



**UPPLANDS-BRO
KOMMUN**

Handlingar till
Socialnämndens sammanträde
den 7 september 2023

Dagordning

Beslutsärenden

61 Fastställande av dagordning	4
62 Svar på revisionsrapport gällande granskning av skydd mot fusk med assistansersättning	5
63 Patientsäkerhetsberättelse 2022	6
64 Val av kontaktpolitiker för socialnämnden mandatperioden 2023-2026	49



Kommunledningskontoret

Märta Westerberg

Kanslienheten

Marta.Westerberg@upplands-bro.se

Datum

2023-08-15

Vår beteckning

SN 22/0375

Er beteckning

Socialnämnden

Fastställande av dagordning

Förslag till beslut

Dagordningen fastställs.



Yael Liebech Edvardsson
Socialkontoret
Yael.edvardsson@upplands-bro.se

Datum
2023-06-28

Vår beteckning
SN 22/0318

Er beteckning

Socialnämnden

Svar på revisionsrapport gällande granskning av skydd mot fusk med assistansersättning

Förslag till beslut

1. Socialnämnden godkänner socialkontorets svar på revisionsrapport gällande granskning av skydd mot fusk med assistansersättning.
2. Socialnämnden ger socialkontoret i uppdrag att upprätta en handlingsplan med åtgärder utifrån de rekommendationer som Ernst & Young riktar till nämnden i revisionsrapport gällande granskning av skydd mot fusk med assistansersättning.
3. Socialkontorets handlingsplan med åtgärder ska redovisas för Socialnämnden senast i mars år 2024. Handlingsplanen ska även skickas till Ernst & Young samt till kommunens revisorer.

Sammanfattning

Ernst & Young (EY) har beslutat att genomföra en granskning på uppdrag av kommunens revisorer med avseende på hur kommunen arbetar förebyggande utifrån ett assistansfuskperspektiv, dels på övergripande nivå, dels specifikt kopplat till risker. EY har önskat svar från Socialnämnden senast den 31 mars år 2023. Socialnämnden har begärt anstånd vid två tillfällen. Vid senaste tillfället begärdes anstånd till den 15 september år 2023 och beviljades. Samtliga rekommendationer som ges utifrån granskningen bedöms av socialkontoret vara relevanta att arbeta vidare med för att utveckla och förbättra handläggningen kring personlig assistans, assistansersättning och sjuklönekostnader.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad den 28 juni år 2023
- Revisionsrapport och revisionsskrivelse – Granskning av skydd mot fusk med assistansersättning daterad den 15 november år 2022, bilaga 1

Ärendet

Ernst & Young (EY) har beslutat att genomföra en granskning på uppdrag av kommunens revisorer med avseende på hur kommunen arbetar förebyggande utifrån ett assistansfuskperspektiv, dels på övergripande nivå, dels specifikt



kopplat till risker. Syftet med granskningen är att bedöma om Socialnämnden har säkerställt en god intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra välfärdsbrott i verksamheten.

Granskningen berör huvudsakligen arbetet på myndighet Vuxen- och LSS-enheten. Enheten i sin helhet utreder och fattar beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) till individer med beroendeproblematik, psykisk funktionsnedsättning, till individer som är våldsutsatta eller förövare samt till avhoppare. Inom enheten utreds även behov av insatser enligt lag om särskild service för vissa funktionshindrade (LSS). Granskningens rekommendationer berör handläggningsprocesserna kring utredning och beslut om personlig assistans, assistansersättning och sjuklönekostnader.

EY har önskat svar från Socialnämnden senast den 31 mars år 2023. Socialnämnden har begärt anstånd vid två tillfällen. Vid senaste tillfället begärdes anstånd till den 15 september år 2023 och beviljades. Anledningen till att Socialnämnden har begärt anstånd beror på bristande resurser som är en konsekvens av personalomsättning och hög arbetsbelastning både inom Vuxen- och LSS-enheten samt inom socialkontorets kvalitetsteam.

Rekommenderade åtgärder från EY

Under det senaste året har en ny enhetschef tillträtt och enheten har haft en personalomsättning i kombination med en hög arbetsbelastning som gjort att basverksamheten har prioriterats framför utvecklingsarbete. Under hösten år 2023 kommer personalen att bli fulltalig i den grupp som handlägger ärenden enligt LSS. Det innebär att en plan för åtgärder utifrån de rekommendationer som lämnats av EY kan upprättas först under hösten. Just nu pågår även ett kommunövergripande arbete avseende välfärdsbrottslighet som ligger i linje med bland annat de rekommendationer som EY har gett till Socialnämnden efter sin granskning. Genom att följa upp arbetet med upprättande av en plan för åtgärder i mars år 2024 kan Socialnämnden och EY få återkoppling på hur arbetet med rekommendationerna fortskrider.

Samtliga rekommendationer som ges utifrån granskningen bedöms av socialkontoret vara relevanta att arbeta vidare med för att utveckla och förbättra handläggningen kring personlig assistans, assistansersättning och sjuklönekostnader. Socialkontoret föreslår att Socialnämnden ger kontoret uppdrag att upprätta en handlingsplan med åtgärder utifrån de rekommendationer som EY riktar till nämnden i revisionsrapport gällande granskning av skydd mot fusk med assistansersättning.

Barnperspektiv

Revisionsgranskningar bidrar till att se vilka förbättringar och utvecklingar verksamheten behöver göra för att höja kvaliteten på det arbete som utförs. Med de rekommendationer som ges av EY till Socialnämnden kan en plan för åtgärder upprättas med målet om att, i detta fall, öka skyddet mot fusk med



assistansersättning. Personlig assistans är en insats som även barn kan beviljas och även om assistansersättningar inte berör barn och unga direkt så bidrar ett bättre skydd mot fusk till en mer rättssäker socialtjänst i sin helhet för alla kommunens invånare.

Mitra Ghannad

Socialchef

Camilla Stark

Tf. avdelningschef socialavdelningen

Bilagor

1. Revisionsrapport och revisionsskrivelse – Granskning av skydd mot fusk med assistansersättning daterad den 15 november år 2022

Beslut sänds till

- Kommunens förtroendevalda revisorer
- Ernst & Young
- Avdelningschef Socialavdelningen
- Enhetschef för Vuxen och LSS-enheten
- Kommunfullmäktige

From: [REDACTED]
Sent: den 5 december 2022 16:34
To: kommunstyrelsen
Subject: Granskningsrapport för vidare hantering
Attachments: Granskning av skydd mot fusk med assistansersättning.pdf; Skrivelse - Granskning av skydd mot fusk med assistansersättning.pdf

Hej!

Här kommer en revisionskrivelse och granskningsrapport för vidare hantering. Den ska till socialnämnden samt till kommunfullmäktige för kännedom. Ska också publiceras på revisorernas del av hemsidan.

Vänliga hälsningar,

[REDACTED]



[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

The information contained in this communication is intended solely for the use of the individual or entity to whom it is addressed and others authorized to receive it. It may contain confidential or legally privileged information. If you are not the intended recipient you are hereby notified that any disclosure, copying, distribution or taking any action in reliance on the contents of this information is strictly prohibited and may be unlawful. If you have received this communication in error, please notify us immediately by responding to this email and then delete it from your system. EY is neither liable for the proper and complete transmission of the information contained in this communication nor for any delay in its receipt.

Upplands-Bro kommun

Granskning av skydd mot fusk med
assistansersättning



Innehållsförteckning

Sammanfattande bedömning och rekommendationer	1
1. Inledning.....	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor	3
1.3. Granskade nämnder	3
1.4. Metod och genomförande	3
1.5. Avgränsning	3
1.6. Revisionskriterier	4
2. Utgångspunkter för granskningen	5
2.1. Kommunallagen	5
2.2. Brottsbalken	5
2.3. Lag om ändring i bidragsbrottslagen	5
2.4. Intern kontroll	5
2.5. Program för mål, uppföljning och insyn för utförare av kommunala angelägenheter	6
2.6. Assistansersättningar enligt LSS	7
3. Övergripande styrning.....	8
3.1. Ansvarsfördelning och organisation	8
3.2. Ekonomi och nyckeltal.....	8
3.3. Styrande dokument.....	9
3.4. Bedömning	10
4. Processen och tillhörande kontrollmoment	11
4.1. Handläggningsprocessen vad gäller personlig assistans	11
4.2. Individuppföljning	12
4.3. Risken för hot och våld mot socialsekreterare har inte riskbedömts	13
4.4. Attest.....	13
4.5. Bedömning	14
5. Avtalsuppföljning.....	15
5.1. I avtal med extern utförare ställs krav på uppföljning.....	15
5.2. Socialnämnden utgår från en plan för uppföljning av externa utförare.....	15
5.3. Socialnämnden genomför regelbunden avtalsuppföljning	16
5.4. Bedömning	17
6. Uppföljning och återrapportering	18
6.1. Bedömning	18
7. Svar på revisionsfrågor	19
Bilaga 1: Källförteckning	21

Sammanfattande bedömning och rekommendationer

EY har på uppdrag av kommunens revisorer granskat om socialnämnden har säkerställt en god intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra välfärdsbrott kopplat till utbetalning av assistansersättning enligt LSS. Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden inte fullt ut har säkerställt en tillräcklig intern kontroll för att upptäcka och förhindra välfärdsbrott.

Risker kopplat till kvalificerade välfärdsbrott eller specifika risker för felaktiga utbetalningar av assistansersättning inkluderas inte i socialnämndens verksamhetsplan eller internkontrollplan för 2022. Vidare finns varken kommunövergripande eller nämndspecifika riktlinjer för att förebygga, upptäcka eller motverka kvalificerade välfärdsbrott. Enheten saknar dokumenterade rutiner och riktlinjer.

Inom ramen för handlägningsprocessen genomförs mycket av det förebyggande arbetet för att undvika felaktiga utbetalningar eller fusk. Handläggarna genomför alltid hembesök vid utredning kring personlig assistans. Vidare inhämtas underlag som stärker det uttryckta behovet. Även här finns möjlighet att identifiera underlag som är förfälskade eller otillräckliga. Det finns även en rutin om att regelbundet inhämta information om tillstånd hos IVO. Handläggarna har en handbok till stöd men vi bedömer att verksamheten bör utveckla en struktur med dokumentation för det brottsförebyggande arbetet. Detta genom att säkerställa att erfarenheter från handläggarna, rättsfall samt omvärldsbevakning omhändertas och dokumenteras samlat för att utgöra ett stöd åt handläggarna när det kommer till att identifiera fusk.

För att stävja risken att LSS-handläggarnas förutsättningar för att säkerställa likvärdiga och rättssäkra beslut bedömer vi det därför vara väsentligt att det finns ytterligare stöd i form av till exempel metodhandledning och juridisk handledning, samt att det finns dokumenterade rutiner, vägledningar och checklistor med fokus på att upptäcka och förhindra välfärdsbrott.

Vidare visar granskningen att risken för hot och våld mot socialsekreterare inte har riskbedömts. Verksamheten har inte upprättat en rutin för hot och våld som anges i det kommunövergripande dokumentet om hot och våld. Vi bedömer därför att nämnden bör upprätta sådana tillämpbara rutiner med åtgärder och uppföljande åtgärder om hot och våld som baseras på en riskbedömning.

Vi bedömer att socialnämnden i stor utsträckning bedriver en ändamålsenlig avtalsuppföljning av den privata assistansutföraren och att det minskar risken för fusk och oegentligheter. En brist vi noterar är att det inte sker någon kontroll av felaktiga utbetalningar av assistansersättningar specifikt. Exempelvis ser vi behov av en sammanfattande bedömning kring metoder eller tillvägagångsätt för att förebygga, upptäcka eller motverka kvalificerade välfärdsbrott i avtalsuppföljningsmallen.

Sammantaget bedömer vi att kontrollmiljön och kontroller för att upptäcka felaktiga utbetalningar av assistansersättning behöver stärkas.

Med utgångspunkt i granskningen rekommenderar vi att socialnämnden att:

- ▶ Anta styrande dokument avseende riskerna för felaktiga utbetalningar av assistansersättning.
- ▶ Genomföra riskbedömning av handläggar- och utbetalningsprocessen beträffande var eventuella risker är störst och utveckla eventuella kontroller baserat på denna.
- ▶ Säkerställa tillräckliga stöd till handläggarna i form av till exempel metodhandledning och juridisk handledning, samt att det finns dokumenterade rutiner, vägledningar och checklistor.

- ▶ Säkerställa tillräckliga resurser för att genomföra ändamålsenliga kontroller för att försäkra sig om att brukarna med kommunala LSS-beslut får den assistans de beviljats.
- ▶ Stärka kontrollen i samband med hantering av sjuklönekostnader, exempelvis genom att implementera en stickprovsvis kontroll av läkarintyg respektive inskickade tidrapporter.
- ▶ Upprätta tillämpbara rutiner för beredskap att hantera hot- och våldssituationer utifrån den kommunövergripande riktlinjen.
- ▶ Stärka kontrollen i samband med attest, exempelvis genom att implementera en stickprovsvis kontroll av inskickade tidrapporter, samt säkerställa tillräckliga dokumenterade rutiner för detta.
- ▶ Inkludera kontroll av felaktiga utbetalningar av assistansersättningar i avtalsuppföljningen av kommunal personlig assistans som drivs i extern regi.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Under det senaste året har media uppmärksammat flera domar och förundersökningar avseende organiserat fusk med assistansersättningar. En gemensam nämnare i dessa domar är att det ofta är brott som pågått under en längre tid, beloppen är stora och inte sällan rör det sig om s.k. anhörigvårdare.

Socialdepartementet genomförde under 2018 en analys av brottslighet inom personlig assistans.¹ I analysen identifierades två olika upplägg som separat eller i kombination bedöms vara återkommande i nästan samtliga assistansbrott:

Fall där brukaren simulerat eller kraftigt överdrivit sina hjälpbehov och någon rätt till assistansersättning över huvud taget inte finns eller är kraftigt mindre än vad som erhållits.

Fall där brukaren har rätt till assistansersättning men där assistansen inte lämnats i enlighet med vad som har uppgivits i tidredovisningar och räkningar.

Revisorerna har beslutat att genomföra en granskning med avseende på hur kommunen arbetar förebyggande utifrån ett assistansfuskperspektiv, dels på en övergripande nivå, dels specifikt kopplat till risker.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om socialnämnden har säkerställt en god intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra välfärdsbrott i verksamheten.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns det adekvata kontrollsystem för att förhindra och upptäcka assistansfusk?
- ▶ Hanteras risken för hot mot handläggare som beslutar om assistans på ett ändamålsenligt sätt?
- ▶ Har kommunen försäkrat sig om en tillräcklig grad av kontroll i avtal och uppföljning av det kommunala alternativet?
- ▶ Sprids information om regelverk, riskanalys och kontroller till berörda medarbetare på ett ändamålsenligt sätt?
- ▶ Sker uppföljning samt återrapportering till nämnden avseende avvikelser på ett ändamålsenligt sätt?

1.3. Granskade nämnder

Granskningen avser socialnämnden.

1.4. Metod och genomförande

Granskningen genomförs som en dokument- och intervjustudie med chefer och funktioner med ansvar för intern kontroll, dels funktioner som ansvarar för beslut om utbetalning av ekonomiska förmåner enligt ovan. Vi har inhämtat dokumentation när det har varit möjligt för att styrka/avvisa det som framkommer vid intervjuer.

1.5. Avgränsning

Granskningen av nämndens kontrollsystem (revisionsfråga 1) fokuserar på brukare med beslut om personlig assistans enligt § 9, 2 punkt i lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

¹ Personlig assistans - Analys av en kvasimarknad och dess brottslighet (Socialdepartementet 2018).

1.6. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas från lagar och förarbeten eller interna regelverk beslutade av fullmäktige. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning. I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 §
- ▶ Lag om ändring i bidragsbrottslagen (2007:612) SFS 2019:652
- ▶ Brottsbalken (1962:700) 9 kap. & 17 kap.
- ▶ COSO-ramverket för intern kontroll
- ▶ Kommunfullmäktiges mål och budget 2022
- ▶ Kommunfullmäktiges reglemente för intern styrning och kontroll
- ▶ Program för mål, uppföljning och insyn för utförare av kommunala angelägenheter

Dessa beskrivs närmare i kapitel 2.

2. Utgångspunkter för granskningen

2.1. Kommunallagen

Av 6 kap. 6 § KL framgår att nämnderna var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som beslutats av kommunfullmäktige samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna ska även tillse att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

2.2. Brottsbalken

Brottsbalken (1962:700) 9 kap. anger att den som med våld eller hot om våld förgriper sig på en tjänsteman i hans eller hennes myndighetsutövning eller för att tvinga tjänstemannen till eller hindra honom eller henne från en åtgärd i myndighetsutövningen eller för att hämnas för en sådan åtgärd döms för våld eller hot mot tjänsteman till böter eller fängelse i högst två år.

2.3. Lag om ändring i bidragsbrottslagen

Lag om ändring i bidragsbrottslagen (2007:612) SFS 2019:652 gäller sådana stöd, bidrag och ersättningar som enligt lag eller förordning beslutas av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller en kommun och avser en enskild person, men betalas ut till eller tillgodoräknas någon annan än den enskilde (ekonomiskt stöd).

Den som lämnar oriktiga uppgifter eller inte anmäler ändrade förhållanden som han eller hon är skyldig att anmäla enligt lag eller förordning, och på så sätt orsakar fara för att en ekonomisk förmån eller ett ekonomiskt stöd felaktigt betalas ut, felaktigt tillgodoräknas, betalas ut med ett för högt belopp eller tillgodoräknas med ett för högt belopp, döms för bidragsbrott till fängelse i högst två år eller, om brottet är ringa, till böter eller fängelse i högst sex månader.

2.4. Intern kontroll

Granskningen syftar till att bedöma om socialnämnden har säkerställt en god intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra välfärdsbrott i verksamheten. En förutsättning för att kunna uttala sig om den interna kontrollen är att förstå vad begreppet betyder. Utifrån kommunallagen framgår emellertid inte innebörden av intern kontroll. Det anges enbart att nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig.

Lagstiftarens beskrivning är generell och uttrycker inte gränserna för den interna kontrollen. Kommunallagen är en ramlag som lämnar stort utrymme för kommunerna att konkretisera. I Upplands-Bro kommun har kommunfullmäktige fastställt ett reglemente för den interna styrningen och kontrollen. Beskrivningen av den interna kontrollen i reglementet kommer utgöra en utgångspunkt för vår användning av begreppet. Härutöver kommer vi även att använda oss av COSO-modellen, vilken är ett allmänt accepterat ramverk för intern kontroll. Upplands-Bro kommun arbetar utifrån COSO-modellen.

2.4.1 COSO-ramverket för intern kontroll

Det finns varken för kommuner, företag eller andra organisationer en formellt fastställd standard för hur den interna kontrollen ska hanteras. I praktiken har dock en amerikansk standard blivit dominerande: The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO). Standarden skapades för att stävja ekonomisk brottslighet knuten till den finansiella redovisningen och tog sig an uppgiften att beskriva vad som utmärker god intern styrning och kontroll inklusive god riskhantering. Målet med COSO och internkontroll är att säkerställa att risker undviks och ge en trygghet i att organisationens mål uppfylls. COSO-modellens huvudmål är att garantera en ändamålsenlig och kostnadseffektiv

verksamhet, tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten samt att lagar följs.

COSO-modellen består av fem huvudkomponenter: kontrollmiljö, riskanalys, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt uppföljning.

2.4.2 Reglemente för styrning och intern kontroll

Kommunfullmäktige beslutade senast om ett reglemente för intern styrning och kontroll den 11 juni 2014. Av reglementet framgår att kommunen ska ha en god intern styrning och kontroll i sin verksamhet. Intern styrning och kontroll definieras utifrån COSO-ramverket för intern kontroll i form av:

- ▶ Effektivitet och produktivitet i verksamheten.
- ▶ Tillförlitlig (finansiell) rapportering.
- ▶ Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler.

Utöver beskrivna definition anger reglementet ansvarsfördelning, styrning och former för uppföljning. Kommunstyrelsen ansvarar för den övergripande interna styrningen och kontrollen för hela kommunen. Kommunstyrelsen ansvarar för att upprätta en övergripande organisation för att säkerställa arbetet i tjänstemannaorganisationen. Utöver reglementet styrs arbetet med intern styrning och kontroll via tillämpning samt nämnds specifika anvisningar som fastställts. Respektive nämnd ansvarar för intern styrning och kontroll i sina egna verksamheter genom att:

- ▶ Fastställa anvisningar för arbetet med intern styrning och kontroll i de egna verksamheterna och årligen uppdatera dessa.
- ▶ Årligen fastställa kontroll- och åtgärdsplan med bas i verksamhetens riskanalyser.
- ▶ Årligen följa upp arbetet med intern styrning och kontroll.
- ▶ Årligen rapportera till kommunstyrelsen nämndens arbete med intern styrning och kontroll.

2.5. Program för mål, uppföljning och insyn för utförare av kommunala angelägenheter

Kommunfullmäktige ska enligt 5 kap. 3 § varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses.

Kommunfullmäktige i Upplands-Bro beslutade om "Program för mål, uppföljning och insyn för utförare av kommunala angelägenheter" den 10 juni 2020. Dokumentet redogör för hur mål och uppföljning ska ske för utförare av kommunala angelägenheter. Både verksamhet i egen kommunal regi och privata utförare omfattas.

Ansvar för uppföljningen och kontrollen åligger respektive nämnd och omfattar i tillämpliga delar även kommunala verksamheter. Uppföljningen har två övergripande syften:

1. Kontrollera att verksamheten utförs i enlighet med förfrågningsunderlag, anbud och avtal.
2. Utgöra ett underlag i kommunens förbättringsarbete för att utveckla och förbättra verksamhet och tjänster till medborgarna.

Det innebär att förfrågningsunderlag och avtal alltid måste innehålla krav på att utföraren medverkar vid uppföljning av verksamheten, till exempel genom att lämna statistik och delta vid genomförande av brukarenkäter som nämnderna bestämmer. Krav ska också

ställas på att utföraren rapporterar nödvändiga uppgifter till nämnden där nämnden vid begäran ska få ta del av inkomna synpunkter från brukare. Det ska även vid avtal med privat utförare tydligt framgå hur samverkan mellan utförare och beställare ska genomföras och hur brister i verksamheten ska hanteras.

I samband med nämndernas verksamhetsberättelse ska uppföljning göras att utförandet av samtliga kommunala angelägenheter följer de mål och riktlinjer för drift av verksamhet som följer av detta dokument. All uppföljning och kontroll ska dokumenteras.

2.6. Assistansersättningar enligt LSS

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en rättighetslag som ska garantera att personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar har goda levnadsvillkor, att de får den hjälp de behöver i det dagliga livet och att de kan påverka vilket stöd och vilken service de får.

Kommunerna har tillsammans med staten (genom Försäkringskassan) ett delat huvudmannaansvar för personlig assistans. Kommunerna ansvarar för personlig assistans enligt LSS i sådant fall att de grundläggande hjälpbehoven inte överstiger 20 timmar per vecka. Överstiger hjälpbehoven 20 timmar per vecka, är det Försäkringskassan som är ansvarig för att bedöma och betala ut assistansersättning.

2021 trädde en ny lagstiftning i kraft. Kommunerna och Försäkringskassan har rätt att neka utbetalning av assistansersättning till assistansbolag som saknar ett giltigt tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Assistansbolag utan ett giltigt tillstånd kommer därmed inte ha rätt att få ersättning för utförd assistans efter detta datum. I och med lagändringen har även kommunerna samt Försäkringskassan nu en skyldighet att informera IVO när det finns anledning att anta att assistansverksamhet bedrivs utan tillstånd⁶. I och med lagändringen har också IVO fått utökade befogenheter att begära in information i tillsynsärenden.

3. Övergripande styrning

3.1. Ansvarsfördelning och organisation

Granskningen omfattar LSS-verksamheten för vilken socialnämnden är ansvarig nämnd. Fokus ligger på verksamheten för personlig assistans och beslut enligt LSS § 9.2. Socialnämnden utgör den nämnd under vilken socialkontoret återfinns. Större delen av socialkontorets arbete är lagstyrt och regleras främst i Socialtjänstlagen (SoL), LSS och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Socialkontoret har en myndighetsenhet; äldre, vuxen- och LSS-enheten som hanterar LSS samt socialpsykiatri.

På vuxen- och LSS-enheten finns tre socialsekreterare som arbetar med myndighetsutövning avseende LSS. Sedan 1 september är två av dessa handläggare inhyrda konsulter då en handläggare slutat och en är på föräldraledighet. De inhyrda handläggarna uppges vara erfarna och besitta tillräcklig kompetens. Därtill finns en Samordnare för LSS och socialpsykiatri som är stödjande, såväl som kvalitetssäkrar utredningar. Samordnaren och enhetschefen ansvarar för attest av kostnader för personlig assistans.

Därutöver finns avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd, som bland annat hanterar övergripande administration, samordning av nämndens budget och genomför kvalitets- och avtalsuppföljningar.

Kommunen tecknade den 1 oktober 2020 ett ramavtal med assistansbolaget Carelli Assistans AB. Kontraktet är ett tvåårigt ramavtal med möjlighet till 1 + 1 års förlängning, dock längst till och med den 30 september 2024. Väljer brukaren att få sin assistans utförd av kommunen är det Carelli Assistans som utför assistansen.

3.1.1. Ansvarsfördelning framgår bland annat av delegationsordning

Av Socialnämndens delegationsordning, antagen av nämnden den 6 oktober 2022 framgår ansvarsfördelning för beslut kring LSS samt återbetalningsskyldighet. Ett utdrag från delegationsordningen framgår av tabell nedan.

Beslut		Ansvarig
Biträde av personlig assistent	7 § och 9 §, 2. LSS	Biståndshandläggare
Ekonomiskt stöd för att bekosta personlig assistent vid tillfälligt ökade behov	7 § och 9 §, 2. LSS	Enhetschef, myndighet
Beslut om upphörande av insats enligt LSS		Enhetschef, myndighet
Beslut om återbetalningsskyldighet	12 § LSS	Arbetsutskottet

De inhyrda konsulterna uppges inte ha behörighet att ta beslut om personlig assistans. När handläggarna har färdigställt utredningen är det sedan ordinarie handläggare eller samordnaren som fattar beslutet.

3.2. Ekonomi och nyckeltal

Nedan framgår data från Kolada (SKR och RKA:s databas med nyckeltal). I tabellen framgår kostnader per invånare för personlig assistans minus ersättning från försäkringskassan.

Upplands-Bro	2019	2020	2021
--------------	------	------	------

Kostnad personlig assistans enl. LSS/SBF minus ersättning från FK, kr/inv	1 244	1 227	970
---	-------	-------	-----

Statistisk tagen från Kolada. Bygger på data från SCB och Socialstyrelsen.

I tabellen nedan framgår antal brukare med personlig assistans inom kommunens område, både kommunbeslut och beslut enligt Försäkringskassan. Av de 16 kommunbesluten kan en eller flera vara beslut av Försäkringskassan. Det innebär att antalet brukare med personlig assistans inom kommunens område är mellan 46 och 62.

Antal brukare med personlig assistans inom kommunens område	2021
Kommunbeslut om personlig assistans, uppgifter enl intervjuade	16
Personer med Personlig assistans enl SBF. Källa FK/Kolada.	46

3.3. Styrande dokument

I kommunfullmäktiges övergripande mål och budget 2022 med planering för 2023-2024 finns sex övergripande mål. Inom målet *Hållbart liv och hälsa* beskrivs att uppdrag inom hälsa är ofta kopplat till förebyggande och främjande åtgärder samt kunskap om skydd- och riskfaktorer. Förebyggande verksamheter och brottsförebyggande verksamhet samt friskfaktorer beskrivs vara fokus. Kommunstyrelsen ges, kopplat till det övergripande målet hållbar hälsa och liv, i uppdrag för 2022 att minska brottslighet och öka tryggheten. Inriktningen för arbetet är att minska brottsligheten, öka tryggheten och arbeta för att det inte ska finnas något utsatt område i Upplands-Bro kommun. Fokus på dessa åtgärder förefaller vara trygghetsskapande åtgärder och minskad gängkriminalitet.

Denna bild förstärks i socialnämndens verksamhetsplan 2022 som ska förverkliga de målsättningar som anges i budget. Här lyfts samverkan med polis, skola, grannkommuner och bostadsföretag som en nyckel i arbetet för att stävja brottsutvecklingen bland personer i åldrarna 18-30 år.

Socialnämndens internkontrollplan för 2022 inkluderar risken för att uppföljning av intern respektive extern verksamhet inte sker likvärdigt och i tillräcklig utsträckning.

Sannolikheten bedöms vara möjlig och konsekvensen bedöms vara kännbar, båda på skala tre av fyra, till en sammanvägd risk om nio av 16. Risken för kvalificerade välfärdsbrott eller felaktiga utbetalningar av assistansersättning omfattas inte.

Den 30 mars 2022 beslutade kommunfullmäktige om "Policy om korruption och otillbörlig påverkan" samt "Riktlinje om korruption och otillbörlig påverkan". I policyn anges bland annat att alla företrädare för Upplands-Bro kommun ansvarar för att upprätthålla ett högt förtroende hos allmänheten vilket upprätthålls genom att:

- ▶ Alla anställda och förtroendevalda ska alltid uppträda korrekt i alla kontakter med omvärlden.
- ▶ Kunskap om vad som är tillbörligt respektive otillbörligt inom områdena korruption och påverkan skall vara god i hela organisationen.
- ▶ Organisationens skall ha processer för att förebygga och hantera påverkansförsök så att dessa inte tillåts påverka organisationens verksamhet.

Till påverkansförsök hör bland annat mutor, hot, våld, trakasserier, förolämpningar, skadegörelse, otillbörlig fotografering och okvädningsord. I riktlinjen utvecklas begreppen ytterligare.

Övergripande dokumentation kring policyer och riktlinjer finns tillgängligt för medarbetare via kommunens intranät.

Av styrande dokument framgår således ingen information om hur socialnämnden ska motverka olika former av välfärdsbrottslighet, däribland risken för felaktiga utbetalningar av assistansersättning.

3.4. Bedömning

Det saknas information om risker kopplat till kvalificerade välfärdsbrott eller specifika risker för felaktiga utbetalningar av assistansersättning i kommunfullmäktiges mål och budget 2022 eller i socialnämndens verksamhetsplan 2022. Risker kopplat till kvalificerade välfärdsbrott eller specifika risker för felaktiga utbetalningar av assistansersättning inkluderas inte i nämndens internkontrollplan för 2022. Vidare finns varken kommunövergripande eller nämndspecifika riktlinjer för att förebygga, upptäcka eller motverka kvalificerade välfärdsbrott liksom felaktiga utbetalningar av assistansersättning. Det finns inte heller angivet vad verksamheten ska uppnå i sitt utförande och inga rekommendationer kring metoder eller tillvägagångssätt för att förebygga, upptäcka eller motverka kvalificerade välfärdsbrott.

Konsekvensen är enligt vår uppfattning ett bristande stöd till nämnderna/verksamheterna för hur arbetsuppgifter kopplade till området ska utföras. Vår bedömning är att det därför finns brister i dels den övergripande politiska styrningen och i kontrollmiljön, dels i den nämndspecifika styrningen och i kontrollmiljön.

4. Processen och tillhörande kontrollmoment

4.1. Handläggningsprocessen vad gäller personlig assistans

Med personlig assistans avses ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sina grundläggande behov. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra i jämförbar ålder. Stödet är till för personer som inte fyllt 65 år vid ansökningstillfället.

Kommunen handlägger ärenden enligt LSS avseende insatser för grundläggande behov på upp till 20 timmar per vecka. Om grundläggande behov är större än 20 timmar är det Försäkringskassan som ansvarar för överskjutande del.

Den enskilde kan ansöka om assistansersättning inom ramen för LSS hos kommunen, liksom hos Försäkringskassan. Handläggarna bedömer vilken personkrets som ska tillämpas, vilket är en utgångspunkt för att få beslut. Handläggarna beslutar om insatser enligt LSS. Som stöd har handläggarna:

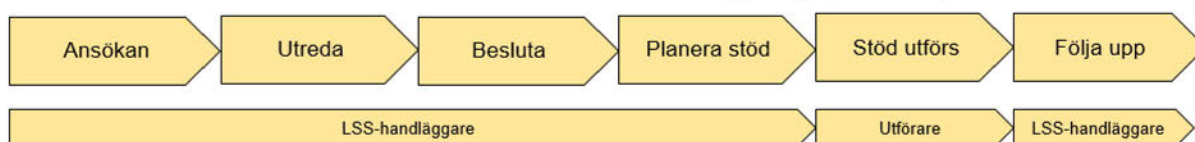
- ▶ Handbok för handläggning av LSS
- ▶ Processbeskrivning/processkarta

För utredningens och myndighetsutövningen används arbetssättet individens behov i centrum, IBIC, vilket inbegriper kategoriserade livsområden som ämnar säkerställa följsamhet till riktlinjer genomgående från myndighetsbeslut till verkställighet. Det finns även framtagna frastexter för utredningen. Handläggarna genomför enligt uppgift alltid hembesök vid beslut om personlig assistans. Detta kan vara ett verktyg för att identifiera eventuella oegentligheter.

Från och med 2021 har handläggarna implementerat veckovis ärendedragning för att säkerställa en samsyn med likvärdiga och rättssäkra beslut. Vid ärendedragningarna har handläggarna, enhetschef och samordnare närvarat.

Besluten gäller vanligtvis ett år men vissa insatser läggs som längre beslut med förbehåll² (i huvudsak då brukarna förväntas ha ett långvarigt behov som inte förändras markant eller närmar sig 67 år). I vissa fall gäller besluten över kortare tid. Alla ärenden ska följas upp minst en gång om året eller när beslutet behöver förnyas.

Nedan visas en karta över hur kommunens LSS-handläggningsprocess går till.



4.1.1. Kontroller av uppgifter i handläggningsprocessen

När ett ärende utreds så inhämtas uppgifter från den som yrkar på hjälpbehov. Vid tillfällen där yrkanden har kommunikationssvårigheter kan en God Man, i många fall en anhörig, företräda och framföra vilka behov som den yrkande behöver hjälp med.

Vi har fått beskrivet att det bokas ett initialt möte med den yrkande, (potentiellt God Man som kan föra deras talan) samt eventuellt assistansbolag. Kommunen strävar efter att göra hembesök, men det finns ingen uttalad rutin eller skriftlig riktlinje kring detta.

Då intervjuer med den yrkande kan skilja sig åt drastiskt, beroende på kommunikationsförmåga eller dylikt, så har kommunen som riktlinje att alltid inhämta

² en omprövningsklausul där det står att beslut kommer att följas upp årligen samt att beslut kan komma att omprövas vid förändring av förhållanden, t.ex. om behoven har blivit mindre.

externa uppgifter. Detta ska göras för att kunna styrka en brukares funktionsnedsättning samt verka som underlag till utredningen av hur mycket tid som ska beviljas. Vanligtvis utgörs de två inhämtade uppgifterna av läkarintyg samt bedömning om aktiviteter i det dagliga livet ("ADL-bedömning") från en arbetsterapeut. I vissa fall kan uppgifter från annan extern part inhämtas istället, exempelvis kan uppgifter från skola inhämtas när det rör sig om barn.

Verksamheten har ingen framtagen dokumentation till stöd för handläggare avseende vilken typ av underlag som kan begäras in. Intervjuade beskriver att detta är en kunskap som handläggare förväntas besitta.

4.1.2. Beräknad tidsinsats

När handläggare genomfört en bedömning om att ett behov föreligger så ska insatstid, som i sin tur styr ersättning, bedömas.

Vi har via intervjuer fått information om att kommunen inte har några riktlinjer eller schabloner att utgå ifrån avseende hur lång tid en viss specifik insats bör eller ska ta i normalfallet vid bedömning av insatstid. Detta har vid intervjuer påpekats att det inte bedöms nödvändigt, eftersom det ändå ska göras en individuell bedömning och att en och samma insats kan rendera i olika bedömd tidsåtgång beroende på brukarens funktionsnedsättning. Dock utgår handläggare i sin bedömning bland annat från tidigare fall, som kan anses snarlika, för att bedömningen ska vara så pass likvärdig och rättvis som möjligt från fall till fall.

4.1.3. Roll och ansvarsfördelning gentemot Försäkringskassan

Brukaren skickar ibland in begäran om personlig assistans till både kommunen och Försäkringskassan samtidigt. Handläggarna hos kommunen har inte möjlighet att invänta beslut från Försäkringskassan då den ledtid kommunen har att förhålla sig till huvudsakligen är kortare.

Kommunens handläggare genomför alltid en självständig bedömning av inkommen begäran även om det kan finnas ett beslut från Försäkringskassan. Dessa beslut vägs dock in i utredningsprocessen. Om FK beslutat att behovet av LSS inte överstiger 20 timmar per vecka kan kommunens handläggare göra en annan bedömning. Kommunen utgår ifrån LSS medan Försäkringskassan tar beslut enligt Socialförsäkringsbalken (SFB).

4.2. Individuppföljning

Handläggande socialsekreterare ansvarar för planering och uppföljning av beviljade insatser till enskilda individer. Individuppföljningen fokuserar på vilken effekt insatsen har givit den enskilde.

Alla beslut ska följas upp minst en gång om året, men i vissa fall sker det mer frekvent om det är beslut som gäller för kortare tidsperioder (exempelvis 3 till 6 månader). I samband med detta sker motsvarande kontroller som genomförs i samband med nya ansökningar, vilket finns beskrivet ovan. Via intervjuer har det emellertid framkommit att det inte görs några direkta uppföljningar av vårdbehov fortlöpande under året (annat än att fakturering inte överstiger beslut). Det sker exempelvis inga stickprov i form av kontrollaktiviteter (t.ex. intervjuer eller hembesök) för att försäkra sig om att brukarna får den assistans de beviljats.

Det faller på individen ansöka om nytt beslut om behovet förändras. Utföraren kan även påkalla ny bedömning av handläggare om behovet förändras. Den kommunala utföraren, Carelli assistans, har exempelvis en *Rutin Förändring av behov* vilken tydliggör roller och åtgärder som vidtas inom bolaget.

4.2.1. Även den kommunala utföraren genomför individuppföljningar

Den kommunala utföraren, Carelli Assistans, genomför regelbundna uppföljningar av kunden efter framtagna dokumenterade rutiner. Områdeschef inom bolaget ansvarar för att säkerställa delaktighet i insatserna. Enligt uppgift sker även regelbundna hembesök för att säkerställa att kunder och personliga assistenter har en god arbetsmiljö samt att kunden får den ersättning som är beslutad.

Det ska upprättas genomförandeplaner för alla kunder. Dessa ska följas upp var sjätte månad, eller vid behov.

4.3. Risken för hot och våld mot socialsekreterare har inte riskbedömts

Inom enheten har det under 2021 och 2022 inte gjorts någon anmälning om hot och våld via informationssystemet för arbetsmiljö (KIA). Det finns dock en risk för underrapportering så det går inte att utesluta att det har skett incidenter.

Det finns en kommunövergripande riktlinje vid hot och våld, antagen 1 april 2020. Riktlinjerna anger hur Upplands-Bro ska förebygga, bemöta och hantera hot och våld utifrån en gemensam grundsyn. Samtliga medarbetare ska känna sig trygga på sin arbetsplats och att det ska råda nolltolerans gällande hot och våld. Av riktlinjen framgår att samtliga verksamheter i kommunen ska utarbeta tillämpbara rutiner för beredskap att hantera hot- och våldssituationer. Rutinerna ska omfatta:

- ▶ Förebyggande av hot- och våldssituationer
- ▶ Åtgärder vid hot- och våldssituationer
- ▶ Åtgärder direkt efter hot- och våldssituationer
- ▶ Uppföljande åtgärder

Av granskningen framkommer att LSS-enheten inte har upprättat en rutin för hot och våld. Verksamheten har således inte riskbedömt risken för hot och våld mot socialsekreterare inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det finns därför inte heller en framtagna handlingsplan med åtgärder kopplat till risken.

Det finns en obligatorisk utbildning om hot och våld vid nyanställning. Utöver det ska information delges på arbetsplatsträffar och dylikt, vilket dock inte har skett under hösten. Som åtgärder anges att huvudsaklig kontakt med klient sker per telefon eller brev och att hembesök undviks. Vid hembesök kan två socialsekreterare närvara. Socialsekreterarna är utrustade med personlarm. Det finns också möjlighet att ta med sig personlarmet hem. Vid uppkommen situation byts aktuell socialsekreterare som utsatts för hot om våld eller andra trakasserier. Om ett ärende bedöms vara allvarligt polisanmäls det.

4.4. Attest

Assistansbolagen fakturerar kommunen för utförd insats. I samband med attestering kontrollerar enhetschef eller samordnare att utförda timmar stämmer överens med beslutade timmar.

När enhetschef attesterar fakturor från utförarna får man ibland in tidrapporter. Vi har fått information om att kommunen inte har någon specifik mall för hur tidredovisning ska rapporteras till kommunen. Dessa tidrapporter granskas dessutom inte med avseende på om underlaget är korrekt, exempelvis om berörd utförare var i tjänst den dagen det rapporterats eller om samma utförare rapporterats som utförare på flera brukare vid samma tidpunkt. Intervjuade uppger att det inte finns tid eller resurser för att göra denna typ av kontroll.

4.4.1. Merkostnader vid ordinarie assistents sjukdom

I samband med merkostnader vid ordinarie assistents sjukdom är det kommunen som svarar för merkostnaden, oaktat om sjukfrånvaro sker på timmar som ska ersättas av kommunen eller Försäkringskassan. Vikariens lön betalas av berörd instans, som om den ordinarie assistenten hade arbetat, men den sjuklönen som assistansbolaget får bära betalas alltid av kommunen (inte Försäkringskassan).

Har företaget merkostnader för sjuklönen skickas ansökan in till kommunen. Dessa ansökningar kontrolleras av en tjänsteperson inom kommunen. I detta skede är det möjligt att identifiera att sökta kostnader faktiskt inte är merkostnader vid ordinarie assistents sjukdom. Upplands-Bro kommun har däremot inte genomfört några ytterligare kontroller, exempelvis stickprovskontroller av läkarintyg, av den externa utförarens hantering av sjuklönekostnader.

4.5. Bedömning

Praxis kring LSS-området och personlig assistans enligt LSS är förhållandevis otydlig i det att rättsläget skiftar. Arbetsmiljöverket anger att det "i socialsekreterarens dagliga arbete ingår att hålla reda på 70 lagar"³. Enheten saknar dokumenterade rutiner och riktlinjer. Vi bedömer att det finns en risk för att LSS-handläggarnas förutsättningar för att säkerställa likvärdiga och rättssäkra beslut påverkas. För att stävja denna risk bedömer vi det väsentligt att det finns ytterligare stöd i form av till exempel metodhandledning och juridisk handledning, samt att det finns dokumenterade rutiner, vägledningar och checklistor. Vi bedömer att detta område behöver stärkas.

Inom ramen för handlägningsprocessen genomförs mycket av det förebyggande arbetet för att undvika felaktiga utbetalningar eller fusk. Handläggarna genomför alltid hembesök vid utredning kring personlig assistans. Vidare inhämtas underlag som stärker det uttryckta behovet. Även här finns möjlighet att identifiera underlag som är förfalskade eller otillräckliga. Det finns även en rutin om att regelbundet inhämta information om tillstånd hos IVO. Handläggarna har en handbok till stöd men vi bedömer att verksamheten bör utveckla en struktur med dokumentation för det brottsförebyggande arbetet. Detta genom att säkerställa att erfarenheter från handläggarna, rättsfall samt omvärldsbevakning omhändertas och dokumenteras samlat för att utgöra ett stöd åt handläggarna när det kommer till att identifiera fusk.

Vi bedömer även att nämnden behöver stärka kontrollen i samband med hantering av sjuklönekostnader, exempelvis genom att implementera en stickprovsvis kontroll av läkarintyg respektive inskickade tidrapporter.

Vidare visar granskningen att risken för hot och våld mot socialsekreterare inte har riskbedömts. Verksamheten har inte upprättat en rutin för hot och våld som anges i det kommunövergripande dokumentet om hot och våld. Vi bedömer därför att nämnden bör upprätta sådana tillämpbara rutiner med åtgärder och uppföljande åtgärder om hot och våld som baseras på en riskbedömning.

Slutligen bedömer vi att det finns behov av att tydliggöra struktur och kontroller som ska inrymmas i den attest som genomförs. Det saknas en checklista eller rutin som tydliggör formerna för attesten. Vi bedömer därför att nämnden behöver stärka kontrollen i samband med attest, exempelvis genom att implementera en stickprovsvis kontroll av inskickade tidrapporter, samt säkerställa tillräckliga dokumenterade rutiner för detta. Brå anger exempelvis i *Rapport 2022:1 - Välfärdsbrott mot kommuner och regioner* att kommunerna bör granska tidrapporterna djupare för att upptäcka felaktigheter.

³ Arbetsmiljöverket, Projektrapport "Socialsekreterares arbetsmiljö", 2018-12-12

5. Avtalsuppföljning

5.1. I avtal med extern utförare ställs krav på uppföljning

Kommunen tecknade den 1 oktober 2020 ett ramavtal med assistansbolaget Carelli Assistans AB. Kontraktet är ett tvåårigt ramavtal med möjlighet till 1 + 1 års förlängning, dock längst till och med den 30 september 2024. I förfrågningsunderlaget till avtalet ställs krav på uppföljning av extern leverantör.

Leverantören måste bland annat ha dokumenterade rutiner för kvalitetsstyrning av sin verksamhet, däribland uppföljning av kvaliteten på levererade tjänster. Kvalitetssystemet ska säkerställa att tjänsterna utförs på ett sådant sätt att avtalad kvalitet uppnås och upprätthålls. Vidare stipulerar avtalet att den ansvariga kommunens funktioner som arbetar med uppföljning av avtal och överenskommelser ska kunna ta del av dokumentation för att kunna säkra att lag, avtal och överenskommelser följs. Utföraren ska, där så krävs, inhämta samtycke från brukaren inför uppföljning så att respektive kommun kan ta del av dokumentation för olika former av uppföljning.

Uppföljningen kan avse olika krav och ske på olika sätt och med olika frekvens under avtalstiden. Utföraren ska samarbeta med respektive kommun och underlätta vid uppföljning. Beställaren har rätt till fullständig insyn i verksamheten. Utföraren förbinder sig att delta och medverka vid dessa uppföljningsmöten. Som underlag för kommunens uppföljning av avtalet ska utföraren senast den 1 mars varje år samt på begäran från kommunen skicka in verksamhetsberättelse och kvalitetsberättelse. Utföraren ska även på begäran skicka in övriga uppgifter (till exempel arbete med kompetensutveckling, miljöarbete, bokslut, årsredovisningar eller andra dokument) som beställaren behöver för sin uppföljning.

I avtalet ställs krav på utföraren att tidsredovisa uppdragen. Utföraren ska redovisa utförda timmar per person för beslut enligt Socialförsäkringsbalken till Försäkringskassan, med kopia till respektive kommun, på det sätt som Försäkringskassan önskar. Utföraren ska själv ansvara för att ha behövliga system som är ändamålsenliga för redovisningen. Om redovisning inte sker enligt gällande regler och utbetalningen inte inkommer från Försäkringskassan får utföraren inte ersättning för de utförda timmarna. För den del av uppdragen där beslut och uppdrag kommer från respektive kommun ska utföraren redovisa utförda timmar per person till den ansvariga kommunen. Redovisningen ska motsvara den redovisning som görs till Försäkringskassan och ska följa respektive kommuns rutiner. Utföraren ska själv ansvara för att ha behövliga system som är ändamålsenliga för redovisningen.

Vidare framgår att utföraren inte äger rätt att utan kommunens skriftliga godkännande anlita underentreprenör/utförare för del av, eller hela uppdraget. Utföraren har fullt ansvar för den underleverantör som denne anlitar för föreliggande uppdrag. I utförarens ansvar ingår att tillse att också utföraren uppfyller de krav som kommunen ställer på utföraren. Kommunen ska ges möjlighet att kontrollera underleverantör i detta hänseende.

Det finns ingen skrivelse om felaktiga utbetalningar av assistansersättning i avtalet.

5.2. Socialnämnden utgår från en plan för uppföljning av externa utförare

Dokumentet "Plan för uppföljning av socialnämndens verksamheter" redovisar för hur såväl egen som köpt verksamhet inom socialnämndens ansvarsområde följs upp. Det är avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd som ansvarar för uppföljning av de privata utförare som kommunen har upphandlat och tecknat avtal med. Uppföljningen delas in per verksamhet. För verksamheten LSS följs det upphandlade ramavtalet upp:

- ▶ på förekommen anledning,
- ▶ verksamheten inhämtar information två ggr/år och följer upp avrop på fem eller fler placeringar/insatser,
- ▶ undersöka om uppföljning kan ske i samverkan med de kommuner som samverkar i ramavtalet vid ny upphandling.

Det val som görs av vilka leverantörer som ska granskas bygger dels på hur mycket en viss utförare använts men kan också väljas ut med anledning av brister som beställaren har uppmärksammat.

Vid uppmärksammade omfattande brister eller på annan förekommen anledning genomför avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd, på uppdrag av socialkontorets ledningsgrupp, fördjupad uppföljning i berörd verksamhet. Riktad uppföljning kan vara indicerad om flertalet klagomål inkommit gällande en specifik verksamhet, vid allvarliga händelser i verksamheten eller liknande.

Vid granskningens genomförande pågår ett arbete att ta fram en ny uppföljningsplan. Enligt den nya uppföljningsplanen kommer uppföljningar inte göras med samma frekvens, utan i stället utgå från en riskanalys genom att samla in stickprov av rutiner och dokumentation. Utifrån riskanalysen sker fördjupad uppföljning av vissa, både interna och externa, utförare.

Under 2022 sker uppföljningen genom kontroll av de avtalspunkter som bedömdes som delvis eller inte uppfyllda i avtalsuppföljningen 2021.

Myndigheten har därutöver utvecklat en *Rutin för kontroll av tillstånd hos IVO* under 2022. Enligt uppgift har verksamheten stärkt rutinerna kring kontroll av tillstånd från IVO. Under sommaren 2022 kontrollerades alla utförare mot IVO. I samband med nya ansökningar kontrolleras även att tillstånd finns för utförare som man inte känner igen och framgent kommer det även att ske en regelbunden uppföljning en till två gånger per termin.

5.3. Socialnämnden genomför regelbunden avtalsuppföljning

Utöver den regelbundna uppföljningen genom exempelvis samverksansmöten genomfördes i december 2021 en fördjupad avtalsuppföljning av Carelli assistans AB. Socialnämnden godkände uppföljningen den 3 februari 2022. Uppföljningen genomfördes genom intervjuer med berörda chefer samt granskning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inklusive lokala rutiner samt medarbetarintervjuer. 40 mättningsbara avtalspunkter granskades varav 31 bedömdes vara uppfyllda, nio delvis uppfyllda och noll ej uppfyllda. Efter komplettering och inlämnande av handlingsplan kunde ytterligare tre avtalspunkter bedömas vara helt uppfyllda. Den sammanfattande bedömningen var att avtalet i hög grad efterlevs då endast mindre brister identifierades.

Kommunen har därutöver genomfört en uppföljning i samverkan med Järfälla kommun och har även delat med sig av respektive genomförda avtalsuppföljningar.

Nedan sammanfattar vi ett urval av avtalspunkter som vi anser har relevans för granskningen:

- ▶ *Utföraren har ett kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9 med beskrivna processer och tillhörande rutiner.*

Avdelningen för kvalitets- och verksamhetsstöd bedömde punkten delvis vara uppfylld då det saknades tydliga övergripande processbeskrivningar i ledningssystemet. Efter komplettering med skriftliga processbeskrivningar bedömdes punkten vara uppfylld.

- ▶ *Rutin/arbetsätt gällande hur det kommunala basansvaret säkerställs.*

Det kommunala basansvarets hade vid uppföljningens tidpunkts inte nyttjas. Däremot påtalades det att lokala rutiner inte fanns för detta och att sådana behöver tas fram i samverkan mellan kommunen och assistansbolaget.

- ▶ *Utföraren ska ha rutiner som säkrar att personal eller den som utövar uppdraget inte tar emot otillbörliga gåvor, mutor eller liknande.*

Assistansbolaget har en sådan rutin som bedöms vara ändamålsenlig.

Det finns inga kontrollpunkter som rör felaktiga utbetalningar av assistansersättning i avtalsuppföljningen.

5.4. Bedömning

Vi bedömer uppföljningsplanen vara välstrukturerad och grundad i kommunens systematiska kvalitetsarbete vilket i huvudsak skapar goda förutsättningar för en ändamålsenlig avtalsuppföljning. Vi uppmärksammar dock, liksom avdelningen för kvalitet- och verksamhetsstöd, att uppföljningen inte baseras på en riskanalys. Vi ser positivt på att den fördjupade uppföljningen av externa utförare framgent kommer baseras på en riskanalys.

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden i stor utsträckning bedriver en ändamålsenlig avtalsuppföljning av den privata assistansutföraren och att det minskar risken för fusk och oegentligheter. En brist vi noterar är att det inte sker någon kontroll av felaktiga utbetalningar av assistansersättningar specifikt. Exempelvis ser vi behov av en sammanfattande bedömning kring metoder eller tillvägagångssätt för att förebygga, upptäcka eller motverka kvalificerade välfärdsbrott i avtalsuppföljningsmallen.

6. Uppföljning och återrapportering

Internkontrollprocessen på övergripande nivå följs upp och återrapporteras till nämnden. Denna innehåller däremot ingen risk eller kontroll kopplat till granskningsområdet.

I "Plan för uppföljning av socialnämndens verksamheter" anges att socialnämnden ska ha full insyn i genomförda uppföljningar för såväl intern som extern regi. Resultaten av uppföljningarna kan ge viktig information och ska ligga till grund för planering av kommande års mål, verksamhetsplaner och planer för förbättringsarbete. Ett samlingsärende skrivs två gånger årligen där genomförda uppföljningar av nämndens verksamheter presenteras.

Vidare sker återrapportering till socialnämnden genom samtliga verksamheters kvalitetsberättelser som presenteras en gång årligen samt genom delårsrapporter och årsrapporten. Vidare återrapporteras den fördjupade avtalsuppföljningen till nämnd.

Intervjuade har uppgett att det inte har identifierats några oegentligheter eller avsiktliga fusk från individer som beviljats personlig assistans enligt LSS⁴. Det har därför inte funnits någon avvikelse att rapportera. Verksamheten har därför inte några rutiner för hur detta bör rapporteras om det skulle identifieras framgent. Av Nämndens delegationsordning framgår att beslut om återbetalningsskyldighet ska beslutas av arbetsutskottet. Vi har inte fått någon information om att det har tagits något beslut kring återbetalningsskyldighet inom kommunen.

6.1. Bedömning

Internkontrollprocessen på övergripande nivå följs upp och återrapporteras till nämnden. Även kvalitetsberättelse och rapportering vid delår och helår sker. Nämnden har tagit del av rapporter från fördjupade avtalsuppföljning.


Intervjuade har uppgett att det inte har identifierats några oegentligheter eller avsiktliga fusk från individer som sökt personlig assistans. Det har därför inte funnits någon avvikelse att rapportera. Verksamheten har därför inte några rutiner för hur detta bör rapporteras om det skulle identifieras framgent. Detta behöver nödvändigtvis inte betyda att felaktigheter inte har skett. Vi bedömer att kontrollmiljön och kontroller för att upptäcka felaktigheter behöver stärkas, se 4.5.


⁴ Under handlägningsprocessen kan handläggaren identifiera felaktigheter som justeras under handlägningsprocessens gång, men dessa behöver nödvändigtvis inte vara avsiktliga och räknas inte som en avvikelse.

7. Svar på revisionsfrågor

Fråga	Svar
Finns det adekvata kontrollsystem för att förhindra och upptäcka assistansfusk?	Nej. Inom ramen för handlägningsprocessen genomförs mycket av det förebyggande arbetet för att undvika felaktiga utbetalningar eller fusk. Handläggarna genomför alltid hembesök vid utredning kring personlig assistans vilket är positivt. Vi bedömer trots detta att det finns brister i kontrollmiljön avseende risken för kvalificerade välfärdsbrott samt för att förhindra och upptäcka välfärdsbrott. Kontrollsystemet bedöms inte vara systematiskt uppbyggt utifrån ett riskperspektiv. Detta baserar vi på en avsaknad av dokumenterade riktlinjer och rutiner på området. Vidare bedömer vi att det finns brister i arbetet med riskbedömningar. Verksamheten har ingen dokumenterad bedömning kopplat till risken för avsiktligt felaktiga utbetalningar. Det har exempelvis inte gjorts någon riskbedömning av handläggare- och utbetalningsprocessen beträffande var eventuella risker är störst.
Hanteras risken för hot mot handläggare som beslutar om assistans på ett ändamålsenligt sätt?	Delvis. Granskningen visar att risken för hot och våld mot socialsekreterare inte har riskbedömts. Verksamheten har inte upprättat en rutin för hot och våld som anges i det kommunövergripande dokumentet om hot och våld. Som åtgärder anges att huvudsaklig kontakt med klient sker per telefon eller brev och att hembesök undviks. Vid hembesök kan två socialsekreterare närvara. Socialsekreterarna är utrustade med personlarm. Det finns också möjlighet att ta med sig personlarmet hem. Vid uppkommen situation byts aktuell socialsekreterare som utsatts för hot om våld eller andra trakasserier. Om ett ärende bedöms vara allvarligt polisanmäls det. Vidare finns en obligatorisk utbildning om hot och våld vid nyanställning.
Har kommunen försäkrat sig om en tillräcklig grad av kontroll i avtal och uppföljning av det kommunala alternativet?	Ja. Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden i stor utsträckning bedriver en ändamålsenlig avtalsuppföljning av den privata assistansutföraren och att det minskar risken för fusk och oegentligheter. Däremot noterar vi att det inte sker någon kontroll av felaktiga utbetalningar av assistansersättningar specifikt. Exempelvis ser vi behov av en sammanfattande bedömning kring metoder eller tillvägagångssätt för att förebygga, upptäcka eller motverka kvalificerade välfärdsbrott i avtalsuppföljningsmallen.
Sprids information om regelverk, riskanalys och kontroller till berörda medarbetare på ett ändamålsenligt sätt?	Delvis. Övergripande dokumentation kring policyer och riktlinjer finns tillgängligt för medarbetare via kommunens intranät. Därtill finns rutiner för ärendeberedningar i grupp. Vidare har handläggarna en handbok till stöd men vi bedömer att verksamheten bör utveckla en struktur med dokumentation för det brottsförebyggande arbetet. Detta genom att säkerställa att erfarenheter från handläggarna, rättsfall samt omvärldsbevakning omhändertas och dokumenteras samlat för att utgöra ett stöd åt handläggarna när det kommer till att identifiera fusk.
Sker uppföljning samt återrapportering till nämnden avseende avvikelser på ett ändamålsenligt sätt?	Delvis. Internkontrollprocessen på övergripande nivå följs upp och återrapporteras till nämnden. Även kvalitetsberättelse och rapportering vid delår och helår sker. Nämnden har tagit del av rapporter från fördjupade avtalsuppföljning. Intervjuade har uppgett att det inte har identifierats några oegentligheter eller avsiktliga fusk från individer som sökt personlig assistans. Det har därför inte funnits någon avvikelse att rapportera. Verksamheten har inte några rutiner för hur detta bör rapporteras om det skulle identifieras framgent.

Stockholm den 15 november 2022


Verksamhetsrevisor, EY


Verksamhetsrevisor, EY

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Enhetschef vuxen- och LSS-enheten, Socialkontoret
- ▶ Samordnande kvalitetsutvecklare, Socialkontoret
- ▶ Utredare, Kvalitetsteamet, Socialkontoret
- ▶ Samordnare LSS & socialpsykiatri, Vuxen- och LSS-enheten, Socialkontoret
- ▶ Socialsekreterare, Vuxen- och LSS-enheten, Socialkontoret
- ▶ VD, Carelli Assistans AB
- ▶ Kvalitets- och verksamhetschef, Carelli Assistans AB

Granskad dokumentation

- ▶ Övergripande mål och budget 2022 - Med planering för 2023-2024
- ▶ Reglemente för intern styrning och kontroll (Ks 14/307)
- ▶ Reglemente för socialnämnden (KS 21/0147)
- ▶ Program för mål, uppföljning och insyn för utförare av kommunala angelägenheter (KS 19/0720)
- ▶ Socialnämndens verksamhetsplan 2022 (SN 21/0004)
- ▶ Socialnämndens delegationsordning (SN 21/0210)
- ▶ Policy om korruption och otillbörlig påverkan (Dnr KS 21/0650)
- ▶ Riktlinje om korruption och tillbörlig påverkan (Dnr KS 21/0650)
- ▶ Riktlinje vid hot och våld (2020-04-01)
- ▶ Plan för uppföljning av Socialnämndens verksamheter 2020-03-03
- ▶ Upphandlingsdokument 2019-12-16 - Upphandling av personlig assistans (Son 2019/472)
- ▶ Avtalsdokument 2020-04-23 - Avtal Personlig assistans 54522 (SN19/0285)
- ▶ Carelli Assistans - Rutin: Förändring av behov (v.1 2016-10-10)
- ▶ Avtalsuppföljning Carelli assistans AB år 2021 (SN 22/0049)
- ▶ Rutin för kontroll av tillstånd hos IVO

Till: Socialnämnden
För kännedom: Kommunfullmäktige

Granskning av skydd mot fusk med assistansersättning

EY har på uppdrag av kommunens revisorer granskat om socialnämnden har säkerställt en god intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra välfärdsbrott kopplat till utbetalning av assistansersättning enligt LSS. Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden inte fullt ut har säkerställt en tillräcklig intern kontroll för att upptäcka och förhindra välfärdsbrott.

Risker kopplat till kvalificerade välfärdsbrott eller specifika risker för felaktiga utbetalningar av assistansersättning inkluderas inte i socialnämndens verksamhetsplan eller internkontrollplan för 2022. Vidare finns varken kommunövergripande eller nämndspecifika riktlinjer för att förebygga, upptäcka eller motverka kvalificerade välfärdsbrott. Enheten saknar dokumenterade rutiner och riktlinjer.

Inom ramen för handlägningsprocessen genomförs mycket av det förebyggande arbetet för att undvika felaktiga utbetalningar eller fusk. Handläggarna genomför alltid hembesök vid utredning kring personlig assistans. Vidare inhämtas underlag som stärker det uttryckta behovet. Även här finns möjlighet att identifiera underlag som är förfalskade eller otillräckliga. Det finns även en rutin om att regelbundet inhämta information om tillstånd hos IVO. Handläggarna har en handbok till stöd men vi bedömer att verksamheten bör utveckla en struktur med dokumentation för det brottsförebyggande arbetet. Detta genom att säkerställa att erfarenheter från handläggarna, rättsfall samt omvärldsbevakning omhändertas och dokumenteras samlat för att utgöra ett stöd åt handläggarna när det kommer till att identifiera fusk.

För att stävja risken att LSS-handläggarnas förutsättningar för att säkerställa likvärdiga och rättssäkra beslut bedömer vi det därför vara väsentligt att det finns ytterligare stöd i form av till exempel metodhandledning och juridisk handledning, samt att det finns dokumenterade rutiner, vägledningar och checklistor med fokus på att upptäcka och förhindra välfärdsbrott.

Vidare visar granskningen att risken för hot och våld mot socialsekreterare inte har riskbedömts. Verksamheten har inte upprättat en rutin för hot och våld som anges i det kommunövergripande dokumentet om hot och våld. Vi bedömer därför att nämnden bör upprätta sådana tillämpbara rutiner med åtgärder och uppföljande åtgärder om hot och våld som baseras på en riskbedömning.

Vi bedömer att socialnämnden i stor utsträckning bedriver en ändamålsenlig avtalsuppföljning av den privata assistansutföraren och att det minskar risken för fusk och oegentligheter. En brist vi noterar är att det inte sker någon kontroll av felaktiga utbetalningar av assistansersättningar specifikt. Exempelvis ser vi behov av en sammanfattande bedömning kring metoder eller tillvägagångssätt för att förebygga, upptäcka eller motverka kvalificerade välfärdsbrott i avtalsuppföljningsmallen.

Sammantaget bedömer vi att kontrollmiljön och kontroller för att upptäcka felaktiga utbetalningar av assistansersättning behöver stärkas.

Med utgångspunkt i granskningen rekommenderar vi att socialnämnden att:

- ▶ Anta styrande dokument avseende riskerna för felaktiga utbetalningar av assistansersättning.
- ▶ Genomföra riskbedömning av handlägg- och utbetalningsprocessen beträffande var eventuella risker är störst och utveckla eventuella kontroller baserat på denna.
- ▶ Säkerställa tillräckliga stöd till handläggarna i form av till exempel metodhandledning och juridisk handledning, samt att det finns dokumenterade rutiner, vägledningar och checklistor.

- ▶ Säkerställa tillräckliga resurser för att genomföra ändamålsenliga kontroller för att försäkra sig om att brukarna med kommunala LSS-beslut får den assistans de beviljats.
- ▶ Stärka kontrollen i samband med hantering av sjuklönekostnader, exempelvis genom att implementera en stickprovsvis kontroll av läkarintyg respektive inskickade tidsrapporter.
- ▶ Upprätta tillämpbara rutiner för beredskap att hantera hot- och våldssituationer utifrån den kommunövergripande riktlinjen.
- ▶ Stärka kontrollen i samband med attest, exempelvis genom att implementera en stickprovsvis kontroll av inskickade tidsrapporter, samt säkerställa tillräckliga dokumenterade rutiner för detta.
- ▶ Inkludera kontroll av felaktiga utbetalningar av assistansersättningar i avtalsuppföljningen av kommunal personlig assistans som drivs i extern regi.

Vi önskar svar från socialnämnden senast 2023-03-31.

För Revisorerna i Upplands-Bro kommun

██████████

██████████

Bilaga: Revisionsrapport – Granskning av skydd mot fusk med assistansersättning



Marita Lindell-Jansson

Datum

2023-05-11

Vår beteckning

SN 23/0025

Er beteckning

Socialkontoret

Socialnämnden

marita.lindell-jansson@upplands-bro.se

Patientsäkerhetsberättelse 2022

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner Rapport Patientsäkerhetsberättelse egenregi 2022.

Sammanfattning

Varje vårdgivare ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. I denna ska det framgå

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som uppnåtts

Vårdgivare har ett ansvar för att bedriva ett patientsäkerhetsarbete som är såväl systematiskt som förebyggande för att förhindra att vårdskador uppstår i samband med vård och behandling. Vårdgivarens patientsäkerhetsberättelse ska finnas tillgänglig för den som önskar ta del av densamma.

Även under år 2022 har patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna präglats av att fokusera på att försöka förhindra risk för smittspridning av covid-19. Detta har medfört att till viss del har planerade åtgärder inom patientsäkerhetsarbetet även under år 2022 fått prioriteras bort och stå tillbaka för de prioriteringar som pandemin krävt.

Sammanfattningsvis är bedömningen att verksamheterna har hanterat patientsäkerheten väl trots den belastning och det ansträngda läge som pandemin fortsatt att medföra under år 2022.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelsedaterad 23-05-11
- Bil 1 Patientsäkerhetsberättelse egenregi 2023
- Bil 1.1 Patientsäkerhetsberättelse Grupp- och servicebostäder LSS 2022
- Bil 1.2 Patientsäkerhetsberättelse Dagliga verksamheter LSS 2022



Ärendet

I enlighet med Patientsäkerhetslagen har patientsäkerhetsberättelser för år 2022 upprättats av samtliga vårdgivare i egenregi. Rapporten ”Patientsäkerhetsberättelse egenregi 2022” är dock nämndövergripande.

Patientsäkerhetsarbetet har under år 2022 i likhet med de två föregående åren i hög grad präglats av att fokusera på att försöka förhindra och minska risk för smittspridning av covid-19. Detta har inneburit att planerade åtgärder inom patientsäkerhetsarbetet åter har fått nedprioriteras för att stå tillbaka för de prioriteringar som pandemin har krävt.

Trots detta har vård- och omsorgspersonal till viss del kunnat ta del av vissa kompetenshöjande insatser med stöd av stimulansmedel inom ramen för God och Nära Vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Medicinteknisk utrustning har även införskaffats för nämnda stimulansmedel som säkerställer ett patientsäkert och snabbare övertagande av patienter i ett tidigare skede med ett större och mer avancerat vårdbehov.

I samma syfte har ett pilotprojekt gällande klinisk färdighetsträning i ett kliniskt träningscentrum (KTC) för sjuksköterskor planerats under 2022 tillsammans med Järfälla kommun, Jacobbergs sjukhus med stöd av FOUUnu samt Storsthlm. Projektstart planerades till 2023. Utgångspunkten är att sjuksköterskor inom såväl kommunal hälso- och sjukvård, geriatrik samt primärvård ska kunna träna tillsammans och samtidigt stärka samverkan oberoende av huvudman eller vårdgivare.

Barnperspektiv

Ärendet bedöms inte ha någon särskild påverkan på barnperspektivet.

Mitra Ghannad

Socialchef

Camilla Stark

Avdelningschef Social och
Arbetsmarknadsavdelning

Bilagor

1. Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad 11 maj 2023
2. Bil 1 Patientsäkerhetsberättelse egenregi 2022
3. Bil 1.1 Patientsäkerhetsberättelse Grupp- och servicebostäder LSS 2022
4. Bil 1.2 Patientsäkerhetsberättelse Dagliga Verksamheter LSS 2022



Beslut sänds till

- Akt
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]



Patientsäkerhetsberättelse för grupp- och servicebostäder enligt LSS

År 2022

Datum och ansvarig för innehållet

2023-03-01 [REDACTED]

Verksamhetsbeskrivning

Grupp- och Servicebostäderna enligt LSS 9 § 9 består av 60 brukare. Verksamheten har 7 gruppbo- och 3 servicebostäder i både Bro och Kungsängen. 2022 organiserades hälso- och sjukvårdsenheten om och delades upp inom äldreomsorg- och LSS verksamheten. Enheterna på LSS har biträdande enhetschefer. Hälso- och sjukvårdsenheten LSS har två sjuksköterskor anställda samt en fysioterapeut och en arbetsterapeut. Enheten ansvarar även all daglig verksamhet ett servicehus och bistår äldreomsorgen vid behov. Verksamheterna inom LSS grupp- och servicebostäder har dygnet runt ansvar.

Verksamhetens mål för patientsäkerhetsarbetet

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

Verksamheterna inom LSS har som mål att skapa en god och patientsäker vård- och omsorg. Detta görs genom;

- att och arbeta förebyggande vad gäller psykisk ohälsa, övervikt, fall, undernäring, trycksår, munhälsa, samt andra riskområden som kan uppstå.
- att med ett systematiskt kvalitetsarbete erbjuda en trygg och säker hälso- och sjukvård.
- att alla anställda har kunskap om rapporteringskyldigheten som en del av det systematiska förbättringsarbetet
- att i samverkan med medicinskt ansvarig sjuksköterska, vårdcentraler och andra aktörer, bidra till en god och säker vård som främjar den enskildes säkerhet.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

- På LSS verksamheterna finns det biträdande enhetschef samt medarbetare på enheten som tar emot inkommande synpunkter, klagomål och medicinska avvikelser. De medicinska avvikelserna meddelas sjuksköterska och genomgång av avvikelser sker på verksamhets-möten på grupp- och servicebostäderna.
- Enhetschef är ytterst ansvarig för att verksamheten svarar för att synpunkter och klagomål och avvikelser hanteras korrekt tillsammans med biträdande enhetschefer och medarbetare på berörd verksamhet samt följer upp och utarbetar nya rutiner där behov uppstår.
- Verksamhetschef är ansvarig för att informera patienten om en vårdskada inträffat.

Verksamhetschefs ansvar

Enhetschef inom LSS grupp- och servicebostäder, Socialtjänstavdelningen, har under 2022 tillika verkat som verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Dennes ansvar omfattar att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar

Medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § sjukvårdslagen (2017:30) ansvarar bl a för att patienter får den hälso- och sjukvårds läkare har förordnat om, att delegeringar gällande medicinska arbetsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten, att kontakt tas med sjuksköterska eller läkare vid behov.

Enhetschef

Enhetschef har under året varit underställd avdelningschef Socialtjänstavdelningen och haft ett direkt ledningsansvar i sin verksamhet. Ansvaret har omfattat att personal har den kompetens som behövs, att gällande regelverk är känt av personal och lokala skriftliga rutiner upprättas vid behov.

Biträdande enhetschef

Biträdande enhetschef har under 2022 varit underställd enhetschef Utföraravdelningen LSS och haft ett direkt ledningsansvar i sin verksamhet. Ansvaret har tillsammans med enhetschef omfattat att personal har den kompetens som behövs, att gällande regelverk är känt av personal och lokala skriftliga rutiner upprättas vid behov.

Stödassistenter

Stödassistenter består av huvudsakligen av undersköterskor och medarbetare som har någon form utav pedagogisk utbildning. De ansvarar för att rapportera risker och avvikelser till biträdande enhetschef och följa instruktioner och rutiner som finns i verksamheten för att bidra till hög patientsäkerhet. Stödassistenter, som genom delegering utför hälso- och sjukvårdsuppgifter, ska följa de instruktioner som de getts.

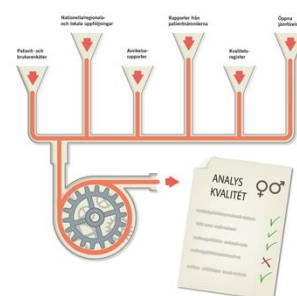
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimerad personal dvs sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut är fr o m 2022 underställd enhetschef och biträdande enhetschef inom LSS verksamheten i Upplands-Bro Kommun.

Rutiner för egenkontroll samt vilken egenkontroll som genomförts under året

SOSFS 2011:9 5 kap. 2 §

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.



Ansvaret är delat mellan HSE/LSS och verksamheten

Samtlig personal gör årligen en webb-baserad utbildning kring basala hygienrutiner samt lämnar sedan in ett diplom på att de gått igenom utbildningen. Utbildningar i munhälsa har inte kunnat genomföras i någon större omfattning pga att tandvårdens personal inte fått besöka verksamheterna för utbildning under covidpandemin. Alla medarbetare är dock informerade om hur de kan stödja individer att boka munhälsobedömningar. Årlig kontroll, besiktning av vårdsängar och liftar har gjorts i juni 2022. Granskning av läkemedelshandling genomförs regelbundet under året.

Vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2



Delegerad personal har erhållit genomgång av sjuksköterska i samband med delegering. Inför läkemedelsdelegering har personal genomfört webbutbildning i säker läkemedelshandling med kunskapskontroll. Diabetes webbutbildning, Demens ABC, annan utbildning. Ny personal under 2022 har genomfört både Vårdhygiens och Socialstyrelsen/SKRs hygienutbildningar.

Ett flertal nya riktlinjer har erhållits från Smittskydd/Vårdhygien under 2022, direktiv har givits regelbundet från MAS med anledning av pandemin. Verksamheten har snabbt anpassats till nya direktiv och dessa är kända på enheterna via biträdande cheferna på verksamhetsmöten samt i teams som alla medarbetare har tillgång till. Nya rutiner relaterade till pandemin har togs fram i verksamheten under 2021/2022. Rutiner för att minska smittspridning togs fram och rutiner för att anhöriga skall kunna besöka boendet på ett säkert sätt togs fram. Förändring inom verksamheterna för att minska smittspridning vidtogs, vistelser på olika plan, färre på plats samtidigt, markering i

soffor och bordsplatser att endast varannan plats fick användas, munskydd vid sjukdom i lägenheterna m m. Vid alla nyanställningar, inom vård och omsorg, så har kommunledning beslutat om vaccinationskrav utifrån folkhälsomyndighetens rekommendationer, detta direktiv har följts av verksamheterna.

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

För att öka patientsäkerheten och förebygga vårdskador, finns det rutiner för att identifiera, dokumentera, rapportera och följa upp risker i verksamheten. Vid verksamhetsmöten analyseras avvikelser för att se om det finns något mönster som indikerar brister i den egna verksamheten eller kring samverkan med andra vårdgivare, anhöriga m fl. Riskbedömningar görs inför minskad bemanning sommartid eller vid andra personalförändringar. Enhetschef tillsammans med biträdande enhetschef går igenom inkomna avvikelser och för att samverka med andra verksamheter för att detta inte ska uppstå igen.

Rutiner för händelseanalyser

SFS 2010:659, 3 kap. 3§

Händelseanalyser görs vid händelser som har medfört eller kunnat medföra vårdskada. Vid allvarlig vårdskada kontaktas MAS som gör en utredning med händelseanalys. I sådan utredning involveras samtliga berörda.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet dvs.

Ett system för behörighetsadministrering gör att varje individ har sin egen inloggning i de system denne är behörig till. Beställs av systemadministratör. Symfoni, Senior Alert samt Palliativregistret utfärdar MAS behörighet till. NPÖ, Pascal samt Visma Proceedo ansvarar systemförvaltare för, i likhet med de medarbetaruppdrag som styr vem som har rätt till behörighet till respektive HSL eller SOL-journal. SITHS-kort krävs för tillgång till ett antal system. I samband med beställning av behörighet, ansvarar chef för att intyga att den anställde är behörig till det system som tillgång begärs till. Personuppgiftsansvarig ansvarar för att Dataskyddsförordningens (GDPR) bestämmelser efterlevs. Samtycke inhämtas av patienter för registrering i kvalitetsregister samt för tillgång till NPÖ. Enheten hanterar digital fax.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §

Läkemedelsgenomgångar genomförs i samverkan med läkare och sjuksköterska.

Regelbundna möten sker mellan sjuksköterska/paramedicinare (sjukgymnast eller arbetsterapeut) och stödassistenter. Sjuksköterska/paramedicinare deltar på verksamhetsmöten. Vid särskilda behov upprättar stödansvarig samt sjuksköterska/paramedicinare möte kring specifik brukare vid behov.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet/klagomål och synpunkter

SFS 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §

Den personal som uppmärksammar eller är inblandad i en avvikelse kontakter omedelbart sjuksköterska eller paramedicinare (sjukgymnast eller arbetsterapeut) beroende på vad det gäller för information och åtgärd. Den legitimerade registrerar avvikelsen i ProCapita avvikelsemodul. Avvikelsen analyseras med fokus på om det behövs förebyggande åtgärder för att den inte ska upprepas/hända igen. Avvikelser analyseras och återkopplas till personalgruppen i "lärande organisation".

Närstående informeras vid allvarliga avvikelser och missförhållanden.

Beskriv HUR ni tar emot klagomål eller synpunkter från patienter, närstående, personal, myndigheter, föreningar och andra intresseorganisationer.

Vi tar emot klagomål eller synpunkter antingen muntligt eller skriftligt. Om synpunkten inkommer muntligt så informerar vi berörd person att vi kommer att dokumentera det för att även kunna ta upp det under ett möte med hela personalgruppen och inom 2 veckor återkopplar vi till berörd person.

Beskriv också hur många händelser som har utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

En avvikelse från Regionen angående ett hjärtstopp som ledde till att personen senare avled på sjukhus. Händelsen utreddes och orsakade ingen åtgärd då verksamheten bedömts ha gjort vad den kunnat för att förhindra situationens uppkomst.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Det finns ett flertal sätt att ta emot klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Detta sker muntligt eller via synpunkts- och klagomålsblankett. Det finns även synpunktslåda i verksamheten för den som vill lämna där.

Klagomål följs upp och återkopplas till den klagande. Klagomål, synpunkter och förbättringsförslag är ett led i det fortlöpande kvalitets- och utvecklingsarbetet.

Alla avvikelser av medicinsk karaktär har analyserats och åtgärder satts in vid behov. Medicinska avvikelserna som inkommit, går man igenom på verksamhetsmöte. Detta för att påtala brist och förbättra och ändra rutiner för att det inte ska uppstå igen.

Fallavvikelser rapporteras och analyseras på samma sätt. Åtgärder satts in vid behov (se medicinska avvikelser)

Totalt 53 avvikelser/förbättringsförslag har inkommit under året. På flera av enheterna är det enstaka händelser och på en enhet har det varit utmanande att få en bra arbetsmiljö vilket påverkat kvalitén i verksamheten, merparten av de avvikelser vi ser rör den enheten. En pågående process fortgår för att förbättra situationen och öka kvalitén i verksamheten. Vi ser att verksamheterna behöver ha mer pedagogiskt utbildad personal i verksamheterna varför det under 2023 ska ses över möjligheten att anställa flera stödpedagoger.

För att ha en god verksamhet som håller hög kvalitet så behöver både omsorgsutbildad personal som undersköterskor finnas i verksamheterna likväl som pedagogiskt utbildad personal. Då vi har sett att det finns utmaningar att rekrytera de kompetenser verksamheterna behöver så ses det under 2023 över hur vi ska kunna säkerställa kompetensförsörjningen i samarbete med nyinrättade kompetensenheten på personalavdelningen.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

I de fall där brukaren vill att god man skall närvara vid upprättande utav genomförandeplan så bjuds denne eller anhörig in. Stödansvarig tillsammans med brukaren upprättar ett samtycke där det framgår om brukaren vill att enheten kontaktar anhöriga. Detta samtycke finns att tillgå för samtlig personal. Regelbunden kontakt med anhöriga sker i så fall med stödansvarig. Stödansvarig samverkar med brukaren och även med ansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskorna har gemensamma samverkansmöten med vårdcentralerna och ronder genomförs.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Antal fall under 2022 – 11 st

Antal medicinavvikelser under 2022 – 60 st


Antal inkomna synpunkter och klagomål under 2022 - 53



Patientsäkerhetsberättelse för Daglig Verksamhet LSS

År 2022

Datum och ansvarig för innehållet

230102 

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Risikanalys	5
Informationssäkerhet	5
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Hantering av klagomål och synpunkter	6
Samverkan med patienter och närstående	6
Sammanställning och analys	6
Resultat	7
Övergripande mål och strategier för kommande år	7

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida.

Sammanfattningen bör innehålla:

- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll
- Hur risker för vårdskador identifierats och hanterats
- Hur informationssäkerheten har säkerställts
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet
- De viktigaste resultaten som uppnåtts

Verksamhetsbeskrivning

Daglig Verksamhet vid Upplands-Bro kommun enligt LSS 9:10, med över 110 deltagare erbjuder den enskilde stimulans, utveckling, meningsfullhet och gemenskap efter dennes önskemål. Verksamheten har inte dygnet runt ansvar, utan ansvarar för patientsäkerheten under den tid under dagen den enskilde vistas på sin arbetsplats. Verksamheten omfattar Masten, Blomstervägen 7-9, Café fjärilen, Bergvik Hantverket (Västra Rydsvägen) och Palmen. Verksamheten har också arbetsplatser i näringslivet, där tillkommer även arbetsplatsregler och andra föreskrifter som tex Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS).

Övergripande mål och strategier

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

Målet är att:

- Minska antalet skador genom översyn av arbetsuppgifter
- Införa metoder eller verktyg utifrån behov och incidenter
- Utbildning till alla personal i basal hygien och patientsäkerhet
- Öka information till anhöriga och berörda, tex uppdatera hemsidan

Verksamhetens mål är att skapa en god och säker arbetsplats

- genom att och arbeta förebyggande vad gäller fall, bemötande, information samt andra riskområden som kan uppstå.
- genom att med ett systematiskt kvalitetsarbete med att erbjuda en trygg och säker arbetsplats.
- genom att alla anställda har kunskap om rapporteringsskyldigheten som en del av det systematiska förbättringsarbetet
- genom att i samverkan med Hälso- och sjukvårdsenheten bidra till en god, säker och kunskapsutvecklande arbetsplats.
- genom att inför arbetsplatsförlagd verksamhet gå igenom förutsättningar för arbetsgivare och deltagare om vad som gäller på den aktuella arbetsplatsen.
- genom att kontrollera kommunikationsmöjligheterna till och från arbetsplatsen.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

Kvalitetsrådet leds av biträdande enhetschef och har ansvar att ta emot synpunkter och/eller klagomål från deltagare, gode män, anhöriga och övrig personal.

Enhetschef är ytterst ansvarig för att verksamheten svarar för att inkomna synpunkter och klagomål hanteras samt att i samråd med biträdande enhetschef/samordnare ändra arbetssätt så att inga vårdskador uppstår.

Inkomna synpunkter och klagomål behandlas vid kvalitetsrådets månatliga möten

Biträdande enhetschef/samordnare är ansvarig för att återkoppla och informera deltagare och personal om ändrade eller införande av nya arbetsmetoder, rutiner utifrån inkomna klagomål/synpunkter.

Avdelningschef för Utföraravdelningen har under 2022 tillika verkat som verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Dennes ansvar omfattar att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt 11 kap. 4 § sjukvårdslagen (2017:30) ansvarar för att:

- patienter får den hälso - och sjukvård läkare har förordnat om
- att delegeringar gällande medicinska arbetsuppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- att kontakt tas med sjuksköterska eller läkare vid behov

Enhetschef har under 2022 varit underställd avdelningschef för Utföraravdelningen och haft direkt ledningsansvar verksamheten. Ansvaret har omfattat att personal har den kompetens som behövs, att gällande regelverk är känt av samtlig personal och lokala skriftliga rutiner upprättats vid behov.

Legitimerad personal har ej varit underställd enhetschef i denna verksamhet utan är organiserade i egen enhet.

Personal består av arbetshandledare, pedagoger med viss kompetens inom vårdomsorg. Arbetsledande personal är, förutom enhetschef, biträdande enhetschef och samordnare. Alla ansvarar för att rapportera risker och avvikelser till kvalitetsrådet och följa instruktioner och rutiner som finns i verksamheten

för att bidra till hög säkerhet. Personal som genom delegering utför hälso- och sjukvårdsuppgifter ska följa de instruktioner som de getts.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till mål och strategier. T ex nya arbetssätt som haft betydelse för patientsäkerheten.

Samtliga personal har erhållit kompetensutveckling inom basal hygien.

Verksamheten har under 2021 och 2022 följt anvisningar enligt folkhälsomyndigheten utifrån pandemirestriktioner samt de direktiv som getts från MAS.

Personalen har under 2022 genomgått utbildning i basal hygien.

I det dagliga arbetet används munskydd och visir utifrån interna rekommendationer.

Arbetsgrupper, personal och deltagare, har under året har optimerats så långt som möjligt för att undvika ev smittorisker.

Frågor och råd har kommunicerats med MAS.

Samtlig personal har erbjudits fortsatt vaccinering, omgång 3 och 4. Personer som är gravida har erbjudits andra arbetsuppgifter då de bedöms tillhöra riskgruppen.

Deltagare som valt att stanna hemma pga pandemin har beviljats utan något ekonomiskt bortfall.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Beskriv vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts samt i vilken omfattning och frekvens.

Egenkontrollen kan innefatta:

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister,
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler och annan dokumentation mm,
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
- analys av patientnämndsärenden,
- inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter.

Samtlig personal genomgår årlig kontroll av basalhygienrutiner.

Personalen gör egenkontroll i form av självskattning kring basala hygienrutiner.

Återkommande kontakt med hälso- och sjukvårdsenheten stöttar verksamheten vid behov.

Översikt och lagerhållning av skyddsutrustning.

Återkommande avrapporteringar av KIA-rapporter inför kvalitetsråd.

Liftar/utrustningar som används genomgår besiktning av fackman.

Vid verksamhetsförändringar genomförs, där så behövs, en risk och konsekvensanalys.

Verksamheten har t ex under året genomfört egenkontroller gällande följsamheten till basala hygienrutiner genom observationsstudie och självskattning. Resultatet/ska har t ex visat att följsamheten har ökat utifrån basala hygienrutiner pga de extra webbutbildningar personalen genomfört. Årlig kontroll (besiktning av vårdängar +och liftar) har kunnat genomföras. Temperaturkontroller avseende kylskåp för livsmedel genomförs dagligen i Caféverksamheten. Genomgång och beställningar av skyddsutrustning, där så behövs, där personal beställer skyddsutrustning, visir, munskydd, skyddsrock, desinfektionssprit av skyddsutrustningsansvarig i kommunen.

Brandkontroll av verksamhet genomförs kontinuerligt enligt schema och rapporteras till SBA.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Beskriv hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten.

- Ett kvalitetsråd, en tvärfunktionell arbetsgrupp, går igenom verksamheten regelbundet.
- Tillsammans med personal/andra verksamheter/deltagare identifieras risker i verksamheten. En årlig kontroll av arbetsplatsen genomförs och dokumenteras i Stratsys.

För att öka säkerheten och förebygga skador finns rutiner för att identifiera, rapportera samt dokumentera risker i verksamheten. Text riskbedömning vid användande av skyddsåtgärder, förändringar eller vid uppstart av nya arbetsplatser genomförs en risk och konsekvensanalys. Vid månatliga kvalitetsmöten analyseras avvikelser för att se om det finns något mönster som indikerar brister i den egna verksamheten eller kring samverkan med andra verksamheter, boenden, transport m fl. Riskbedömningar görs bla. vid verksamhetsförändringar.

Det finns ett flertal sätt att lämna klagomål, synpunkter och förbättringsförslag. Kan ske muntligt, via synpunkts- och klagomålsblankett eller via KIA. Finns även synpunktslåda i verksamheten för den som vill lämna där.

Under 2022 har få ärenden hanterats där åtgärder inneburit att de risker och incidenter som tidigare funnits ej upprepats. Fallolycka och utåtagerande beteende från deltagare har varit ärenden som behandlats i kvalitetsrådet.

Klagomål och synpunkter

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna eller via Patientnämnden och Socialstyrelsen som har betydelse för patientsäkerheten, tas emot och utreds.

Beskriv hur inkomna klagomål och synpunkter sammanställs, analyseras och återkopplas.

Se Sammanställning och analys samt Riskanalys

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Beskriv hur inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Klagomål följs upp via kvalitetsrådet och återkopplas till uppgiftslämnaren. Inom 3 dagar ska uppgiftslämnaren ha fått återkoppling att klagomål/synpunkt inkommit. Klagomål, synpunkter och förbättringsförslag är ett led i det fortlöpande kvalitets- och utvecklingsarbetet. Personalen informeras om ev ändringar i nya arbetssätt och metoder. Ärende avslutas, (KIA), när förändringen/åtgärden gett avsedd effekt.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Utifrån beskriven patientsäkerhetsberättelse kan förändringar i arbetsätt, metoder och rutiner bli aktuell och ändras utifrån nya rön eller ändrad lagstiftning.




Patientsäkerhetsberättelse kommunal regi

År 2022

Dnr ÄON 23/0018

Dnr SN 23/0225

Datum och ansvarig för innehållet

23-05-10 

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Struktur för uppföljning/utvärdering	8
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	9
Uppföljning genom egenkontroll	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	17
Riskanalys	18
Informationssäkerhet	18
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet	18
Hantering av klagomål och synpunkter	19
Samverkan med patienter och närstående	20
Sammanställning och analys	20
Resultat	20
Övergripande mål och strategier för kommande år	21

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

I enlighet med Patientsäkerhetslagen (2010:659), 3 kap 10 § är varje vårdgivare skyldig att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska finnas tillgänglig i dess verksamheter för den som vill ta del av densamma. I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
3. vilka resultat som uppnåtts

Som underlag för patientsäkerhetsberättelser har den mall som Sveriges Kommuner och Landsting (nuvarande Sveriges Kommuner och Regioner) tagit fram använts.

Detta är sista gången som denna mall för Patientsäkerhetsberättelse används. Nästa år kommer en ny mall från SKR att användas med inriktningen ”Agera för säker vård”.

Upplands-Bro kommun är huvudman för den hälso- och sjukvård som erbjuds inom dess ansvarsområde. Äldre- och omsorgsnämnden och Socialnämnden är tillika vårdgivare inom egenregi i Upplands-Bro kommun och ansvarar för att patienter i berörda verksamheter får en god och säker hälso- och sjukvård.

Inom egenregi i Upplands-Bro har ansvaret för att bedriva en god och säker vård med hög patientsäkerhet under år 2022 legat på varje verksamhet som bedriver kommunal hälso- och sjukvård i likhet med privata utförare. Tidigare år har ansvaret varit fördelat mellan Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) och till viss del respektive verksamhet där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) upplöstes inför år 2022 och hälso- och sjukvårdsansvaret lades ut respektive verksamhet och dess verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagens kap 4:2. Samtliga verksamheter har upprättat och inkommit med sin patientsäkerhetsberättelse. Dessa bifogas vårdgivarens patientsäkerhetsberättelse för egenregi som bilagor.

Patientsäkerhetsberättelser har upprättats inom följande verksamheter i egenregi (bifogas vårdgivarens övergripande patientsäkerhetsberättelse som bilagor till berörd nämnd):

Norrgården

Kungsgården

Servicehusen Bro & Kungsängen (gemensam)

Dagverksamhet demens Kvistaberg

Grupp- och servicebostäder enligt LSS (gemensam för 10 boenden)

Dagliga verksamheter enligt LSS (gemensam)

Patientsäkerhetsberättelser har också upprättats inom de privata verksamheter som bedriver särskilda boenden i form av vård- och omsorgsboenden för äldre (bifogas vårdgivarens övergripande patientsäkerhetsberättelse som bilagor till berörd nämnd):

Lillsjö Badväg (Humana)
Hagtorp (Attendo)
Villa Silvertorget (Vardaga)

Även under 2022 har verksamheternas patientsäkerhetsarbete i mycket hög grad påverkats av covid-19 pandemin. Arbetet har till stor del präglats av att fortsätta förhindra och minska risk för smittspridning av covid-19 samt att uppdatera rutiner i enlighet med riktlinjer från Smittskydd Stockholm och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten. Provtagningar genomfördes när misstanke om smitta med covid-19 förelegat.

Vaccinationsarbetet har tagit mycket tid och resurser under 2022 i likhet med 2021. Vaccination mot covid 19 visade sig bli såväl dos 3, dos 4 dos 5 samt att även pneumokockvaccinationer återupptogs enligt nya direktiv i samband med influensavaccinationen.

Verksamheterna har även i perioder och olika grad påverkats av pandemin genom bl a sjukfrånvaro hos personal.

Det gångna året har även detta därför varit ansträngt för verksamheterna där arbetet kontinuerligt fått anpassas utifrån pandemin och med stort fokus på att hantera densamma. Planerade åtgärder och förbättringsområden inom det förebyggande patientsäkerhetsarbetet som togs fram för 2021 har med anledning detta till viss del fått stå tillbaka.

Medicinsk ansvariga sjuksköterskor (ordinarie samt biträdande) har i hög grad arbetat med och för att stimulansmedlen inom *God och Nära Vård – en omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav* har använts för att förbereda den kommunala hälso- och sjukvården att på ett patientsäkert sätt möta de högre krav som omställningen till God och Nära Vård kommer att innebära. Bl a har inköp gjorts av enterala och parenterala pumpar, droppställningar, bladderscanners, specialmadrass som förhindrar trycksår, läkemedelsdosetter att ha i beredskap i händelse av att läkemedel inte kan levereras dosdispenserat vid en kris, utbildningsmaterial för suicid, livräddardockor, instruktörsutbildning HLR, stationära blodsockermätare, saturationsmätare, utbildning för att ha 2 egna certifierade utbildare BPSD-registret, kurs i Talking Mats-metoden (kommunikation tex vid tal- och kommunikationssvårigheter hos patient/brukare), Apoteksutbildning i Läkemedelshantering samt i Läkemedelsavvikelser, forskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel till sjuksköterskor som saknar denna, utbildning av 20 st personal inom LSS i Tidiga Tecken (kartläggningsverktyg för tidig upptäckt av demens hos personer med nedsatt intellektuellt funktionsnedsättning), utbildning av nyutbildade chefer i verksamhetschefsansvar enl HSL 4:2, uppföljningsträff för palliativa ombud med PKC (Palliativt kunskapscentrum) mm mm.

Privata verksamheter inom kommunens geografiska område ska erbjudas att ta del av vad dessa medel används till på samma sätt som kommunala verksamheter. Så har också skett.

Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor har också under 2022 initierat och deltagit i framtagandet av ett projekt gällande klinisk färdighetsträning (KTC). Projektet genomförs i samverkan med FOUU, Storsthlm, Järfälla kommun och Jacobsbergs sjukhus. Syftet är dels att ge legitimerad perso-

nal möjlighet att träna på moment med medicinskteknisk utrustning samt att skapa en bättre samverkan mellan kommunens respektive geriatrikens sjuksköterskor, i den sömlösa vård som God och Nära Vård föreskriver.

MAS-funktionen har också tillsammans med Apotekets farmaceut genomfört bl a granskningar av läkemedelshanteringen samt genomfört hygienronder med Vårdhygiens hygiensjuksköterska.

Upplands-Bro kommun fick under hösten 2022 besök av Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO som ett led i den nationella tillsynen som påbörjades 2021 av den kommunala hälso- och sjukvården inom särskilda boenden för äldre. Kommunen hade tidigare anmodats att lämna in samtliga patientjournaler för en angiven period avseende patienter i särskilda boenden för äldre. Vid besöket redovisades dels resultatet av journalgranskningen, resultatet av de intervjuer som genomförts med sjuksköterskor samt resultatet av den enkät som sjuksköterskor erhållit. Slutrapport utlovades under 2023. Därefter kommer IVO att gå vidare med tillsyn av privata boenden.

MAS har under 2022 deltagit i arbetet med att patientsäkra övergången till ny dosdispensör inför januari 2023. Detta med anledning av att regionen avslutar avtalet med Svensk Dos och upphandlat Apotekstjänst med ansvar för dosdispensering till berörda patienter i bl a Upplands - Bro kommun.

Sammanfattningsvis är bedömningen att patientsäkerheten har hanterats väl utifrån den belastning som pandemin medfört, sjukfrånvaro och viss omsättning av hälso- och sjukvårdspersonal och chefer samt den omorganisation som genomfördes inför 2022 med respektive enhetschef i verksamheten som verksamhetschefsansvarig utifrån Hälso- och sjukvårdslagen 2§ i kap 4.

Under 2023 bör den huvudsakliga strategin för varje verksamhet vara utgå från vad denne angett i sin patientsäkerhetsberättelse som ett övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet för 2023, samt att inkludera de förbättringsområden som är kvarstående från föregående år.

Övergripande mål och strategier

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

Det övergripande målet inom hälso- och sjukvården är att dess patienter ska erbjudas en god och säker vård. Det formuleras i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kap 3:

1 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

2 § Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Krav på hälso- och sjukvården

De krav som ställs på hälso- och sjukvården regleras i Hälso- och sjukvårdslagen kap 5. Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig

Vidare anges att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Detta innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs ska vara av sådan kvalitet att patienter inte riskerar att drabbas av vårdskada eller risk för sådan i samband med vård och behandling. Strategier inom patientsäkerhetsarbetet för att förebygga detta är bl a att arbeta aktivt med avvikelser genom att vidta åtgärder för att de inte ska återupprepas och dra lärdom av dessa i det förebyggande arbetet, arbeta med synpunkter och klagomål, arbeta med riskbedömningar, fortbildningar med mera.

Riskbedömningar genomförs regelbundet avseende fall, undernäring, trycksår och munhälsa för dem som bor på särskilda boenden för äldre. Vid grupp- och servicebostäder enligt LSS bor de fn få äldre men i förekommande fall genomförs riskbedömningar även för dessa.

Symptomskattningar av olika slag, genomförs t ex inför den årliga läkemedelsgenomgångar, vid beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, neuropsykiatriska symtom med flera.

Egenkontroller ffa gällande följsamhet till basala hygienrutiner har under pandemin genomförts av några verksamheter vid fler tillfällen än de två årliga tillfällen som rutinen föreskriver.

Hygienronder genomfördes under hösten 2022 vid Norrgården och Kungsgården tillsammans med Vårdhygien, Region Stockholm.

Årlig extern kvalitetsgranskning av apotekare avseende läkemedelshandling är också en strategi inom patientsäkerhetsarbetet. Dessa genomfördes i verksamheterna under försommaren 2022.

Ingen avvikelse inom hälso-och sjukvård har under 2022 medfört en allvarlig vårdskada. Ingen Lex Maria-anmälan har därför upprättas av MAS.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Vårdgivare (lagstadgat ledningsansvar)

Äldre- och omsorgsnämnden samt Socialnämnden har under år 2022 varit och en för sig varit ytterst ansvarig vårdgivare för den hälso- och sjukvård som bedrivits inom dess ansvarsområde och att denna är patientsäker.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (lagstadgat ansvar)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) för att

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
4. beslut om delegeringar av vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

MAS har ett övergripande och tillika medicinskt ledningsansvar och upprättar instruktioner och riktlinjer, följer upp samt fungerar som ett stöd till verksamheter vad gäller hälso- och sjukvård. MAS ansvarar för att göra Lex Maria- anmälningar till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) vid allvarlig vårdskada eller risk för sådan. MAS ansvarar även för att till IVO anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en risk ur patientsäkerhetsperspektiv eller ur förtroendesynpunkt. Skälen till detta kan vara oskicklighet, olämplighet, brottslighet, sjukdom eller missbruk av alkohol, narkotika eller andra droger. Omvärldsbevakning inom hälso- och sjukvårdsområdet och att bevaka nyheter inom den lagstiftning som styr hälso- och sjukvården är en väsentlig del i MAS arbete.

Verksamhetschef enligt Hälso- och sjukvårdslagen 4:2 (lagstadgat ansvar)

Enhetscheferna i de verksamheter där hälso- och sjukvård bedrivs har under 2022 tillika verkat som verksamhetschefer med ansvar enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) för den hälso- och sjukvård som bedrivits inom respektive nämnd. Ansvaret omfattar att

- säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.
- ledning av hälso- och sjukvårdens organisation så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården.

En del i detta är att ha rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet. Verksam-

hetschef får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter om denna inte har formell kompetens för detta. En särskild blankett har under 2022 tagits fram för att tydligt formalisera denna överlåtelse av vissa medicinska ledningsuppgifter för de enhetschefer som utövar nämnda verksamhetschefsansvar men inte har formell medicinsk kompetens.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (lagstadgat ansvar)

Legitimerad personal är enligt patientsäkerhetslagen skyldiga

- att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet
- ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav
- utforma och genomföra vården i samråd med patienten
- bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålles och ska kontinuerligt rapportera risker och händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada.
- föra patientjournal
- medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom risk- och avvikelshantering, uppföljning av mål och resultat mm.

På vardagar, dagtid ansvarar respektive verksamhets sjuksköterska/skor för hälso- och sjukvårdsinsatser till och med sjuksköterskenivå. På obekvämtid dvs kvällar, nätter och helger ansvarar Big Care AB för sjuksköterskeinsatser.

Omsorgspersonal - baspersonal

Omsorgspersonal (baspersonal) består huvudsakligen av undersköterskor och vårdbiträden som arbetar utifrån socialtjänstlagen respektive lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

De ansvarar för att rapportera risker och avvikelser till enhetschef och följa instruktioner och rutiner som finns i verksamheten för att bidra till hög patientsäkerhet. Omsorgspersonal som genom delegering utför hälso- och sjukvårdsuppgifter ska följa de instruktioner som de getts. De tillhör under utförandet av delegerade hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter gruppen hälso- och sjukvårdspersonal och lyder då under dess lagstiftning. De ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom risk- och avvikelshantering, uppföljning av mål och resultat mm.

Läkare

Läkare är inte ett kommunalt ansvar, utan ett regionansvar- läkarna arbetar på uppdrag av regionen. Läkare från Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB har under 2022 i likhet med tidigare besökt samtliga kommunens särskilda boenden för äldre en gång i veckan på uppdrag av regionen och är därutöver tillgängliga för sjuksköterskorna på telefon dygnet runt. Läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal arbetar utifrån en samverkansöverenskommelse. Vid LSS-boenden har de boende sina läkare på primärvårdens vårdcentraler. Det finns fast läkartid avsatt vid respektive vårdcentral för rondliknande möten och hembesök tillsammans med kommunens LSS- sjuksköterska. Även här arbetar vårdgivarna utifrån en samverkansöverenskommelse.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Omsorgspersonal som upptäcker risker och avvikelser i samband med vård och behandling, kontaktar enligt rutin omedelbart tjänstgörande sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut beroende på vad som hänt och upprättar därefter en skriftlig avvikelse. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen vidtar i samband med händelsen nödvändiga åtgärder. Patientansvarig sjuksköterska registrerar därefter avvikelsen i Pro Capita Avvikelsemodul. Avvikelser tas månatligen upp i verksamheternas kvalitetsråd för genomlysning och mer långsiktiga åtgärder. Detta i syfte att utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Där deltar ansvarig enhetschef, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgs/baspersonal.

Händelser som medfört eller riskerar att medföra allvarlig patientskada eller risk för sådan ska rapporteras till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som ansvarar för att utföra slutlig utredning och upprättande av Lex Maria-anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I händelse av sådan informeras ansvarig nämnd.

Riskbedömningar rörande nutrition, fall, trycksår och munhälsa genomförs, analyseras och dokumenteras tillsammans med beslutade åtgärder i Pro Capita HSL- journal. Dessa registreras under förutsättning av den enskildes samtycke även i Senior Alert.

Varje dödsfall som skett på plats på ett boende registreras i Svenska Palliativregistret utifrån ett antal parametrar kring den avlidnes sista levnadsvecka. Resultaten från kvalitetsregistreringar kan sedan användas i den egna verksamheten för att se om förbättringar behöver vidtas.

Kvalitetsuppföljning utförs av MAS årligen.

Öppna jämförelser och kvalitetsregister är källor som kan användas för uppföljning av tendenser i verksamheterna.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Patientsäkerhetsberättelse har avseende år 2022 upprättats vid samtliga verksamheter där kommunal hälso- och sjukvård ges; särskilda boenden för äldre, dagverksamhet demens, grupp- och servicebostäder enligt LSS samt dagliga verksamheter enligt LSS. Varje verksamhet beskriver där hur de arbetat med patientsäkerhet. Övergripande beskrivs här några områden:

Under 2022 fortsatte pandemin att på olika sätt påverka samtliga vård- och omsorgsverksamheter.

- Verksamheterna arbetade under 2022 med fortsatt fokus på att förhindra smittspridning. Provtagningar avseende covid genomfördes av kommunens sjuksköterskor när misstanke om att smitta förelåg.

- Vaccinationer har genomförts av kommunens sjuksköterskor både med såväl säsongsinfluensavaccin, pneumokockvaccin likväl som med de olika doserna av covidvaccin som regionen beslutade skulle ges under 2022.
- Personal har i flera verksamheter genomgått både Vårdhygiens och Socialstyrelsens utbildningar i basala hygienrutiner för personal inom vård och omsorg,
- Smittsäkra besök har genomförts i enlighet med Smittskydds rekommendationer.
- Ett gemensamt förråd för lagerhållande av skyddsutrustning tillskapades under våren 2020 har hållits fortsatt uppdaterat under 2022 med särskilt utsedd ansvarig för beställningar utöver de mindre förråd som fanns ute i verksamheterna sedan tidigare.
- Verksamheter tex inom daglig verksamhet och dagverksamhet för dementa har efter nedstängningar under 2021 öppna upp under 2022.
- Regelbundna möten med privata utförare för avstämning och information gällande covid-läget har hållits under 2022. Dessa möten har även inkluderat samtliga utförare av hemtjänst.
- Det gängse arbetet med kvalitetsregistreringar i Senior Alert, BPSD-registret och Palliativa registret har till viss del påverkats genom att man varit tvungen att prioritera pandemiarbetet och att säkerställa bemanning för grundläggande patientvård.
- Årliga läkemedelsgenomgångar har genomförts av ansvarig läkare i samverkan med sjuksköterska.
- Årlig granskningar av verksamheters läkemedelshantering med apotekare från Apoteket AB har genomförts.
- Hygienronder med regionens Vårdhygieniska enhet har genomförts vid två av kommunens egna boenden.
- Inköp av medicinteknisk utrustning för att kunna möta behovet av mer avancerad och patientsäker vård på plats har köpts in.
- Årliga medicinska vårdplaneringar där anhöriga bjudits in att delta på plats eller delta via teamsmöten har under 2022 genomförts konsekvent i särskilda boenden för äldre
- Årlig kontroll och besiktning av vårsängar, liftar mm har genomförts.
- Utbildningar i bl a förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel har genomförts av de sjuksköterskor som ej hade sådan sedan tidigare.

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Basala hygienrutiner

Egenkontroll av följsamhet till basala hygienrutiner med observation och självskattning har under 2022 genomförts av nästintill samtliga verksamheter. Alla verksamheter har arbetat aktivt med att dess personal ska genomföra/repetera en eller bägge av de utbildningar som finns om basal hygien. Socialstyrelsens webbutbildning är öppen för alla men Vårdhygiens utbildning är numera endast öppen för dem som har avtal. Avtal med Vårdhygien kan i nu-läget endast tecknas för särskilda boenden för äldre.

Regelbunden repetition och återkommande genomförande av webbaserad utbildning i basal hygien förstärker och vidmakthåller en hög följsamhet till basala hygienrutiner.

Läkemedelsgranskning av läkemedelshantering

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshantering av extern farmaceut/apotekare enligt med HSLF-FS 2017:37 om hantering av läkemedel genomfördes under juni 2022. Resultatet visade att ett antal punkter fortfarande kvarstod från 2021 års granskning i en av verksamheterna att åtgärda.

Tandvård- munhälsobedömningar och utbildning av personal i munhälsa (Symfoni)

Munhälsobedömning och tandvårdstödsintyg

Enligt överenskommelse mellan kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm skall Tandvårdsenhetens utförare av uppsökande verksamhet årligen utföra munhälsobedömningar hos de patienter/brukare som tackat ja till erbjudande om detta. Inom särskilda boenden för äldre är det sjuksköterskor som ansvarar för att erbjuda och via registrering i Symfoni informera Tandvårdsenheten vilka patienter som tackat ja eller nej till erbjudandet. För LSS-boenden, brukare med hemtjänst eller personlig assistans ansvarar myndighetshandläggare för detta.

Utbildning i munhälsa

Enligt ovan nämnda överenskommelse ska regionens anlitade utförare av uppsökande verksamhet även erbjuda personal inom vård- och omsorg en årlig utbildning i munvård. Respektive vård- och omsorgsverksamheter ska enligt överenskommelsen samverka i att sådant utbildningstillfälle kan anordnas på plats i verksamheten.

Rapport 1 (se nedan) visar att sjuksköterskor och handläggare under 2022 erbjudit totalt 367 berättigade (380 föregående år) munhälsobedömning varav 344 tackat ja (343 föregående år). Tandvårdsenhetens utförare utförde 192 munhälsobedömningar (55,81 %). Rapporten visar också att totalt endast 1 personal inom vård- och omsorg genomgått den årliga utbildning i munvård av Tandvårdsenhetens utförare som all personal ska ges årligen.



Tandvårdsenheten

Rapport 1 - Resultat av Uppsökande verksamhet (munhälsobedömning och munvårdsutbildning) År 2022 - Upplands-Bro

Munhälsobedömning och Munvårdsutbildning till vård- och omsorgspersonal

Munhälsobedömning	Antal erbjudna	Antal ja tack	Antal utförda	Andel utförda av de som tackat ja
Särskilt boende SoL och LSS	234	232	175	75,43%
Kommunalt boende	198	197	162	82,23%
LSS	36	35	13	37,14%
Egen bostad SoL och LSS	133	112	17	15,18%
Hemsjukvård	0	0	0	0,00%
Egen bostad	77	70	10	14,29%
LSS Egen bostad	56	42	7	16,67%
Summa totalt	367	344	192	55,81%

Munvårdsutbildning	Antal utbildade	Antal Ambassadör
Särskilt boende SoL och LSS	1	1
Kommunalt boende	1	1
LSS	0	0
Egen bostad SoL och LSS	0	0
Hemsjukvård	0	0
Egen bostad	0	0
LSS Egen bostad	0	0
Summa totalt	1	1

Källa: Symfoni

Rapport 1.1 (se nedan) visar fördelningen/ verksamhet av de personal som erhållit årlig munhälsoutbildning.



1/1

Tandvårdsenheten

2023-06-26

Rapport 1.1 - Antal utbildade på boendenivå, Upplands-Bro 2022

Boendeenhet	Antal utbildade
3891 - HAGTORPS ÄLDREBOENDE/ Attendo	1
Totalt	1

Källa: Symfoni

Rapport 2 (se nedan) visar att av de totalt 192 patienter/brukare som fick sin munhalsbedömning utförd år 2022 så hade 82,81 % en bra munhygien (50,97 % föregående år) medan 2,08% % hade mycket dålig munhygien 12,90 % föregående år), vilket är ett positivt resultat.



Tandvårdsenheten

Rapport 2 - Epidemiologisk rapportering, Upplands-Bro År 2022

Antal patienter:	192	
Smärta		
(Nej) Har inte ont/känner inte smärta	189	98,44%
(Ja) Har ont/känner smärta. Tänder eller munhåla är inte orsak till detta	0	0,00%
(Ja) Har ont/känner smärta. Tänder och munhåla är orsaken	0	0,00%
Går inte att avgöra/Vet ej	3	1,56%
Tuggförmåga		
Ja, utan svårighet	183	95,31%
Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på bristande mun- och tandstatus	7	3,65%
Nej, inte alls eller med viss svårighet beroende på andra orsaker	2	1,04%
Muntorrhet		
Ja	121	63,02%
Nej	71	36,98%
Bedömning av munhygien		
Bra	159	82,81%
Acceptabel	14	7,29%
Dålig	15	7,81%
Mycket dålig	4	2,08%

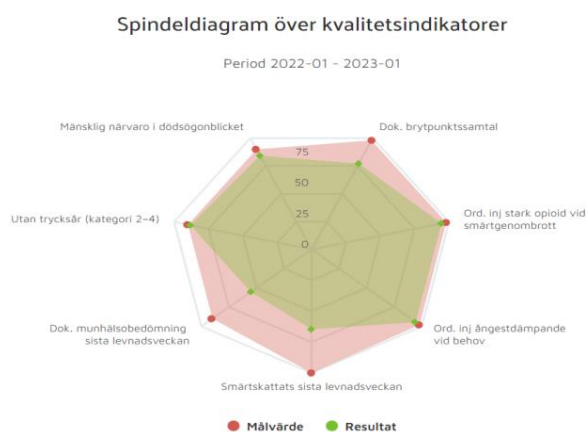
Källa: Symfoni

Munhälsa är oerhört viktigt för den enskilde som inte själv kan sköta densamma. Munhälsan påverkar välbefinnande, aptit mm mm. Därför är det viktigt att omsorgspersonal/baspersonal ges möjlighet att på sin arbetsplats årligen ta del av den utbildning som regionen erbjuder via sin kontrakterade utförare. Under 2022 har det efter pandemins restriktioner åter varit möjligt för vård- och omsorgsverksamheter att boka in tider för utbildning med regionens upphandlade utförare av uppsökande verksamhet, i enlighet med vad som åligger vård- och omsorgsverksamheter enligt överenskommelsen med regionen om uppsökande verksamhet [Samverkan vid uppsökande verksamhet \(munhalsbedömning och munvårdsutbildning\) och nödvändig tandvård - Överenskommelse mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län \(storsthlm.se\)](#). Det bör vara en prioriterad fråga för samtliga verksamhet-

erna att återuppta dessa årliga utbildningstillfällen i såväl säbo äldre, LSS-boende som hemtjänst osv.

Palliativa registret

I Svenska Palliativregistret finns data att tillgå, som utifrån där fastställda indikatorer som beskriver kvaliteten den sista levnadsveckan för de avlidna som registrerats. Samtliga särskilda boenden för äldre gör registreringar i registret för dödsfall för de patienter som avlider på plats på respektive boende. Resultaten kan sedan användas för att se vilken kvalitet som värden håller och vad som behöver förbättras.



Källa: Svenska Palliativregistret. Avlidna i Upplands-Bro kommun på samtliga särskilda boenden för äldre 2022. (Diagram 1.)

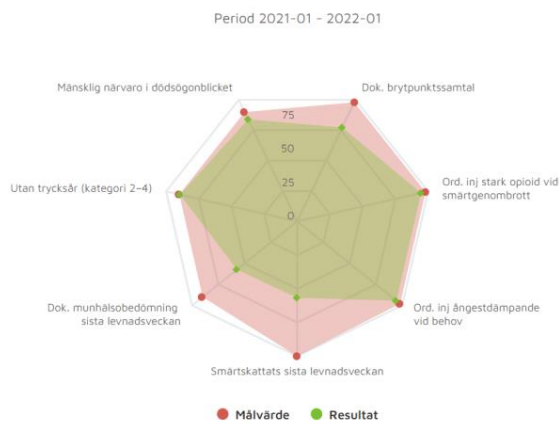
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2022-01 - 2023-01

Kvalitetsindikator	Målvärde	Resultat
Dok. brytpunktssamtal	98,0	82,4
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	98,0	94,1
Ord. inj ångestdämpande vid behov	98,0	85,3
Smärtskattats sista levnadsveckan	100,0	50,0
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	90,0	47,1
Utan trycksår (kategori 2-4)	90,0	88,2
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90,0	79,4

Källa: Svenska Palliativregistret. Avlidna i Upplands-Bro kommun på samtliga särskilda boenden för äldre 2022. Förtydligande tabell till diagram 1.

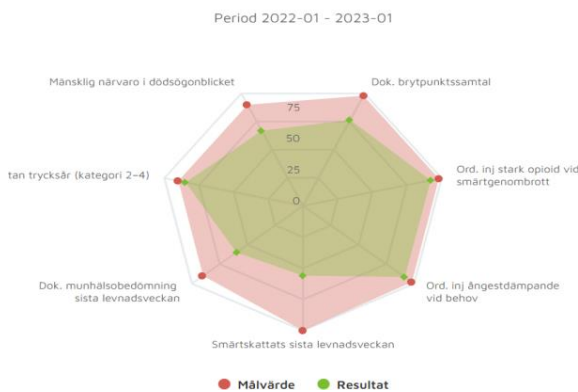
Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



Källa: Svenska Palliativregistret. Avlidna i Upplands-Bro kommun på samtliga särskilda boenden för äldre 2021. (Diagram 2).

Resultatet visar (diagram 1) att ingen större förändring skett avseende flertalet indikatorer i förhållande till år 2021 (diagram 2). Viss förbättring avseende indikatorn ”Smärtskattning sista levnadsveckan” kan dock ses. Denna indikator tillsammans med indikatorerna ”Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan” och ”Dokumenterat brytpunktsamtal” bör utgöra framtida förbättringsområden.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer



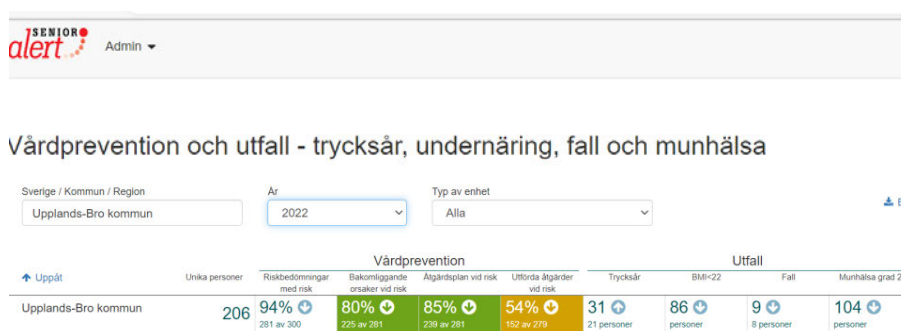
Källa: Svenska Palliativregistret. Äldre avlidna på sjukhus, Stockholms län, under 2022. (Diagram 3.)

Diagram 3 visar som en jämförelse Region Stockholms resultat för samma indikatorer för de äldre i Stockholms län som avlidit på sjukhus under 2022.

Senior Alert

Senior Alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och 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. I kvalitetsregistret Senior Alert finns data till-

gängligt som beskriver resultaten för vårdprevention och utfall avseende utförda och registrerade riskbedömningar. Riskbedömningar erbjuds bland annat vid den äldres inflytt till ett särskilt boende och ska därefter erbjudas minst 2 gånger per år. Resultatet används även i den årliga medicinska vårdplaneringen. För att riskbedömningar ska finnas tillgängliga för åtkomst i Senior Alert krävs att vårdgivare är ansluten till Senior Alert samt att den enskilde ger sitt medgivande till att uppgifterna kring de riskbedömningar som avser denne, registreras i registret. Upplands-Bro kommun är ansluten till registret. Majoriteten av de tillfrågade riskbedömda patienterna/brukarna medger oftast att registrering görs.



Källa: Senior Alert, Vårdprevention och Utfall, Upplands-Bro kommun, 2022.

Resultatet visar att under år 2022 har 206 unika individer vid samtliga särskilda boenden för äldre i Upplands-Bro kommun (Hagtorp och Lillsjö Badväg inkluderat), riskbedömts och samtyckt till att deras riskbedömningar registrerats i kvalitetsregistret Senior Alert utöver att de journalförts.

Resultatet visar också att i 94 % (96 % föregående år) av riskbedömningarna påvisades risker. Av dessa har 85 % (89 % föregående år) fått en åtgärdsplan registrerad i registret samt 54 % fått de utförda åtgärderna registrerade i kvalitetsregistret. Detta är en försämring mot föregående år då 64 % av de utförda åtgärderna registrerades i kvalitetsregistret. Dock dokumenteras alltid alla uppgifter även i patientjournalen enligt gällande lagstiftning då Senior Alert inte är en patientjournal utan enbart ett kvalitetsregister. Med den pågående upphandlingen av ett nytt verksamhetssystemet med en modernare patientdatajournal del i så finns en förhoppning om att dokumentationen kan göras enbart i patientdatajournalen och digitalt föras över till kvalitetsregistret med automatik- för att slippa den dubbeldokumentation som idag är nödvändig för att uppfylla de krav som ställs på dokumentation.

BPSD- registret

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som innehåller ett verktyg för att minska förekomst och allvarlighetsgrad av ångest, hallucinationer, ätstörningar, vandringsbeteende, rop-beteende och andra BPSD-symptom. De flesta personer med demenssjukdom (ca 90 %) får någon gång BPSD, det vill säga Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. Det kan handla om till exempel aggressivitet, oro och hallucinationer. Symptomen orsakar ofta lidande för personen med demenssjukdom och är även svåra att möta och hantera för anhöriga och vårdpersonal. Syfte och mål med BPSD-registret är att

genom multiprofessionella vårdåtgärder försöka minska eventuellt förekommande beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. De insatser som en person får inom ramen för socialtjänsten får inte följas upp i ett kvalitetsregister. Det är först efter kontakt med vårdgivare med HSL-ansvar inom den egna organisationen som personen kan inkluderas i ett kvalitetsregister. BPSD-registret används av demensenheter vid kommunens egenregi och av en av de privata utförarna.

Läkemedel i särskilt boende för äldre

Tre eller fler psykofarmaka (användare i %)				Tio eller flera läkemedel (användare i %)				Olämpliga läkemedel (användare i %)				Användare av antipsykotiska läkemedel (användare i %)			
2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
23,2	24,8	22,4	21,5	50,4	45,4	51,0	38,7	15,2	10,6	6,3	3,7	19,9	17,7	16,1	10,4

Källa: Öppna jämförelser. "Utvecklingen gällande läkemedel, personer >75 år i särskilt boende", Upplands-Bro kommun 2019 – 2022

Redovisningen avseende läkemedel i särskilda boenden för äldre omfattar såväl egenregi som privata utförare i Upplands-Bro kommun. Resultatet visar att trots pandemins påverkan på den enskildes mentala välbefinnande (tex i form av oro, ängslan osv) har det lyckats att under 2022 ytterligare minska den procentuella andelen av patienter/brukare som använder olämpliga läkemedel samt användare av psykofarmaka och antipsykotiska läkemedel. Även antalet individer som använder fler än tio läkemedel har minskat vilket är positivt. Den årliga översynen av ordinerade läkemedel i form av läkemedelsgenomgångar med läkare och sjuksköterska har här en stor betydelse.

Patientnämnden

Patientnämnden handlägger frågor som rör Region Stockholms hälso- och sjukvård, kommunal hälso- och sjukvård samt omvårdnad i särskilda boenden, privata vårdgivare som har avtal med Region Stockholm. Nämnden bidrar till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och att verksamheterna i hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Under år 2022 har totalt ett ärende gällande särskilt boende inkommit till Patientnämnden. Klagomålet består av flera olika delar relaterat till samma ärende. Under 2021 samt 2020 inkom inga ärenden med synpunkter eller klagomål till Patientnämndens förvaltning gällande vård bedriven inom Upplands-Bro kommuns vård- och omsorgsverksamheter.

Antal ärenden och klagomål per enhet, vårdirrättning och problemområde 2022

Enhet/Vårdirrättning	Ärenden, totalt *	Kommunikation	Vård och behandling	Vårdare och organisation	Klagomål, totalt
Upplands Bro	1	1	1	1	3
Norrgården AB	1	1	1	1	3
Totalt	1	1	1	1	3

Antal ärenden och klagomål per enhet, vårdirrättning och problemområde 2021

Enhet/Vårdirrättning	Ärenden, totalt *	Klagomål, totalt
Totalt	0	

Källa: Patientnämnden, PAN 2022.

Medicintekniska hjälpmedel- och produkter

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter ansvarar för att besiktningar och kontroller görs av individuellt förskrivna och inköpta hjälpmedel enligt produktanvisning. En ”Hjälpmedelsmodul” finns i Pro Capitas verksamhetssystem för att underlätta att ha god översikt över hjälpmedlen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 3 § p 3

Ett flertal överenskommelser avseende samverkan och samverkansforum mellan kommunen och Region Stockholm berör den kommunala hälso- och sjukvården. Ytterligare samverkansforum har uppstått under pandemin:

- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande utskrivningsklara från slutenvården (sk LUS:en)
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Stockholms läns landsting gällande ”Sammanhållen överenskommelse om personer som bor i särskilt boende för äldre”. (Två tilläggsöverenskommelser finns)
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Stockholms läns landsting gällande egenvård
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande uppsökande verksamhet (tandvårdsstöd)
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående
- Överenskommelse mellan Upplands-Bro kommun och Region Stockholm gällande samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- Överenskommelse mellan HSF, juridisk person för bårhus samt Upplands-Bro kommun avseende omhändertagande av avlidna
- Överenskommelse om samverkan inom patientnämndsverksamhet
- Samverkansöverenskommelse med Familjeläkarna i Saltsjöbaden
- Samverkansöverenskommelse Upplands-Bro kommun och Habilitering och

hälsa

- Lokal samverkansöverenskommelse med vårdcentralerna (3 st) avseende hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet
- Avtal om Vårdhygienisk expertis (Region Stockholm)
- Avtal med Ragnsells avseende hämtning och destruering av överblivna läkemedel och skärande/stickande och smittsamt riskavfall
- Samverkan/information med Vårdhygien och Smittskydd i Stockholms län.
- Samverkan/information med Tandvårdsenheten (MAS är kontaktperson)
- Samverkan/dialogmöten har genomförts under året med vårdcentralerna angående hälso- och sjukvård inom LSS-boenden och daglig verksamhet
- Samverkan/dialogmöten med Familjeläkarna i Saltsjöbaden (1 ggr/veckan under pandemins intensivaste del men som under året återgått till 1 ggr/månaden)
- Samverkan/dialogmöten med regionen 1 ggr/veckan under stor del av 2022 pga pandemi men som under året glesats ut)
- Samverkan/dialogmöten med Danderyds Sjukhus chefsläkare och de kommuner som ligger inom sjukhusets upptagningsområde (2 ggr/år)
- Samverkan/dialogmöten med regionens geografiska samordnare- primärvård (1 ggr/månaden)
- Regelbundna återkommande möten med privata utförare för rapportering och dialog kring covid-läget har genomförts under 2022.

Risicanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risicanalys och händelseanalys är arbetsmetoder som utvecklats för att identifiera brister i verksamheten som kan riskera patientsäkerheten. Användningen av metoderna är en del av verksamheternas systematiska kvalitetsarbete.

Risikbedömningar däremot är de bedömningar som bland annat görs i samband med att en boende flyttar in på ett särskilt boende för äldre då risikbedömningar för fall (Downton), undernäring (MNA), trycksår (Norton) och munhälsa (Roag) görs.

- *Modifierad Norton scale* visar risk för att utveckla trycksår
- *MNA (Mini Nutritional Assessment)* bedömer risk för undernäring
- *Downton Fall Risk Index (DFRI)* bedömer risk för fall
- *ROAG (Revised Oral Assessment Guide)* bedömer ohälsa i munnen

I nedanstående tabell anges hur många (i procent) av de utförda risikbedömningarna inom respektive område som påvisat att en risk föreligger för den enskilde att drabbas av trycksår, undernäring, fall eller nedsatt munhälsa. Pilen efter varje siffra anger om risikbedömningarna som påvisat risk sjunkit eller ökat i förhållande till föregående år.

Uppåt	Unika personer	Riskbedömningar med risk
Upplands-Bro kommun	206	94% ↓ 281 av 300
Trycksår		30% ↓ 89 av 300
Undernäring		62% ↑ 186 av 300
Fall		87% ↑ 262 av 300
Munhälsa		65% ↑ 182 av 282

Källa: Senior Alert, Vårdprevention och Utfall, Upplands-Bro kommun, 2022.

Avvikelse skrivs när den boende i samband med vård och behandling har eller riskerat att ha drabbats av fysisk eller psykisk skada. Avvikelse åtgärdas i det akuta skedet, för att sedan månatligen tas upp i verksamhetens kvalitetsråd för att dra lärdom och se mönster respektive trender i avvikelserna. Dessa kan sedan ligga till grund för en riskanalys och mer generella åtgärder.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

SITHS tjänstekort används av all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för en säker inloggning. I avtal med bemanningsföretag och jourorganisation, ställs krav på att företagen tillhandahåller SITHS-kort för sin legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal. E-tjänstekort är en förutsättning för att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna ges säker åtkomst till bland annat Symfoni, Pascal, Visma Proceedo, NPÖ (Nationell Patientöversikt), Senior Alert, Svenska Palliativregistret, Hjälpmedelsguiden, Beställningsportalen med mera.

Vid inloggning i vårdgivarens egna patientjournal dvs Pro Capita HSL - journal används 2-faktorsinloggning som säker inloggning. Behörighetstilldelning sker genom att den enhetschef som anställer legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal ansöker om nödvändiga behörigheter för den nyanställda.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelse

Avvikelsehantering är ett arbetssätt som syftar till att kvalitetssäkra en verksamhet. Genom att systematiskt identifiera, rapportera, registrera, analysera, åtgärda, följa upp händelser som medfört eller kunnat medföra risk för en vårdskada identifieras riskområden. Mycket av detta kvalitetsarbete sker i respektive verksamhets kvalitetsråd som vanligen sammanträder månatligen.

Varje personal inom vård- och omsorg har enligt riktlinje för avvikelsehantering skyldig att rapportera icke förväntade händelser som medfört eller kunnat medföra risk för vårdskada.

Under år 2022 har totalt 348 avvikelser registrerats i Pro Capita Avvikelsemodul HSL. 177 avvikelser har varit fallrelaterade vilket är en minskning av an-

talet fallincidenter som skett sedan 2020. 171 avvikelser har varit läkemedelsrelaterade, vilket är en ökning i förhållande till år 2021 respektive år 2020. Dessa avvikelser handlar övervägande om uteblivna läkemedeldoser p g a ”glömska”. Med ett digitalt signeringsystem med påminnelsefunktion kan denna typ av avvikelser undvikas. En sådan funktion är en del i den upphandling av ett nytt verksamhetssystem som är på gång.

År	Fall	Läkemedel	Nutrition	Medicintekniska hjälpmedel & produkter	Våld & hot	TOTALT
2022	177	171	0	0	0	348
2021	205	126	3	0	0	334
2020	290	159	0	0	0	449
2019	259	287	0	2	0	548
2018	303	227	1	1	1	533

Källa: Pro Capita HSL Avvikelsesystem

Delegeringar

När legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att det är patientsäkert att delegera en medicinsk hälso- och sjukvårdsarbetsuppgift till icke-formellt men reellt kompetent personal inom vård- och omsorg, kan en delegering ske av arbetsuppgiften till enskild omsorgsbaspersonal. I det fall sådan arbetsuppgift missköts eller att delegerad personal inte följer den instruktion legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gett ska en delegering återkallas. MAS ansvarar för att delegeringar är förenliga med patientsäkerheten genom att bli ange vilka medicinska arbetsuppgifter som är möjliga att delegera under säkerställda former enligt riktlinje för delegeringar. Under år 2022 har 2 delegeringar avseende utförande av medicinska arbetsuppgifter nödgats återkallas d v s dragits in p g a brister i utförandet (år 2021 drogs 3 delegeringar in).

Lex Maria- anmälan om allvarlig vårdskada

Ingen händelse (avvikelse) har i samband med vård och behandling under år 2022 inom vård- och omsorg varit av sådan allvarlighetsgrad (allvarlig vårdskada till skillnad från vårdskada) att denna legat till grund för en Lex Maria-anmälan.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter kan lämnas på olika sätt. Det kan ske muntligt direkt till verksamheten, digitalt, via brevlådor i respektive verksamhet där synpunkter kan lämnas men även lämnas direkt till Patientnämnden. Klagomål avseende hälso- och sjukvård går ej heller att registrera i det Pro Capita HSL Avvikelse system som används för avvikelser inom hälso- och sjukvård. Detta innebär att det är svårt att få en överskådlig bild av de klagomål och synpunkter som uppkommer. Klagomål som inkommit till respektive verksamhet hanteras ff a i de månatliga kvalitetsråden.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Respektive ansvarig sjuksköterska ansvarar för både muntlig och skriftlig information om den kommunala hälso- och sjukvården till den enskilde och dess eventuella närstående i samband med den enskildes inflytt till ett boende. I samband med detta tas även samtycken in från den enskilde avseende informationsöverföring till annan vårdgivare, närstående, registrering i kvalitetsregister med mera.

Vid inflyttningen ska en hälso-/vårdplan upprättas tillsammans med patient och närstående. Under 2022 har årliga medicinska vårdplaneringarna genomförts för patienter/brukare inom särskilda boenden för äldre i egenregi för en ökad delaktighet och samverkan med anhöriga och patienter. Vid sådan planering bjuds anhörig in med patientens samtycke att delta på plats eller digitalt.. Inför detta tillfälle ska årliga prover tas, symtomskattning med läkemedelsgenomgång vara utförd, samtliga riskbedömningar vara genomförda så allt underlag finns som en grund för den fortsatta planeringen kring patientens vård i samverkan med denne och dess närstående.

Vid palliativ vård ska i enlighet med palliativa registrets mall en planering ske där information och delaktighet är naturligt för såväl patient som närstående.

Den enskilde erbjuds i samband med inflytt att lista sig i hos den verksamma läkarorganisationen vid särskilda boenden för äldre. Vid LSS-boenden väljer den enskilde läkare/vårdcentral att lista sig hos. Ofta är de som flyttar in på ett LSS-boende listade hos vårdcentral sedan tidigare och behåller den vårdcentralen.

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Varje verksamhet ansvarar själv för att regelbundet sammanställa, analysera och åtgärda sina avvikelser för att kunna se mönster eller trender som medför brister i den egna verksamhetens kvalitet.

MAS ansvarar för mer övergripande sammanställning och analys, förslag till åtgärder samt uppföljning av händelser av allvarligare art.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

- Även år 2022 har i likhet med såväl 2021 som år 2020 präglats av ett patientsäkerhetsarbete som bestått av att minimera smittspridning bl a genom provtagningar för covid, smittspårningar, ett omfattande vaccinationsarbete under året för att patienter/ brukare inom särskilda boenden skulle erhålla samtliga rekommenderade doser av covidvaccin samt den årliga vaccinationen mot säsongsinfluensa och pneumokockvaccin.
- Mycket av planerade åtgärder inom det förebyggande patientsäkerhetsarbetet har återigen fått nedprioriteras av verksamheterna och stå tillbaka för nya arbetssätt och behov av snabba anpassningar till riktlinjer och direktiv från Smittskydd Stockholm, Vårdhygien, Region Stockholm, MAS och andra myndigheter.
- MAS har regelbundet kom- municerat ut covidläget till

verksamheter samt meddelat förändringar i riktlinjer gällande covid från olika myndigheter.

- Stor betydelse ur patientsäkerhetsperspektiv har verksamheternas arbete med att säkerställa att man haft personal på plats för att upprätthålla verksamheten under pandemin då många av den ordinarie personalen själva insjuknat i olika omgångar och inte heller fick vistas på arbetsplatsen vid symtom på covid.
- Andra delar av patientsäkerhetsarbetet har upprätthållandet av det lokalt reservförråd för skyddsutrustning utgjort.
- För övriga resultat- se tidigare rubriker.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Samtliga verksamheter har i sina patientsäkerhetsberättelser angett sina övergripande mål i patientsäkerhetsarbetet för 2023.

MAS vill dock särskilt lyfta förbättringsområden där några är kvarstående från föregående år (och därför bör prioriteras) och andra anges på en detaljerad nivå:

- vidta de åtgärder som kvarstår utifrån protokoll från Apotekets senaste kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen (gäller de verksamheter som ännu inte gjort detta)
- boka tid med Tandvårdsenhetens (regionens) utförare av uppsökande verksamhet (Flexident) för **årlig (munvårdsutbildning)** av respektive verksamhets vård- och omsorgspersonal i enlighet med den överenskommelse som finns mellan kommunen och regionen. [Samverkan vid uppsökande verksamhet \(munhälsobedömning och munvårdsutbildning\) och nödvändig tandvård - Överenskommelse mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län \(storsthlm.se\)](#).
- planera så att sjuksköterskor oberoende av om verksamma inom äldre eller funktionshinderområdet ges möjlighet att delta i de tillfällen för färdighetsträning som fortsättningsvis erbjuds inom pilotprojektet-KTC (Kliniskt träningscenter) om *olika infarter med Piccline- Port-a Cath /andningssvård med tracheostomi- hostmaskiner/ blodtransfusioner/urinvägar med urostomier- nefrostomier-Kateter a Demeure – suprapubiskateter osv osv*. Detta som en förberedelse för att kunna ta emot patienter på ett patientsäkert sätt inom 1,3 dag enligt överenskommelse om betalningsansvar mellan kommunen och regionen <https://www.storsthlm.se/media/fbj10043/utskrivning-fr%C3%A5n-sluten-h%C3%A4lsa-och-sjukv%C3%A5rd-i-stockholms-l%C3%A4n-%C3%B6verenskommelse-inkl-bilaga.pdf>
- öka antalet dokumenterade munhälsobedömningar under sista lev-

nadsveckan (Palliativa registret visar ett resultat på 47,1 % av målvärdets 90,0 %)

- öka antalet dokumenterade smärtskattningar sista levnadsveckan (Palliativa registret visar ett resultat på 50,0 % av målvärdets 90,0 %) Där rekommenderas Abbey Pain Scale fortfarande när SÖS-stickan inte fungerar.
- öka antalet dokumenterade brytpunktssamtal för att nå målvärdet (Palliativa registret visar ett resultat på 82,4 % av målvärdets 98,0 %)
- fortsätta med implementeringen av digital mätning av urinläckage i sjuksköterskans utredning av basal blåsdysfunktion med Tena Identify tills metodiken används i alla boenden inom egenregi inför förskrivning av inkontinenshjälpmedel
- regelmässigt utföra BPSD-skattningar när patienter/brukare i demensboenden uppvisar beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom (t ex oro, aggressivitet, utåtagitation, ”vandringproblematik”, rop-och skrikbeteende, sömnstörningar, hallucinationer osv) för att i högre grad upprätta och i första hand använda bemötandeplaner istället för att efterfråga läkemedelsbehandling med olämpliga läkemedel som antipsykotiska eller sedativa läkemedel
- fortsätta förbereda verksamheter för en omställning till en god, sömlös, personcentrerad och patientsäker vård - där vård på mer avancerad nivå ska utföras på plats i boendet/hemmet. Detta i enlighet med God och Nära Vård - överenskommelsen som slutits mellan staten och SKR (dvs Sveriges Kommuner och Regioner). Kan t ex innebära att förbereda med kompetenshöjning av vård- och omsorgspersonal, bemanna rätt med rätt kompetens, säkerställa behovet av mer medicinteknisk utrustning på plats i verksamheten



Kommunledningskontoret

Märta Westerberg

Kanslienheten

Marta.Westerberg@upplands-bro.se

Datum

2023-08-18

Vår beteckning

SN 23/0213

Er beteckning

Socialnämnden

Val av kontaktpolitiker för socialnämnden mandatperioden 2023-2026

Förslag till beslut

1. Till kontaktpolitiker för socialnämndens verksamheter mandatperioden 2023–2026 utses följande:

Socialpsykiatri

XX och XX

Gruppbovärdar LSS

XX och XX

Stöd och behandling i öppenvård

XX och XX

Daglig verksamhet

XX och XX

2. Arvode för uppdraget utgår med högst 8 timmar per år och ledamot och besöken ska redovisas för socialnämnden.

Sammanfattning

Socialnämnden utser vid varje mandatperiod kontaktpolitiker till nämndens verksamheter. Kontaktpolitikernas uppgift är att vara en länk mellan socialnämnden och nämndens verksamheter.

Kontaktpolitikeruppdraget syftar till att nämnden ska få fördjupade kunskaper om de verksamheter den ansvarar för. Genom verksamhetsbesök främjas dialog mellan de förtroendevalda, anställda och de som besöker verksamheterna. Uppdraget som kontaktpolitiker innebär att man ska besöka den verksamhet man är utsedd för att kontakta/besöka och där samtala med brukare/anhöriga. Samtalen ska avse verksamheter och inte personalfrågor.

Varje besök ska rapporteras till nämnden muntligt eller skriftligt till nämndens närmaste sammanträde efter besöket och ersätts med timarvode till högst 8 timmar per ledamot och år.

Den 31 januari 2019 antog socialnämnden riktlinjer för kontaktpolitiker inom socialnämndens verksamheter. I riktlinjen framhålls bland annat vikten av att följa ett gemensamt förhållningssätt för de som har uppdrag som kontaktpolitiker. Ett av förhållningssätten är att en kontaktpolitiker företräder socialnämnden och inte sitt eget parti.

**Kommunledningskontoret**

I riktlinjen sammanfattas uppdraget i följande punkter:

- Besöka verksamheten, till exempel i form av studiebesök.
- Samtala med brukare/anhöriga i den mån de själva önskar kontakt och dialog.
- Ta del av verksamheternas nedbrutna mål samt dokument som verksamhetsberättelse och verksamhetsplan.
- Åtterrapporera till socialnämnden om kontakter och eventuella frågor som tagits upp under besöken.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 18 augusti 2023
- Riktlinjer för kontaktpolitiker inom socialnämndens verksamhetsområde

Barnperspektiv

Att skapa förutsättningar för dialog och kontakt mellan förtroendevalda, anställda och unga som använder kommunens verksamheter leder till ökad förståelse och kunskap sinsemellan. Det skapar också en bra grund för nämndens ledamöter att fatta beslut om nämndens verksamhet och inriktning som berör barn och unga i kommunen.

Socialkontoret

Mitra Ghannad

Tf. socialchef

Bilagor

1. Riktlinjer för kontaktpolitiker inom socialnämndens verksamhetsområde

Beslut sänds till

- De valda



Riktlinjer för kontaktpolitiker inom Socialnämndens verksamhetsområde

Socialnämnden den 2015-04-01

Innehåll

1	Inledning.....	3
1.1	Uppdraget kontaktpolitiker inom Socialnämndens verksamhetsområde...	3
1.2	Uppdragsbeskrivning.....	3
1.3	Spontana besök.....	4
1.4	Rapportering.....	4
1.5	Ersättning	4

1 Inledning

Ett viktigt inslag i Socialnämndens sammanfattande bedömning över utvecklingen i kommunen, är politikernas besök i verksamheterna. Uppdraget som kontaktpolitiker ska även ses som en del av Socialnämndens kontroll av kvalitet i verksamheterna.

1.1 Uppdraget kontaktpolitiker inom Socialnämndens verksamhetsområde

Uppdraget kontaktpolitiker inom Socialnämndens verksamhetsområde innebär årliga besök samt kontakter med den verksamhet som Socialnämnden har utsett och där samtala med brukare/anhöriga. Ledamöter och ersättare representerar nämnden och dess beslut under besöket/kontakten oavsett partitillhörighet eller uppfattning i enskild fråga.

1.2 Uppdragsbeskrivning

Planering av när besök ska ske bör göras upp med respektive enhetschef (eller dennes företrädare).

Ledamöterna och ersättarna ska under sina besök/kontakter med verksamheten informera om Socialnämndens arbete men även samla in information från den verksamhet som besöks. Syftet med besöken är att ledamöterna och ersättarna ska få en ökad kunskap om, samt inblick i, nämndens verksamhetsområden. Denna kunskap och inblick kan komplettera skriftliga underlag och underlätta vid beslut i nämnden.

Kontaktpolitikern ska även tydliggöra politikerrollen för målgrupp/ verksamhet samt vara en kontaktväg mellan politiker och brukare/anhöriga i ledet för en förbättrad dialog.

När nämndens ledamöter och ersättare uppträder som kontaktpolitiker är det viktigt att de följer ett gemensamt förhållningssätt gentemot målgrupp/verksamheter. Som kontaktpolitiker företräder man Socialnämnden och inte sitt parti. Kontaktytan mellan kontaktpolitikern och verksamheten är inte en politisk arena och ska inte användas för att driva politiska intressefrågor. Samtalen med personalen ska avse verksamheten och inte problemställningar i den löpande verksamheten så som personalfrågor, lokalfrågor och resursfrågor.

En enskild kontaktpolitiker ska inte delta i den löpande verksamheten och kan inte fatta beslut som rör verksamheten.

I konkreta termer kan uppdraget innebära följande:

- Besöka verksamheten, till exempel i form av studiebesök.
- Samtala med brukare/anhöriga i den mån de själva önskar kontakt och dialog.
- Ta del av verksamheternas nedbrutna mål samt dokument som verksamhetsberättelse och verksamhetsplan.
- Återrapportera till Socialnämnden om kontakter och eventuella frågor som tagits upp under besöken.

1.3 Spontana besök

Spontana besök av kontaktpolitiker bör ej förekomma. Respektive enhetschef (eller dennes företrädare) ska alltid informeras i förväg om besök som en enskild ledamot eller ersättare ska genomföra.

1.4 Rapportering

Efter varje besök/kontakt med verksamheten ska en rapport lämnas in till det närmaste nämndsammanträde efter besöket/kontakten. Denna rapportering kan ske såväl muntligt som skriftligt samt kan lämnas in av en eller flera kontaktpolitiker. En rapport kan till exempel ta upp en kort beskrivning av den besökta verksamheten, allmänna intryck vid besöket och eventuella särskilda frågor som tagits upp i kontakten.

1.5 Ersättning

Ersättning utgår med högst 8 timmar/år och ledamot.