsinstrument. Några exempel är: Senior alert, Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) och Svenska Palliativregistret.

Under hösten påbörjades ett test av 20st digitala läkemedelsskåp (Phoniro) inom ordinärt boende. Syftet med projektet är att öka patientsäkerheten och minska risken för svinn. Projektet pågår fortfarande.

Utveckling av det digitala signeringsverktyget MCSS/Appva. IT-systemet är ett led i att skapa trygghet och spårbarhet gällande läkemedelshantering samt förebygga läkemedelsstöder.

Grundläggande förutsättningar för en säker vård

I den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet har fyra grundläggande förutsättningar identifierats för att nå den nationella visionen ”god och säker vård- överallt och alltid med det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

- Engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning

Övergripande mål och strategier är att utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och patientsäkerhetslagen PSL 2010:659 verka för ett ledningssystem, som är känt, används och följs inom samtliga berörda verksamhetsområden och därmed bidrar till hög patientsäkerhet. Genom att fortlöpande kvalitetssäkra processer och rutiner samt granska verksamhetens insatser kunna säkerställa att all vård och behandling bedöms, planeras, utförs och utvärderas systematiskt och strukturerat. Patientsäkerhetsarbetet utformas utifrån gällande lagstiftning och kommunens övergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Organisation och ansvar

Socialnämnden

Har en övergripande ledningsfunktion och har det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet.

Socialchef

Har ett övergripande administrativt ansvar för planering och ledning av patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschef hälso- och sjukvård (HSL)

Enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Ska tillsammans med MAS/ MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska/rehab) upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschef HSL skall bevaka det totala resursbehovet för att säkerställa kvaliteten. MAS/MAR ska tillsammans med verksamhetschef upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet, så att patienten får en ändamålsenlig och säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.

MAS/MAR

Ska tillsammans med verksamhetschef HSL upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystemet, så att patienten får en ändamålsenlig och säker hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde för rehabilitering.

Verksamhetschef/Enhetschef

Ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som fastställts inom ledningssystemet för patientsäkerhet och som verksamheten/enheten är berörd av, följs och är väl kända samt att ny personal får den introduktion som krävs för att kunna arbeta med fastslagna metoder och arbetssätt utifrån en hög patientsäkerhet.

Vård- och omsorgspersonal

Ansvarar för att hög patientsäkerhet upprätthålls genom att arbeta utifrån fastslagna metoder, rutiner och arbetssätt. Vård- och omsorgspersonal ska i detta syfte rapportera risker för vårdskador, samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Stödfunktioner

Några exempel på stödfunktioner är Smittskyddsenheten, Vårdhygien SÄS och Närhälsan VGR

Samverkan för att förebygga vårdskador

Regional nivå

Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i regionen gällande hälso- och sjukvård och läkarmedverkan regleras i avtal och överenskommelser. Kommunen medverkar genom att bemanna uppdragsgrupper och delta i olika forum för samverkan på regional nivå.

Delregional nivå

Samverkan mellan VGR och kommunerna på delregional nivå regleras i styrdokument och avtal beslutade i samverkansorganet Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg. Socialchef representerar kommunen i styrgruppen och kommunen bemannar delregionala uppdragsgrupper. Avvikelseanmälan vid brister i samverkan mellan kommunen och andra vårdgivare ses som en viktig del att förbättra samverkan och öka patientsäkerheten. Kommunens MAS/MAR deltar i delregionala nätverk och samverkan sker kommunöverskridande för gemensamma förhållningssätt kommuner emellan. Inom området vårdhygien finns en samverkan mellan MAS-nätverket i södra Älvsborg och enheten Vårdhygien på Södra Älvsborgs sjukhus samt Alingsås lasarett.

Lokal närvårdssamverkan

Den lokala ledningsgruppen för samverkan består av representanter från Herrljunga kommun, den lokala primärvården samt SÄS (Södra Älvsborgs sjukhus) och leds av socialchef. Lokala arbetsgrupper bildas utifrån olika uppdrag.

Lokal samverkan med primärvård

Struktur för läkarmedverkan på lokal nivå framgår i vårdcentralernas Närområdesplan som hänvisar till regionala rutiner som beskriver hur läkarmedverkan och övrig samverkan ska ske. På kvällar, nätter och helger finns avtal mellan Primärvård och extern utförare för läkarmedverkan gällande patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Regelbundna samverkansmöten ska hållas för dialog om det vardagliga samarbetet och arbetssätt.

En god säkerhetskultur

All personal i verksamheten, tillsammans med patienten, skapar säkerhetskulturen. En struktur för god säkerhetskultur är fastlagd genom de övergripande målen och strategin för en hög patientsäkerhet, en tydlig organisation och alla medarbetares ansvar. Varje chef ansvarar för att tillsammans med sina medarbetare jobba strukturerat med uppföljning och utvärdering av verksamheten. Att systematiskt analysera och använda inträffade avvikelser är ett viktigt verktyg för att identifiera brister i både arbetsmiljö och patientsäkerhet. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur.

Adekvat kunskap och kompetens

Hälso- och sjukvårdsenheten fick en utökning i budget under 2020 - 2021, vilket har medfört att man inte i samma utsträckning behövt ta in bemanningsföretag. Med de extra anställningarna har enheten arbetat mer resurseffektivt och utvecklat samplanering. Dock har läget varit mycket ansträngt under de första månaderna av 2022 på grund av covid-19 situationen och föräldraledigheter. Bemanningsföretag har anlåtats under året men framför allt under sommaren för att klara av att upprätthålla en god och säker vård, samt att medarbetarna ska kunna få ut sin lagstadgade semester. Dock har inte bemanningsföretagen kunnat leverera den mängd som verksamheten behövt och enhetschefer har fått ta ett flertal arbetspass för att lösa ut situationen.

Inom ramen för äldreomsorgslyftet har totalt elva personer fått möjlighet att utbilda sig. Två personer till undersköterska samt nio personer som specialistundersköterska inom demens, äldre och välfärdsteknik.

Flera utbildningsinsatser har även skett digitalt under året internt i form av ombudträffar i dokumentation, hygien och kost.

Övergripande har utbildningsinsatser genomförts för samtlig personal kring palliativ vård.

En sjuksköterska håller på att vidareutbilda sig till distriktsköterska med hjälp av stimulansmedel.

Under december har en demenssjuksköterska rekryterats.

Rehabenheten har utbildat personalen i lyftteknik och dokumentation.

Verksamhetschef och enhetschefer har deltagit i ledarskapsutbildning kring Nära vård under 2021. Dialog forum har fortsatt under 2022.

En arbetsterapeut har på prov under året även haft ansvar som MAR. Uppdraget avslutades på den anställdes begäran och gick från 1/11 åter över till MAS. Förvaltningen gör ett nytt försök att utse en ny MAR under 2023. Eventuellt kommer en lagstiftning i träda i kraft gällande att en MAR skall finnas i kommunen.

MAS och MAR har under året gått utvecklingsprogram innehållande juridik kring uppdraget, beprövade metoder för kvalitetsledning och kraven på ett effektivt patientsäkerhetsarbete.

Vård- och omsorgs ledningsgrupp har gjort studiebesök i Fyrbodal kring Nära vård. Den kommunala hälso- och sjukvården arbetar på ett annat sätt med Nära vård tillsammans med vårdcentral och ambulans.

En grupp sjuksköterskor har gått utbildningen LÄR UT. Syftet med utbildningen är att förbättra kvaliteten vad gäller de äldres läkemedelsbehandling.

Patienten som medskapare

Innebär att patienten är delaktig i varje nivå i vårdsystemet. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att göra patient och anhöriga delaktiga samt medverka i den enskilda patientens vård och behandling. Inskrivningssamtal och upprättande av vårdplaner är några exempel. Det kan också vara delaktighet vid utredningar gällande avvikelser och klagomål.

Samordnad individuell plan (SIP) är ett dokument och verktyg för samverkan. SIP ger en samlad beskrivning av individens pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser. SIP ska ge en helhetsbild och förenklar för berörda som snabbt kan få en översikt av alla pågående insatser. SIP-utbildning har under våren genomförts för chefer och berörd personal.

Förvaltningen har en anställd SIP-samordnare.

Fem prioriterade fokusområden

Socialstyrelsen har tagit fram fem fokusområden för arbetet mot en säkrare vård.

- Öka kunskap om inträffade vårdskador
- Tillförlitliga och säkra system och processer
- Säker vård här och nu
- Stärka analys, lärande och utveckling
- Öka riskmedvetenhet och beredskap

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser och tillbud som sker i verksamheten. Rapportering av avvikande händelser är en av grundpelarna i arbetet med att förbättra kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg. Avvikelse rapportering bidrar till att undvika att negativa händelser upprepas samt att rutiner förbättras för att höja kvaliteten.

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelshantering. All personal inklusive studenter/elever har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet det vill säga genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelshantering ska utföras beskrivs i rutinen avvikelshantering, samt rapportera sådant som motverkar eller utgör hot mot att brukaren:

För att minimera avvikelser krävs att de uppmärksammas, att orsakerna analyseras och att det sker ett systematiskt arbete för att, så långt det är möjligt, förebygga att liknande avvikelser sker igen. Det är viktigt att sammanställa och återföra erfarenheter från avvikelshantering till verksamhetens personal och andra berörda samt att använda erfarenheterna vid förebyggande arbete.

Personal inom verksamheten har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser genom att skriva avvikelser. De dominerande rapporterade avvikelserna är fall och läkemedel. Enhetschefer och MAS träffas regelbundet för att analysera runt avvikelser. Syftet är att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet till exempel genom att förändra processer och rutiner.

Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna in förslag på förbättringar. I hantering av avvikelser ingår skyldigheten att rapportera händelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada inom hälso- och sjukvården. Då patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada utreder MAS händelsen. Efter utredning tar MAS beslut om Lex Maria anmälan skall upprättas och inskickas till IVO.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Informationssäkerhet

Innebär att information som är viktig identifieras och skyddas på ett säkert sätt, att rätt användare skall ha rätt information vid rätt tillfälle. Det är viktigt att det är möjligt att följa hur, när och vem som tagit del av information. Systematiska loggkontroller utförs enligt rutin kontinuerligt varje månad från dokumentationsprogrammet VIVA gällande hälso- och sjukvårdspersonal. Systemförvaltare ansvarar för att loggning sker från system där HSL-dokumentation finns. Resultatet kontrolleras av ansvarig chef.

Verksamheten har rutin för informationssäkerhet och kontroll av behörigheter.

Ökade risker för IT-sabotage samt läckage av känslig information kräver säker inloggning och datalagring. SITHS (säker inloggning till hälso- och sjukvård) är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på en säker identifiering vid inloggning till vissa system som hanterar

känslig information. Fler IT-system/register har börjat godkänna BankID som en säker inloggning. SITHS-kort och BankID används i verksamheten för att öka informationssäkerheten.

Under 2023 kommer rutinen gällande systematisk loggkontroll att uppdateras. Flera nya IT-system har tillkommit bl. a digitala läkemedelsskåp, system för planering och digitala nyckelfria lås.

Avvikelsehantering

Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna in förslag på förbättringar. I hantering av avvikelser ingår skyldigheten att rapportera händelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada inom hälso- och sjukvården.

Då patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada utreder MAS händelsen. MAS tar efter utredning beslut om en Lex Maria-anmälan skall upprättas. En Lex Maria anmälan har inskickats till IVO under 2022. Avvikelsen gäller en allvarlig händelse som inträffade i slutet av 2021.

Antal registrerade HSL-avvikelser har ökat något. De flesta avvikelser gäller läkemedelsavvikelser. Vanligast förekommande orsak är ej signerad given läkemedelsdos. Några av orsakerna till saknad signering kan vara okunskap gällande IT-stödet, glömt att signera, att man inte flyttat över patienter i IT-system för signering (MCSS/Appva) vid perioder av växelvård. Vi har också uppmärksammat att mobiltäckningen är mycket dålig på vissa områden i kommunen. En upphandling pågår gällande en ny mobiloperatör. Övriga HSL-avvikelser gäller främst bristfällig dokumentation, kommunikationsbrist samt ej utförda övriga insatser.

Varje chef ansvarar för att analysera sammanställningen och planera lämpliga åtgärder utifrån analysen. Händelserna utreds av ansvarig enhetschef tillsammans med de medutredare som behövs. Enhetschef ansvarar för vidare information till MAS.

Antal registrerade fallolyckor har under 2022 minskat jämfört med föregående år.

Verksamhet	Avvikelser HSL	Avvikelser läkemedel	Fallolyckor
2021	952	582	792
2022	1038	642	739

Avvikelser i Närvårdssamverkan

Gemensamt rutiner för samordnad individuell plan (SIP) finns mellan kommun och region. Rutinerna beskriver bland annat krav på information till berörda enheter i samband med in/ut skrivning slutenvård. Orsak till avvikelser i vårdssamverkan skulle kunna vara exempelvis brister i informationsöverföring SAMSA och aktuella läkemedel.

Under 2022 har det dokumenterats 33st avvikelser i samverkan till vårdgrannar. De mest förekommande händelserna är ej aktuella läkemedelslistor, förändringar i läkemedelsordinationer som inte har meddelats, felaktiga och uteblivna ordinationer samt ej tydlighet vid vårdplanering och SIP (Samordnad Individuell Plan). Förvaltningen har emottagit 7st avvikelser. Avvikelserna gällande utebliven personal vid SIP, ej nåbara sjuksköterskor, bristfälligt ifyllda uppgifter i SAMSA.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter inkommer via kommunens synpunktshantering samt via patientnämnd och inspektionen för vård- och omsorg (IVO). Under 2022 har några enstaka klagomål/synpunkter inkommit som alla har besvarats. Klagomål/synpunkter utreds av ansvarig chef i samråd med MAS. MAS avgör om Lex Maria utredning skall utföras samt eventuell IVO-anmälan.

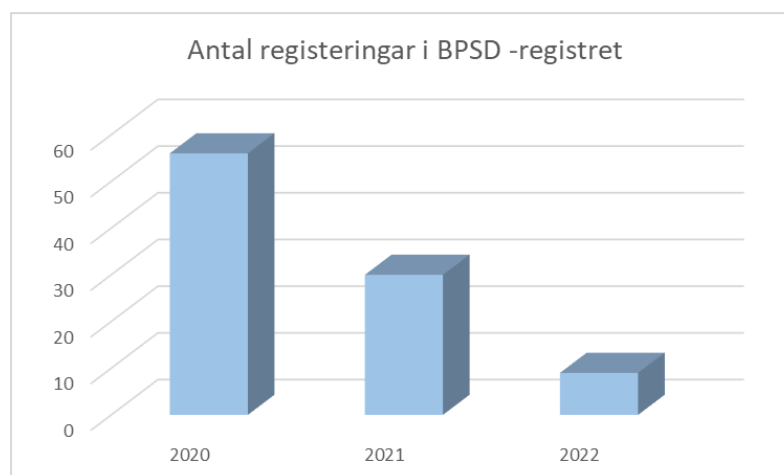
Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

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. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket till exempel innebär att man inte delegerar en arbetsuppgift man inte själv kan praktisera (utföra). Delegering av arbetsuppgift kan exempelvis vara: läkemedelshantering, viss såromläggning, insulingivning, uppgifter enligt skriftliga träningsprogram, viss hantering av hjälpmedel och TENS-behandling (transkutan elektrisk nervstimulering).

Legitimerad personal i Herrljunga kommun har under året kontinuerligt delegerat omvårdnadspersonal enligt ledningssystemets rutin för delegering. Tillfällen för teoretisk utbildning har funnits jämnt fördelat över året. En övergripande revidering av delegeringsrutinen samt instuderingsmaterial pågår och beräknas vara klar i början av 2023.

Demensvård

Herrljunga använder BPSD-registret (Beteendemässiga Psykiatriska Symtom vid Demenssjukdom). Registret är ett nationellt kvalitetsregister som innehåller individbaserade uppgifter om problem, åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård samt omsorg. Syftet är att möjliggöra systematisk förbättring och utveckling av hälso- och sjukvårdens kvalitet. Kvalitetsregistren ska även möjliggöra forskning och jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. För varje år har antalet registreringar minskat pga. att det är få antal personal som idag har behörighet att kunna registrera. Under våren 2023 kommer en demenssjuksköterska samt en sjuksköterska genomgå utbildning under fyra dagar för att bli Certifierade BPSD-utbildare. Dessa skall sedan utbilda berörd personal till BPSD administratörer i verksamheterna. Administratörerna är omvårdnadspersonal som är närmast patienten. Även chefer kommer att få en två dagars administratörsutbildning samt en halvdags uppföljning.



Läkemedelshantering och välfärdsteknik

Under hösten 2022 har ett projekt pågått med införande av 20st digitala läkemedelsskåp (Phoniro). Testet har innefattat ordinärt boende. Digitala läkemedelsskåp är ett led i att skapa trygghet och förutsättningar för spårbarhet gällande läkemedelshantering samt förebygga läkemedelsstöder. All läkemedelssignering sker digitalt i IT-systemet MCSS/Appva. Avvikelse registreras och systemet signalerar om åtgärden ej utförts på angiven tidpunkt av personalen. Avvikelse rapporter skapas och kan följas upp och analyseras för ytterligare förbättringsåtgärder. I MCSS/Appva kontrollräknas även narkotiska läkemedel. Kontrollräkning av narkotika skall ske varje månad.

HSL- dokumentation

Upphandling gällande nytt verksamhetssystem påbörjades under hösten 2022 tillsammans med Vårgårda kommun med upphandlingsresurs från företaget Zango AB. Anledning till upphandling är att nuvarande avtal snart avslutas. Under hösten har en översiktlig journalgranskning genomförts av MAS. Den gemensamma hälso- och sjukvårdsdokumentationen granskades från verksamhetssystemet VIVA. Tio journaler granskades från olika enheter och roller. Granskningen visar bland annat på brister gällande resultat av bedömningar från Senior alert och andra kvalitetsregister inte noterats i patientens journal. Det saknas uppgifter om närstående får kontaktas nattetid, samtycke till att lämna ut uppgifter till anhöriga och samtycke till munhälsobedömningar. Omvårdnad, rehab- och aktivitetsplan fanns på samtliga patienter där insatser pågick. Socialstyrelsens KVÅ-koder används och lagenlig statistik inskickas varje månad till Socialstyrelsen. I journalsystemet saknades fortfarande yrkestitlar på ett antal personal. Felet har lokaliserats och åtgärdas av förvaltningens IT-strategerna. Under 2023 planeras en genomgång för legitimerad personal så att dokumentationen i verksamhetssystemet VIVA sker enligt Socialstyrelsens nationella informationsstruktur (NI-processen).

Munhälsa

Nödvändig tandvård

Vård och omsorgstagare med omfattande behov kan ha rätt till intyg om N-tandvård (nödvändig tandvård). Det innebär att personen blir erbjuden en årlig munhälsobedömning av tandhygienist och att patientavgiften för tandläkarbesök är samma som för övrig regional hälso- och sjukvård samt ingår i högkostnadsskyddet. Utsedda sjuksköterskor eller handläggare bedömer om personen är berättigad till intyget. Tandhygienist har under 2022 inte haft resurser att komma ut till oss i den omfattning som önskats.

Palliativ vård - palliativregistret

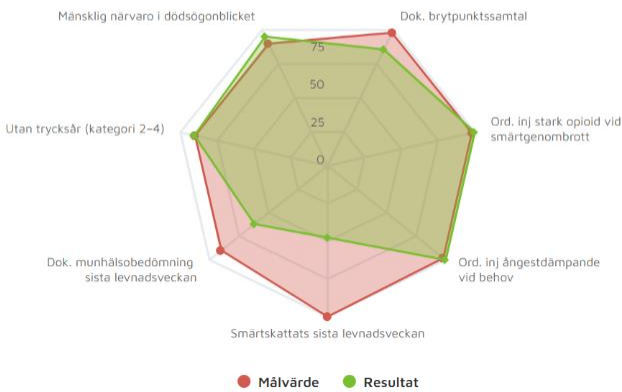
Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slutskede. På patientnivå mäts definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stöds ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov.

Palliativ vård är hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående. (Socialstyrelsens definition). Palliativ vård som utförs i Herrljunga kommun registreras i Svenska Palliativregistret.

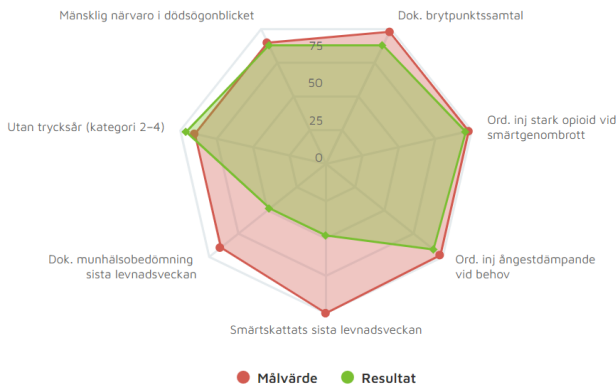
Bilden nedan visar hur Herrljunga kommun arbetar med de kvalitetsindikatorer som ingår i palliativa registret. Resultatet för 2022 visar en ökning på mänsklig närvaro i dödsögonblicket som nu ligger över målvärdet. 100% resultat gällande ordination injektion (ord.inj) stark Opioid vid smärtgenombrott och ord.inj ångestdämpande vid behov. Förbättringsområden är dokumentation för brytpunktssamtal, munhälsobedömning sista levnadsveckan, smärtskattning och utan trycksår.

Spindeldiagrammet ska vara så grönt som möjligt

2022
Spindeldiagram av kvalitetsindikatorer



2021
Spindeldiagram av kvalitetsindikatorer



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2022-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	85,7
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	100,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	100,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	47,6
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	61,9
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	90,5
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	95,2

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 - 2021-12

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	88,0
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	96,0
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	92,0
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	48,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	48,0
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	96,0
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	88,0

Vårdhygien

Vårdhygien arbetar för att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården. Under året har MAS/MAR nätverket haft avstämningar med vårdhygien varannan vecka främst gällande covid-19 situationen men även andra infektioner. Utbildning för kommunens hygienombud erbjuds kontinuerligt av vårdhygien. Den 1:a november trädde en ny föreskrift i kraft gällande smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter inom SoL och LSS. I samband med den nya föreskriften togs en ny rutin fram gällande vårdhygien och ansvar. Rutinen togs fram tillsammans med MAS/MAR nätverket i Sjuhärad. Samtliga chefer har under hösten 2022 genomgått en vårdhygienisk utbildning av hygiensjuksköterska från SÄS. Socialstyrelsen har också erbjudit en webbutbildning gällande att förebygga och förhindra smitta i verksamheterna.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister där olika bedömningsinstrument ingår. Det är ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Det är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg skall ges möjlighet till riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning.

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador.

Målet för 2022 var att öka antalet registrerade patienter, vi ser en ökning med 38 unika personer.

2022					2021				
↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention		
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk			Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk
Herrljunga kommun	66	94% ↓ 83 av 88	89% ↑ 74 av 83	95% ↑ 79 av 83	Herrljunga kommun	28	97% ↑ 28 av 29	50% ↓ 14 av 28	89% ↑ 25 av 28
Trycksår		56% ↑ 49 av 88	90% ↑ 44 av 49	96% ↑ 47 av 49	Trycksår		48% ↓ 14 av 29	50% ↓ 7 av 14	86% ↑ 12 av 14
Undernäring		69% ↑ 61 av 88	95% ↑ 58 av 61	97% ↑ 59 av 61	Undernäring		59% ↓ 17 av 29	41% ↓ 7 av 17	88% ↑ 15 av 17
Fall		85% ↓ 75 av 88	95% ↑ 71 av 75	95% ↑ 71 av 75	Fall		90% ↑ 26 av 29	54% ↓ 14 av 26	88% ↑ 23 av 26
Munhälsa		52% ↑ 45 av 86	98% ↑ 44 av 45	93% ↑ 42 av 45	Munhälsa		46% ↓ 13 av 28	54% ↓ 7 av 13	85% ↑ 11 av 13

Säker vård här och nu

Riskhantering

Genom att regelbundet göra risk- och konsekvensanalyser vid förändringar, avvikelserapporter, klagomål och synpunkter kan risker gällande patientsäkerhet upptäckas tidigare. När händelseanalyser och utredningar görs identifieras risker som analyseras och förbättringsåtgärder kan vidtas. Med ökad kunskap om patientsäkerhet och en medvetenhet om att oförutsedda händelser kan inträffa kan vi agera innan patientsäkerheten är hotad.

Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelse inom kommunen

All vård- och omsorgspersonal ska ha kunskap om rutiner och arbetssätt för att kunna rapportera händelser och risker som patienter och brukare utsätts för. Närmaste chef ansvarar för att en gång per år säkerställa att personalen har kunskap om avvikelshantering och rapportering om missförhållanden.

Nära vård

Nära vård ett nytt sätt att tänka, ett förhållningssätt kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov. Nära vård är kopplat till det delregionala arbetet där representanter ingår både från kommun och region och för de som arbetar med Nära vård-frågor i sina respektive verksamheter. Enhetschefen för HSL-organisationen ingår i nätverksgrupp Nära vård.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Vi har regelbundet möten med kommunens IT-enhet gällande IT-säkerheten. Ökad risk för IT-attacker samt läckage av känslig information kräver säker inloggning och datalagring. SITHS är en nationell elektronisk säkerhetslösning som uppfyller patientdatalagens krav på en säker identifiering vid inloggning till vissa system som hanterar känslig information. Fler system/register har även börjat godkänna Bank ID som en säker inloggning. SITHS -kort och Bank ID används som ett led i att öka informationssäkerheten.

Som en extra säkerhet vid driftsavbrott finns 3st reservdatorer som vid akuta fall kan användas för komma åt patientjournaler.

Beredskapslager finns gällande skyddsutrustning. Inventering och beställningar utförs varje vecka. MAS och verksamhetschef får information veckovis.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Under våren 2023 kommer två sjuksköterskor genomgå utbildning för att bli Certifierade BPSD-utbildare. Dessa skall i sin tur vidareutbilda berörd personal i verksamheterna.

Upphandling gällande nytt verksamhetssystem kommer att slutföras under 2023. Företaget Zango AB är förvaltningens upphandlingsresurs. Upphandlingen utförs tillsammans med Vårgårda kommun.

Projekt för säkrare och enklare inloggning till IT-systemen. Projektet leds av kommunens IT-enheten.

Fortsatt införande av digitala läkemedelsskåp, digital planering och behörighet till nyckelfria ytterdörrar.

Ledningssystemet kommer under året att uppdateras.

Införande av nya digitala tjänster

- ViSam -som är ett beslutsstöd som utifrån beprövad metod för medicinsk bedömning och informationsöverföring säkerställer att en patient får vård på rätt vårdnivå samt dokumentation i en samlad lösning.
- SBAR-appen – är ett kommunikationsstöd för att säkerställa god informationsöverföring vid rapportering mellan omsorgspersonal och legitimerad vårdpersonal. (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation).

- Kunskapsstöd för kommunernas hälso- och sjukvård – erbjuder tillgång till vetenskapliga kunskapsunderlag i form av tidskriftsartiklar och liknande innehåll.
- Vårdhandboken på lätt svenska – stärker patientsäkerheten genom att metodbeskrivningar och vårdmoment inom kommunal vård och omsorg erbjuds på lätt svenska

Nya Hagens demenscentrum. Det nya boendet beräknas vara inflyttningsklart hösten 2023.

Fortsatt arbete med projektet FVM Millenium (framtidens vårdinformationsmiljö). IT-systemet kommer att ersätta nuvarande SAMSA (samordnad vårdplanering). Införandet beräknas starta under 2024 med förberedelser under hösten 2023.

Säkerställa att strukturerad kommunikation och information om patienters hälsotillstånd, utförs enligt modellen SBAR.

Projektet Digitala hjälpmedel i samverkan . Projektet syftar till att påbörja införandet av ett samarbete kring digitala hjälpmedel i VGR. De första hjälpmedlen beräknas vara klara för inköp i början av 2023. Upphandlingar kommer att pågå successivt och styrs utifrån efterfrågan.

Den 1 juli 2022 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen, SoL, med krav på att den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt. Införandet fortsätter under 2023. En omsorgskontakt måste ha kompetens som undersköterska.

Undersköterska blir from 1:a juli en skyddad yrkestitel. Kompetensen hos undersköterskor är viktig för kvalitet och säkerhet i vård och omsorg. Riksdagen har därför beslutat att yrket ska ha en skyddad yrkestitel. Det bidrar till trygghet för patienter, brukare och anhöriga och det gör dessutom att det blir lättare för arbetsgivare att leda och planera verksamheten på arbetsplatsen.

Agera för säker vård

Under 2023 ska förvaltningen aktivera den nya nationella handlingsplanen från Socialstyrelsen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. ”Agera för säker vård” ska stärka arbetet i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga att patienter drabbas av vårdskador – en god och säker vård, överallt och alltid.





Svar på initiativärende från Sverigedemokraterna om ekonomisk påverkan vid avskaffande av delade turer som norm

Sammanfattning

Sverigedemokraterna inkom med ett initiativärende den 25 maj 2022 där man skrev följande:

”Som arbetsgivare borde en av våra viktigaste prioriteringar, förutom att bemanna och leda verksamheten, vara att kompetensutveckla våra anställda och måna om deras trivsel och välmående på jobbet. Nöjda och välmotiverade medarbetare utför en bättre arbetsprestation och medför mindre personalomsättning.

I den sektor som vår förvaltning verkar finns många tomma platser som behöver fyllas. Inte bara i Herrljunga utan även i våra närliggande grannkommuner. Socialförvaltningen måste arbeta hårt för att säkerställa att våra medarbetare trivs så att de inte väljer att lämna oss till förmån för en annan kommun eller privat arbetsgivare med bättre arbetsvillkor.

Sverigedemokraterna vill därför initiera en utredning där det klargörs vilka kostnader som uppstår och vilka åtgärder som behövs vidtas för att avskaffa tvingade delade turer till fördel för en frivillig modell där anställda avgör själva om deras eget privatliv kan absorbera konsekvenserna av delade turer.

Sverigedemokraterna yrkar därför att

- Socialförvaltningen ser över vilka konsekvenser som skulle uppstå vid avskaffande av tvingande delade turer till fördel för en modell där de delade turerna blir frivilliga.*
- Socialförvaltningen ser över vilka ekonomiska kostnader ett avskaffande av tvingande delade turer skulle medföra”*

Den 1 oktober 2023 kommer tillämpningen av regelverket kring dygnsvila skärpas. Anställda i kommunen ska få 11 timmars dygnsvila mellan arbetspassen.

Socialförvaltningen har tittat på initiativärendet och bedömer att det nya regelverket som träder i kraft 1 oktober 2023 avhjälpes den problematik som förslagsställaren tar upp. Detta då det utifrån det nya regelverket kommer vara svårt att ha pass med delade turer. Således bedöms det inte aktuellt att utreda konsekvenser eller vilka kostnader det kan komma att medföra, då kommunen redan står inför en sådan situation där pass med delad tur kommer mer eller mindre att försvinna.



Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2023-02-17
- Initiativärende från Sverigedemokraterna om ekonomisk påverkan vid avskaffande av delade turer som norm daterad 2022-05-25.

Förvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden anser initiativärendet besvarat och lägger det till handlingarna.

Kerstin Andersson
Nämndsamordnare

Expedieras till:
För kännedom till:



Bakgrund

Alexander Strömborg (SD) väckte ett initiativärende 25 maj 2022. Förslaget beskriver att Herrljunga kommun behöver verka för att vara en attraktiv arbetsgivare, särskilt inom vård och omsorgs-området där man har många vakanser. Förslaget yrkar på att socialförvaltningen ska se över vilka konsekvenserna skulle vara om man avskaffade delade turer och vilken ekonomisk påverkan ett avskaffande skulle medföra. Den 7 juni 2022 beslutade socialnämnden att förvaltningen skulle utreda ärendet.

I december 2022 skärptes reglerna kring dygnsvila efter att EU riktat kritik mot hur kollektivavtal utformats rörande dygnsvila. De nya reglerna kommer börja gälla från och med 1 oktober 2023 och kommer sammanfattningsvis innebära att alla arbetstagare ska ha 11 timmars vila efter arbete och innan nytt arbetspass.

Socialförvaltningen har börjat titta på vad detta kommer innebära för deras schemaläggning. Förvaltningen kan se redan nu att det kommer förändra hur man lagt scheman och att pass med delad tur inte kommer att kunna planeras ut på samma sätt som tidigare då ett arbetspass hela längd max får vara 13 timmar. Förvaltningen håller på att utreda nu med hjälp av testscheman för att se hur en ny schemaläggning kan se ut utifrån de nya direktiven. Förvaltningen hänvisar till det kommande schemaförslaget.

Ytterligare en konsekvens av de nya direktiven samt utifrån verksamheternas behov är att tjänstgöringsgrader mer behöver anpassas till verksamheternas faktiska behov än att oavkortat erbjuda heltider. Inom vård och omsorg samt socialt stöd är inte arbetsbelastningen jämnt fördelad över dagen, utan det finns hög- och lågintensiva perioder. Under de lågintensiva perioderna finns det inte arbetsuppgifter för att fylla ut tjänsterna. Att ha tjänster med kombinerade arbetsuppgifter för att komma upp i en heltidstjänst är möjligt till en viss gräns, men det kommer inte finnas tillräckligt och alternativet kommer bli att erbjuda deltidsanställningar vid nyanställningar.

Juridisk bedömning

Arbetsid styrs av Arbetstidslagen (1982:673) där det framkommer i 13§ att alla arbetstagare skall ha minst elva timmars sammanhängande ledighet under varje period om 24 timmar. EU har ett arbetstidsdirektiv (Europaparlamentets och rådets direktiv 2003/88/EG) som också styr arbetstiden. EU-kommissionen har ifrågasatt huruvida svenska kollektivavtal följer deras direktiv. En följd av detta är att man skärpt reglerna kring dygnsvila. De nya reglerna kommer träda i kraft 1 oktober 2023. Enligt svensk lagstiftningen rörande arbetstid har möjlighet funnits att avtala bort vissa delar men med gällande EU direktiv finns det utrymme inte längre.

Motivering av förslag till beslut

Socialförvaltningen har tittat på initiativärendet och bedömer att det nya regelverket som träder i kraft 1 oktober 2023 avhjälper den problematik som förslagsställaren tar upp. Socialförvaltningen föreslår därför att nämnden ska se initiativärendet som besvarat och lägga det till handlingarna.



Val till Närvårdssamverkan

Sammanfattning

Herrljunga kommun är en part i Närvårdssamverkan Södra Älvsborg och har en plats i Delregionalt politiskt samråd. Till denna plats ska en ledamot och en ersättare utses utifrån socialnämndens ledamöter.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2023-03-08

Meddelande från Närvårdssamverkan Södra Älvsborg daterad 2022-11-07

Förslag till beslut

Socialnämnden väljer en ordinarie ledamot och en ersättare till Delregionalt politiskt samråd inom Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.

Kerstin Andersson
Nämndsamordnare

Expedieras till:

För kännedom till:

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg



HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIAL-
FÖRVALTNINGEN
Kerstin Andersson

Ärende 11

Tjänsteskrivelse
2023-03-08
DNR SN 2022/126 170
Sid 2 av 2

Bakgrund

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg syftar till att man genom samverkan och gemensamma handlingsplaner ansvarar för de medborgare som är i behov av vård- och omsorg från både kommun och region. Det delregionala politiska samrådet ansvarar för att vision och strategisk inriktning tas fram.

Under 2021 beslutades det att kommunerna skulle själva utse representanter i Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.

Samverkan

Ärendet samverkas på FSG 2023-03-21.

2022-11-07

Till parterna i
Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Val av ledamöter och ersättare till Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Parterna i Närvårdssamverkan Södra Älvsborg uppmanas utse ledamöter och ersättare till Delregionalt politiskt samråd, DPS.

Medlemskommunerna utser vardera en ledamot och en ersättare.

Från Västra Götalandsregionen deltar följande;

- Presidiet för Södra hälso- och sjukvårdsnämnden eller utsedd ersättare
- Presidiet för Regionhälsan
- Presidiet för Närhälsan
- Presidiet för styrelsen Södra Älvsborgs Sjukhus
- Presidiet för styrelsen Habilitering & Hälsa
- Presidiet för Tandvårdsstyrelsen

Beslut av ledamöter och ersättare meddelas Närvårdskontoret senast **2022-12-16** på narvardssamverkan.info@vgregion.se

Charlotte Bliesener Falkenström
Koordinator

SAMFOND NR 2

Org.nr 866601-7523

ÅRSREDOVISNING

för räkenskapsåret 2022

Meddelande 1

Samfond nr 2

Org.nr 866601-7523

Förvaltningsberättelse

Samfond Nr 2 bildades 1980, genom ett permutationsbeslut av kammarkollegiet. 6 donationsfonder sammanslogs med följande villkor: 10% av avkastningen skall tillföras kapitalbehållningen, för att säkerställa fondens realvärde. 90% av avkastningen disponeras av socialnämnden, som också har beslutanderätt om avkastningens fördelning. Nämnden skall så långt som möjligt beakta donationernas ursprungliga destinärskrets.

Samfondens kapital var 1982 61.800:-.

Det aktuella marknadsvärdet av Robur Bas 50 fond uppgår per 2022-12-31: 75 804 kr

Aktuell anskaffningsutgift enligt årsbesked från Swedbank uppgår per 2022-12-31: 45 143 kr

Utdelningsbart 2022-12-31: -17 101 kr

RESULTATRÄKNING	Utdelningsbart	Summa	2022	2021
Verksamhetens kostnader				
Utdelade anslag	-109 982	-109 982	-10 213	0
Återköp av andelar	10 465	10 465		
Tidigare beslutat, utbet 2022	-20 132	-20 132	-20 132	
Resultat före finansiella poster		-139 781	-30 345	0
Utdelning Robur Bas 50 (fd mix fond)	41 520	46 134	0	0
Värdeförändring Robur Bas 50 (fd Mix fond)	61 027	67 808	-19 001	15 042
Utdelningsbart Redovisat resultat	-17 101	-5 707	-49 346	15 042

BALANSRÄKNING	22-12-31	21-12-31
----------------------	-----------------	-----------------

Tillgångar

Omsättningstillgångar

Robur Bas 50 (fd mix fond) 45 143 63 484

Summa Tillgångar 45 143 63 484

Skulder o Eget kapital

Eget Kapital

Fondkapital IB 94 489 48 443
Årets resultat -49 346 15 042

Summa Eget Kapital 45 143 63 484

Summa Skulder o Eget kapital UB 45 143 63 484

Marknadsvärde 75 804 125 150

REVISIONSBERÄTTELSE FÖR SAMFOND 2 (866601-7523)

Jag har granskat årssammanställningen, räkenskaperna samt förvaltningen för räkenskapsåret 2022. Granskningen har utförts enligt god revisionsred.

Årssammanställningen har upprättats enligt stiftelselagen.

Herrljunga 2023-02-27



Göte Olsson

Meddelande 1

Samfond nr 2
Org.nr 866601-7523

Herrljunga 2023- 02-20



Eva Larsson
Ordf soc nämnden
tom 20221231



Sandra Säljö
Chef Socialförvaltningen

Min revisionsberättelse har avgivits 2023- 02-27



Av kommunfullmäktige utsedd revisor



KS § 29

DNR KS 2022/223

Svar på återremiss av initiativärende avseende hjärtstartare inom våra verksamheter**Sammanfattning**

Sverigedemokraterna inkom 2022-09-06 med ett initiativärende till socialnämnden i vilket partiet ville följande:

- Att socialförvaltningen ser över hur tillgången och tillgängligheten till Hjärtstartare är.
- Att där möjligt köpa in hjärtstartare och placera dessa vid platser där personalen lätt kan hämta utrustningen vid en akut situation.

Ärendet hanterades i socialnämnden 2022-09-27 och nämnden beslutade genom § 103 att skicka vidare ärendet till kommunstyrelsen med motiveringen att ärendet bör hanteras kommunövergripande. Kommunstyrelsen beslutade genom § 157/2022-10-24 att återremittera ärendet till förvaltningen då det ansågs finnas fler hjärtstartare i kommunen än vad som angetts i beslutsunderlagen.

För information om tillgång till hjärtstartare i kommunen hänvisar förvaltningen till Sveriges Hjärtstartarregister och applikationerna "Rädda Hjärtat" och "SMS-livräddaren" där samtliga kommunens hjärtstartare finns med. Det finns även ett flertal andra applikationer där man kan få instruktioner om hur man ska agera vid nödsituationer och hjärtstopp. Herrljunga kommun har ett kontinuerligt arbete för att personalen ska få HLR-utbildning i syfte att höja förmågan att agera vid ett hjärtstopp.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2022-10-17

Kommunstyrelsen § 157/2022-10-24

Socialnämnden § 103/2022-09-27

Initiativärende från sverigedemokraterna inkommet 2022-09-06

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Kommunstyrelsen godkänner informationen och lägger den till handlingarna.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Kommunstyrelsens beslut

1. Information om hjärtstartare i kommunens verksamheter godkänns.

För kännedom till:

Socialnämnden

Analysplan

Analyser av vård och omsorg 2023–2025



Analysplan

Analyser av vård och omsorg 2023–2025

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer	2023-2-8357
Omslagsfoto	Maskot Bildbyrå AB/Johnér bildbyrå
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , mars 2023

Förord

Denna analysplan är en översikt över analytisk verksamhet inom vård- och omsorg vid Socialstyrelsen. Planen beskriver kortfattat pågående och planerade analyser, när dessa kommer att redovisas samt ansvariga utredare. Den publiceras årligen i syfte att informera intresserade om de analyser som myndigheten planerar att genomföra inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och tandvård.

Natalia Borg
Avdelningschef
Avdelningen för analys

Innehåll

Förord.....	3
Analysen på Socialstyrelsen	9
Analysområden	10
Analysplanens struktur	10
Hälso- och sjukvård	11
Inhämta kunskaper om och analysera vården och stödet för flickor och kvinnor med missbruk och beroendeproblematik	11
Inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.....	11
Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning	12
Föreslå insatser för att stärka attraktiviteten och kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården	12
Lägesrapport hälso- och sjukvård och tandvård	13
Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvård. Det nationella planeringsstödet	14
Nulägesbeskrivning och uppföljningsramverk för hälso- och sjukvårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen	15
Utveckla den nationella uppföljningen av primärvården – Uppföljning och analys av omställningsarbetet i regioner och kommuner	16
Kartläggning av den prehospitala vården samt uppföljning och utvärdering av regeringens satsningar på ambulanssjukvården.....	16
Tillämpning av digital vård i regionerna	17
Analys och prognos av kostnadsutvecklingen för läkemedel	18
Kartläggning och analys av geografiska skillnader i äldres läkemedelsanvändning	18
Kartläggning av den psykiatriska tvångsvården respektive den rättspsykiatriska vården	19
Indikatorer för de nationella riktlinjerna för förlossningsvården.....	20
Förslag på uppföljningssystem för en ny nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention	20
Utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023	21
Indikatorer och målnivåer i nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism	22
Indikatorer i nationella riktlinjer för ätstörningsvården	22

Indikatorer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas (nytt förslag för 2023)	23
Utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar utifrån nationella riktlinjer	23
Utvärdering av följsamheten till nationella riktlinjer för missbruk och beroende	24
Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet	25
Test av konceptuell modell för uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård....	25
Strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet	26
Förstudie inom området matallergi.....	27
Kartläggning och analys av förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre	27
Kartlägga hälsoläget bland personer med psykisk funktionsnedsättning	28
Indikatorer screening för spinal muskelatrofi	29
Utvärdering av screening för Bukaortaaneurysm	29
Följsamheten till nationella riktlinjer – icke-göra rekommendationer	30
Indikatorer och utvärdering av hjärtkärlområdet	31
Analys av utveckling vid Regionala cancercentrum	31
Handläggning av graviditeter som varat 41 veckor eller mer	32
Kartläggning och uppföljning som stöd för ANDTS-politiken	33
Kartläggning och analys av innovationsarbete inom regioner och kommuner.	34
Utveckla uppföljningen för säker vård	34
Uppdrag som berör både hälso- och sjukvård och socialtjänst.	35
Socialtjänst.....	36
Kartläggning av hälsoundersökningar av placerade barn och unga	36
Undersökning om evidensbaserad praktik i socialtjänsten	36
Kartläggning av äldre hbtqi-personers vård och omsorg.....	37
Utveckla långsiktiga former för att kontinuerligt följa de nationella minoriteternas situation inom myndighetens verksamhetsområden.....	38
Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?	39
Öppna jämförelser inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård	39
Kartläggning och analys av systemet med personligt ombud till vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar	40
Strategi för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken under 2021–2031	40
Öppna jämförelser – Vård och omsorg för äldre	42
Lägesrapporter	43
E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna	44
Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård ...	44

Analysera satsningen på sociala insatser för barn och unga i utsatta områden	45
Första linjens chefer i äldreomsorgen	46
Kartläggning och analys av familjecentraler och andra liknande verksamheter	46
Kartläggning av kulturtolkar som kan agera som vidareförmedlare/informatörer	47
Planera och genomföra en nationell hemlöshetskartläggning	47
Enhetsundersökning LSS	48
Förändringar avseende personer som beviljats ledsagning enligt LSS och SOL	48
Förslag på uppföljning av anhängarperspektivet och stödet till anhöriga	49
Uppföljning och utvärdering av ekonomiskt stöd till äldreomsorgen	49
Uppföljning av reformen för fast omsorgskontakt i hemtjänsten	50
Nationellt kompetenscentrum för äldre	50
Uppdrag som berör både socialtjänst och hälso- och sjukvård	51
Tandvård	52
Utvärdering av nationella riktlinjer tandvård	52
Kartläggning av modeller för riskbedömning i tandvården	52
Karies bland barn och unga - epidemiologiska uppgifter för år 2022	53
Analyser av integrerad munhälsa med individen i centrum inom vård och omsorg för äldre personer	53
Karies hos små barn som prediktor för annan ohälsa	54
Krisberedskap	55
Uppföljning och utvärdering av överenskommelsen mellan staten och SKR om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar	55
Utveckling av arbete med statligt ansvar för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvården	56
Risk- och sårbarhetsanalys gällande sektorn hälsa, vård och omsorg	56
Förbereda för förvaltning av investeringsprogrammet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig (SSIK)	57
Nyckeltalsberäkningar och dimensionerande målbilder för hälso- och sjukvården	57
Kartläggning av befintliga skyddade utrymmen och lokaler avsedda för hälso- och sjukvården	58
Anvisningar för det civila försvaret för försvarsbeslutsperioden 2021–2025	58
Uppföljning av statsbidrag	59
Statsbidrag inom området hälso- och sjukvård	59
Statsbidrag inom området socialtjänst	60
Statsbidrag inom området tandvård	60
Publicerade analyser 2022	61

Analysen på Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg. I Socialstyrelsens uppdrag ingår att bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde som rör hälso- och sjukvård, tandvård samt socialtjänst¹. Myndigheten samordnar nationellt inom sitt ansvarsområde och styr mot en god vård och omsorg, vilken karaktäriseras som kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

I kunskapsstyrningen är analyser, kartläggningar, utvärderingar och uppföljningar viktiga delar som kan ge underlag till revidering eller framtagande av t.ex. nya föreskrifter, kunskapsstöd, nationella riktlinjer eller statsbidrag.

Socialstyrelsen strävar efter att med hjälp av analyser ge en samlad bild av utvecklingen inom vården, tandvården och socialtjänsten och därigenom också ge vägledning om vilka insatser som bör vidtas för att förbättra dessa områden.

I Socialstyrelsens nya strategiska inriktning läggs tonvikt på myndighetens analys- och statistikroll som är central för att identifiera hur läget ser ut inom vård och omsorg². I denna strategi uttrycks behovet av att ytterligare lägga fokus på att beskriva och identifiera vilka orsaker som finns kring eventuella skillnader hos grupper, regioner eller kommuner, vilka konsekvenser olika insatser får för olika grupper samt vad kostnaderna blir för olika insatser.

Ambitionen är att fortsätta att utveckla den rollen mot bakgrund av att den stödjer arbetet med att beskriva och identifiera lösningar på olika samhällsutmaningar.

¹ Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

² Socialstyrelsens strategiska inriktning 2021–2025

Analysområden

Analysplanens struktur

Pågående och planerade analyser, kartläggningar, uppföljningar och utvärderingar presenteras enligt följande indelning:

- Hälso- och sjukvård
- Socialtjänst
- Tandvård
- Krisberedskap
- Uppföljning av statsbidrag

Uppdragen och projekten kategoriseras efter det område som bedöms vara det huvudsakliga. Vissa uppdrag eller projekt kan beröra fler än en av kategorierna ovan. Sådana som berör såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst listas med enbart rubrik sist under kategorierna hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Mot bakgrund av bl.a. coronapandemins effekter på vården och omsorgen, har berörda uppdrag och projekt taggats med ikoner som symboliserar, tillgänglighet, psykisk ohälsa, patientsäkerhet samt Covid-19.



Patientsäkerhet



Psykisk ohälsa



Covid-19



Tillgänglighet

Hälso- och sjukvård

Inhämta kunskaper om och analysera vården och stödet för flickor och kvinnor med missbruk och beroendeproblematik



Socialstyrelsen har i uppdrag att inhämta kunskaper om och analysera vården och stödet för flickor och kvinnor med missbruk och beroendeproblematik, inklusive insatser vid fysiska och psykiska vårdbehov och vid våldsutsatthet. I uppdraget ingår att redogöra för de vård- och omsorgsinsatser som erbjuds flickor och kvinnor med missbruk och beroende och hur målgruppen upplever vårdens tillgänglighet och bemötande. I redovisningen ska Socialstyrelsen vid behov lämna förslag på åtgärder som kan bidra till vård och omsorg vid missbruk och beroendeproblematik som är mer anpassad till kvinnors behov. I uppdraget kommer Socialstyrelsen samverka med berörda myndigheter och aktörer samt med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast den 15 maj 2024.

Ansvarig utredare:

Karin Blomgren (Enheten för socialtjänst 1).

Inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst



Socialstyrelsen ska inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Delredovisningen ska innehålla en plan för uppdragets genomförande. Slutredovisningen ska innehålla en prioriteringsord-

ning för de kunskapsstöd som Socialstyrelsen bedömer bör tas fram samt ett förslag på tidsplan och kostnadsberäkningar för framtagandet.

Avrapportering:

Uppdraget delredovisas senast den 30 september 2023 och slutredovisas senast den 1 december 2024.

Ansvarig projektägare:

Lena Lennerbrant (Enheten för psykisk ohälsa).

Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning



Socialstyrelsen ska ta fram förslag till en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Förslaget till plan ska utarbetas av det Nationella vårdkompetensrådet som är placerat vid Socialstyrelsen. Planen ska bland annat visa vilka insatser som behövs, både för befintlig och ny vårdpersonal, för att förbättra kompetensförsörjningen.

Avrapportering:

Uppdraget delredovisas senast den 30 juni respektive 7 december 2023 och slutredovisas senast den 31 maj 2024.

Ansvarig projektägare:

Lena Hellberg (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3).

Föreslå insatser för att stärka attraktiviteten och kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården



Socialstyrelsen kommer tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet och i dialog med andra berörda aktörer, ta fram förslag i syfte att säkra den framtida kompetensförsörjningen av barnmorskor i hälso- och sjukvården. Därtill ska ett planeringsunderlag redovisas samt rekommendationer tas fram om hur många barnmorskor som behövs i hälso- och sjukvården med fokus på förlossningsvården. Synpunkter kommer att inhämtas och beaktas

från Universitetskanslersämbetet, universitet och högskolor, regioner, SKR, professionsorganisationer och andra relevanta aktörer. Socialstyrelsen ska bedöma konsekvenserna av förslagen samt beräkna kostnaderna för dem.

Avrapportering:

Uppdraget delredovisades i december 2022 och slutredovisas senast 1 juni 2023.

Ansvarig utredare:

Emma Lindgren och Lovisa Hellberg (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3).

Lägesrapport hälso- och sjukvård och tandvård



Socialstyrelsen publicerar årligen lägesrapporter, senast den 31 mars, om individ- och familjeomsorg, vård och omsorg om äldre, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning samt om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Lägesrapporten hälso- och sjukvård och tandvård utgår ifrån ett antal prioriterade områden där det görs satsningar och där såväl Socialstyrelsen som andra aktörer har i uppdrag att bidra till förbättring och utveckling. Också en kortfattad indikatoruppföljning av hälso- och sjukvård inklusive tandvård ingår, vilket syftar till att tillsammans med övriga områden i rapporten bidra till en samlad lägesbild och analys.

Rapporten bygger på flera datakällor, däribland publicerat material från Socialstyrelsen och andra nationella aktörer, sammanställningar av statistik och epidemiologiska studier.

Avrapportering:

Rapporten publiceras årligen senast den 31 mars.

Ansvariga utredare:

Ingrid Schmidt och Susanne Bergman (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4).

Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvård. Det nationella planeringsstödet.



Uppdraget:

Socialstyrelsen redovisar årligen bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen genomför en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom samtliga specialiteter.

Innehåll:

- Statistisk överblick över tillgång och efterfrågan på 22 legitimationsyrken och 63 läkarspecialiteter, specialistsjuksköterskor och specialisttandläkare.
- En kvalitativ analysmodell som möjliggör fördjupade bedömningar av den ökade rapporterade personalbristen.

Det nationella planeringsstödet för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvård har under många år fokuserat på att mäta hur tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvård har utvecklats och jämfört det med regionernas efterfrågan av personal. Fokus har framförallt riktats mot att ersätta pensionsavgångar med nyutbildad personal.

Statistiska underlag utgör en bas för bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårds- och tandvårdspersonal. Framtidsprognoserna från både Statistikmyndigheten och Universitetskanslersämbetet visar att bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kommer att kvarstå eller öka fram till 2035. Samtidigt innebär den ökade rapporterade personalbristen ett ökat behov av att på ett bättre sätt än idag ta tillvara och utveckla hälso- och sjukvårdens kompetenser på kort och lång sikt.

Socialstyrelsens kvalitativa analysmodell möjliggör att kompetensförsörjningen sätts i ett större organisatoriskt sammanhang. Den utgår från hur hälso- och sjukvården är organiserad och har utvecklats över tid. Genom att utgå från folksjukdomar och diagnosområden är det möjligt att sammankoppla kompetensförsörjningen med utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det gör det möjligt att analysera kompetensförsörjningsbehov utifrån förändrade vårdbehov och sjukdomspanorama, medicinsk och teknisk utveckling, förflyttning mot en personcentrerad vård, förändrad demografi, geografiska skillnader samt ökade förväntningar från patienter och förändrade attityder till arbete.

Avrapportering

Uppdraget redovisas årligen senast den 28 februari.

Ansvarig utredare

Åsa Olsson (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3).

Nulägesbeskrivning och uppföljningsramverk för hälso- och sjukvårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen

Socialstyrelsen fortsätter arbetet med att ta fram ett uppföljningsramverk för hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, i syfte att stödja regionernas arbete med kvalitetssäkring, verksamhetsutveckling och uppföljning av det försäkringsmedicinska området. Arbetet har sin utgångspunkt i en förstudie som avrapporterades i början av 2021 och sker i nära samverkan med regionrepresentanter, SKR och NPO för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin³.

Uppföljningsramverket kommer att baseras på resultat från två enkäter som under hösten 2022 skickades till 4000 sjukskrivande läkare samt till den centrala ledningen i samtliga regioner, och vissa data från regionerna. Enkätsvaren kommer att sammanställas, analyseras och dokumenteras i en nulägesbeskrivning över hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Baserat på denna nulägesbeskrivning samt förstudiens förslag kommer en första version av ett uppföljningsramverk att tas fram. Uppföljningsramverket innehåller ett antal uppföljningsmått och är i samklang med det Försäkringsmedicinska kunskapsstödet, som också är under framtagande.

Avrapportering:

En nulägesbeskrivning över hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och en första version av uppföljningsramverket planeras bli färdig för publicering under kvartal 2 2023.

Ansvarig utredare:

Anne Snis (Enheten för vägledning för hälso- och sjukvården 2).

³ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-1-7183.pdf>

Utveckla den nationella uppföljningen av primärvården – Uppföljning och analys av omställningsarbetet i regioner och kommuner



Socialstyrelsen har sedan 2019 ett uppdrag om uppföljning av primärvården och uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Socialstyrelsen ska årligen följa upp, analysera och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas. Uppdraget utgår bland annat från insatserna i den överenskommelse om God och nära vård som tecknats mellan regeringen och SKR. Datainsamling sker bland annat genom redovisningar från kommunerna och regionerna. Vi genomför även vissa intervjuer och enkäter som även dessa riktar sig till olika företrädare inom regioner och kommuner.

Uppdraget ska bidra med kunskap om hur arbetet med omställningen till en mer nära vård utvecklas i regioner och kommuner. Ett ytterligare mål är att bidra till att Socialstyrelsen kan stödja regioner och kommuner i omställningsarbetet.

Avrapportering:

Uppdraget slutredovisas senast den 30 augusti 2023.

Ansvariga utredare:

Johan Lantto (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Kartläggning av den prehospita vård samt uppföljning och utvärdering av regeringens satsningar på ambulanssjukvården



Prehospital vård är ett samlingsnamn för den vård som patienten möter först vid sjukdoms- och olycksfall. Prehospital akutsjukvård är de omedelbara medicinska åtgärder som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus. Ambulanssjukvården erbjuder idag en kvalificerad prehospital akutsjukvård vilket ställer höga krav på att verksamheten ger möjlighet till utveckling av kompetens och kvalitet för att kunna säkerställa en god och säker vård. Detta är områden som behöver utvecklas och stärkas.

Socialstyrelsen ska kartlägga den prehospita vård och lämna förslag

på hur den kan utvecklas, effektiviseras och stärkas på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Socialstyrelsen ska även följa upp och utvärdera regeringens satsningar på ambulanssjukvården 2021–2023, vilken omfattar överenskommelsen mellan staten och SKR om att förstärka och utveckla ambulanssjukvården och förordningen (2021:18) om statsbidrag för utveckling av den prehospita akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa, som syftar till att utveckla s.k. psykiatriambulanser. Uppdraget ska genomföras i samverkan med regionerna, SKR och andra relevanta aktörer som exempelvis SOS Alarm. Socialstyrelsen ska vid behov inhämta synpunkter från IVO och Läkemedelsverket.

Avrapportering:

- Kartläggningen av den prehospita vården inklusive förslag på hur den prehospita vården kan utvecklas och stärkas redovisades i oktober 2022.
- Den del av uppdraget som rör uppföljning och utvärdering regeringens satsningar på ambulanssjukvården delredovisas årligen, senast den 1 oktober 2022 och senast den 1 juni 2023.
- Delen som rör uppföljning av statsbidrag enligt förordning (SFS 2021:18) delredovisas årligen senast den 30 september.
- Uppdraget avseende uppföljning och utvärdering av regeringens satsningar kommer slutredovisas senast den 1 mars 2024. Slutredovisningen ska innehålla en samlad bedömning av regeringens satsningar på ambulanssjukvården och en analys av satsningarnas resultat.

Ansvarig utredare:

Fatima Azerkan (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4).

Tillämpning av digital vård i regionerna

Socialstyrelsen ska kartlägga och följa upp tillämpningen av digital vård i regionerna. Uppdraget initieras utifrån tidigare kartläggningar av digitala vårdtjänster i hälso- och sjukvården och uppföljningar av kommunernas arbete med e-hälsa och välfärdsteknik. En enkät skickas ut till samtliga regioner och intervjuer genomförs med ett urval av regionerna. Resultaten tillgängliggörs på Socialstyrelsens webbplats och sammanställs i en rapport.

Målet är att ta fram kunskap om hur regionerna tillämpar digital vård och analysera hur arbetat förs framåt. Målet är också att ta fram kunskap om digital delaktighet och digitalt utanförskap. Detta för att förbättra förutsättningarna för regeringen och andra aktörer i arbetet med att driva på utvecklingen inom området digitalisering och omställning till God och nära vård. Ett ytterligare mål är att underlätta för regionerna i deras digitaliseringsarbete genom att belysa utvecklingsområden, framgångsfaktorer och skapa möjligheter för jämförelser mellan regioner.

Sammantaget kan den kunskap som projektet genererar användas till nytta för regionernas invånare och patienter och bidra till en bättre vård och omsorg med hjälp av digital vård. Socialstyrelsen ska bidra med kunskap kring tillämpning av digital vård inom hälso- och sjukvård utifrån de kriterier som ingår i God vård och omsorg; kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast den 30 april 2023.

Ansvarig utredare:

Axel Fors (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Analys och prognos av kostnadsutvecklingen för läkemedel

Socialstyrelsen analyserar utvecklingen av läkemedelsförsäljningen i Sverige och prognosticerar kostnadsutvecklingen, årligen. Uppdraget omfattar läkemedel som ingår i förmånssystemet, rekvisitionsläkemedel samt läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen. Analysen tar sin utgångspunkt i kostnadsdrivande och kostnadsminskande effekter och bygger på huvudsakligen på försäljningsdata från E-hälsomyndigheten samt data från myndighetens register. SKR ska enligt regleringsbrevet löpande ges möjlighet att följa prognosarbetet och lämna synpunkter. Därutöver sker dialog med ytterligare intressenter.

Avrapportering:

Arbetet redovisas årligen senast den 30 april, och en uppdaterad prognos redovisas senast den 30 oktober.

Ansvarig utredare:

Moa Ivergård (Enheten för specialiststöd 2).

Kartläggning och analys av geografiska skillnader i äldres läkemedelsanvändning



Socialstyrelsen har initierat ett projekt att kartlägga de geografiska skillnaderna i äldres läkemedelsanvändning, och utreda vilka faktorer som kan förklara dessa skillnader.

Studien baseras på individdata (läkemedelsanvändning, förskrivarkarakteristika, samsjuklighet m.m.) från Socialstyrelsens läkemedels-, patient- och

socialtjänstregister, samt registret över totalbefolkningen och utbildningsregistret från SCB. Vissa ytterligare uppgifter inhämtas på aggregerad nivå (region, kommun, statistikområde (SAMS)), om bland annat befolkningskarakteristika (befolkningstäthet, utbildning, inkomst m.m.), vårdtillgänglighet och läkartäthet. Projektet sker i samarbete med Aging Research Center (ARC), Karolinska Institutet.

Målet med projektet är att finna påverkbara förhållanden som har betydelse för äldres läkemedelsbehandling, med avseende på kvalitet, jämlikhet, resursfördelning och patientsäkerhet.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast den 31 december 2023.

Ansvarig utredare:

Johan Fastbom (Enheten för specialiststöd 1).

Kartläggning av den psykiatriska tvångsvården respektive den rättspsykiatriska vården



Socialstyrelsen ska genomföra en kartläggning av den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården. Uppdraget är avgränsat till vuxna, 18 år och äldre, som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Bakgrunden till uppdraget är att tidigare utredningar har konstaterat stora praxisskillnader mellan regionerna avseende vilken vård och behandling som patienter erbjuds, personalens kompetens och organisationsform. Tidigare utredningar har således identifierat behov av insatser för att främja vårdens kvalitet, stärka kunskapsstyrningen och utveckla vårdens innehåll avseende LPT och LRV.

Kartläggning syftar till att öka kunskapen om den vård som bedrivs med LPT och LRV och, baserat på kartläggningen, lämna åtgärdsförslag för utvecklingen av psykiatrisk tvångsvård respektive rättspsykiatrisk vård. Uppdraget genomförs som 3 delprojekt:

1. Kartläggning genom registeranalyser
2. Kartläggning genom kunskapsinhämtning från professioner samt patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt tidigare kartläggningar
3. Förslag på åtgärder för utveckling av psykiatrisk tvångsvård respektive rättspsykiatrisk vård

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast den 1 augusti 2023.

Ansvarig utredare:

Peter Salmi (Enheten för specialiststöd 1).

Indikatorer för de nationella riktlinjerna för förlossningsvården

Under 2023 påbörjas arbetet med att ta fram indikatorer för de nationella riktlinjerna för förlossningsvården. Detta är en del i ett uppdrag sedan 2021, att fortsätta det kunskapsstyrande arbetet inom förlossningsvården, inklusive mödrahälsovården och eftervården. Arbetet ska utgå ifrån och bygga vidare på befintligt publicerat material. Kunskapsstöd och nationella riktlinjer i form av rekommendationer och indikatorer kommer att samordnas i syfte att åstadkomma ett sammanhållet och lättillgängligt nationellt stöd för hela området. Framtagandet av indikatorer sker parallellt med riktlinjearbetet. Tillsammans med en grupp externa experter kommer indikatorer tas fram som kopplas till de mest angelägna rekommendationerna. Övergripande indikatorer inom området kommer också tas fram.

Indikatorerna kommer att vara en utgångspunkt för kommande utvärdering av sjukdomsområdet och för eventuella målnivåer.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas i en första version i slutet av 2023 för att ta in synpunkter. Sedan kommer en slutlig version publiceras 2024.

Ansvarig utredare:

Madelene Barboza (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Förslag på uppföljningssystem för en ny nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention



Inom ramen för uppdraget att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention ska Socialstyrelsen tillsammans med Folkhälsomyndigheten också utarbeta en plan för uppföljning. Planen ska omfatta förslag på vilka indikatorer som kan användas för detta ändamål samt hur ett uppföljningssystem kan förvaltas

och administreras på ett kostnadseffektivt sätt. I framtagandet av förslag på indikatorer ska det säkerställas att uppföljningen, som bör innefatta mått på såväl insatser som utvecklingen inom området, bygger på en sammanställning och bearbetning av uppgifter som redan idag samlas in regelbundet.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast 1 september 2023.

Ansvarig utredare:

Andreas Johansson (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4).

Utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023



Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har uppdraget att i nära samverkan följa, utvärdera och stödja de insatser som genomförs av regioner och kommuner inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR 2021–2022, om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Syftet med uppdraget är att skapa stärkta förutsättningar för huvudmännen i genomförandet av dessa insatser, att synliggöra utvecklingen inom överenskommelsens olika områden och att identifiera frågor som kan behöva prioriteras på lokal och regional nivå.

Myndigheterna följer utvecklingen och utvärderar resultat av insatser som kommuner och regioner genomför inom ramen för överenskommelsen. De ska även stödja kommuner och regioner i att genomföra insatserna. En utvärdering pågår, med fokus på insatser för att stärka barn- och ungdomspsykiatri, främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa bland barn och unga.

Avrapportering:

Årliga lägesrapporter redovisas senast den 30 september. Uppdraget slutrapporteras senast den 30 september 2024.

Ansvariga utredare:

Fanny Larsdotter och Andreas Johansson (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4).

Indikatorer och målnivåer i nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism



Under 2020 påbörjades arbetet med att ta fram indikatorer för de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid adhd och autism.

Arbetet med indikatorer pågick under 2021–2022 för att gå ut på remiss i december 2022 och slutversion årsskiftet hösten 2023. Indikatorerna följer rekommendationer med hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Datakällorna består av patientregistret, läkemedelsregistret samt enkäter till hälso- och sjukvården samt socialtjänst. Då datatillgången är begränsad kommer flertalet av indikatorerna baseras på enkäter. Arbetet med målnivåer har i nuläget inte planerats.

Målgruppen för projektet är representanter för ledning och styrning inom hälso- och sjukvården samt socialtjänst.

Avrapportering:

Slutversionen redovisas hösten 2023.

Ansvarig utredare:

Tobias Edbom (Enheten för högspecialiserad vård).

Indikatorer i nationella riktlinjer för ätstörningsvården



Under 2022 har Socialstyrelsen påbörjat arbetet med att ta fram indikatorer för de nationella riktlinjerna för ätstörningsvården vilket sker parallellt med själva riktlinjearbetet. Tillsammans med en grupp externa experter kommer indikatorer tas fram som kopplas till de mest angelägna rekommendationerna. Övergripande indikatorer inom sjukdomsområdet kommer också tas fram.

Indikatorerna kommer att vara en utgångspunkt för kommande utvärdering av sjukdomsområdet och för eventuella målnivåer.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas i en första version i början av 2024 för att ta in synpunkter. Sedan kommer en slutlig version publiceras i november 2024.

Ansvarig utredare:

Britt Eriksson (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Indikatorer i nationella riktlinjer för vård vid obesitas (nytt förslag för 2023)

Under våren 2022 publicerades rapporten Nationella riktlinjer - Indikatorer för vård vid obesitas, där arbetet med att ta fram indikatorer har skett parallellt med själva framtagandet av rekommendationer i riktlinjearbetet.

Tillsammans med en grupp externa experter har indikatorer tagits fram som kopplar till de mest angelägna rekommendationerna. Övergripande indikatorer inom sjukdomsområdet är också framtagna.

Indikatorerna kommer att vara en utgångspunkt för kommande utvärdering av sjukdomsområdet och för eventuella målnivåer. Deluppdragen för utvärdering och målnivåer är dock separata uppdrag och är inte tidsplanerade i dagsläget.

En uppdaterad version av indikatorerna är planerad att publiceras under våren 2023, samtidigt med en uppdaterad version av de nationella riktlinjernas rekommendationer.

Avrapportering:

En slutversion publiceras våren 2023.

Ansvarig utredare:

Ann-Sofie Bertilsson (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar utifrån nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har initierat ett projekt med syfte att utvärdera vården vid rörelseorganens sjukdomar. Utgångspunkten i utvärderingen är de indikatorer och målnivåer i de reviderade nationella riktlinjerna inom området från 2021. I utvärderingen kommer även att ingå andra delar av vården och en analys av strukturella förutsättningarna och andra faktorer som kan påverka följsamheten till riktlinjerna.

Tidigare utvärdering från 2014 visade att det finns ett antal förbättringsområden som berör både regionernas och kommunernas arbete. Dessa kommer också beaktas i utvärderingen. Utvärderingen kommer att baseras

på data från Socialstyrelsens register (patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret) samt på de kvalitetsregister som finns inom området (bl.a. BOA, Svensk Reumatologiskt Kvalitetsregister och Rikshöft). Uppgifter kommer också att inhämtas via enkäter till berörda verksamheter, regioner och eventuellt till kommuner.

Målet med utvärderingen är att belysa vilka områden som fungerar bra respektive mindre bra, utifrån utvärderingens resultat. Dessa kommer att lyftas fram som förbättringsområden, som även innehåller förslag till regioner och kommuner på hur vården kan förbättras för att kunna öka följsamheten till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

Utvärderingen genomförs som tre delprojekt utifrån de sjukdomsgrupper som ingår i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar dvs. artros, osteoporos och inflammatoriska reumatiska sjukdomar. De tre delprojekten löper parallellt och samordnas sinsemellan men tidplanen och publiceringsdatum kommer att vara olika.

Avrapportering:

Deluppdraget för artros redovisas kvartal 1, 2023.

Deluppdraget för osteoporos redovisas kvartal 4, 2023.

Deluppdraget för inflammatoriska reumatiska sjukdomar redovisas maj 2024.

Ansvariga utredare:

Artros: Anastasia Simi.

Osteoporos: Ann-Sofie Bertilsson.

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar: Annika Eriksson.
(Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Utvärdering av följsamheten till nationella riktlinjer för missbruk och beroende

Socialstyrelsen har initierat ett projekt med syfte att utvärdera följsamheten till de nationella riktlinjerna vid missbruk och beroende. Utgångspunkten i utvärderingen är de indikatorer och centrala rekommendationer som finns framtagna för området. I utvärderingen kommer även att ingå andra delar av hälso- och sjukvården och socialtjänstens arbete, samt en analys av strukturella förutsättningarna och andra faktorer som kan påverka följsamheten till de nationella riktlinjerna.

Utvärderingen kommer att baseras på data från Socialstyrelsens register (patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret) samt på de kvalitetsregister som finns inom området (bl.a. Bättre beroendevård). Uppgifter kommer också att inhämtas via enkäter till berörda verksamheter, inom regioner och kommuner.

Målet med utvärderingen är att belysa vilka områden som fungerar bra

respektive mindre bra, utifrån utvärderingens resultat. Dessa kommer att lyftas fram som förbättringsområden, som även innehåller förslag till regioner och kommuner om hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan förbättra sitt arbete för att kunna öka följsamheten till rekommendationerna.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast april 2024.

Ansvariga utredare:

Ehline Larsson (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet

Avtalet mellan svenska staten och de regioner som har universitetssjukhus omfattar samverkan om utbildning av läkare på grundnivå, klinisk forskning, och utveckling av hälso- och sjukvård (ALF-avtalet). Enligt avtalet ska en utvärdering av universitetssjukvård genomföras vart fjärde år och gälla strukturer, processer och resultat. Utvärderingen ska enligt avtalet utgå från de riktlinjer som den nationella styrgruppen för ALF-avtalet föreslår.

Socialstyrelsen genomförde 2018 en första utvärdering och föreslog miniminivåer för vad en universitetssjukvårdsenhet bör uppnå. Miniminivåerna har därefter fastställts av Socialstyrelsen i december 2020.

Uppdraget genomförs genom enkätundersökningar till samtliga universitetssjukvårdsenheter. Vid ett urval universitetssjukvårdsenheter genomförs också en fördjupad granskning genom platsbesök och intervjuer. Även verksamheter vid de regionala ledningsorganen för ALF utvärderas. Regionala möten hålls för diskussion om utvecklingen och preliminära resultat.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast den 31 maj 2023.

Ansvarig utredare:

Sofia Johansson (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 2).

Test av konceptuell modell för uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen stödjer omställningen mot en god och nära vård. Arbetet bedrivs utifrån myndighetens strategiska plan - *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård*⁴. Enligt planen ska myndigheten fram till 2022, som en insats i omställningsarbetet, utveckla mått och indikatorer

⁴ Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård. [Stockholm]. Socialstyrelsen: 2019.

för kommunal hälso- och sjukvård. Under 2022 togs en konceptuell uppföljningsmodell fram för att kunna följa hemsjukvården över tid⁵.

Syftet var att ge ett underlag för att möjliggöra jämförelser över tid av den kommunalt finansierade hemsjukvårdens innehåll, kvalitet, utveckling, organisation och omfattning. Beslut togs om att 2023 testa den konceptuella modellen inom ramen för det befintliga arbetet med att utveckla indikatorer för kommunalt finansierad hälso- och sjukvård i kommunundersökningen, öppna jämförelser.

Utifrån resultatet ska det i slutet av 2023 göras ett ställningstagande om att starta upp utveckling av uppföljning av hemsjukvården.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast 29 februari 2024.

Ansvarig utredare:

Camilla Bucht (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 2).

Strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet



Uppdraget avser:

- att genomföra årliga dialoger med regionerna med hjälp av expertkompetens som uppdraget ställer krav på. Syftet är att stödja och stimulera regionernas utvecklings- och förändringsarbete för bättre tillgänglighet genom att öka intresset för lärande och stärka drivkrafterna till förändring.
- att utveckla en samlad uppföljning som kan användas som underlag för de årliga dialogerna och för löpande dialoger med regionerna, som omfattar att följa och analysera:
 - utvecklingen av väntetider och vårdköer inom primärvården och den specialiserade vården, inklusive barn- och ungdomspsykiatri, även med anledning av covid-19. Uppföljningen ska bl.a. beakta vårdgarantins tidsgränser och faktorer som kön, ålder och diagnos, samt beskriva utvecklingen av väntetider och köer inom olika vårdområden och regioner.
 - den kommunala hälso- och sjukvården
 - patienternas erfarenheter och upplevelser kring väntetider efter genomförda besök eller behandling

⁵ PM Konceptuell modell för uppföljning av kommunalt finansierad hemsjukvård. Dnr 5.7–38732/2022

- utvecklingen av belagda och disponibla vårdplatser
- överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, inklusive dess tilläggsöverenskommelse

Avrapportering:

Uppdraget delredovisades i oktober 2022, delredovisas senast mars 2023 och 2024, samt slutredovisas senast den 31 maj 2025.

Ansvariga utredare:

Sevim Barbasso Helmers (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3).

Förstudie inom området matallergi

Socialstyrelsen och Livsmedelsverket genomför en förstudie för att utveckla det förebyggande arbetet, främja jämlik vård och identifiera åtgärder som behövs för att livsmedel ska bli säkrare för personer med allergi. Uppdraget ska utgå från insatser och aktiviteter som pågår eller planeras inom området. I förstudien ska myndigheterna bedöma om det finns behov av ny kunskap och ytterligare åtgärder inom respektive myndighets ansvarsområde samt hur samordning mellan berörda myndigheter och andra aktörer bör ske. Socialstyrelsen kommer att genomföra en behovs- och problemanalys. Dialoger kommer att genomföras med nationella professions- och patientorganisationer samt med regionernas kunskapsstyrningsorganisation (NPO) och andra aktörer kring aktuella frågeställningar om matallergier.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast den 1 september 2023.

Ansvariga utredare:

Marianne Aggestam (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3).

Kartläggning och analys av förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre



Socialstyrelsen har i uppdrag att göra en kartläggning och en analys av förskrivningen av antidepressiva läkemedel till personer 65 år och äldre.

Syftet med projektet är att undersöka hur förskrivningen av antidepressiva läkemedel till äldre har utvecklats över tid, skillnader i densamma med

avseende på kön och region, samt hur den förhåller sig till annan behandling vid psykisk ohälsa och till insatser inom socialtjänsten. Syftet är vidare att analysera vilken effekt den ökande förskrivningen har haft på gruppen, om den har bidragit till en mer adekvat och sammanhållen vård för dessa patienter, samt – omvänt – om den pågående omställningen till en god och nära vård påverkat förskrivningen. Slutligen ska projektet analysera om den ökade förskrivningen av antidepressiva läkemedel innebär ökade risker kopplade till polyfarmaci, samt belysa hur primärvårdens arbetssätt och metoder för att minska risken för oönskade läkemedelsinteraktioner fungerar och om de är tillräckligt effektiva.

De olika frågeställningarna i uppdraget kommer att hanteras med hjälp av registeranalyser, en enkätundersökning till läkare i primärvården, data från andra uppdrag på myndigheten samt, i vissa fall, inhämtning av uppgifter från externa datakällor och översikter av aktuell forskningslitteratur inom området. Arbetet sker i dialog med SKR, regioner och kommuner, patient-, professions-, brukar- och anhörigorganisationer.

Målet med projektet är att äldre personer får en adekvat och individanpassad behandling av de tillstånd som kan utgöra indikation för behandling med antidepressiva läkemedel.

Avrapportering:

Uppdraget slutredovisas senast den 31 mars 2023.

Ansvarig utredare:

Johan Fastbom (Enheten för specialiststöd 1).

Kartlägga hälsoläget bland personer med psykisk funktionsnedsättning



Socialstyrelsen genomför en registerbaserad kartläggning av hälsoläget bland personer som på grund av psykisk funktionsnedsättning har stöd enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

En av de centrala delarna i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är att gruppen har rätt till bästa möjliga hälsa. Hälsa- och sjukvårdens och tandvårdens huvudsakliga mål är också en god hälsa och en vård på lika villkor för alla i befolkningen. Likväl riskerar personer med psykisk funktionsnedsättning en sämre hälsa än övriga i befolkningen av olika skäl. Gruppen kan ha sämre förutsättningar när det gäller inflytande och tillgänglighet jämfört med övriga. Gruppen kan också leva under ekonomisk otrygghet och vara i behov av flera olika samhälleliga in-

satser som behöver vara samordnade för att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Dessutom kan gruppen riskera en sämre hälsa på grund av sin grundsjukdom, exempelvis på grund av läkemedelsbehandlingar som kan öka risken för metabolt syndrom och sämre munhälsa.

Socialstyrelsen ska utifrån kartläggningens resultat ge förslag på åtgärder som kan bidra till detta mål. Inom ramen för uppdraget ska Socialstyrelsen även peka på brister i kartläggningens underlag som gör att kunskapsunderlaget i vissa delar kan vara otillräckligt. I samband med detta ska myndigheten lämna förslag på åtgärder för att rätta till sådana eventuella brister.

Vid genomförandet av uppdraget ska Socialstyrelsen samverka med Folkhälsomyndigheten och Myndigheten för delaktighet.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast 30 september 2023.

Ansvarig utredare:

Peter Salmi (Enheten för specialiststöd 1).

Indikatorer screening för spinal muskelatrofi

Socialstyrelsen tar fram indikatorer och bakgrundsmått för uppföljning och utvärdering av screening för spinal muskelatrofi (SMA) som föreslås ingå i det nationella programmet för nyföddhetsscreening med PKU-prov.

Som en del i Socialstyrelsens modell för att ta fram nationella screeningprogram ingår att ta fram indikatorer. Screeningprogrammet ska vara möjligt att utvärdera för att det ska gå att följa upp om de förväntade hälsovinster har uppnåtts. Socialstyrelsen tar därför fram indikatorer för att kunna följa upp och utvärdera nyföddhetsscreeningen med PKU-prov.

Avrapportering:

Uppdraget är planerat att redovisa remissversion februari 2023 och slutlig version under hösten 2023.

Ansvariga utredare:

Christina Broman och Madelene Barboza (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Utvärdering av screening för Bukaortaaneurysm

Socialstyrelsen tar fram nationella screeningprogram med syfte att nå nationell samordning kring screening och skapa förutsättningar för en jämlik vård. Som en del i Socialstyrelsens modell för att ta fram nationella screeningprogram ingår även att utvärdera dessa. Screeningprogrammet för bukaortaaneurysm är det som nu står på tur. Utvärderingen bygger på den modell

vi använde när vi utvärderade screeningprogrammet för livmoderhalscancer 2020 och screeningprogrammet för bröstcancerscreening med mammografi 2022. Utgångspunkten för utvärderingen är de rekommendationer och indikatorer som ingår i det nationella screeningprogrammet.

Utvärderingen baseras bland annat på data från administrativa system, nationellt kvalitetsregister och från Socialstyrelsens register (patientregistret och dödsorsaksregistret). Data kommer att analyseras mot indikatorerna i screeningprogrammet samt inkludera socioekonomiska analyser om det är möjligt. Uppgifter kommer också att inhämtas via enkäter till exempelvis regionledningar och verksamheter för kirurgi. Målet med utvärderingen är att se vilka områden som fungerar bra respektive mindre bra, utifrån utvärderingens resultat. Dessa delar kommer att lyftas fram som förbättringsområden. Resultaten i utvärderingen kan även komma att leda fram till förbättringsområden som kan innebära nya rekommendationer när screeningprogrammet ses över.

Avrapportering:

Uppdraget är planerat att redovisas 2024.

Ansvarig utredare:

Christina Broman (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Följsamheten till nationella riktlinjer – icke-göra rekommendationer

Det finns behov av att öka tillgängligheten i vården och samtidigt ta hand om de uppdämda vårdbehoven efter pandemin – som bland annat framkom i myndighetens utvärderingar 2021 och 2022 av följsamheten till nationella riktlinjer under covid-19-pandemin.

De nationella riktlinjerna ska bidra till att resurserna i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Riktlinjerna täcker stora patientgrupper, många med kroniska sjukdomar.

Planen är att studera följsamheten till icke-göra rekommendationer i de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen ger rekommendationen icke-göra när hälso- och sjukvården bör sluta använda en åtgärd för att åtgärden inte har någon effekt (eller mycket sämre effekt än annan behandling). Genom att undersöka om sådan vård ändå ges kan vi visa på möjlighet att frigöra resurser till annan vård.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas november/december 2023.

Ansvarig utredare:

Christina Broman (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Indikatorer och utvärdering av hjärtkärlområdet

Socialstyrelsen uppdaterar inte de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. Istället kommer myndigheten göra en utvärdering av hjärtkärlområdet. Utvärderingen kommer att kunna bidra till området bl.a. genom att påvisa regionala skillnader och därigenom motivera till implementering av befintliga kunskapsstöd. Utvärderingen kommer också bli ett underlag för en ny bedömning av om de nationella riktlinjerna ska uppdateras. Inom ramen för detta arbetet kommer indikatorer i de tidigare nationella riktlinjerna att inventeras för att se vilka som är aktuella att ingå i en utvärdering av hjärtkärlområdet. Även de indikatorer som tas fram inom ramen för regionernas kunskapsstöd kan användas i den nationella utvärderingen för att belysa huruvida den vård som ges är kunskapsbaserad och jämlik.

Avrapportering:

Arbetet påbörjas kvartal 1 2023 med preliminär avrapportering årsskiftet 2024/2025.

Ansvarig utredare:

Anastasia Simi (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Analys av utveckling vid Regionala cancercentrum

Socialstyrelsen ska enligt Förordning (2019:7) om statsbidrag för verksamhet i regionala cancercentrum (RCC) vartannat år genomföra en analys av verksamheten vid cancercentrumen samt ge förslag om hur verksamheten kan utvecklas. Underlag för denna redovisning ska inhämtas genom platsbesök och får kompletteras med övriga handlingar som Socialstyrelsen begär från cancercentrumen. Myndigheten genomför drygt 30 intervjuer och platsbesöken utgörs av sex workshops, en i respektive RCC.

Syftet med analysen av RCC:s verksamhet som ska rapporteras 2023 är att genomföra, i enlighet med förordningen, fördjupade analyser av följande målområden:

- ett mer effektivt arbete med att förebygga cancer och upptäcka cancer tidigt.

- mer sammanhållna vårdprocesser där endast medicinskt motiverade väntetider förekommer.
- samt att lämna förslag om hur verksamheten kan utvecklas inom dessa två målområden.

Avrapportering:

Arbetet redovisas senast den 30 september 2023.

Ansvarig utredare:

Louise Strandendahl (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 2).

Handläggning av graviditeter som varat 41 veckor eller mer

En svensk randomiserad studie (SWEPIS) visade lägre andelen dödfödda barn efter induktion (igångsättning) vid 41 veckor jämfört med exspektans till senast 42 veckor. Den 31/1 2020 kom Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Barnmorskeförbundet överens om en rekommendation om att kvinnor bör erbjudas induktion vid 41 graviditetsveckor. Analys av data från graviditetsregistret visade att induktionsfrekvensen i gruppen steg från 20% år 2017–2019 till 33% år 2020–2021. Induktionsfrekvensen i regionerna varierade mellan 18,5 och 50%.

Data visade en signifikant nedgång i andelen perinatalt döda mellan perioderna 2017–2019 och 2020–2021, och data antydde att det var den ökade andelen induktioner som lett till minskad perinatal dödlighet.

Det ökade antalet induktioner sätter press på en redan ansträngd verksamhet, och det finns hög risk för att regionernas olika kapacitet att möta utmaningarna kan leda till ökade regionala skillnader i vårdkvalitet. Farhågor finns också att de ökade insatserna för denna grupp kan leda till utträngning av andra grupper.

Analysen kommer att visa hur induktionsfrekvensen förändrats, och skillnader på regional och lokal nivå.

Analys av graviditetsutfallet, jämförelser mellan perioder och regioner, kommer att göras där hänsyn tas till eventuella samvarierande faktorer.

En kartläggning görs av hur skillnaden i handläggning påverkat arbetssituationen vid de svenska förlossningsklinikerna. Enkätundersökning, intervjuer och workshops.

Samarbete kommer att ske mellan Socialstyrelsen, Nationella programområdet (NPO) kvinnosjukvård, och en referensgrupp bestående av förlossningsläkare och barnmorskor.

Projektets mål är att evaluera de ändrade rutinernas påverkan på graviditetsutfallet, samt identifiera goda exempel på hur de nya rutinerna kan införas utan negativa effekter på övrig verksamhet.

Avrapportering:

Projektet beräknas löpa under år 2023, med förväntad publikation i november 2023.

Ansvarig utredare:

Karin Källén (Enheten för specialiststöd 1).

Kartläggning och uppföljning som stöd för ANDTS-politiken

Sedan 2021 har Socialstyrelsen i uppdrag att stödja genomförandet av politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar 2021–2025. Projektets övergripande syfte är att stödja genomförandet av ANDTS-politiken, och de övergripande effektmålen är att bidra till att

- minska medicinska och sociala skador orsakade av alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotinprodukter samt spel om pengar
- stärka förebyggande och främjande arbete i kommuner och regioner för att minska utvecklingen av skadligt bruk, missbruk eller beroende
- öka tillgången till vård och stöd av god kvalitet för den enskilde i kommuner och regioner.

Projektet består av flera delprojekt varav två beskrivs nedan:

en lägesbild för ANDTS-området och en förstudie om uppföljning av LARO (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende). Lägesbilden ska ge underlag och stöd för beslut om vilka insatser som Socialstyrelsen behöver genomföra under uppdraget för att uppnå effektmålen, och även möta regeringens behov av en bedömning av utvecklingen inom området. Förstudien om LARO ska ligga till grund för den framtida uppföljningen av området.

Avrapportering:

Lägesbilden ska avrapporteras årligen den 31 mars 2023–2026, och förstudien planeras att redovisas senast den 31 december 2023.

Ansvariga utredare:

ANDTS-uppdraget: Maria Branting (Enheten för socialtjänst 1).

Lägesbilden: Matilda Hansson (Enheten för socialtjänst 1).

Förstudie LARO: Annica Bergendal (Enheten för specialiststöd 1).

Kartläggning och analys av innovationsarbete inom regioner och kommuner.

Idag pågår innovationsarbete i olika kluster på respektive region och kommun, ofta handlar det om nya tekniker, förbättrade flöden, bättre upplevelser eller vård för patienter och omsorgstagare och nya samarbeten. Socialstyrelsen behöver ökad kunskap om vad detta innebär för myndighetens uppdrag. Socialstyrelsen behöver ha kunskap om aktuella innovationsarbeten för att öka förmågan att vara relevant och proaktiv. Socialstyrelsen behöver i nästa steg säkerställa att dess riktlinjer och vägledningar är relevanta i förhållande till nya metoder, behandlingar och patientflöden. Arbetet lägger också grunden för ett fortsatt samarbete med de olika innovationsorganisationerna.

Syftet är få ett helhetsperspektiv på regionernas innovationsarbete och anpassa vår verksamhet efter vår nya kunskap. Målet är att få en bild över vilka innovationshubbar som finns, starta upp en dialog för att förstå vad de utvecklar och kartlägga trender och frågor som påverkar Socialstyrelsens uppdrag. Möjliga frågeställningar skulle kunna vara:

- Hur kan Socialstyrelsen synliggöra om vi möjliggör eller hindrar regionernas innovationsarbete?
- Hur drivs innovation med perspektiven jämlikhet, psykisk ohälsa, tillgänglighet och jämställdhet? Finns det skillnader?

Avrapportering:

Projektet beräknas löpa under år 2023, med förväntad avrapportering i slutet av 2023.

Ansvarig utredare:

Ulrika Söderman Wramsby (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4).

Utveckla uppföljningen för säker vård



Socialstyrelsen har initierat ett projekt att utveckla den indikatorbaserade uppföljningen för säker vård som planeras till hösten 2024. I projektet ingår bland annat att kartlägga indikatorer och undersöka alternativ för att redovisa uppföljningen digitalt.

Syftet med uppföljningen är att stödja huvudmännens patientsäkerhetsarbete med indikatorer som baseras på strukturen i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Ambitionen är att utfallet ska kunna tillämpas, anpassas och vägas samman på tre nivåer (nationell, regional och kommun) och därmed ge underlag för att kunna prio-

riter områden och aktiviteter som stärker patientsäkerheten.

Arbetet har sin utgångspunkt i Socialstyrelsens uppföljning för säker vård som publicerades 2021⁶. Då tog Socialstyrelsen fram ett ramverk för uppföljning med styrande principer utifrån den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Rapporten innehöll också identifierade utvecklingsbehov, det saknades indikatorer, mått och mätmetoder för flera områden i ramverket.

I projektet kommer Socialstyrelsen att samverka med berörda myndigheter och aktörer.

Avrapportering:

Uppdraget är planerat att redovisas 2024.

Ansvarig utredare:

Annakarin Bjuhr (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 2).

Uppdrag som berör både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

- Öppna jämförelser inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård
- Lägesrapporter: Vård och omsorg om äldre, Individ- och familjeomsorg, Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning
- Utveckla långsiktiga former för att kontinuerligt följa de nationella minoriteternas situation inom myndighetens verksamhetsområden
- Strategi för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken under 2021–2031
- Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård
- Kartläggning av äldre hbtqi-personers vård och omsorg
- Kartläggning av hälsoundersökningar av placerade barn och unga
- Kartläggning och analys av familjecentraler och andra liknande verksamheter
- Förslag på uppföljning av anhörigperspektivet och stödet till anhöriga
- Öppna jämförelser – Vård och omsorg för äldre

⁶ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-9-7552.pdf>

Socialtjänst

Kartläggning av hälsoundersökningar av placerade barn och unga

Barn och unga som placeras har generellt sämre hälsa än andra barn och unga. Sedan lagändringar trädde i kraft 2017 finns en skyldighet för regioner att, på kommunernas initiativ, erbjuda hälsoundersökning av barn och unga i anslutning till att samhällsvård inleds. Men en kartläggning från SKR liksom en av socialutskottet initierad utvärdering av lagändringarna visar på flera fortsatta utmaningar gällande hälsoundersökningar av placerade barn och unga.

Socialstyrelsen har i uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga ska få tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång. Kartläggningen genomförs inom ramen för detta uppdrag och det övergripande syftet är att öka kunskapen om placerade barn och ungas möjligheter att få tillgång till hälso- och sjukvård. Kartläggningen kommer att baseras på enkäter till kommuner och regioner, och eventuellt kompletteras med intervjuer.

Avrapportering:

Uppdraget planeras att redovisas senast den 31 december 2023.

Ansvarig projektägare:

Stina Hovmöller (Enheten för socialtjänst 1).

Undersökning om evidensbaserad praktik i socialtjänsten

Undersökningen om evidensbaserad praktik (EBP) i socialtjänsten har genomförts genom en elektronisk enkät varje höst under åren 2007, 2010, 2013, 2016 och 2019 som sänts till ett urval av kommunalt anställda chefer inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. Enkäterna har sänts både till chefer inom individ- och familjeomsorgen (IFO) och till chefer inom området äldreomsorg och funktionshinderomsorg (ÄFO) med ansvar för biståndsbedömning och myndighetsutövning eller motsvarande.

Syftet med denna undersökning är att följa upp tidigare studier som genomförts sedan 2007 för att se om det skett någon förändring gällande attityder eller användning av EBP. Ytterligare ett syfte är att undersöka socialtjänstens behov av ny kunskap och användning av den kunskap, de stöd och tjänster som Socialstyrelsen redan tillhandahåller (t.ex. rapporter, informa-

tionstjänster såsom Metodguiden, Nationella riktlinjer etc. och webbutbildningar) för att ge stöd till att implementera ett evidensbaserat arbete.

Målet med projektet är att genom resultaten från undersökningen visa på socialtjänstens behov men också att bidra till framtagandet av nya besluts- och metodstöd för socialtjänsten. Den långa uppföljningstiden gör det möjligt att följa trender och få en vidare bild av utvecklingen av evidensbaserad praktik, behov och användning. Resultatet kan också användas av Socialstyrelsen för analyser på övergripande nivå. Därutöver finns det möjlighet att triangulera uppgifter från t.ex. Öppna jämförelser och andra kartläggningar.

Analys och jämförelser från resultaten kommer att kunna användas i det stöd- och spridningsarbete som Socialstyrelsen bedriver gällande kunskap om EBP och myndighetens produkter.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas vart tredje år, närmast hösten 2023.

Ansvarig utredare:

Ulrika Bergström (Enheten för kunskapsutveckling).

Kartläggning av äldre hbtqi-personers vård och omsorg



Socialstyrelsen ska kartlägga kommuners vård och omsorg om äldre hbtqi-personer och vilka behov som äldre hbtqi-personer har gällande kommunal vård och omsorg. Kartläggningen ska innehålla en analys som fokuserar på den kommunala vård och omsorg som är särskilt relevant för äldre och om det finns skillnader som kan påverka hbtqi-personers benägenhet att söka vård och omsorg vid behov jämfört med övriga äldre. Uppdraget ska genomföras i nära samverkan med Folkhälsomyndigheten som ska kartlägga äldre hbtqi-personers hälsa och levnadsvillkor. Kunskap och erfarenheter bör även inhämtas från berörda myndigheter, kommuner och organisationer. Kartläggningen bör bidra till ökad kunskap om hur äldre hbtqi-personer själva uppfattar den kommunala vården och omsorgen, deras behov och om de upplevt dåligt bemötande eller diskriminering kopplat till sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.

Avrapportering:

Uppdraget delredovisades i september 2022 och slutredovisas senast den 29 september 2023.

Ansvarig utredare:

Charlotte Fagerstedt (Enheten för socialtjänst 2).

Utveckla långsiktiga former för att kontinuerligt följa de nationella minoriteternas situation inom myndighetens verksamhetsområden



Uppföljningen kommer att utgå ifrån de rättigheter som minoriteterna har i enlighet med lag (2009:724) om nationella minoriteter och minoritets-språk och beröra vilka rutiner och beredskap som finns i verksamheterna beträffande minoriteternas språk och kulturer. Uppföljningen kommer även röra hur verksamheterna informerar minoriteterna om deras rättigheter samt kunskapsnivån om minoritetslagen i respektive organisation. Ett antal frågeställningar tas fram för respektive område och sammanställs i enkäter som skickas till verksamheterna med regelbunden periodicitet, till exempel vartannat år. En del av uppföljningen kommer även belysa hur minoriteterna upplever bemötandet i kontakten med verksamheterna. I den delen av undersökningen blir minoriteternas organisationer en viktig plattform för att nå ut till målgruppen. Samråd med de nationella minoriteternas företrädare visar att det finns en samsyn kring att uppföljningen bör fokusera på:

- kommunal äldreomsorg
- social barn- och ungdomsvård inkl. psykiatri, elevhälsa och ungdomsmottagningar
- primärvård, vårdcentraler, barnavårdscentraler och mödravård
- beroendevård
- stöd till våldsutsatta
- tandvård.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas årligen senast den 30 november.

Ansvarig utredare:

Katarina Popovic (Enheten för socialtjänst 2).

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Socialstyrelsen genomför regelbundet enkätundersökningen ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” Undersökningen vänder sig till personer 65 år och äldre som har insatser från hemtjänst eller som bor på särskilda boenden. Syftet med undersökningen är att ge enskilda äldre en röst och att ta fram kvantitativa mått på äldreomsorgen utifrån ett brukarperspektiv. Undersökningen speglar delar av kvaliteten i äldreomsorgen, främst för att användas i verksamhetsutveckling och uppföljningsarbete på enhetsnivå. Resultaten utgör också delar av underlaget till rapporterna Öppna jämförelser äldreomsorg och Lägesrapport för vård och omsorg om äldre som i första hand vänder sig till beslutsfattare och tjänstemän på nationell och regional nivå (kommun- och organisationsnivå). Resultaten presenteras på riks-, läns-, kommun- och enhetsnivå och möjliggör för ansvariga politiker och tjänstemän att jämföra, utvärdera och utveckla äldreomsorgen i linje med vad de som tar emot omsorgen tycker. Några uppgifter från undersökningen presenteras också på Äldreguiden, en webbplats som riktar sig till allmänheten, i synnerhet till de äldre och deras anhöriga. På Äldreguiden finns information om äldreomsorg på nationell nivå och där går att jämföra hemtjänstverksamheter och särskilda boenden på lokal nivå.

Avrapportering:

Arbetet planeras preliminärt att redovisas under vecka 40, 2023.

Ansvarig utredare:

Carolin Holm (Enheten för socialtjänst 2).

Öppna jämförelser inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Öppna jämförelser är en uppsättning indikatorer som används för att analysera, följa upp och utveckla hälso- och sjukvården samt socialtjänsten på lokal, regional och nationell nivå. Det övergripande syftet med öppna jämförelser är att stödja nationella aktörer samt ansvariga huvudmän och utförare inom vård och omsorg i arbetet med att främja en god vård och omsorg för den enskilda individen. Indikatorerna bygger på enkätdata, registerdata och uppgifter från kvalitetsregister.

Avrapportering:

Arbetet med Öppna jämförelser pågår kontinuerligt under hela året. Resultat baserat på enkätdata publiceras i juni och resultat som bygger på register planeras med hänsyn till när registren färdigställs.

Ansvarig utredare:

Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1).

Kartläggning och analys av systemet med personligt ombud till vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar



Socialstyrelsen ska kartlägga och analysera det nuvarande systemet med personligt ombud för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Kartläggningen ska omfatta för- och nackdelar med nuvarande system, bland annat lämpligheten att verksamheten regleras genom en förordning och ett statsbidrag. I uppdraget ingår bl.a. att analysera konsekvenser för den enskilde av att verksamheten är frivillig för kommunerna samt om kriterierna för att beviljas stödinsatsen personligt ombud avgränsar målgruppen på ett ändamålsenligt sätt. Socialstyrelsen ska även analysera om dagens system med personligt ombud säkerställer jämlika, jämställda och rättssäkra villkor för målgruppen.

Dialog kommer föras med länsstyrelserna, kommuner, uppdragstagare, regioner, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Socialstyrelsen bör även föra dialog med SKR, patient-, brukar-, och anhörigorganisationer samt övriga aktörer som myndigheten finner relevanta för uppdragets genomförande.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast den 30 september 2023.

Ansvarig utredare:

Dick Lindberg (Enheten för socialtjänst 2).

Strategi för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken under 2021–2031

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp funktionshinderspolitiken inom sin sektor. Uppdraget innebär att redovisa de åtgärder som myndigheten vidtagit för att nå det nationella målet för funktionshinderspolitiken. Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.

Uppföljningen utgår från följande områden:

- principen om universell utformning
- befintliga brister i tillgängligheten
- individuella stöd och lösningar för individens självständighet
- förebygga och motverka diskriminering

Uppföljningen kommer även innefatta redogörelser för de åtgärder som myndigheten har vidtagit med anledning av att:

- målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas
- de åtgärder som myndigheten vidtagit med anledning av det nationella målet för funktionshinderspolitiken bidrar till att uppfylla målen i FN:s Agenda 2030
- de samråd som myndigheterna har haft med funktionshindersorganisationerna och andra berörda aktörer.

Utöver redovisade åtgärder innehåller uppföljningen även en bedömning av måluppfyllelsen.

Under 2023 kommer Socialstyrelsen att färdigställa en nulägesanalys, där bland annat behoven och utmaningar identifieras. Nulägesanalysen kommer också att utgöra en baslinjemätning för de kommande årens uppföljningar. Under 2023 kommer myndigheten även att lägga en grund för uppföljningen, vilket bland annat innebär att fastslå vilka frågor som uppföljningen ska besvara och identifiera metoder för datainsamling. Uppföljningen kommer att utformas med konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som grund.

Avrapportering:

Uppdraget pågår 2021–2031, men uppföljningen redovisas årligen i Socialstyrelsens årsredovisning som publiceras i slutet av februari.

Ansvarig projektledare:

Karin Flyckt (Enheten för socialtjänst 2).

Öppna jämförelser – Vård och omsorg för äldre



Socialstyrelsen publicerar årligen sedan 2010 indikatorer som handlar om vård och omsorg för äldre redovisade på kommun-, län/region- och riksnivå.

Datakällor

Nationella enkätundersökningar

- Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen
- Kommunens egna undersökningar, Kommun- och regiondatabasen (Kolada), Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA)

Registerdata och officiell statistik

- Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen
- Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
- Patientregistret, Socialstyrelsen
- Registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen
- Statistiska centralbyrån (SCB) befolkningsstatistik

Nationella kvalitetsregister

- Senior alert
- Svenska palliativregistret
- Riksstroke

Syftet med indikatorbaserade jämförelser i Öppna jämförelser – Vård och omsorg för äldre är att beslutsfattare på olika nivåer, politiker, förvaltningschefer, verksamhets- och kvalitetsansvariga i landets kommuner och regioner ska få ett underlag för att följa upp och förbättra den egna verksamhetens resultat. Resultat ska inspirera till lokala, regionala och nationella diskussioner om vad som kan förbättras, men även ge insyn i kvaliteten för den offentligt finansierade vården och omsorgen för äldre.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas årligen i februari.

Ansvarig utredare:

Ann-Catrin Johansson (Enheten för socialtjänst 2).

Lägesrapporter

Lägesrapporter om vård och omsorg är löpande instruktionsstyrda förvaltningsuppdrag sedan 2019. Dessförinnan kom uppdragen i det årliga regleringsbrevet. Socialstyrelsen lämnar årligen redovisningar och analyser av tillståndet och utvecklingen inom följande områden:

- Vård och omsorg om äldre, Michaela Prochazka (Enheten för socialtjänst 2)



- Individ- och familjeomsorg, Anita Bashar Aréen (Enheten för socialtjänst 1)
- Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, Karin Flyckt (Enheten för socialtjänst 2)



- Hälso- och sjukvård och tandvård, Ingrid Schmidt och Susanne Bergman (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4)

Lägesrapporterna är uppdelade efter dimensionerna god vård och likvärdig socialtjänst, men innehåller även fördjupningar i olika aktuella områden. I rapporterna dras slutsatser om tillståndet och utvecklingen över tid. Rapporteringen baseras i stor utsträckning på sammanställningar av statistik, epidemiologiska studier, och publicerat material under året från Socialstyrelsen och andra nationella aktörer, till exempel Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg och SKR. Flera av lägesrapporterna innehåller även unika analyser, som varierar från år till år beroende på trender och omvärldshändelser.

- I rapporten *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2023* kommer de unika analyserna att innefatta tandvård och tandhälsa för personer med funktionsnedsättning, fördjupning av utvecklingen inom personlig assistans enligt LSS, förekomst av kommunala riktlinjer inom funktionshindersområdet samt analys av andelen kommunala beviljanden och avslag inom området.
- I rapporten *Vård och omsorg för äldre – lägesrapport 2023* fortsätter vi med fördjupade och unika analyser kring covid-19, samt unika analyser särskilt rörande personer med demenssjukdom. Vi kommer också att genomföra analyser kring utrikesfödda svenskar.
- I rapporten *Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2023* fortsätter vi med fördjupade analyser kring ekonomiskt bistånd och utsatthet för våld. Vi kommer också att genomföra analyser av ekonomiskt bistånd kopplat till missbruk och beroende.

- Information om innehållet i rapporten *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – Lägesrapport 2023* finns under kategorin Hälso- och sjukvård ovan.

Avrapportering:

Rapporterna publiceras årligen senast den 31 mars.

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna

Socialstyrelsen ska följa upp kommunernas arbete med e-hälsa och välfärdsteknik i enlighet med tidigare upparbetad uppföljningsmodell. För detta används nyckeltal som utvecklats inom ramen för tidigare uppdrag. En enkät skickas ut till samtliga kommuner och intervjuer genomförs med ett urval av kommunerna. Resultaten tillgängliggörs på Socialstyrelsens webbplats och sammanställs i en rapport. Målet är att bidra till ökad kunskap om användningen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna samt att förbättra förutsättningarna för regeringen och andra aktörer i det fortsatta arbetet med att främja den digitala utvecklingen för en god vård och omsorg. Ett ytterligare mål är att underlätta för kommunerna i deras digitaliseringsarbete genom att uppmärksamma utvecklingsområden, framgångsfaktorer och skapa möjligheter för jämförelser mellan kommuner.

Sammantaget kan den kunskap projektet genererar användas till nytta för socialtjänstens målgrupper och bidra till en bättre vård och omsorg med stöd av digitalisering. I uppdraget ingår också att redovisa och analysera resultaten av de statliga stimulansmedel som kommunerna har möjlighet att rekvi-rera för att verksamhetsutveckla äldreomsorgen genom digitalisering. Stimulansmedlen omfattar 200 miljoner kronor årligen och är en del av en treårig överenskommelse mellan staten och SKR om teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas årligen senast den 31 maj 2023.

Ansvarig utredare:

Julia Lindström (Enheten för socialtjänst 2).

Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen genomför denna undersökning årligen genom en enkätstudie som besvaras av hemtjänstenheter och särskilda boenden. Resultaten redovisas i form av indikatorer och bakgrundsmått och presenteras på riks-, län-, kommun- och enhetsnivå. Undersökningen speglar delar av kvaliteten i äldreomsorgen, främst för verksamhetsutveckling och uppföljningsarbete på

enhetsnivå. Några av undersökningens indikatorer utgör underlag för Öppna jämförelser äldreomsorg och Lägesrapport för vård och omsorg om äldre som främst vänder sig till beslutsfattare och tjänstemän på nationell och lokal nivå. Några uppgifter från undersökningen presenteras på Äldreguiden, en webbplats som främst riktar sig till äldre personer och deras anhöriga. På Äldreguiden går det att jämföra hemtjänstenheter och särskilda boenden. Syftet med uppdraget är att genom jämförelser och transparens stimulera till kunskaps- och verksamhetsutveckling för att främja en mer jämlik äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård med god kvalitet.

Avrapportering:

Arbetet planeras att redovisas preliminärt vecka 40, 2023.

Ansvarig utredare:

Ansvarig utredare: Homan Amani (Enheten för socialtjänst 2)

Utvärdering av förordning (2011:1062) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området m.m.

Vart femte år utvärderar Socialstyrelsen förordningen (2011:1062) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området m.m. År 2022 är det dags för detta och utvärderingen kommer att omfatta tidsperioden 2017 till 2021. Utvärderingen baseras bland annat på årliga avrapporteringar om användning av statsbidraget samt intervjuer med ett urval av berörda organisationer.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas preliminärt senast den 30 april 2023.

Ansvarig projektägare:

Eva Wallin (Enheten för socialtjänst 2).

Analysera satsningen på sociala insatser för barn och unga i utsatta områden

Socialstyrelsen har i uppdrag att genomföra en satsning på sociala insatser för barn och unga i utsatta områden under åren 2021–2023. Satsningen syftar till att minska risken för att barn och unga dras in i eller på andra sätt drabbas av kriminalitet. I detta deluppdrag ingår att analysera i vilken utsträckning genomförda insatser i kommunerna har bidragit till syftet med satsningen. Analysen kommer bland annat bygga på dokumentstudier, intervjuer och enkätsvar.

Avrapportering:

Uppdraget delredovisades i 28 april 2022, delredovisas senast 28 april 2023 och slutredovisas senast 4 juni 2024.

Ansvarig utredare:

Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1).

Första linjens chefer i äldreomsorgen

Under de senaste åren har utmaningar och brister för första linjens chefers arbetsroll i äldreomsorgen belysts av myndigheter och statliga offentliga utredningar. Bland annat redovisade Socialstyrelsen i augusti 2021 en kartläggning för dessa chefer. Det här uppdraget kan ses som en fortsättning på tidigare kartläggning. Syftet med uppdraget är att analysera och bedöma om det finns förutsättningar att införa en övre gräns för antal anställda per första linjens chef samt bedöma för- och nackdelar att reglera eller på annat sätt tydliggöra utbildningskrav för dessa chefer inom äldreomsorgen.

Socialstyrelsen kommer genomföra en kvalitativ studie, ekonomisk analys, juridisk utredning samt samråda med olika aktörer för att kunna svara upp mot uppdraget. Socialstyrelsen vill bland annat på nationell nivå öka kunskap om vilka förutsättningar det finns att införa en gräns för antal medarbetare per första linjens chefer i äldreomsorgen. Myndigheten vill också på nationell nivå bidra med kunskap om möjligheten att reglera eller på annat sätt tydliggöra vilken kompetens och kunskapsnivå som krävs för första linjens chefer i äldreomsorgen.

Avrapportering

Uppdraget redovisas senast den 1 mars 2023.

Ansvarig utgivare

Ansvarig utredare: Homan Amani (Enheten för socialtjänst 2).

Kartläggning och analys av familjecentraler och andra liknande verksamheter

Socialstyrelsen har tillsammans med Folkhälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en kartläggning och analys av familjecentraler och andra liknande verksamheter. I kartläggningen ingår att se över verksamhetsformens organisation, lednings- och styrningsfrågor, finansiering, driftsform, arbetssätt samt verksamheternas geografiska spridning. I kartläggningen ingår även att analysera verksamhetsformens målgrupper och deras behov, verksamhetsformernas olika samverkanspartners samt att belysa andra faktorer som är av betydelse för att öka kunskapen om verksamheterna.

Myndigheterna ska, med utgångspunkt från kartläggningens resultat, analysera och lämna förslag på hur verksamhetsformerna kan stödjas och vidareutvecklas.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast den 30 september 2023.

Ansvarig utredare:

Åsa Borén (Enheten för socialtjänst 1).

Kartläggning av kulturtolkar som kan agera som vidareförmedlare/informatörer

Socialstyrelsen har i uppdrag att motverka ryktesspridning och desinformation om socialtjänsten. I olika sociala medier – både i Sverige och utomlands – sprids felaktiga uppgifter, rykten och desinformation om svensk socialtjänst. Uppdragets övergripande mål är att tilliten till socialtjänstens arbete med barn och unga och familjer ökar samt tillgången till den sociala barn och ungdomsvården tillgodoses för de barn och unga som har behov av stöd och skydd. Som en del i detta projekt ingår uppdraget att kartlägga om det finns brobyggare och kulturtolkar som är/kan vara behjälpliga som vidareförmedlare eller delta som vidareförmedlare. Kartläggningen kommer bland annat att genomföra intervjuer med relevanta personer inom kommuner/stadsdelar/stadsförvaltningar. Även dialoger och andra aktiviteter som genomförs inom projektets övriga delar kommer ge inspel i denna del.

Avrapportering:

Deluppdraget ska redovisas senast i december 2023 och slutrapporten senast i december 2026.

Ansvarig utredare:

Magdalena Helgesson (Enheten för socialtjänst 1).

Marie-Anne Karlsson (Enheten för vägledning för socialtjänsten 2).

Planera och genomföra en nationell hemlöshetskartläggning

Socialstyrelsen har sedan juli 2022 i uppdrag att planera och under 2023 genomföra en nationell hemlöshetskartläggning. För att kunna bedriva ett långsiktigt effektivt arbete mot hemlöshet behövs kunskap om utvecklingen av hemlöshetens omfattning och karaktär. Resultat från en nationell kartläggning ger en övergripande bild av hur hemlösheten utvecklas över tid och om t.ex. nya grupper tillkommer. Resultatet kan användas på lokal, regional och nationell nivå.

Uppgifter om personer i hemlöshet kommer inhämtas dels i Boverkets Bostadsmarknadsenkät, dels i en enkätundersökning Socialstyrelsen genomför våren 2023. Hur kartläggningen ska genomföras delredovisades 24 januari 2023

Avrapportering:

Uppdraget slutredovisas senast den 1 februari 2024.

Ansvarig utredare:

Charlotta Fondén (Enheten Socialtjänst 1).

Enhetsundersökning LSS

Socialstyrelsen undersöker och stödjer kvalitetsutvecklingen inom LSS-verksamheter genom öppna jämförelser på enhetsnivå. Detta görs genom denna undersökning som via enkäter samlar in uppgifter från samtliga verksamheter i landet som utför daglig verksamhet och bostad med särskild service för vuxna enligt LSS.

Resultaten redovisas i form av indikatorer och presenteras på riks-, län-, kommun- och enhetsnivå. Indikatorerna ska spegla delar av kvaliteten i verksamheterna och är främst till för verksamhetsutveckling och uppföljningsarbete på enhetsnivå som kommer personer med funktionsnedsättning till gagn.

Syftet med öppna jämförelser är att stimulera till kunskaps- och verksamhetsutveckling för att främja en mer jämlik omsorg med god kvalitet.

Avrapportering

Arbetet planeras att redovisas preliminärt vecka 40, 2023.

Ansvarig utredare:

Sanna Eriksson (Enheten för socialtjänst 2)

Förändringar avseende personer som beviljats ledsagning enligt LSS och SOL

Socialstyrelsen följer upp förändringar över tid avseende antalet blinda eller personer med grava synskador och som beviljats insatsen ledsagning enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller socialtjänstlagen (SoL). Uppföljningen av förändringar omfattar även övriga personer med funktionsnedsättning som beviljats ledsagning.

I uppdraget ingår att följa upp personer som tidigare haft insatsen ledsagning enligt LSS och vilket stöd de istället har beviljats och om den enskilde har beviljats merkostnadsersättning i de fall insatsen är avgiftsbelagd. I uppdraget ingår även att analysera bidragande faktorer till förändringarna.

Socialstyrelsen ska analysera resultatet med utgångspunkt från lagstiftning, likvärdighet och jämlikhet och vid behov ge förslag på åtgärder som kan bidra till ökad likvärdighet mellan kommunerna och möjlighet för den enskilde att delta i samhällslivet och att leva som andra.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast 30 juni 2023.

Ansvarig utredare:

Ylva Branting (Enheten för vägledning för socialtjänsten 3).

Förslag på uppföljning av anhörigperspektivet och stödet till anhöriga

Inom ramen för den nationella anhörigstrategin inom hälso- och sjukvård och omsorg ska Socialstyrelsen utarbeta ett förslag för uppföljning av strategin. Uppföljningen ska följa anhörigperspektivet och stödet till anhöriga inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Förslaget kan omfatta indikatorer, mått och nyckeltal. Dessa indikatorer, mått och nyckeltal ska möjliggöra en könsuppdelad uppföljning när det gäller tillgänglighet, kvalitet och individanpassning och stödja den inriktningen som beskrivs i anhörigstrategin. Uppdraget genomförs i samverkan med SKR.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast den 1 oktober 2023.

Ansvarig utredare:

Sundiata Owens (Enheten för socialtjänst 2).

Uppföljning och utvärdering av ekonomiskt stöd till äldreomsorgen

Socialstyrelsen genomför en uppföljning och utvärdering av äldreomsorgslyftet samt det årliga resurstillskottet på 4 000 000 000 kronor som kommunerna tilldelats via Socialstyrelsen sedan 2021. Utvärderingen kommer redovisa hur kommunerna använt de extra medel som tilldelats i enlighet med satsningarna och vilka resultat de givit.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast 31 mars 2023.

Ansvarig utredare:

Sanja Magdalenic (Enheten för socialtjänst 1).

Uppföljning av reformen för fast omsorgskontakt i hemtjänsten

Från och med den 1 juli 2022 ska den som har hemtjänst erbjudas en fast omsorgskontakt om det inte bedöms vara uppenbart obehövt, enligt en ny bestämmelse i socialtjänstlagen (2001:453). Mot denna bakgrund kommer Socialstyrelsen att utreda hur reformen på ett ändamålsenligt sätt kan följas upp. Syftet med uppdraget är att redogöra vilken data och statistik som finns tillgänglig idag och vilka förutsättningar det i framtiden finns att använda dessa data och statistik för uppföljning av reformen. Detta kommer Socialstyrelsen att göra genom en kartläggning av data, statistik och undersökningar som är av relevans, dels på den egna myndigheten och dels hos andra aktörer. Med detta vill Socialstyrelsen öka kunskapen på nationell nivå och redogöra förutsättningar för att följa upp reformen.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast den 31 augusti 2023.

Ansvarig utredare:

Homan Amani (Enheten för socialtjänst 2).

Nationellt kompetenscentrum för äldre

Socialstyrelsen ska inom ramen för det nyinrättade Nationellt kompetenscentrum för äldre följa och analysera utvecklingen av kommuners och verksamheters organisation och förutsättningar inom äldreomsorgen.

Under hösten har fyra verksamhetsdialoger genomförts med representanter för kommuner och verksamheter. Flera områden har varit i fokus: ett hälsofrämjande arbetssätt, äldre personers inflytande, ett personcentrerat multiprofessionellt teamarbete, kompetensförsörjning och kompetensutveckling samt omvärldsanalyser och nationella kartläggningar som ger stöd för att styra och utveckla verksamheterna.

Myndigheten har påbörjat en sammanställning av befintliga mått och indikatorer inom äldreomsorgsområdet samt påbörjat inventering av relevanta underlag. Inventeringen har syftat till att få större förståelse för vad som finns idag för att kunna utforska områden där kunskap saknas och möjliggöra att befintlig kunskap till större del kommer till nytta för det verksam-

hetsnära arbetet.

Höstens dialogforum har varit ett startskott för det verksamhetsnära och utåtriktade arbetet. Under året behöver ytterligare steg tas. Socialstyrelsen avser att utveckla nya systematiska former för att snabbare kunna identifiera och belysa uppkomna behov som ökar förutsättningarna för verksamheter att agera. Även dialogforum med klientnära grupper kommer att genomföras. Under året kommer vi även att påbörja de första verksamhetsnära analyserna bland annat om kompetensbehov. Utöver det har vi identifierat behov av:

- Att tillgängliggöra resultat från våra årliga undersökningar om äldre mer visuellt.
- Att utveckla befintligt stöd till verksamheterna för att de ska kunna använda data och olika undersökningars resultat som stöd i kvalitetsarbetet.

I september kommer vi att rapportera vilka aktiviteter vi har genomfört och deras resultat samt vilka aktiviteter vi avser att prioritera under hösten och nästkommande år.

Ansvarig utredare:

Isabella Björling (Enheten för socialtjänst 2).

Uppdrag som berör både socialtjänst och hälso- och sjukvård

- Uppdrag att inhämta kunskaper om och analysera vården och stödet för flickor och kvinnor med missbruk och beroendeproblematik
- Utvärdering av följsamheten till nationella riktlinjer för missbruk och beroende
- Förslag på uppföljningssystem för en ny nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention
- Utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023
- Indikatorer och målnivåer i nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism
- Inventera behovet av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa och suicidprevention avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Tandvård

Utvärdering av nationella riktlinjer tandvård

Socialstyrelsen planerar att jämföra och utvärdera kvaliteten i tandvården med utgångspunkt i de reviderade nationella riktlinjerna för tandvården och i de reviderade indikatorerna för tandvården.

Slutversionerna av riktlinjer och indikatorer för tandvård publicerades i september 2022⁷. Utvärderingen kommer att baseras på data från Socialstyrelsens register (tandhälsoregistret, läkemedelsregistret) samt på kvalitetsregister som finns inom området, Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa). Uppgifter kommer också att inhämtas via enkäter till regioner och eventuellt till kommuner.

Målet med utvärderingen är att belysa vilka områden som fungerar bra respektive mindre bra, utifrån utvärderingens resultat. Dessa kommer att lyftas fram som förbättringsområden, som även innehåller förslag på hur tandvården kan förbättras i relation till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

Avrapportering:

Våren 2024.

Ansvarig utredare:

Thomas Malm (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4).

Kartläggning av modeller för riskbedömning i tandvården

Riskbedömning är ett av tandvårdens grundläggande arbetsmoment. Den syftar till att prognostisera framtida risk för att utveckla sjukdom och ligger till grund för beslut om bland annat besöksfrekvens. Med hjälp av riskbedömningarna gör tandvården prioriteringar och fördelar resurserna efter behov. Det är därför angeläget att bedömningarna är likvärdiga över landet, varför såväl tandvårdens aktörer som utredningen av jämlik tandhälsa (SOU 2021:8) lyfter behovet av en nationell modell för enhetlig och systematisk riskbedömning.

Mot bakgrund av detta planerar Socialstyrelsen att genomföra en nationell kartläggning av de riskbedömningsmodeller som används i tandvården i Sverige idag, deras uppbyggnad och val av parametrar och kriterier. Syftet är att få en bild av de modeller som används för bedömning av risk för munsjukdomar bland vuxna och barn hos såväl offentliga som privata vårdgivare.

⁷Nationella riktlinjer för tandvård - Socialstyrelsen

I samverkan med European Observatory kommer en internationell jämförelse att göras. I samverkan med SBU planeras även en genomgång av vilket vetenskapligt stöd som kan finnas för riskbedömningsmodeller.

Avrapportering:

Våren 2023.

Ansvarig utredare:

Clara Lindberg (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4).

Karies bland barn och unga - epidemiologiska uppgifter för år 2022

Socialstyrelsen har följt och avrapporterat tandhälsan hos barn och unga sedan 1985. Socialstyrelsen kommer att samla in uppgifter om förekomsten av karies hos barn och ungdomar från Sveriges regioner för år 2022 för en sammanställning på nationell nivå.

De årliga sammanställningarna om barns och ungdomars tandhälsa i Sverige utgör ett verktyg för planering av regionala och nationella insatser på tandvårdsområdet. Vidare används uppgifterna för regionala, nationella och internationella jämförelser av tandhälsa.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast i maj 2023.

Ansvarig utredare:

Álfheidur Ástvaldsdóttir (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4).

Analyser av integrerad munhälsa med individen i centrum inom vård och omsorg för äldre personer

Socialstyrelsen har initierat ett arbete att kartlägga hur dålig munhälsa relaterar till aktuella indikatorer på sammanhållna vårdkedjor. Munhälsa är ofrånkomligen en integrerad del av vår hälsa och påverkar övriga delar. En helhetssyn på en persons hälsa blir viktigare hos personer med skörhet och flera samtidiga sjukdomstillstånd. Socioekonomiska faktorer som utbildningsbakgrund, inkomst och födelseland kan också påverka förutsättningarna för hälsa. Dessa faktorer behöver beaktas i förhållande till den åldrande befolkningens behov av professionellt stöd då hälsa och funktionsförmågan sviktar. Antal äldre ökar och även antal kvarvarande tänder hos den åldrande befolkningen.

Tandvårdskontakt riskerar att förloras hos sköra äldre med många sjukdomar eller funktionshinder. En ökad integrering av munhälsa i hälso- och sjukvården ger förutsättningar för en mer personcentrerad och koordinerad vård i samverkan mellan hälso- och sjukvård och tandvård.

Syftet med analyserna är att undersöka i vilken utsträckning aktuella indikatorer på sammanhållen vård också indikerar sämre munhälsa i tandhälsregistret bland personer 65 år och äldre. Indikatorer på integrerad och sammanhållen vård är exempelvis:

- Påverkbar slutenvård
- Oplanerad återinläggning i slutenvård inom 30 dagar
- Andra indikatorer kan tjäna som ”proxies” för sammanhållen vård och omsorg. Speciellt fokus läggs inom fördefinierade kohorter med påvisad skörhet. Det kan vara personer med demenssjukdom och/eller multisjuklighet.

Avrapportering:

Uppdraget planeras att redovisas senast den 31 december 2023.

Ansvarig utredare:

Peter Lundholm (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4).

Karies hos små barn som prediktor för annan ohälsa

Förekomsten av sjukdomar som kan kopplas till ohälsosamma levnadsvanor ökar, även hos barn. Munhälsa har många gemensamma frisk- och riskfaktorer med andra livsstilssjukdomar. Hos små barn kan de tidiga kariesangreppen vara tydliga tecken på ohälsa på grund av ohälsosam kosthållning. Inom uppdraget kommer sambandet mellan karies hos små barn och annan ohälsa att analyseras med hjälp av registeruppgifter.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast december 2024.

Ansvarig utredare:

Álfheidur Ástvaldsdóttir (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4).

Krisberedskap

Uppföljning och utvärdering av överenskommelsen mellan staten och SKR om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar

Socialstyrelsen ska ta fram underlag och förslag samt utreda vissa grundläggande delar som behövs för att utveckla och stärka regionernas arbete med hälso- och sjukvårdens beredskap och planering inför civilt försvar. Utgångspunkt i arbetet ska vara propositionen Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30) och delbetänkandet Hälso- och sjukvård i det civila försvaret (SOU 2020:23). En del av uppdraget är att redovisa en uppföljning och utvärdering av överenskommelsen mellan staten och SKR om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar (S2021/02919). Uppföljningen och utvärderingen omfattar regionernas utvecklingsarbete med följande områden:

- Krigsorganisation och bemanning
- Samverkan och ledning
- Planeringssamverkan
- Utbildning och övning
- Omhändertagande av många skadade
- Försörjningsberedskap
- Motståndskraft

För år 2022 tecknade staten och SKR också en tilläggsöverenskommelse avseende försörjningsberedskap för läkemedel. Socialstyrelsen har i uppdrag att även utvärdera tilläggsöverenskommelsen.

Avrapportering:

Uppdraget att följa upp och utvärdera överenskommelsen mellan staten och SKR om hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar delredovisas årligen senast den 1 oktober under perioden 2022–2025. Slutredovisning sker senast den 1 mars 2026. Redovisning av utvärderingen av tilläggsöverenskommelsen sker tillsammans med utvärderingen av grundöverenskommelsen senast den 1 oktober 2023.

Ansvarig utredare:

Anders Nordlund (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1).

Utveckling av arbete med statligt ansvar för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvården

Arbetet med att stärka och bygga upp beredskapen i hälso- och sjukvården inför allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt ytterst krig i Sverige pågår. Socialstyrelsen har i uppdrag att inom myndigheten utveckla ett arbete för ett samlat statligt ansvar för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvårdsområdet vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt ytterst krig. Uppdraget innebär en långsiktigt kunskapsstödande roll kring samordning, kartläggning och eftersträvan av robusthet i försörjningskedjor av läkemedel och medicintekniska produkter.

I uppdraget ingår att:

- Lämna förslag på hur ett arbete kopplat till statligt ansvar för försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvården vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt ytterst krig kan utvecklas inom myndigheten.
- Aktivt verka för att en förmågehöjning inom hälso- och sjukvården kan uppnås samt påbörja genomförandet av de insatser som krävs.
- Utveckla nationella samverkansstrukturer som syftar till att stärka arbetet med försörjningsberedskapen inom hälso- och sjukvården. I detta arbete ska även beaktas företag inom läkemedel och medicintekniska produkter.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast 31 december 2023.

Ansvarig utredare:

Malin Alenius (Enheten för patientsäkerhet och beredskap).

Risk- och sårbarhetsanalys gällande sektorn hälsa, vård och omsorg

Socialstyrelsen ska vartannat år upprätta en risk- och sårbarhetsanalys och risk- och sårbarhetsbedömning avseende sektorn hälsa, vård och omsorg. Bland annat ska myndigheten analysera om det inför eller vid fredstida krissituationer och höjd beredskap finns sårbarhet och hot eller risker som allvarligt kan hota, skada eller försämra förmågan i verksamheterna.

Avrapportering:

Uppdraget redovisas senast den 30 september jämna årtal.

Ansvarig utredare:

Rebecca Aro-Meyer (Enheten för krisberedskap).

Förbereda för förvaltning av investeringsprogrammet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig (SSIK)

Socialstyrelsen ska förbereda för att på ett kostnadseffektivt och ändamålsenligt sätt kunna förvalta SSIK-programmet med syfte att i ett första steg öka driftsäkerheten i sjukhusbyggnader. Vidare ska Socialstyrelsen inom ramen för uppdraget ta fram ett metodstöd till regionerna. Metodstödet ska ge vägledning till regionerna i deras arbete med analys och kartläggning av den befintliga nivån av driftsäkerhet i sjukhusbyggnader i förhållande till målbilden för sådan driftsäkerhet.

Syftet med analyserna är att ge en regional bild över behovet av driftsäkerhetshöjande åtgärder i sjukhusbyggnader. Analyserna bör även användas till att skapa en nationell samlad bild över den befintliga nivån av driftsäkerhet i sjukhusbyggnader och av behovet av förbättringar.

Avrapportering:

Uppdraget delredovisas senast den 1 mars 2023 och slutredovisas senast den 1 december 2023.

Ansvarig utredare:

Helena Miller (Enheten för krisberedskap).

Nyckeltalsberäkningar och dimensionerande målbilder för hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen ska ta fram nyckeltalsberäkningar och dimensionerande målbilder för hälso- och sjukvårdens planering för civilt försvar. Den försvarspolitiska inriktningen och beslutade anvisningar för totalförsvarsplaneringen ska ligga till grund för nyckeltalsberäkningarna och de dimensionerande målbilderna. Socialstyrelsen ska i genomförandet av uppdraget samarbeta med Försvarsmakten och Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI), vilka ska bistå med nyckeltalsberäkningar och målbilder om skadeutfall och skadepanorama i krigsförband respektive nyckeltalsberäkningar och målbilder om skadeutfall och skadepanorama som underlag för planering av sjukvården vid händelser med kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen. Socialstyrelsen ansvarar för nyckeltalsberäkningar och målbilder om skadeutfall och skadepanorama för civilbefolkningen.

Avrapportering:

Uppdraget delredovisas senast den 31 mars 2023 och slutredovisas senast den 1 december 2023.

Ansvarig utredare:

Malin Svanberg (Enheten för krisberedskap).

Kartläggning av befintliga skyddade utrymmen och lokaler avsedda för hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen ska kartlägga befintliga skyddade utrymmen och lokaler avsedda för hälso- och sjukvården i länen. Syftet med kartläggningen är att nationellt och regionalt få kunskap om, var och i vilken omfattning det finns skyddade utrymmen och lokaler i länen där det kan bedrivas vård. Socialstyrelsen ska bedöma om utrymmet eller lokalen kan vara av betydelse för totalförsvarets behov. Vidare ska myndigheten redovisa regionernas bedömning om underhållet av lokalen är eftersatt och om det bedöms möjligt att genom underhåll möjliggöra nyttjande av utrymmet eller lokalen för hälso- och sjukvården.

Avrapportering:

Uppdraget ska rapporteras senast den 2 maj 2023.

Ansvarig utredare:

Helena Miller (Enheten för krisberedskap).

Anvisningar för det civila försvaret för försvarsbeslutsperioden 2021–2025

Socialstyrelsen ska inom uppdraget redovisa myndighetens arbete, planer och bedömningar vad gäller det civila försvaret. Under åren 2021–2025 ska Socialstyrelsen redovisa:

- Vilka åtgärder myndigheten vidtagit, och resultatet av dessa, samt vilka åtgärder som planeras för att bidra till relevanta delar i målet för det civila försvaret,
- vilka åtgärder som vidtagits och planeras för att stärka myndighetens förmåga att verka under höjd beredskap, samt
- en bedömning av vilken förmåga myndigheten har att bidra till relevanta delar i målet för det civila försvaret.

Avrapportering:

Uppdraget delredovisas senast den 1 oktober varje år.

Ansvarig utredare:

Rebecca Aro-Meyer (Enheten för krisberedskap)

Uppföljning av statsbidrag

Socialstyrelsen fördelar och redovisar statsbidrag på uppdrag av regering. Statsbidragen är ett sätt för staten att styra mot olika politiska mål, till exempel att öka och utveckla kvaliteten inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Mottagare av statsbidrag är främst kommuner, regioner och det civila samhällets organisationer.

Verksamheter som har tagit emot statsbidrag måste i de flesta fall återrapportera hur de använt medlen. Utifrån återrapporteringarna gör myndigheten en uppföljning av statsbidragen. Syftet med uppföljningarna är dels att granska om medlen använts i enlighet med villkoren för bidragen, dels att sammanställa resultat och erfarenheter om hur statsbidragen har använts i en redovisning.

En redovisning till regeringen innehåller i regel en sammanfattande redogörelse för statsbidragets användning i förhållande till bidragets syfte och innehåller information om t.ex. medelsförbrukning, olika typer av insatser, målgrupper och uppnådda resultat. Under 2023 kommer myndigheten att följa upp och redovisa ett 40-tal statsbidrag som avser 2022 års medel, vilket innefattar sammanlagt ca 3 500 mottagare och totalt ca 10,7 miljarder kronor. Myndigheten hanterar även statsbidrag där det inte ingår i uppdraget att göra någon uppföljning. Nedan följer exempel på ett antal statsbidrag inom områdena hälso- och sjukvård, socialtjänst respektive tandvård som Socialstyrelsen kommer att följa upp.

Statsbidrag inom området hälso- och sjukvård

Statsbidragsenheterna hanterar statsbidrag inom området hälso- och sjukvård. Exempel på bidrag inom detta område:

- Statsbidrag för utveckling av den prehospitla akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa
- Statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg (återhämtningsbonus)
- Statsbidrag för utökad läkarkompetens i äldreomsorgen
- Statsbidrag för fortsatt arbete med regionala cancercentrum

Statsbidrag inom området socialtjänst

Statsbidragsenheterna hanterar statsbidrag inom området socialtjänst. Exempel på bidrag inom detta område:

- Statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området
- Statsbidrag för att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer
- Statsbidrag för satsningen äldreomsorgslyftet
- Statsbidrag för att öka specialistundersköterskekompetens inom vård och omsorg om äldre samt vård och omsorg om personer med demenssjukdom
- Statsbidrag för sociala insatser i utsatta områden

Statsbidrag inom området tandvård

Statsbidragsenheterna hanterar statsbidrag inom området tandvård. Exempel på bidrag inom detta område:

- Statsbidrag till kompetenscentrum på tandvårdsområdet

Publicerade analyser 2022

Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa 2021 Uppföljning och analys av utvecklingen

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8197.pdf>

Ansvarig utredare: Therese Olmsäter (Enheten för socialtjänst 1)

Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-2-7759.pdf>

Ansvarig utredare: Åsa Olsson (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3)

Cancerrehabilitering – Förslag till utveckling

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7936.pdf>

Ansvarig projektledare: Katarina Fredriksson (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 2)

Ansvarig utredare: Peter Salmi (Enheten för specialiststöd 1)

Delredovisning av uppdraget att stödja genomförandet av ANDTS-politiken 2022

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-4-7864.pdf>

Ansvarig utredare: Maria Branting (Enheten för socialtjänst 1)

Effekter av covid-19 på munhälsa och tandvårdsbesök bland barn och vuxna – del 4

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7887.pdf>

Ansvarig utredare: Álfheidur Astvaldsdóttir (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4)

E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7897.pdf>

Ansvarig utredare: Julia Lindström (Enheten för socialtjänst 2)

Ett nationellt kompetenscentrum för frågor om intellektuell funktionsnedsättning och autism – Socialstyrelsens bedömningar och förslag

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8177.pdf>

Ansvarig projektledare: Karin Flyckt (Enheten för socialtjänst 2)

Fallprevention - en kostnadseffektiv åtgärd?

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7923.pdf>

Ansvarig utredare: Thea Enhörning (Enheten för specialiststöd 2)

Färre patienter på de psykiatriska akutmottagningarna under pandemiåren 2020–2021

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7898.pdf>

Ansvarig utredare: Peter Salmi (Enheten för specialiststöd 1)

Följsamheten till nationella riktlinjer under covid-19-pandemin

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-11-8247.pdf>

Ansvarig projektledare: Christina Broman (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1)

Förstärkt arbete mot segregation – Hur kan Socialstyrelsen använda sig av Delmos segregationsverktyg i sina olika verksamheter?

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8145.pdf>

Ansvarig utredare: Gudrun Jonasdottir Bergman (Enheten för specialiststöd 1)

Geografiska skillnader i äldre personers läkemedelsanvändning

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-6-7965.pdf>

Ansvarig utredare: Johan Fastbom (Enheten för specialiststöd 1)

Hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten möter adoptionsspecifika behov hos adopterade – Kartläggning och analys

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7809.pdf>

Ansvarig projektledare: Åsa Borén (Enheten för socialtjänst 1)

Hälso- och sjukvårdens arbete med civilt försvar

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8134.pdf>

Ansvarig projektledare: Anders Nordlund (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1)

Idégenerering för förbättrad cancerrehabilitering – En underlagsrapport till slutrapporten Cancerrehabilitering – förslag till utveckling

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7949.pdf>

Ansvarig projektledare: Katarina Fredriksson (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 2)

Indikatorer – screening för livmoderhalscancer

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/2022-2-7762.pdf>

Ansvarig utredare: Christina Broman (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1)

Indikatorer för vård och behandling vid provocerad vulvodyni

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-11-8200.pdf>

Ansvarig utredare: Christina Broman (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1)

Implementeringen har kommit olika långt – Slutredovisning av uppdraget Stödja implementering av SOSFS 2011:9

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7805.pdf>

Ansvarig projektledare: Sanja Magdalenic (Enheten för socialtjänst 1)

Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2022

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7832.pdf>

Ansvarig utredare: Anita Bashar Aréen (Enheten för socialtjänst 1)

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2022

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7815.pdf>

Ansvarig utredare: Karin Flyckt (Enheten för socialtjänst 2)

Karies bland barn och ungdomar – Epidemiologiska uppgifter för år 2021

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7906.pdf>

Ansvarig utredare: Álfheidur Astvaldsdóttir (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4)

Kartläggning av hinder i hälso- och sjukvården för en ändamålsenlig verksamhet för organdonationer

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-12-8259.pdf>

Ansvarig utredare: Christina Strååt (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3)

Kompetensförsörjning inom primärvården – Slutredovisning – Socialstyrelsens och Nationella vårdkompetensrådet. Uppdrag om kompetens-försörjning inom primärvården S2021/06575

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8246.pdf>

Ansvarig projektledare: Malin Nylén Bolinder (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3)

Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2022–2025

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8172.pdf>

Ansvarig projektledare: Konstantin Macheridis (Enheten för specialiststöd 2)

Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-9-8138.pdf>

Ansvarig utredare: Uliana Hellberg (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4)

Uppdämda vårdbehov – Analys och förslag till insatser – slutredovisning

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7807.pdf>

Ansvariga utredare: Sara Dahlin, Anna Dahlin (Enheterna för hälso- och sjukvård och tandvård 2 och 3)

Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 – Utvecklingen i regioner och kommuner

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-8-8004.pdf>

Ansvariga projektledare: Johan Lantto och Charlotte Pihl (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1)

Uppföljning nära vård – Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-8-8071.pdf>

Ansvarig projektledare: Martin Lindblom (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3)

Utgångspunkter för uppföljning av systemkonsekvenser av nationell högspecialiserad vård

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8227.pdf>

Ansvarig utredare: Erika Budh (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3)

Utlandsfödda och covid-19 – samsjuklighetens påverkan

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-1-7736.pdf>

Ansvarig utredare: Sharareh Akhavan (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4)

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2022?

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-6-7918.pdf>

Ansvarig utredare: Carolin Holm (Enheten för socialtjänst 2)

Regeringsuppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården – Slutrapport mars 2022

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7798.pdf>

Ansvariga projektledare: Sevim Barbasso Helmers (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3)

Situationen för nationella minoriteter inom den kommunala äldreomsorgen

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7899.pdf>

Ansvariga utredare: Katarina Popovic (Enheten för socialtjänst 2)

Situationen för nationella minoriteter inom den sociala barn- och ungdomsvården 2021

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-6-8049.pdf>

Ansvarig utredare: Katarina Popovic (Enheten för socialtjänst 1)

Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – Översyn och förslag till utveckling

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8219.pdf>

Ansvarig projektledare: Staffan Söderberg (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 2)

Socialstyrelsens plan för att följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet – Oktober 2022

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8151.pdf>

Ansvariga projektledare: Anna Dahlin och Sevim Barbasso Helmers (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3)

Standardiserade vårdförlopp i cancervården

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-7-sammanfattande-bedomning.pdf>

Ansvarig utredare: Catarina Jansson (Enheten för specialiststöd 1)

Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – Lägesrapport 2022

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7750.pdf>

Ansvarig utredare: Kristin Larsson (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4)

Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-9-8138.pdf>

Ansvarig utredare: Uliana Hellberg (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4)

Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 – Utvecklingen i regioner och kommuner

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-8-8004.pdf>

Ansvariga projektledare: Johan Lantto och Charlotte Pihl (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1)

Uppföljning nära vård – Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-8-8071.pdf>

Ansvarig projektledare: Martin Lindblom (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3)

Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2022–2025

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8172.pdf>

Ansvarig projektledare: Konstantin Macheridis (Enheten för specialiststöd 2)

Uppdämda vårdbehov – Analys och förslag till insatser – slutredovisning

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7807.pdf>

Ansvariga utredare: Sara Dahlin, Anna Dahlin (Enheterna för hälso- och sjukvård och tandvård 2 och 3)

Utgångspunkter för uppföljning av systemkonsekvenser av nationell högspecialiserad vård

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8227.pdf>

Ansvarig utredare: Erika Budh (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 3)

Utlandsfödda och covid-19 – samsjuklighetens påverkan

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-1-7736.pdf>

Ansvarig utredare: Sharareh Akhavan (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4)

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2022?

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-6-7918.pdf>

Ansvarig utredare: Carolin Holm (Enheten för socialtjänst 2)

Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2022

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7791.pdf>

Ansvarig utredare: Michaela Prochazka (Enheten för socialtjänst 2)

Ökning av nya fall av avsiktlig självdestruktiv handling bland flickor under pandemiåret 2021

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8154.pdf>

Ansvarig utredare: Peter Salmi (Enheten för specialiststöd 1)

Öppna jämförelser 2021 – Vård och omsorg för äldre

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-2-7760.pdf>

Ansvarig utredare: Ann-Catrin Johansson (Enheten för socialtjänst 2)

Öppna jämförelser 2022 – Enhetsundersökning LSS

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7976.pdf>

Ansvarig utredare: Sanna Eriksson (Enheten för socialtjänst 2)

Öppna jämförelser 2022 – Ekonomiskt bistånd

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7926.pdf>

Ansvarig utredare: Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1)

Öppna jämförelser 2022 – Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7970.pdf>

Ansvarig utredare: Homan Amani (Enheten för socialtjänst 2)
ten för socialtjänst 2)

Öppna jämförelser 2022 – Kommunal hälso- och sjukvård

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7927.pdf>

Ansvarig utredare: Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1)

Öppna jämförelser 2022 – Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7928.pdf>

Ansvarig utredare: Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1)

Öppna jämförelser 2022 – Missbruks- och beroendevården

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7925.pdf>

Ansvarig utredare: Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1)

Öppna jämförelser 2022 – Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7929.pdf>

Ansvarig utredare: Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1)

Öppna jämförelser 2022 – Placerade barns utbildning och hälsa

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-12-8299.pdf>

Ansvarig utredare: Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1)

Öppna jämförelser 2022 – Socialpsykiatri Personer med psykisk funktionsnedsättning

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7931.pdf>

Ansvarig utredare: Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1)

Öppna jämförelser 2022 – Social barn- och ungdomsvård

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7930.pdf>

Ansvarig utredare: Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1)

Öppna jämförelser 2022 – Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7932.pdf>

Ansvarig utredare: Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1)

Öppna jämförelser 2022 – Våld i nära relationer

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7933.pdf>

Ansvarig utredare: Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1)

Öppna jämförelser 2022 – Äldreomsorg

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2022-6-7934.pdf>

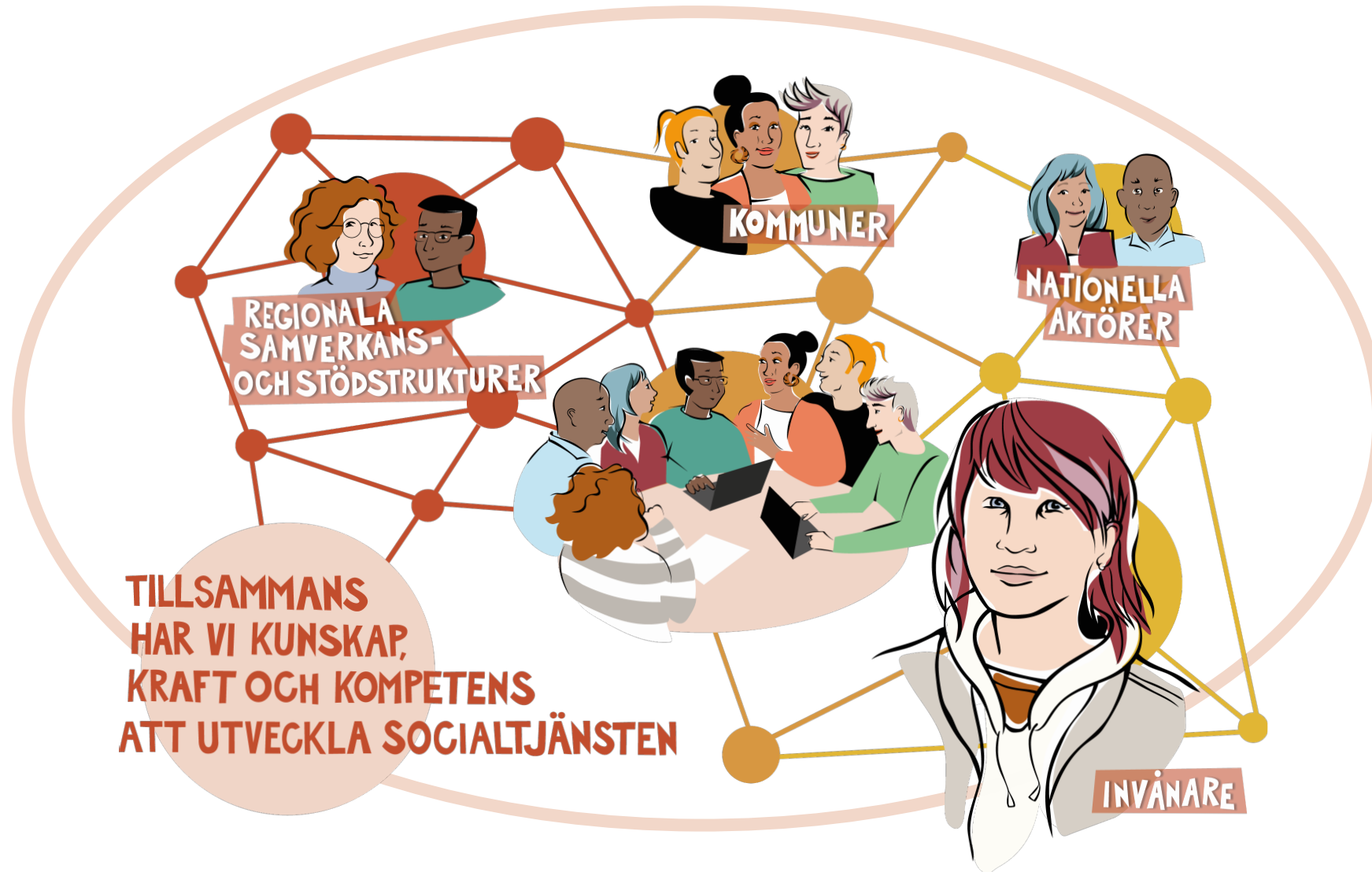
Ansvarig utredare: Joakim Hagelbäck (Enheten för socialtjänst 1)

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention – Socialstyrelsens delredovisning 2022

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-8-8083.pdf>

Ansvarig utredare: Uliana Hellberg (Enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 4)

Analysplan – Analyser av vård och omsorg 2023–2025
(artikelnr 2023-2-8357)
Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se



Tack för 2022!

Ett stort tack till din kommun som är med och finansierar den gemensamma satsningen på en kunskapsbaserad socialtjänst under åren 2020-2024!

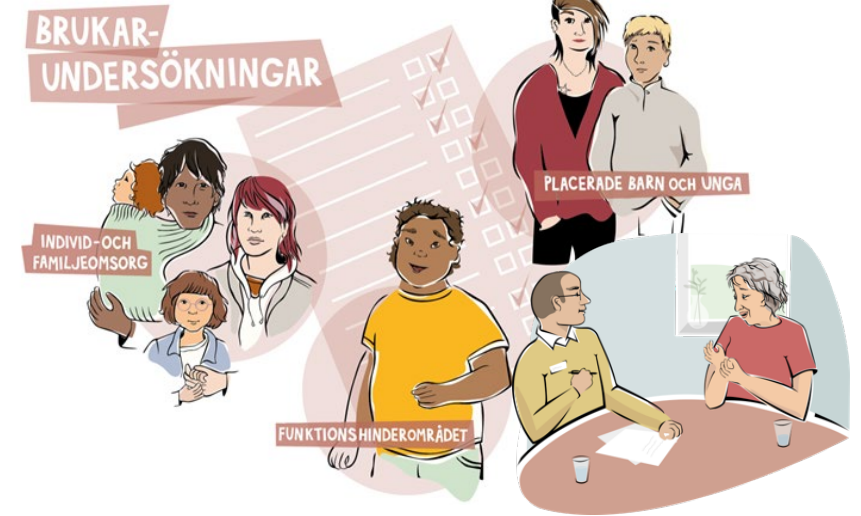
Med det här dokumentet vill vi sammanfatta det som gjordes under 2022 och även glänta på dörren till 2023. Vi kan konstatera att betydelsen av stöd till lokal kunskapsstyrning bara ökar, inte minst när socialtjänstens verksamhet inom en snar framtid ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vi ser med tillförsikt fram emot ett fortsatt gemensamt arbete – för kunskap, kraft och kompetens i socialtjänsten.



**Medverkan i
nationellt system för
kunskapsstyrning i
hälso- och sjukvård**

Meddelande 4



Kunskapsstyrning socialtjänst 2022



**Individbaserad
systematisk uppföljning**



**NATIONELLA
KVALITETSREGISTER**



Kommunernas gemensamma satsning på kunskapsstyrning inom socialtjänsten

I slutet av 2018 beslutade SKR:s styrelse om en rekommendation till kommunerna med målet att skapa förutsättningar för en mer jämlik, jämställd och kunskapsbaserad socialtjänst av hög kvalitet.

Rekommendationen ligger till grund för medfinansieringen från 288 kommuner som gäller för åren 2020–2023. Under 2022 beslutade SKR:s styrelse om en förlängning av rekommendationen till och med 2024 för att synkronisera arbetet med SKR:s politik och en kommande socialtjänstlag.

En särskild styrgrupp, Styrgruppen för nationell kunskapsstyrning i socialtjänsten (S-KiS), styr och leder det gemensamma arbetet.

Läs mer i
anteckningsfältet!

Socialtjänsten ska ha förutsättningar att i varje möte ge stöd som bygger på bästa tillgängliga kunskap

- Alla som kommer i kontakt med socialtjänsten har rätt att möta professionella medarbetare och få insatser av hög kvalitet.
- Kunskapsstyrning innebär ett arbetssätt för att säkra kontinuerligt lärande och utveckling i socialtjänsten.
- Genom att använda bland annat kvalitetsregister, individbaserad systematisk uppföljning och brukarundersökningar och andra stöd som tagits fram genom rekommendationen får kommunerna verktyg för att utveckla kunskap och lärande i sin organisation, en möjlighet att jämföra sina resultat med andra kommuner och lära av varandras erfarenheter, metoder och insatser.



Kommuner som arbetar tillsammans kan åstadkomma mer än var och en för sig



- Gemensam finansiering möjliggör förvaltning av viktiga verktyg för lokal kunskapsstyrning, som exempelvis nationella brukarundersökningar, nationella kvalitetsregister och individbaserad systematisk uppföljning.
- Gemensam finansiering möjliggör också nya nationella satsningar, utifrån kommunernas behov.
- SKR:s roll i det gemensamma arbetet innebär bland annat att samordna och utveckla kunskapsstyrningen nationellt.
- Kommunerna har möjlighet att påverka de nationella satsningarna inom ramen för det gemensamma arbetet.
- Den gemensamma finansieringen för en kunskapsbaserad socialtjänst får en än mer strategisk betydelse när en ny socialtjänstlag träder ikraft med nya förväntningar på socialtjänstens verksamheter.

Äldreomsorgen har tillgång till fem nationella kvalitetsregister

För registren betyder det finansiella tillskottet en trygghet för teknisk utveckling samt för utbildning och stöd. Under 2022 har finansieringen bidragit till följande:

- **Svenska Palliativregistret:** registret har omarbetat sina variabler för att bättre möta behovet av uppföljning och förberett för automatiserad informationsförsörjning.
- **SveDem:** gått igenom de kommunspecifika delarna och uppdaterat variablerna och möjliggjort för uppföljning av vårdförlopp och andra kunskapsstöd.
- **BPSD-registret:** har kunnat hålla fler utbildningar och säkerställa verksamhetsnära förbättringsarbeten.
- **Senior alert:** förbättrat användarinteraktionen för data som ska hämtas från journaler.
- **RiksSår:** utvecklat nya användarvänliga rapporter och möjliggjort för uppföljning av vårdförlopp och andra kunskapsstöd.

Läs mer om
nyttan i
antecknings-
fältet!

Arbete med integration av register och journal pågår

- Senior alert färdigställdes under 2022.
- Projektstyrgrupp och en leverantörsoberoende referensgrupp från kommunerna.
- Leverantörerna prioriterar arbetet efter kommunernas behov.
- Ineras tjänst är i full drift och agenterna påbörjade anslutning under 2022.



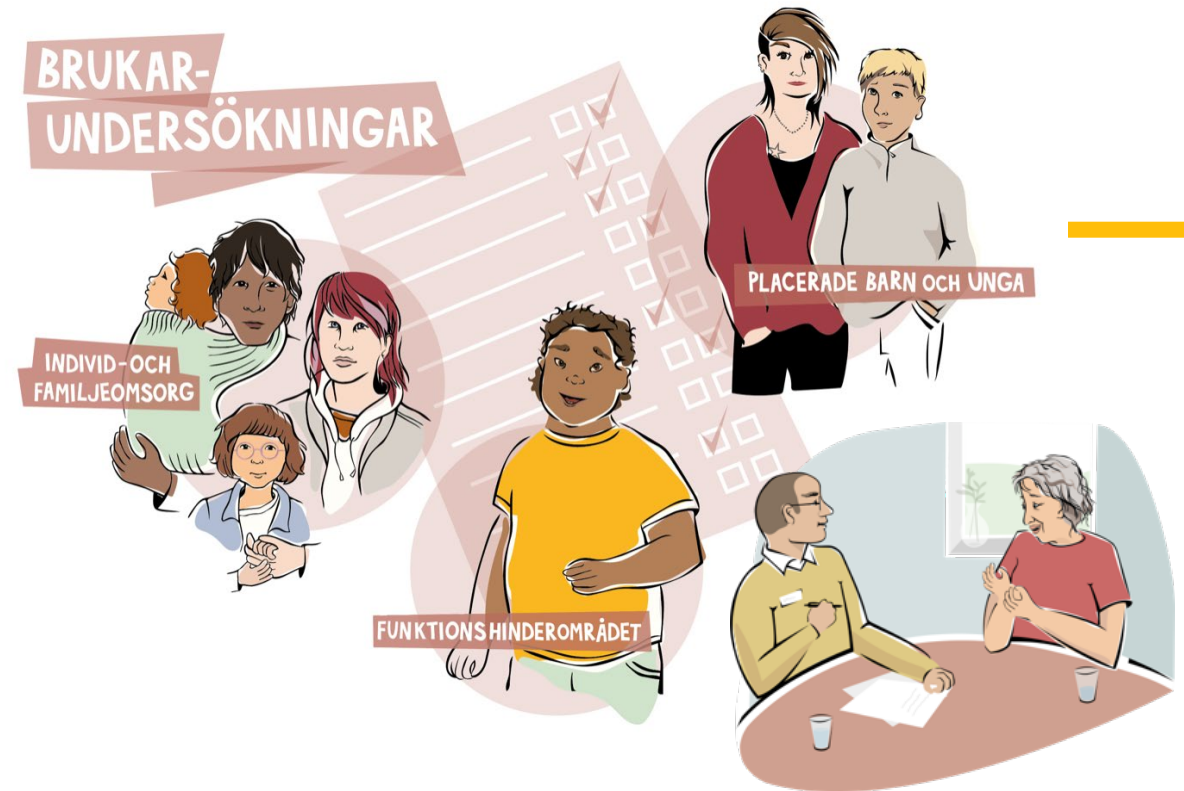
Läs mer i
anteckningsfältet!

Varje röst räknas!

I de nationella brukarundersökningarna har personer som har kontakt med eller stöd inom individ- och familjeomsorg och funktionshinderområdet möjlighet att göra sina röster hörda.

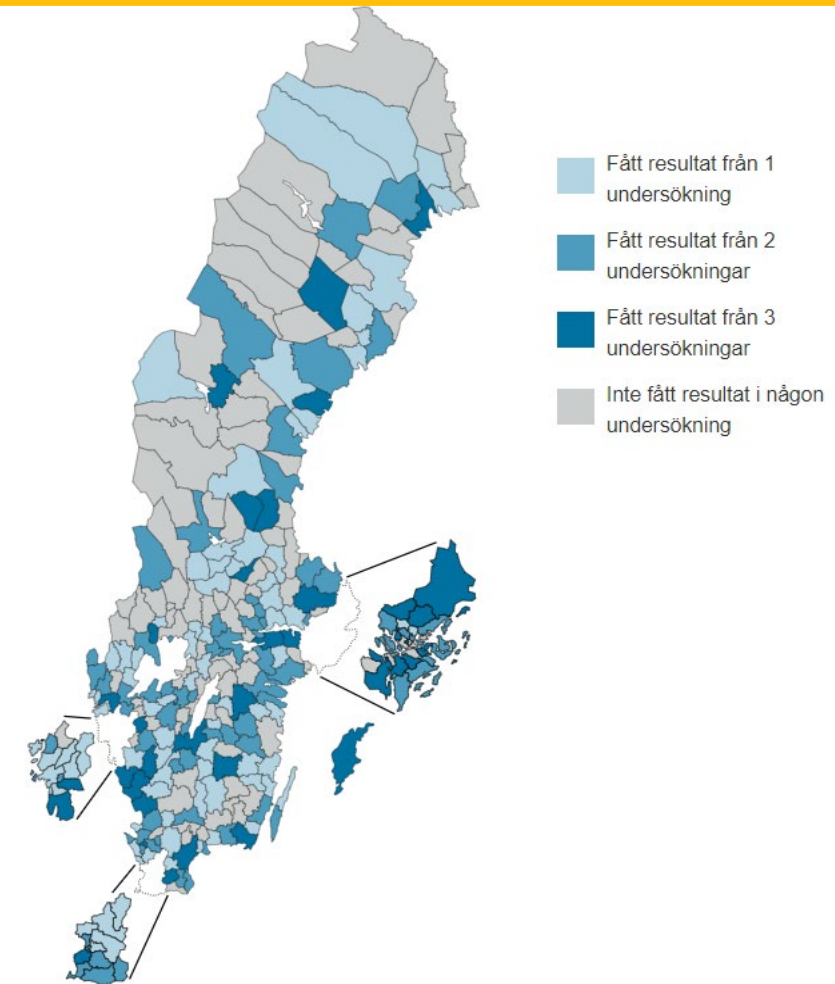
Resultatet används som kunskapsunderlag för att utveckla verksamheten.

Läs mer i
anteckningsfältet!



Deltagande och utveckling 2022-2023

- 203 kommuner deltog i minst en brukarundersökning 2022.
- Under 2022 har två nya brukarundersökningarna utvecklats utifrån kommunernas önskemål: om myndighetskontakten inom funktionshinderområdet (pilot 2022) samt om öppna insatser för ungdomar och vårdnadshavare inom social barn- och ungdomsvård (pilot under 2023).
- Under 2022 testade sex kommuner e-postpåminnelse för enkäten inom ekonomiskt bistånd, vilket ökade svarsfrekvensen.
- E-postpåminnelser kommer att användas för alla undersökningar inom IFO samt för den om myndighetskontakten inom funktionshinderområdet från 2023.
- 2023 testas sms-påminnelser i mindre skala för kommuner som är intresserade.



Individbaserad systematisk uppföljning (ISU) ger stöd för verksamhetsutveckling

Under 2022 arrangerades fyra digitala seminarier. Seminariernas teman har varit:

1. Hur verksamhetssystemen kan underlätta ISU
2. Hur RSS:er kan stödja ISU-arbetet
3. Hur ISU kan användas för att belysa jämställdhet
4. Ledarskapets betydelse i ISU-arbetet

Ett särskilt fokus har under 2022 riktats på äldreomsorg och funktionshinderområdet genom en utbildning i individbaserad systematisk uppföljning med koppling till IBIC.

Två nya goda exempel på lokal individbaserad uppföljning som lett till ny kunskap och förändring i verksamheten finns på Kunskapsguiden.se, där också övriga stöd finns.

Läs mer i
antecknings-
fältet!

Yrkesresan: Kompetensutveckling inom socialtjänsten



**Tillsammans har vi
kunskap, kraft och kompetens
att utveckla socialtjänsten**

Förstudier för Yrkesresan görs inom ramen för Partnerskapet och finansieras av rekommendationen

År	Verksamhetsområde	Målgrupp	Ansvar förstudie
2021	Funktionshinder	Utförarverksamhet och myndighetsutövning	RSS Västernorrland
2022	Missbruks- och beroendevård	Myndighetsutövning	RSS Jönköpings län
2023	Äldreomsorgen	Utförarverksamhet	RSS Östergötland



Läs mer i
anteckningsfältet!

Kommuner och regioner samverkar om kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård

- Inom ramen för rekommendationen samordnas kommunernas arbete med kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård.
- Kommunerna bidrar i styrning och ledning för de områden där regionen och kommunen har gemensamma målgrupper.
- Kommunerna bidrar med kompetens för att ta fram kunskapsstöd i de fall dessa berör kommunernas verksamheter.

Läs mer i
antecknings-
fältet!

Kommuner och regioner samverkar om kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård

Under 2022 har arbetet särskilt fokuserat på att:

- medverka i framtagande av utvecklingsplan för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård 2023-2027.
- testa arbetssätt för att bedöma vilka kunskapsstöd som är relevanta för kommunerna att remissbesvara, samt samverkan mellan kommunerna avseende att svara på remisserna.
- stödja och tydliggöra rollen som kommunal representant - uppdragsbeskrivning och teamsyta.
- utveckla processen för nomineringar till nationella grupper.



SKR samordnar och S-KiS styr och leder

- Styrgrupp för nationell kunskapsstyrning socialtjänst (S-KiS) beslutar om hur de gemensamma medlen fördelas och följer arbetet.
- Medlen från rekommendationen finansierar också ett kansli på SKR som arbetar med de områden som beskrivs i bildspelet.
- Kansliet bidrar med processtöd till S-KiS och nätverk, samt driver utvecklingsarbeten som S-KiS beslutat om.
- SKR:s arbete med Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning i socialtjänsten bedrivs inom ramen för rekommendationen.

Läs mer i
antecknings-
fältet!

Exempel på utvecklingsarbeten 2023

Stärkt samverkan mellan kommunerna och regionerna avseende kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.

Pilotundersökning om öppna insatser till ungdomar 13-20 år och vårdnadshavare för barn 0-20 år inom **social barn- och ungdomsvård**.

Arbetet slutförs med **automatisk informationsförsörjning** till de kvalitetsregister som kommunerna använder.

Påbörja införandet av **nationell modell** för att lyfta lokala behov av kunskap.

Fortsatt utforskande av vilka ytterligare **kvalitetsregister**/data i kvalitetsregister som kan vara till nytta för kommunerna.

Stöd till kommunerna för att arbeta med individbaserad systematisk uppföljning av **stödet till våldsutsatta vuxna** genom SU-Kvinnofrid 2.0.

Förstudier inom Yrkesresan: utförare äldreomsorg, innehåll för chefer i funktionshinderresan, generiskt innehåll om individbaserad systematisk uppföljning.

Stöd för ett **kunskapsbaserat politiskt beslutsfattande** i kommunerna.

Läs mer i anteckningsfältet!

Missa inte filmen om samverkan för en kunskapsbaserad socialtjänst

Till Socialchefsdagarna 2022 tog vi fram denna film som ger en övergripande beskrivning av hur lokala, regionala och nationella strukturer byggts upp och samspelar för att stärka stödet till kommunerna.

Filmen är textad och är knappt 7 minuter lång.



Vill du vara med och påverka utvecklingen av kunskapsstyrning inom socialtjänsten?

Kontakta din representant i SKR:s socialchefsnätverk, RSS eller NSK-S!

- Socialchefsnätverket
- RSS, regionala samverkans- och stödstrukturer
- NSK-S, nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten

Nyttiga länkar

[Om S-KiS](#)

[Socialtjänstens brukarundersökningar](#)

[Nationella kvalitetsregister](#)

[Partnerskapet](#)

[SU-Kvinnofrid](#)

[Yrkesresan – en satsning på kompetensutveckling](#)

[RSS, regionala samverkans- och stödstrukturer](#)

[NSK-S, nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten](#)

[Individbaserad systematisk uppföljning](#)

[Exempel på systematisk uppföljning – Kunskapsguiden](#)

[Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård](#)

