



Kallelse till möte för vård- och omsorgsnämnden

Tid: 2022-03-17 , **Kl:** 18:30

Plats: Digitalt via Teams eller Munkhättevägen 49, lokal Sillen

Ordförande: Tuva Lund (S) Botkyrka Kommun

Sekreterare: Kerstin Frimodig

Ärenden:

		Dnr:
	Ärende för beslut	
1.	Information från förvaltningen	VON/2022:00003
2.	Ekonomisk månadsuppföljning per februari <i>Handlingarna skickas ut 9 mars</i>	VON/2022:00006
3.	Verksamhetsberättelse 2021	VON/2021:00357
4.	Uppföljning internkontrollplan 2021	VON/2022:00051
5.	Patientsäkerhetsberättelse 2021 och Patientsäkerhetsplan 2022	VON/2022:00035
6.	Prioritering av upphandling för politisk insyn 2022	VON/2021:00385
7.	Ansökan av statsbidrag för 2022 för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg	VON/2022:00095
8.	Rekvirering av statsbidrag Äldreomsorgslyftet för 2022 <i>Handlingarna skickas ut separat</i>	VON/2022:00100
9.	Dataskyddsombud för vård- och omsorgsnämnden samt entledigande av tidigare dataskyddsombud	VON/2022:00098
10.	Anmälningssärenden	
11.	Anmälan av delegationsbeslut	



--	--	--



1

Information från förvaltningen(von/2022:00003)

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av informationen.

Sammanfattning

Information från vård-och omsorgsdirektör

Verksamhetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse och uppföljning statsbidrag och kompetensutveckling



Referens

*Kerstin Frimodig
kerstin.frimodig@botkyrka.se*

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

Information från förvaltningen

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av informationen.

Sammanfattning

Information från vård-och omsorgsdirektör

Verksamhetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse och uppföljning statsbidrag och kompetensutveckling



2

Ekonomisk månadsuppföljning per februari (von/2022:00006)

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner prognosen per februari 2021

Sammanfattning

Vård- och omsorgsförvaltningen prognostiserar i uppföljningen per februari en budget i balans för helåret 2021. Det är för tidigt på året för att dra några slutsatser om över- eller underskott än men det ekonomiska läget är bra och det finns goda förutsättningar att hålla en budget i balans.

**Referens**

Jennifer Hultberg
jennifer.hultberg@botkyrka.se

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

Ekonomisk månadsuppföljning per februari

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner prognosen per februari 2021.

Sammanfattning

Vård- och omsorgsförvaltningen prognostiserar i uppföljningen per februari en budget i balans för helåret 2021. Det är för tidigt på året för att dra några slutsatser om över- eller underskott än men det ekonomiska läget är bra och det finns goda förutsättningar att hålla en budget i balans.

Ärendet

Genomförandet av prognosuppföljningen

Uppföljningen per februari är den första uppföljningen för 2021. Vård- och omsorgsförvaltningen har på grund av det kommunövergripande projektet med bytet av kodplan till 2022 haft svårigheter att följa upp och lämna prognos tillsammans med samtliga budgetansvariga. Prognosen har därför genomförts per verksamhetsområde tillsammans med verksamhetschefer samt övergripande dialog mellan vård- och omsorgsdirektör, omsorgschefer, myndighetschef samt ekonomichef.

Utifrån tidsplanen med integrationen av nya kodplanen till kommunens ekonomiska analysverktyg Qlik är det möjligt att genomföra uppföljning med alla budgetansvariga från nästkommande prognos, enligt framtagna rutiner och med stöd av förvaltningens controllers.

Prognosuppföljningen

Vård- och omsorgsförvaltningen prognostiserar i uppföljningen per februari en budget i balans för helåret 2021. Det ekonomiska läget är bra och det finns goda förutsättningar att hålla en budget i balans utifrån ordinarie verksamhet.



Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Inga ekonomiska konsekvenser till följd av beslutet av denna rapport.

Petra Oxonius
Vård- och omsorgsdirektör

Jennifer Hultberg
tf. Ekonomichef



3

Verksamhetsberättelse 2021

(von/2021:00357)

Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner verksamhetsberättelse 2021
2. Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att ombudgetera överskottet på 0,48 mnkr för investeringsprojekt 3500 ”inventarier ÄO/OF” till 2022.

Sammanfattning

Varje år tar kommunen fram ”Mål och budget med flerårsplan” som uttrycker de ambitioner som kommunfullmäktige har bestämt för de kommande fyra åren. Utifrån de mål och ambitioner som finns i planen följer nämnden upp hur arbetet har bedrivits under året och i vilken utsträckning kommunfullmäktiges respektive nämndens uppsatta mål har nåtts.

Inom de tre områden som vård- och omsorgsnämnden är berörd av är måluppfyllelsen god inom ett och godtagbar inom övriga två. Som en jämförelse kan nämnas att måluppfyllelsen (andelen uppsatta mål som nås utifrån de mått som nämnden valt att använda sig av) föregående år var 48 procent (20 av 42 mål nåddes) medan densamma för 2021 uppgår till 67 procent (26 av 39 mål nåddes).

Det ekonomiska resultatet för 2021 visar ett överskott på 34,6 miljoner kronor. Överskott redovisas för äldreomsorgen, omsorg om funktionsnedsatta och de gemensamma verksamheterna.

För investeringarna visar de fleråriga projekten en positiv avvikelse mot årets budget på 0,72 miljoner kronor och de ettåriga projekten en positiv avvikelse på 1,06 miljoner



kronor. För investeringsprojekt 3500 ”Investeringar ÄO/OF” redovisas ett överskott motsvarande 0,48 miljoner kronor som förvaltningen föreslås ombudgeteras till 2022 på grund av leveranssvårigheter av de planerade investeringarna 2021.

**Referens**

Emma Åberg
emma.aberg@botkyrka.se

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

Verksamhetsberättelse 2021

Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner verksamhetsberättelse 2021
2. Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att ombudgetera överskottet på 0,48 mnkr för investeringsprojekt 3500 ”inventarier ÄO/OF” till 2022.

Sammanfattning

Varje år tar kommunen fram ”Mål och budget med flerårsplan” som uttrycker de ambitioner som kommunfullmäktige har bestämt för de kommande fyra åren. Utifrån de mål och ambitioner som finns i planen följer nämnden upp hur arbetet har bedrivits under året och i vilken utsträckning kommunfullmäktiges respektive nämndens uppsatta mål har nåtts.

Inom de tre områden som vård- och omsorgsnämnden är berörd av är måluppfyllelsen god inom ett och godtagbar inom övriga två. Som en jämförelse kan nämnas att måluppfyllelsen (andelen uppsatta mål som nås utifrån de mått som nämnden valt att använda sig av) föregående år var 48 procent (20 av 42 mål nåddes) medan densamma för 2021 uppgår till 67 procent (26 av 39 mål nåddes).

Det ekonomiska resultatet för 2021 visar ett överskott på 34,6 miljoner kronor. Överskott redovisas för äldreomsorgen, omsorg om funktionsnedsatta och de gemensamma verksamheterna.

För investeringarna visar de fleråriga projekten en positiv avvikelse mot årets budget på 0,72 miljoner kronor och de ettåriga projekten en positiv avvikelse på 1,06 miljoner kronor. För investeringsprojekt 3500 ”Investeringar ÄO/OF” redovisas ett överskott motsvarande 0,48 miljoner



kronor som förvaltningen föreslås ombudgeteras till 2022 på grund av leveranssvårigheter av de planerade investeringarna 2021.

Ärendet

Varje år tar kommunen fram ”Mål och budget med flerårsplan” som uttrycker de ambitioner som kommunfullmäktige har bestämt för de kommande fyra åren. Mål och budget med flerårsplan är ett styrande dokument för planering och uppföljning som innehåller både mål och en ekonomisk plan för den aktuella tidsperioden. Utifrån de mål och ambitioner som finns i planen följer nämnden upp hur arbetet har bedrivits under året och i vilken utsträckning kommunfullmäktiges respektive nämndens uppsatta mål har nåtts.

Vård- och omsorgsförvaltningen har berett ärendet.

Uppföljningen i korthet

Inom de tre områden som vård- och omsorgsnämnden är berörd av är måluppfyllelsen god inom ett och godtagbar inom övriga två. I tabellen nedan framgår hur måluppfyllelsen ser ut inom de olika områdena och utifrån nämndens mål¹. Som en jämförelse kan nämnas att måluppfyllelsen (andelen uppsatta mål som nås utifrån de mått som nämnden valt att använda sig av) föregående år var 48 procent (20 av 42 mål nåddes) medan densamma för 2021 uppgår till 67 procent (26 av 39 mål nåddes).

Vård- och omsorgsnämndens egen värdering av måluppfyllelsen 2021

- 1. Botkyrkaborna har egenmakt
 - 1:6:1 Delaktiga i Botkyrkas utveckling (6 av 8 mål nås)
 - 1:7:1 Återkoppling synpunkter (1 av 1 mål nås)
- ◆ 2. Botkyrkaborna är trygga
 - ◆ 2:1:1 God omsorg (4 av 7 mål nås)
 - ◆ 2:1:2 Omsorgen är rättssäker och har god kvalitet (3 av 4 mål nås)
 - ◆ 2:2:1 Botkyrkabor känner sig trygga med det stöd som de får (3 av 5 mål nås)
 - 2:3:1 Botkyrkabor trivs i sina särskilda boenden (0 av 1 mål nås)
- ◆ 4. Kommunens organisation
 - ◆ 4:1:1 Vård- och omsorgsnämndens verksamheter är resurseffektiva (1 av 2 mål nås)
 - ◆ 4:2:1 Vård- och omsorgsnämndens anställda har rätt kompetens och trivs på arbetet (6 av 9 mål nås)
 - 4:3:1 Kommunen nyttjar digitaliseringens möjligheter (2 av 2 mål nås)

¹ Då utfall saknas kopplat till 8 mått har dessa räknats bort i sammanställningen.



Det ekonomiska resultatet för 2021 visar ett överskott på 34,6 miljoner kronor. Äldreomsorgen, omsorg om funktionsnedsatta och gemensam verksamhet visar överskott. De främsta anledningarna till överskottet är volymförändringar i förhållande till vad som budgeterats, verksamheter som helt eller delvis varit stängda under året, retroaktiv momsersättning för lokalkostnader för Tunängens vård- och omsorgsboende samt utbetalning av ersättning för merkostnader för coronarelaterade kostnader för december 2020.

För investeringarna visar de fleråriga projekten en avvikelse mot årets budget på 0,72 miljoner kronor och de ettåriga projekten en avvikelse på 1,06 miljoner kronor. För investeringsprojekt 3500 "Investeringar ÄO/OF" redovisas ett överskott motsvarande 0,48 miljoner kronor på grund av leveranssvårigheter av de investeringar som var planerade som en effekt av den pågående pandemin. Utifrån det föreslår förvaltningen att överskottet ombudgeteras till 2022 för att investeringarna ska kunna genomföras då behovet inte har kunnat tillgodoses under 2021.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet får inga ekonomiska konsekvenser då ärendet är en rapportering av vad som redan har genomförts under året.

Petra Oxonius
Vård- och omsorgsdirektör

Christina Almqvist
Kvalitetschef

Bilaga

Verksamhetsberättelse vård- och omsorgsnämnden inklusive bilaga
Investeringsredovisning per objekt VON

Expedieras till:
Kommunstyrelsen

**DET HÄR ÄR
BOTKYRKA**

Verksamhetsberättelse 2021

Vård- och omsorgsnämnden



Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Måluppföljning och analys	5
Område 1 – Botkyrkaborna har egenmakt.....	5
Fullmäktiges utvecklingsmål: 1:6 Botkyrkaborna är delaktiga i Botkyrkas utveckling.....	6
Nämndens mål: 1:6:1 Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden är mer delaktiga i Botkyrkas utveckling	6
Fullmäktiges utvecklingsmål: 1:7 Botkyrkaborna har förtroende för kommunen som organisation	8
Nämndens mål: 1:7:1 Botkyrkaborna får snabb och korrekt återkoppling på synpunkter på vård- och omsorgsnämndens verksamheter	8
Område 2 – Botkyrkaborna är trygga.....	9
Fullmäktiges utvecklingsmål: 2:1 Botkyrkaborna har en god omsorg.....	10
Nämndens mål: 2:1:1 Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden upplever att de har en god omsorg	10
Nämndens mål: 2:1:2 Vård- och omsorgsnämnden ger en verksamhet som är rättssäker och har god kvalitet	13
Fullmäktiges utvecklingsmål: 2:2 Botkyrkaborna känner sig trygga.....	15
Nämndens mål: 2:2:1 Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden känner sig trygga med det stöd som de får	15
Fullmäktiges utvecklingsmål: 2:3 Botkyrkaborna trivs i kommunen.....	17
Nämndens mål: 2:3:1 Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden trivs i sina särskilda boenden.	17
Område 4 – Kommunens organisation.....	18
Fullmäktiges utvecklingsmål: 4:1 Kommunens organisation är resurseffektiv.....	19
Nämndens mål: 4:1:1 Vård- och omsorgsnämndens verksamheter är resurseffektiva	19
Fullmäktiges utvecklingsmål: 4:2 Botkyrkas anställda trivs och mår bra.....	20
Nämndens mål: 4:2:1 Vård- och omsorgsnämndens anställda har rätt kompetens och trivs på arbetet.....	20
Fullmäktiges utvecklingsmål: 4:3 Kommunen nyttjar digitaliseringens möjligheter till att ge bättre service till medborgarna och arbeta mer effektivt	24
Nämndens mål: 4:3:1 Vård- och omsorgsnämnden nyttjar digitaliseringens möjligheter och använder digital teknik och digitala tjänster i syfte att förbättra omsorgen för Botkyrkabor i behov av stöd.....	24
3 Betydelsefulla händelser	25
Redovisning av rekviderade stimulansmedel 2021.....	26
4 Ekonomisk uppföljning och analys.....	29
4.1 Driftuppföljning	29
4.1.1.1 Intäkter och kostnadsanalys.....	37
4.2 Investeringsuppföljning	38
5 Volymer och nyckeltal 2021	39
6 Personalredovisning	42
6.1 Personalsammansättning.....	42
6.2 Arbetsmiljö och hälsa	45
6.3 Kompetensutveckling.....	46

1 Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att ge stöd och service till äldre och personer med funktionsnedsättning. Stödet och servicen ges enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Inom de tre områden som vård- och omsorgsnämnden är berörd av är måluppfyllelsen god inom ett och godtagbar inom övriga två. I tabellen nedan framgår hur måluppfyllelsen ser ut inom de olika områdena och utifrån nämndens mål¹. Som en jämförelse kan nämnas att måluppfyllelsen (andelen uppsatta mål som nås utifrån de mått som nämnden valt att använda sig av) föregående år var 48 procent (20 av 42 mål nåddes) medan densamma för 2021 uppgår till 67 procent (26 av 39 mål nåddes).

Vård- och omsorgsnämndens egen värdering av måluppfyllelsen 2021	
●	1. Botkyrkaborna har egenmakt
●	1:6:1 Delaktiga i Botkyrkas utveckling (6 av 8 mål nås)
●	1:7:1 Återkoppling synpunkter (1 av 1 mål nås)
◆	2. Botkyrkaborna är trygga
◆	2:1:1 God omsorg (4 av 7 mål nås)
◆	2:1:2 Omsorgen är rättssäker och har god kvalitet (3 av 4 mål nås)
◆	2:2:1 Botkyrkabor känner sig trygga med det stöd som de får (3 av 5 mål nås)
■	2:3:1 Botkyrkabor trivs i sina särskilda boenden (0 av 1 mål nås)
◆	4. Kommunens organisation
◆	4:1:1 Vård- och omsorgsnämndens verksamheter är resurseffektiva (1 av 2 mål nås)
◆	4:2:1 Vård- och omsorgsnämndens anställda har rätt kompetens och trivs på arbetet (6 av 9 mål nås)
●	4:3:1 Kommunen nyttjar digitaliseringens möjligheter (2 av 2 mål nås)

Brukarnas uppfattning om verksamheten

Inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter genomförs årligen brukarundersökningar, som är nio till antalet. Detta för att brukarna ska ges möjlighet att uttrycka sitt omdöme om omsorgen och på så sätt påverka förbättringsarbetet inom verksamheten. Nämnden har under året valt att särskilt följa och sätta upp mål för nivån av självbestämmande, sammantagen nöjdhet, trygghet och trivsel. Till följd av administrativa problem genomförde Socialstyrelsen ingen brukarundersökning inom vård- och omsorgsboende respektive hemtjänst under 2021. Utfall saknas därför för 8 av de mått nämnden valt att använda sig av för att mäta uppsatta mål.

De brukarundersökningar som genomfördes under 2021 visar att andelen brukare som är nöjda med omsorgen – såväl med självbestämmandet som stödet i dess helhet och tryggheten – har ökat sedan förra året. I vissa fall är ökningen markant och i ett fåtal fall har en minskning skett. Sammantaget nås 60 procent av nämndens uppsatta mål kopplat till brukarundersökningarna, att jämföra med 30 procent föregående år. Precis som 2020 nås flest mål kopplat till upplevelsen av självbestämmande.

Rättssäkerhet och verksamhet av god kvalitet

Inom området rättssäkerhet och god kvalitet har nämnden valt att följa andelen överklaganden som

¹ Då utfall saknas kopplat till 8 mått har dessa räknats bort i sammanställningen.

Vård- och omsorgsnämnden

går emot fattade beslut, väntetid till vård- och omsorgsboende respektive till boende enligt LSS samt personalkontinuiteten inom hemtjänsten. Utfallet för tre av fyra mått har precis som föregående år förbättrats och samtliga tre uppsatta mål nås. I det fjärde fallet, personalkontinuiteten inom hemtjänsten, är dock utfallet detsamma som 2020, mycket till följd av yttre omständigheter såsom hög sjukfrånvaro till följd av pandemin och omställningen till införandet av externa utförare inom hemtjänsten.

Personal

Kommunen som helhet och nämnden har sammantaget valt att använda sig av nio olika mått inom personalområdet. Uppsatt mål nås inom sex av dem. Förvaltningen kan dock konstatera att utfallet för övriga tre mål – formell kompetens, HME (hållbart medarbetarengagemang) och personalomsättning för antalet avslutade – är som mest två procentenheter från uppsatt mål. Personalomsättningen har förbättrats sedan 2020, och är 2021 bara 0,1 procentenheter ifrån nämndens uppsatta mål. Andelen omsorgspersonal med formell kompetens har däremot minskat kraftigt sedan föregående år. Analysen visar att försämringen främst är en konsekvens av de nya konverteringsregler som infördes under hösten 2021.

Ekonomi

Verksamhet (i miljoner kronor)	Utfall 2020	Utfall 2021	Budget 2021	Avvikelse 2021
Intäkter (+)	402,6	405,7	366,9	38,8
Kostnader (-)	-1 551,7	-1 602,5	-1 598,3	-4,2
Netto (+/-)	-1 149,1	-1 196,8	-1 231,4	34,6
Nettoinvesteringar (+/-)	-8,9	-5,2	-6,9	1,8

Det ekonomiska resultatet för 2021 visar ett överskott på 34,6 miljoner kronor. Överskott redovisas för äldreomsorgen, omsorg om funktionsnedsatta och de gemensamma verksamheterna.

För investeringarna visar de fleråriga projekten en avvikelse mot årets budget på 0,72 miljoner kronor och de ettåriga projekten en avvikelse på 1,06 miljoner kronor. För investeringsprojekt 3500 ”Investeringar ÄO/OF” redovisas ett överskott motsvarande 0,48 miljoner kronor som förvaltningen föreslås ombudgeteras till 2022 på grund av leveranssvårigheter av de planerade investeringarna 2021.

2 Måluppföljning och analys

Område 1 – Botkyrkaborna har egenmakt



För att känna egenmakt är det som brukare av vård- och omsorgstjänster viktigt att vara delaktig i det egna stödet och uppleva självbestämmande.

Vård- och omsorgsnämnden bidrar till målområdet genom följande två mål:

- Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden är mer delaktiga i Botkyrkas utveckling
- Botkyrkaborna får snabb och korrekt återkoppling på synpunkter på vård- och omsorgsnämndens verksamheter

Upplevelsen av delaktighet mäts dels genom de brukarundersökningar som genomförs inom åtta av nämndens verksamheter (9 olika mått), dels genom antalet dialogmöten som anordnats under året. Målet om återkoppling på synpunkter mäts genom hur många av de synpunkter som registrerats i Public 360 under året som besvarats inom 10 dagar. Till följd av förseningar i genomförandet av de nationella brukarundersökningarna inom vård- och omsorgsboende och hemtjänst saknas utfall för dessa två verksamheter. För 2021 finns därför utfall bara att tillgå för 9 av dessa 11 mått.

Analysen av året visar att nämndens uppsatta mål nås i 7 av 9 fall, en klar förbättring i jämförelse med föregående år då 4 av 10 mål nåddes. Måluppfyllelsen för området i sin helhet bedöms utifrån detta vara god.

Positiva iakttagelser

Som en del i införandet av ökad valmöjlighet inom hemtjänsten ger fyra upphandlade externa hemtjänstutförare stöd till medborgare i kommunen sedan den 4 januari 2021. Brukare får sedan dess välja mellan dessa fyra och kommunens hemtjänst när de beviljats hemtjänst. Förvaltningen bedömer att införandet av ökade valmöjligheter inom hemtjänsten på det stora hela har fungerat bra och att arbetet har gått enligt tidsplan.

Förbättringsområden

I likhet med föregående år har pandemin påverkat många verksamheters möjligheter att arbeta vidare med olika förbättrings- och kompetensutvecklande insatser, som exempelvis de sju dialogerna om värdegrunden. Detta då såväl bristen på tid som svårigheterna att genomföra dialogerna digitalt när restriktioner omöjliggjort fysiska träffar, har gjort att arbetet har fått senareläggas något. För att bli mer användarvänliga och lättare att ta till sig har förvaltningen passat på att se över dialogerna och förenklat dem något.

Fullmäktiges utvecklingsmål: 1:6 Botkyrkaborna är delaktiga i Botkyrkas utveckling

Nämndens mål: 1:6:1 Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden är mer delaktiga i Botkyrkas utveckling



För att känna delaktighet i Botkyrkas utveckling är det som brukare av vård- och omsorgstjänster viktigt att uppleva en hög nivå av självbestämmande. För att mäta i vilken utsträckning så är fallet, genomförs årligen enkätundersökningar bland nämndens samtliga verksamheter där frågor om upplevt självbestämmande ställs. Inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende genomförs undersökningarna vanligtvis på våren och inom funktionsnedsättningsområdet, Myndighet och dagverksamhet strax efter sommaren. I år har alla undersökningar utom den inom hemtjänst respektive vård- och omsorgsboende genomförts. Resultatet av årets brukarundersökningar visar på en större nöjdhet med självbestämmandet inom så gott som samtliga verksamheter. Analysen av året visar också att uppsatt mål nås inom fem av sju verksamhetsområden

En annan form av brukardelaktighet och påverkansmöjlighet på kommunens utveckling sker genom de dialogmöten som förvaltningen regelbundet bjuder in brukarorganisationerna till. Möjligheten till dialog med brukarorganisationer har dock påverkats av coronapandemin då digitala möten inte alltid har upplevts lika givande som fysiska möten. Trots det har tre digitala träffar anordnats och ytterligare två erbjudits men avböjts av brukarorganisationerna. Det gör att nämndens mål precis nås.

För att öka brukarnas upplevelse av självbestämmande har förvaltningen fortsatt arbetet med att förbättra kvaliteten i genomförandeplanen och den sociala dokumentationen. Resultatet av dessa satsningar bedöms vara att dokumentationen i större utsträckning utgår från individens situation och att möjlighet till delaktighet och självbestämmande genom det blir större. Under året har även arbetet med att förtydliga samarbetet mellan Myndighet och utförare fortgått. Arbetet har resulterat i att en medborgarkarta har implementerats i syfte att öka brukarens och dess anhörigas kunskap om handlägningsprocessen och därmed möjligheten för den enskilde att själv vara delaktig i arbetet.

Ett verktyg för att öka kunskapen om självbestämmande och genom det öka möjligheten till delaktighet för nämndens brukare är de 7 dialoger som förvaltningen har arbetat utifrån de senaste åren. Till följd av pandemin och dess restriktioner har detta arbete inte kunnat fortgå i önskad utsträckning under året men kommer att fortsätta under 2022.

Sammantaget nås 6 av 8 uppsatta mål (undantaget de två mål som inte har kunna mätas) varför målet om att Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden är mer delaktiga i Botkyrkas utveckling bedöms vara uppnått.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Antal dialogmöten per år som brukarorganisationer bjuds in till ska öka			4	3	5	5

Målet är att verksamheterna ska bjuda in brukare, brukarorganisationer, anhöriga och gode män, samt andra samarbetspartners till dialogmöten. På grund av pandemin och dess restriktioner har det inte gått att genomföra fysiska möten i den utsträckning förvaltningen planerat, däremot har tre digitala dialogmöten genomförts under året: två inflytanderåd inom vård- och omsorgsboende och ett inflytanderåd inom gruppboende. Brukarorganisationerna har bjudits in till fler möten men valt att tacka nej. Då antalet dialogmöten som förvaltningen bjudit in till, motsvarar uppsatt mål anser förvaltningen att nämndens mål är uppnått.

Vård- och omsorgsnämnden

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom gruppboende som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	Totalt	83	77	82	82	84
	Män	82	67	89		80
	Kvinnor	91	73	74		89

I jämförelse med föregående år har det skett en lätt förbättring i andelen brukare som är nöjda med självbestämmandet, och nämndens mål nås. Utfallet är högre än för såväl riket (77 procent) som länet (81 procent) och svarsfrekvensen har ökat med drygt tio procentenheter i jämförelse med föregående år. Utifrån resultat kan förvaltningen konstatera att det är kvinnorna som står för ökningen genom att ha gått från 74 procent till 89 procent. En möjlig orsak kan vara att fler kvinnor än män är högfungerande inom verksamheten och därmed har större möjlighet att göra sin röst hörd, något som kan ha påverkat upplevelsen av självbestämmande. Någon skillnad utifrån geografisk tillhörighet (kommundel) går däremot inte att utläsa.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom hemtjänsten som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent) (KF)	Totalt	74	74	73	79	-
	Män	77	73	70		
	Kvinnor	73	74	74		

På grund av att det inte har genomförts någon brukarundersökning inom hemtjänsten finns inget utfall för nöjdheten med självbestämmandet och det är därför svårt att bedöma om målet har nåtts eller inte.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom vård- och omsorgsboende som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent) (KF)	Totalt	74	70	71	80	-
	Män	71	72	67		
	Kvinnor	75	69	73		

På grund av att det inte har genomförts någon brukarundersökning inom vård- och omsorgsboende finns inget utfall för nöjdheten med självbestämmandet och det är därför svårt att bedöma om målet har nåtts eller inte.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom serviceboende som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	Totalt	86	86	91	91	91
	Män	83	87	91		93
	Kvinnor	100	82	91		88

Andelen personer inom serviceboende som är nöjda med sitt självbestämmande är på samma nivå som föregående år, och precis som då nås nämndens mål precis. Även i jämförelse med länet (84 procent) och riket (82 procent) är Botkyrkaborna mer nöjda med självbestämmandet än övriga. Nöjdheten bland kvinnor är något lägre än bland männen, men skillnaden är marginell. Någon skillnad utifrån geografisk tillhörighet (kommundel) går inte att utläsa.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom boendestöd som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	Totalt	88	82	84	85	95
	Män	86	82			100
	Kvinnor	89	83			91

Förvaltningen kan konstatera att klart fler brukare är nöjda med självbestämmandet i år än förra året – en höjning med drygt tio procentenheter. Därmed nås nämndens uppsatta mål med god marginal. Resultatet är även högt i relation till riket (87 procent) och länet (88 procent) och bland svarande män är nöjdheten hela 100 procent. Verksamheten har nått ett bättre resultat än tidigare år trots att många av de aktiviteter som hade planerats för året inte har gått att genomföra på grund av pandemin. Detta visar att det arbete som sker hemma hos brukaren i hög grad styrs av det som brukaren själv upplever som viktigt att få bestämma över. Bidragande till den markanta ökningen bedöms vara att verksamheten arbetat hårt för att säkerställa att samtliga brukare är delaktiga i framtagandet av genomförandeplanen och uppdateringen av denna samt att uppföljningar av planen skett regelbundet.

Vård- och omsorgsnämnden

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer över 65 år inom Myndighet som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	Totalt	67	67	71	75	70
	Män	64	60	69		72
	Kvinnor	68	68	76		68

Resultatet i brukarundersökningen är detsamma som föregående år, vilket är något lägre än uppsatt mål. I undersökningen svarade 70 procent att de helt fick beskriva sin situation och vad de behöver hjälp med i egna ord, medan 10 procent uppgav att de inte fick göra det. Övriga 20 procent svarade att de delvis fick beskriva situationen med egna ord. I motsats till föregående år är kvinnorna något mindre nöjda. Någon förklaring till det har inte förvaltningen.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom personlig assistans som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)		77	80	93	83	85
				100		90
				88		80

Andelen brukare inom personlig assistans som uppger att de har varit med och bestämt alla sina assistenter har minskat med åtta procentenheter sedan föregående år. Trots det nås nämndens mål med liten marginal. Övriga 15 procent uppger att de har fått vara med och bestämt några av sina assistenter. Trots försämringen är utfallet mycket högt i jämförelse med länet (69 procent) respektive riket (49 procent). En viss skillnad mellan kvinnor och män kan uppmätas, där männen är nöjdare än kvinnorna även om båda grupperna visar på en något minskad nöjdhet i jämförelse med föregående år. En möjlig förklaring till minskningen kan vara att pandemin gjort det svårare att rekrytera personal och därför minskat möjligheterna att välja assistenter.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer under 65 år inom Myndighet som är nöjda med självbestämmandet ökar (procent)	Totalt	63	63	72	70	59
	Män		61	69		57
	Kvinnor		65	76		61

Andelen som uppger att de med egna ord helt fick beskriva sin situation är markant lägre i jämförelse med förra året, en minskning med 13 procentenheter. I likhet med tidigare år är det dock fortsatt 90 procent som uppger att de antingen helt eller delvis fick göra detta. Det stora skiftet har skett mellan de som har svarat ja till de som svarat delvis. I 2020 års undersökning var det 72 procent som svarade helt och 20 procent som svarade delvis, medan det i årets undersökning var 59 respektive 32 procent. En analys av utfallet visar att det är i den yngre åldersgruppen (0–21 år) som en större andel svarar delvis, eller inte alls, en grupp som ökat i representation i undersökningen mellan åren och som i hög grad företräds av anhöriga i brukarundersökningen. Det senare är något som kan försvåra möjligheterna att öka nöjdheten, men som förvaltningen kommer att arbeta vidare med under 2022.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom dagverksamheten som är nöjda med självbestämmande ökar (procent)	Totalt		77		82	89
	Män					80
	Kvinnor					94

Andelen brukare inom dagverksamheten som är nöjda med sitt självbestämmande har ökat från 77 procent till 89 procent. Förvaltningen når därmed nämndens uppsatta mål med god marginal. Möjliga förklaringar till den ökade nöjdheten kan vara dagverksamhetens kontinuerliga arbete för att tillvarata brukarnas självbestämmande genom att schemalägga aktiviteterna utifrån de önskemål och intressen som brukarna uttryckt i samband med individuella samtal. Hur det kommer sig att nöjdheten är något lägre bland männen är något verksamheten tar med sig och analyserar vidare.

Fullmäktiges utvecklingsmål: 1:7 Botkyrkaborna har förtroende för kommunen som organisation

Nämndens mål: 1:7:1 Botkyrkaborna får snabb och korrekt återkoppling på synpunkter på vård- och omsorgsnämndens verksamheter



Att återkoppla snabbt i synpunkts- och klagomålsärenden är viktigt för att visa förvaltningens vilja och förmåga att förbättra verksamheten och för att brukare och anhöriga ska få stärkt förtroende för

förvaltningen. Förvaltningen ser därför positivt på synpunkter och uppmuntrar både brukare och anhöriga att höra av sig. Merparten av de synpunkter som kommer in besvaras omgående i form av personligt möte, telefonsamtal, mejl eller brev och registreras då inte i Public 360. Frågor och synpunkter av större karaktär registreras i Public 360 och ska enligt gällande riktlinje besvaras inom tio dagar.

Ett utvecklingsområde har under året varit att fler ärenden ska registreras i Public 360. För att nå dit har enhetscheferna fått utbildning i och därefter behörighet till systemet.

Sammantaget har 44 synpunkter registrerats i Public 360 under 2021, vilket kan jämföras med 70 föregående år. Vissa av synpunktslämnarna är anonyma och besvaras därför inte, men av övriga 32 finns ett svar inlagt i Public 360 för 21 av dem. Av dessa 21 besvarades 17 inom 10 dagar, vilket motsvarar 81 procent. Detta är en lätt höjning i jämförelse med föregående år och nämndens mål nås. Samtidigt är antalet synpunkter som saknar svar i ärendesystemet, och där det därför inte går att veta om de har besvarats i tid, så pass många att det finns viss osäkerhet förenad med utfallet.

Identifierade förbättringsområden inför 2022 är dels att förvaltningen ska bli bättre på att hantera synpunkter i Public 360, dels att i större utsträckning lära sig av de synpunkter som kommit in genom att lyfta dem med varandra. Som en del i det senare har arbetsgrupper skapats inom olika verksamheter för att möjliggöra kollegialt lärande. Förvaltningen ser även behov av vidare utbildning i systemet för att en större andel av de synpunkter som framförs ska registreras och att registreringerna ska ske på rätt sätt.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen synpunkter som besvaras inom 10 dagar ökar (procent) (KF)		36	63	78	68	81

Område 2 – Botkyrkaborna är trygga



Vård- och omsorgsnämnden bedömer sig bidra i mycket stor omfattning till området utifrån att stora delar av förvaltningens arbete sker inom detta område.

Arbetet sker utifrån följande mål:

- Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden upplever att de har en god omsorg
- Vård- och omsorgsnämnden ger en verksamhet som är rättssäker och har god kvalitet.

Upplevelsen av omsorgen mäts genom de brukarundersökningar som genomförs inom åtta av nämndens verksamheter (som speglas i 9 olika mått) medan graden av rättssäkerhet och kvaliteten mäts genom fyra mer objektiva mått. För 2021 finns utfall för 11 av dessa 13 mått. Uppföljningen av året visar att nämndens uppsatta mål nås i 7 av 11 fall. Området i sin helhet bedöms utifrån detta vara godtagbart.

Positiva iakttagelser

Under 2021 har en satsning gjorts på metodutveckling inom funktionsnedsättningsområdet. Satsningen har bland annat bestått av utbildning i tydliggörande pedagogik och motiverande samtal. Med bättre kunskap på området kan kommunikationen utvecklas och fler möjligheter för delaktighet och självständighet skapas för brukare inom funktionsnedsättningsområdet. De

medarbetare som har genomgått utbildning har i uppgift att föra kunskaperna vidare till sina kollegor för att så många som möjligt ska kunna stärka sin kunskap. Fler utbildningar planeras inom satsningen som fortsätter under 2022.

Förbättringsområden

I likhet med tidigare år behöver personalkontinuiteten inom hemtjänsten öka. Som beskrivs i uppföljningen av året har såväl pandemin som införandet av ökad valmöjlighet inom hemtjänsten försvårat möjligheterna att öka personalkontinuiteten. Hög kontinuitet i vilka brukarna träffar är en viktig del i att skapa trygghet för hemtjänsttagarna. Förvaltningen behöver därför arbeta vidare för att på alla möjliga sätt öka personalkontinuiteten i hemtjänst under kommande år.

Fullmäktiges utvecklingsmål: 2:1 Botkyrkaborna har en god omsorg

Nämndens mål: 2:1:1 Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden upplever att de har en god omsorg



En del i att vara trygg och att leva ett självständigt liv, är att som brukare vara nöjd med den omsorg som ges. Hur nöjda nämndens brukare är med det stöd de får, mäts genom de brukarundersökningar som genomförs under året, vilka är nio till antalet. Utfall finns för sju av nio mått. Fyra av dessa sju mål nås och utfallet för ett femte avviker med en procentenhet från uppsatt mål. Förvaltningen kan även konstatera att brukarnöjdheten har ökat eller är så hög den kan bli inom fem av sju områden, samt att resultatet inom övriga två områden är detsamma som föregående år respektive har minskat med en procentenhet.

Arbetet med kvaliteten på genomförandeplanen och brukarens delaktighet i framtagandet av denna har fortsatt under året. Fokus har även legat på social dokumentation och på att skapa fungerande rutiner och stöd för att alla utförare ska dokumentera regelbundet. Som en del i det har även utbildningar i social dokumentation genomförts.

För att fler Botkyrkabor ska uppleva att de har en god omsorg har förvaltningen även satsat på att förbättra kontaktmannaskapet, att tydliggöra arbetsroller och att vara tydligare i sin kommunikation av vad som ingår i en insats. Ett arbete har som en del i det inletts med att ta fram en sammanställd broschyr kring varje boende för att bifogas redan vid erbjudande om boende.

Under året har förvaltningen varit med i planeringen av den mötesplats för seniorer som nämnden gett förvaltningen i uppdrag att öppna i Alby. Mötesplatsen skulle ha öppnat redan under hösten 2021 men arbetet har försenats något till följd av pandemin och invigning planeras i stället ske i april 2022. Den nya mötesplatsen är tänkt att bidra till att även seniora medborgare i norra delarna av kommunen lättare ska kunna ta sig till en mötesplats. I uppdraget från nämnden ingår även att hitta former för samverkan med en ideell organisation för att driva mötesplatsen tillsammans med frivilliga seniorer.

Målet att Botkyrkaborna med stöd av vård- och omsorgsnämnden upplever att de har en god omsorg bedöms trots ovanstående satsningar bara vara delvis uppfyllt.

Vård- och omsorgsnämnden

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom hemtjänsten som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent) (KF)	Totalt	78	73	77	79	-
	Män	79	73	77		
	Kvinnor	77	73	77		

På grund av att det inte har genomförts någon brukarundersökning inom hemtjänsten finns inget utfall för nöjdheten med stödet i sin helhet och det är därför svårt att bedöma om målet har nåtts eller inte.

För att öka brukarnöjdheten har hemtjänsten under året arbetat fram rutiner för verksamheten som även kommer ha betydelse för brukarnas och deras anhörigas upplevelse av stödet. Bland dessa kan nämnas rutiner för egenvård, samarbete med hemgångsteamet, munhälsa, nutrition och palliativ vård. En satsning har även gjorts på att öka den tillsvidareanställda personalens kompetens kring demens genom att gå vidareutbildning på området.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom vård- och omsorgsboende som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent) (KF)	Totalt	76	75	76	80	-
	Män	76	74	72		
	Kvinnor	75	76	79		

På grund av att det inte har genomförts någon brukarundersökning inom vård- och omsorgsboende finns inget utfall för nöjdheten med stödet i sin helhet och det är därför svårt att bedöma om målet har nåtts eller inte.

En viktig del i arbetet med att öka nöjdheten framöver är att följa upp att de boende verkligen får vara en del i att utforma sin dag. Fokus är på den enskildes upplevelse och känsla. Ytterligare behov är att fortsätta att utveckla arbetet med genomförandeplaner för att genom dessa skapa tydligare medbestämmande, delaktighet och upplevelse av god omsorg.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer över 65 år inom Myndighet som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	Totalt	65	66	69	74	68
	Män		60	66		60
	Kvinnor		70	70		71

Andelen brukare som är nöjda med kontakten med "Myndighet över 65 år" är oförändrad mot föregående år vilket gör att nämndens mål på 74 procent inte nås. Nöjdheten bland kvinnorna är oförändrad medan männen är något mindre nöjda i jämförelse med föregående år. Analysen av utfallet visar att gruppen som är 80 år är mindre nöjd än övriga, en skillnad på åtta procentenheter, något som även har varit fallet de senaste åren. En förklaring kan vara att fler inom den gruppen representeras av anhöriga i brukarundersökningen, en grupp som generellt brukar vara mer kritisk. Utifrån de kommentarer som lämnats i samband med brukarundersökningen, gör förvaltningen även analysen att de begränsningar för hembesök som gällt under året, har påverkat brukarnas känsla av delaktighet och därmed upplevelse av nöjdhet med kontakten med Myndighet.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom gruppboende som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	Totalt	74	72	72	80	72
	Män	83	78	78		76
	Kvinnor	82	67	65		68

Andelen som är nöjda med det stöd som ges är samma som året innan, vilket gör att nämndens uppsatta mål inte nås. Svarefrekvensen är fortsatt låg i jämförelse med hur den sett ut innan pandemin, men har trots allt ökat med 11 procentenheter i jämförelse med föregående år. Förklaringen till den allt för låga svarefrekvensen ligger, precis som under 2020, främst i pandemins påverkan på möjligheterna att ha frågeassistenter, och återspeglas även i svarefrekvensen för landet som helhet.

Det är fortsatt männen som utgör den något större andelen av de svarande, och som är nöjdare med stödet än kvinnorna, även om nöjdheten bland kvinnorna ökat något. Männen nöjdhet är även mer i nivå med både nämndens mål och resultatet för länet (83 procent) och riket (81 procent). Någon skillnad i nöjdhet utifrån geografisk tillhörighet kan inte uppmätas, däremot är det stor spridning mellan nämndens olika boenden.

Vård- och omsorgsnämnden

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom serviceboende som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	Totalt	62	64	70	74	85
	Män	61	74	76		93
	Kvinnor	75	27	55		76

Andelen brukare som anser sig få den hjälp de vill ha av boendepersonalen har ökat kraftigt sedan förra undersökningen, en ökning som gör att nämndens uppsatta mål nås med stor marginal. Även i jämförelse med länet och riket utmärker sig resultatet i positiv bemärkelse, där andelen nöjda i länet är 77 och i riket 78. Både kvinnor och män uttrycker större nöjdhet i jämförelse med föregående år även om männen, som utgör knappt två tredjedelar av de svarande, även fortsatt är betydligt mer nöjda än kvinnorna. I motsats till föregående år är de individuella skillnaderna mellan nämndens fyra serviceboenden klart mindre. Hur det kommer sig att nöjdheten minskat inom två av boendena och ökat inom övriga två är något förvaltningen behöver analysera vidare.

Orsaker till den positiva utvecklingen bedöms kunna vara det arbete med att förtydliga vad ett serviceboende innebär som bedrivits under året, genom vilket det blivit tydligare vad de boende kan förvänta sig av verksamheten och hur verksamheten ska arbeta för att nå uppsatta mål.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom boendestöd som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	Totalt	69	85	82	86	85
	Män	71	94			92
	Kvinnor	67	75			79

Brukarnöjdheten har ökat sedan förra året och är bara en procent lägre än nämndens uppsatta mål. Botkyrkabornas nöjdhet är även i nivå med länet (88 procent) och riket (87 procent). Män svarar i större utsträckning att de är nöjda än kvinnor, något som behöver analyseras vidare. En närmare analys av resultatet visar även att det är en påtaglig skillnad i nöjdhet mellan nämndens olika boendestödsgrupper, där de som är verksamma i norra Botkyrka har ett klart högre utfall än dem i södra. Någon direkt förklaring till detta har inte förvaltningen i dagsläget.

Arbete har under året skett utifrån den handlingsplan som togs fram efter 2020 års brukarundersökning. Som en del i det har fokus legat på kommunikation och på att säkerställa att varje brukare känner till vem de ska kontakta vid eventuella synpunkter, en fråga som stack ut i förra årets brukarundersökning.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer under 65 år inom Myndighet som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	Totalt	61	61	63	70	71
	Män		67	74		70
	Kvinnor		55	51		72

Andel personer under 65 som är nöjda med kontakten med Myndighet har ökat med åtta procentenheter sedan förra årets undersökning, vilket gör att nämndens uppsatta mål nås. Någon skillnad i nöjdhet utifrån kön kan inte ses, däremot utgörs ökningen mellan åren av att kvinnorna har blivit mycket nöjdare (en ökning med 21 procentenheter). Det är svårt att hitta en förklaring till varför den sammantagna nöjdheten ökar, och varför den ökar så mycket just inom gruppen kvinnor, när färre samtidigt upplever att de har fått beskriva sin situation med egna ord (självbestämmande). Dock visar undersökningen att medborgarnas upplevelse av såväl bemötande som möjligheten att komma i kontakt med handläggare har ökat, den senare påtagligt, vilket bedöms vara en viktig faktor för den sammantagna nöjdheten.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom personlig assistans som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent).	Totalt	85	90	100	90	100
	Män			100		100
	Kvinnor		83	100		100

Andelen brukare som anser sig nöjda med stödet i sin helhet är återigen 100 procent, vilket gör att nämndens uppsatta mål nås med god marginal. Utfallet kan jämföras med resultatet för länet och riket som är 9 respektive 14 procentenheter lägre. Bidragande till att ha kunnat bibehålla nöjdheten bedöms dels vara att tillgängligheten till chefen har ökat, för både brukare och anhöriga, gode män och medarbetare genom att en ytterligare chef tillsatts under året. Dels det arbete som fortsatt bedrivits för att förändra synsättet på genomförandeplanen till att vara brukarens redskap och inte personalens.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer inom dagverksamheten som är nöjda med stödet i sin helhet ökar (procent)	Totalt Män Kvinnor	86	93		94	98 95 100

Under 2020 genomfördes ingen brukarundersökning inom dagverksamheten till följd av att verksamheten var stängd under stora delar av året. 2021 års brukarundersökning visar att andelen personer som är nöjda med sin dagverksamhet har ökat till 98 procent, en ökning med fem procentenheter sedan 2019. Nämndens mål nås därmed med viss marginal. Över lag visar undersökningen att nöjdheten bland dagverksamhetens brukare är stor gällande såväl upplevelsen av trygghet, förtroende för och bemötande av personal, hänsyn till åsikter och önskemål, och nöjdhet med aktiviteter. Någon större skillnad uppmäts inte mellan kvinnor och män eller mellan nämndens olika dagverksamheter.

Nämndens mål: 2:1:2 Vård- och omsorgsnämnden ger en verksamhet som är rättssäker och har god kvalitet



En förutsättning för att förvaltningens brukare ska uppleva sig nöjda med omsorgen är en rättssäker verksamhet av god kvalitet. Med kvalitet avses att förvaltningen uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter för respektive verksamhet, samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Nämnden har valt att mäta kvaliteten genom tre mått: personalkontinuitet inom hemtjänsten, och väntetid till särskilt boende respektive till bostad med särskild service. Uppföljningen visar att väntetiden till såväl särskilt boende som bostad med särskild service har minskat och att uppsatt mål nås med god marginal. Gällande personalkontinuiteten är det dock en bit kvar innan uppsatt mål nås.

För att verksamheten som bedrivs ska vara rättssäker är det viktigt att handläggarna utreder och bedömer på ett korrekt sätt. Som en del i detta har nämnden valt att mäta nivån av rättssäkerhet utifrån bland annat antalet domar som går emot nämndens beslut. Uppföljningen visar att målet på 19 procent nås precis.

Utifrån att 75 procent av målen nås blir bedömningen att målet är delvis uppfyllt.

En tydlig handläggningsprocess bidrar till att säkerställa att förvaltningen följer lagstiftningen, når nämndens mål och skapar värde för medborgarna. Sedan sommaren 2021 pågår därför ett arbete med att uppdatera Myndighets processer och rutiner i förvaltningens kvalitetsledningssystem.

Ett arbete har även påbörjats med att uppdatera samtliga verksamheters uppdragsbeskrivningar. Med tydliga och gemensamt beslutade uppdragsbeskrivningar blir det lättare för respektive verksamhet att utföra rätt saker, så att brukarna får en omsorg av god kvalitet.

Under hösten har förvaltningen påbörjat arbetet med att följa upp nämndens verksamheter, ett uppdrag som har fått skjutas fram något till följd av pandemin. Först ut har hemtjänsten varit och så gott som samtliga enheter har hunnit följas upp. Uppföljningen gäller såväl nämndens egna hemtjänstutförare som de fyra externa utförare som sedan 4 januari 2021 utför hemtjänst i Botkyrka. Syftet med uppföljningen är att kontrollera att utförarna uppfyller gällande krav i lagar, förordningar och föreskrifter, samt avtal, med målet att kunna förbättra verksamheten för nämndens brukare.

Vård- och omsorgsnämnden

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Personalkontinuiteten i hemtjänsten ökar (antal) (KF)	Totalt Män Kvinnor	14	16	16	14	16 15 16

Att som brukare få möta ett begränsat antal individer är en viktig kvalitetsaspekt, dels för att öka brukarens trygghet, dels på grund av möjligheterna att som personal ha kännedom om hur brukaren önskar få sitt stöd utfört. Därför är personalkontinuiteten inom hemtjänsten en prioriterad fråga som följs upp regelbundet. Uppföljningen sker genom att mäta hur många olika individer från hemtjänsten en brukare möter under 14 dagar.

Utifrån uppföljningen kan förvaltningen konstatera att personalkontinuiteten är densamma som under samma period förra året. Nämndens uppsatta mål nås därmed inte. Förvaltningen ser flera anledningar till att målet inte nås. Dels har sjukfrånvaron periodvis varit hög under året, som en konsekvens av pandemin och uppmaningen att stanna hemma vid minsta symtom. Den höga sjukfrånvaron har gjort att fler timvikarier har fått tas in, vilket har påverkat kontinuiteten negativt. Dels har hemtjänsten stått inför att anpassa verksamheten till införandet av externa utförare och en minskning på 20 procent av beviljade hemtjänsttimmar. Något som under 2022 kommer att utökas till 40 procent. För att undvika övertalig tillsvidareanställd personal när behovet minskar, har lediga tjänster vakanshållits (inte tillsatts) och i stället ersatts med timvikarier.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel överklaganden som går emot fattade beslut minskar (procent)	Totalt Män Kvinnor	23,6	21,1	15,5	19	19

Förvaltningen kan konstatera att antalet domar har minskat under 2021, inom LSS från 101 till 65 och inom SoL från 9 till 7. Detta påverkar utfallet då varje dom får mer procentuell påverkan. Möjlig orsak till det lägre antalet domar inom LSS kan vara längre handläggningstid hos förvaltningsdomstolarna under pandemin. Andra tänkbara orsaker kan vara färre ansökningar till kommunen till följd av pandemin, förbättrad kvalitet på utredningarna, att förvaltningen dragit lärdomar av tidigare domar, och att rättsläget har stabiliserats. Tillsammans kan detta ha bidragit till att färre beslut har överklagats.

Av 65 domar avseende LSS gick 12 emot kommunen, vilket utgör 18 procent av domarna. Motsvarande för SoL var 2 av 7, det vill säga 29 procent, varav den ena återförvisades till kommunen för ny prövning. Sammantaget utgör det 19 procent vilket gör att nämndens mål precis nås.

Ett rättssäkert förvaltningsmyndighetsarbete behöver ha förutsättningarna att pröva beslut som det finns mindre vägledning kring i rättsliga källor. Samhället förändras samtidigt hela tiden vilket förändrar förutsättningarna vid beslutsfattande. Målsättningen är därmed inte att minska andelen domar utan att fortsätta pröva beslut som det finns mindre rättslig vägledning kring och ta lärdom av domstolens beslut för framtida bedömningar.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende minskar (vård- och omsorgsboende) (median)	Totalt Män Kvinnor	44	31	21 14 23	30	3 2 4

En del i en rättssäker verksamhet är att de personer som är i behov av stöd får det så snart som möjligt. Att så är fallet följs regelbundet upp för att tidigt upptäcka avvikelser som behöver åtgärdas. Utfallet för helåret är fyra dagar och för första halvåret (som är det som avses i måttet) är utfallet tre dagar. Det är dock viktigt att vara medveten om att utfallet troligtvis inte är representativt för ett vanligt år, då möjligheterna att erbjuda boende har påverkats av den goda tillgången på såväl vård- och omsorgsboenden som korttidsboende under en stor del av 2021.

Samtidigt som tillgången på boendeplatser har varit hög, minskade andelen medborgare som ansökte om insatsen, sannolikt på grund av rädsla för smittspridning på boenden. Förvaltningen kan konstatera att så fort pandemin lättat något, har antalet ansökningar till vård- och omsorgsboende ökat igen. En längre väntetid är därför att vänta framöver, något som troligtvis kommer att synas i resultatet för år 2022. Fortsatt arbete enligt framtagna rutiner kan dock hjälpa till att hålla nere väntetiden genom att tydliggöra processen.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Väntetid i antal dagar från beslut till första erbjudna inflyttningsdatum avseende boende enl. LSS § 9.9, median minskar (bostad med särskild service)	Totalt Män Kvinnor	139	150	21	120	10 - -

Mediantiden från beslut till erbjudande om inflyttningsdatum var under perioden 1 januari till 30 juni 10 dagar, en kraftig minskning i jämförelse med föregående år. Nämndens mål nås därmed med stor marginal. Någon uppdelning på kön kan inte göras då antalet individer är för få. Medelvärdet är för samma period 26 dagar och medianen för hela året är 24 dagar. Vid analysen av väntetiden är det viktigt att vara medveten om att varje enskilt fall får stor påverkan på utfallet då underlaget innehåller så få individer (7 personer). Orsaken till resultatet och den korta väntetiden bedöms främst vara att volymerna varit små, vilket gjort det möjligt att erbjuda boende snabbt.

Fullmäktiges utvecklingsmål: 2:2 Botkyrkaborna känner sig trygga

Nämndens mål: 2:2:1 Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden känner sig trygga med det stöd som de får



Det är viktigt att som brukare känna tillit och trygghet till personalen för att även känna sig trygga med det stöd som ges. Ett utvecklingsarbete pågår med att identifiera och synliggöra vad trygghet är för nämndens brukare samt att därefter öka kunskapen hos medarbetarna. Ett annat prioriterat område för att skapa trygghet bland brukarna är att i så stor utsträckning som möjligt tillgodose brukarnas önskemål om hur och när insatserna ska utföras. Att skapa trygghet har dock varit och fortsätter att vara en utmaning under pandemin. För att öka känslan av trygghet har verksamheten varit noggrann med att informera brukarna om aktuellt läge och med att planera in olika former av trygghetshöjande aktiviteter.

Målet mäts genom förvaltningens brukarundersökningar (sju olika verksamheter) varav utfall finns att tillgå för fem. Uppföljningen visar att nämndens uppsatta mål nås i tre av fem fall. I vissa fall har den upplevda tryggheten ökat markant, medan motsatsen gäller i andra.

För att fler ska känna sig trygga med det stöd de får har fokus varit att säkerställa att genomförandeplanen är aktuell samt att öka medarbetarnas kunskap i social dokumentation. Arbetssättet IBIC (individens behov i centrum) har skapat större fokus på genomförandeplanerna samt den sociala dokumentationen vilket innebär en större trygghet för brukaren. För att stärka kunskapen på området har ett stort antal medarbetare utbildats och ett antal workshops genomförts, något som har möjliggjort individuell återkoppling och dialog. I dagsläget ser förvaltningen såväl att fler genomförandeplaner är aktuella som en ökad delaktighet i upprättandet av dem.

Något som förvaltningen identifierar har påverkat arbetet mot nämndens mål är svårigheten med att rekrytera ny personal med formell kompetens och goda kunskaper i svenska språket, särskilt under årets sista halva. En god kommunikation mellan brukare och personal är viktigt för känslan av trygghet. Om kommunikationen brister finns risken att det uppstår en osäkerhet hos medborgaren vilket i sin tur kan påverka medborgarnas upplevelse av trygghet.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen personer som upplever att det är tryggt att bo hemma med hjälp av hemtjänsten ökar	Totalt Män Kvinnor	78	73	78	75	-

På grund av att det inte har genomförts någon brukarundersökning inom hemtjänsten finns inget utfall för andelen personer som upplever att det är tryggt att bo hemma med hjälp av hemtjänsten och det är därför svårt att bedöma om målet har nåtts eller inte.

Ett fungerande kontaktnätverk är en viktig faktor för att brukaren ska känna sig trygg. Självklart ska brukaren känna sig trygg med och ha tillit till all personal som kommer, men tryggheten i att ha en specifik person att vända sig till är viktig. Även kontinuitet påverkar känslan av trygghet, genom att omsorgen utförs på samma sätt och av ett fåtal personer. Hemtjänsten arbetar därför kontinuerligt för att begränsa antalet personal hos varje brukare.

Vård- och omsorgsnämnden

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen personer som upplever att det känns tryggt att bo på vård- och omsorgsboende ökar	Totalt Män Kvinnor	82	82	79	83	-

På grund av att det inte har genomförts någon brukarundersökning inom vård- och omsorgsboende finns inget utfall för andelen personer som upplever att det känns tryggt att bo på vård- och omsorgsboende och det är därför svårt att bedöma om målet har nåtts eller inte.

För att öka känslan av trygghet med stödet under pandemin, när det funnits begränsande möjligheter för besök av anhöriga och aktiviteter för de boende, har verksamheten regelbundet informerat de boende och deras anhöriga om vad som händer i verksamheterna genom utskick av informationsbrev. Även sociala medier har använts som ett sätt att kommunicera ut aktuella händelser och som ett sätt att visa vad som händer inom verksamheterna.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen personer som känner sig trygga med boendestödet ökar (procent)	Totalt Män Kvinnor	61	72	74	75	85 100 74

Andelen brukare som känner sig trygga med sitt boendestöd har ökat sedan förra året från 74 procent till 85 procent, vilket gör att nämndens uppsatta mål nås med god marginal. Nöjdheten ligger i linje med den inom länet (på 86 procent) och riket (på 83 procent). Analysen visar att män med boendestöd känner sig 100 procent trygga, medan upplevelsen av trygghet är påtagligt lägre bland de svarande som är kvinnor (74 procent).

Under året har verksamheten arbetat utifrån den handlingsplan som togs fram efter förra årets brukarundersökning, då nöjdheten var klart lägre, och flertalet av aktiviteterna kopplade till den har genomförts under året. Exempelvis har en broschyr om vad boendestöd är kommunicerats till samtliga brukare med boendestöd, som en del i att öka upplevelsen av trygghet och nöjdheten med stödet. Tyvärr har många av de övriga aktiviteter som var inplanerade behövt ställas in till följd av pandemin, såsom brukarråd, inflytanderåd och fredagsträffar, vilket har resulterat i mindre gemenskap och sociala kontakter. Återkopplingen från brukare har dock varit att verksamheten har varit flexibel i utformningen av stödet under pandemin, då flera medborgare har uttryckt behov av en annan typ av stöd än tidigare, och som kanske speglas i det förbättrade resultatet.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen personer som känner sig trygga med personalen på gruppboendet ökar (procent)	Totalt Män Kvinnor	67	58	75	65	76 78 72

Upplevelsen av trygghet inom gruppboende har ökat med en procentenhet från förra mätningen och nämndens mål nås med god marginal. Upplevelsen ligger i linje med den inom riket (77 procent) och något under upplevelsen inom länet som är 80 procent. Männerna uttrycker sig vara något mer nöjda än kvinnorna, men det är ingen större skillnad och inte heller någon direkt skillnad mellan nämndens olika boenden.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen personer som känner sig trygga med personalen på korttidsboendet (LSS) ökar (procent)	Totalt Män Kvinnor	63	62	57	66	41 36 56

Andelen inom korttidsboende (LSS) som känner sig trygga med alla inom personalen har minskat markant sedan föregående års mätning. Förvaltningen är också långt ifrån att nå nämndens uppsatta mål.

Analysen av resultatet i brukarundersökningen visar att det har skett en förändring i vem som besvarar enkäten, från att knappt en tredjedel av brukarna uppgavs ha besvarat undersökningen själva, till att samma andel är knappt 10 procent. I stället uppger nästan två tredjedelar att enkäten besvarats med stöd av vårdnadshavare. Detta kan eventuellt vara en bidragande orsak till det försämrade resultatet då anhöriga tenderar att vara mer kritiska. Samtidigt skattar de svarande nöjdheten med andra delar av stödet högre än föregående år, vilket skulle tala emot föregående analys. Utifrån resultatet kan dock konstateras att pojkar/män svarat att de känner sig trygga med personalen i lägre utsträckning än flickor/kvinnor, även om upplevelsen av trygghet i den senare gruppen har sjunkit markant. Anledningen till att färre känner sig trygga med samtlig personal bedöms kunna vara att verksamheten genomgått stora förändringar under året då det minskade behovet av korttidsboende gjort att tre korttidsboenden blivit två. Som ett resultat av detta har många brukare fått ny personal. Förvaltningen ser därför positivt på att upplevelsen av trygghet ska öka igen på sikt.

Vård- och omsorgsnämnden

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen personer som känner sig trygga med sina personliga assistenter ökar (procent)	Totalt	77	100	93	95	90
	Män					90
	Kvinnor					90

En lätt minskning har skett sedan förra året. Om än marginell, gör minskningen att nämndens uppsatta mål inte nås. Upplevelsen av trygghet är dock hög i jämförelse med i riket (80 procent) samt i nivå med i länet (89 procent).

Flera faktorer kan vara bidragande till minskningen av den upplevda tryggheten. Brukarundersökningen visar att brukarna även i lägre grad upplever att de egna assistenterna pratar på ett sätt som de förstår, vilket tyder på att kommunikationen mellan brukare och assistenter har försämrats något. Något som i sin tur kan påverka upplevelsen av trygghet. Att kommunikationen har försämrats kan härledas till svårigheten att rekrytera medarbetare med hög kunskap i svenska språket, vilket har blivit en ännu större utmaning under pandemin. Även pandemin i sig är något som kan ha påverkat upplevelsen, med oro för att själv bli smittad som en konsekvens av den.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen personer som känner sig trygga med personalen på serviceboendet ökar (procent)	Totalt	66	68	70	72	89
	Män					93
	Kvinnor					88

Andelen brukare inom serviceboende som känner att de är trygga med personalen har gått i en positiv riktning genom att öka med 19 procentenheter sedan föregående mätning. Nämndens uppsatta mål nås därmed med stor marginal. Även i jämförelse med länet (72 procent) och riket (73 procent) upplever sig Botkyrkaborna tryggare. Någon större skillnad utifrån kön visar inte undersökningen på.

Verksamheten har under året arbetat aktivt tillsammans med varje brukare för att identifiera mål i genomförandeplanen och aktiviteter som kunnat öka de boendes trygghet med personalen. Även arbetet med att förtydliga vad ett serviceboende innebär, och vad brukaren kan förvänta sig av verksamheten, kan ha haft påverkan på upplevelsen av trygghet.

Fullmäktiges utvecklingsmål: 2:3 Botkyrkaborna trivs i kommunen

Nämndens mål: 2:3:1 Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden trivs i sina särskilda boenden.



Känslan av trivsel utgörs ofta av flera olika delar. För boende inom särskilt boende är såväl den fysiska utformningen av boendet, aktiviteter, som mat och måltider viktiga aspekter. Även om år 2021 innebar färre restriktioner än föregående år, har inte verksamheterna kunnat bedrivas på riktigt samma sätt som tidigare, något som kan ha påverkat brukarnas upplevelse av trivsel. Inom nämndens boenden har personalen arbetat hårt för att kunna genomföra olika typer av trivselhöjande aktiviteter på ett smittsäkert sätt och för att öka nöjdheten med måltidssituationen och maten har ett flertal satsningar gjorts i ett samarbete mellan kostombud, dietist och kökschef.

Målet mäts genom brukarundersökningen inom vård- och omsorgsboende respektive gruppboende. Då brukarundersökningen inom vård- och omsorgsboende inte har genomförts under 2021 finns inget utfall för nöjdheten med maten respektive måltidssituationen. Måluppfyllelsen av målet mäts därför enbart utifrån upplevelsen av trivsel på gruppboende. Trots en ökad nöjdhet i jämförelse med föregående år nås inte uppsatt mål. Nämndens mål att Botkyrkabor med stöd av vård- och omsorgsnämnden ska trivas i sina särskilda boenden anses därför inte vara uppnått.

Det har varit en utmaning att arbeta för en bättre mat- och måltidssituation under året då de boende i perioder har uppmanats att äta i sina enskilda lägenheter eller sitta med större avstånd till varandra än vad som är önskvärt. Trots det har en rad satsningar på området gjorts för att fler ska bli nöjda. Det har bland annat skett genom genomförande av matråd, förtydligande av rollen som aktivitets- och kostombud, genomförande av måltidsobservationer, ökad samverkan mellan kostombud, dietist och kökschef samt ett ökat erfarenhetsutbyte mellan enheterna. Arbetet fortsätter enligt framtagen plan under 2022.

Vård- och omsorgsnämnden

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel äldre som är nöjda med måltidssituationen på vård- och omsorgsboende ökar (procent)	Totalt	66	68	63	74	-
	Män	67	64	65		
	Kvinnor	65	70	63		

Då brukarundersökningen inom vård- och omsorgsboende inte har genomförts under 2021 finns inget utfall för att mäta nöjdheten med måltidssituationen på vård- och omsorgsboende.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel äldre som är nöjda med maten på vård- och omsorgsboende ökar (procent)	Totalt	72	66	64	73	-
	Män	73	64	67		
	Kvinnor	72	66	62		

Då brukarundersökningen inom vård- och omsorgsboende inte har genomförts under 2021 finns inget utfall för att mäta nöjdheten med maten på vård- och omsorgsboende.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andel personer på gruppboende som uppger att de trivs ökar (procent)	Totalt	83	80	75	84	78
	Män		84	82		80
	Kvinnor		77	68		76

Andelen personer på gruppboende som uppger att de trivs hemma har ökat med tre procentenheter sedan föregående år efter att ha minskat två år i rad. Men det är fortfarande en bit kvar till nämndens uppsatta mål. Även i jämförelse med länet och riket (84 respektive 83 procent) är andelen som uppger att de trivs något lägre. Det är främst kvinnorna som uttrycker ökad trivsel i jämförelse med föregående år

Under året har fokus legat på att skapa en tydlig koppling mellan beslut om insats och genomförandeplanen, med målsättningen att den boende ska vara med i den utsträckning hen har förmåga. Genom att kontinuerligt utbilda och informera om vikten av tydliga genomförandeplaner är förhoppningen att även varje individs behov av stöd ska bli tydligare och att trivseln därmed ska öka.

Område 4 – Kommunens organisation



Vård- och omsorgsnämnden bedömer sig bidra till området på en rad olika sätt. Det sker både genom personalrelaterade insatser som genom att effektivisera verksamheten och öka digitaliseringen inom omsorgen. Nämnden bidrar till området genom följande mål:

- Vård- och omsorgsnämndens anställda har rätt kompetens och trivs på arbetet
- Vård- och omsorgsnämndens verksamheter är resurseffektiva
- Vård- och omsorgsnämnden nyttjar digitaliseringens möjligheter och använder digital teknik och digitala tjänster i syfte att förbättra omsorgen för Botkyrkabor i behov av stöd

Nämnden kan konstatera att 8, nästan 9, av 13 uppsatta mål inom området nås, vilket motsvarar 62 procent. Måluppfyllelsen för området bedöms utifrån det vara godtagbar.

Nedan följer några delar som förvaltningen arbetat med för att öka kvaliteten inom verksamheten.

- I de politiska satsningarna för år 2021 ingår att öka bemanningen och skapa fler trygga anställningar. Som en del i det har förvaltningen höjt bemanningen på nämndens vård- och omsorgsboenden och ökat antalet tillsvidareanställda i förvaltningen. Förvaltningen har även

stärkt kunskapen inom demensområdet och ökat den medicinska kompetensen genom utbildning i basala hygienrutiner och smittskydd. Delar av satsningen har finansierats med olika stimulansmedel (för mer detaljerad information, se ”Redovisning av rekviderade stimulansmedel 2021” längre fram).

- Förvaltningen har under hösten genomfört en mindre satsning på att förtydliga hur delar som omvärldsanalysen, arbetet utifrån mål och budget och den interna kontrollen hänger ihop, i syfte att skapa samsyn. Förhoppningen och upplevelsen av satsningen är att genomgången resulterat i större tydlighet kring varför det är viktigt att följa verksamheten utifrån dessa områden under året.
- Utbildningar i såväl sekretess som offentlighetsprincipen har tagits fram och erbjudits till förvaltningens chefer.

Positiva iakttagelser

Vård- och omsorgsförvaltningen har med stöd av statsbidrag och tack vare ett samarbete med kultur- och fritidsförvaltningen genomfört en stor aktivitetssatsning inom nämndens verksamheter under november och december 2021. Satsningen har gjorts efter beslut av nämnden och bestått i att erbjuda brukarna guldkant i tillvaron genom biobesök, pysselkvällar, bussutflykter, musikunderhållning, cirkus, pubkvällar mm. Mottagandet hos brukarna har varit mycket positivt.

Förbättringsområden

Utifrån det arbete som pågått under året inom ramen för Chefoskopet (mer information om detta projekt finns under betydelsefulla händelser) ser förvaltningen behov av att arbeta med arbetsbelastning och organisatoriska förutsättningar inom organisationen. Förvaltningen kommer under 2022 att arbeta fram en handlingsplan som syftar till att förbättra arbetsmiljön för förvaltningen i dess helhet.

Fullmäktiges utvecklingsmål: 4:1 Kommunens organisation är resurseffektiv

Nämndens mål: 4:1:1 Vård- och omsorgsnämndens verksamheter är resurseffektiva



En förutsättning för att kunna ge medborgarna en vård och omsorg med kvalitet, är att nämndens skattemedel används på rätt sätt utifrån brukarnas behov. För att säkerställa en god ekonomisk hushållning följer därför förvaltningen upp budgeten noggrant varje månad.

Vid delår 1 prognostiserade förvaltningen ett överskott för året på 10 miljoner kronor, medan prognosen vid delår 2 var ett överskott på 31 miljoner. Då utfallet för året summerade till ett överskott på 34,6 miljoner kronor kan prognosen vid delår 1 konstateras ha avvikit från årsutfallet med två procent. Målet om att hålla nettoutfallet inom beslutad budget uppnås därför, men däremot inte målet om att prognosen vid delår 1 inte avviker från årsutfallet med mer än en procent. Nämndens uppsatta mål anses därför vara delvis uppfyllt.

Analysen av utfallet visar att det ökade överskottet beror på ett flertal saker såsom utbetalning av

Vård- och omsorgsnämnden

bidrag för merkostnader kopplade till pandemin, utnyttjade medel från kompetensfonden i och med utbetalning av det statliga bidraget Äldreomsorgslyftet, en successivt ökad beläggning på nämndens vård- och omsorgsboenden respektive ett minskat behov av externa platser.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Vård- och omsorgsnämndens nettoutfall är inom beslutad budgetram (procent)		100	100	100	100	97

Då nämndens resultat visar ett överskott på 34,6 miljoner kronor har 97 procent av tilldelad budgetram förbrukats och nettoutfallet ligger inom beslutad budgetram.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Vård- och omsorgsnämndens prognos vid delår 1 avviker från årsutfallet med max 1 procent		1,5	1,0	2,7	1,0	2,0

I en jämförelse mellan prognosen vid delår 1 och årsutfallet är prognosavvikelsen 2,0 procent, vilket gör att nämndens mål på som mest en procents avvikelse, inte nås. Vid delår 1 prognostiserades ett överskott för nämnden på 10 miljoner kronor, med stora osäkerheter kring vilka effekter coronapandemin skulle ha ekonomiskt för förvaltningen. Prognosen förändrades vid delår 2 till ett överskott på 31 miljoner kronor.

Förändringen i bedömning mellan första och andra delåret gjordes utifrån följande förutsättningar: prognos på ett minskat behov av externa platser inom både SoL och LSS, utnyttjade medel från kompetensfonden utifrån att nämnden bland annat beviljats medel för statsbidraget Äldreomsorgslyftet, successivt ökad beläggning på nämndens vård- och omsorgsboenden och intäkter som vid delår 1 inte hade kunnat förutses, eller var allt för osäkra. Intäkterna bestod främst av:

- bidrag för merkostnader kopplade till coronapandemin och perioden december 2020 som ansöktes om tidigare under året
- retroaktiv momsersättning för lokalkostnader för Tunängens vård- och omsorgsboende
- fortsatt ersättning för sjuklönekostnader över det normala från staten.

Om förvaltningen i stället jämför prognosen vid delår 2 med utfallet för året kan vi konstatera att prognosavvikelsen är 0,3 procent.

Fullmäktiges utvecklingsmål: 4:2 Botkyrkas anställda trivs och mår bra

Nämndens mål: 4:2:1 Vård- och omsorgsnämndens anställda har rätt kompetens och trivs på arbetet



Nämnden har valt att mäta målet med att anställda har rätt kompetens och trivs på jobbet genom nio olika mått på området. Förvaltningen kan vid uppföljningen konstatera att sex av nämndens uppsatta mål nås, varför målet anses vara delvis uppfyllt.

I takt med att nämndens brukare ökar samt får ett förändrat vårdbehov som kräver mer kvalificerad omsorg och vård, och att högre krav ställs på verksamheten utifrån, ökar även kraven på vård- och omsorgspersonalen. Det blir allt viktigare att ha medarbetare med rätt kompetens som kan möta framtida utmaningar och bidra till en hållbar utveckling. Förvaltningen har ett tydligt mål att vid nyanställning bara rekrytera personer med formell kompetens och fortsätter att utbilda de medarbetare som saknar formell kompetens. Uppföljningen visar dock att andelen med formell kompetens minskat något sedan föregående år, trots ovanstående satsningar, och att nämndens mål inte nås. Minskningen förklaras främst av två delar. Dels de nya konverteringsreglerna som trädde i kraft under hösten och som gör att anställningstiden för konvertering (övergång till tillsvidareanställning) sänks från 2 år till 18 månader. Dels behovet av personal under pandemin som gjort att förvaltningen tvingats frångå kravet på formell kompetens vid viss nyrekrytering.

För att kunna uppnå högre nöjdhet bland brukarna, och för att tillgodose medarbetarens bästa, är det

Vård- och omsorgsnämnden

viktigt att förvaltningen fortsätter sitt arbete med att minska korttidsfrånvaron. Trots kravet att stanna hemma vid mindre symtom och stor smittspridning i samhället, har korttidsfrånvaron minskat något under året och nämndens mål nås. Uppföljningen pekar på att projektet med hälsosupporten har gett resultat genom att bidra till att medarbetaren känner sig sedd och hörd vid frånvaro samt att, i de fall det är möjligt, chefen kan vidta eventuella åtgärder för att förhindra att det uppstår igen. Under hösten upphörde dock avtalet med hälsosupporten och en ny rutin för sjukanmälan togs fram och implementerades. Förvaltningen behöver därför arbeta aktivt under 2022 för att implementera och använda friskvårdslinjen som en aktivitet för att minska korttidssjukfrånvaron. Att arbeta vidare med omtankesamtal vid upprepad korttidsfrånvaro, något stora delar av förvaltningen använt sig av under året, är också en viktig del i arbetet.

Förvaltningen har under året påbörjat ett arbete med att ta fram en kompetensutvecklingsplan för att tydliggöra vilka utbildningar som förvaltningens medarbetare ska eller bör delta i. Förhoppningen är att planen ska underlätta kompetensutvecklingen av samtliga medarbetare.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen medarbetare som förbättrat sig i svenska språket efter genomförd SFI-utbildning (procent)				45	80	83

Av de 28 medarbetare som påbörjade utbildningen har 22 slutfört den. 4 hade inte möjlighet att genomföra testet på grund av sjukdom. 83 procent av de som gjort test före och efter språkutbildning har gjort en språklig förflyttning uppåt, vilket är en rejäl förbättring i jämförelse med föregående år. Resterande 17 procent konstaterades ligga kvar på samma nivå som innan genomgången utbildning. Resultatet är mycket positivt och bedöms kunna bidra till en ökad kvalitet i förvaltningen. Nämndens mål nås med viss marginal.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen omsorgspersonal med formell kompetens ökar (procent)		82,8	84,8	91,7	87,0	85,0

Förvaltningen uppnår inte målet men ligger på en nationellt hög nivå av andel utbildad personal. Orsaken till att andelen har minskat tros främst vara de nya konverteringsreglerna, enligt kollektivavtalet Allmänna bestämmelser, som trädde i kraft per den 1 oktober. Vid tillsättning av nya tjänster är kravet generellt formell kompetens. Undantagen är medarbetare inom personlig assistans, där brukaren själv väljer sin assistent utifrån hans specifika önskemål, inte formell kompetens. Under pandemin har det varit svårt att rekrytera personal med formell kompetens för att ersätta vid pensionsavgångar, varför förvaltningen i vissa fall tvingats frångå utbildningskravet. För de medarbetare som inte har formell kompetens upprättas individuella kompetensutvecklingsplaner. Förvaltningen har 38 medarbetare i undersköterskeutbildning som kommer att bli klara under 2023. En ny grupp planeras starta upp undersköterskeutbildning under maj 2022 med ytterligare cirka 20 deltagare.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen korttidssjukfrånvaro (dag 1–14) minskar (procent)	Totalt	3,6	3,6	3,7	6,0	3,51
	Män	2,7	2,5	2,8		2,24
	Kvinnor	3,9	3,9	3,9		3,47

Korttidsfrånvaron var något lägre 2021 än föregående år och förvaltningen når därmed målet. Även i jämförelse med 2019, som inte är ett pandemi-år, så ligger resultatet för 2021 på en jämförbar nivå. Uppföljningen visar att män är frånvarande i lite mindre utsträckning än kvinnor.

Det är svårt att dra några självklara slutsatser om varför korttidsfrånvaron ligger konstant trots att en stor del av frånvaron till följd av covid-19 borde falla inom spannet för korttidsfrånvaro. En orsak skulle kunna vara att den ökade kunskapen om basala hygienrutiner och en ökad medvetenhet om smittspridning generellt, har medfört en minskning av övriga sjukdomsorsaker som till exempel säsongsinfluensa. En annan orsak skulle kunna vara att de yrkesgrupper inom förvaltningen som har arbetat på distans under året har minskat sin korttidsfrånvaro då det finns andra möjligheter att arbeta även vid lättare sjukdom.

Vård- och omsorgsnämnden

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Vård- och omsorgsnämndens genomsnittliga nivå på ett hållbart medarbetarengagemang (HME) ökar	Totalt	81	79	80	81	79
	Män	83	81	80		80
	Kvinnor	80	79	80		79

HME (Hållbart medarbetarengagemang) är ett index som tagits fram av SKR (Sveriges kommuner och regioner) och RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser) i samarbete med kommunerna och regionerna. HME består av nio delfrågor uppdelade på tre delindex; motivation, ledarskap och styrning. Nivån på hållbart medarbetarengagemang har gått ner en procentenhet jämfört med föregående år och nämndens uppsatta mål nås inte riktigt. Förvaltningen ligger dock över resultatet för kommunen som helhet och i nivå med riket.

Förvaltningen arbetar aktivt med resultatet genom att ta fram handlingsplaner. Frågeområden som förvaltningen behöver fortsätta att arbeta med är arbetsbelastning och chefers organisatoriska förutsättningar. Alla chefer och förvaltningens stöd- och specialistfunktioner har under året arbetat med en insats för arbetsmiljön, "Chefoskopet". Chefoskopet är ett framforskat metodstöd för att systematiskt arbeta utifrån chefernas arbetsmiljö. Förvaltningen kommer under 2022 att arbeta fram en handlingsplan som syftar till att förbättra arbetsmiljön för förvaltningen i dess helhet.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Hållbart medarbetarengagemang (HME)	78	79	79	81	80	80	79

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Frisknärvaron för medarbetare inom vård- och omsorgsförvaltningen i Botkyrka ökar (procent)	Totalt	92,0	91,4	92,0	90,0	93,1
	Män	95,0	96,0	95,3		95,6
	Kvinnor	91,3	90,3	91,2		92,3

Målet att ha en frisknärvaro på som minst 90 procent nås för både kvinnor och män. Förvaltningen arbetar strukturerat med rehabiliteringsprocessen och tidiga insatser. En svårighet är dock den sjukfrånvaro som inte är arbetsrelaterad. För att frisknärvaron ska fortsätta att öka fortsätter arbetet med att säkerställa att samtliga chefer har rätt kompetens både när det gäller rehabiliteringsprocessen och de olika systemstöd som finns. Pandemin har påverkat frisknärvaron på flera sätt. Det är svårt att vidta tidiga insatser när det gäller frånvaro till följd av covid-19 eftersom det inte går att arbetsanpassa eller sätta in andra åtgärder som arbetsförmågebedömningar eller förstadagsintyg. Något som vid annan typ av frånvaro skulle kunna medföra en snabbare återgång till arbete. Frisknärvaron är högre i år än föregående år vilket tyder på att en ökad kunskap kring basala hygienrutiner och generellt ökad medvetenhet om smittspridning påverkar frisknärvaron positivt.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Personalomsättning (antalet nyanställda under året i procent av antalet anställda) minskar (procent)	Totalt	13,0	10,0	7,1	9,5	4,2
	Män		11,0	5,0		4,0
	Kvinnor		9,8	7,6		4,3

Förvaltningen har nått målet med att personalomsättningen med antalet nyanställda minskar. Flera yrkesgrupper och framför allt specifika kompetenser har under året varit svåra att rekrytera. Sjuksköterskor, undersköterskor med körkort och undersköterskor som talar finska är exempel på befattningar som har varit svåra att attrahera och rekrytera. Inom befattningen undersköterskor, både inom särskilt boende och inom hemtjänst, har flest nyrekryteringar skett under året. I tabellen nedan beskrivs andel rekryteringar utifrån ålder från 2017 och framåt.

Andel rekryteringar utifrån ålderskategorier, 2017–2021, i procent

	2017	2018	2019	2020	2021
Andel rekryteringar	9,96	12,42	10,38	5,19	4,20
<=29 år	40,24	34,83	27,16	13,41	11,54
30–49 år	10,85	14,36	13,77	6,06	4,76
50–59 år	3,43	6,83	4,84	3,53	2,70
>=60 år	4,20	4,62	2,22	0,78	2,04

Vård- och omsorgsnämnden

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Personalomsättning (antalet avslutade på egen begäran under året i procent av antalet anställda) minskar (procent)	Totalt Män Kvinnor	10,0	10,6 10,1 10,7	7,6	7,0	7,1 7,3 7,3

Personalomsättningen för antalet avslutade ligger marginellt högre än det satta målet för året och andelen har även minskat något sedan föregående år. Tabellen nedan visar orsaken till att anställda valt att sluta under året. De flesta som slutar gör det för att gå till en annan arbetsgivare eller för att gå i pension, men en stor andel har även fått ny anställning inom kommunen. De flesta som slutar sin anställning har en anställningstid som är fyra år eller längre. Andelen som slutar är högst i de yngsta och de äldsta åldersgrupperna.

Förvaltningen följer chefsomsättning noggrant och HR erbjuder därför samtliga chefer som slutar ett avslutssamtal utöver det samtal som närmaste chef genomför, för att på så sätt kunna hitta eventuella gemensamma orsaker som bidrar till att någon väljer att avsluta sin anställning.

Avgångsorsak	2021
Egen begäran – extern	52
Egen begäran – pension	27
Avliden	1
Uppsägning personliga skäl	1
Överenskommelse	6
Interna avgångar	44

Andel avslut utifrån ålderskategorier, 2017–2021, i procent

	2017	2018	2019	2020	2021
Andel avgångar	11,64	10,42	13,00	6,01	7,07
<=29 år	20,00	17,95	27,27	2,63	12,12
30–49 år	9,25	10,63	10,27	4,84	5,44
50–59 år	9,04	5,56	11,98	4,57	3,48
>=60 år	26,92	19,64	21,67	20,37	22,73

Förvaltningen har flera yrken definierade som bristyrken, av dessa så har sjuksköterskor en fortsatt hög avgångsomsättning, något som även framgår av nedanstående tabell.

Avgångar bristyrken	2017	2018	2019	2020	2021
Sjuksköterska funktionsnedsättningsområdet och äldreomsorg/geriatrik	18	14	16	12	24
Undersköterska hemtjänst	0	7	8	7	6
Undersköterska särskilt boende	13	11	14	5	6
Socialsekreterare, biståndsbedömare	38	17	21	5	8

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen medarbetare i vård- och omsorgsnämndens verksamheter som arbetar heltid ökar (procent)	Totalt Män Kvinnor		76,1 80,4 75,3	77,0 79,9 76,4	80,0	81,6 82,4 81,4

Verksamheterna följer den rutin för heltid som norm som gäller på förvaltningen och målet att andelen heltidsanställda av månadsavlönade ska överstiga 80 procent nås med liten marginal. Under en femårsperiod har andelen heltidsanställda ökat successivt. Även skillnaden mellan könen har under samma period minskat och för 2021 är den endast en procentenhet. Medarbetare som nyanställs erbjuds heltid och medarbetare som tackat nej till heltidsanställning erbjuds det åter igen. I många fall har medarbetare som inte arbetar heltid valt att gå ner i tid till följd av hälsoskäl eller ej arbetsrelaterade orsaker som att ta hand om barn.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Medarbetarundersökning, totalindex ökar (sammanvägning av undersökningens åtta delar)	Totalt Män Kvinnor		74	76	75	75 76 75

Totalindex har minskat med en procentenhet sedan medarbetarundersökningen år 2020 men förvaltningen når det uppsatta målet precis. Verksamheterna arbetar aktivt med medarbetarundersökningens resultat utifrån framtagna handlingsplaner. Enheternas resultat varierar men flera av de åtgärder som ska genomföras faller inom ramen för utvecklingsarbetet "Chefoskopet" som beskrivits ovan.

Fullmäktiges utvecklingsmål: 4:3 Kommunen nyttjar digitaliseringens möjligheter till att ge bättre service till medborgarna och arbeta mer effektivt

Nämndens mål: 4:3:1 Vård- och omsorgsnämnden nyttjar digitaliseringens möjligheter och använder digital teknik och digitala tjänster i syfte att förbättra omsorgen för Botkyrkabor i behov av stöd



Digitalt låsvred har nu installerats hos samtliga brukare som har tackat ja till nyckelfri hemtjänst. Cirka tio procent av brukarna har tackat nej initialt men en kommunikation förs hela tiden med dessa brukare. I dagsläget är digitala låsvred installerade hos 75 procent av brukarna inom hemtjänsten. Förvaltningen når därmed inte hela vägen fram till nämndens mål på 80 procent, men givet den påverkan som pandemin har haft på möjligheterna att utöka antalet användare anser förvaltning att målet ändå bör ses som uppfyllt.

Alla brukare som endast har tillsyn som insats nattetid har blivit erbjudna trygghetskamera (digital tillsyn) i stället för fysiskt besök. I dagsläget är 20 trygghetskameror monterade vilket precis motsvarar nämndens uppsatta mål.

I och med pandemin har förvaltningen snabbt behövt ställa om för att kunna mötas digitalt. Under året har förvaltningen därför genomfört ett antal workshoptillfällen för att inventera behovet av digital teknik och digitala tjänster som kan förbättra omsorgen för nämndens brukare.

Arbete har under året pågått för att under 2022 införa en digital medborgartjänst. Genom tjänsten ska medborgaren ska kunna följa sitt ärende från ansökan till beslut och därefter utförande av insats. Syftet med införandet är att öka tillgängligheten och insynen för Botkyrkaborna.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Antalet personer med tillsyn nattetid som hemtjänstinsats som får den tillgodosedd av trygghetskameror ökar					20	20

Alla brukare som endast har tillsyn som insats nattetid blir erbjudna att få denna utförd via trygghetskamera (digital tillsyn) i stället för fysiskt besök. Både handläggare och utförare arbetar med att uppmuntra brukare att tacka ja till trygghetskamera. Nämnden har under året ökat antalet installerade kameror från 18 till 20, vilket utgör 65 procent av det totala antalet brukare som endast har tillsyn som insats nattetid. Nämndens mål, som från början felaktigt är skrivet som andel, är att 20 kameror ska vara i bruk. Målet nås därmed.

Mått	*)	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2021	Utfall 2021
Andelen personer med hemtjänstinsatser som har nyckelfri hemtjänst ökar (procent)					80	75

Nämnden har under året tillgodosett att samtliga brukare som tackat ja till nyckelfri hemtjänst har fått ett digitalt låsvred installerat. I dagsläget utgör detta 75 procent av brukarna inom hemtjänsten, inklusive brukare som enbart har trygghetslarm beviljat. Alla som beviljas hemtjänst motiveras att tacka ja till att digitalt låsvred installeras och de cirka tio procent som initialt valt att tacka nej kontaktas regelbundet. En trolig orsak till att brukare väljer att tacka nej är bristande tillit till digitala lösningar samt att möjlighet att alls införa digitala låsvred saknas hos vissa brukare. Arbetet har under året även pågått med att installera digitala portlås, något som kräver godkännande från fastighetsägaren. I dagsläget finns digitala lås på knappt 80 procent av portarna.

3 Betydelsefulla händelser

Valmöjligheter

Under år 2020 genomförde Botkyrka kommun en upphandling av externa hemtjänstutförare utifrån LOU (lag om offentlig upphandling). Målen med ökad valmöjlighet inom hemtjänsten är att medborgare med hemtjänst ska få större möjligheter att påverka sin vardag, att få en ökad kvalitet och att det leder till fler nöjda medborgare.

Den 4 januari 2021 började de externa hemtjänstutförarna att ge stöd till medborgare i kommunen. Brukare får idag välja utförare när de beviljats hemtjänst. Förvaltningen bedömer att införandet av ökade valmöjligheter inom hemtjänsten på det stora hela har fungerat bra och att arbetet har gått enligt tidsplan.

Under år 2021 utgör de externa hemtjänstutförarna 20 procent av all hemtjänst i kommunen. Valmöjligheterna byggs upp i steg och på några års sikt ska 50 procent av hemtjänsten ges av externa utförare och 50 procent av kommunens hemtjänst (egen regi). Detta kommer att innebära ett fortsatt omställningsarbete för Botkyrka kommuns hemtjänst och förvaltningen. Inför 2022 har samtliga utförare valt att utöka sina andelar. En successiv utökning kommer att ske så att 40 procent av de beviljade hemtjänststimarna kommer att utföras av de externa utförarna vid slutet av 2022.

Vaccination

Vård- och omsorgsförvaltningen har under året arbetat för att underlätta för förvaltningens medarbetare att vaccinera sig, för att minska spridningen av smitta inom nämndens verksamheter. Som en del i arbetet har ett nära samarbete bedrivits med region Stockholm. Personalen har under året haft möjlighet att vaccinera sig under arbetstid och under slutet av året genomfördes en riktad satsning för personal inom vård och omsorg. Satsningen innebar tillgång till extra vaccinationsbussar med drop-in och digitala frågestunder med Smittskydd där medarbetare fick information om vaccin och gavs möjlighet att ställa frågor.

Införande Life care

Med start 2019 har förvaltningen genomfört fyra olika delprojekt för att systematiskt införa Lifecare inom förvaltningens samtliga områden. Lifecare är en uppgradering av vård- och omsorgsförvaltningens befintliga verksamhetssystem Procapita och består av egna delar för handläggare, medborgare, utförare och hälso- och sjukvårdspersonal. Övergången från Procapita till Lifecare har inneburit en ökad användarvänlighet. Lifecare är tydligare, mer strukturerat och behörighetsbegränsat, samtidigt som det finns ett tydligare flöde mellan handläggare och utförare.

Under 2021 har det sista av de fyra delprojekten genomförts, Lifecare HSL, efter att övriga tre delar slutförts med gott resultat.

Chefoskopet

Arbetet utifrån Chefoskopet har fortsatt under året. Syftet med projektet är att skapa samsyn i organisationen och goda förutsättningar för förvaltningens chefer att kunna utföra sitt uppdrag. Som en del i detta har en kartläggning av arbetet skett genom att ansvariga projektledare träffat samtliga berörda enheter. Arbetet, som har bedrivits av två interna projektledare, har vid årsskiftet 2021 resulterat i en beskrivning av vad som framkommit under årets workshoptillfällen. Beskrivningen kommer ligga till grund för den handlingsplan som förvaltningen själv kommer att ta fram.

Omsorgspaket och stimulansmedel

Under 2021 har kommunen påbörjat en rad satsningar på omsorgen. Det handlar såväl om satsningar som är en del av det politiskt beslutade omsorgspaketet, som förstärkningar finansierade genom olika stimulansmedel. Satsningarna sker bland annat i form av ökad bemanning inom nämndens demensavdelningar genom att fler erbjuds att gå upp i tid, utbildning för att stärka den medicinska kompetensen hos omsorgspersonalen, ökad tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal, och i form av ett arbete för att stärka det nära ledarskapet inom vård- och omsorgsboende. Hur tilldelade stimulansmedel har använts och vad de haft för förmodad effekt framgår under rubriken ”Redovisning av rekviderade stimulansmedel 2021” nedan.

Redovisning av rekviderade stimulansmedel 2021

Nedan framgår vilka stimulansmedel som förvaltningen har beviljats under året. Av redovisningen framgår även vad medlen har använts till respektive hur mycket som kvarstår, när så är fallet.

Säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer

Rekviderade medel: 24 514 916 kronor

Utnyttjade medel vård- och omsorgsnämnden: 21 980 516 kronor

Utnyttjade medel privata utförare: 2 534 400 kronor

De beviljade medlen har använts till

- Höja bemanningen på nämndens vård- och omsorgsboenden
- Öka antalet tillsvidareanställningar
- Höja den medicinska kompetensen och förbättra smittskyddet i all verksamhet:
 - Utökat med en sjuksköterska och ett hygienombud på varje enhet. Dessa har genomfört regelbundna träffar och utbildning i basala hygienrutiner med all omsorgspersonal
- Planering av öppnande av en ny mötesplats i Alby

Utifrån de insatser och aktiviteter som medlen har använts till, upplevs brukarna ha ett större lugn och vara mindre oroliga än tidigare. Med en ökad bemanning finns mer tid för samtal och närhet, vilket ger ett ökat lugn och trygghet. Verksamheterna har också arbetat med att genomföra många aktiviteter tillsammans med brukarna.

Utöver förbättringarna för nämndens brukare märks också en stor förbättring i dialogen med anhöriga. En mindre stresspåverkan ger en bättre arbetsmiljö, och ett bättre mående för både

Vård- och omsorgsnämnden

brukare och personal. Medlen har också möjliggjort framtagandet av ett arbetssätt som är hållbart över tid i att upprätthålla och öka kompetensen i alla verksamheter kring hygienrutiner.

Teknik, kvalitet och effektivitet inom äldreomsorgen

Rekvirerade medel: 849 000 kronor

Utnyttjade medel vård- och omsorgsnämnden: 793 246 kronor

Utnyttjade medel privata utförare: 55 754 kronor

Medlen har använts till att installera digitala lås till medicinskåp på vård- och omsorgsboenden där lösningen inte funnits tidigare. Utifrån detta kan förvaltningen enklare säkerställa en patientsäker vård och omsorg där rätt person får rätt medicin.

Motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom

Rekvirerade medel: 3 730 731 kronor

Utnyttjade medel vård- och omsorgsnämnden: 2 369 868 kronor

Utnyttjade medel privata utförare: 245 220 kronor

Medlen som har rekvirerats och beviljats har använts till följande:

- Utbildning i lågaffektivt bemötande
- Utbildning i BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom)
- Aktivitetsledare till vård- och omsorgsboenden
- Inköp av aktivitetsutrustning så som Tovertafel (interaktiv projektor), VR-glasögon, robotkatter samt gungstol
- Projektledare för öppnande av mötesplats i Alby
- Webbaserad demensutbildning för hemtjänstpersonal

Med hjälp av medlen har förvaltningen möjliggjort kompetensutveckling för ett säkrare bemötande av brukare i verksamheten samt ökat kvaliteten inom demensvården. Medlen har också möjliggjort aktiviteter ledda av aktivitetsledare där alla kan vara delaktiga vilket minskar ensamheten och skapar en trygghet genom igenkännandet. Förberedelserna för öppnandet av en ny mötesplats i Alby bidrar även det till att minska ensamheten för medborgare i området.

Anledningen till att hela det rekvirerade beloppet inte har använts är både tids- och personalbrist till följd av coronapandemin.

Äldreomsorgslyftet

Rekvirerade medel: 20 799 513 kronor

Utnyttjade medel vård- och omsorgsnämnden: 1 183 203 kronor

Utnyttjade medel privata utförare: 675 819 kronor

Medlen har använts för att möjliggöra utbildning till undersköterska, utbildning i svenska språket och till vidareutbildning som specialistundersköterska på arbetstid. Utbildningar till undersköterska och inom svenska språket har, precis som tidigare år, genomförts tillsammans med arbetsmarknads- och vuxenutbildningsförvaltningen.

Anledningen till att hela det rekvirerade beloppet inte har använts är bland annat att både användningsområdet och tidsperspektivet är relativt begränsat. En ytterligare anledning är

Vård- och omsorgsnämnden

svårigheten i att utbilda för många samtidigt utan att resurserna och kvaliteten i verksamheten påverkas.

God och nära vård: Nära vård 2021

Rekvirerade medel: 3 516 910 kronor

Utnyttjade medel vård- och omsorgsnämnden: 1 465 719 kronor

De rekvirerade medlen har använts till följande:

- Utbildning i förflyttningsteknik, vardagsrehabilitering och att skapa trygga möten inom demensvården
- En masterskurs i demensvård för två medarbetare via Karolinska institutet
- Projektledare för utveckling av metoder och nya arbetssätt
- Frikopplad resurs för införandet av säker dokumentation

Med hjälp av medlen bedöms tryggheten och säkerheten inom vård och omsorg öka som ett resultat av ökad kompetens inom demensvård och säkra arbetssätt genom vetenskapliga metoder.

Anledningen till att hela det rekvirerade beloppet inte har använts är bland annat tids- och personalbrist på grund av coronapandemin och den korta bidragstiden.

God och nära vård: Vårdens medarbetare

Rekvirerade medel: 387 399 kronor

Utnyttjade medel vård- och omsorgsnämnden: 0 kronor

Utnyttjade medel privata utförare: 348 300 kronor

Medlen har enbart använts av privata utförare på grund av att det belopp som tilldelades nämnden blev för litet utifrån den fördelning som beslutades vid rekvisering.

God och nära vård: Vidareutbildning sjuksköterskor

Rekvirerade medel: 258 266 kronor

Utnyttjade medel vård- och omsorgsnämnden: 146 971 kronor

De rekvirerade medlen har använts till att vidareutbilda två sjuksköterskor. Anledningen till att alla medel inte har nyttjats och att inte fler sjuksköterskor har vidareutbildats är tidsbrist i och med den pågående pandemin.

Stärkt brukarmedverkan

Rekvirerade medel: 39 799 kronor

Utnyttjade medel vård- och omsorgsnämnden: 39 799 kronor

Medlen har delvis använts för att möjliggöra för brukare att delta i rekrytering av nya medarbetare där de har visats ansökningar, deltagit vid intervjuer i trepartssamtal samt samtal och diskussioner efteråt. Medlen har använts på flera gruppbestäder och inom personlig assistans.

Stärkt samverkan för personer med samsjuklighet

Rekvirerade medel: 167 960 kronor

Utnyttjade medel vård- och omsorgsnämnden: 167 960 kronor

Vård- och omsorgsnämnden

Medlen har använts till samverkansmöten på chefsnivå samt kompetensutveckling för medarbetare. Under året har ett arbete gjorts med att förbereda och producera tre digitala basutbildningar med fokus på samsjuklighet tillsammans med socialförvaltningen. De tre filmerna har olika inriktning men har gemensam utgångspunkt i psykisk ohälsa;

1. Psykisk ohälsa hos äldre personer och personer med kognitiv sjukdom
2. Psykisk ohälsa hos personer med beroende
3. Psykisk ohälsa och beroende hos personer med NPF (neuropsykiatriska funktionsnedsättningar)

De framtagna utbildningarna planeras att genomföras under 2022 tillsammans med en uppföljande workshop.

Främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg

Totalt rekviderade medel: 875 572 kronor

Totalt utnyttjade medel vård- och omsorgsnämnden: 507 141 kronor

För stimulansmedlen rekviderades medel för två projekt.

Del projekt 1: vård och omsorgsboende

Rekviderade medel: 391 616 kronor

Utnyttjade medel: 315 447 kronor

Medlen ansöktes för att anställa en projektledare för att implementera nya arbetssätt och metoder inom förvaltningens vård- och omsorgsboenden. Arbetssättet bedöms förbättra arbetsmiljön för de anställda samt skapa en bättre struktur och delaktighet.

Utifrån tids- och personalbrist på grund av coronapandemin har inte alla medel kunnat nyttjas så som planerat.

Delprojekt 2: Bemanningseenheten

Rekviderade medel: 483 956 kronor

Utnyttjade medel: 191 694 kronor

Medlen var tänkta att användas för att påbörja arbetet med att utöka användandet av bemanningseenhet. Målet med utökningen är att skapa en attraktiv arbetsplats genom att minska antalet deltidsanställningar och öka heltidsanställningar, för att därigenom behålla kompetenta medarbetare. Arbetssättet bedöms förbättra kontinuitet i verksamheterna och bidra till en bättre arbetsmiljö för de anställda.

På grund av förseningar i upphandlingsprocessen av projektledare/konsult har inte alla medel kunnat nyttjas som planerats.

4 Ekonomisk uppföljning och analys

4.1 Driftuppföljning

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden	UTFALL 2019 Jan - Dec	UTFALL 2020 Jan - Dec	BUDGET 2021 Jan - Dec	UTFALL 2021 Jan - Dec	AVVIKELSE 2021 Budget - Utfall
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------------

Alla belopp redovisas i
tusentals kronor

NÄMND

Intäkter	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Kostnader	-487,9	-463,3	-622,5	-471,4	151,1
Netto	-487,9	-463,1	-622,5	-471,4	151,1

GEMENSAM VERKSAMHET

Intäkter	370,7	1 438,0	10 022,5	19 093,1	9 070,6
Kostnader	-58 988,7	-65 527,9	-78 756,5	-74 596,6	4 159,9
Netto	-58 618,0	-64 089,9	-68 734,0	-55 503,5	13 230,5

ÄLDREMSORGMyndighet Sol

Intäkter	0,8	219,2	0,0	97,5	97,5
Kostnader	-22 142,0	-21 624,5	-22 866,4	-21 574,5	1 291,9
Netto	-22 141,2	-21 405,3	-22 866,4	-21 477,0	1 389,4

Vård- och omsorgsboende

Intäkter	44 093,3	68 670,5	56 401,4	59 627,4	3 226,0
Kostnader	-303 611,3	-372 726,4	-344 897,1	-357 449,6	-12 552,5
Netto	-259 518,0	-304 055,9	-288 495,7	-297 822,2	-9 326,5

Externa platser

Intäkter	16 063,5	12 560,4	9 893,0	11 730,8	1 837,8
Kostnader	-144 344,8	-107 191,2	-94 930,0	-90 795,8	4 134,2
Netto	-128 281,3	-94 630,8	-85 037,0	-79 065,0	5 972,0

Hemtjänst

Intäkter	26 301,5	189 902,1	199 749,1	199 073,6	-675,5
Kostnader	-181 475,4	-343 756,1	-400 823,4	-391 243,5	9 579,9
Netto	-155 173,9	-153 854,0	-201 074,3	-192 169,9	8 904,4

Öppen verksamhet

Intäkter	1 405,6	794,5	1 381,2	677,4	-703,8
Kostnader	-13 581,9	-9 678,1	-12 750,1	-12 465,7	284,4
Netto	-12 176,3	-8 883,6	-11 368,9	-11 788,3	-419,4

Hälsa- och sjukvård, rehab

Intäkter	65,3	3 142,1	0,0	1 181,7	1 181,7
Kostnader	-41 068,9	-47 022,3	-48 467,8	-50 717,8	-2 250,0
Netto	-41 003,6	-43 880,2	-48 467,8	-49 536,1	-1 068,3

Övrig äldreomsorg

Intäkter	14 481,5	13 808,4	13 112,0	12 540,0	-572,0
Kostnader	-26 194,4	-23 106,6	-25 686,3	-23 378,1	2 308,2
Netto	-11 712,9	-9 298,2	-12 574,3	-10 838,1	1 736,2

OMSORG FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden	UTFALL 2019 Jan - Dec	UTFALL 2020 Jan - Dec	BUDGET 2021 Jan - Dec	UTFALL 2021 Jan - Dec	AVVIKELSE 2021 Budget - Utfall
<u>Myndighet, LSS</u>					
Intäkter	3,8	76,3	0,0	39,9	39,9
Kostnader	-12 695,2	-13 750,7	-15 019,7	-13 501,3	1 518,4
Netto	-12 691,4	-13 674,4	-15 019,7	-13 461,4	1 558,3
<u>Bostad med särskild service</u>					
<i>- Gruppbostad</i>					
Intäkter	11 399,2	17 411,3	10 665,4	12 202,0	1 536,6
Kostnader	-146 222,3	-163 475,7	-181 619,1	-186 935,6	-5 316,5
Netto	-134 823,1	-146 064,4	-170 953,7	-174 733,6	-3 779,9
<i>- Servicebostad</i>					
Intäkter	3 695,1	4 562,5	4 053,5	4 600,4	546,9
Kostnader	-24 828,0	-26 689,9	-26 664,6	-24 622,2	2 042,4
Netto	-21 132,9	-22 127,4	-22 611,1	-20 021,8	2 589,3
<i>- Boendestöd</i>					
Intäkter	9,5	563,1	0,0	36,4	36,4
Kostnader	-7 651,3	-8 960,2	-9 222,0	-8 695,0	527,0
Netto	-7 641,8	-8 397,1	-9 222,0	-8 658,6	563,4
<i>- Korttidshem</i>					
Intäkter	547,3	1 074,4	132,0	485,8	353,8
Kostnader	-16 993,1	-15 723,7	-13 186,3	-13 192,7	-6,4
Netto	-16 445,8	-14 649,3	-13 054,3	-12 706,9	347,4
<i>- Övrig bostad med särskild service</i>					
Intäkter	1 395,4	1 209,2	1 084,2	1 004,7	-79,5
Kostnader	-1 608,5	-2 192,1	-1 995,7	-2 316,3	-320,6
Netto	-213,1	-982,9	-911,5	-1 311,6	-400,1
<u>Externa platser</u>					
Intäkter	6 975,9	7 132,7	7 123,5	6 313,3	-810,2
Kostnader	-117 690,2	-110 929,6	-123 740,1	-102 390,2	21 349,9
Netto	-110 714,3	-103 796,9	-116 616,6	-96 076,9	20 539,7
<u>Personlig assistans</u>	-123 997,5	-132 741,2	-137 438,7	-144 093,9	-6 655,2
<i>- Personlig assistans, LSS</i>					
Intäkter	13 579,2	15 488,8	6 471,9	11 742,7	5 270,8
Kostnader	-61 890,5	-68 141,8	-61 546,5	-75 367,0	-13 820,6
Netto	-48 311,3	-52 653,0	-55 074,6	-63 624,3	-8 549,8
<i>- Personlig assistans, SFB</i>					
Intäkter	64 026,5	64 071,8	46 803,2	64 665,8	17 862,6
Kostnader	-120 960,9	-125 895,8	-110 649,4	-127 175,5	-16 526,0
Netto	-56 934,4	-61 824,0	-63 846,2	-62 509,7	1 336,6
<i>- Ledsagning</i>					
Intäkter	52,2	56,0	0,0	0,0	0,0

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden	UTFALL 2019 Jan - Dec	UTFALL 2020 Jan - Dec	BUDGET 2021 Jan - Dec	UTFALL 2021 Jan - Dec	AVVIKELSE 2021 Budget - Utfall
Kostnader	-8 166,5	-8 015,8	-8 013,6	-7 792,5	221,1
Netto	-8 114,3	-7 959,8	-8 013,6	-7 792,5	221,1

- Avlösning

Intäkter	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
Kostnader	-4 605,4	-4 822,1	-4 971,7	-4 113,8	857,9
Netto	-4 605,4	-4 822,1	-4 971,7	-4 113,6	858,1

- Kontaktpersoner

Intäkter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kostnader	-4 400,0	-4 022,3	-4 069,8	-4 158,6	-88,8
Netto	-4 400,0	-4 022,3	-4 069,8	-4 158,6	-88,8

- Familjehem korttid

Intäkter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kostnader	-1 632,1	-1 460,0	-1 462,8	-1 895,2	-432,4
Netto	-1 632,1	-1 460,0	-1 462,8	-1 895,2	-432,4

Övrig LSS-verksamhet

Intäkter	1 014,9	394,5	0,0	568,9	568,9
Kostnader	-5 883,5	-6 483,9	-6 299,0	-7 617,5	-1 318,5
Netto	-4 868,6	-6 089,4	-6 299,0	-7 048,6	-749,6

ÖVRIGA VERKSAMHETER

Intäkter	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kostnader	-7 206,0	-6,3	0,0	0,0	0,0
Netto	-7 206,0	-6,3	0,0	0,0	0,0

TOTALT

Intäkter	205 482,0	402 576,8	366 892,9	405 681,5	38 788,6
Kostnader	-1 334 333,0	-1 551 666,6	-1 598 286,6	-1 602 466,3	-4 179,7
Netto	-1 128 851,0	-1 149 089,8	-1 231 393,7	-1 196 784,8	34 608,9

Utfallet för perioden januari till december 2021 visar en nettokostnad på 1 196,8 miljoner kronor. Under samma period föregående år var nettokostnaden 1 149,1 miljoner kronor. Nedan beskrivs de större avvikelserna mot årets budget och utfallet från föregående år samt övergripande hur coronapandemin har påverkat respektive verksamhet.

Gemensam verksamhet visar ett överskott på 13,2 miljoner kronor

Gemensam verksamhet omfattar personalkostnader för förvaltningsledning och stödfunktioner, nämnd, administrativa kostnader, utbildning, IT-kostnader och ofördelade poster.

Överskottet inom gemensam verksamhet avser till största delen retroaktiv momsersättning för lokalkostnader kopplade till Tunängens vård- och omsorgsboende, ersättning för merkostnader avseende covid-19 för december 2020, utnyttjade medel från kompetensfonden, vakanta tjänster, samt ofördelade poster.

Ur den interna kompetensfonden har förvaltningen totalt fått 6,2 miljoner kronor under år 2021 för utbildningar avseende undersköterskor, språksatsning och förändringsledning. Av de tilldelade

Vård- och omsorgsnämnden

medlen har cirka 3,4 miljoner kronor använts. Överskottet beror på att nämnden tilldelats statsbidrag för kompetensutveckling under samma period och att medel från fonden därför inte har kunnat nyttjas i den omfattning som var tänkt. Även den periodvis ansträngda personalsituationen, till följd av pandemin, har begränsat möjligheterna att genomföra kompetensutvecklande satsningar i den utsträckning förvaltningen planerat.

Jämförelse mellan åren

Jämfört med samma period föregående år har nettokostnaderna för gemensam verksamhet minskat med 8,6 miljoner kronor. I förändringen mellan åren finns både ökade kostnader och ökade intäkter. Ökade kostnader för främst lokalbanken och det kommungemensamma centrallagret. De ökade intäkterna avser till största del;

- den retroaktiva momsersättningen som ansökts om och betalats ut under 2021 för Tunängens vård- och omsorgsboende
- bidrag för merkostnader avseende covid-19 för december månad 2020 som Socialstyrelsen beslutat om och betalat ut under 2021
- intäkter för overheadkostnader i samband med införandet av valmöjligheter inom hemtjänst.

Äldreomsorgen inklusive Myndighet visar ett överskott på 7,2 miljoner kronor

I verksamhetsområdet äldreomsorg ingår vård- och omsorgsboenden, servicelägenheter, hemtjänst, kostorganisation, hälsa, sjukvård och rehabilitering, dagverksamheter samt externa platser och Myndighet.

Myndighet SoL +1,4 miljoner kronor

Under Myndighet SoL ingår administration, personalkostnader för biståndshandläggare samt kostnader för hemvårdsbidrag och utskrivningsklara. Överskottet inom verksamheten beror till största del på vakanta tjänster och ofördelade poster.

Vård- och omsorgsboenden -9,3 miljoner kronor

Nämndens vård- och omsorgsboenden, inklusive korttidsboende, servicelägenheter och servicehus visar tillsammans ett underskott på totalt 9,3 miljoner kronor. Underskottet finns både inom Myndighet och utförarverksamheten.

Myndighet

Myndighet visar ett underskott på -2,0 miljoner kronor vilket kan härledas till lägre beläggning på nämndens vård- och omsorgsboenden än vad som budgeterats för året. Budgeterat antal årsplatser var 374,4 och utfallet för året var 366,3.

Den lägre beläggnings påverkar intäkter för exempelvis hyra, omsorg och mat. Under året har dock beläggnings ökat successivt till att i slutet av året vara i princip fullt. Underskottet inom verksamheten för vård- och omsorgsboenden på Myndighet behöver sättas i relation till externa platser inom äldreomsorgen som visar ett stort överskott utifrån vad som beskrivs nedan.

Utförarverksamheten

Inom utförarverksamheten uppgår underskottet till 7,4 miljoner kronor. Det beror främst på ökade kostnader i samband med den fortsatta pågående pandemin och öppnandet av ytterligare en avdelning på Tunängen utifrån ett successivt ökat behov under året. Delar av underskottet kan också härledas till det uppdrag som verksamheterna tilldelades om utökade aktiviteter under den senare delen av året.

Jämförelse mellan åren

Jämfört med föregående år har nettokostnaderna minskat med 6,2 miljoner kronor, där både intäkter

och kostnader har minskat. Minskningen beror till största delen på lägre lokalkostnader då internhyresmodellen reviderats och lokallhyran för respektive objekt justerades vid årsskiftet. Minskningen beror också på lägre nettokostnad kopplat till coronarelaterade intäkter och kostnader, då ersättning för merkostnader och sjukfrånvaro betalades ut i större omfattning föregående år på samma sätt som kostnader för bland annat skyddsutrustning var högre.

Hemtjänst + 8,9 miljoner kronor

Hemtjänsten redovisar ett överskott motsvarande 8,9 miljoner kronor. Överskott redovisas inom Myndighet medan central förvaltning och utförarverksamheten för hemtjänsten i egen regi visar ett underskott.

På central förvaltning uppgår underskottet till cirka 2,3 miljoner kronor. Det kommer av utbetalning av det tilldelade statsbidraget "God vård och omsorg om äldre" till privata utförare, och ökade kostnader för fortsatt införande av nyckelfri hemtjänst än vad som budgeterats.

Myndighet

Myndighet redovisar ett överskott som uppgår till 23,6 miljoner kronor. Överskottet beror på att antalet ersatta timmar (beviljade timmar minus planerad frånvaro) är lägre än vad som budgeterats. Skillnaden mellan de ersatta hemtjänsttimmarna och de budgeterade hemtjänsttimmarna har flera anledningar. En anledning är att ersättningen till utförarverksamheten betalas ut via en ny modell i samband med införandet av valmöjligheter inom hemtjänst. En annan är utmaningar i volymuppskattningar för de ersatta timmarna inför övergången till valmöjligheter. Ytterligare en anledning till överskottet är planerad frånvaro i internbudgetarbetet för 2021 på grund av coronapandemin. Vad gäller de beviljade timmarna så ligger utfallet i linje med vad som budgeterats för året.

Utförarverksamheten

För utförarverksamheten i egen regi redovisas ett underskott på 12,4 miljoner kronor. Underskottet beror till största del på omställningsarbetet i samband med införandet av valmöjligheter, ökade kostnader utifrån den fortsatta pågående pandemin vad gäller skyddsutrustning, samt ökade kostnader utifrån det uppdrag som verksamheterna tilldelades om utökade aktiviteter under hösten.

Jämförelse mellan åren

Jämfört med föregående år har nettokostnaderna för hemtjänsten ökat med 38,3 miljoner kronor. Förändringen kommer av ökad ersättning per hemtjänststimme i och med införandet av valmöjligheter, den nya ersättningsmodellen, och fler beviljade hemtjänsttimmar i jämförelse med samma period föregående år. För föregående år uppgick de beviljade timmarna till 412 262 vilket är cirka 24 700 timmar färre än vad årets beviljade timmar uppgick till.

Öppen verksamhet -0,4 miljoner kronor

För öppen verksamhet redovisas ett underskott. Underskottet beror på minskade intäkter för både dagverksamhet och mötesplatser än vad som budgeterats på grund av att verksamheterna varit helt eller delvis stängda under året. Resultatet påverkas också av något ökade kostnader utifrån det uppdrag som verksamheterna tilldelades om ökade aktiviteter under hösten.

Jämförelse mellan åren

Jämfört med samma period föregående år visar öppen verksamhet högre nettokostnader, motsvarande 2,9 miljoner kronor. De ökade kostnaderna beror på att personalen i dagverksamheten jobbade i hemtjänsten delar av året.

Hälso- och sjukvård samt rehab -1,1 miljoner kronor

Inom verksamheten redovisar hälso- och sjukvård ett litet överskott medan rehab visar ett

underskott. Överskottet beror främst på vakanta tjänster och rekryteringssvårigheter och underskottet beror på ett ökat behov av hjälpmedel och rehabiliteringsinsatser än vad som budgeterats.

Jämförelse mellan åren

För hälso- och sjukvård samt rehab är nettokostnaden 5,7 miljoner kronor högre jämfört med föregående år. Förändringen beror på fler boendeplatser i egen regi, större behov av hjälpmedel i verksamheterna, samt merkostnader kopplade till coronapandemin gällande bland annat inhyrd personal och övertid. Nettokostnaden påverkas också av minskade intäkter i jämförelse med föregående år då ersättning för merkostnader inte betalats ut i samma omfattning under året men kostnaderna är i ungefär samma storlek för verksamheten.

Externa platser SoL +6,0 miljoner kronor

Verksamheten omfattar externa platser i form av boende heltid, korttidsboende och dagverksamhet.

Överskottet finns inom Myndighet och beror på att utfallet för antalet externa årsplatser är lägre än vad som budgeterats. En anledning till avvikelsen är att fler brukare har kunnat erbjudas boende i egen regi utifrån att dessa har haft lägre beläggningsgrad. Detta tillsammans med ett aktivt arbete på Myndighet med att minska antalet externa platser och arbeta med att motivera brukare som nämnden köper plats för externt att flytta till ett boende i egen regi. En ytterligare förklaring till överskottet är de utmaningar som fanns i internbudgetarbetet inför 2021 kring bedömning av vilka konsekvenser coronapandemin skulle få på 2021 års volymer.

Överskottet inom verksamheten behöver ses tillsammans med underskottet för Myndighet för verksamheten vård- och omsorgsboende.

Jämförelse mellan åren

I jämförelse med samma period föregående år visar externa platser SoL en lägre nettokostnad på 15,6 miljoner kronor som beror på ett lägre antal externa platser i jämförelse med föregående år. För 2021 är antalet årsplatser för externa boenden 19,9 färre än föregående år.

Övrig äldreomsorg +1,7 miljoner kronor

Under övrig äldreomsorg ingår kostorganisationen, trygghetslarm samt transporter av brukare i samband med exempelvis dagverksamhet.

Överskottet beror på lägre transportkostnader för turbundna resor än budgeterat till följd av att både dagverksamheterna och daglig verksamhet har varit helt eller delvis stängda stora delar av året. Överskottet påverkas också av att kostorganisationen har haft färre måltider att tillaga utifrån att verksamheter har haft en lägre beläggningsgrad, alternativt varit helt eller delvis stängda, under året.

Jämförelse mellan åren

Jämfört med föregående år visar övrig äldreomsorg ökade nettokostnader på 1,5 miljoner kronor. Förändringen beror dels på minskade intäkter för trygghetslarm då larmet från 2021 ingår i hemtjänstavgiften för de brukare som har hemtjänstinsatser, dels på något ökade kostnader för transporter för 2021.

Funktionsnedsättningsområdet inklusive Myndighet visar ett överskott på 14,0 miljoner kronor

I verksamhetsområdet omsorg om personer med funktionsnedsättning ingår bostad med särskild service i form av grupp- och servicebostäder. Vidare ingår personlig assistans enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken kapitel 51 (SFB-51), ledsagning, avlösarservice och kontaktpersoner. I verksamhetsområdet ingår även boendestöd, Myndighet och externa platser, LSS.

Myndighet LSS +1,6 miljoner kronor

Inom Myndighet LSS finns gemensam administration som redovisar ett överskott motsvarande 1,6 miljoner kronor. Överskottet beror på vakanta tjänster under året samt ofördelade poster.

Bostad med särskild service -0,7 miljoner kronor

Bostad med särskild service avser gruppboenden, serviceboenden och korttidshem för barn och ungdomar, boendestöd samt annan särskilt anpassad bostad (ASAB).

Underskottet inom bostad med särskild service finns inom utförarverksamheten, då Myndighet redovisar ett överskott på 0,1 miljoner kronor.

Gruppboendestäder visar ett underskott på 3,8 miljoner kronor. Underskottet beror främst på tre saker: ett ökat behov av stöd i förhållande till vad som budgeterats, merkostnader på grund av covid-19 med bland annat ökad bemanning utifrån att daglig verksamhet inte har varit i gång under hela året, och ökade kostnader utifrån det uppdrag som verksamheterna tilldelades om utökade aktiviteter under hösten.

Serviceboendestäder visar ett överskott på 2,6 miljoner kronor som främst beror på vakanta tjänster och att alla lägenheter inte varit belagda under delar av året.

Korttidshem för barn och unga visar ett litet överskott på 0,3 miljoner kronor vilket återfinns på Myndighet då utförarverksamheten visar ett nollresultat.

Boendestöd har beviljats och verkställt färre timmar än vad som budgeterats och redovisar därför ett överskott motsvarande 0,6 miljoner kronor. De beviljade och verkställda timmarna har dock ett något högre genomsnittligt timpris än vad som budgeterats.

Jämförelse mellan åren

I jämförelse med föregående år har nettokostnaderna för bostad med särskild service ökat med 25,2 miljoner kronor. Förändringen finns främst inom grupp- och servicebostad och kan dels förklaras med att lokalkostnaderna förändrades i samband med att internhyresmodellen justerades till 2021 och dels med att delar av årshyran för Tant gröns väg debiterades 2021, i och med att boendet öppnade inför sommaren 2020.

Utöver ovanstående så har nettokostnaderna inom korttidshem för barn och unga minskat i jämförelse med föregående år. Anledningen till förändringen är lägre lokal- och personalkostnader då en minskning har skett av verksamheten till 2021.

Personlig assistans -7,2 miljoner kronor

Verksamheten ger personer med funktionsnedsättning hjälp i hemmet och på fritiden genom personlig assistans enligt LSS och SFB-51. Vidare innehåller verksamheten ledsagning, avlösarservice, kontaktpersoner samt familjehem.

För personlig assistans inom LSS redovisas ett underskott på totalt 8,5 miljoner kronor på helåret. Underskottet finns främst inom Myndighet, motsvarande 7,6 miljoner kronor. Underskottet beror på tillfälliga utökningar i och med coronapandemin och en större volymökning mot vad som budgeterats. Underskottet på utförarsidan kommer av utbetalning av semesterlöneskulder för PAN-anställda (personlig assistent och anhörigvårdare) som för tidigare år inte hanterats korrekt. Vidare påverkas underskottet också av tillfälliga beslut till följd av coronapandemin för brukare som annars har beslut enligt SFB-51.

Vård- och omsorgsnämnden

För personlig assistans inom SFB-51 redovisas i stället ett överskott på totalt 1,3 miljoner kronor. Myndighet visar ett överskott på 3,8 miljoner kronor medan utförarverksamheten visar ett underskott motsvarande 2,5 miljoner kronor. Överskottet på Myndighet beror på färre brukare än vad som budgeterats, lägre utbetalda sjuklönekostnader till externa utförare än vad som budgeterats, och obudgeterade intäkter för återsökningar från Migrationsverket. Underskottet på utförarsidan beror främst på flera dyrare ärenden som inte täcks av den förhöjda timpengen, som kommer av jour och speciella behov hos brukarna.

Ledsagning, avlösning, kontaktpersoner och familjehem redovisar ett överskott på totalt 0,6 miljoner kronor för helåret som beror på färre ärenden som kan härledas till coronapandemin.

Jämförelse mellan åren

I jämförelse med samma period föregående år har nettokostnaderna ökat med 11,4 miljoner kronor. En förklaring till förändringen är främst merkostnader för tillfälliga utökningar inom personlig assistans kopplat till den pågående pandemin.

Externa platser LSS +20,5 miljoner kronor

Verksamheten omfattar externt boende heltid, korttidsverksamhet, daglig verksamhet samt lägerverksamhet för både barn och vuxna.

Externa platser LSS visar ett totalt överskott på 20,5 miljoner kronor för året. Överskottet finns på Myndighet och beror på flera olika delar. Främst förklaras det av en lägre dygnskostnad generellt än vad som budgeterats för platserna samt ett generellt lägre behov av externa platser än vad som budgeterats för året. En förklaring till det senare är de utmaningar som fanns i internbudgetarbetet inför 2021 kring bedömning av vilka konsekvenser coronapandemin skulle få för behovet under året.

Jämförelse mellan åren

I jämförelse med samma period föregående år visar externa platser LSS en lägre nettokostnad på 7,7 miljoner kronor vilket även det kan förklaras med färre antal externa platser än föregående år på grund av förflyttning från externa platser till interna, där de interna helårsplatserna har ökat från 193 år 2020 till cirka 199 år 2021.

Övrig LSS-verksamhet -0,7 miljoner kronor

I övrig LSS-verksamhet ingår kostnader för chefer, viss administrativ personal och övriga driftkostnader. Underskottet beror främst på ökade kostnader utifrån det uppdrag om ökade aktiviteter som verksamheterna tilldelats av nämnden under hösten, respektive på vakanta tjänster.

Jämförelse mellan åren

Förändringen i jämförelse med föregående år beror på de ökade kostnaderna utifrån nämnduppdraget om ökade aktiviteter under hösten 2021.

4.1.1.1 Intäkter och kostnadsanalys

Vård- och omsorgsnämnden	Innevarande år Jan 21 - Dec 21	Föregående år Jan 20 - Dec 20	Förändring (mnkr)	Förändring (%)
<u>Verksamhetens intäkter</u>				
Taxor och avgifter	38 912,3	44 831,0	-5 918,7	-13 %
Externa bostads- och lokalyror	45 131,4	40 990,2	4 141,2	10 %
Försäljning av verksamhet	1 099,7	1 497,8	-398,1	-27 %
Bidrag från staten med flera	104 086,2	128 902,8	-24 816,6	-19 %

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden	Innevarande år Jan 21 - Dec 21	Föregående år Jan 20 - Dec 20	Förändring (mnkr)	Förändring (%)
Övriga verksamhetsintäkter	14 270,4	6 742,2	7 528,2	112 %
Intäkter konto 39	202 181,4	179 612,8	22 568,6	13 %
Summa intäkter	405 681,4	402 576,8	3 104,6	1 %

Verksamhetens kostnader

Personalkostnader	-780 542,3	-763 424,7	17 117,6	-2 %
Varor	-34 698,7	-42 390,8	-7 692,1	18 %
Entreprenad och köp av verksamhet	-282 924,4	-271 786,6	11 137,8	-4 %
Externa lokalhyror	-128 585,5	-131 508,4	-2 922,9	2 %
Bidrag och transfereringar	-63 975,0	-59 058,5	4 916,5	-8 %
Övriga verksamhetskostnader	-103 141,6	-97 203,4	5 938,2	-6 %
Kostnader konto 49	-202 354,0	-179 684,2	22 669,8	-13 %
Kapitalkostnader	-5 335,7	-5 673,3	-337,6	6 %
Summa kostnader	-1 601 557,2	-1 550 729,9	50 827,3	-3 %

Finansiella poster	-909,2	-936,7	-27,5	3 %
Netto	-1 196 785,0	-1 149 089,8	47 695,2	-4 %

Utfallet för perioden januari till december 2021 visar en nettokostnad på 1 196,8 miljoner kronor. Under samma period 2020 var nettokostnaden 1 149,1 miljoner kronor.

De största och mest väsentliga förändringarna jämfört med samma period förra året gäller intäktstyp ”Externa bostads- och lokalhyror”, som har ökat, och intäktstyp ”bidrag från staten med flera” som har minskat. Anledningen till de ökade intäkterna för externa bostads- och lokalhyror är att beläggningsgraden på förvaltningens vård- och omsorgsboenden är högre i genomsnitt för 2021 än för 2020. Anledningen till den lägre beläggningsgraden 2020 och i början på 2021 kan till stora delar relateras till coronapandemin.

De minskade intäkterna under ”bidrag från staten med flera” beror främst på att ersättningen för sjuklöner som erhållits från staten och bidraget avseende merkostnader för covid-19, var större 2020 i jämförelse med 2021.

För verksamhetens kostnader är de största och mest väsentliga förändringarna inom kategorierna varor och entreprenad och köp av verksamhet.

För kostnadstypen varor är kostnaderna lägre 2021 än vad de var 2020. Det beror på det ökade behovet av skyddsutrustning i samband med att coronapandemin började. Kostnaderna för varor är högre än vad de brukar vara, men inte fullt lika höga som de var under 2020.

För kostnadstypen entreprenad och köp av verksamhet är kostnaderna högre 2021 än 2020. Förklaringen till de ökade kostnaderna ligger till största del i att hemtjänstverksamheten från 2021 är upphandlad enligt LoU och att 20 procent av de beviljade hemtjänsttimmarerna har utförts av externa utförare. I förändringen mellan åren finns också en minskad kostnad för köp av externa boendeplatser både inom SoL och LSS som beskrivits i analysen ovan.

4.2 Investeringsuppföljning

Vård- och omsorgsnämnden	Utfall 2021	Budget 2021	Avvikelse 2021
Fleråriga projekt (6-projekt)	-2,1	-2,8	0,7

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden	Utfall 2021	Budget 2021	Avvikelse 2021
Arliga projekt (3-projekt)	-3,0	-4,1	1,1
Totalt	-5,2	-6,9	1,8

De fleråriga investeringsprojekten redovisar ett totalt utfall för året på 2,1 miljoner kronor och de årliga investeringsprojekten ett utfall på 3,0 miljoner kronor.

Större avvikelser för året visas i projekt "6004 Tunängen vård- och omsorgsboende inventarier" som prognostiserar ett överskott mot årets budget. Överskottet kommer av att inflyttning i B-delen har flyttats fram något och istället sker successivt, som en följd av coronapandemin, och att det i början av året var lägre beläggning på övriga interna vård- och omsorgsboenden.

Avvikelse prognostiseras också för investeringsprojekt "3500 Investeringar ÄO/OF" på 0,48 miljoner kronor. Avvikelsen beror på svårigheter med leveranser av de investeringar som behövs. Överskottet föreslås därför av förvaltningen att ombudgeteras till 2022 för att investeringarna ska kunna genomföras i och med att behovet inte har kunnat tillgodoses helt.

Uppföljning per investeringsprojekt finns i bifogad bilaga 1 "Investeringsuppföljning per projekt".

5 Volymer och nyckeltal 2021

Volymer Äldreomsorg		Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Budget 2021	Utfall 2021
Myndighet SoL	Antal ärende/ årsarbetare		108,1	106	108	107

Vård- och omsorgsboende	Antal fysiska platser	346	349	382	382	392,0
	Antal årsplatser, kommunal regi	316,2	332,1	335,8	374,4	366,3
	Antal årsplatser, extern regi	73	87,9	70,2	54,8	47,0

Riksten Plaza	Antal fysiska platser	54	54	54	54	54,0
	Antal årsplatser	53	53	48,7	54	52,0

Korttidsboende mm	Antal fysiska platser	17	10	20	20	20,0
	Antal årsplatser, kommunal regi	12,3		10,3	19,6	12,4
	Antal årsplatser, extern regi	14,2	28,7	4,5	0	0,8

Hemtjänst	Antal beviljade timmar	398 800	400 098	412 262	439 590	437 005
	Antal brukare	1 046,3	973,8	934,2		1 395

Nyckeltal, resursmätt äldreomsorg		Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Budget 2021	Utfall 2021
Vård- och omsorgsboende	Nettokostnad/ årsplats (snitt) kommunala regi, tkr	-751	-777	-869	-727	-771
	Nettokostnad/ dygn (snitt) kommunala regi, kr	-2 057	-2 128	-2 374	-1 991	-2 113

Vård- och omsorgsnämnden

Nyckeltal, resursmätt äldreomsorg		Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Budget 2021	Utfall 2021
Externa platser, inkl. Villa Riksten	Nettokostnad/ årsplats (snitt) extern regi, tkr	-740	-740	-771	-782	-792
	Nettokostnad/ dygn (snitt) extern regi, kr	-2 028	-2 029	-2 108	-2 142	-2 169
Villa Riksten	Nettokostnad/ årsplats (snitt) extern regi, tkr				-748	-763
	Nettokostnad/ dygn (snitt) extern regi, kr				-2 049	-2 089
Korttidsplatser, kommunal regi	Nettokostnad/ årsplats (snitt), tkr	-1 290		-738	-808	-987
	Nettokostnad/ dygn (snitt), kr	-3 534		-2 017	-2 215	-2 703
Korttidsplatser, extern regi	Nettokostnad/ årsplats (snitt), tkr	-761	-832	-871	0	-831
	Nettokostnad/ dygn (snitt), kr	-2 084	-2 279	-2 380	0	-2 277
Hemtjänst	Nettokostnad / beviljad timme, totalt	-353	-388	-373	-457	-440

Volymer Omsorg funktionsnedsatta		Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Budget 2021	Utfall 2021
Myndighet, LSS	Antal ärende/ årsarbetare		89	89	85	84

Bostad med särskild service, enligt LSS

<i>-Gruppbostad</i>	Antal fysiska platser	124	127	132	134	134
	Antal årsplatser, kommunal regi	124	125	127,3	134	130,8
	Antal årsplatser, extern regi (exkl. barn och unga)		32,5	27,7		27,0

<i>- Servicebostad</i>	Antal fysiska platser	60	64	70	70	70
	Antal årsplatser, kommunal regi	59	63	66	70	68,0
	Antal årsplatser, extern regi		5,5	8,2		4,6

<i>-Externa platser</i>	Antal årsplatser	39	44,6	43,4	45	38,8
-------------------------	------------------	----	------	------	----	------

Bostad med särskild service, enligt SoL

<i>-Externa platser</i>	Antal årsplatser	20,4	19,3	17,9	18,1	15,1
-------------------------	------------------	------	------	------	------	------

Personlig assistans

Personlig assistans, LSS	Antal timmar	172 661	178 461	197 157	175 000	202 862
	Antal brukare	76	79,6	89,2		96,9
	Antal timmar/ brukare	2 271,9	2 242	2 211		2 093

<i>- Varav egen LSS</i>	Antal timmar	36 708	32 904	39 195	38 000	34 100
	Antal brukare		14,3	15,5		14,5
	Antal timmar/ brukare		2 295,6	2 529		2 352

Vård- och omsorgsnämnden

Volymer Omsorg funktionsnedsatta		Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Budget 2021	Utfall 2021
----------------------------------	--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Personlig assistans, SFB 51	Antal timmar	342 336	339 385	331 705	343 644	328 241
	Antal brukare	184,8	185,7	179,6	184	175,7
	Antal timmar/ brukare	1 852	1 828	1 847	1 868	1 868

- Varav egen SFB 51	Antal timmar	176 141	170 910	177 539	186 000	170 369
	Antal brukare	31,5	29,8	31,3	33	30,3
	Antal timmar/ brukare	5 592	5 735	5 667	5 636	5 632

Boendestöd

Boendestöd enligt SoL	Antal timmar	20 736	21 148	22 846	23 300	21 388
-----------------------	--------------	--------	--------	--------	--------	--------

Nyckeltal & resursmätt Omsorg funktionsnedsatta		Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Budget 2021	Utfall 2021
---	--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Bostad med särskild service, enligt LSS

-Gruppbostad	Nettokostnad/ plats (snitt), tkr	-1 082	-1 079	-1 148	-1 266	-1 335
	Nettokostnad/ dygn (snitt), kr	-2 965	-2 955	-3 136	-3 470	-3 659
- Servicebostad	Nettokostnad/ plats (snitt), tkr	-323	-335	-335	-323	-294
	Nettokostnad/ dygn (snitt), kr	-886	-919	-916	-886	-806
-Externa platser	Nettokostnad/ plats (snitt), tkr	-1 732	-1 729	-1 752	-1 887	-1 870
	Nettokostnad/ dygn (snitt), kr	-4 745	-4 738	-4 787	-5 170	-5 123

Bostad med särskild service, enligt SoL

-Externa platser	Nettokostnad/ plats (snitt), tkr	-1 449	-1 297	-1 066	-1 090	-1 039
	Nettokostnad/ dygn (snitt), kr	-3 969	-3 552	-2 912	-2 985	-2 847

Personlig assistans

Personlig assistans, LSS	Nettokostnad/ timme, kr	-270	-269	-267	-316	-313
Varav egen LSS	Nettokostnad/timme, kr	-242	-262	-228	-321	-351

Personlig assistans, SFB 51	Bruttokostnad/timme, kr	-344	-357	-379	-325	-387
Varav egen SFB 51	Bruttokostnad/timme, kr	-364	-386	-413	-315	-435

Boendestöd enligt SoL	Nettokostnad/timme, kr	-371	-361	-366	-396	-405
-----------------------	------------------------	------	------	------	------	------

Analys

Större förändringar i nyckeltalen förklaras under den ekonomiska analysen.

6 Personalredovisning

6.1 Personalsammansättning

Anställningsförhållanden

Under året har antal visstidsanställda med månadslön ökat medan antal visstidsanställda med timlön har minskat.

		2017	2018	2019	2020	2021
Antal anställda	Totalvärden	1 187	1 183	1 181	1 976	2 039
	Kvinna	988	982	979	1 567	1 608
	Man	199	202	202	409	431
Antal tillsvidare	Totalvärden	1 107	1 113	1 116	1 132	1 132
	Kvinna	924	926	923	939	942
	Man	183	187	192	193	190
Antal Visstidsanställda med månadslön	Totalvärden	116	100	98	114	126
	Kvinna	95	78	79	87	99
	Man	21	22	18	26	27
Antal Visstidsanställda med timlön	Totalvärden	186	180	189	179	158
	Kvinna	129	130	142	135	114
	Man	57	50	47	44	44
Årsarbetare	Totalvärden	1 121	1 123	1 118	1 406	1 434
	Kvinna	930	930	925	1 126	1 149
	Man	191	193	193	280	285
Årsarbetare tillsvidare	Totalvärden	1 045	1 057	1 061	997	1 008
	Kvinna	870	878	877	817	832
	Man	175	180	184	180	176
Årsarbetare timavlönade	Totalvärden	0	0	0	329	334
	Kvinna	0	0	0	248	246
	Man	0	0	0	81	89
Andelen tillsvidareanställda av Månadslön	Totalvärden	93 %	94 %	94 %	92 %	91 %
	Kvinna	93 %	94 %	94 %	93 %	92 %
	Man	92 %	93 %	95 %	90 %	89 %
Andelen visstidsanställda av Månadslön	Totalvärden	10 %	9 %	8 %	10 %	11 %
	Kvinna	10 %	8 %	8 %	9 %	10 %
	Man	11 %	11 %	9 %	13 %	13 %

Den faktiskt arbetade tiden har ökat fyra procentenheter jämfört med föregående år.

Vård- och omsorgsnämnden

	Antal 2020	Andel 2020 (procent)	Antal timmar 2021	Andel 2021 (procent)
Ordinarie arbetstid	3 406 488,74	48,25	3 653 381,54	51,75
Faktiskt arbetad tid	3 137 410,22	44,44	3 412 997,49	48,34
Föräldraledighet	-90 442,01	1,28	-110 425,66	1,56
Tillfällig vård av barn (VAB)	-27 262,70	0,39	-25 244,21	0,36
Tjänstledig	-57 790,82	0,82	-40 354,71	0,57
Semester	220 272,75	3,12	277 112,15	3,93
Sjukfrånvaro	-263 034,08	3,73	-232 894,46	3,30
Övertid & fyllnadstid	21 245,03	0,30	17 801,62	0,25
Övrig frånvaro och ledighet	-15 101,24	0,21	-16 019,00	0,23

Personalstruktur

Medelåldern på förvaltningens medarbetare ligger på liknande nivå som tidigare år, 46,4 år och andelen kvinnor är fortsatt markant fler än andelen män. Fördelningen mellan de olika åldersgrupperna är även den likvärdig med tidigare år. Under året har antalet årsarbetare ökat med 28 årsarbetare, 23 kvinnor och 5 män.

		2017	2018	2019	2020	2021
Årsarbetare	Totalvärden	1 121	1 123	1 118	1 406	1 434
	Kvinna	930	930	925	1 126	1 149
	Man	191	193	193	280	285
Årsarbetare <=29	Totalvärden	9,0 %	8,9 %	8,4 %	13,1 %	12,8 %
	Kvinna	9,5 %	8,8 %	8,0 %	12,0 %	11,7 %
	Man	6,7 %	9,5 %	10,3 %	17,4 %	17,4 %
Årsarbetare 30–49	Totalvärden	51 %	50 %	48 %	48 %	47 %
	Kvinna	50 %	50 %	48 %	48 %	48 %
	Man	55 %	50 %	48 %	44 %	43 %
Årsarbetare 50–59	Totalvärden	30 %	31 %	32 %	28 %	28 %
	Kvinna	30 %	31 %	32 %	28 %	29 %
	Man	32 %	32 %	33 %	28 %	28 %
Årsarbetare >=60	Totalvärden	10 %	10 %	12 %	11 %	12 %
	Kvinna	11 %	11 %	12 %	11 %	12 %
	Man	6 %	8 %	9 %	11 %	12 %
Medelålder	Totalvärden	45,1	45,7	46,7	46,1	46,4
	Kvinna	45,3	45,9	46,9	46,1	46,5
	Man	44,2	45,0	46,1	46,2	46,1

Som tabellen nedan visar har antalet arbetade timmar som utförs av timanställda medarbetare minskat medan antalet timmar utförda av månadsavlönade med tillsvidareanställning eller vikariat har ökat under året.

	Antal timmar 2020	Antal timmar 2021
1001 Timlön	645 547,25	600 121,83
1101 Månadslön	1 934 167,87	2 117 175,75

Vård- och omsorgsnämnden

	Antal timmar 2020	Antal timmar 2021
1103 Månadslön vikariat	130 965,34	167 814,73

Utländsk bakgrund

Förvaltningen har en stor andel medarbetare och chefer med utländsk bakgrund. Högst andel av samtliga förvaltningar och högre än kommunen i sin helhet. Trenden de senaste fem åren är att andelen ökar kontinuerligt.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Andel anställda ¹ med utländsk bakgrund ²	62	63	64	66	74	75	76	79
kvinnor	0	61	62	64	72	73	74	77
män	0	77	76	76	83	84	84	86
Andel chefer ³ med utländsk bakgrund ²	23	22	24	27	33	29	33	35
Andel medarbetare ⁴ med utländsk bakgrund ²	64	65	67	68	74	75	75	81

1) Månadsavlönade anställda 2020-12-31, 2) Enligt SCB:s definition av utländsk bakgrund - Utrikes födda samt inrikes födda med två utrikesfödda föräldrar, 3) Chef=anställd med personalansvar, 4) Medarbetare=anställd utan personalansvar

Personalomsättning

Förvaltningens personalomsättning för nyanställda minskar. Flera yrkesgrupper och framför allt specifika kompetenser har under året varit svåra att rekrytera. Sjuksköterskor, undersköterskor med körkort och undersköterskor som talar finska är exempel på befattningar som har varit svåra att attrahera och rekrytera. Inom befattningen undersköterskor, både inom särskilt boende och hemtjänst, har flest nyrekryteringar skett under året.

Personalomsättningen för avslutade har även det minskat sedan föregående år. De flesta som slutar gör det för att gå till annan arbetsgivare följt av pension. En stor andel har även fått ny anställning inom kommunen. De flesta som slutar sin anställning har en anställningstid som är 4 år eller längre. Förvaltningen följer chefsomsättning noggrant och HR erbjuder därför samtliga chefer som slutar ett avslutssamtal utöver det som närmaste chef genomför. Anledningen är att på så sätt kunna hitta eventuella gemensamma orsaker som bidrar till att chefer väljer att avsluta sin anställning.

Heltid som norm

Andelen heltidsanställda av månadsavlönade ökar för femte året i rad. Män arbetar fortfarande i något högre grad heltid jämfört med kvinnor men skillnaden mellan könen har minskat under den senaste femårsperioden. Samtliga deltidsanställda medarbetare tillfrågas vid minst ett tillfälle per år, ofta i samband med medarbetarsamtalet, om de önskar arbeta heltid. Samtliga nyanställningar är med få undantag alltid heltidsanställningar. För att möjliggöra heltidsanställningar och samtidigt ha en budget i balans arbetar verksamheterna kontinuerligt med schemaplanering och analyserar löpande bemanningsbehovet.

	2017	2018	2019	2020	2021
Andel heltidsanställda av månadsavlönade*	73,1 %	75,8 %	76,1 %	77,0 %	81,6 %
Kvinna	71,9 %	74,8 %	75,3 %	76,4 %	81,4 %

	2017	2018	2019	2020	2021
Man	79,4 %	81,1 %	80,4 %	79,9 %	82,4 %

6.2 Arbetsmiljö och hälsa

Medarbetarundersökning och chefoskopet

Resultatet från medarbetarundersökningen är stabilt jämfört med tidigare år. Hållbart medarbetarengagemang (HME) har gått ner en enhet jämfört med föregående år och sett över en femårsperiod så har värdet inte heller varierat särskilt mycket. Förvaltningen ligger något högre än kommunen som helhet. Även måttet Totalindex (TI) ligger stabilt jämfört med tidigare år. Enheterna arbetar aktivt med resultatet utifrån framtagna handlingsplaner. Frågeområden som förvaltningen ska fortsätta arbeta med är arbetsbelastning och chefers organisatoriska förutsättningar.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
HME - Hållbart medarbetarengagemang	78	79	79	81	80	80	79

Alla chefer och förvaltningens stöd- och specialistfunktioner har under året arbetat med en insats för enhetschefer arbetsmiljö, "Chefoskopet". Chefoskopet är ett framforskat metodstöd för att systematiskt arbeta med chefers arbetsmiljö. Förvaltningen kommer under 2022 arbeta fram en handlingsplan som i första hand syftar till att förbättra arbetsmiljön för chefer men därigenom också för medarbetare och stöd- och specialistfunktioner.

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron för 2021 följer samma trend som för 2020 med en högre sjukfrånvaro i början av året som sen minskar under sommaren för att sen öka igen under hösten. Sjukfrånvaron för 2021 är dock lägre än 2020. Kvinnor är fortsatt frånvarande från arbetet på grund av sjukdom i högre grad än män. Medarbetare med deltidsanställning är frånvarande på grund av sjukdom i högre grad än de med heltidsanställning. Medarbetare tenderar även att vara frånvarande på grund av sjukdom i högre grad ju äldre de blir. Pandemin har påverkat rehabiliteringsarbetet under året. Detta främst genom att frånvaro på grund av covid-19 inte har kunnat minskas genom aktiva åtgärder eller arbetsanpassningar. Även förändrade riktlinjer såsom slopat krav på läkarintyg under perioder har påverkat rehabiliteringsarbetet och möjligheterna till aktiva åtgärder som till exempel förstadagsintyg och arbetsförmågeutredningar. Eftersom frånvarotalen ändå har minskat jämfört med tidigare år, trots den pågående pandemin, är förvaltningens analys att en högre kompetens kring basala hygienrutiner, rätt använd skyddsutrustning samt en generell ökad kunskap om smittspridning har en fortsatt positiv effekt på den totala sjukfrånvaron.

	2020	2021
Total sjukfrånvaro i procent	8,12 %	6,89 %
Dag 1–14	3,80 %	3,23 %
Dag 15–90	1,97 %	1,45 %
Dag > 91	2,37 %	2,22 %
Kvinnor i procent av tillgänglig arbetad tid för kvinnor	8,93 %	7,53 %
Män i procent av tillgänglig arbetad tid för män	4,75 %	4,24 %

	2020	2021
Alder <29	2,88 %	3,27 %
Alder 30–49	7,36 %	6,38 %
Alder 50–59	10,62 %	8,57 %
Alder > 60	11,27 %	8,83 %

Arbets-skador och tillbud

Under 2021 rapporterades det in 156 tillbud och 328 olycksfall, färdolycksfall samt arbetssjukdom. Majoriteten av händelserna skedde hos brukare i särskilt boende i samband med personlig omvårdnad eller vid personlig kontakt. Hot och våld har angivits som skadeorsak/risk vid flest tillfällen. Arbetet med att stärka verksamheternas arbete och kunskap om hot och våld har fortsatt under året, bland annat med utbildning i lågaffektivt bemötande samt med ett fokus på riskbedömningar. Endast två händelser har rapporterats in under året där risk för exponering av coronaviruset har angetts som orsak.

Antal medarbetare per chef

Förvaltningen arbetar mot målet att ingen chef ska ha fler än 34 medarbetare. 11 av förvaltningens chefer har fortfarande något fler antal medarbetare än målet. Majoriteten av dessa chefer arbetar inom verksamhetsområdet hemtjänst där en förändring mot ökad valmöjlighet av utförare pågår, vilket påverkar organisationens storlek och sammansättning.

6.3 Kompetensutveckling

Förvaltningen har under året sökt och rekvirerat ett antal olika statsbidrag samt medel från omställningsfonden samt kompetensfonden för olika utbildningar.

Under året har förvaltningen startat upp två grupper med totalt cirka 40 elever som ska genomföra undersköterskeutbildningen via kommunens arbetsmarknads- och utbildningsförvaltning. De förväntas bli klara med utbildningen under slutet av 2022 samt under 2023. Förvaltningen kommer därmed öka tillsvidareanställda med formell kompetens och med det bidra till en ökad kvalitet i verksamheterna. Medel från både kompetensfonden samt statsbidraget "Äldreomsorgslyftet" har använts.

I början av 2021 påbörjades den andra gruppen medarbetare språkutbildning i svenska som nu har avslutats i december. Där resultatet är att 83 procent av medarbetarna har ökat sina testresultat sedan starten på utbildningen. Medel från både omställningsfonden, kompetensfonden och statsbidraget "Äldreomsorgslyftet" har använts för utbildningen.

Förvaltningen har under året påbörjat arbetet med att ta fram en kompetensutvecklingsplan som kommer tydliggöra vilka utbildningar som förvaltningens medarbetare ska eller bör delta i.

Under året har samtliga chefer inom utförarverksamheterna deltagit i utbildning kring effektiv bemanning och schemaplanering.

Statsbidrag för att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom har rekvirerats

Medlen som rekvirerats och beviljats har bland annat använts till:

- Utbildning i lågaffektivt bemötande
- Utbildning i BPSD
- Webbaserad demensutbildning för hemtjänstpersonal.

Vård- och omsorgsnämnden

Med hjälp av medlen har vi möjliggjort kompetensutveckling för ett säkrare bemötande av brukare i verksamheten samt ökat kvaliteten inom demensvården.

Statsbidraget "God och nära vård" har rekvirerats

De rekvirerade medlen har bland annat använts till:

- Utbildning i förflyttningsteknik, vardagsrehabilitering och att skapa trygga möten inom demensvården.

Med hjälp av medlen bedöms tryggheten och säkerheten inom vård och omsorg öka tillsammans med ökad kompetens inom demensvård och säkra arbetssätt genom vetenskapliga metoder.

Investeringsuppföljning 2021

Uppföljning och analys ettåriga investeringsprojekt

De årliga investeringsprojekten redovisar ett totalt utfall för året på 3,0 miljoner kronor.

Ettåriga investeringsprojekt (tkr)	Budget 2021	Utfall 2021	Avvikelse	Slutredovisat
3500 Investeringar ÄO/OF	-2 400	-1 920	480	dec-21
3503 Arbetsmiljöåtgärder VOF	-200	-94	106	dec-21
3504 Data, nätverk och tele	-500	0	500	dec-21
3507 VOF Underhåll	-1 000	-1 031	-31	dec-21
Totalt	-4 100	-3 045	1 055	

3500 Investeringar ÄO/OF

Flertalet boenden är gamla och inventarierna i dem likaså. Dessa byts ut kontinuerligt för att det ska kunna bedrivas en fungerande verksamhet. Budgeten avser även utbyte av inventarier som går sönder. Budgeten totalt för diverse inventarier inom äldreomsorg och omsorg om personer med funktionsnedsättning uppgår till 2,4 miljoner kronor för året efter en ombudgetering vid delår 2 med 1 miljon kronor från projekt 6271 VOB trygghetslarm utbyte.

För året redovisas ett överskott på 0,48 miljoner kronor på grund av svårigheter med leveranser under senare delen av året som har inneburit att alla de medel som ombudgeterats i samband med delår 2 inte har kunnat nyttjas. Utifrån att behovet att använda medlen och göra investeringarna fortfarande kvarstår så föreslås överskottet att ombudgeteras till 2022.

3503 Arbetsmiljöåtgärder

Total budget för arbetsmiljöåtgärder för förvaltningen är 0,2 miljoner kronor. Utfallet för året uppgår till 0,1 miljoner kronor och projektet redovisar ett överskott. Arbetsmiljöåtgärder av olika slag genomförs kontinuerligt och 2021 har en satsning genomförts bland annat på två gruppbestäder med förbättrad belysning.

3504 Data, nät och telefoni

Total budget för data, nät och telefoni uppgår till 0,5 miljoner kronor. Utfallet för året är 0 kronor och projektet redovisar därför ett överskott. Medlen är öronmärkta för att säkerställa att verksamheterna har en bra kvalitet på uppkopplingen till det administrativa nätverket genom att detta underhålls och uppdateras kontinuerligt. Överskottet beror på svårigheterna i att förutse vilka inköp som kan behövas under året.

3507 Underhåll

Total budget för underhåll uppgår till 1,0 miljoner kronor. Utfallet är 1,0 miljoner kronor för perioden och projektet redovisar i princip en budget i balans. Utfallet för året avser verksamhetsanpassningar och renovering i samband med att brukare flyttar från våra boenden och lägenheter. Vilka åtgärder som krävs varierar från år till år.

Uppföljning och analys fleråriga investeringsprojekt

De fleråriga investeringsprojekten redovisar ett totalt utfall till och med december 2021 på 16,0 miljoner kronor och ett utfall enbart för 2021 på 2,1 miljoner kronor.

Projekt (tkr)	Total budget	Total prognos	Totalt utfall (tom 2021-12)	Avvikelse total Budget - prognos	Budget 2021	Utfall 2021	Avvikelse 2021 Budget - utfall	Slut-redovisat
6002 VoB Allegården Invent	-5 000	-4 998	-4 998	2	0	-325	-325	dec-21
6004 Tunängen VoB Inventarier	-10 600	-10 600	-9 227	0	-1 644	-363	1 281	
6271 VoB trygghetslarm utbyte	-2 000	-1 385	-1 385	615	-1 200	-1 385	-185	dec-21
6750 Grb Sandstugan Inventarie	-424	-377	-377	47	0	-52	-52	dec-21
Totalt	-18 024	-17 359	-15 986	665	-2 844	-2 124	720	

6002 Vård- och omsorgsboende Allégården inventarier

Total budget för inventarier uppgår till 5,0 miljoner kronor och totalt utfall till och med december 2021 är 5,0 miljoner kronor. Anledningen till underskottet för innevarande år är att investeringarna inte kunde färdigställas under 2020 som planerat på grund av covid-19. Då alla investeringar är genomförda har projektet slutredovisats och avslutats i december.

6004 Tunängen vård- och omsorgsboende inventarier

Total budget för inventarier uppgår till 10,6 miljoner kronor. Totalt utfall till och med december 2021 är 9,2 miljoner kronor varav utfallet för januari till december i år är 0,4 miljoner kronor. Investeringsprojektet prognostiserar ett överskott mot budget 2021, men ingen avvikelse mot den totala investeringsbudgeten. Överskottet för året beror på att öppnandet av B-delen i vård- och omsorgsboendet sker successivt och har flyttats fram något till följd av det ökade antal lediga platser på övriga vård- och omsorgsboenden samt som en konsekvens av coronapandemin. Likviditetsfördelningen mellan åren har justerats i samband med Mål och budget 2022 med flerårsplan 2023 – 2025.

6271 VoB Trygghetslarm utbyte

Total budget för investeringsprojektet uppgår till 3,0 miljoner kronor och totalt utfall för januari till december i år är 1,4 miljoner kronor. Initialt skulle utbytet av trygghetslarmen ske 2020 och 2021 men på grund av covid-19 fått flyttas fram till att i stället enbart genomförs 2021 vilket förklarar avvikelserna mellan utfallet för året och budgeten för året. Då utbytet är klart på de vård- och omsorgsboenden som avsågs har projektet slutredovisats och avslutats i december.

Totalt för projektet redovisas ett överskott på 0,6 miljoner kronor vilket beror på att kostnaderna kopplade till projektet initialt bedömdes avse investeringar, men utifrån avtalet som är skrivet med upphandlad leverantör avser kostnaderna till största del löpande månadskostnader som belastar driftredovisningen. Delar av de tilldelade investeringsmedlen har också i samband med delår 2 omfördelats till investeringsprojekt 3500 för på grund av ett utökat behov av inventarier i våra befintliga verksamheter.

6750 Gruppboende Sandstugan Inventarier

Total budget för inventarier uppgår till 0,42 miljoner kronor och utfall till och med december 2021 är 0,38 miljoner kronor. Investeringsprojektet visar ett underskott mot budget 2021 utifrån att likviditetsfördelningen mellan åren inte stämmer men ett litet överskott mot projektets totalbudget. Anledningen till att likviditetsfördelningen inte stämmer mellan åren är då tidsplanen påverkats av coronapandemin. Alla investeringar är genomförda år 2021 och projektet är avslutat i december.



4

Uppföljning internkontroll 2021**(von/2022:00051)****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden godkänner uppföljning av internkontroll 2021.

Sammanfattning

Syftet med intern kontroll är att säkra en effektiv förvaltning och undgå allvarliga fel och skador.

Rapporten omfattar uppföljning av vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2021. Nämndens internkontrollplan innehåller totalt 16 kontrollmoment inom områdena upphandling, HR, ekonomi, myndighet, omsorg och övrigt. Kommunledningsförvaltningen granskar 4 av nämndens totala antal kontrollmoment.

Uppföljningen för 2021 visar att 4 kontrollmoment bedöms som ej godkänt (rött), 3 som godtagbart (gult), 8 som godkänt (grönt) samt 1 som inte har kontrollerats. Där avvikelser har påträffats har förslag till åtgärder tagits fram vilka även presenteras i rapporten.

**Referens**

Jennifer Hultberg
jennifer.hultberg@botkyrka.se

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning internkontroll 2021

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner uppföljning av internkontroll 2021.

Sammanfattning

Syftet med intern kontroll är att säkra en effektiv förvaltning och undgå allvarliga fel och skador.

Rapporten omfattar uppföljning av vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2021. Nämndens internkontrollplan innehåller totalt 16 kontrollmoment inom områdena upphandling, HR, ekonomi, myndighet, omsorg och övrigt. Kommunledningsförvaltningen granskar 4 av nämndens totala antal kontrollmoment.

Uppföljningen för 2021 visar att 4 kontrollmoment bedöms som ej godkänt (rött), 3 som godtagbart (gult), 8 som godkänt (grönt) samt 1 som inte har kontrollerats. Där avvikelser har påträffats har förslag till åtgärder tagits fram vilka även presenteras i rapporten.

Ärendet

Syftet med intern kontroll är att säkra en effektiv förvaltning och undgå allvarliga fel och skador.

Resultatet av uppföljningen för internkontrollen ska, med utgångspunkt från antagen plan, beslutas av nämnden i samband med att nämnden beslutar om verksamhetsberättelsen. Uppföljningen ska göras i den omfattning som fastställts i internkontrollplanen.

I uppföljningen ska även resultatet av kommunstyrelsens övergripande granskning som berör nämnden ingå. Nämnden ska samtidigt med att verksamhetsberättelsen lämnas till kommunstyrelsen rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen inom nämnden till



kommunstyrelsen. Genomförd uppföljning ska skriftligen rapporteras till nämnden oavsett utfall. Rapporten ska innehålla omfattning av utförd uppföljning, utfallet och eventuellt vidtagna åtgärder. Rapporten ska också vid behov innehålla förslag på åtgärder för förbättringar.

Rapporten omfattar uppföljning av vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2021. Nämndens internkontrollplan innehåller totalt 16 kontrollmoment inom områdena upphandling, HR, ekonomi, myndighet, omsorg och övrigt. Kommunledningsförvaltningen granskar 4 av nämndens totala antal kontrollmoment. Kontrollmomenten granskas med olika frekvenser under året och uppföljningen ska rapporteras till nämnden i samband med verksamhetsberättelsen.

Rapporten redovisar först en nettolista för internkontrollplanens risker som följs av beskrivning och analys av årets kontrollmoment. För de kontrollmoment där resultatet varit ej godtagbart (rött) eller godtagbart, men behöver förbättras (gult) redovisas också förslag till åtgärder.

Uppföljningen för 2021 visar att 4 kontrollmoment bedöms som ej godkänt (rött), 3 som godtagbart (gult), 8 som godkänt (grönt) samt 1 som inte har kontrollerats. Där avvikelser har påträffats har förslag till åtgärder tagits fram vilka även presenteras i rapporten.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Syftet med intern kontroll är att säkra en effektiv förvaltning och undgå allvarliga fel och skador. En tillfredsställande intern kontroll säkerställer att följande mål uppnås:

- Verksamheten bedrivs ändamålsenligt och effektivt.
- Tillförlitlig ekonomisk rapportering och information om verksamheten finns.
- Efterlevnaden av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer med mera är tillfredsställande.

En god intern kontroll förebygger, upptäcker och åtgärdar fel och brister som hindrar att kommunen kan nå sina mål på ett säkert och effektivt sätt. Den interna kontrollen bidrar också till att skydda kommunen och dess medarbetare från risker, förluster, bedrägerier, misstankar och andra skador.

Beslutet i sig medför inga ekonomiska konsekvenser då det avser uppföljning av 2021 års internkontrollplan.



Petra Oxonius
Vård- och omsorgsdirektör

Jennifer Hultberg
tf. Ekonomichef

Bilaga

Uppföljning internkontroll 2021 VON

Expedieras till:

Kommunstyrelsen

**DET HÄR ÄR
BOTKYRKA**

Uppföljning Internkontrollplan 2021

Vård- och omsorgsnämnden



Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Nettolista risker	5
2.1 Område 4 - Kommunens organisation	5
3 Årets kontroller	7
3.1 Område 4 - Kommunens organisation	7
3.1.1 Att avvikelser inte hanteras och att vi därför inte systematiskt arbetar med dem	7
3.1.2 Att hemtjänstbeslut inte följs upp i rätt tid.....	7
3.1.3 Att vi återsöker för mycket moms vid inköp och hyra av personbilar	8
3.1.4 Det systematiska arbetsmiljöarbetet brister vilket leder till sämre arbetsmiljö, ökad ohälsa och fler olycksfall (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	8
3.1.5 Felaktig individstatistik rapporteras till Socialstyrelsen om inte rapportering i Procapita är korrekt.	8
3.1.6 Kommunen anställer personal med en brottsbelastning som gör dem olämpliga för yrket ifråga, vilket gör att medborgare far illa. (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	9
3.1.7 Kommunen bryter mot tryckfrihetsförordningen, arkivlagen, förvaltningslagen, dataskyddsdirektivet med mera genom bristande informationshantering (KOMMUNÖVERGRIPANDE).....	9
3.1.8 Kommunen drabbas av ekonomisk skada eller förtroendeskada på grund av otillåtna bisysslor hos anställda (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	9
3.1.9 Kommunen drabbas av upphandlingsskadeavgift och får badwill gentemot leverantörer på grund av otillåtna direktupphandlingar (KOMMUNÖVERGRIPANDE).....	10
3.1.10 Kommunen försämrar relationer och förhandlingsvillkor gentemot leverantörer och/eller döms till skadestånd på grund av bristande ramavtalstrohet (KOMMUNÖVERGRIPANDE).....	11
3.1.11 Kommunens anseende skadas på grund av bristande hantering av fakturor avseende representation, kurser och konferenser (KOMMUNÖVERGRIPANDE).....	11
3.1.12 Medborgare får inte det stöd de har rätt till samt föreläggande av viten om beslut om Bostad med särskild service (LSS) och beslut om vård-och omsorgsboende/särskilt boende (SOL) inte verkställs skyndsamt 12	
4 Årets aktiviteter	12
4.1 Område 4 - Kommunens organisation	12
5 Analys	13

1 Sammanfattning

Förvaltningens internkontrollarbete

Vård- och omsorgsnämnden följer årligen upp internkontrollplanen. Syftet med intern kontroll är att säkra en effektiv förvaltning och undgå allvarliga fel och skador. Nämndens internkontrollplan för 2021 omfattar 16 kontrollmoment och av dessa kommer 7 från den kommungemensamma internkontrollplanen, varav 4 av dem granskas av kommunledningsförvaltningen, och 9 kontrollmoment är specifikt identifierade för vård- och omsorgsnämnden. Som grund för internkontrollplanen har en risk- och väsentlighetsanalys gjorts, vilken ligger till grund för vilka områden som ska granskas särskilt under året.

Resultatet av uppföljningen för internkontrollen ska, med utgångspunkt från antagen plan, beslutas av nämnden i samband med att nämnden beslutar om verksamhetsberättelsen. Uppföljningen ska göras i den omfattning som fastställts i internkontrollplanen. I uppföljningen ska även resultatet av kommunstyrelsens övergripande granskning som berör nämnden ingå. Genomförd uppföljning ska skriftligen rapporteras till nämnden oavsett utfall. Rapporten ska innehålla omfattning av utförd uppföljning, utfallet och eventuellt vidtagna åtgärder. Rapporten ska också vid behov innehålla förslag på åtgärder för förbättringar.

Kontrollmomenten granskas med olika frekvenser under året och rapporten redovisar först en nettolista för internkontrollplanens risker som följs av beskrivning och analys av årets kontrollmoment. För de kontrollmoment där resultatet varit ej godtagbart (rött) eller godtagbart, men behöver förbättras, (gult) redovisas också förslag till åtgärder.






















Förvaltningen kan konstatera att årets granskningar i jämförelse med tidigare år visar både samma resultat inom vissa områden, förbättrat resultat inom vissa områden och försämrat resultat inom andra områden.

De kontroller som visar godtagbar och ej godtagbar följsamhet kommer för kommande år att fortsätta utvecklas och följas i arbetet med egenkontroller.

Resultat av genomförd internkontroll, kommungemensamma kontrollmoment

Sammanlagt har sju kommungemensamma kontrollmoment inom kommunstyrelsens uppsiktsansvar granskats. Förvaltningen konstaterar att utfallet i jämförelse med föregående år har förbättrats på en av kontrollerna samt försämrats på en av kontrollerna, i övrigt liknande resultat som 2020. Resultatet av genomförd granskning med bedömning av följsamheten samt förslag till åtgärder finns beskrivet mer detaljerat i rapporten.

För de kommungemensamma kontrollmomenten granskas majoriteten av kommunledningsförvaltningen.

Kommungemensamma kontrollmoment	2019	2020	2021
Kontroll av fakturor avseende direktupphandlingar			
Kontroll av ramavtalsstrohet			
Stickprovskontroll av dokumentation			
Webbtillsyn			
Stickprov avseende utdrag ur belastningsregister för externt nyanställda			
Stickprovskontroll av nyanställda			
Stickprovskontroll på fakturor avseende representation, kurser och konferenser			

Resultat av genomförd internkontroll, förvaltningsspecifika kontrollmoment

Förvaltningen har i interkontrollplanen för 2021 haft nio förvaltningsspecifika kontrollmoment i syfte att skapa bättre rutiner och säkerställa processer. Följsamheten har förbättrats på två kontrollmoment. Förvaltningen arbetar fortsatt för förbättring. Resultatet av genomförd granskning med bedömning av följsamheten samt förslag till åtgärder finns beskrivet mer detaljerat i rapporten.

Förvaltningsspecifika kontrollmoment	2019	2020	2021
Att framtagen rutin för uppföljning av hemtjänstbeslut följs för brukare inom SOL under 65år	—	●	●
Att framtagen rutin för uppföljning av hemtjänstbeslut följs för brukare inom SOL över 65 år	◆	◆	●
Att inkomna avvikelser är mottagna, utredda och avslutade av ansvarig chef inom angiven tidsram	■	—	◆
Att registervård görs enligt upprättad rutin	◆	—	■
Att rutin tagits fram och sedan följs för processen från beslut till erbjuden insats följs för beslut om bostad med särskild service (LSS)	—	●	●
Att rutinen för processen från beslut till erbjuden insats följs för beslut om vård- och omsorgsboende/särskilt boende (SOL)	—	●	●
Att samtliga chefer inom utförarverksamheten och myndighet har gått e-utbildningen "att utreda" som finns på Botwebb	—	—	◆
Att samtliga medarbetare inom utförarverksamheten och myndighet har gått e-utbildningen om avvikelser "Att rapportera" som finns på Botwebb	—	—	◆
Kontroll av momsavdrag enligt gällande avdragsbegränsningar	—	●	●

Förvaltningens arbete för fortsatt utveckling av riskeliminering

För förvaltningen behöver arbetet med att identifiera verksamhetsspecifika risker, kontrollmoment och riskreducerande aktiviteter fortsätta att utvecklas. Ambitionen är att internkontrollarbetet ska fokusera på ett fåtal kritiska och strategiskt viktiga risker för att dels kontrollera följsamhet och dels reducera risken för skador/brister i verksamheten.

2 Nettolista risker

2.1 Område 4 - Kommunens organisation

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärd	Motivering
Kommunen anställer personal med en brottsbelastning som gör dem olämpliga för yrket ifråga, vilket gör att medborgare far illa. (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	3. Stor	4. Allvarlig	12	Sannolikheten bedöms som stor eftersom tidigare kontroller har visat på avvikelser och bristande kunskap om lagstiftningen. Konsekvensen bedöms som allvarlig eftersom det ytterst handlar om medborgares hälsa och välmående.
Kommunen försämrar relationer och förhandlingsvillkor gentemot leverantörer och/eller döms till skadestånd på grund av bristande ramavtalstrohet (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	4. Mycket stor	3. Kännbar	12	Sannolikheten bedöms som mycket stor eftersom tidigare kontroller visat på bristande följsamhet och att kommunens systemstöd för inköp bara har varit i drift en kortare tid. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom bristande avtalstrohet kan leda till skadestånd, försämrade förhandlingsvillkor i framtiden och förtroendeskada.
Kommunen drabbas av upphandlingsskadeavgift och får badwill gentemot leverantörer på grund av otillåtna direktupphandlingar (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	4. Mycket stor	3. Kännbar	12	Sannolikheten bedöms som mycket stor baserat på tidigare års internkontrolluppföljningar och att kommunen bara under en kort period har haft systemstöd för inköp. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom bristande avtalstrohet kan leda till skadestånd, försämrade förhandlingsvillkor i framtiden och förtroendeskada för kommunen.
Kommunens anseende skadas på grund av bristande hantering av fakturor avseende representation, kurser och konferenser (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor eftersom tidigare kontroller har visat på avvikelser. Kommunen har också nyligen bytt fakturasystem och risken för fel är större när medarbetarna är ovana vid det nya systemet. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom kommunens anseende skadas av bristande hantering av representationsfakturor. Det kan leda till "svarta rubriker" i media.
Felaktig individstatistik rapporteras till Socialstyrelsen om inte rapportering i Procapita är korrekt.	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor då tidigare kontroller visat avvikelser. Konsekvensen bedöms som stor då felaktig inrapportering leder till att fel statistik rapporteras till bland annat prognoser och beräkningar men även den officiella statistiken som vi lämnar ifrån oss så som nationella nyckeltal och inrapporteringar till Socialstyrelsen.
Att hemtjänstbeslut inte följs upp i rätt tid	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor utifrån tidigare kontroller som har visat avvikelser. Konsekvensen bedöms som stor då brister kan påverka rättssäkerheten och innebära att medborgare inte får insatser utförda som de har behov av på grund av att beslut inte har följts upp. Det kan också innebära stora konsekvenser i samband med att vi går in i valmöjlighet för hemtjänsten 2021 om vi inte följer rutinerna för uppföljning




Vård- och omsorgsnämnden

Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärd	Motivering
Medborgare får inte det stöd de har rätt till samt föreläggande av viten om beslut om Bostad med särskild service (LSS) och beslut om vård-och omsorgsboende/särskilt boende (SOL) inte verkställs skyndsamt	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor eftersom rutinen för processen har setts över/utvecklats och tidigare kontroller visat på avvikelser. Konsekvensen bedöms som stor eftersom brister innebär att våra medborgare och deras omsorg samt rättssäkerheten påverkas
Att vi återsöker för mycket moms vid inköp och hyra av personbilar	2. Liten	3. Kännbar	6	Sannolikheten bedöms som liten eftersom tidigare kontroller har påvisat en del avvikelser. Konsekvensen bedöms som stor då felaktiga momsavdrag leder till att vi får en för hög ersättning från Skatteverket än vad vi har rätt till.
Att avvikelser inte hanteras och att vi därför inte systematiskt arbetar med dem	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor då vi utifrån tidigare kontroller uppmärksammat avvikelser. Konsekvensen bedöms som stor då avvikelser i verksamheterna kan påverka medborgarna och deras vård- och omsorgsinsatser.
Det systematiska arbetsmiljöarbetet brister vilket leder till sämre arbetsmiljö, ökad ohälsa och fler olycksfall (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor eftersom vetskap finns om att rutinen idag fungerar mindre bra. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom arbetsmiljöansvaret behöver vara tydliggjort för att säkerställa god arbetsmiljö för kommunens personal och därigenom minska risken för skador och ohälsa.
Kommunen drabbas av ekonomisk skada eller förtroendeskada på grund av otillåtna bisysslor hos anställda (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	3. Stor	3. Kännbar	9	Sannolikheten bedöms som stor eftersom rutinen för bisysslor idag är dåligt förankrad i kommunen. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom otillåtna bisysslor kan leda till att medarbetare fattar beslut för egen vinning som skadar kommunen.
Kommunen bryter mot tryckfrihetsförordningen, arkivlagen, förvaltningslagen, dataskyddsdirektivet med mera genom bristande informationshantering (KOMMUNÖVERGRIPANDE)	4. Mycket stor	3. Kännbar	12	Sannolikheten bedöms som mycket stor eftersom en rapport från PwC från 2020 pekade på brister i kommunens informationshantering. Konsekvensen bedöms som kännbar eftersom kommunens anseende kan skadas om vi inte följer lagar. Dessutom krävs god informationshantering för att medborgare och andra ska kunna ha tillgång till offentliga handlingar.



3 Årets kontroller

3.1 Område 4 - Kommunens organisation


3.1.1 Att avvikelser inte hanteras och att vi därför inte systematiskt arbetar med dem

Kontroll
<p>Att inkomna avvikelser är mottagna, utredda och avslutade av ansvarig chef inom angiven tidsram</p> <p> Godtagbar</p> <p>Enligt vård- och omsorgsnämnden ska rapporter om avvikelser tas emot inom två dagar och en utredning ska vara avslutad två månader efter att rapporten togs emot. Vid vissa typer av avvikelser kan utredningen behöva ta längre tid än två månader och ändå vara godkända.</p> <p>Totalt har 304 rapporter om avvikelser kommit in för 2021. Sammantaget har årets granskningar visat en godtagbar följsamhet till kontrollmomentet. Vad gäller mottagningstiden har 92 procent av de inkomna avvikelserna mottagits inom tidsramen som anges i riktlinjen. För delen i kontrollmomentet kring att påbörjad utredning har avslutats i tid har cirka 60 procent avslutats inom två månader.</p> <p><i>Förslag på åtgärder</i> Utifrån de granskningar som har genomförts har nedan förslag på åtgärder framkommit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avvikelser och missförhållande ska vara en stående punkt på samtliga ledningsgrupper för att skapa ett aktivt lärande inom organisationen • Varje ledningsgrupp bjuder in kvalitetsteamet för genomgång av deras avvikelsearbete <p>För 2022 kommer arbetet med avvikelser att följas med hjälp av egenkontroller.</p>
<p>Att samtliga chefer inom utförbarheten och myndighet har gått e-utbildningen "att utreda" som finns på Botwebb</p> <p> Godtagbar</p> <p>Det sammantagna resultatet för kontrollmomentet är godtagbart. Resultatet kan förklaras med den ansträngda situationen på grund av den pågående coronapandemin där prioriteringar har behövt göras i verksamheterna.</p> <p>För kommande år kommer deltagandet följas upp i det digitala verktyget som utbildningarna är skapade i.</p>
<p>Att samtliga medarbetare inom utförbarheten och myndighet har gått e-utbildningen om avvikelser "Att rapportera" som finns på Botwebb</p> <p> Godtagbar</p> <p>Det sammantagna resultatet för kontrollmomentet är godtagbart. Resultatet kan förklaras med den ansträngda situationen på grund av den pågående coronapandemin där prioriteringar har behövt göras i verksamheterna.</p> <p>För kommande år kommer deltagandet följas upp i det digitala verktyget som utbildningarna är skapade i.</p>


3.1.2 Att hemtjänstbeslut inte följs upp i rätt tid

Kontroll
<p>Att framtagen rutin för uppföljning av hemtjänstbeslut följs för brukare inom SOL under 65år</p> <p> God</p> <p>För 2021 är det genomsnittliga helårsresultatet godkänt vilket är samma som föregående år. Under året har följsamheten till kontrollmomentet varit god alla månader vilket är en förbättring mot föregående år där resultatet varierade mellan god och godtagbar i de månatliga granskningarna.</p>
<p>Att framtagen rutin för uppföljning av hemtjänstbeslut följs för brukare inom SOL över 65 år</p> <p> God</p> <p>För 2021 är det genomsnittliga resultatet godkänt. Under året har följsamheten varierat mellan god och godtagbar, men för majoriteten av granskningarna har följsamheten varit god. En anledning till variationen beror på situationen med covid-19 som försvårat och utmanat möjligheten att följa upp hemtjänstbeslut i direktkontakt med brukare vid vissa tillfällen utifrån smittskyddsåtgärder och en hög arbetsbelastning hos verksamhetens medarbetare. Situationen har då inneburit att vissa administrativa förlängningar har behövt göras tillfälligt.</p>


3.1.3 Att vi återsöker för mycket moms vid inköp och hyra av personbilar

Kontroll		
Kontroll av momsavdrag enligt gällande avdragsbegränsningar		
 God		
<p>Samtliga fakturor, 54 stycken, har kontrollerats 2021 och jämfört med föregående år är resultatet något förbättrat. En förklaring till att resultatet är fortsatt bra är för att förvaltningen aktivt jobbat med nätverksträffar för fakturamottagare och behöriga beställare. Det som nätverksträffarna har fokuserat på är att förvaltningens fakturamottagare och behöriga beställare ska ha de förutsättningar som behövs för att kunna göra rätt. Utifrån det har nätverksträffarna bland annat gått igenom rutiner, förmedlat information och utbildat inom aktuella delar så som representation, moms och fakturahanteringssystemet.</p>		
År	Korrekt andel	Resultat
2018	79 %	Godtagbart
2019	84 %	God
2020	93 %	God
2021	94 %	God


3.1.4 Det systematiska arbetsmiljöarbetet brister vilket leder till sämre arbetsmiljö, ökad ohälsa och fler olycksfall (KOMMUNÖVERGRIPANDE)

Kontroll
Stickprovskontroll av dokumentation
 Ej godtagbar
<p>I granskningen har det kontrollerats att det finns aktuell dokumentation för arbetsmiljöfördelning mellan chef och överordnad chef, exempelvis enhetschef och verksamhetschef. Stickprovet i granskningen avser totalt fem slumpade enheter samt förvaltningsdirektör. Resultatet för kontrollen visar på en ej god följsamhet till kontrollmomentet för 2021, vilket är en försämring mot föregående år då följsamheten var god.</p> <p>Kommunledningsförvaltningens kommentar För en av sex granskningar finns en aktuell arbetsmiljöfördelning vilket ger ett utfall på att 17 procent av den inskickade arbetsmiljöfördelningens dokumentationen är korrekt underskrivna. Detta är en tydlig försämring från föregående års resultat.</p>


3.1.5 Felaktig individstatistik rapporteras till Socialstyrelsen om inte rapportering i Procapita är korrekt.

Kontroll
Att registervård görs enligt upprättad rutin
 Ej godtagbar
<p>I början av året genomfördes inga granskningar då det konstaterades att en ny rutin behövde tas fram för uppgiften. Utifrån de granskningar som är gjorda för året visar det ett genomsnittligt resultat på ej godtagbar följsamhet till kontrollmomentet. Förklaringen till årets resultat beror på att rutinen tagit tid att implementera och förankra i verksamheten tillsammans med hög personalfrånvaro och högt inflöde av nya ärenden efter sommaren vilket inneburit att tiden har behövt prioriteras i verksamheten.</p> <p>Förslag till åtgärder är fortsätta implementeringen och förankringen av rutinen och bibehålla den påminnelse att genomföra registervården alla handläggare har i kalendern.</p>


3.1.6 Kommunen anställer personal med en brottsbelastning som gör dem olämpliga för yrket ifråga, vilket gör att medborgare far illa. (KOMMUNÖVERGRIPANDE)

Kontroll
<p>Stickprov avseende utdrag ur belastningsregister för externt nyanställda</p> <p> Ej godtagbar</p> <p>För 2021 har totalt 20 stycken anställningar slumpmässigt kontrollerats beträffande rutinen om utdrag ur belastningsregistret vid extern nyanställning. Stickproverna har gjorts på verksamheter och befattningar som omfattas av kravet på uppvisande av utdrag. I 60% av dessa anställningar har utdrag från belastningsregistret kontrollerats.</p> <p>I de fall som rutinen inte följts har det visat sig att man upplever att man inte haft kännedom om vilka befattningar som omfattas av kraven. Skriftliga rutiner kring vilka målgrupper som omfattas finns sedan tidigare tillgängliga genom särskild rutinbeskrivning samt i processbeskrivning för rekrytering. Framöver behöver rutinen i högre grad efterlevas. Påminnelser från HR och tätare dialog om rutinen föreslås som kompletterande åtgärd.</p>


3.1.7 Kommunen bryter mot tryckfrihetsförordningen, arkivlagen, förvaltningslagen, dataskyddsdirektivet med mera genom bristande informationshantering (KOMMUNÖVERGRIPANDE)

Kontroll
<p>Webbtillsyn</p> <p> Ej genomförd</p> <p>Kontrollmomentet gällande Webbtillsyn har ej varit möjlig att genomföra under 2021. Detta på grund av att kontrollmomentets omfattning har varit för brett. Kontrollpunkten kommer att finnas med i intern kontrollen för 2022 i omarbetad form.</p>


3.1.8 Kommunen drabbas av ekonomisk skada eller förtroendeskada på grund av otillåtna bisysslor hos anställda (KOMMUNÖVERGRIPANDE)

Kontroll
<p>Stickprovskontroll av nyanställda</p> <p> Ej godtagbar</p> <p>De granskningar som är gjorda för året visar en ej godtagbar följsamhet till kontrollmomentet. Totalt har 27 stickprover gjorts och i enbart 4 av dessa granskningar fanns ett underlag för redovisning av bisyssla.</p> <p>Information om bisyssla ska lämnas vid nyanställning men även årligen ska en bedömning göras. Att lämna information om bisyssla gäller oavsett anställningsform, det vill säga både vid allmän visstidsanställning eller tillsvidareanställning. I analysen av granskningarna har det visat att chef inte haft vetskap om att information om bisyssla även ska lämnas för allmänna visstidsanställningar.</p> <p><i>Förslag till åtgärder:</i> Förvaltningen behöver tydliggöra och förankra rutiner för redovisning av bisyssla. Informationen finns med i den framtagna checklisten vid nyanställning, och en ytterligare åtgärd är att förtydliga att checklisten finns, var checklisten finns och att checklisten ska användas vid nyanställning för att inte viktiga delar ska missas. Nytt från 2021 är att bisyssla redovisas digitalt, vilket kan underlätta redovisningen.</p>


3.1.9 Kommunen drabbas av upphandlingsskadeavgift och får badwill gentemot leverantörer på grund av otillåtna direktupphandlingar (KOMMUNÖVERGRIPANDE)

Kontroll		
Kontroll av fakturor avseende direktupphandlingar		
<p> God</p> <p>Sammantaget visar vård- och omsorgsförvaltningen resultatet god följsamhet för kontrollmomentet för helåret 2021. För 2021 har kontroller genomförts avseende kvartal 1, kvartal 2 och kvartal 3.</p> <p><i>Avvikelseerna för kvartalen noteras enligt nedan:</i> Kvartal 1: 0 procent (100 procent korrekt) Kvartal 2: 0 procent (inga inköp över 100 tkr från ej avtalade leverantörer) Kvartal 3: 31 procent (69 procent korrekt)</p> <p>För helåret innebär det ett medelvärde på korrekt andel utifrån de genomförda granskningarna med utfall på 85 procent.</p> <p>Kommunledningsförvaltningens kommentar Enligt ansvarig granskarens bedömning avseende kontrollmomentet direktupphandling att förvaltningen behöver en tydligare process och rekommenderas att alltid ta stöd från upphandlingsenheten för att säkerställa ett korrekt förfarande. Resultatet för Q3 visar att det finns förbättringspotential avseende detta kontrollmoment.</p> <p>Upphandlingsenheten kommer under 2022 (sannolikt) implementera en inköpsorganisation och med denna nya, mer operativa, enhet kommer flera aktiviteter att följas som konsekvens. Vård- och omsorgsförvaltningen är en av fyra förvaltningar som anmält intresse att delta i pilotprojektet avseende inköpsorganisation.</p> <p>Något som visat sig vara en framgångsfaktor för flera förvaltningar har varit att man utsett en person som kontaktperson för upphandlingsenheten. I denna roll bör följande ingå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representera förvaltningen i SPUG anskaffa varor och tjänster • Samordna förvaltningens arbete med upphandlingsplan • Meddela kontaktpersoner som ska delta i upphandling och avtalsuppföljning till upphandlingsenheten. • Representera förvaltningen i internkontrollen inom upphandlingsområdet <p>Kommunledningsförvaltningens bedömning är att förvaltningen redan idag ska planera för en sådan resurs. Det är viktigt att rollen förtydligas och ses över så att maximal nytta ges i verksamheterna för förvaltningen.</p> <p>Vård- och omsorgsförvaltningens kommentar: Helårsresultatet för kontrollpunkten har försämrats något sedan föregående år med ett genomsnittligt helårsresultat på 85 procent korrekt andel mot 91 procent 2020.</p> <p>Förvaltningen jobbar aktivt med nätverksträffar för fakturamottagare och behöriga beställare för att inköp ska göras på rätt sätt. Förtydliganden har också gjorts och görs löpande hur inköp ska genomföras och vad som behöver göras om upphandlad leverantör inte finns eller om andra problem uppstår. För att fortsätta bibehålla det godkända resultatet kommer förvaltningen fortsätta att löpande arbeta med utbildnings- och informationsinsatser inom frågan så att behöriga inköpare och chefer vet hur de ska gå tillväga för att göra rätt.</p>		
År	Korrekt andel	Resultat
2018	0 %	Icke godtagbart
2019	50 %	Icke godtagbart
2020	91 %	God
2021	85 %	God
Kommunledningsförvaltningen ansvarar för granskningen.		



3.1.10 Kommunen försämrar relationer och förhandlingsvillkor gentemot leverantörer och/eller döms till skadestånd på grund av bristande ramavtalstrohet (KOMMUNÖVERGRIPANDE)

Kontroll
<p>Kontroll av ramavtalstrohet</p> <p> God</p> <p>Vård- och omsorgsförvaltningen har för 2021 visat en god följsamhet till kontrollmomentet. för 2021 har kontroller genomförts avseende kvartal 1, kvartal 2 och kvartal 3.</p> <p><i>Avvikelsema för kvartalen noteras enligt nedan:</i> Kvartal 1: 3 procent (97 procent korrekt) Kvartal 2: 3 procent (97 procent korrekt) Kvartal 3: 22 procent (78 procent korrekt)</p> <p>Kommunledningsförvaltningens kommentar Förvaltningen upplevs arbeta med att förmedla vikten av att göra rätt. Bedömningen är att det finns en god samverkan med beställande verksamheter och central förvaltning, även om den ytterligare kan optimeras. Förvaltningen behöver tydliggöra funktionen av en "inköpssamordnare" som är väldigt mån om att göra rätt och "utbilda" samt informera sina enheter om nyheter med mera.</p> <p>Det är viktigt för förvaltningen att fortsätta med detta arbete genom att löpande uppdatera den egna beställarorganisationen och informera om vikten av att kommentera och dokumentera eventuella avvikelser i Proceedo. Kommentarer hjälper till att bemöta eventuell kritik/risk för vite från Konkurrensverket, men också en del att bemöta eventuell kritik från konkurrerande leverantörer.</p> <p>Vård- och omsorgsförvaltningens kommentar Förvaltningen jobbar aktivt med nätverksträffar för fakturamottagare och behöriga beställare. Det som nätverksträffarna fokuserar på är att förvaltningens fakturamottagare och behöriga beställare ska ha de förutsättningar som behövs för att kunna göra rätt. Utifrån det har nätverksträffarna bland annat gått igenom rutiner, förmedlat information och utbildat inom aktuella delar så som upphandling och inköp, representation, moms och fakturahanteringssystemet.</p> <p>Kommunledningsförvaltningen ansvarar för granskningen.</p>

3.1.11 Kommunens anseende skadas på grund av bristande hantering av fakturor avseende representation, kurser och konferenser (KOMMUNÖVERGRIPANDE)



Kontroll															
<p>Stickprovskontroll på fakturor avseende representation, kurser och konferenser</p> <p> God</p> <p>För 2021 visar resultatet en genomsnittlig god följsamhet till kontrollmomentet, vilket är en förbättring mot föregående år då följsamheten var godtagbar. För 2021 har 82 procent hanterats korrekt och totalt har 312 fakturor granskats vilket är samtliga fakturor inom området.</p> <p>Vid avvikelser har återkoppling gjorts till berörd person och vid återkommande felaktigheter har även överordnad chef informerats. Den samlade bedömningen är att det finns en medvetenhet och kunskap kring regelverket, men att misstag begås i stunden när fakturan hanteras. En tänkbar anledning till att avvikelserna uppstår kan bero på exempelvis hög arbetsbelastning i och med det ansträngda läget som förvaltningen fortfarande befinner sig i där fokuset troligen flyttats något från fakturahanteringen.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Korrekt andel</th> <th>Resultat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018</td> <td>43 %</td> <td>Ej godtagbart</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>87 %</td> <td>God</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>77 %</td> <td>Godtagbart</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>82 %</td> <td>God</td> </tr> </tbody> </table>	År	Korrekt andel	Resultat	2018	43 %	Ej godtagbart	2019	87 %	God	2020	77 %	Godtagbart	2021	82 %	God
År	Korrekt andel	Resultat													
2018	43 %	Ej godtagbart													
2019	87 %	God													
2020	77 %	Godtagbart													
2021	82 %	God													

3.1.12 Medborgare får inte det stöd de har rätt till samt föreläggande av viten om beslut om Bostad med särskild service (LSS) och beslut om vård-och omsorgsboende/särskilt boende (SOL) inte verkställs skyndsamt

Kontroll
<p>Att rutin tagits fram och sedan följs för processen från beslut till erbjuden insats följs för beslut om bostad med särskild service (LSS)</p> <p> God</p> <p>För 2021 har alla årets månatliga granskningar visat god följsamhet till kontrollmomentet. God följsamhet innebär att av de verkställda besluten har i princip alla erbjudits boende inom 60 dagar. Där inte boende har kunnat erbjudas inom 60 dagar har det berott på att brukaren har haft specifika önskemål.</p> <p>Under 2020 och 2021 har ett arbete påbörjats med att ta fram en rutin som är likvärdig äldreomsorgens. Arbetet har inte kunnat genomföras enligt den tidsplan som initialt sattes upp och rutinen har inte färdigställts under 2021 utan arbetet kommer att fortsätta in på 2022 för att sedan implementeras. För 2021 har då istället rutinen som är framtagen för äldreomsorgen använts som utgångspunkt.</p>
<p>Att rutinen för processen från beslut till erbjuden insats följs för beslut om vård- och omsorgsboende/särskilt boende (SOL)</p> <p> God</p> <p>För 2021 har alla årets månatliga granskningar visat god följsamhet till kontrollmomentet. God följsamhet innebär att av de verkställda besluten har i princip alla erbjudits boende inom 60 dagar. Det finns också ett par ärenden där beslut har fattats tidigare år men där brukarna löpande tackar nej till erbjudande och där handläggarna arbetar med motiveringsarbete.</p>

4 Årets aktiviteter

4.1 Område 4 - Kommunens organisation

Aktiviteter Internkontroll	Status	Analys
<p>Integrera rutinen för bisysslor i det nya ärendehanteringssystemet, personalakter och anställningsguiden i syfte att effektivisera och kvalitetssäkra rutinen.</p> <p><i>SPUG Möjliggöra kompetensförsörjning kommer att arbeta för att integrera rutinen för bisysslor i det nya ärendehanteringssystemet, personalakter och anställningsguiden i syfte att effektivisera och kvalitetssäkra rutinen. Arbetet återrapporteras senast 31/10 2021.</i></p>		<p>Under året har kommunen digitaliserat blanketten för redovisning av bisysslor som idag sker via ett digitalt formulär. Varje medarbetare ansvarar för att redovisa uppgifter om bisyssla till arbetsgivaren. Kommunen som arbetsgivare behöver kunna säkerställa att medarbetares bisysslor är tillåtna. Övriga delar inom ramen för aktiviteten, alltså att integrera rutinen för bisysslor i det nya ärendehanteringssystemet, personalakter och anställningsguiden har påbörjats.</p>
<p>Ta fram rutin för processen från beslut till erbjuden insats för beslut om bostad med särskild service (LSS)</p>		<p>Under 2020 och 2021 har ett arbete påbörjats med att ta fram en rutin som är likvärdig äldreomsorgens. Arbetet har inte kunnat genomföras enligt den tidsplan som initialt sattes upp och rutinen har inte färdigställts under 2021 utan arbetet kommer att fortsätta in på 2022 för att sedan implementeras.</p>

5 Analys

Analys av genomförd granskning med bedömning och kommentarer på följsamheten samt förslag till åtgärder finns beskrivet mer detaljerat under respektive kontrollmoment i rapporten.



5

Patientsäkerhetsberättelse 2021 och Patientsäkerhetsplan 2022 (von/2022:00035)

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelse 2021 och Patientsäkerhetsplan 2022.

Sammanfattning

I patientsäkerhetslagen 3 kap § 9 och 10 anges vårdgivarens dokumentationsskyldighet. Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Vårdgivaren ska senast den första mars varje år upprätta patientsäkerhetsberättelsen. I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat har uppnåtts.

Under 2021 fortsatte bland annat arbetet för att minska smittspridning genom diverse vårdhygieniska åtgärder. Utbildningsinsatser och egenkontroller har genomförts och i den nationella punktprevalensmätningen gick det att utläsa att resultatet hade förbättrats inom alla områden.

Kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonal har kunnat ske med stöd av statsbidrag. Under året har även ett nytt journalsystem införts och implementering av kompletterande arbetssätt pågår.

Patientsäkerhetsplanen för 2022 belyser flera olika utvecklingsområden. Avvikelsehantering inklusive utredning och riskanalys är ett av de områden som bör prioriteras utifrån patientsäkerhetssynpunkt.

**Referens**

Christine Vojnovic
christine.vojnovic@botkyrka.se

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2021 och Patientsäkerhetsplan 2022

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelse 2021 och Patientsäkerhetsplan 2022.

Sammanfattning

I patientsäkerhetslagen 3 kap § 9 och 10 anges vårdgivarens dokumentationsskyldighet. Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Vårdgivaren ska senast den första mars varje år upprätta patientsäkerhetsberättelsen. I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat har uppnåtts.

Under 2021 fortsatte bland annat arbetet för att minska smittspridning genom diverse vårdhygieniska åtgärder. Utbildningsinsatser och egenkontroller har genomförts och i den nationella punktprevalensmätningen gick det att utläsa att resultatet hade förbättrats inom alla områden.

Kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonal har kunnat ske med stöd av statsbidrag. Under året har även ett nytt journalsystem införts och implementering av kompletterande arbetssätt pågår.

Patientsäkerhetsplanen för 2022 belyser flera olika utvecklingsområden. Avvikelsehantering inklusive utredning och riskanalys är ett av de områden som bör prioriteras utifrån patientsäkerhetssynpunkt.



Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Förslaget medför inga ekonomiska konsekvenser.

Petra Oxonius

Christina Almqvist

Vård- och omsorgsdirektör

Kvalitetschef

Bilaga

Patientsäkerhetsberättelse 2021 och Patientsäkerhetsplan 2022

Expedieras till:

DET HÄR ÄR BOTKYRKA

BOTKYRKA
KOMMUN



Patientsäkerhetsberättelse 2021

Patientsäkerhetsplan 2022





Innehåll

Sammanfattning	3
Struktur	4
Övergripande mål och strategier	4
Organisation och ansvar	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet	7
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	7
Klagomål och synpunkter	8
Egenkontroll	8
Process	10
Åtgärder för att öka patientsäkerheten	10
Riskanalys	15
Utredning av händelser - vårdskador	15
Informationssäkerhet	15
Resultat och analys	16
Egenkontroll	16
Punktprevalensmätningar på vård- och omsorgsboende för äldre	23
Vårdavvikelser	26
Klagomål och synpunkter	31
Händelser och vårdskador	31
Patientsäkerhetsplan 2022	32



Sammanfattning

År 2021 färgades liksom år 2020 av covid-19 pandemin och prioritering av arbetsuppgifter har lett till att en del planerade insatser uteblivit.

Ett fortsatt arbete med att minska smittspridning med olika vårdhygieniska åtgärder har varit prioriterat. Utbildningsinsatser och egenkontroller har genomförts och i den nationella punktprevalensmätningen gick det att utläsa att resultatet hade förbättrats inom alla områden.

Kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonal har kunnat ske med stöd av statsbidrag. Under året har ett nytt journalsystem införts och implementering av kompletterande arbetssätt pågår.

Endast ett fåtal klagomål eller synpunkter har registrerats i kommunens diaries. Patientnämnden har inte fått in något ärende gällande Botkyrka kommun. En sammanställning av klagomål och synpunkter som inkommit gällande hälso- och sjukvård direkt till verksamheterna saknas. Enstaka händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada har rapporterats till MAS, men inga händelser har rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. Inkomna vårdavvikelser har minskat sedan föregående år, men det finns tecken på att vårdavvikelser inte rapporterats in i tillräcklig omfattning.

Patientsäkerhetsplanen för 2022 belyser flera olika utvecklingsområden, av dessa områden är avvikelshantering inklusive utredning och riskanalys ett av de områden som bör prioriteras utifrån patientsäkerhetssynpunkt.



Struktur

Övergripande mål och strategier

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

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården i Botkyrka kommun. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. I enlighet med Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vårdgivare planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls. För att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten krävs därför ett ledningssystem. Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9).

Organisation och ansvar

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

Vårdgivaren har ett övergripande ansvar för att den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

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

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden har som ansvarig vårdgivare det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls.

Vård- och omsorgsdirektör

Vård- och omsorgsdirektören har ett övergripande ansvar för att planera, leda, samordna och utveckla verksamheten så att patientsäkerhet, god vård och omsorg säkerställs.



Verksamhetschef enligt 4 kap 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finns en verksamhetschef som svarar för verksamheten. Verksamhetschef säkerställer att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1§ Hälso- och sjukvårdsförordningen, 2017:80).

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för hur de fullgör sina arbetsuppgifter. I Patientsäkerhetslagen (2010:659) står att hälso- och sjukvårdspersonalen har följande ansvar:

- Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Patienterna ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård.
- Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.
- Patienten ska visas omtanke och respekt.
- Hälso- och sjukvårdspersonalen ska vidare bidra till en hög patientsäkerhet. Därför har de en skyldighet att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvar för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. MAS ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem som ska finnas i verksamheten. MAS ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med patientsäkerhet och kvalitet. Vidare ska MAS se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och följs, att det finns nödvändiga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten, att personalen har den kompetens som verksamheten kräver och att patienten får den vård och behandling som ordinerats av läkare. Ansvaret avser den vård och behandling som patienten ges samt de krav som ställs på bland annat läkemedelshantering, dokumentation och anmälan av vårdskador.

Stödfunktioner

Flera olika verksamheter och funktioner bidrar till att säkerställa patientsäkerheten. Storsthlm och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) bidrar till omvärldsbevakning av hälso- och sjukvården, Patientnämnden tar emot klagomål och synpunkter, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har



ett tillsynsansvar och Vårdhygien och Smittskydd bidrar med specialistkompetens inom vårdhygien och infektioner.

Enheten för kvalitet och utredning inom vård- och omsorgsförvaltningen har också viktiga funktioner och ansvarar för bland annat IT, journalsystem, kvalitetsledningssystem, viss implementering och utbildningsinsatser.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 §, och 7 kap. 2 § p 3

I patientsäkerhetslagen står att en vårdskada är ”lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”. En vårdskada kan uppstå på grund av den vård och behandling som patienten fått men också av att patienten inte har fått den vård som behövs.

Genom avvikelshantering samt synpunkter och insamling av information internt i kommunen har det framkommit att övergångar mellan olika vårdgivare och huvudmän innebär en stor risk. Främst handlar det om informationsöverföring, men även otydlighet kring ansvar. Exempel på övergångar kan vara:

- In- och utskrivning till/från slutenvården.
- Patient inom LSS gruppboende (samverkan mellan kommunal primärvård och läkare på olika vårdcentraler).
- Ny patient på särskilt boende.
- Ny patient på dagverksamhet/daglig verksamhet.

Det finns ett stort antal olika överenskommelser kring samverkan, men behovet av att uppdatera och följa upp dessa är stort. Verksamheternas kännedom om de olika överenskommelserna och dess innehåll är till viss del inte kända inom vare sig regionens eller kommunens verksamheter.

Flera olika samverkansformer pågår och under 2021 har även lokal samverkan mellan regional och kommunal primärvård initierats utifrån omställningen till en nära vård.

Exempel på aktuella samverkansöverenskommelser och samverkanspunkter:

- Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre
- Samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt



- Lokal samverkansöverenskommelse avseende läkarinsatser mellan Familjeläkarna i Saltsjöbaden och Botkyrka kommun
- Uppsökande verksamhet för vissa äldre och funktionshindrade gällande munhälsa
- Samverkan mellan habiliteringen och Botkyrka kommun
- Samverkansmöten med Tema äldre på Karolinska sjukhuset i Huddinge, Huddinge kommun och Familjeläkarna i Saltsjöbaden
- Nätverksmöten för olika hälso- och sjukvårdsprofessioner
- Nestor har flera olika mötesplatser och samverkansprojekt
- Samverkansmöten mellan vårdcentralerna och kommunen.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659, 3 kap. 4 §

Patienter och närstående ska ges möjlighet till delaktighet vid synpunktshantering, vårdplaneringar, anhörigmöten, boendemöten eller andra möten i det dagliga arbetet. För att informationsöverföring ska kunna ske inhämtas samtycke från patienten. Patienter och närstående har även rätt att ta del av utredningar av vårdskador och anmälningar enligt lex Maria.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 5

Det är viktigt att alla medarbetare är delaktiga i kvalitetsarbetet. Risker måste uppmärksammas så att antalet vårdavvikelse minimeras genom förebyggande insatser och systematiskt förbättringsarbete i organisationen.

Rapportering av avvikande händelser är en viktig del i det systematiska förbättringsarbetet vilket består av avvikelshantering, riskanalys och egenkontroll. Alla avvikelser ska rapporteras, registreras, utredas och åtgärdas. Det är den som upptäcker något avvikande som ska rapportera detta till närmaste chef. Det kan handla om både risker, tillbud eller negativa händelser.

Akuta insatser ska åtgärdas direkt och sedan analyseras avvikelserapporten i multiprofessionella team för att få fram bakomliggande orsaker och kunna förebygga att något liknande händer igen. Händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska alltid utredas av MAS och anmälas till IVO.



Klagomål och synpunkter

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

Alla medborgare kan lämna klagomål och synpunkter till Medborgarcenter som ansvarar för att fördela synpunkten eller klagomålet till berörd chef och sedan återkoppla svar till medborgaren. Medborgare kan också vända sig direkt till Patientnämnden med sina klagomål och synpunkter som sedan skickas dem vidare till vård- och omsorgsförvaltningens registrator. Ärendet diarieförs då och skickas till ansvarig utredare/chef. Klagomål och synpunkter kan även lämnas direkt till verksamheten där ansvarig chef ansvarar för att utreda och återkoppla. MAS kan vara delaktig som rådgivande i specifika frågor.

Egenkontroll

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

Enligt Socialstyrelsens krav ska egenkontroller utföras i alla verksamheter som bedriver vård- och omsorg. Egenkontroller görs för att kontrollera att den egna verksamheten följer de beslutade rutiner och lagar som finns. I tabellen nedan visas de egenkontroller som har utförts under året. Resultatet från egenkontrollerna redovisas under rubriken *Resultat och analys*.



Tabell 1, egenkontroller 2021

Egenkontroller	Beskrivning	Verksamhet
Basala hygienrutiner och klädregler	Mätning av personalens följsamhet och förutsättningar till basala hygienrutiner och klädregler. Tre gånger per år.	Samtliga verksamheter där vård- och omsorgsarbete bedrivs.
Årlig vårdhygienisk egenkontroll	Kontroll av rutiner, lokaler och förutsättningar för följsamhet av hygienrutiner. En gång per år.	Vård- och omsorgsboende för äldre, gruppboendestad LSS.
BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)	Kvalitetsregister med NPI-skattning (Neuro Psychiatric Inventory Scale) för att kartlägga och åtgärda beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Bedömning/uppföljning minst var 6:e månad på vård- och omsorgsboendena.	Vård- och omsorgsboende för äldre.
Senior alert	Kvalitetsregister med riskbedömning och åtgärder för fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Bedömning/uppföljning minst var 6:e månad på vård- och omsorgsboendena.	Vård- och omsorgsboende för äldre.
Svenska palliativregistret	Kvalitetsregister som följer upp vård i livets slut. Registrering efter dödsfall.	Vård- och omsorgsboende för äldre.
Symfoni, munhälsa	Kontroll av att munhälsobedömningar och utbildningar i munhälsa utförs på boende med särskild service enligt LSS och vård- och omsorgsboende.	Vård- och omsorgsboende för äldre, gruppboendestad LSS.
Läkemedelsgranskning	En extern granskning av läkemedelshanteringen utförs årligen.	Vård- och omsorgsboende för äldre, gruppboendestad LSS.
Fastmätning	Mätning i tre hela dygn, fyra gånger per år. Bland annat kontrolleras nattfastans längd.	Vård- och omsorgsboende för äldre.



Process

Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

År 2021 färgades liksom år 2020 av covid-19 pandemin och prioritering av arbetsuppgifter har lett till att en del planerade insatser uteblivit.

Minska smittspridning

För att skydda sköra och äldre har fokus legat på att minska smittspridning med olika insatser. Under året fortsatte satsningen på att utbilda vårdhygienombud i olika verksamheter samt utveckla egenkontrollen av vårdhygien. Tillgången till skyddsutrustning har varit god och kommunen har följt de rekommendationer som Folkhälsomyndigheten och Smittskydd Stockholm förordat. Bland annat arbetar personalen förebyggande genom att använda rekommenderad skyddsutrustning kontinuerligt. Då det under 2021 inte längre rädde någon brist på skyddsutrustning beslutades att centrallagret för skyddsutrustning skulle avvecklas, vilket skedde vid årsskiftet 2021–2022.

Smittspårning med provtagning av både patienter och medarbetare är ett tidskrävande arbete och har tagit stora resurser i anspråk.

Under året har framtagna rutiner kring besök och aktiviteter reviderats och anpassats till gällande läge.

Riktlinjer och rutiner

Sjuksköterskeenheten och rehabenheten har under året arbetat med att ta fram de rutiner som fordras utifrån MAS riktlinjer. Detta arbete beräknas pågå under hela 2022.

Egenkontroller

Införandet av egenkontroller inom hälso- och sjukvård i det digitala kvalitetsledningssystemet Stratsys har skjutits fram, men beräknas kunna införas under 2022.

Kvalitetsgranskning

Förvaltningen har under året arbetat med att ta fram mallar för kvalitetsuppföljning där även hälso- och sjukvård ingår. Verksamhetsbesök på vård- och omsorgboenden och gruppboende LSS kommer påbörjas under 2022 under förutsättning att fysiska besök är genomförbara.



Samverkan

Samverkan pågår ständigt mellan kommunens verksamheter, men även med Region Stockholm, Smittskydd, läkarorganisationen med flera. Det finns ett flertal nätverk där hälso- och sjukvårdsfrågor diskuterats på olika nivåer. MAS och omsorgschefer har deltagit i ledarskapsutbildning Nära vård och ett samarbete har upprättats mellan den geografiska samordnaren från regionens primärvård och MAS, som är kommunens kontaktperson. Ett prioriterat område är att tillsammans med regionens primärvård se över de lokala överenskommelserna som behöver upprättas, uppdateras och/eller aktualiseras.

Journalgranskning

Under 2021 har ett nytt journalsystem för hälso- och sjukvård implementerats. Journalgranskning har därför endast utförts i samband med avvikelser samt en riktad granskning av vård i livets slut som utfördes av MAS.

Informationsöverföring från omsorgspersonal till legitimerad personal

Det nya journalsystemet medförde ett förändrat arbetssätt med informationsöverföring från omsorgspersonal till legitimerad personal. Det innebär att omsorgspersonal kan skriva information kring patienten i den sociala journalen som även kommer in i hälso- och sjukvårdjournalen.

Vård i livets slut, palliativ vård

MAS genomförde under 2021 en mindre granskning av journaler för att kontrollera hur insatser i livets slut utfördes och journalfördes. Resultatet visade en tydlig förbättring gentemot granskningen som gjordes i början på pandemin. Det finns dock fortfarande områden som kan förbättras, som till exempel smärtskattning med validerade instrument. Vård i livets slut följs även upp i Svenska palliativregistret, se rubrik *Resultat och analys*, sida 19.

Punktprevalensmätningar inom vård- och omsorgsboende för äldre

Under året har vård- och omsorgsboendena för äldre deltagit i trycksårsmätning samt mätning av basala hygienrutiner och klädregler. På grund av bristande resurser vid samma tid som mätningen ägde rum kunde dock inget av boendena delta i Svenska HALT (Healthcare- associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities), en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på särskilt boende. Att Botkyrka kommun inte deltagit i årets mätning leder till att vi saknar uppgift på hur ligger till i jämförelse med resten av landet.



Medicintekniska produkter

Översynen av hjälpmedel har fortsatt under året med hjälp av rehabenheten som bland annat märkt upp och registrerat befintliga hjälpmedel.

Förvaltningen fortsätter se över lösningar för att hantera hjälpmedel på ett säkert sätt, men planen om ett centrallager för kommunens hjälpmedel är för närvarande inte aktuell.

Skyddsutrustning och förbrukningsartiklar kopplat till hygienrutiner har hanterats av ett centrallager under 2021, men utifrån att det inte längre fanns några problem att beställa material avvecklades centrallagret vid årsskiftet.

Måltidsmiljö

Under 2021 har en ny rutin för måltidsmiljön på vård- och omsorgsboendena arbetats fram av dietist, verksamhetsutvecklare och en enhetschef. Denna har lyfts i ledningsgrupp och på kostombudsmöten och har reviderats utifrån synpunkter och förslag som kommit in. Syftet är att alla enheter ska arbeta mot att förbättra måltidsmiljön och de boendes upplevelse om måltiden som en trevlig stund, vilket i förlängningen främjar hälsa och minskar risk för undernäring. I rutinen lyfts även vikten av en god måltidsordning utifrån livsmedelsverkets rekommendationer.

Enhetscheferna har det yttersta ansvaret för att måltidsrutinen följs. Kostombuden ansvarar för att informera nya kollegor om rutinen samt uppdatera den utifrån sin avdelnings behov. För att följa upp måltidsmiljön gör kostombuden måltidsobservationer två gånger per år, i april och oktober, men dessa har fått pausas på vissa boenden under 2021 på grund av pandemin. Under måltidsobservationen sitter kostombudet med vid en måltid och fyller i en checklista kring måltidsmiljö. Resultatet från måltidsobservationerna har sedan diskuterats bland kostombuden på varje enhet, vid behov tillsammans med enhetschef, och åtgärder har satts in där det har behövts. Under 2022 planeras arbetet med måltidsmiljö och måltidsobservationerna följas upp och förstärkas ytterligare.

Kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonal

Dagsjuksköterskorna fick under en vecka gå över till ett annat boende för att se hur andra gör, jämföra, dra lärdomar och se svårigheterna när man kliver in på en ny arbetsplats.

Joursjuksköterskorna från vård- och omsorgsförvaltningen har gjort studiebesök på socialförvaltningens socialpsykiatriska boenden för att se hur de arbetar där.



Sjuksköterskorna hanterar ibland intravenös antibiotika och vid läkemedelsgranskningen 2020 framkom att detta inte skedde på ett säkert sätt. För att minska riskerna vid hantering av antibiotika har slutna system köpts in. Hela sjuksköterskegruppen har fått utbildning för att kunna hantera den nya metoden.

Utbildning i NI, nationell informationsstruktur som förberedelse för att gå över i nytt verksamhetssystem. Utbildare från Tieto.

Webbutbildning ICF (internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) + KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) via Socialstyrelsen.

Webbutbildning i Lifecare HSL. Utbildningen är framtagen i kommunen.

Utbildning under två dagar i lågaffektivt bemötande för samtliga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster.

Föreläsning för sjuksköterskor om klinisk bedömning av den geriatriska patienten, för att säkerställa fortsatt hög medicinsk kompetens.

Påbörjad Silviautbildning för en arbetsterapeut, masterutbildning 50% 2021HT-2023VT.

Påbörjad Silviautbildning för en fysioterapeut, masterutbildning 50% 2021HT-2023VT.

Två sjuksköterskor påbörjat utbildning i ”Avancerad sjukvård i hemmet – utifrån den palliativa vårdens filosofi och förhållningssätt.”

Folktandvården har haft utbildning för samtliga sjuksköterskor om munhälsobedömning och ROAG (Revised Oral Assessment Guide).

Uppdatering/utbildning i förflyttningskunskap, instruktörsutbildning för arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster.

Handrehabilitering, fördjupning för arbetsterapeut.

Arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och sjuksköterskor har fått utbildning inom BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens).

Repetitionsutbildningar och basutbildning i anhörigstöd pågår kontinuerligt.

Diverse webbutbildningar inom bland annat basala hygienrutiner, demens, palliativ vård och hjälpmedel.



Kompetensutveckling för omsorgspersonal som utförts av hälso- och sjukvårdspersonal:

Utbildning via teams för samtliga nattpersonal på samtliga vård- och omsorgsboenden om sömn och läkemedel.

Medverkan på introduktionsdagar för sommarvikarier på vård- och omsorgsboende. Bland annat kring överrapportering samt information från dietist om att arbeta förebyggande och förhindra undernäring.

BPSD-certifierade utbildare har hållit utbildning i BPSD-registret på Kärsdala, Allégården, Alby Äng, Tornet. BPSD-registret syftar till att genom multiprofessionella åtgärder minska beteendemässiga och psykiska symptom för personer med demenssjukdom. De som går utbildningen lär sig att göra en bedömning enligt NPI (Neuropsychiatric Inventory Scale), registrera i kvalitetsregistret samt att tillsammans i teamet på enheten ta fram relevanta åtgärder och en individuella kommunikations- och bemötandepplaner. Detta för att öka livskvalitet och välbefinnande för personer med demenssjukdom.

Rehabenheten har haft utbildningstillfällen inom förflyttningsteknik och hjälpmedel.

Sjuksköterskor och dietist har fått ta del av färdiga utbildningspaket som de sedan har tagit upp till exempel på planeringsdag för omvårdnadspersonal eller APT eller annat lämpligt tillfälle.

Utbildning av sjuksköterska:

- Delegering läkemedel
- Insulindelegering
- Spolning av urinkateter
- Sondmatning
- Blodsockerkontroll
- Mätning av blodtryck och puls
- Trycksår

Utbildning av dietist:

- Utbildning nutrition och demens
- Utbildning nutrition och diabetes
- Utbildning nutrition och trycksår
- Utbildning undernäring och nattfasta

Det varierar på de olika enheterna vilka utbildningspaket de prioriterat och vilka möjligheter som funnits att hålla utbildning för personalen.

Strandängsgården har utmärkt sig genom att sjuksköterskorna på ett strukturerat sätt i samverkan med enhetschefen erbjudit utbildningarna för personalen.



Risicanalys

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

Individuella riskanalyser utförs på vård- och omsorgsboenden kontinuerligt utifrån BPSD-registret och Senior alert för att kunna sätta in tidiga åtgärder och förhindra vårdskador.

Risicanalys ska även genomföras inför alla förändringar i verksamheten för att säkerställa att förändringen inte drabbar patienterna på negativt sätt. Beroende på förändring sätts en arbetsgrupp ihop som bedömer risker och planerar adekvata åtgärder. En riskanalys kan också utföras i samband med upptäckta brister, som till exempel under en hygienrond eller läkemedelsgranskning. Riskanalys har utförts vid risk för hög personalfrånvaro och handlingsplan är upprättad. En handlingsplan upprättades även utifrån resultaten på fastemätningarna. I samband med läkemedelsgranskning framkom risker som ska hanteras i en ny rutin.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Upptäckta vårdavvikelse ska hanteras skyndsamt och akuta åtgärder sätts oftast in direkt efter bedömning från legitimerad personal. Vårdavvikelse ska tas upp på enheten tillsammans med chef och det multiprofessionella teamet. Utredning av vårdavvikelse ska visa om händelsen medfört hade kunnat medföra en vårdskada. Många utredningar av vårdavvikelse resulterar främst i individåtgärder som till exempel läkemedelsändring eller anpassat hjälpmedel. Dock är det vissa händelser som resulterar i att rutiner behöver ändras eller att miljön behöver anpassas. Hälso- och sjukvårdspersonalen diskuterar även inträffade avvikelser på APT.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

I Botkyrka har man sedan tidigare bestämt vilken behörighet som ska ges till olika personalgrupper och ingen förändring är gjord under året.

Logg-kontroller utförs varje kvartal av sjuksköterskeenheden på uppdrag av IT-enheten, inga avvikelser är rapporterade.



Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Basala hygienrutiner och klädregler

MAS har haft ett flertal genomgångar av egenkontroll inom vårdhygien och det finns en framtagen anvisning med information om hur kontroller ska utföras och registreras. Vårdhygieniska egenkontroller har utförts på alla enheter under året, men resultatet från egenkontrollen *observation och självskattning* har inte redovisats enligt gällande rutin och därför inte kunnat sammanställas som planerat. De resultat som har registrerats visar dock på resultaten förbättrats, precis som punktprevalensmätningens resultat visar (se sida 24-25). I år var även första gången en årlig vårdhygienisk egenkontroll skulle genomföras i slutet på året. Det var endast ett fåtal enheter som registrerat att de genomfört den årliga kontrollen och den tillhörande handlingsplanen.

Vård- och omsorgsboende har varit mest aktiva med egenkontroller enligt anvisningen från MAS eftersom de även var testgrupp 2020–2021, men planen är att även LSS gruppboende ska kunna utföra mätningarna i samma utsträckning. Övriga verksamheter har anpassade checklistor för att följa upp att hygienrutiner efterlevs.

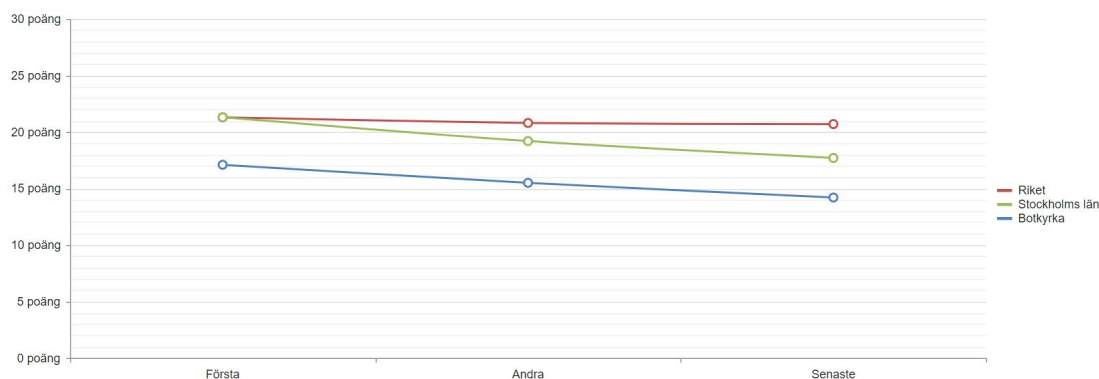
Hygienrund

Ingen särskild hygienrund utfördes av MAS eller Vårdhygien Stockholm under 2021. Den vårdhygieniska årskontrollen som ingår i egenkontrollen ersätter denna och hygienrund kommer endast utföras vid behov eller delvis under kvalitetsgranskning.

BPSD registret

BPSD-registret är ett kvalitetsregister som används på vård- och omsorgsboenden för äldre. I registret utförs bland annat NPI-skattningar (Neuro Psychiatric Inventory Scale) för att kartlägga och åtgärda beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Höga värden tyder på många och/eller allvarliga symtom, så det som eftersträvas är att värdena sjunker efter att åtgärder satts in. Under 2021 gjordes 179 registreringar i registret. Figur 1 nedan visar att symtomen minskar över tid efter insatta åtgärder i BPSD-registret.

Figur 1, medelvärde för samtliga registrerade personer; första, andra och den senaste registreringen, oavsett hur lång tid det är mellan registreringarna.



Källa: BPSD-registret, https://pharos.skane.se/bpsdj_ki#2 2022-01-28

Två sjuksköterskor inom sjuksköterskeenheten är certifierade utbildare i BPSD. Under året har de utbildat omsorgspersonal på fyra vård- och omsorgsboenden. Ett önskemål från verksamheterna har varit att hålla i fler utbildningar, men det har varit svårt utifrån resursbrist och att andra arbetsuppgifter har prioriterats.

I tabell 2 nedan, presenteras fyra kvalitetsindikatorer som kan hämtas från registret. Förra året märktes en markant minskning i *registrering av multiprofessionellt team*, men i år har den siffran åter ökat. Minskningen var troligtvis en effekt av pandemin. Personer som upplevs smärtfria och är bedömda med smärtskattningsskala är indikatorer som behöver ses över. En låg andel som bedöms uppleva smärta kan vara accepterat utifrån att det är svårt att lindra all smärta, men trots att siffrorna långsamt går åt rätt håll, vore en tydligare ökning i användandet av smärtskattningsskalor önskvärt. Andelen personer med Alzheimer som har symtomlindrande läkemedel har sjunkit sedan föregående år och Botkyrka har en lägre andel än resten av riket. Det är svårt att avgöra vad detta beror på, men frågan kommer tas upp i samverkan med ansvarig läkarorganisation.



Tabell 2, kvalitetsindikatorer från BPSD-registret

BPSD (svar i procent)	2021	2020	2019	2018
Personer som upplevs smärtfria	75.8 (riket 72.1)	83.7 (riket 72.2)	87.4 (riket 71.7)	77.9 (riket 71.6)
Bedömda med smärtskattningsskala	35.4 (riket 28.6)	31.7 (riket 25)	31.2 (riket 25)	11.2 (riket 9.9)
Registrering av multiprofessionellt team	71.4 (riket 45)	48.3 (riket 40.7)	73.3 (riket 39.3)	72 (riket 30.3)
Andel personer med Alzheimers sjukdom som har symtomlindrande demensläkemedel	43.8 (riket 58.5)	52.2 (riket 56.8)	53.9 (riket 54.8)	51.4 (riket 51.9)

Källa: BPSD-registret, https://pharos.skane.se/bpsdj_ki 2022-01-28

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt eller att utveckla ohälsa i munnen. Riskbedömningar enligt Senior alert utförs på samtliga patienter på vård- och omsorgsboenden 2 gånger per år eller vid behov.

I figur 2 och 3 går det att utläsa att andel riskbedömningar med risk har minskat marginellt, medan resultatet för registrerade bakomliggande orsaker, åtgärdsplaner och utförda åtgärder ökat både totalt och inom varje riskområde sedan 2020.

	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Botkyrka kommun	500	91% ↓ 697 av 770	87% ↑ 606 av 697	90% ↑ 628 av 697	77% ↑ 449 av 586
Trycksår		28% ↓ 215 av 770	90% ↑ 193 av 215	93% ↑ 201 av 215	76% ↑ 143 av 187
Undernäring		58% ↓ 449 av 770	90% ↑ 402 av 449	93% ↑ 418 av 449	79% ↑ 295 av 372
Fall		75% ↓ 577 av 770	90% ↑ 522 av 577	92% ↑ 533 av 577	79% ↑ 374 av 471
Munhälsa		56% ↓ 417 av 744	87% ↑ 361 av 417	91% ↑ 381 av 417	73% ↑ 254 av 350



	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Botkyrka kommun	451	93% ↑ 624 av 672	79% ↓ 494 av 624	87% ↓ 540 av 624	59% ↓ 318 av 541
Trycksår		29% ↑ 197 av 672	85% ↓ 167 av 197	90% ↓ 178 av 197	63% ↓ 102 av 163
Undernäring		60% ↓ 402 av 672	83% ↓ 333 av 402	88% ↓ 354 av 402	63% ↓ 224 av 353
Fall		77% ↑ 516 av 672	83% ↓ 428 av 516	86% ↓ 446 av 516	64% ↓ 280 av 436
Munhälsa		59% ↑ 377 av 640	80% ↑ 303 av 377	86% ↓ 326 av 377	58% ↓ 195 av 335

Källa: Senior alert, 2022-01-28

Fortfarande är ett bekymmer den ”dubbeldokumentation” som krävs eftersom både riskbedömning, bakomliggande orsaker, planerade åtgärder och utförda åtgärder behöver journalföras både i patientjournalen och sedan igen i kvalitetsregistret för att få fram statistik på övergripande nivå. Vid tidsbrist prioriteras alltid att dokumentera i patientjournalen, vilket kan vara en anledning till att antal utförda åtgärder vid risk i registret ligger lägre i antal än antal åtgärdsplaner. I normalfallet är det oftast en eller flera åtgärder i varje åtgärdsplan. Enhetscheferna och hälso- och sjukvårdspersonalen upplever dock att riskbedömningar och åtgärder fungerar mycket väl på grund av att de arbetar i multiprofessionella team på boendegenomgångar och gemensamma möten.

Ett utvecklingsområde är att även börja registrera utförda riskbedömningar för blåsdysfunktion.

Svenska palliativregistret

Registrering i Svenska palliativregistret utförs av sjuksköterska efter dödsfall. Syftet är att följa upp vården i livets slut. Resultatet från Svenska palliativregistret nedan visar att värdena förbättrats något sedan föregående år. Det resultatet som försämrats är andel utan trycksår som minskat och nu ligger under målvärdet. Det är svårt att avgöra vad detta kan bero på, men en orsak skulle kunna vara ett fler personer har behandlats på sjukhus. Ingen av indikatorerna når upp till målvärde, så ett fortsatt arbete krävs för att förbättra resultatet.

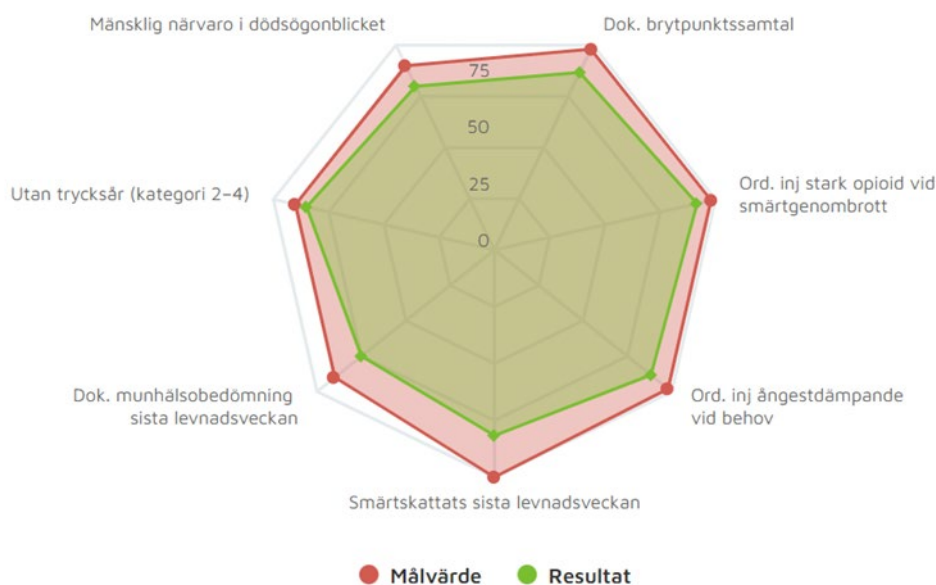
Tabell 3, kvalitetsindikatorer och målvärden från Svenska palliativregistret över tid

Kvalitetsindikator (Svar i procent)	2021	2020	2019	Målvärde
Dokumenterat brytpunktssamtal	86.7	76.3	87.7	98
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	91.7	85.1	93.2	98
Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov	88.3	83.3	91.8	98
Smärtskattats sista levnadsveckan	81.7	63.2	76.7	100
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	75	64.9	76.7	90
Utan trycksår	85	95.6	94.5	90
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	80	78.9	79.5	90

Källa: Svenska palliativregistret 2022-02-12, urval jan-dec, verksamhet: Botkyrka kommun

Spindeldiagrammet i figur 4 visar en översikt av de sju kvalitetsindikatorernas andelsvärden under 2021, samt respektive målvärden. Sex av dessa kvalitetsindikatorer utgörs av Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Dessutom redovisas uppgifter om mänsklig närvaro i dödsögonblicket. För exakta andelsvärden, se tabell 3 ovan.

Figur 4, spindeldiagram över kvalitetsindikatorerna 2021



Källa: Svenska palliativregistret 2022-02-12, urval jan-dec, verksamhet: Botkyrka kommun



Sjuksköterskeenhetsen har reflekterat över att siffrorna är lägre än förväntat och en orsak till detta kan vara att det tolkas olika om vad som är ett förväntat dödsfall i registreringen. Om ett dödsfall sker plötsligt, men ändå registreras som förväntat, resulterar det i att resultatet i registret blir missvisande. Sjuksköterskeenhetsen ska arbeta vidare för att få en samsyn i vilka dödsfall som ska registreras som väntade respektive oväntade dödsfall.

Symfoni, munhälsa

Munhälsoutbildningar för omsorgspersonalen ska utföras kostnadsfritt av den utförare som har uppdrag att utföra munhälsobedömningar. Regionens avtal gällande munhälsa gäller både funktionsnedsättningsområdet och äldreomsorg.

Under 2021 har 110 medarbetare inom vård- och omsorgsboende och 70 medarbetare från LSS genomfört munhälsoutbildning. Detta är en förbättring sedan föregående år då det var 79 medarbetare inom vård- och omsorgsboende och 32 medarbetare från LSS fick utbildning. Målet är fortfarande att samtliga enheter ska delta i munhälsoutbildning årligen.

Läkemedelsgranskning

Vård- och omsorgsboenden samt gruppboende enligt LSS genomgår varje år en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering av en extern utförare. 2021 års granskning utfördes under november-december av legitimerad apotekare från ApoEx. MAS och/eller enhetschef för sjuksköterskeenhetsen har tillsammans med ansvariga chefer och medarbetare på respektive enhet deltagit på samtliga granskningar.

Resultatet av granskningen visar att boendena sammantaget har en god ordning på läkemedelshanteringen, men vissa rutiner behöver förtydligas och uppdateras.

Sedan förra årets kontroll har en stor del av läkemedelsskåpen bytts ut mot ändamålsriktiga skåp. De nya skåpen rymmer både läkemedel och ordinationshandlingar, vilket krävs enligt lag. På vård- och omsorgsboende har nu skåpen ett låssystem med personliga taggar, vilket möjliggör att se vem som varit inne i skåpen en viss tid. Inom gruppboende LSS har majoriteten av skåpen kodlås, vilket är ett bättre alternativ än nyckellås, men inte lika säkert som skåpen på vård- och omsorgsboendena.

Synpunkter lämnades på några enheter utifrån att ytor var slitna i utrymmen där läkemedel hanteras. Bland annat behöver sjuksköterskeexpeditionen på Orrens servicehus ses över utifrån både bänkskivor och golv. Samtliga gruppboenden enligt LSS har nu en särskild plats där sjuksköterskorna kan hantera läkemedel, vilket är en stor förbättring sedan föregående år.



Några av de brister som uppmärksammades av MAS vid granskning var:

- att det saknas tabletkross på flertalet enheter för läkemedel som behöver krossas
- att det saknades tydlig instruktion till delegerad personal hur läkemedel ska tas, till exempel när läkemedel ges vis sond
- att det saknas tydlig rutin för hur läkemedel ska kylförvaras hos vårdtagarna
- bristande rutiner för städning i läkemedelsrum/läkemedelsskåp
- brister i hur signeringslistor fylls i av delegerad personal.

Inköp av visst material ska göras gemensamt på verksamhetsnivå och MAS ska ta fram mall för lokal rutin för läkemedelshantering som varje enhet ska fylla i.

Fastemätning

Fastemätningar utförs fyra gånger per år på vård- och omsorgsboendena. Detta är en del i att uppnå Socialstyrelsens och Livsmedelsverkets rekommendationer om en nattfasta på max 11 timmar. Resultat för mätningarna under året 2021 har varit varierande, se tabell 4 nedan. Resultatet förbättrades bara nämnvärt fram till december då det förbättrades markant. Det kan bero på ett nytt rapporteringssätt och decembersresultatet bör därför tolkas med viss reservation. Däremot verkar det bli färre personer som har en ofrivillig nattfasta över 11 timmar och personalen erbjuder måltid inom 11-timmarsspannet i allt högre utsträckning. Resultatet visar också att vissa boenden har gjort stora förbättringar medan andra ligger på ungefär samma nivå. Inom varje boende kan det skilja sig stort mellan olika avdelningar.

Tabell 4, *utveckling av nattfastans längd i timmar.*

Botkyrka kommun	mar-21	jun-21	sep-21	dec-21
Medelvärde	11.26	10.9	11.02	9.9
Median	11.5	11	11	9.6
Andel med > 11 h nattfasta som ej heller erbjudits måltid inom 11 h	49%	46%	48%	30%

Dietist ansvarar för att sammanställa resultatet i en rapport och delge enhetscheferna, verksamhetschef, MAS, sjuksköterskeheten och kostombuden. Där framkommer även förslag på åtgärder, exempelvis hur de kan erbjuda nattmål och förfrukost. Enhetscheferna ansvarar för att



informera sin personal och skapa förutsättningar för att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar på sina enheter. Kostombuden har utbildats och fått en tydligare roll i arbetet med nattfastan. Under år 2022 planeras fastemätningarna fortsätta med samma upplägg som tidigare.

Punktprevalensmätningar på vård- och omsorgsboende för äldre

I år deltog Botkyrka kommun för andra året i de nationella punktprevalensmätningarna.

Svenska HALT- vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning

Inga enheter deltog i årets mätning på grund av prioritering av andra arbetsuppgifter.

Punktprevalensmätning- trycksår

Mätningen av pågående trycksår visade att 18 av 361 vårdtagare hade trycksår. Det var en liten ökning från förra året, då motsvarande siffra var 11 av 307 vårdtagare. De flesta trycksår uppkommer i samband med sjukhusvistelse, endast enstaka trycksår uppkommer på våra särskilda boenden.

Förklaring till kategorier:

Kategori 1: Hel hud med rodnad som inte bleknar

Kategori 2: Ytligt sår, blåsa, avskavning av hud

Kategori 3: Fullhudsskada på hud eller underhudsvävnad

Kategori 4: Omfattande skada, vävnadsnekros eller skada av muskler, ben eller stödjande strukturer. Med eller utan fullhudsskada.

Tabell 5, resultat från mätning av trycksår

	Botkyrka 2021	Riket 2021	Botkyrka 2020	Riket 2020
Antal inkluderade vårdtagare	361	60 604	307	59 741
Vårdtagare med risk för trycksår	23.8%	29,8%	27%	30%
Vårdtagare med pågående trycksår	18	3754	11	3755
Andel med trycksår	4.98%	6.19%	3.58%	5.81%
Totalt antal trycksår	23	4897	16	4979
Trycksår kategori 1	7	2206	6	2264
Trycksår kategori 2	8	1526	4	1567
Trycksår kategori 3	5	695	6	709
Trycksår kategori 4	3	470	0	439

Källa: Senior alert 2022-02-12

PPM- basala hygienrutiner och klädregler

Vid mätningen av hygienregler observeras följande fyra steg:

1. Desinfektion av händerna före patientnära arbete (vid undersökning, vård och behandling) samt före användning av handskar.
2. Desinfektion av händerna efter patientnära arbete (vid undersökning, vård och behandling) samt efter användning av handskar.
3. Handskar används vid kontakt med eller för kontakt med kroppsvätskor. Handskar byts mellan arbete med olika patienter samt mellan olika arbetsmoment hos samma patient
4. Förkläde används om det finns en risk för att arbetskläderna kommer i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material.

Vid mätning av klädregler observeras följande fyra steg:

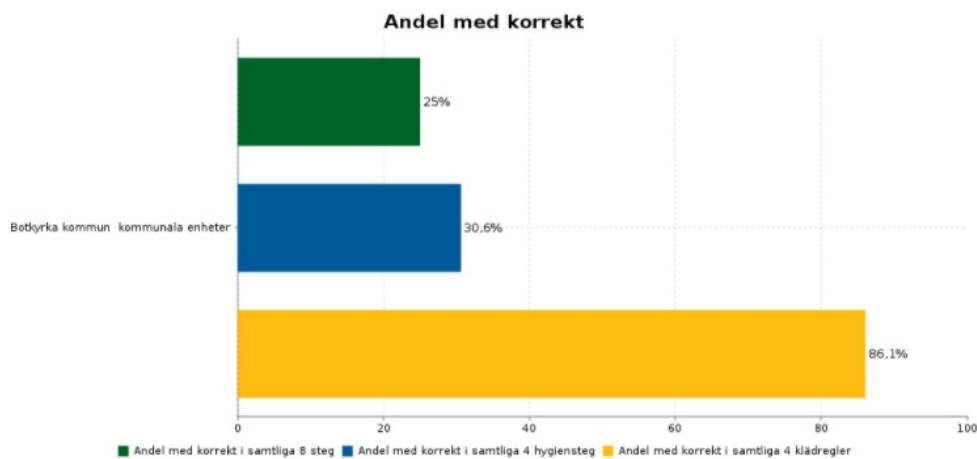
1. Arbetskläderna ska ha korta ärmar och bytas dagligen samt då de blivit våta eller synligt förorenade.
2. Händer och underarmar ska vara fria från föremål, t.ex. ringar, klockor, armbandbandage och stödskenor.
3. Naglar ska vara korta och fria från nagellack och konstgjort material. Med korta naglar menas att naglarna inte syns från handflatan. Fri från nagellack inkluderar ofärgat nagellack.
4. Hår ska vara kort eller uppsatt om det är längre än axellångt eller riskerar att hänga ner.

Under 2021 genomfördes en nationell punktprevalensmätning via SKR, Sveriges Kommuner och Regioner. Samtliga vård- och omsorgsboenden deltog. I jämförelse med samma veckor 2020 går det att utläsa att resultatet har förbättrats i samtliga steg. Resultatet för följsamhet till hygienregler och

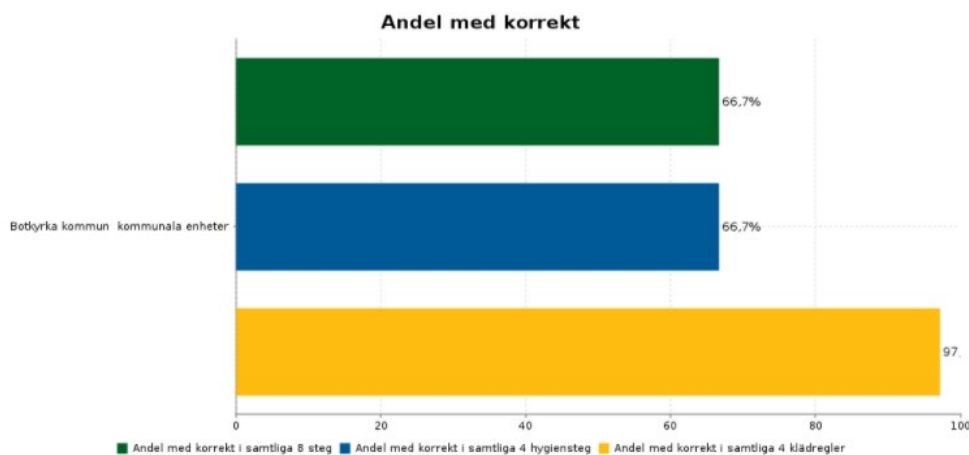


klädregler i alla steg har ökat från 25- 66.7%. Sämst följsamhet återfinns fortfarande till korrekt desinfektion innan vårdmoment eller användning av handskar.

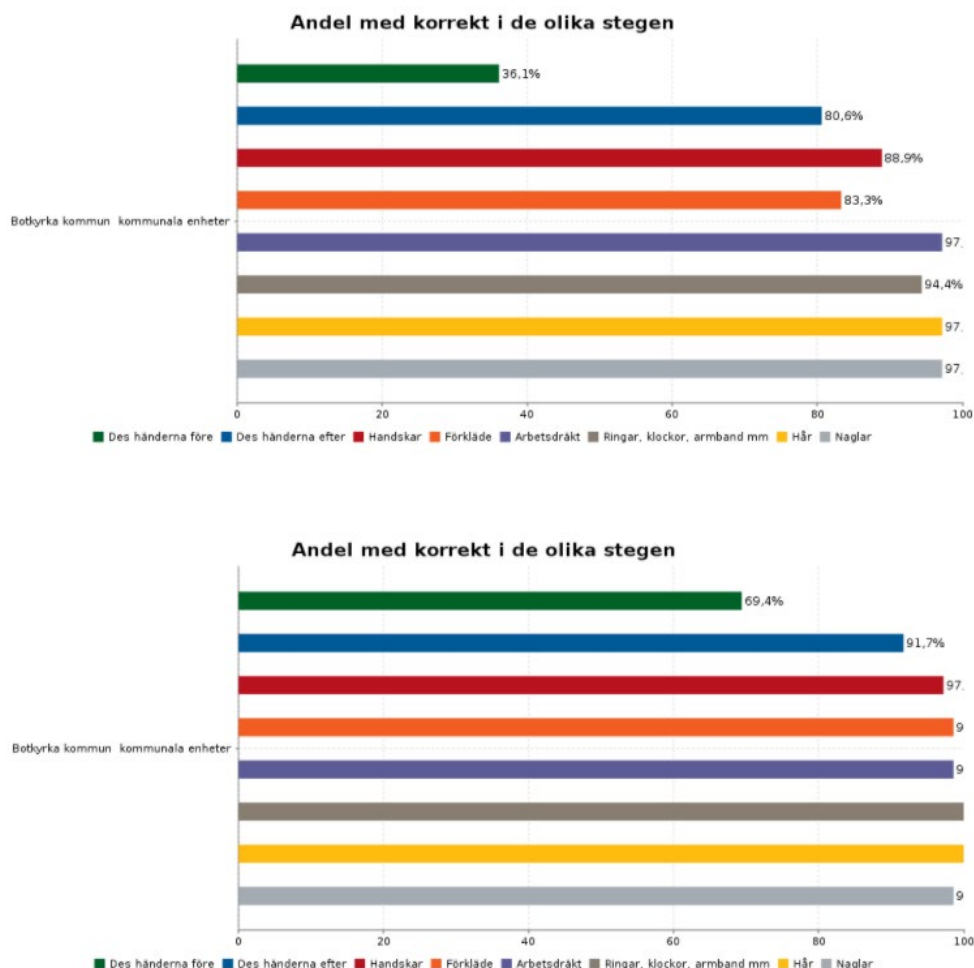
Figur 5, andel med korrekta steg vecka 11–12, 2020



Figur 6, andel med korrekta steg vecka 11–12, 2021



Figur 7, andel rätt i respektive steg vecka 11–12 2020



Källa: Figur 5–8 är hämtade från SKR, PPM-databasen 2022-02-03

Vårdavvikelser

Det finns ett stort behov av att verksamheterna börjar arbeta mer aktivt med hantering av vårdavvikelser. Både när det gäller att rapportera och analysera händelserna som lett till avvikelserna. En bättre förståelse för varför avvikelser inträffar ger större chans till ett bättre resultat i det samlade patientsäkerhetsarbetet. Införandet av den digitala hanteringen av vårdavvikelser har skjutits upp på grund av ändrade prioriteringar. Detta innebär att vårdavvikelser rapporteras och utreds manuellt på papper, vilket kan innebära risk för att det systematiska förbättringsarbetet inte sker i full omfattning. Det medför också att MAS har svårigheter att följa upp patientsäkerhetsarbetet i verksamheten.

Nya blanketter för rapportering av vårdavvikelser och utredning samt en statistikmall infördes under 2020, men kom att användas först 2021 av



verksamheter enligt LSS, därför ser tabellerna lite annorlunda ut för de olika verksamhetsområdena.

Vårdavvikelser på vård- och omsorgsboende inklusive servicehus och servicelägenheter för äldre

Antalet vårdavvikelser har minskat något sedan föregående år. Orsaken till den minskade rapportering är svår att klargöra. Det kan handla om att det inträffat färre vårdavvikelser, men det kan även handla om att personal inte rapporterat samtliga vårdavvikelser. Fall står, liksom tidigare år, för den vårdavvikelse som rapporterats mest inom äldreomsorgen. Trots att de flesta fall inte leder till någon skada har 22 fall lett till allvarlig skada eller fraktur. Det är därför av stor vikt att fortsätta arbeta med riskbedömningar och fallförebyggande åtgärder.

Näst efter fall är det läkemedel som står för en stor andel avvikelserna, vilket inte är förvånande eftersom läkemedelshanteringen är en stor del av de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs. Den vanligaste rapporteringstypen när det gäller läkemedel är utebliven dos. Föregående år var det ungefär lika många rapporter på utebliven dos som på utebliven signering, vilket öppnar upp för frågan om det verkligen gäller en utebliven dos, eller om det egentligen handlar om att delegerad personal missat att signera efter att de givit läkemedel?

Vid genomgång av antal avvikelser på övriga avvikelse typer framkommer det att all personal troligtvis inte känner till de avvikelse typer som finns. Alternativt är det inte känt i verksamheterna att händelser utifrån de olika avvikelse typerna ska rapporteras som en vårdavvikelse. Denna slutsats dras utifrån att några avvikelse typer saknar eller har väldigt få antal avvikelser.



AVVIKELSESTYP	2021	2020	2019
FALL	568	714	556
- Utan skada	459	569	*
- Mindre skada (skrapsår, mindre blåmärke)	87	125	*
- Allvarlig skada/fraktur	22	20	*
LÄKEMEDEL	299	370	346
- Utebliven dos	204	187	*
- Utebliven signering	35	109	*
- Fel dos	17	27	*
- Förväxling av vårdtagare	5	6	*
- Fel i dosett/ dospåse	35	41	*
- Externt fel, apotek m.fl.	3	0	*
SAMVERKAN/INFORMATIONÖVERFÖRING	21	17	*
- IT/telefoni	0	1	*
- Felaktig/utebliven journalföring	1	0	*
- Felaktig/utebliven information till patient/närstående	0	3	*
- Felaktig/utebliven rapportering/samverkan	20	13	*
HJÄLPMEDEL/MEDICINTEKNISK PRODUKT	52	35	16
- Handhavandefel	40	28	*
- Bristande underhåll	4	2	*
- Produktfel	7	5	*
- Felaktig eller ofullständig märkning/bruksanvisning	1	0	*
VÅRDRELATERAD INFEKTION	1	46	1
OTILLRÄCKLIGA RESURSER	11	13	*
- Bristande kompetens	3	4	*
- Otillräcklig bemanning	3	1	*
- Bristande utrustning, lokaler m.m.	5	8	*
BRISTANDE VÅRD/BEHANDLING	15	13	*
- Felaktigt utförd	7	7	*
- Utebliven/fördröjd	8	6	*
- Annan vårdgivare	0	0	*
VÅRDHYGIEN	0	0	*
TRYCKSÅR	33	22	*
- Kategori 1–2	24	9	*
- Kategori 3–4	9	13	*
EXTERN AVVIKELSE	3	7	*
- Samverkan/informationsöverföring	1	4	*
- Bristande vård/ behandling	2	3	*
ÖVRIGT	5	1	*
TOTALT	1008	1238	919

Tabell 6, antal rapporterade vårdavvikelser på vård- och omsorgsboende inklusive servicehus och servicelägenheter för äldre



Vårdavvikelser inom LSS inklusive gruppboende, servicebostad och daglig verksamhet

Precis som inom äldreomsorgen har antalet vårdavvikelser minskat, men inom LSS är minskningen mycket större. En förklaring till detta är med stor säkerhet att enheterna inte rapporterat enligt rutin. Vid kontroll är det endast 8 av 23 gruppboenden som registrerat sina vårdavvikelser i statistikdokumentet, trots upprepade påminnelser från MAS.

Av de vårdavvikelser som rapporterats är det, precis som tidigare år, främst läkemedelsavvikelser som rapporteras.



Tabell 7, antal rapporterade vårdavvikelser inom LSS inklusive gruppboende, servicebostad och daglig verksamhet

AVVIKELSETYP	2021	2020
FALL	4	8
- Utan skada	3	
- Mindre skada (skrapsår, mindre blåmärke)	1	
- Allvarlig skada/fraktur	0	
LÄKEMEDEL	78	202
- Utebliven dos	36	
- Utebliven signering	19	
- Fel dos	16	
- Förväxling av vårdtagare	2	
- Fel i dosett/ dospåse	5	
- Externt fel, apotek m.fl.	0	
SAMVERKAN/INFORMATIONÖVERFÖRING	0	22
- IT/telefoni		
- Felaktig/utebliven journalföring		
- Felaktig/utebliven information till patient/närstående		
- Felaktig/utebliven rapportering/samverkan		
HJÄLPMEDEL/MEDICINTEKNISK PRODUKT	3	18
- Handhavandefel	2	
- Bristande underhåll	0	
- Produktfel	1	
- Felaktig eller ofullständig märkning/bruksanvisning	0	
VÅRDRELATERAD INFEKTION	0	*
OTILLRÄCKLIGA RESURSER	0	*
- Bristande kompetens		
- Otillräcklig bemanning		
- Bristande utrustning, lokaler m.m.		
BRISTANDE VÅRD/BEHANDLING	0	*
- Felaktigt utförd		
- Utebliven/fördröjd		
- Annan vårdgivare		
VÅRDHYGIEN	0	*
TRYCKSÅR	0	*
- Kategori 1–2		
- Kategori 3–4		
EXTERN AVVIKELSE	0	*
- Samverkan/informationsöverföring		
- Bristande vård/ behandling		
ÖVRIGT	0	*
TOTALT	85	259

* Jämförelse ej möjlig/avvikelse typ saknas



För att minska antalet läkemedelsavvikelser rekommenderas, av både MAS och extern granskare av läkemedel, ett införande av digital signering. Införande av digital signering har skett i en stor del av landets kommuner vilket lett till en kraftig minskning av läkemedelsavvikelser. Särskilt de avvikelser som gäller utebliven dos eller utebliven signering.

Alla vårdavvikelse leder inte till en vårdskada, men ska ändå rapporteras utifrån risken att händelsen *hade kunnat leda* till en vårdskada. Om utredningen visar att det handlar om en vårdskada ska patienten, enligt Patientlagen (2014:821), snarast informeras om att det inträffat en händelse som medfört en vårdskada. De ska också informeras om vad vårdgivaren vidtar för åtgärder, ges information om hur klagomål kan lämnas samt möjligheten de har att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen (2017:379).

Ett observandum kring avvikelshanteringen är det framkommit till MAS att många chefer och medarbetare inte känner till skillnaden på vårdavvikelse och vårdskada och vilka åtgärder som krävs när en händelse medfört vårdskada.

Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvård kan lämnas till kommunen, men även till Patientnämnden i Stockholm. Enligt Patientnämndens sammanställning av klagomål och synpunkter inom hälso- och sjukvård har det inte inkommit något klagomål och/eller synpunkt till dem som gäller Botkyrka kommun under 2021.

Det är endast ett fåtal klagomål och synpunkter som rapporterats till kommunen och registrerats i Public 360 och de klagomål och synpunkter som hanteras direkt på enheterna sammanställs inte. MAS har tagit del av ett par klagomål och då uppmärksammat att det funnits brister i hur klagomål hanterats. Ett av klagomålen som inte besvarades enligt rutin gick vidare till IVO och besvarades därefter av verksamheten.

Externa avvikelser, synpunkter eller klagomål skickas till andra vårdgivare via MAS eller hälso- och sjukvårdschefer. De externa avvikelserna har uteslutande handlat om bristande samverkan/informationsöverföring.

Händelser och vårdskador

Enstaka händelser som medfört vårdskada har rapporterats till MAS, men ingen händelse som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada har identifierats och därför har ingen händelse rapporterats till IVO enligt lex Maria.



Patientsäkerhetsplan 2022

mål och strategier för kommande år

Utifrån 2021 års patientsäkerhetsberättelse finns det ett antal punkter inom patientsäkerhetsområdet som behöver prioriteras under 2022.

Avvikelsehantering och riskanalys

Det digitala systemet för vårdavvikelser behöver prioriteras tillsammans med utbildning och workshops gällande analys och utredning.

Synpunkter och klagomål

Det behöver bli mer tydligt hur verksamheterna hanterar olika typer av klagomål och synpunkter. Bland annat behöver alla klagomål och synpunkter dokumenteras för att verksamheten ska kunna följa upp och i vissa fall göra en riskanalys.

Kvalitetsgranskning

En verksamhetsuppföljning kommer påbörjas under 2022 och i den följs även delar av hälso- och sjukvården upp. MAS kommer delta i uppföljningarna tillsammans med utvecklingsledare från förvaltningen.

Egenkontroller

Arbetet med att digitalisera egenkontroller inom hälso- och sjukvård fortsätter under 2022. Målet är att samtliga enheter med kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar enkelt ska kunna gå in i systemet för att följa upp, redovisa resultat samt lägga till aktiviteter och förbättringsåtgärder löpande under året.

Riktlinjer och rutiner

Arbetet med att ta fram rutiner utifrån riktlinjer inom hälso- och sjukvård fortsätter under 2022. Samtidigt pågår ett arbete med hur de ska göras tillgängliga för verksamheten på bästa sätt.

Samverkan

Samverkan med regionens primärvård och kommunen har påbörjats utifrån omställningen till en nära vård. Tillsammans i samverkansgruppen ska olika prioriterade områden tas fram. Att uppdatera och /eller upprätta lokala överenskommelser mellan regional och kommunal primärvård är en av de prioriterade områdena som identifierats.



Medicintekniska produkter

En fortsatt översyn av vård- och omsorgsförvaltningens hjälpmedel är nödvändig. Inventeringen av samtliga hjälpmedel inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter är påbörjad. Det krävs en tydligare ansvarsfördelning kring hanteringen av hjälpmedel och ett digitalt system för registrering av hjälpmedel är nödvändigt för att kunna hantera och skapa förutsättningar för att klara lagkraven på spårbarhet och minska kostnaderna. I början på 2022 kommer förvaltningen få en presentation av det hjälpmedelssystem som befintlig leverantör av verksamhetssystem har tagit fram.

Journalgranskning

Det nya verksamhetssystemet för patientjournaler implementerades i slutet på 2021. Under 2022 kommer MAS ta fram journalgranskningsmallar och införa kollegial journalgranskning som egenkontroll. Kollegial journalgranskning utförs för att kontrollera att journaler förs enligt lagar och riktlinjer, men ger även möjlighet till en lärandeprocess genom att identifiera goda exempel som kan spridas i verksamheten. En av punkterna som ska granskas är att hälsoplaner upprättas i tillräcklig omfattning.

Informationsöverföring

Vidareutveckla arbetssätt kring dokumentation där både omsorg och hälso- och sjukvård berörs.

Digital signering av läkemedel

MAS ska se över vilka alternativ som finns för digital signering och planera införande tillsammans med sjuksköterskeheten.

Uppdatera läkemedelsrutin

Den externa läkemedelsgranskningen visade att den nuvarande läkemedelsrutinen i stora delar var bra, men det saknas vissa lokala rutiner som behövs för att säkra läkemedelshanteringen. MAS kommer ta fram en ny enhetlig rutin inklusive mallar med rubriker för enheternas lokala rutiner.

Smärtskattningsinstrument

Målvärdet i Svenska palliativregistret för personer som smärtskattats under den sista levnadsveckan är 100%. I Botkyrka var den redovisade siffran 81.7%. I BPSD-registret var det 75.8% som upplevdes smärtfria, men av dem som smärtskattats var det endast 35.4% som smärtskattats med någon smärtskattningsskala. Ett mål under året är att validerade



smärtskattingsinstrument införs och/eller implementeras i de olika verksamheterna.

Riskbedömning av blåsdysfunktion

I Senior alert registreras idag riskbedömningar av fall, trycksår, munhälsa och undernäring. Idag registreras inte risk för blåsdysfunktion, men eftersom detta nu går att registrera i Senior alert är det ett lämpligt utvecklingsområde. Alla patienter som har en risk för blåsdysfunktion ska även erbjudas en basal utredning.

Infektionsredovisning

Idag registreras inte vårdrelaterade infektioner i tillräcklig utsträckning. Tidigare registrerade sjuksköterskor infektioner och redovisade dessa till Vårdhygien Stockholm, men den registreringen upphörde 2017. För att få ett tillräckligt underlag på omfattningen av vårdrelaterade infektioner krävs att dessa registreras och sammanställs på ett adekvat vis. Som ett stöd i detta har MAS sedan tidigare lagt in *Vårdrelaterad infektion* som en avvikelsetyp på både vårdavvikelseblankett och statistikdokument. Syftet är att få in infektionsstatistik, men även ge möjligheten att utreda om den enskilda infektionen var en vårdskada, det vill säga om vi kunde gjort något för att förhindra den. Mål för 2022 är att alla vårdrelaterade infektioner registreras som vårdavvikelse och utreds.

**6**

Prioritering av upphandling för politisk insyn 2022 (von/2021:00385)

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av informationen om kommunens upphandlingsplan 2022.

Sammanfattning

Kommunstyrelsen har beslutat om modell för ökad politisk insyn i strategiskt viktiga upphandlingar. Nämnderna ges möjlighet att välja ut upphandlingar med ökad insyn och beslutar under året om upphandlingsstrategier för dessa upphandlingar.

Under hösten 2021 har en samlad upphandlingsplan för kommande verksamhetsår tagits fram av upphandlingsenheten i samverkan med samtliga förvaltningar. Upphandlingsplanen innehåller totalt 115 upphandlingar varav inga avser specifikt vård- och omsorgsförvaltningen.

**Referens**

Peter Norén
peter.noren@botkyrka.se

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

Prioritering av upphandling för politisk insyn 2022

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden har tagit del av informationen om kommunens upphandlingsplan 2022.

Sammanfattning

Kommunstyrelsen har beslutat om modell för ökad politisk insyn i strategiskt viktiga upphandlingar. Nämnderna ges möjlighet att välja ut upphandlingar med ökad insyn och beslutar under året om upphandlingsstrategier för dessa upphandlingar.

Under hösten 2021 har en samlad upphandlingsplan för kommande verksamhetsår tagits fram av upphandlingsenheten i samverkan med samtliga förvaltningar. Upphandlingsplanen innehåller totalt 115 upphandlingar varav inga avser specifikt vård- och omsorgsförvaltningen

Ärendet

Kommunstyrelsen beslutade 2020 om en modell för ökad politisk insyn i strategiskt viktiga upphandlingar i Botkyrka kommun.

Möjlighet att välja ut upphandlingar med ökad insyn

Som en del i modellen presenterar upphandlingsenheten och förvaltningen upphandlingsplanen för innevarande år för nämnden, för att ge möjlighet till bättre insyn i upphandlingsarbetet för de förtroendevalda.

Baserat på denna presentation får nämnden möjlighet att besluta om vilka strategiskt viktiga upphandlingar som nämnden önskar ha ökad insyn i under det kommande verksamhetsåret. För att avgöra vad som är en strategiskt viktig upphandling är utgångspunkten det ekonomiska värdet eller påverkan för Botkyrkaborna.



Fastställa upphandlingsstrategier under året

För de upphandlingar som prioriterats kommer nämnden att få fatta beslut om att godkänna upphandlingsstrategier. Upphandlingsstrategin är ett beslutsdokument tidigt i upphandlingsarbetet där behov- och marknadsanalys sammanfattas tillsammans med förslag till hur upphandlingen ska genomföras som innehåller bland annat upphandlingsförfarande, anbudsområden, kravställning och utvärderingsmodell.

Tilldelningsbeslut som överstiger förvaltningsdirektörens delegation

I de fall upphandlingens ekonomiska värde överstiger förvaltningsdirektörens delegation kommer tilldelningsbeslut fattas av nämnden precis som tidigare. Då upphandlingsärenden hanteras i nämnd gäller absolut sekretess. För att ändå möjliggöra för ledamöterna att sätta sig in i ärenden före beslut kommer separata möten bokas före nämndens sammanträden för att då kunna ta del av sekretessbelagda handlingar. Som tidigare ska ledamöter såväl som tjänstepersoner underteckna sekretessförbindelse samt jävsdeklaration.

Upphandlingsplan 2022

Under hösten 2021 har en samlad upphandlingsplan för kommande verksamhetsår tagits fram av upphandlingsenheten i samverkan med samtliga förvaltningar.

Upphandlingsplanen består av 115 upphandlingar varav 58 är kommungemensamma. Inga av de planerade upphandlingarna för 2022 rör enbart vård- och omsorgsförvaltningen.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

För 2022 är det inga upphandlingar som enbart rör vård- och omsorgsförvaltningen.

Petra Oxonius
Vård- och omsorgsdirektör

Peter Norén
Upphandlingschef

Expedieras till:

Upphandlingsenheten, Kommunledningsförvaltningen



7

Ansökan av statsbidrag för 2022 för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg (von/2021:00385)

Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ansöka om stimulansmedel för 2022.
2. Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt omsorgschef att ansöka och återrapporera stimulansmedlen till Socialstyrelsen.
3. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att användningen av stimulansmedel återrapporeras i nämndens verksamhetsberättelse för 2022

Sammanfattning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2022 fördela statsbidrag till regioner och kommuner för insatser som bidrar till att främja ett hållbart arbetsliv för personal inom hälso- och sjukvårdsverksamhet samt socialtjänstverksamhet avseende omsorg om äldre personer. Syftet med statsbidraget är att stärka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv för personalen inom dessa verksamheter.

Kommuner och regioner kan ansöka medel för kostnader som uppstår under det aktuella bidragsåret. Vård- och omsorgsnämnden ansöker om 5 039 604 kr. Medlen som ansöks i år kan användas till och med den 31 december 2022. Ansökan av medlen ska göras senast den 28 mars 2022 och återrapporeras i början av 2023 om hur medlen har använts.

**Referens**

Afamia Elkhoury
afamia.elkhoury@botkyrka.se

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

Ansökan av statsbidrag för 2022 för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg

Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ansöka om stimulansmedel för 2022.
2. Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt omsorgschef att ansöka och återrapportera stimulansmedlen till Socialstyrelsen.
3. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att användningen av stimulansmedel återrapporteras i nämndens verksamhetsberättelse för 2022

Sammanfattning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2022 fördela statsbidrag till regioner och kommuner för insatser som bidrar till att främja ett hållbart arbetsliv för personal inom hälso- och sjukvårdsverksamhet samt socialtjänstverksamhet avseende omsorg om äldre personer. Syftet med statsbidraget är att stärka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv för personalen inom dessa verksamheter.

Kommuner och regioner kan ansöka medel för kostnader som uppstår under det aktuella bidragsåret. Vård- och omsorgsnämnden ansöker om 5 039 604 kr. Medlen som ansöks i år kan användas till och med den 31 december 2022. Ansökan av medlen ska göras senast den 28 mars 2022 och återrapporteras i början av 2023 om hur medlen har använts.



Ärendet

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2022 fördela statsbidrag till regioner och kommuner för insatser som bidrar till att främja ett hållbart arbetsliv för personal inom hälso- och sjukvårdsverksamhet samt socialtjänstverksamhet avseende omsorg om äldre personer. Syftet med statsbidraget är att stärka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv för personalen inom dessa verksamheter.

Ansökan ska göras till Socialstyrelsen senast den 28 mars 2022 och i början av 2022 ska det återrapporteras hur medlen har använts.

Statsbidraget som ska fördelas 2022 är totalt 643 110 000 kronor varav Botkyrka ansöker om 5 039 604 kr till dessa projekt;

Projekt 1: Enhetligt förbättringsarbete där brukare och medarbetare blir delaktiga i framtagandet av förslag till förbättringsåtgärder i verksamheten

Projekt 2: Breddar införande av bemanningsenhet med målet att skapa en attraktiv arbetsplats genom att minska antalet deltidsanställningar och öka heltidsanställningar och därigenom behålla kompetenta medarbetare

Projekt 3: införande av ett nytt arbetssätt kring schemaläggning utifrån kraven heltid som norm och inte ofrivilliga delade turer.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Då beslutet handlar om att ansöka om medel ser vård- och omsorgsförvaltningen positiva ekonomiska konsekvenser av beslutet på sikt utifrån att man skapar en attraktiv arbetsplats som kan behålla kompetenta medarbetare



Petra Oxonius

Vård- och omsorgsdirektör

Afamia Elkhoury

Omsorgschef

Bilaga

Anvisningar för att ansöka om statsbidrag för 2022 för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg (återhämtningsbonusen) (Dnr 9.1-2630/2022)

Expedieras till:

Anvisningar för att ansöka om statsbidrag för 2022 för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2022 fördela statsbidrag till regioner och kommuner för insatser som bidrar till att främja ett hållbart arbetsliv för personal inom hälso- och sjukvårdsverksamhet samt socialtjänstverksamhet avseende omsorg om äldre personer. Nytt för 2022 är att kommunerna kan söka specifikt för projekt som leder till att minska eller ta bort delade turer inom äldreomsorgen.

Syftet med statsbidraget är att stärka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv för personalen inom dessa verksamheter.

Regioner och kommuner kan nu söka medel för kostnader som uppstår 2022. Sista datum att inkomma med ansökan är den 28 mars 2022.

Läs förordningen (2021:313) om statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg samt syftet med bidraget samt dessa anvisningar innan ni fyller i och skickar in ansökan. Läs mer om uppdraget: [länk till webbsida].

Bidragets storlek

Statsbidraget som ska fördelas efter ansökan 2022 är 1 290 800 000 kronor.

347 690 000 kronor ska fördelas för hälso- och sjukvårdsverksamhet enligt bestämmelserna i förordningen (2021:313) om statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg.

643 110 000 kronor ska fördelas för verksamhet i äldreomsorgen i enlighet med förordningen (2021:313) om statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg.

300 000 000 kronor ska fördelas till kommuner för att minska eller ta bort delade turer inom äldreomsorgen enligt bestämmelserna i förordningen (2021:313) om statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg.

Vilka kan söka medlen?

Regioner och kommuner som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård samt socialtjänstverksamhet avseende omsorg om äldre personer kan söka medlen eller där skötseln har överlämnats till en juridisk person enligt 10 kap. 1 § kommunallagen (2017:725).

Vad kan ni söka medel för?

Statsbidraget kan sökas för att stärka förutsättningarna för ett hållbart arbetsliv för personal. Medel kan sökas för kostnader avseende projekt som innebär att verksamheten prövar nya eller vidareutvecklar befintliga arbetsmetoder, arbetssätt eller arbetstidsmodeller för att långsiktigt stärka arbetsmiljön.

Kommuner kan även söka medel för projekt som innebär att kommun kan minska eller ta bort delade turer inom äldreomsorgen. Delade turer innebär två arbetspass med ett uppehåll på över en timme emellan.

Detta kan exempelvis ske genom införande av den s.k. Söderhamnsmodellen, som innebär att ingen måste arbeta delade turer men där den som frivilligt väljer att sådana pass får ekonomisk ersättning för tiden mellan de två turerna.

När kan ni använda medlen?

Socialstyrelsen betalar ut medlen under andra kvartal 2022 och de kan användas till och med den 31 december 2022.

Bidrag lämnas för projekt som påbörjas efter det att ansökan kommit in till Socialstyrelsen. Observera att detta gäller endast nya projekt som ni tidigare inte beviljats medel för vid ansökningsomgången för 2021.

Projekt som ni blivit beviljade medel för under 2021 kan fortgå. Dock behöver ni fortfarande svara på alla frågor i ansökningsformuläret i e-tjänsten om ni vill fortsätta med samma projekt under 2022.

När behöver Socialstyrelsen ha er ansökan?

Ansökan ska ha kommit in till Socialstyrelsen senast den 28 mars 2022. Vi beräknar att ge samtliga sökanden ett skriftligt besked om beslut under andra kvartalet 2022.

Särskilda prioriteringar

Socialstyrelsen får prioritera mellan inkomna ansökningar om bidrag och ge företräde till de ansökningar som bäst bedöms uppfylla det syfte med bidraget.

Vid prioriteringen mellan inkomna ansökningar får intresset av en geografisk spridning över hela landet beaktas.

Hur gör ni ansökan?

Socialstyrelsen har tagit fram ett webbformulär för de uppgifter som vi efterfrågar i ansökan. Formuläret återspeglar de villkor som framgår av förordning 2021:313. Ansökan görs via Socialstyrelsens e-tjänst. Läs mer om e-tjänsten för statsbidrag: <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/om-etjansterna/e-tjansten-for-att-soka-statsbidrag/>

Vad gäller för återrapportering och återbetalning av medel?

Bidragsmottagare ska i början av 2023 lämna en kortfattad ekonomisk redovisning och en sammanfattande redogörelse till Socialstyrelsen om hur statsbidraget har använts. Redogörelsen ska även innehålla en sammanfattande bedömning av hur och på vilket sätt projektet har bidragit till att uppfylla det syfte med bidraget som anges i 2 § i förordningen samt hur projektet kommer att tas om hand inom verksamheten när bidraget upphör. Socialstyrelsen skickar i början av 2023 ett webbaserat återrapporteringsformulär till den kontaktperson ni uppgav i samband med ansökan. Meddela därför Socialstyrelsen om kontaktuppgifterna ändras under bidragsåret.

Medel som inte har använts eller som inte har använts för de ändamål som det lämnats för ska återbetalas till Socialstyrelsen. Bidraget ska även betalas tillbaka om det har beviljats på felaktig grund eller med för högt belopp, om bidragsmottagaren inte har återrapporterat på föreskrivet sätt eller om villkor i beslutet om bidrag inte har följts. Socialstyrelsen fakturerar berörda bidragsmottagare.

Socialstyrelsen får besluta att helt eller delvis avstå från återkrav om det finns särskilda skäl för det.



8

Rekvirering av statsbidrag Äldreomsorgslyftet 2022 (von/2022:00100)

Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden rekviderar utlysta statsbidraget för 2022.
2. Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt omsorgschef att rekvidera och återrapportera statsbidraget till Socialstyrelsen.
3. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att fördela medlen till externa utförare i enlighet med tidigare beslutad fördelningsnyckel.
4. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att användningen av stimulansmedel återrapporteras i nämndens verksamhetsberättelse för 2022.

Sammanfattning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela medel till kommuner som ersättning för att anställda ska kunna utbilda sig till vårdbiträde eller undersköterska på arbetstid eller fortbilda sig genom andra kompetenshöjande utbildningar inom vård och omsorg om äldre. Även första linjens chefer inom vård och omsorg om äldre får möjlighet att utbilda sig på arbetstid för att stärka förutsättningarna för verksamheterna att tillhandahålla god ledning, planering, styrning och systematisk implementering av ny kunskap.

Nytt för 2022 är att Äldreomsorgslyftet delvis ska finansieras med EU-medel. Stimulansmedlen omfattar 1 698 500 000 kronor för 2022, varav Botkyrka har möjlighet att rekvidera 10 413 551 kronor. Rekvireringen av medel ska göras senast den 20 april 2022 och under februari 2023 rapportera hur statsbidraget för 2022 har använts.

Förvaltningen behöva synliggöra att Äldreomsorgslyftet finansieras med EU-medel, i kommunikation med verksamheterna som får del av statsbidraget. Socialstyrelsen kommer under våren 2022 att informera om hur kommunerna ska gå tillväga för att leva



upp till EU-kommissionens krav om synlighet i kommunikation gällande bidragsmedlen från EU-kommissionen.

Av Socialstyrelsens instruktioner framgår inte i vilken utsträckning externa utförare ska ta del av stimulansmedlen. Sedan tidigare har vård- och omsorgsförvaltningen dock tagit fram en fördelningsnyckel för hur stimulansmedel ska fördelas till externa utförare. Vård- och omsorgsförvaltningen anser att även dessa stimulansmedel ska fördelas utifrån samma princip.

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår att en återrapportering av vad stimulansmedlen används till likt tidigare år redovisas i vård- och omsorgsnämndens verksamhetsberättelse för 2022.

**Referens**

Afamia Elkhoury
afamia.elkhoury@botkyrka.se

Mottagare

(Vård- och omsorgsnämnden)

Rekvirering av statsbidrag Äldreomsorgslyftet 2022

Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden rekviderar utlysta statsbidraget för 2022.
2. Vård- och omsorgsnämnden uppdrar åt omsorgschef att rekvirera och återrapportera statsbidraget till Socialstyrelsen.
3. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att fördela medlen till externa utförare i enlighet med tidigare beslutad fördelningsnyckel.
4. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att användningen av stimulansmedel återrapporteras i nämndens verksamhetsberättelse för 2022.

Sammanfattning

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela medel till kommuner som ersättning för att anställda ska kunna utbilda sig till vårdbiträde eller undersköterska på arbetstid eller fortbilda sig genom andra kompetenshöjande utbildningar inom vård och omsorg om äldre. Även första linjens chefer inom vård och omsorg om äldre får möjlighet att utbilda sig på arbetstid för att stärka förutsättningarna för verksamheterna att tillhandahålla god ledning, planering, styrning och systematisk implementering av ny kunskap.

Nytt för 2022 är att Äldreomsorgslyftet delvis ska finansieras med EU-medel. Stimulansmedlen omfattar 1 698 500 000 kronor för 2022, varav Botkyrka har möjlighet att rekvirera 10 413 551 kronor. Rekvireringen av medel ska göras senast den 20 april 2022 och under februari 2023 rapportera hur statsbidraget för 2022 har använts.



Förvaltningen behöva synliggöra att Äldreomsorgslyftet finansieras med EU-medel, i kommunikation med verksamheterna som får del av statsbidraget. Socialstyrelsen kommer under våren 2022 att informera om hur kommunerna ska gå tillväga för att leva upp till EU-kommissionens krav om synlighet i kommunikation gällande bidragsmedlen från EU-kommissionen.

Av Socialstyrelsens instruktioner framgår inte i vilken utsträckning externa utförare ska ta del av stimulansmedlen. Sedan tidigare har vård- och omsorgsförvaltningen dock tagit fram en fördelningsnyckel för hur stimulansmedel ska fördelas till externa utförare. Vård- och omsorgsförvaltningen anser att även dessa stimulansmedel ska fördelas utifrån samma princip.

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår att en återrapportering av vad stimulansmedlen används till likt tidigare år redovisas i vård- och omsorgsnämndens verksamhetsberättelse för 2022.

Ärendet

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela medel till kommuner som ersättning för att anställda ska kunna utbilda sig till vårdbiträde eller undersköterska på arbetstid eller fortbilda sig genom andra kompetenshöjande utbildningar inom vård och omsorg om äldre. Även första linjens chefer inom vård och omsorg om äldre får möjlighet att utbilda sig på arbetstid för att stärka förutsättningarna för verksamheterna att tillhandahålla god ledning, planering, styrning och systematisk implementering av ny kunskap.

Statsbidraget får användas för att täcka personalkostnader under år 2022 för ny eller befintlig personal som är frånvarande på grund av:

- studier till vårdbiträde eller undersköterska
- fortbildning genom andra kompetenshöjande utbildningar inom vård och omsorg om äldre
- ledarskapsutbildning för första linjens chefer inom äldreomsorgen.

Nytt för 2022 är att Äldreomsorgslyftet delvis ska finansieras med EU-medel. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att tillse att den del av Sveriges återhämtningsplan som avser Äldreomsorgslyftet, ska kunna genomföras. Återhämtningsplanen är en del av EU:s initiativ att motverka de negativa



effekterna av coronapandemin. För att kunna betala ut medel för initiativet har Faciliteten för återhämtning och resiliens (RRF) skapats, och medlen är villkorade enligt förordningen med samma namn (RRF-förordningen). Att Äldreomsorgslyftet 2022 delfinansieras med EU-medel innebär att kommunerna kan komma att behöva rapportera in uppgifter till Socialstyrelsen under det pågående bidragsåret och, i händelse av att Ekonomistyrningsverket, ESV, gör en revision av kommunernas användning av medlen, kan kommunerna behöva svara på ytterligare frågor.

Förvaltningen behöva synliggöra att Äldreomsorgslyftet finansieras med EU-medel, i kommunikation med verksamheterna som får del av statsbidraget. Socialstyrelsen kommer under våren 2022 att informera om hur kommunerna ska gå tillväga för att leva upp till EU-kommissionens krav om synlighet i kommunikation gällande bidragsmedlen från EU-kommissionen.

Stimulansmedlen omfattar 1 698 500 000 kronor under 2022 kronor för 2022, varav Botkyrka har möjlighet att rekvirera 10 413 551 kronor. Rekvireringen av medel ska göras senast den 20 april 2022 och under februari 2023 ska kommunen återrapportera hur medlen har använts.

Av Socialstyrelsens instruktioner framgår inte i vilken utsträckning externa utförare ska ta del av stimulansmedlen. Sedan tidigare har vård- och omsorgsförvaltningen dock tagit fram en fördelningsnyckel för hur stimulansmedel ska fördelas till externa utförare. Vård- och omsorgsförvaltningen anser att även dessa stimulansmedel ska fördelas utifrån samma princip.

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår att en återrapportering av vad stimulansmedlen används till redovisas i vård- och omsorgsnämndens verksamhetsberättelse för 2022.

Fördelningsnyckel

Medel kan rekvireras av de enskilda utförare av vilka kommunen köper platser inom äldreomsorgen, oavsett om de är geografiskt hemmahörande i Botkyrka kommun eller inte. Då utdelningen av pengar medför en viss administration från kommunens sida gäller detta bara utförare från vilka kommunen köper fem platser eller fler årligen. Hur mycket en enskild utförare ges rätt att rekvirera avgörs av hur många platser denne ställt till kommunens förfogande.

Botkyrka kommun har för 2022 möjlighet att rekvirera 10 413 551 kronor i stimulansmedel. Pengarna fördelas till hemtjänst (inklusive dagverksamhet) och vård- och omsorgsboende (inklusive sjuksköterskeverksamheten). För



att få fram en fördelningsnyckel till externa och interna utförare räknas en summa per brukare ut utifrån kommunens totala brukarantal.

Kommunen har i dagsläget fyra externa utförare av hemtjänst. Utöver det köper kommunen externa platser inom vård- och omsorgsboende, dagverksamhet och korttidsboende. För enkelhetens skull utgår fördelningsnyckeln från att varje brukare ersätts med samma summa oavsett om platsen gäller inom demens, somatik eller dagverksamhet. Då antalet korttidsplatser varierar starkt under året, och då förvaltningen anser att pengarna därför inte hinner gagna kommunens brukare, utgår ingen ersättning för denna verksamhet.

Beräkning utifrån antal brukare i januari 2022

Totalt antal brukare i kommunen inom äldreomsorgen var i januari 2022 1682 personer.

Ersättning per brukare fås av totalbeloppet delat på det totala antalet brukare. Detta ger $10\,413\,551 / 1682$, det vill säga 6191 kronor per brukare. Varje extern utförare, som säljer fem eller fler platser till vård- och omsorgsförvaltningen exklusive hemtjänst, föreslås därmed ha rätt att rekvirera 6191 kronor per brukare från kommunen.

Varje extern utförare inom hemtjänsten föreslås därmed ha rätt att rekvirera 371 460 kronor utifrån fördelningsnyckel som baseras på andelen av den totala hemtjänsten.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Då beslutet handlar om att rekvirera medel ser vård- och omsorgsförvaltningen inga ekonomiska konsekvenser av beslutet.

Petra Oxonius

Afamia Elkhoury

Vård- och omsorgsdirektör

Omsorgschef

Bilagor

1. Anvisningar rekvisition av statsbidrag för kostnader inom Äldreomsorgslyftet 2022 (Dnr 9.2-37247/2021).
2. Fördelning Äldreomsorgslyftet 2022 (Dnr 9.2-37247/2021)

Expedieras till:

Kommunstyrelsen (anmälningsärende)

Anvisningar rekvisition av statsbidrag för kostnader inom Äldreomsorgslyftet 2022

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag (S2021/08234, S2021/00338 och S2020/05025) att betala ut statsbidrag till kommuner som ersättning för att anställda ska kunna utbilda sig till vårdbiträde eller undersköterska på arbetstid, eller fortbilda sig genom andra kompetenshöjande utbildningar inom vård och omsorg om äldre. Även första linjens chefer inom vård och omsorg om äldre får möjlighet att utbilda sig på arbetstid för att stärka förutsättningarna för verksamheterna att tillhandahålla god ledning, planering, styrning och systematisk implementering av ny kunskap.

Äldreomsorgslyftet syftar till att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg genom att ge ny och befintlig personal möjlighet att genomgå utbildning på betald arbetstid. Statsbidraget ska finansiera lönekostnaden för den tid som den anställde är frånvarande på grund av studier. Äldreomsorgslyftet föreslås fortsätta till och med 2023.

Nytt för 2022 är att Äldreomsorgslyftet delvis ska finansieras med EU-medel

Socialstyrelsen har fått i uppdrag (2021/06742) att tillse att den del av Sveriges återhämtningsplan (Fi2020/03864, Fi2021/02415 och Fi2021/03107) som avser Äldreomsorgslyftet, ska kunna genomföras. Återhämtningsplanen är en del av EU:s initiativ att motverka de negativa effekterna av coronapandemin. För att kunna betala ut medel för initiativet har Faciliteten för återhämtning och resiliens (RRF) skapats, och medlen är villkorade enligt förordningen med samma namn (RRF-förordningen).

Att Äldreomsorgslyftet 2022 delfinansieras med EU-medel innebär att kommunerna kan komma att behöva rapportera in uppgifter till Socialstyrelsen under det pågående bidragsåret och, i händelse av att Ekonomistyrningsverket, ESV, gör en revision av kommunernas användning av medlen, kan kommunerna behöva svara på ytterligare frågor. Kommunerna uppmanas därför att spara underlag på detaljnivå över användningen av medlen som de tar del av.

Statsbidraget behöver rekvireras redan under våren, senast den 20 april 2022 och kommunerna kommer behöva synliggöra att Äldreomsorgslyftet finansieras med EU-medel, i sin kommunikation med verksamheterna som får del av statsbidraget.

Socialstyrelsen kommer under våren 2022 att informera om hur kommunerna ska gå tillväga för att leva upp till EU-kommissionens krav om synlighet i kommunikation gällande bidragsmedlen från EU-kommissionen.

Socialstyrelsen kommer också att gå ut med information om och när det blir aktuellt att rapportera in uppgifter enligt krav i Återhämtningsplan. Vi publicerar inom kort en egen webbsida för återrapportering enligt Återhämtningsplan, håll er gärna uppdaterad via <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/kommuner/>.

Bidragets storlek

Socialstyrelsen ska fördela totalt 1 698 500 000 kronor under 2022. Varje kommun rekvirerar medel upp till angiven fördelningsram. I bilagan till [regeringsbeslutet \(S2021/08234\)](#) framgår hur stort belopp som varje kommun kan rekvirera.

Vilka kan rekquirera medlen?

Varje kommun får rekquirera medel i egenskap av huvudman för äldreomsorgen, både sin egen verksamhet och den verksamhet som privata utförare bedriver på uppdrag av kommunen. Kommunerna ansvarar för att informera både de egna och de privata utförarna om möjligheten att ta del av medlen.

Vad kan ni rekquirera medel för?

Statsbidraget får användas för att täcka personalkostnader (inklusive löner, lagstadgade arbetsgivaravgifter, avtalsförsäkringar och avtalspensioner) under år 2022 för ny eller befintlig personal som är frånvarande på arbetstid för studier, se vidare under rubriken *Vilka utbildningar ger rätt till stöd?*

Vilka utbildningar ger rätt till stöd?

Villkoren för att använda statsbidraget bygger på regeringens beslut om Äldreomsorgslyftet (S2021/08234, S2021/00338 och S2020/05025).

Utbildningar som ger rätt till stöd är:

- a) [Yrkespaket till undersköterska](#) (1500 p), både enligt utbildningsplanen som gällde till och med 30 juni 2021 och den nya planen som gäller från och med 1 juli 2021. Inklusive eventuell kombination med kurser i svenska språket.
- b) [Yrkespaket till vårdbiträde](#) (800 p), både enligt utbildningsplanen som gällde till och med 30 juni 2021 och den nya planen som gäller från och med 1 juli 2021. Inklusive eventuell kombination med kurser i svenska språket.
- c) Utbildningar på folkhögskolor som motsvarar Skolverkets yrkespaket till undersköterska respektive vårdbiträde.
- d) Annan utbildning inom ramen för den kommunala vuxenutbildningen som har relevans för arbetet med vård och omsorg om äldre, där deltagarna kan
 - utveckla kunskaper och förmågor som anges i [Socialstyrelsens allmänna råd \(SOSFS 2011:12\) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg hos äldre](#), eller
 - uppnå kompetens som anges i [Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor](#).Till den här kategorin hör kurser om exempelvis lyfteknik, demens och nutrition samt utbildning till språkombud och handledarutbildning hos Vård- och omsorgscollege.
- e) Kortare eller längre utbildningar som ger deltagaren digitala färdigheter som kan behövas i arbetet med vård och omsorg om äldre.
- f) Utbildning inom ramen för yrkeshögskolan som har relevans för arbetet med vård och omsorg om äldre där den som redan har en undersköterskeutbildning kan få specialistkompetens. Det kan till exempel vara en utbildning med inriktning mot äldres hälsa och sjukdomar, multisjukdom hos äldre, demens eller palliativ vård. Det finns information om aktuella yrkeshögskoleutbildningar på [webbplatsen Yrkeshögskolan](#). Använd sökordet "undersköterska".
- g) Ledarskapsutbildningar på högskolenivå för första linjens chefer inom äldreomsorgen, med motsvarande eller liknande kursinnehåll som [Socialstyrelsens nationella ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer](#) hade.

När kan ni använda medlen?

Socialstyrelsen betalar ut medlen under 2022 och ni kan använda medlen för kostnader från och med den 1 januari 2022 till och med den 31 december 2022.

Hur får ni del av medlen?

Ni kan rekquirera medel via [Socialstyrelsens e-tjänst](#) senast den 20 april 2022. Endast en rekvisition kan göras per kommun.

Vad gäller för återrapportering och återbetalning?

Varje kommun ska i februari 2023 rapportera hur statsbidraget för 2022 har använts. I början av 2023 skickar Socialstyrelsen ut en länk till ett webbformulär för återrapportering till den kontaktperson som kommunen uppgav i samband med rekvisitionen. Meddela Socialstyrelsen om kontaktuppgifterna ändras under bidragsåret.

Webbformuläret kommer att innehålla frågor om hur mycket statsbidrag kommunen har använt, vilka yrkesgrupper som har tagit del av medlen (uppdelat efter kön), hur många av deltagarna som är ny respektive befintlig personal¹ samt hur många som har påbörjat respektive avslutat kurser med godkänt betyg inom respektive verksamhet². Frågorna kommer att vara uppdelade på anställda inom egen (kommunal) verksamhet och anställda inom privata utförarens verksamhet.

Medel som inte har använts eller som inte har använts i enlighet med angivna villkor i regeringens beslut eller dessa anvisningar ska återbetalas till Socialstyrelsen. Ett villkor för användningen av medlen är att återrapporteringen sker inom den angivna tidsramen. Oförbrukade medel per den 31 december 2022 ska återbetalas. Socialstyrelsen fakturerar berörda bidragsmottagare.

¹ Ny respektive befintlig personal vid tidpunkten då statsbidraget tas i anspråk.

² Godkänt betyg behöver bara anges då deltagaren gått en kurs där betyg ges.

Behörighet och statsbidrag

Fördelning Äldreomsorgslyftet 2022

Belopp att rekvirera

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Ale kommun	4 564 557
Alingsås kommun	7 637 046
Alvesta kommun	3 640 160
Aneby kommun	1 233 634
Arboga kommun	3 113 352
Arjeplogs kommun	671 486
Arvidsjaurs kommun	1 432 429
Arvika kommun	5 622 589
Askersunds kommun	2 643 975
Avesta kommun	4 806 424
Bengtstors kommun	2 353 513
Bergs kommun	1 694 176
Bjurholms kommun	610 743
Bjuvs kommun	2 366 766
Bodens kommun	5 751 806
Bollebygds kommun	1 600 301
Bollnäs kommun	5 755 119
Borgholms kommun	3 208 332
Borlänge kommun	8 654 214
Borås stad	18 036 240
Botkyrka kommun	10 413 551
Boxholms kommun	1 171 787
Bromölla kommun	2 562 248
Bräcke kommun	1 479 919
Burlövs kommun	2 704 718
Båstads kommun	3 872 087
Dals-Eds kommun	1 112 148
Danderyds kommun	5 793 773
Degerfors kommun	2 234 236

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Dorotea kommun	692 470
Eda kommun	1 717 369
Ekerö kommun	4 099 597
Eksjö kommun	3 555 119
Emmaboda kommun	2 105 019
Enköpings kommun	7 804 917
Eskilstuna kommun	17 467 465
Eslövs kommun	5 156 525
Essunga kommun	1 179 518
Fagersta kommun	2 677 108
Falkenbergs kommun	8 970 078
Falköpings kommun	6 061 042
Falu kommun	10 773 591
Filipstads kommun	2 435 240
Finspångs kommun	4 491 665
Flens kommun	3 762 750
Forshaga kommun	2 272 891
Färgelanda kommun	1 360 642
Gagnefs kommun	2 078 513
Gislaveds kommun	5 048 292
Gnesta kommun	2 154 718
Gnosjö kommun	1 626 807
Grums kommun	1 958 132
Grästorps kommun	1 186 144
Gullspångs kommun	1 351 807
Gällivare kommun	3 657 830
Gävle kommun	17 385 738
Göteborgs stad	71 677 790
Götene kommun	2 717 971
Habo kommun	1 765 963
Hagfors kommun	2 889 156
Hallsbergs kommun	2 953 212
Hallstahammars kommun	3 319 879
Halmstads kommun	17 614 352
Hammarö kommun	2 596 485
Haninge kommun	11 377 707
Haparanda stad	2 239 758
Heby kommun	2 812 951
Hedemora kommun	3 295 581
Helsingborgs stad	22 580 917
Herrljunga kommun	1 866 465

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Hjo kommun	2 027 710
Hofors kommun	2 049 799
Huddinge kommun	12 114 354
Hudiksvalls kommun	7 984 937
Hultsfreds kommun	3 127 710
Hylte kommun	1 964 758
Håbo kommun	3 199 497
Hällefors kommun	1 690 863
Härjedalens kommun	2 431 927
Härnösands kommun	5 508 834
Härryda kommun	5 099 095
Hässleholms kommun	10 272 186
Höganäs kommun	6 062 147
Högsby kommun	1 190 562
Hörby kommun	2 821 786
Hörs kommun	2 800 802
Jokkmokks kommun	1 134 237
Järfälla kommun	11 111 543
Jönköpings kommun	22 387 644
Kalix kommun	3 866 565
Kalmar kommun	11 435 137
Karlsborgs kommun	1 768 172
Karlshamns kommun	6 792 167
Karlskoga kommun	6 406 725
Karlskrona kommun	12 156 322
Karlstads kommun	15 777 706
Katrineholms kommun	6 560 239
Kils kommun	2 414 256
Kinda kommun	2 164 658
Kiruna kommun	4 013 453
Klippans kommun	3 282 328
Knivsta kommun	2 028 815
Kramfors kommun	4 342 569
Kristianstads kommun	15 454 112
Kristinehamns kommun	5 293 472
Krokoms kommun	2 605 321
Kumla kommun	3 583 834
Kungsbacka kommun	14 021 683
Kungsörs kommun	1 730 622
Kungälv kommun	7 921 986
Kävlinge kommun	5 063 754

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Köpings kommun	5 223 894
Laholms kommun	5 247 087
Landskrona stad	7 630 419
Laxå kommun	1 361 747
Lekebergs kommun	1 432 429
Leksands kommun	3 798 091
Lerums kommun	6 416 665
Lessebo kommun	1 686 445
Lidingö stad	8 404 616
Lidköpings kommun	7 713 251
Lilla Edets kommun	2 209 939
Lindesbergs kommun	4 810 842
Linköpings kommun	23 562 744
Ljungby kommun	5 610 440
Ljusdals kommun	4 305 019
Ljusnarsbergs kommun	1 162 951
Lomma kommun	4 498 292
Ludvika kommun	5 497 790
Luleå kommun	13 262 948
Lunds kommun	16 935 136
Lycksele kommun	2 504 819
Lysekils kommun	3 552 911
Malmö stad	41 889 445
Malung-Sälens kommun	2 203 313
Malå kommun	681 425
Mariestads kommun	5 440 360
Markaryds kommun	2 186 746
Marks kommun	6 496 183
Melleruds kommun	2 106 124
Mjölby kommun	4 990 862
Mora kommun	4 583 332
Motala kommun	8 276 504
Mullsjö kommun	1 468 875
Munkedals kommun	2 190 060
Munkfors kommun	919 980
Mölnåls stad	8 801 102
Mönsterås kommun	2 849 397
Mörbylånga kommun	3 357 429
Nacka kommun	14 042 667
Nora kommun	2 424 196
Norbergs kommun	1 298 795

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Nordanstigs kommun	2 081 827
Nordmalings kommun	1 606 927
Norrköpings kommun	22 586 439
Norrtilje kommun	14 043 771
Norsjö kommun	903 413
Nybro kommun	4 293 975
Nykvarns kommun	1 542 871
Nyköpings kommun	11 362 246
Nynäshamns kommun	5 291 263
Nässjö kommun	5 579 516
Ockelbo kommun	1 289 959
Olofströms kommun	2 977 509
Orsa kommun	1 562 751
Orust kommun	3 720 782
Osby kommun	2 805 220
Oskarshamns kommun	5 535 340
Ovanåkers kommun	2 688 152
Oxelösunds kommun	2 846 083
Pajala kommun	1 682 028
Partille kommun	5 435 942
Perstorps kommun	1 319 779
Piteå kommun	8 163 853
Ragunda kommun	1 282 229
Region Gotland	12 442 366
Robertsfors kommun	1 418 072
Ronneby kommun	6 140 560
Rättviks kommun	3 048 192
Sala kommun	4 627 509
Salems kommun	2 566 666
Sandvikens kommun	7 886 644
Sigtuna kommun	5 784 938
Simrishamns kommun	5 413 854
Sjöbo kommun	3 601 505
Skara kommun	3 452 409
Skellefteå kommun	14 157 526
Skinnskattebergs kommun	1 058 032
Skurups kommun	2 603 112
Skövde kommun	9 070 580
Smedjebackens kommun	2 486 043
Sollefteå kommun	4 509 336
Sollentuna kommun	9 623 893

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Solna stad	10 298 692
Sorsele kommun	585 341
Sotenäs kommun	2 370 080
Staffanstorps kommun	4 091 866
Stenungsunds kommun	4 399 999
Stockholms stad	115 296 753
Storfors kommun	925 502
Storumans kommun	1 382 730
Strängnäs kommun	6 804 315
Strömstads kommun	2 431 927
Strömsunds kommun	2 882 529
Sundbybergs stad	5 061 545
Sundsvalls kommun	17 982 123
Sunne kommun	2 716 867
Surahammars kommun	2 052 007
Svalövs kommun	2 070 783
Svedala kommun	3 181 826
Svenljunga kommun	2 197 791
Säffle kommun	3 586 043
Säters kommun	2 327 007
Sävsjö kommun	2 287 248
Söderhamns kommun	5 809 235
Söderköpings kommun	2 918 975
Södertälje kommun	12 980 217
Sölvesborgs kommun	3 762 750
Tanums kommun	2 998 493
Tibro kommun	2 336 947
Tidaholms kommun	2 551 204
Tierps kommun	4 221 083
Timrå kommun	3 468 975
Tingsryds kommun	2 871 485
Tjörns kommun	3 544 075
Tomelilla kommun	2 776 505
Torsby kommun	2 823 995
Torsås kommun	1 648 895
Tranemo kommun	2 392 168
Tranås kommun	3 990 260
Trelleborgs kommun	8 085 439
Trollhättans stad	9 247 286
Trosa kommun	2 738 955
Tyresö kommun	6 944 576

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Täby kommun	11 911 141
Töreboda kommun	1 928 313
Uddevalla kommun	9 867 969
Ulricehamns kommun	4 832 930
Umeå kommun	17 567 967
Upplands Väsby kommun	6 433 231
Upplands-Bro kommun	3 745 079
Uppsala kommun	31 196 477
Uppvidinge kommun	1 895 180
Vadstena kommun	2 024 397
Vaggeryds kommun	2 321 485
Valdemarsviks kommun	2 039 859
Vallentuna kommun	4 450 802
Vansbro kommun	1 552 811
Vara kommun	3 079 116
Varbergs kommun	12 483 229
Vaxholms stad	2 046 485
Vellinge kommun	7 188 652
Veflanda kommun	5 519 878
Vilhelmina kommun	1 419 176
Vimmerby kommun	3 302 208
Vindelns kommun	1 265 662
Vingåkers kommun	1 952 610
Vårgårda kommun	1 981 325
Vänersborgs kommun	7 420 580
Vännäs kommun	1 570 481
Värmdö kommun	6 159 336
Värnamo kommun	6 033 432
Västerviks kommun	8 774 596
Västerås stad	25 089 049
Växjö kommun	14 481 120
Ydre kommun	917 771
Ystads kommun	6 932 428
Åmåls kommun	2 808 533
Ånge kommun	2 081 827
Åre kommun	1 612 449
Årjängs kommun	2 028 815
Åsele kommun	712 349
Åstorps kommun	2 371 184
Åtvidabergs kommun	2 543 473
Älmhults kommun	2 897 991

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Älvdalens kommun	1 682 028
Älvkarleby kommun	1 894 076
Älvsbyns kommun	1 750 501
Ängelholms kommun	8 574 696
Öckerö kommun	2 694 778
Ödeshögs kommun	1 198 293
Örebro kommun	22 918 869
Örkelljunga kommun	2 053 112
Örnsköldsviks kommun	11 355 619
Östersunds kommun	11 236 342
Österåkers kommun	7 083 733
Östhammars kommun	5 025 099
Östra Göinge kommun	2 719 075
Överkalix kommun	946 486
Övertorneå kommun	1 208 233
Summa	1 698 500 000



9

Dataskyddsbud för vård- och omsorgsnämnden samt entledigande av tidigare dataskyddsbud

(von/2022:00098)

Förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden utser Gabriel Axelsson till dataskyddsbud för vård- och omsorgsnämnden från och med den 1 mars 2022.
2. Vård- och omsorgsnämnden entledigar Beatrice Helmersson som dataskyddsbud från och med 2 februari 2022.

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden är enligt dataskyddsförordningen skyldig att ha ett dataskyddsbud. Då den av nämnden tidigare utsedda dataskyddsbudet Beatrice Helmersson avslutat sin anställning i kommunen föreslås att Gabriel Axelsson utses till nytt dataskyddsbud i hennes ställe.

**Referens**

Kerstin Frimodig
kerstin.frimodig@botkyrka.se

Mottagare

(Vård- och omsorgsnämnden)

Dataskyddsbud för vård- och omsorgsnämnden samt entledigande av tidigare dataskyddsbud

Förslag till beslut

1.Vård- och omsorgsnämnden utser Gabriel Axelsson till dataskyddsbud för vård- och omsorgsnämnden från och med den 1 mars 2022.

2.Vård- och omsorgsnämnden entledigar Beatrice Helmersson som dataskyddsbud från och med 2 februari 2022.

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden är enligt dataskyddsförordningen skyldig att ha ett dataskyddsbud. Då den av nämnden tidigare utsedda dataskyddsbudet Beatrice Helmersson avslutat sin anställning i kommunen föreslås att Gabriel Axelsson utses till nytt dataskyddsbud i hennes ställe.

Ärendet

Vård- och omsorgsnämnden är ansvarig för att behandling av personuppgifter inom nämndens verksamhetsområde sker i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR). Dataskyddsförordningen gäller som lag i alla EU:s medlemsstater sedan den 25 maj 2018. Vård- och omsorgsnämnden är enligt dataskyddsförordningen skyldig att ha ett dataskyddsbud. Den övergripande och viktigaste uppgiften för dataskyddsbudet är att övervaka att nämnden och förvaltningen följer dataskyddsförordningen.



Vård- och omsorgsnämnden har haft förvaltningsjurist Beatrice Helmersson som dataskyddsbud. Då hon avslutat sin anställning i kommunen behöver nämnden utse ett nytt ombud. Då förvaltningen och kommunen håller på att se över organisationen kring dataskyddsbud föreslår vård- och omsorgsförvaltningen att en konsult, Gabriel Axelsson, utses till nytt dataskyddsbud för vård- och omsorgsnämnden tills en permanent lösning finns.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser.

Petra Oxonoius

Vård- och omsorgsdirektör

Christina Almqvist

Kvalitetschef

Bilagor

Expedieras till:

Gabriel Axelsson



10

Anmälningens ärenden (von/2022:00002)

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av anmälningens ärendena.

Sammanfattning

Följande ärenden anmäls till vård- och omsorgsnämnden

Kommunfullmäktige

§12 KF 2022-01-27 Avsägelse och fyllnadsval, avsägelse och ny ersättare (TUP) samt avsägelse och ny ersättare (V), von/2022:00007

Kommunstyrelsen

§21 KS 2022-02-07 Riktlinje för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM), KS/2021:00356

Vård- och omsorgsförvaltningen

Redovisning av ej verkställda beslut LSS, kvartal 4 2021, von/2021:00018

Redovisning av ej verkställda beslut SoL, kvartal 4 2021, von/2021:00018

Beställning LSS Boende B, von/2022:00088



Referens

Kerstin Frimodig
kerstin.frimodig@botkyrka.se

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

Anmälningssärenden

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av anmälningssärendena.

Sammanfattning

Följande ärenden anmäls till vård- och omsorgsnämnden

Kommunfullmäktige

§12 KF 2022-01-27 Avsägelse och fyllnadsval, avsägelse och ny ersättare (TUP) samt avsägelse och ny ersättare (V), von/2022:00007

Kommunstyrelsen

§21 KS 2022-02-07 Riktlinje för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM), KS/2021:00356

Vård- och omsorgsförvaltningen

Redovisning av ej verkställda beslut LSS, kvartal 4 2021, von/2021:00018

Redovisning av ej verkställda beslut SoL, kvartal 4 2021, von/2021:00018

Beställning LSS Boende B, von/2022:00088



§ 12

Avsägelse och fyllnadsval 2022-01-27 KS/2022:00001

Beslut

Kommunfullmäktige godkänner avsägelse och hemställer hos Länsstyrelsen i Stockholm om ny sammanräkning till kommunfullmäktige och förrättar val enligt nedan samt bordlägger övriga val.

Sammanfattning

Följande avsägelse har inkommit:

Micael Lejon (SD), ersättare i kultur- och fritidsnämnden.

Yngve RK Jönsson (M), ledamot i kommunfullmäktige.

Yngve RK Jönsson (M), ersättare i kommunstyrelsen.

Yngve RK Jönsson (M), ledamot och 2:e vice ordförande i socialnämnden.

Yngve RK Jönsson (M), ersättare i Södertörns överförmyndarnämnd.

Yngve RK Jönsson (M), ledamot i Söderenergi AB.

Yvonne Magnusson (MP), Gode män tätortsförhållanden.

Roland Forsman (TUP), ersättare i kommunfullmäktige (fr o m 15 februari 2022).

Roland Forsman (TUP), ersättare i socialnämnden (fr o m 15 februari 2022).

Roland Forsman (TUP), ersättare i vård- och omsorgsnämnden (fr o m 15 februari 2022).

Jenny Karinsdotter Granqvist (V), ersättare i samhällsbyggnadsnämnden.

Therese Karlsson (V), ersättare i vård- och omsorgsnämnden.



Kommunfullmäktige förrättar följande val:

ARBETSMARKNADS- OCH VUXENUTBILDNINGSNÄMNDEN t o m
2022-12-31

Ersättare efter Aday Bethkinne (KD)

Sabri Touma (KD)

KULTUR- OCH FRITIDSNÄMNDEN t o m 2022-12-31

Ersättare efter Micael Lejon (SD)

Max Möllerström (SD)

SAMHÄLLSBYGGNADSNÄMNDEN t o m 2022-12-31

Ersättare efter Jenny Karinsdotter Granqvist (V)

Susanne Urban (V)

SOCIALNÄMNDEN t o m 2022-12-31

Ledamot och 2:e vice ordförande efter Yngve RK Jönsson (M)

Albin Persson (M)

SOCIALNÄMNDEN t o m 2022-12-31

Ledamot efter Albin Persson (M)

Asta Holm (M)

SÖDERTÖRNS ÖVERFÖRMYNDARNÄMND t o m 2022-12-31

Ersättare efter Yngve RK Jönsson (M)

Asta Holm (M)

UPPLEV BOTKYRKA AB t o m årsstämman 2023

Suppleant efter Patrik Gren (L)

Lars Brandin (L)

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN t o m 2022-12-31

Ersättare efter Roland Forsman (TUP) fr o m 15 februari 2022

Camilla Jägemalm (TUP)



VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN t o m 2022-12-31
Ersättare efter Therese Karlsson (V)

Silje Vara-Mittermaier (V)

Kommunfullmäktige bordlägger följande val:

GODE MÄN TÄTORTSFÖRHÅLLANDEN t o m 2022-12-31
God man efter Yvonne Magnusson (MP)

KOMMUNSTYRELSEN t o m 2022-10-14
Ersättare efter Yngve RK Jönsson (M)

KULTUR- OCH FRITIDSNÄMNDEN t o m 2022-12-31
Ersättare efter Robert Rasmussen (S)

SOCIALNÄMNDEN t o m 2022-12-31
Ersättare efter Asta Holm (M)

SOCIALNÄMNDEN t o m 2022-12-31
Ersättare efter Roland Forsman (TUP) fr o m 15 februari 2022

SÖDERENERGI AB t o m årsstämman 2023
Ledamot efter Yngve RK Jönsson (M)

SÖDERTÖRNS TINGSRÄTT t o m 2023-12-31
Nämndeman efter Maj Ferdinandsson

SÖDERTÖRNS TINGSRÄTT t o m 2023-12-31
Nämndeman efter Alexandra Tuvell

TILLVÄXT BOTKYRKA AB t o m årsstämman 2023
Ledamot efter Kevin Ryan (opol)

TILLVÄXT BOTKYRKA AB t o m årsstämman 2023
Suppleant efter Catharina Angermund-Carlsson (opol)



Expedieras till:

Länsstyrelsen i Stockholm, Allmänna enheten (ny sammanräkning till KF)

Länsstyrelsen i Stockholm, Enheten för planfrågor (Gode Män)

Nyvalda förtroendevalda

Berörda sekreterare

Södertörns överförmyndarnämnd

Söderenergi AB

Upplev Botkyrka AB

Botlön

Förtroendemannaregistret



§ 21

Riktlinje för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) KS/2021:00356

Beslut

1. Kommunstyrelsen fastställer riktlinjer för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet.
2. Kommunstyrelsen fastställer föreslagen uppföljningsprocess för det kommunövergripande systematiska arbetsmiljöarbetet.
3. Kommunstyrelsen beslutar att respektive nämnd ska återrapportera sin årliga uppföljning av arbetsmiljöarbetet till kommunstyrelsen som sammanställer och redovisar resultatet till kommunfullmäktige

Sammanfattning

Arbetsmiljöverket har vid en inspektion över hur den politiska ledningen i Botkyrka kommun arbetar med den årliga uppföljningen av sitt systematiska arbetsmiljöarbete identifierat vissa brister. Den befintliga rutinen för det systematiska arbetsmiljöarbetet behöver förtydligas så att den årliga uppföljningen sker på alla organisatoriska nivåer samt att högsta ledningen involveras i uppföljningen och dess åtgärder.

Utifrån kraven i inspektionsmeddelandet har kommunövergripande riktlinjer för den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet tagits fram. Syftet med riktlinjerna är att på alla organisatoriska nivåer säkerställa att arbetsmiljöarbetet fungerar för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och för att uppnå god arbetsmiljö i Botkyrka kommun. Kommunledningsförvaltningen föreslår att kommunstyrelsen antar och följer den föreslagna kommunövergripande riktlinjen för årlig uppföljning. Som ett led i att fullgöra sina uppgifter som kommunens personalmyndighet fastställer kommunstyrelsen dels riktlinjer för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet, dels beslutar att fastställa uppföljningsprocess för det kommunövergripande systematiska arbetsmiljöarbetet samt beslutar att respektive nämnd ska återrapportera sin årliga uppföljning av arbetsmiljöarbetet till kommunstyrelsen.

Sammantaget är detta ett sätt för kommunstyrelsen att dels utöva sin uppsiktsplikt över kommunens övriga nämnder inom arbetsmiljöområdet,



dels säkerställa att det inom kommunen bedrivs ett ändamålsenligt arbetsmiljöarbete samt att kommunfullmäktige kan ta sitt arbetsmiljöansvar i enlighet med gällande lagstiftning.

Kommunledningsförvaltningen redogör för ärendet i tjänsteskrivelse 2021-11-19.

Propositionsordning

Ordföranden konstaterar att det finns ett förslag till beslut och det är ordförandeförslaget. Ordföranden finner att kommunstyrelsen beslutar enligt ordförandeförslaget.

Expedieras till:

Kommunfullmäktige (för kännedom)
Samtliga nämnder och förvaltningar
Eva Wallin, HR-direktör
Kerstin Jungstedt, HR-chef
Ann-Christine Blomberg, HR-utvecklare
Botkyrka kommuns styrdokument

**Referens**

Ann-Christine Blomberg
ann-christine.blomberg@botkyrka.se

Mottagare

Kommunstyrelsen

Riktlinje för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM)

Förslag till beslut

1. Kommunstyrelsen fastställer riktlinjer för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet.
2. Kommunstyrelsen fastställer föreslagen uppföljningsprocess för det kommunövergripande systematiska arbetsmiljöarbetet.
3. Kommunstyrelsen beslutar att respektive nämnd ska återrapporera sin årliga uppföljning av arbetsmiljöarbetet till kommunstyrelsen som sammanställer och redovisar resultatet till kommunfullmäktige

Sammanfattning

Arbetsmiljöverket har vid en inspektion över hur den politiska ledningen i Botkyrka kommun arbetar med den årliga uppföljningen av sitt systematiska arbetsmiljöarbete identifierat vissa brister. Den befintliga rutinen för det systematiska arbetsmiljöarbetet behöver förtydligas så att den årliga uppföljningen sker på alla organisatoriska nivåer samt att högsta ledningen involveras i uppföljningen och dess åtgärder.

Utifrån kraven i inspektionsmeddelandet har kommunövergripande riktlinjer för den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet tagits fram. Syftet med riktlinjerna är att på alla organisatoriska nivåer säkerställa att arbetsmiljöarbetet fungerar för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och för att uppnå god arbetsmiljö i Botkyrka kommun. Kommunledningsförvaltningen föreslår att kommunstyrelsen antar och följer den föreslagna kommunövergripande riktlinjen för årlig uppföljning.



Ärendet

Bakgrund

Arbetsmiljöverket har regeringens uppdrag att i detalj reglera vad som ska gälla på arbetsmiljöområdet. Inom Arbetsmiljöverket finns en inspektionsavdelning som kontrollerar att arbetsgivare lever upp till de krav som ställs i arbetsmiljölagen och de föreskrifter som Arbetsmiljöverket utfärdar. Om arbetsgivaren inte uppfyller sina skyldigheter enligt arbetsmiljölagen kan Arbetsmiljöverket rikta krav mot arbetsgivaren. På så sätt hjälper Arbetsmiljöverket till att förbättra arbetsmiljöarbetet genom att peka på eventuella risker och brister som behöver åtgärdas.

Under 2019 träffade Arbetsmiljöverket politiker i 290 kommuner och 20 regioner och informerade om det arbetsmiljöansvar politiker har som arbetsgivare. Syftet med politikerinformationen var att beskriva hur förtroendevalda kan hantera arbetsmiljöfrågor och hur arbetsmiljölagstiftningen fungerar. Arbetsmiljöverket besökte kommunstyrelsen i Botkyrka i april 2019. Informationen följdes upp i februari 2021 genom en inspektion över hur den politiska ledningen i Botkyrka kommun arbetar med den årliga uppföljningen av sitt systematiska arbetsmiljöarbete.

Inspektionen skedde i tre steg och inleddes med ett inledande inspektionsmöte med kommunledningen. Därefter genomfördes stickprovinspektioner vid sex förskolor för att inspektera hur det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar i praktiken och vad det får för effekter. Ett återkopplande inspektionsmöte med kommunledningen den 10 mars 2021 avslutade inspektionen. Vid inspektionen kom det fram en del som fungerade bra, men också en del som kommunen behöver förbättra. Arbetsmiljöverket har utfärdat ett inspektionsmeddelande som redovisar de brister som framfördes vid det avslutande mötet och de krav som Arbetsmiljöverket ställer.

Redogörelse för Inspektionsmeddelandets innehåll och formulerade krav

Inspektionsmeddelandet är en uppmaning till arbetsgivaren Botkyrka kommun att åtgärda de brister och risker som de såg vid inspektionen. Kraven är ställda utifrån Arbetsmiljöverkets tillämpning av arbetsmiljöreglerna. Om kommunen inte åtgärdar brister och risker kan Arbetsmiljöverket komma att besluta om ett föreläggande eller förbud, vilka också kan vara förenade med vite.



Inspektionen följs upp 2022, troligtvis under första halvåret. Vid uppföljningen ska bristerna i inspektionsmeddelandet vara åtgärdade. Uppföljningen sker genom en inledande inspektion med ledningen, stickprovsinspektioner i verksamheterna och en återkopplingsinspektion. Syftet med uppföljningen är att kontrollera att kommunen vidtagit åtgärder och förbättrat det som inte fungerat bra i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

De brister som ska åtgärdas enligt inspektionsmeddelandet är:

1. Kommunen saknar tillräckliga rutiner för att minst en gång varje år, följa upp det systematiska arbetsmiljöarbetet i hela verksamheten och förbättra de områden som inte fungerar bra. Nämnder/förvaltningar gör olika. Rutinerna beskriver inte tillräckligt hur årlig uppföljning genomförs, sammanställs och rapporteras på samtliga organisatoriska nivåer. Rutinerna beskriver inte hur handlingsplaner för samtliga organisatoriska nivåer ska upprättas.
2. Handlingsplan med åtgärder för brister som identifierats i årlig uppföljning och arbetsmiljörapport saknas. Handlingsplaner upprättas på enhetsnivå utifrån resultatet av den årliga uppföljningen. Men vid inspektionen framkom att det saknas handlingsplaner på organisationens övriga nivåer med åtgärder för att förbättra det som inte fungerat, men som inte kan genomföras omedelbart.

Arbetsmiljöverkets krav:

- Ta fram skriftliga rutiner för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Rutinerna ska se till att det finns ett i förväg bestämt arbetssätt för att upptäcka, dokumentera och förbättra det som inte fungerat bra, i alla delar av verksamheten.
- Rutinerna ska ange hur uppföljningen ska gå till, när uppföljningen ska göras, vem som ansvarar för att den görs, och vilka som ska medverka.
- Rutinerna ska ange hur kommunen ska dokumentera uppföljningen och dess förbättringsåtgärder.
- Säkerställa att den årliga uppföljningen kan fånga brister i hur arbetet med alla delar i ert systematiska arbetsmiljöarbete har fungerat i hela verksamheten.
- Med resultatet av den årliga uppföljningen som grund, vidta åtgärder för att förbättra det som inte fungerat bra i det systematiska arbetsmiljöarbetet.
- De förbättringar som behövs och som inte kan genomföras omedelbart ska föras in i en skriftlig handlingsplan. I



- handlingsplanen ska anges när åtgärderna ska vara genomförda och vem som ser till att de genomförs.
- Uppföljningen ska göras i hela verksamheten och det ska framgå att alla delar i föreskrifterna om det systematiska arbetsmiljöarbetet omfattas.
 - Rutinerna ska ange hur högsta ledningen ska involveras i uppföljningen och de åtgärder som kan behöva vidtas.

Arbetsgivarens arbetsmiljöansvar

Arbetsmiljölagen (AML 1977:1160) är en ramlag som kompletteras med förordning, föreskrifter och angränsande lagar. Arbetsmiljölagen har två syften:

- 1) Att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och
- 2) Att uppnå en god arbetsmiljö.

Det är arbetsgivarens ansvar att arbetsmiljön lever upp till lagkraven. Lagen omfattar de grundläggande bestämmelser och allmänna krav som ställs på arbetsmiljön och vilka aktörer som är ansvariga för vad.

Arbetsgivaren är kommunen som juridisk person. Fullmäktige, kommunstyrelsen och nämnderna med valda politiker är verksamhetsansvariga och har arbetsgivarrollen. Arbetsgivaren har huvudansvaret för arbetsmiljön.

I föreskrifterna om Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) beskrivs *vad, vem, när* och *hur* en verksamhet ska göra för att uppnå arbetsmiljölagens syfte. Föreskrifterna gäller för alla arbetsgivare. Systematiskt arbetsmiljöarbete innebär att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten för att förebygga olyckor och ohälsa. Det systematiska arbetsmiljöarbetet ska enligt lag bedrivas i samverkan med medarbetare och skyddsombud. Arbetet ska omfatta alla fysiska, psykologiska, organisatoriska och sociala förhållanden med betydelse för arbetsmiljön. Förberedelser pågår för att införa ett systemstöd, Stratsys, för det systematiska arbetsmiljöarbetet vilket kommer att förtydliga arbetsmiljöuppgifterna samt underlätta dokumentation och uppföljning på alla nivåer. Införandeprojektet har tyvärr försenats pga resursbrist, preliminär start är första halvåret 2022.

För att praktiskt hantera arbetsmiljöarbetet fördelar nämnden arbetsmiljöuppgifter på sina närmaste chefer, d.v.s. förvaltningsdirektörer. Dessa fördelar i sin tur arbetsuppgifterna vidare till verksamhetschefer, som i sin tur fördelar uppgifter till enhetschefer. Med arbetsmiljöuppgifter kommer, precis som med alla arbetsuppgifter, ett ansvar att se till att



uppgifterna blir utförda. Den som delar ut uppgiften ska se till att mottagaren också har befogenheter, kompetens och resurser.

Nämnden har alltid kvar en skyldighet att fortlöpande se till att uppgiftsfördelningen fungerar i praktiken och vid behov göra ändringar i fördelningen. Arbetsgivaren har ett ansvar att årligen följa upp hur det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar och ändra vid behov. Syftet är att säkerställa att arbetsmiljöarbetet fungerar för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och för att uppnå god arbetsmiljö i Botkyrka kommun.

Ansvarig för att genomföra den årliga uppföljningen är den högsta ledningen. Det är viktigt att den årliga uppföljningen även redovisas för organisationens politiska nivå. Om den årliga uppföljningen visar att det finns brister ska dessa åtgärdas. Resultatet av den årliga uppföljningen ska dokumenteras.

Förslag riktlinje för arbetsgivarens årliga uppföljning av SAM på alla organisatoriska nivåer

Den befintliga rutinen för det systematiska arbetsmiljöarbetet behöver förtydligas så att den årliga uppföljningen sker på alla organisatoriska nivåer samt att högsta ledningen involveras i uppföljningen och dess åtgärder.

Övergripande process

Ansvarig för att genomföra den årliga uppföljningen är den högsta ledningen. Om den årliga uppföljningen visar att det finns brister ska dessa åtgärdas. Resultatet av den årliga uppföljningen ska dokumenteras.

Den årliga uppföljningen följer fördelningen av arbetsmiljöuppgifter, i omvänd ordning. Uppföljning av arbetsmiljöarbetet görs av närmaste chef tillsammans med medarbetare och skyddsombud. Uppföljningen görs genom att

- gå igenom en checklista för att se om föreskriftens krav uppfylls, dokumentera resultat och eventuella åtgärder
- gå igenom vilka arbetsmiljöåtgärder som har genomförts under året, resultatet av insatserna, vilka förbättringar som har gjorts, vilka åtgärder som inte har kunnat genomföras och orsakerna till detta. Behov av arbetsmiljöåtgärder identifieras vid t ex skyddsronder, medarbetarundersökningar, arbetsplatsträffar.

Resultatet av uppföljningen ska redovisas till nästa ledningsnivå som summerar resultaten och ska slutligen lyftas till högsta ledningsnivå.



Rutiner, stödmaterial och mallar för de olika organisatoriska nivåerna är framtagna. Dessa kommer längre fram att finnas i Stratsys (införandet preliminärt under 2022), fram till dess distribueras de till chefer genom HR.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet medför i sig inga ekonomiska konsekvenser, annat än indirekt positiva då målet med det systematiska arbetsmiljöarbetet är att förebygga ohälsa och olycksfall samt uppnå en god arbetsmiljö. Forskning visar att det finns ett samband mellan god arbetsmiljö, verksamhet och ekonomi. Genom att årligen säkerställa att föreskrifterna följs och att det finns kunskaper, befogenheter och resurser för arbetsmiljöarbetet kan kommunen få långsiktiga effekter av en god arbetsmiljö.

Förslag till beslut

Kommunledningsförvaltningen föreslår att kommunstyrelsen antar och följer den föreslagna kommunövergripande riktlinjen för årlig uppföljning.

Leif Eriksson
kommundirektör

Eva Wallin
HR-direktör

Bilagor

*Inspektionsmeddelande Arbetsmiljöverket
Riktlinjer för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet
SKR Cirkulär 19:15 Fördelning av arbetsmiljöuppgifter från fullmäktige*

Expedieras till:
Eva Wallin, HR-direktör
Ann-Christine Blomberg, HR-utvecklare

STYRDOKUMENT I BOTKYRKA KOMMUN

Riktlinjer för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Strategi
Program
Plan
Policy
Riktlinjer
Regler



Diarienummer: KS/2021:00356

Dokumentet är beslutat av: Kommunstyrelsen

Dokumentet beslutades den: 7 februari 2022

Dokumentet gäller för: samtliga nämnder

Dokumentet gäller till den: Tillsvidare

**BOTKYRKA
KOMMUN**



Dokumentet ersätter:

Dokumentansvarig är: Kommunstyrelsen

För revidering av dokumentet ansvarar: Kommunstyrelsen

För uppföljning av dokumentet ansvarar: Kommunstyrelsen

Relaterade dokument: Medarbetar- och arbetsmiljöpolicy; Rutin för det systematiska arbetsmiljöarbetet;
Rutin för årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet

Innehåll

Inledning	2
Syfte	2
Lagar och föreskrifter	2
Arbetsgivarens arbetsmiljöansvar	2
Fördelning av arbetsmiljöuppgifter.....	3
Årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM)	3
Stöd	4

Inledning

Att arbeta systematiskt med arbetsmiljön ska vara integrerat i verksamheten. Genom att följa reglerna om det systematiska arbetsmiljöarbetet finns grunden för att hantera alla arbetsmiljöförhållanden och skapa en bra arbetsmiljö.

Denna riktlinje riktar sig till kommunens chefer på alla nivåer och till den politiska ledningen. Arbetsgivaren har ett ansvar att årligen följa upp hur det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar och ändra vid behov. En gemensam och kommunövergripande process för den årliga uppföljningen bidrar till en god arbetsmiljö som främjar hälsa i Botkyrka kommuns alla verksamheter.

Syfte

Syftet med den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) på alla organisatoriska nivåer är att säkerställa att arbetsmiljöarbetet fungerar för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och för att uppnå god arbetsmiljö i Botkyrka kommun.

Lagar och föreskrifter

Riktlinjen grundar sig på:

- Arbetsmiljölagen (1977:1160)
- Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1)
- Medarbetar- och arbetsmiljöpolicy (KS/2019:384)

Arbetsgivarens arbetsmiljöansvar

Arbetsmiljölagen (AML 1977:1160) är en ramlag som kompletteras med förordning, föreskrifter och angränsande lagar. Arbetsmiljölagen har två syften:

- 1) Att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och
- 2) Att uppnå en god arbetsmiljö.

Det är arbetsgivarens ansvar att arbetsmiljön lever upp till lagkraven. Lagen omfattar de grundläggande bestämmelser och allmänna krav som ställs på arbetsmiljön och vilka aktörer som är ansvariga för vad.

Arbetsgivaren är kommunen som juridisk person. Kommunfullmäktige, kommunstyrelsen och nämnderna med valda politiker är verksamhetsansvariga och har arbetsgivarrollen. Arbetsgivaren har huvudansvaret för arbetsmiljön.

I föreskrifterna om Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) beskrivs vad, vem, när och hur en verksamhet ska göra för att uppnå arbetsmiljölagens syfte. Föreskrifterna

gäller för alla arbetsgivare. Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) innebär att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten för att förebygga olyckor och ohälsa. Det systematiska arbetsmiljöarbetet ska enligt lag bedrivas i samverkan med medarbetare och skyddsombud. Arbetet ska omfatta alla fysiska, psykologiska, organisatoriska och sociala förhållanden med betydelse för arbetsmiljön.

Fördelning av arbetsmiljöuppgifter

För att praktiskt hantera arbetsmiljöarbetet fördelar nämnden arbetsmiljöuppgifter på sina närmaste chefer, d.v.s. förvaltningsdirektörer. Dessa fördelar i sin tur arbetsuppgifterna vidare till verksamhetschefer eller motsvarande, som i sin tur fördelar uppgifter till enhetschefer. Med arbetsmiljöuppgifter kommer, precis som med alla arbetsuppgifter, ett ansvar att se till att uppgifterna blir utförda. Den som delar ut uppgiften ska också se till att mottagaren har befogenheter, kompetens och resurser.

Nämnden har alltid kvar en skyldighet att fortlöpande se till att uppgiftsfördelningen fungerar i praktiken och vid behov göra ändringar i fördelningen.

Årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM)

Arbetsgivaren har ett ansvar att årligen följa upp hur det systematiska arbetsmiljöarbetet fungerar. Ansvarig för att genomföra den årliga uppföljningen är den högsta ledningen. Den årliga uppföljningen ska även redovisas för organisationens politiska nivå. Om den årliga uppföljningen visar att det finns brister ska dessa åtgärdas. Resultatet av den årliga uppföljningen ska dokumenteras.

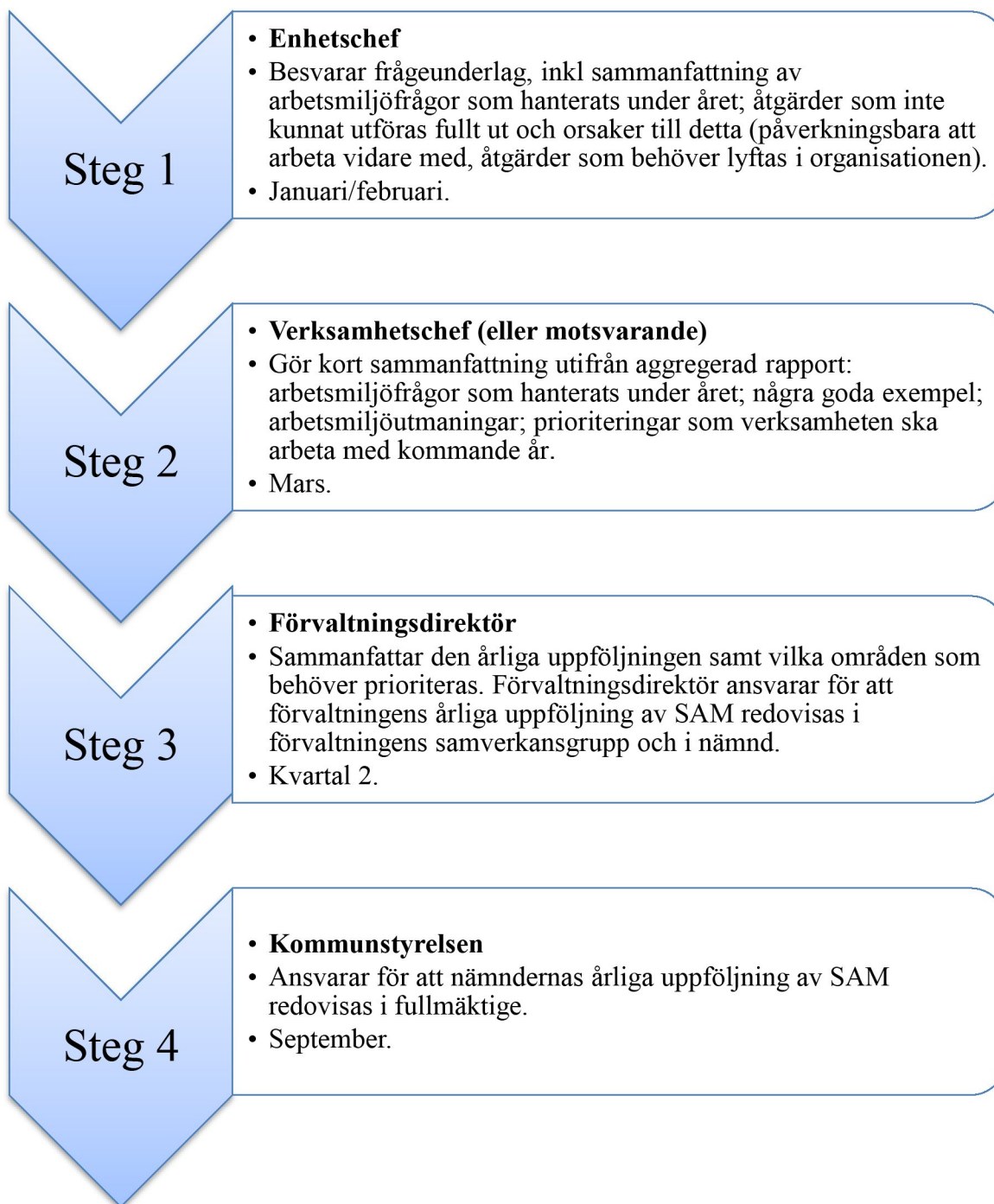
Den årliga uppföljningen följer fördelningen av arbetsmiljöuppgifter, i omvänd ordning:

Steg 1: Uppföljning av arbetsmiljöarbetet görs av närmaste chef tillsammans med medarbetare och lokalt skyddsombud. Om enheten saknar lokalt skyddsombud, görs uppföljningen av chef tillsammans med någon eller några av medarbetarna.

Uppföljningen görs genom att

- gå igenom en checklista för att se om föreskriftens krav uppfylls, dokumentera resultat och eventuella åtgärder
- gå igenom vilka arbetsmiljöåtgärder som har genomförts under året, resultatet av insatserna, vilka förbättringar som har gjorts, vilka åtgärder som inte har kunnat genomföras och orsakerna till detta. Behov av arbetsmiljöåtgärder identifieras vid t ex skyddsronder, medarbetarundersökningar, arbetsplatsträffar.

Steg 2 – 4: Resultatet av uppföljningen ska redovisas till nästa ledningsnivå som summerar resultaten och prioriterar åtgärder som verksamheten ska arbeta med kommande år. Uppföljningen ska slutligen lyftas till högsta ledningsnivå. Se processbild:



Stöd

Som stöd för de olika organisatoriska nivåernas årliga uppföljning av SAM finns rutiner, stödmaterial och mallar. De tillhandahålls och uppdateras vid behov av HR.

HR är en stödfunktion som chefer kan vända sig till för rådgivning i arbetsmiljöarbetet och den årliga uppföljningen.



2022-02-04

Referens

Camilla Jaksch
Maria Benninger
Sektionsledare myndighet VOF

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

Redovisning av ej verkställda gynnande beslut och avbrott i verkställighet av gynnande beslut enligt 9 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Redovisningen gäller fjärde kvartalet 2021

Sammanfattning

Fyra beslut gällande bostad med särskild service för vuxna, två beslut om biträde av kontaktperson, ett beslut om avlösarservice, ett beslut om daglig verksamhet, två beslut om ledsagarservice samt två beslut om personlig assistans har rapporterats ej verkställda till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Vidare har 25 beslut om daglig verksamhet med avbrott i verkställighet rapporterats samt ett beslut om kontaktperson rapporterats som avbrott i verkställighet.

Totalt har 38 beslut enligt 9 § LSS rapporterats ej verkställda/avbrott i verkställighet till IVO fjärde kvartalet 2021.

Botkyrka kommun/vård- och omsorgsförvaltningen har, precis som alla andra kommuner, anpassat verksamheten för att skydda sårbara personer och minska smittspridningen av covid-19. Medborgare med daglig verksamhet (funktionsnedsättningsomsorg) har erbjudits anpassade och mer säkra alternativ ur smittspridningssynpunkt. Ingen har blivit utan stöd – däremot har stödet skett i annan omfattning. Det kan till exempel handla om aktiviteter i bostaden, utomhusaktiviteter eller aktiviteter i mindre grupper. Anpassningen innebär att besluten inte anses verkställda fullt ut. I april rapporterar kommunen därför in ett större antal ej fullt ut verkställda beslut som rör daglig verksamhet för personer med funktionsnedsättning.

2020-02-26

Daglig verksamhet (LSS) ställde om den 16 april 2020 efter beslut i krisledningsnämnden. Beslutet innebar att daglig verksamhet erbjuds utanför de vanliga lokalerna, till exempel i medborgarens hem. Den 12 oktober 2020 övergick verksamheten till att utgå från de vanliga lokalerna, men med smittskyddsrestriktioner.

Samtliga medborgare har erbjudits anpassade och mer säkra alternativ ur smittspridningssynpunkt. Ingen har blivit utan stöd – däremot har stödet skett i annan omfattning. En del brukare har tackat nej till annat eller anpassat stöd.

Daglig verksamhet erbjöds från 16 april i anpassad form istället för i lokalerna. Personal från daglig verksamhet har kommit överens med de boende och genomfört aktiviteter med medborgarna i deras hem eller utomhus. Daglig verksamhet öppnade igen men i mindre grupper och i anpassad form den 12 oktober 2021.

Brukare har fått hjälp av utförarna att kontakta myndighet om de har behov av annat stöd under tiden insatserna inte utförts eller anpassats.

Regelbunden avstämning mellan Avux och VOF har ägt rum under hela pandemin. Handläggare har också särskilt kontaktat brukare som tackat nej till anpassad daglig verksamhet för att om möjligt erbjuda annat stöd i någon form. Handläggare på myndighet LSS och SoL under 65 har följt upp brukarnas situation.

Bakgrund

Kommunen har rapporteringsskyldighet enligt 28 f – g §§ LSS att till inspektionen för vård- och omsorg, IVO, och till kommunens revisorer lämna uppgifter om alla gynnande beslut enligt 9 § LSS som inte verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Skyldigheten gäller även för gynnande beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. För varje beslut anges tidpunkt för beslutet och vilken typ av insats beslutet gäller samt uppge skälen till dröjsmålet. Rapporteringen ska ske på individnivå.

Se bifogad sammanställning.

2020-02-26

Omsorgsdirektör
Petra Oxonius

Sammanställning av rapporterade gynnande beslut enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som inte verkställts inom 3 månader. Samt gynnande beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts.

Gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader				
INSATS OCH LAGRUM SOM BESLUTET GÄLLER	BESLUTS-DATUM	TID SOM FÖRFLUTIT FRÅN BESLUTSDAG	Kön	ÖVRIGA KOMMENTARER
Kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	2021-06-24	7 MÅNADER	K	Den enskilde har avbokat inbokade möten med tänkt kontaktperson. Vårdnadshavare har tackat nej till insatsen enligt ansvarig för utförandet men handläggare har ej kunnat nå vårdnadshavare för att få det bekräftat.
Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	2021-06-24	7 MÅNADER	K	Den enskilde har avbokat inbokade möten med tänkt ledsagare. Vårdnadshavaren har tackat nej till insatsen enligt ansvarig för utförandet men handläggare har ej kunnat nå vårdnadshavare för att få det bekräftat.
Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS	2021-05-17	8 MÅNADER	K	Den enskilde har tackat nej till erbjudande om boende med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS Tackat nej till erbjudanden 2021-08-09 2021-10-27 Den enskilde vill stå kvar i kö och få en lägenhet i bättre områden.
Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS	2021-07-22	6 MÅNADER	K	Den enskilde önskar sin bror som fyller 18 år i december som ledsagare. Har tackat nej till annan ledsagare. Fortsatt önskan om den enskildes bror ska vara ledsagare. rekrytering pågår.
Kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	2021-07-14	6 MÅNADER	K	Den enskilde mår psykiskt dåligt och har inte orkat ha möten med utförare.
Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS	2021-06-21	7 MÅNADER	M	Den enskilde har tilldelats boende och förbereder inför inflytt vid årsskiftet. ----- Tilldelad bostad renoveras. Har stöd i sitt hem i nuläget i väntan på att renovering ska bli klar.
Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS	2021-05-10	8 MÅNADER	M	Den enskilde har tackat nej till erbjudande om boende med särskild service för vuxna. Tackat nej till erbjudanden: 2021-08-09 2021-10-29 Den enskilde har tackat nej ett erbjudande om LSS-boende, vill stå i kö till ett specifikt boende.
Avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS	2020-12-21	13 MÅNADER	M	2021-10-21 har kontakt upprättats, beslut är vid rapporteringen ej verkställt. Utförare har försökt få till möte med enskilde och vårdnadshavare, men

				vårdnadshavare har ofta avbokat på grund av sjukdom med mera
Persolig assistans enligt 9 § 2 LSS	2021-04-19	9 MÅNADER	M	Den enskilde har överklagat beslut om personlig assistans och vill inte ta emot insatsen under tiden. Den enskilde har valt att använda hemtjänst som han har beviljat istället.
Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS	2021-02-25	11 MÅNADER	K	Den enskilde har tackat nej till erbjudanden om boendeplats då enskildes anhörig önskar att hen får hamna på samma boende som sin bror. Den enskilde har fortsatt personlig assistans beviljad.
Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS	2020-09-02	16 MÅNADER	K	Den enskilde har fått beslut av förvaltningsrätt rörande insatsen personlig assistans, avslag på överklagandet, den enskilde avser eventuellt att överklaga domen och vill ha kvar insats enligt SoL tills dess. Den enskilde ska höra av sig till berörd handläggare avseende avslut av personlig assistans.
Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS	2019-12-11	25 månader	K	Den enskilde önskar enskild placering. Den enskilde har erbjudits plats på gruppverksamhet, enskild placering, studiebesök ska göras 2022-01-25
Avbrott i verkställighet				
INSATS OCH LAGRUM SOM BESLUTET GÄLLER	DATUM FÖR AVBROTET	TID SOM FÖRFLUTIT FRÅN DATUM FÖR AVBROT	Kön	ÖVRIGA KOMMENTARER
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	M	Den enskilde har erbjudits att återgå till sin ordinarie verksamhet men tackat nej på grund av att den enskilde vill arbeta med teknik och inte på Second hand butik. Arbetskonsulenter arbetar aktivt för att hitta en verksamhet där den enskilde kan arbeta med teknik enligt önskemål. Den enskilde deltar inte i verksamhet i dagsläget. Den enskilde önskar enskild placering, arbetskonsulter försöker hitta passande verksamhet.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-17	21 MÅNADER	K	Den enskilde har under hösten 2021 gått tre dagar per vecka på daglig verksamhet, men har nu valt avstå helt från daglig verksamhet pga Covid-19. Har ett beslut om fem dagar per vecka.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-10-13	15 MÅNADER	K	Den enskilde tackar fortsatt nej till att komma tillbaka till daglig verksamhet pga hälsoskäl.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-03-01	22 MÅNADER	K	Den enskilde är beviljad tre dagar per vecka, men har inte återgått till daglig verksamhet på grund av rädsla för Covid-19.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-10-07	15 MÅNADER	M	Den enskilde har tackat nej till återgång till daglig verksamhet pga av rädsla för smitta pga infektionskänslighet. Vill återgå när det lugnar sig mer.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-11-03	14 MÅNADER	K	Den enskilde planerades återgå till full tid i september 2021. Den enskilde har inte återgått till full tid. ----- Den enskilde är inte i gång ännu. Hen har dock blivit erbjuden en plats men tackat nej med önskemål om en enskild plats. Arbetskonsulent jobbar på det.

Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	M	Den enskilde har varit på kartlägningsbesök för att se över möjligheter till enskild placering. ----- Den enskilde ska påbörja enskild placering inom kort.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-03-20	22 MÅNADER	K	Den enskilde belv erbjuden daglig verksamhet flertal gånger men tackade nej. Deltog vid några tillfällen under augusti 2021 men uteblev sedan. Den enskildes mor meddelade att hon inte får iväg henne till daglig verksamhet.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	K	Den enskilde har inte återgått till daglig verksamhet pga psykisk ohälsa.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	K	Den enskilde är fortsatt inte på daglig verksamhet pga av försämrad hälsa.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	M	Den enskilde gick innan juni en gång i veckan, anpassat. Den enskilde har fortsatt erbjudits sin ordinarie tid på daglig verksamhet men har inte velat gå dit sedan i juni.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-12-01	13 MÅNADER	K	Den enskilde har fortsatt inte varit på daglig verksamhet. Den enskilde har haft kontakt med personal från verksamheten i syfte att motivera den enskilde tillbaka till daglig verksamhet.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	K	Den enskilde tackar fortsatt nej till återgång till daglig verksamhet.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	K	Den enskilde arbetar två dagar per vecka, men kommer inom kort att utöka sin tid.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	K	Den enskilde är fortsatt hemma från daglig verksamhet pga av pandemin. Det finns planering att den enskilde ska återgå till verksamheten när smittspridningen är mindre.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-03-15	22 MÅNADER	M	Tackat nej till återgång till daglig verksamhet då många i familjen tillhör riskgrupp. Den enskilde har erbjudits andra insatser men tackat nej.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-10-12	15 MÅNADER	M	Den enskilde har påbörjat inskolning på daglig verksamhet, tre dagar per vecka. Den enskilde är fortsatt tre dagar per vecka på daglig verksamhet, oklart i vilken utsträckning han kommer gå framöver.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	K	Den enskildes familj tackat fortsatt nej till återgång till daglig verksamhet pga Covid-19.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	M	Den enskilde har erbjudits sin fulla tid på daglig verksamhet men anhöriga har sagt nej och den enskilde går bara två dagar per vecka så länge en pandemi pågår
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	M	Den enskilde är sjukskriven sedan juni 2021 och är ej närvarande på daglig verksamhet.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-06-01	19 MÅNADER	K	Den enskilde har erbjudits att komma tillbaka till daglig verksamhet men tackat fortsatt nej pga av Covid-19. Planering att återgå finns.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-04-16	21 MÅNADER	K	Den enskilde arbetar fortsatt anpassad tid. Uppföljning ska ske inom kort.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-10-12	15 MÅNADER	K	Den enskilde har blivit erbjuden återgång till daglig verksamhet med ordinarie tider men tackar fortsatt nej till att komma till daglig verksamhet i dagsläget.
Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-08-17	17 MÅNADER	M	Den enskilde kommer inte till daglig verksamhet. Den enskildes dagliga verksamhet samt god man försöker motivera den enskilde att återgå till daglig verksamhet.

Daglig verksamhet enligt 9 § § 10 LSS	2020-12-29	13 MÅNADER	M	Den enskilde är fortsatt hemma på grund av pandemin. Uppföljning av insats ska göras inom kort.
Kontaktperson enligt 9 § 4 LSS	2021-05-21	8 MÅNADER	M	Den enskildes vårdnadshavare vill fortsätta leta efter lämplig kontaktperson på egen hand. Den enskilde önskar även få nya förslag på kontaktperson från utförare. Den enskilde har önskat ha sin syster som kontaktperson men informerats om att det inte är möjligt genom att system bor i samma hushåll.



2021-02-07

Referens
Camilla Jaksch
Maria Benninger
Sektionsledare

Mottagare
Vård- och omsorgsnämnden

Redovisning av ej verkställda gynnande beslut och avbrott i verkställighet av gynnande beslut enligt 4 kapitlet 1 § socialtjänstlagen, SoL.

Redovisningen gäller **fjärde** kvartalet **2021**

Sammanfattning

Sex beslut gällande särskilt boende, **sex** beslut gällande dagverksamhet, **noll** beslut gällande boendestöd har rapporterats ej verkställda till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Totalt har **12** beslut enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen rapporterats ej verkställda till IVO fjärde kvartalet 2021.

Bakgrund

Kommunen har rapporteringsskyldighet enligt 16 kapitlet 6 f § SoL att till inspektionen för vård- och omsorg, IVO, och till kommunens revisorer lämna uppgifter om alla gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som inte verkställts inom tre månader från dagen för beslutet. Skyldigheten gäller även för gynnande beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. För varje beslut anges tidpunkt för beslutet och vilken typ av insats beslutet gäller samt uppger skälen till dröjsmålet. Rapporteringen ska ske på individnivå.

Se bifogad sammanställning.

Omsorgsdirektör
Petra Oxonius



2022-02-07

Sammanställning av rapporterade gynnande beslut enligt Socialtjänstlagen SoL, som inte verkställts inom 3 månader. Samt gynnande beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts.**RAPPORTEN AVSER KVARTAL 4 år 2021**

Gynnande beslut som inte verkställts inom 3 månader				
INSATS OCH LAGRUM SOM BESLUTET GÄLLER	BESLUTS-DATUM	TID SOM FÖRFLUTIT FRÅN BESLUTSDAG	Kön	ÖVRIGA KOMMENTARER

Permanentboende, Särskilt boende

Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2021-04-14	9 månader	K	Den enskilde har tackar nej till erbjudande: 2021-04-26 2021-05-28 2021-07-21 2021-07-26 2021-09-09 2021-11-02
Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2021-04-21	9 månader	M	Den enskilde har tackar nej till erbjudande: 2021-05-19 2021-06-23 2021-10-05 2021-10-13
Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2021-07-06	6 månader	M	Den enskilde har tackar nej till erbjudande: 2021-10-25 2021-07-15
Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2021-07-15	6 månader	M	Den enskilde har tackar nej till erbjudande: 2021-10-25 2021-07-15
Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2021-10-01	3 månader	K	Den enskilde har tackar nej till erbjudande: 2021-10-10 2021-10-19
Permanent boende, Särskilt boende. Kapitel 4 §1 SoL	2021-10-04	3 månader	M	Den enskilde har inte fått erbjudande, ej funnits plats.



2022-02-07

Dagverksamhet

Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2020-10-16	15 månader	M	Dagverksamheten stängd 2020-03-20 pga Covid. Öppnade 2020-09-21 med begränsade platser utifrån Covid anpassning. Brukare har inte fått någon plats. Har erbjudits promenadstöd /social samvaro i väntan på plats. 2021-09-30 Erbjuden plats och inväntar hjälpmedel för att kunna börja på dagverksamhet. 2021-01-24 Har plats och inväntar hjälpmedel för att kunna börja på dagverksamhet.
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2021-09-03	4 månader	K	Dagverksamheten stängd 2020-03-20 pga Covid. Öppnade 2020-09-21 med begränsade platser utifrån Covid anpassning. Dagverksamhet har efter dagverksamheten öppnat fullt ut i september, i första hand erbjudits brukare som inte fått alla dagar verkställda samt brukare som stått längst och väntat på plats pga Covidsituationen. Matchning av platser, dagar och introduktion på tilldelad dagverksamhet pågår förfullt.
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2021-09-06	4 månader	K	Dagverksamheten stängd 2020-03-20 pga Covid. Öppnade 2020-09-21 med begränsade platser utifrån Covid anpassning. Dagverksamhet har efter dagverksamheten öppnat fullt ut i september, i första hand erbjudits brukare som inte fått alla dagar verkställda samt brukare som stått längst och väntat på plats pga Covidsituationen. Matchning av platser, dagar och introduktion på tilldelad dagverksamhet pågår förfullt.
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2021-09-08	4 månader	M	Dagverksamheten stängd 2020-03-20 pga Covid. Öppnade 2020-09-21 med begränsade platser utifrån Covid anpassning. Dagverksamhet har efter dagverksamheten öppnat fullt ut i september, i första hand erbjudits brukare som inte fått alla dagar verkställda samt brukare som stått längst och väntat på plats pga Covidsituationen. Matchning av platser, dagar och introduktion på tilldelad dagverksamhet pågår förfullt.
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2021-09-14	4 månader	K	Dagverksamheten stängd 2020-03-20 pga Covid. Öppnade 2020-09-21 med begränsade platser utifrån Covid anpassning. Dagverksamhet har efter dagverksamheten öppnat fullt ut i september, i första hand erbjudits brukare som inte fått alla dagar verkställda samt brukare som stått längst och väntat på plats pga Covidsituationen. Matchning av platser, dagar och introduktion på tilldelad dagverksamhet pågår förfullt.
Dagverksamhet. Kapitel 4 §1 SoL	2021-09-21	4 månader	K	Dagverksamheten stängd 2020-03-20 pga Covid. Öppnade 2020-09-21 med begränsade platser utifrån Covid anpassning. Dagverksamhet har efter



				dagverksamheten öppnat fullt ut i september, i första hand erbjudits brukare som inte fått alla dagar verkställda samt brukare som stått längst och väntat på plats pga Covidsituationen. Matchning av platser, dagar och introduktion på tilldelad dagverksamhet pågår förfullt.
--	--	--	--	---

Boendestöd

Boendestöd enligt Kapitel 4 §1 SoL: Inga ej verkställda boendestöd är inrapporterade.



Referens

Nikola Matejic

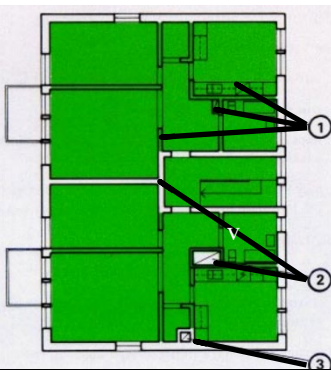
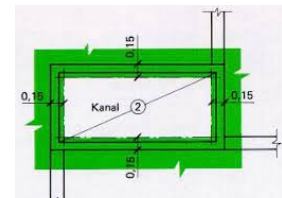
Beställning fastighetsinvestering

Beställande nämnd	Vård- och omsorgsnämnden
Projektets namn	LSS Gruppbostad B
Projektnummer	6101
Handläggare namn	
tele	
e-post	
Projektbeställare namn	Nikola Matejic
tele	Enhetschef lokalförsörjning och vaktmästeri
e-post	072-454 13 36
	Nikola.matejic@botkyrka.se
Kontaktperson verksamhet namn	Ramona Grapenhielm
tele	Omsorgschef Särskilt boende
e-post	070-886 16 23
	Ramona.grapenhielm@botkyrka.se
Facklig representant namn	
tele	
e-post	
Budget (tkr)	28 800
Prel. Inflyttningsdatum (år, mån, dag)	2024-06 enligt investeringsunderlag VON 1a
KF-beslut dnr (beslut bifogas som bilaga)	KS/2016:257 (mål och budget 2017), KS/2017:91 (mål och budget 2018)
Typ av verksamhet	LSS Gruppbostad
Omfattning (antal elever, personal, lägenheter & liknande)	6st lägenheter + personalutrymme
Tillkommande yta (BRA)**	Totalyta för LSS Gruppbostad ca 550kvm. Tillkommande eller befintlig yta beror på om det uppkomna förslaget (gamla Uttran skola) som utreds är möjligt eller inte
Befintlig yta (BRA)**	
Yta mark *	
Fastbeteckning *	
Adress *	

* Fylls i om information finns (viktigast är fastighetsbeteckning)

** Minst en av dessa är obligatorisk vid ny- eller ombyggnation. Bruksarean (BRA) är alla våningsplans area och begränsas av de omslutande byggnadsdelarnas insida. Bruksarean inräknas ① bland annat inredningsenheter som köksskåp, garderobsskåp och mindre kanaler. I arean ingår även uppvärmningsanordningar som värmepanna, radiatorer (värmeelement), kakelugnar, öppna spisar och kaminer. Även rumsskiljande väggar inom en utnyttjande enhet (lägenhet eller trapphus) intill en tjocklek av 0,3 m ingår i BRA.

I bruksarean inräknas inte ② + ③ de delar av väggar och andra vertikala byggnadsdelar som pelare, skorsten, kanal eller liknande som överstiger måttet 0,3 m. Inte heller lägenhetsskiljande väggar eller väggar mot trapphus.



Beskrivning/bakgrund

En gruppbostad enligt LSS är en insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det innebär en bostad anpassad för personer med fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar. I enlighet med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, har kommunen ett grundläggande ansvar för att människor med funktionsnedsättning ska få bra bostäder.

Nyttomål

Kommunen ska inrätta bostäder med särskild service med mål att ge personen möjlighet att bo i ett fullvärdigt hem utan institutionsprägel, för permanent bruk. En bostad enligt LSS ska innehålla allt som Boverket föreskriver för fullvärdiga bostäder. Boendet erbjuder personal som ger stöd och service dygnet runt.

Konsekvensanalys

Bristen på antalet platser i egen regi har en direkt påverkan på vård- och omsorgsnämndens ekonomi. Kostnaden för en extern placering överstiger kostnaden för en intern placering. Brister på egna platser och svårigheter med att hitta externa platser medför även särskilda avgifter som belastar nämndens ekonomi så som vite för att inte ha erbjudit boendeplats inom rimlig tid.

Specifika förutsättningar för projektet

I investeringsunderlaget framgick att boendet skulle avse nybyggnation, men efter dialog med teknik- och fastighetsförvaltningen har en lösning med ombyggnation av en av kommunens befintliga fastigheter påbörjat utredas som ett tänkbart alternativ. Den preliminära placeringen för boendet är därför gamla Uttran skolan där möjligheterna för ett LSS gruppbostad utreds.

Material att bilägga till beställningen

1. Lokalprogram/funktionsprogram (*dnr: VON/2020:00235-3*)
2. Investeringsunderlag i Mål och budget 2023 med flerårsplan 2023-2025



11

Anmälan av delegationsbeslut (von/2022:00001)

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av delegationsbesluten.

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden har överlåtit sin beslutanderätt till ordförande och tjänstemän enligt vård- och omsorgsnämndens delegationsordning. Beslut som fattas med stöd av delegering ska anmälas till vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsdirektör

D2, Attesträtt, enhetschef, von/2022:00009 4

D2, Attesträtt, enhetschef, von/2022:00009:5

D2, Attesträtt, enhetschef, von/2022:00009 :6

Myndighe

Delegationsbeslut fattade av handläggare för LSS, SFB och SoL, 2022-01-01-2022-01-31

**Referens**

Kerstin Frimodig
kerstin.frimodig@botkyrka.se

Mottagare

Vård- och omsorgsnämnden

Anmälan av delegationsbeslut

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden noterar till protokollet att de tagit del av delegationsbesluten.

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden har överlåtit sin beslutanderätt till ordförande och tjänstemän enligt vård- och omsorgsnämndens delegationsordning. Beslut som fattas med stöd av delegering ska anmälas till vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsdirektör

D2, Attesträtt, enhetschef, von/2022:00009 4

D2, Attesträtt, enhetschef, von/2022:00009:5

D2, Attesträtt, enhetschef, von/2022:00009 :6

Myndighe

Delegationsbeslut fattade av handläggare för LSS, SFB och SoL, 2022-01-01-2022-01-31