

Kallelse

Omvårdnadsnämnden kallas till sammanträde 2022-02-24

Plats och tid

Välfärd Gävle, Magasinsplan 19, Gevaliasalen 08:30-12:00

Ordförande

Elisabeth Carlson Cederholm (C)

Förhinder anmäls till

Lena Wigg, tfn 026-17 88 13, e-post: lena.wigg@gavle.se

Gruppmöte, Lokal finns tillgänglig den 24 februari, kl 07.30 - 08.30, Magasinsplan 19:

(S), (MP), (C), (L): Gevaliasalen

(M), (KD): Espresso, plan 2

(V), Ebony, plan 1

(SD): Rum 137, plan 1

Kallelse

1. Mötets öppnande

2. Upprop

3. Val av justerare

4. Fastställande av föredragningslista

5. Anmälan av beredning

Ärendebeskrivning

Beredning har ägt rum 2022-02-10, kl 08.15 - 09.35.

Närvarande var ordförande Elisabeth Carlson Cederholm (C), 1:e vice ordförande Sara Astner (S) och 2:e vice ordförande Ullrica Hurtig Hedin (KD).

6. Beslutsärende Besluts- och delegationsförteckning för Omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

- Att anta den reviderade besluts- och delegationsförteckning som är specifik för Omvårdnadsnämnden, samt
- Att anta den reviderade besluts- och delegationsförteckning som är gemensam för Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Katarina Stistrup.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Besluts- och delegationsförteckning för Omvårdnadsnämnden
- Besluts- och delegationsförteckning för Omvårdnadsnämnden
- Gulmarkerade ändringar - Besluts- och delegationsförteckning - 2022-02

7. Beslutsärende: Boendeplan för särskilt boende för äldre 2022 – 2026 med utblick mot 2035

21ON399

Förslag till beslut

Kallelse

- Att anta framlagt förslag till boendeplan för särskilt boende för äldre 2022 - 2026 med utblick mot 2035 utifrån nämndens ansvarsområde,
- Att hemställa att kommunstyrelsen beslutar vidta erforderliga plan- och genomförandeåtgärder så att beståndet av särskilda boenden kan anpassas enligt den fastställda boendeplanen, samt
- Att hemställa att nödvändiga investerings- och driftskostnader förknippade med anpassningen av beståndet av särskilda boenden enligt den fastställda boendeplanen beaktas i kommunens års- och långtidsbudgetar.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Katarina Stistrup.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Boendeplan för särskilt boende för äldre - 2022-2026 med utblick mot 2035
- Boendeplan för särskilt boende för äldre - 2022-2026 med utblick mot 2035

8. Beslutsärende: Yttrande angående granskning av avtalshantering

22ON18

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet som sitt eget.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Katarina Stistrup.

Handlingar i ärendet

- Yttrande - Granskning av avtalshantering
- Mejl angående begäran om yttrande angående granskning av avtalshantering
- Missiv - Begäran om yttrande angående granskning av avtalshantering
- Slutrapport - Granskning av avtalshantering

9. Remissyttrande - Handlingsplan Äldrevänlig kommun

21ON429

Förslag till beslut

- Att anta yttrandet som sitt eget.

Ärendebeskrivning

Kallelse

Beslutsärende. Föredragande: Katarina Stistrup.

Handlingar i ärendet

- Remissyttrande - Handlingsplan Äldrevänlig kommun, dnr 19KS245.
- Remiss - Äldrevänlig kommun, 19KS245.
- Bilaga, Handlingsplan för Gävle - en äldrevänlig kommun.

10. Beslutsärende: Ekonomisk månadsrapport, december 2021

21ON97

Förslag till beslut

- Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden avseende december 2021.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Anders Paulsen.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, december 2021
- Bilaga 1, Ekonomisk månadsrapport för Omvårdnadsnämnden, december 2021

11. Beslutsärende: Kurser/konferenser

Handlingar i ärendet

- Konferens - Digital delaktighet - en demokratifråga

12. Beslutsärende: Delegationsbeslut

Förslag till beslut

- Att godkänna redovisningen av delegationsbeslut.

Handlingar i ärendet

- Delegationsbeslut - sammanställning
- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess

Kallelse

- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess
- Borttagen på grund av sekretess

13. Beslutsärende: Årsredovisning år 2021 för Omvårdnadsnämnden.

21ON360

Förslag till beslut

- Att godkänna årsredovisningen avseende 2021 för Omvårdnadsnämnden,
- Att godkänna den sammanfattande årsredovisningen avseende 2021 för Omvårdnadsnämnden innefattande en målanalys inom respektive perspektiv,
- Att föreslå kommunfullmäktige besluta att kvarvarande pengar till investeringar, 4 985 tkr, föras över till 2022, samt
- Att till kommunstyrelsen överlämna de två rapporterna.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Martin Wagner, Anders Paulsen.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Årsredovisning år 2021 för Omvårdnadsnämnden
- Årsredovisning år 2021 för Omvårdnadsnämnden
- Sammanfattning till årsredovisning år 2021 för Omvårdnadsnämnden

14. Beslutsärende: Internkontrollrapport år 2021 för Omvårdnadsnämnden.

21ON402

Förslag till beslut

- Att godkänna internkontrollrapport för 2021 avseende genomförda kontroller och statusuppdatering enligt fastställd internkontrollplan för år 2021, samt
- Att överlämna rapporten till kommunstyrelsen och kommunrevisionen.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Martin Wagner.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Internkontrollrapport 2021 för Omvårdnadsnämnden.

Kallelse

- Internkontrollrapport år 2021 för Omvårdnadsnämnden

15. Beslutsärende: Internkontrollplan år 2022 för Omvårdnadsnämnden

21ON394

Förslag till beslut

- Att Omvårdnadsnämnden beslutar anta Sektor Velfärds förslag till internkontrollplan för år 2022.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Martin Wagner.

Handlingar i ärendet

- Missiv, Internkontrollplan år 2022 för Omvårdnadsnämnden
- Internkontrollplan år 2022 för Omvårdnadsnämnden
- Riskmatris inklusive riskanalys för Omvårdnadsnämnden år 2022

16. Informationsärende: Aktuellt från Sektor Velfärd

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Magnus Höijer.

17. Beslutsärende: Diamantpriset

22ON37

Förslag till beslut

- Att Diamantpriset avvecklas i nuvarande form,
- Att Sektorchef får i uppdrag att ta fram ett förslag till nytt pris, samt
- Att Omvårdnadsnämnden utser två representanter som tillsammans med representanter från övriga välfärdsnämnder bildar en politisk referensgrupp (max sex deltagare totalt) i arbetet med att ta fram ett förslag till nytt pris.

Ärendebeskrivning

Beslutsärende. Föredragande: Magnus Höijer.

Handlingar i ärendet

- Diamantpriset

Kallelse

18. Informationsärende: Arbetet kring yngre personer (under 65 år) som drabbats av Alzheimers

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Föredragande: Kia Fernlund, Lena Hörnell.

19. Informationsärende: Kvalitetsgranskning på vård- och omsorgsboende, Forellplan

22ON40

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Förinspelad presentation.

Föredragande/tillgänglig för frågor: Helena B Jansson, Carin Thunman, Johanna Storing, Maria Thuman, Sara Bydén, Charlotte Larsson, Michelle Grundström, Ulla Danielsson, Sofi Milde och Anders Risén.

Handlingar i ärendet

- Kvalitetsgranskning på vård- och omsorgsboende, Forellplan

20. Informationsärende: Uppföljning efter kvalitetsgranskning på vård- och omsorgsboendet Gävle Strand

20ON318

Ärendebeskrivning

Informationsärende. Förinspelad presentation.

Föredragande/tillgänglig för frågor: Helena B Jansson, Ulrika Carlsson, Carin Thunman, Maria Thuman, Carina Andersson och Maria Pettersson.

Handlingar i ärendet

- Uppföljning efter kvalitetsgranskning på vård- och omsorgsboendet Gävle Strand
- Rapport för kvalitetsgranskning av vård- och omsorgsboendet Gävle Strand

21. Informationsärende: Rapport om ej verkställda beslut enligt SoL, kvartal 4 år 2021

21ON152

Kallelse

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

Handlingar i ärendet

- Rapport om ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen, kvartal 4, 2021

22. Informationsärende: Rapport från kontaktpolitikerbesök och deltagande i kurser/konferenser

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

23. Informationsärende: Anmälningssärenden

Ärendebeskrivning

Informationsärende.

Handlingar i ärendet

- §11 KF Avsägelse samt fyllnadsval 2021
- Avgifter inom omvårdnadsnämndens verksamheter 2022
- Minimibelopp 2022
- Granskning av Sektor Velfärds dataskyddsarbete 2021
- Presentation - Granskning av Sektor Velfärds dataskyddsarbete 2021

Beslutsärende Besluts- och delegationsförteckning för Omvårdnadsnämnden

6



Missiv

2022-02-14

Diarienummer: 20ON364

Handläggare:

Per Åsbrink
026-17 80 00
per.asbrink@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Revidering av besluts- och delegationsförteckning

Förslag till beslut

Att anta den reviderade besluts- och delegationsförteckning som är specifik för Omvårdnadsnämnden, samt

Att anta den reviderade besluts- och delegationsförteckning som är gemensam för Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

Ärendebeskrivning

Inför varje år, eller vid behov, ska Omvårdnadsnämnden anta besluts- och delegationsförteckning för nämndens verksamheter. Den befintliga förteckningen har skickats ut på remiss till samtliga verksamheter för att upptäcka eventuella behov av revideringar. De förslag som presenteras är förankrade hos ansvariga kontorschefer i sektorsledningen.

Besluts- och delegationsförteckningen är uppdelad i en gemensam del för de tre nämnderna samt nämndspecifika delar som antas av ansvarig nämnd. Socialjouren har en egen del som antas av socialnämnden och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

Beslut om kontaktperson

Inom sektor Vårld pågår det ett utredningsarbete kring huruvida Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden är behörig

nämnd i beslut om bistånd om kontaktperson enligt 4 kap. 1 § och 3 kap. 6 § SoL. I väntan på denna utredning är förslaget att delegera beslutsrätten till enhetschef inom kontor Myndighet.

Inköp, upphandling och avtalsförvaltning

Det pågår även ett arbete med att ta fram förslag till kompletteringar av delegation inom upphandlingsområdet. Detta ligger i linje med kommunstyrelsens delegationsordning gällande inköp, upphandling och avtalsförvaltning och syftar till att tydliggöra vilka roller som får ta beslut kopplade till avtalsförvaltning.

Förslag

Nedan presenteras samtliga förslag på revideringar:

Gemensamt för Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden

NYTT				
	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
2.4	Teckna överenskommelse om ersättning vid skadeståndsanspråk från enskild upp till 25 000 kr		Säkerhets-samordnare	Verkställs genom utanordning via dagbokföringen

FÖRTYDLIGANDE KOMMENTAR				
8.1	Fatta överklagbart beslut att inte lämna ut journaler och handlingar som härrör från verksamhet enligt SoL, LSS, LVU och LVM	2 kap 1 och 2 §§ i Tryckfrihets-förordningen, 6 kap. 3-4 § samt 10 kap 4, 13-14 §§ i Offentlighets- och sekretesslagen	Enhetschef Enhetschef i verkställighet*	*Externa utförare ansvarar för begäran om utlämnande av upprättad handling under pågående tjänsteköp, enligt gällande lagstiftning HSL, SoL, LSS eller likalydande lagstiftning utifrån sitt uppdrag

				*Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag Utelämnande av allmän handling är verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande
13.5	Beslut om bidrag - ur fonder till enskilda upp till 25 % av basbelopp samt - till föreningar med verksamhet i överensstämmelse med fondvillkoren		Ekonomichef	Ersättare: Verksamhetschef Planering analys och utvärdering

FÖRTYDLIGANDE AV ÄRENDETYP				
13.7	Utföra redaktionella ändringar i besluts- och delegationsförteckningen		Sektorchef	Avser endast redaktionella ändringar, ej ändringar i sak

Specifikt för Omvårdnadsnämnden

NYTT				
ON 2.11	Beslut om bistånd med kontaktperson a) upp till 20 timmar/månad	4 kap. 1 § och 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	
	b) utöver 20 timmar/månad	4 kap. 1 § SoL 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Valfärd

Besluts- och delegationsförteckning för Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden

Välfärd Gävle
2022-02-10

Diarienummer:

20ON364

20AFN170

20SON415

Fastställt:

Omvårdnadsnämnden 2020-12-17 § 183, 2021-03-25 § 38, 2021-06-17 § 92

Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden 2020-12-16 § 162, 2021-05-26 §69,
2021-06-16 § 83, 2021-08-30 § 97

Innehållsförteckning

Inledning	4
Allmänt om delegering	4
Vid delegats frånvaro	4
Anmälan av delegationsbeslut	4
Överklagande	5
Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	5
Förkortningar	5
Delegat i gemensamma delen	6
Delegat inom Omvårdnadsnämnden	6
Delegat inom Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	6
Delegat inom Socialnämnden	7
Gemensamt för Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden	8
1. Ordförandebeslut	8
2. Avtal	8
3. Handläggning	8
4. Avskrivning av skuld	9
5. Överklagande	9
6. Fullmakt / ombud	10
7. Yttranden	10
8. Allmänna handlingar och sekretess	11
9. Externa köp	11
10. Personuppgifter	11
11. Smittskyddslag	12
12. Lex Sarah	12
13. Övrigt	13
Specifikt för Omvårdnadsnämnden	14
1. Avgiftshandläggning	14
2. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL	14
3. Hälso- och sjukvård	15
4. Allmänna handlingar och sekretess	15
5. Övrigt	16
Specifikt för Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	17
1. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS	17
2. Vuxenutbildning	18
3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL	19
4. Dödsbo	21
5. Övrigt	21
6. Hälso- och sjukvård	21
Specifikt för Socialnämnden	23
1. Yttranden	23
2. Övrigt	23
3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL	24

4.	Insatser för barn och ungdom	Sid 15(317) 26
5.	Insatser för vuxna	28
6.	Lag om särskilda bestämmelser för vård av unga, LVU	28
7.	Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.....	31
8.	Familjerättsärende	32
9.	Alkohollag	33
10.	Lotterilag	35
11.	Lag om handel med vissa receptfria läkemedel	35
12.	Lag om tobak och liknande produkter	35
Specifikt för Socialjouren Delegerat av Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden		37
1.	Socialtjänstlagen, SoL.....	37
2.	Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU	37
3.	Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM	38

Inledning

Denna besluts- och delegationsförteckning avser Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden. Besluts- och delegationsförteckning inleds med en gemensam del för de tre nämnderna. I den delen finns delegering gällande exempelvis ordförandebeslut, handläggning, avtal, avgifter, fullmakter, yttranden, allmänna handlingar, sekretess och personuppgifter. De nämndspecifika delarna behandlar frågor som endast rör en nämnd. Närliggande sakfrågor kan dock finnas under både den gemensamma delen och även under den specifika delen.

Syftet är att där samla beslut som är gemensamma inom de tre nämnderna och att på så vis få samma nivå på delegat. Delegationsförteckning är indelad efter lagrum samt ärendesområde.

Allmänt om delegering

I kommunallagen stadgas att kommunal nämnd ska bedriva verksamheten i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Fullmäktige ska utfärda reglementen med närmare föreskrifter om nämndernas verksamhet och arbetsformer. Enligt kommunallagen får nämnd uppdra åt utskott, ledamot eller ersättare eller anställd hos kommunen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Dock får beslutanderätten inte delegeras i:

- ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
- framställning eller yttrande till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet har överklagats,
- ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
- medborgarförslag som väckts genom e-petition och som lämnats över till nämnden, samt
- ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

Ärenden av principiell eller avvikande beskaffenhet eller av avsevärd ekonomisk betydelse ska avgöras av nämnden. Delegat kan, efter beslut av berörd chef, hänskjuta beslut av särskild svårighetsgrad till högre nivå i beslutsorganisationen. Även beslutsfattarens överordnad har beslutanderätt i respektive ärendegrupp när ordinarie befattningshavare inte tjänstgör, exempelvis beslut om vård- och omsorgsboende kan beslutas av kontorschef för myndighet. Den som mottagit delegationsuppdrag (delegat) får enligt gällande delegationsregler inte delegera uppdraget vidare till annan. Vidaredelegering är med andra ord inte tillåten, med undantag för vad som sägs i 6 kap. 36–37 §§ kommunallagen.

Vid delegats frånvaro

Vid delegats frånvaro träder i första hand en annan utsedd handläggare på samma eller högre nivå in i delegatens ställe och kan fatta de beslut denne skulle ha fattat.

Anmälan av delegationsbeslut

Enligt kommunallagen ska varje nämnd besluta om i vilken utsträckning beslut som fattas på delegation ska anmälas till nämnden. Samtliga brådskande beslut som beslutas av nämndsordföranden, så kallade ordförandebeslut, (enligt 6 kap. 39 § kommunallagen) anmäls till nästkommande nämndsammanträde.

När beslutet har anmälts på nämndens sammanträde noteras anmälan i sammanträdesprotokollet. Beslut som kan överklagas enligt laglighetsprövning går att överklaga fram till att tre veckor har gått från datumet då protokollet anslogs. Varje delegat ansvarar för att anmälan görs när det gäller beslut som kan överklagas via laglighetsprövning.

Överklagande

Förvaltningsbesvär

Ett beslut får överklagas av den som beslutet går emot om beslutet kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt. Beslutet kan bara överklagas av den det angår. I skollagen anges alla beslut som kan överklagas till förvaltningsrätten eller Skolväsendets överklagandenämnd enligt förvaltningsbesvär om inte direkt förbud för detta regleras.

Laglighetsprövning

Delegationsbeslut som inte kan överklagas med förvaltningsbesvär kan överklagas genom laglighetsprövning om inte direkt förbud för detta regleras. Laglighetsprövning innebär att domstolen endast gör en prövning av beslutets laglighet och inte lämplighet. Endast den som är medlem i kommunen kan överklaga.

Socialnämndens individ- och myndighetsutskott

Socialnämnden har inrättat ett individ- och myndighetsutskott under mandatperioden 2019 – 2022 som beslutar i ärenden enligt:

- socialtjänstlagen (SoL),
- lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU),
- lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM),
- föräldrabalken (FB),
- alkohollagen, samt
- tobakslagen.

Förkortningar

AFN	Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden
CSN	Centrala studiestödsnämnden
FMN	Föräldraföreningen mot narkotika
GDPR	General data protection regulation (Dataskyddsförordningen)
HSL	Hälso- och sjukvårdslag
HVB	Hem för vård och boende
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
LOU	Lag om offentlig upphandling
LOV	Lag om valfrihetssystem
LVM	Lag om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga
ON	Omvårdnadsnämnden
RIA	Socialt arbete på kristen grund (organisation Hela Människan)
SFB	Socialförsäkringsbalk
SFS	Socialtjänstförordning
SJ	Socialjour
SKR	Sveriges kommuner och regioner
SoL	Socialtjänstlag
SoL/psyk	Socialtjänstlag/målgruppen, personer med psykisk funktionsnedsättning
SON	Socialnämnden
Äo	Äldreomsorg

Delegat i gemensamma delen

Ordförande i Arbetsmarknadsmarknads- och funktionsrättsnämnden
 Ordförande i Omvårdnadsnämnden
 Ordförande i Socialnämnden
 Sektorchef
 Biträdande sektorchef
 Enhetschef
 1:e socialsekreterare
 1:e handläggare
 Enhetschef i verkställighet
 Socialsekreterare (barnsekreterare likställs med socialsekreterare)
 Försörjningsstödshandläggare
 Familjerättssekreterare
 Biståndshandläggare SoL
 Biståndshandläggare SoL/psyk
 Biståndshandläggare SoL/LSS
 Ekonomichef
 Enhetschef handläggning
 Verksamhetschef handläggning
 Individ- och myndighetsutskott
 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
 Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)
 Delegat i ursprungsbeslut
 Jurist
 Kontorschef myndighet
 Dataskyddsamordnare
 Socialt ansvarig samordnare
 Enhetschef inom försörjningsstödsenheten
 Delegates överordnade chef
 Särskild utsedd handläggare*
 Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

Delegat inom Omvårdnadsnämnden

Biståndshandläggare SoL
 Biståndshandläggare SoL/psyk
 Biståndshandläggare SoL/LSS
 Avgiftshandläggare
 Enhetschef i handläggning
 Enhetschef i verkställighet
 Särskild utsedd handläggare*
 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
 Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)
 Boendesamordnare
 Verksamhetschef HSL
 Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

Delegat inom Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Biståndshandläggare SoL/psyk
 Biståndshandläggare SoL/LSS
 Administratör LSS
 Avgiftshandläggare
 Socialsekreterare
 1:e socialsekreterare
 Försörjningsstödshandläggare
 1:e handläggare
 Enhetschef myndighet
 Enhetschef uppdragstagarenheten

Enhetschef försörjningsstödsenheten
 Verksamhetschef myndighet
 Enhetschef i verkställighet
 Verksamhetschef administrativt stöd
 Rektor
 Boendesamordnare
 Ordförande i Antagningsråd
 Särskild utsedd handläggare*
 Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

Delegat inom Socialnämnden

Ordförande
 Individ- och myndighetsutskott
 Socialsekreterare (barnsekreterare likställs med socialsekreterare)
 1:e socialsekreterare (1:e barnsekreterare likställs med 1:e socialsekreterare)
 Handläggare
 1:e handläggare
 Familjerättssekreterare
 Familjerättsassistent
 Familjehemssekreterare
 Alkoholhandläggare
 Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd
 Restauranginspektör
 Avgiftshandläggare
 Enhetschef myndighet
 Enhetschef mottagningsenheten
 Enhetschef utredningsenhet uppdragstagare
 Enhetschef familjehemsenheten
 Enhetschef socialjour
 Enhetschef förebyggande enheten
 Enhetschef utredningsenheten Barn
 Enhetschef utredningsenheten Ungdom
 Enhetschef utredningsenhet Vuxna
 Enhetschef Livsmedel och tillstånd
 Enhetschef våld i nära relation
 Särskild utsedd handläggare*
 Särskild utsedd tjänsteman enligt namnförteckning**
 Socialsekreterare socialjour
 Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

* "Särskild utsedd handläggare" utses av verksamhetschef eller annan överordnad chef

** "Särskild utsedd tjänsteman" utses av Socialnämnd

Gemensamt för Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Ordförandebeslut				
1.1	Beslut på nämndens vägnar i ärende som är så brådskande, att nämndens avgörande inte kan avvaktas	6 kap. 39 § kommunal-lagen	Ordförande i Socialnämnden, Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	
2. Avtal				
2.1	Tecknande av sektorsövergripande avtal		Sektorchef	Motsvarar firmatecknare Ersättare: ekonomichef och biträdande sektorchef
2.2	Tecknande av avtal med externa utförare av verksamhet		Biträdande sektorchef	Driftsentreprenads avtal (LOU) ramavtal (LOU) och avtal om att bli extern utförare enligt LOV
2.3	Tecknande samverkansavtal eller förlängning av pågående avtal med kommuner, regioner samt motsvarande		Sektorchef	Kan även gälla kommuner eller motsvarande och myndigheter i utlandet
2.4	Teckna överenskommelse om ersättning vid skadeståndsanspråk från enskild upp till 25 000 kr		Säkerhetssamordnare	Verkställs genom utanordning via dagbokföringen
3. Handläggning				
3.1	Beslut att avskriva eller avvisa ärende		Enhetschef inom handläggning 1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
3.2	Beslut i sakfrågan, vid ansökan, när utredning inte kan genomföras		Enhetschef inom handläggning	
3.3	Anmälan till överförmyndaren när behov av god man, förmyndare eller förvaltare föreligger, samt när sådant behov upphör	Socialtjänst-förordningen 5 kap 3 § LSS 15 § 6 st.	Enhetschef i verkställighet* Socialsekreterare Försörjningsstöds-handläggare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	*Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
3.4	Beslut att avvisa ombud och biträde då skäl föreligger	14 § Förvaltningslagen	Socialsekreterare Försörjningsstöds- handläggare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
3.5	Föreläggande att styrka ombudets behörighet	15 § Förvaltningslagen	Socialsekreterare Försörjningsstöds- handläggare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
4. Avskrivning av skuld				
4.1	Beslut om nedskrivning av eller befrielse från skuld avseende debiterad avgift till enskild	8 kap 1–2 §§ SoL 9 kap 4 § SoL	Ekonomichef	
5. Överklagande				
5.1	Yttrande med anledning av överklagande av delegats beslut		Delegat i ursprungsbeslut Jurist	I första hand delegat i ursprungsbeslut
5.2	Omprövning vid överklagande av beslut	46 § Förvaltningslagen	Delegat i ursprungsbeslut	
5.3	Beslut om avvísning av för sent inkommen överklagan	45 § Förvaltningslagen	Delegat i ursprungsbeslut	Beslutet benämns rättidsprövning
5.6	Prövning vid jävsinvändning	16–18 §§ Förvaltningslagen	Enhetschef inom handläggning	
5.7	Beslut att begära eller att ej begära prövningstillstånd samt beslut att överklaga eller att ej överklaga domstolsbeslut till förvaltningsrätt och kammarrätt		Enhetschef inom handläggning Individ- och myndighetsutskott*	*Individ- och myndighets- utskottet har beslutanderätt i egna fattade beslut
5.8	Beslut att begära prövningstillstånd till Högsta Förvaltningsdomstolen		Kontorschef Individ- och myndighetsutskott*	*Individ- och myndighets- utskottet har beslutanderätt i egna fattade beslut
5.9	Beslut om föreläggande för en enskild att avhjälpa en brist i en framställning	20 § Förvaltningslagen	Delegat i ursprungsbeslut	
5.10	Beslut att avslå begäran om att avgöra ett ärende	12 § Förvaltningslagen	Enhetschef inom handläggning	
5.11	Yttrande vid överklagan om beslut enligt punkt 5.10		Enhetschef inom handläggning	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
5.12	Beslut om begäran om inhibition	28 § Förvaltnings- processlagen	Enhetschef inom handläggning Kontorschef Individ- och myndighetsutskott*	* Individ- och myndighets- utskottet har beslutanderätt i egna fattade beslut
6. Fullmakt / ombud				
6.1	Beslut att företräda nämnden i domstol i ärenden som rör enskild, eller beslut att utse ombud i sådana fall	10 kap 2 § SoL	Enhetschef Jurist	
6.2	Beslut om fullmakt att företräda nämnden i övriga mål och ärenden, eller beslut att utse ombud i sådana fall	10 kap 2 § SoL	Kontorschef Jurist	
6.3	Utfärdande av fullmakt och kvittens av ankommande värdepast		Sektorchef	Ersättare: Biträdande sektorchef
6.4	Utfärdande av rättegångsfullmakt i tvistemål	12 kap. 8 § rättegångsbalk en	Sektorchef	Ersättare: Biträdande sektorchef
7. Yttranden				
7.1	Yttrande till överförmyndare eller tingsrätt angående förordnande av god man eller förvaltare	11 kap 16 § Föräldrabalken	Socialekreterare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS Enhetschef i verkställighet*	*Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag
7.2	Yttranden avseende - sådant som inte är reglerat i besluts- och delegationsförteckningen i övrigt, - direktbesvarande till myndigheter i ärenden ställd till nämnd* - remissvar - övriga elevärenden, samt - myndighetsbeslut och övriga överklaganden.		Kontorschef	*Beslut om att remisser ställd till nämnd ska hanteras av tjänstemannaorga nisationen sker i samråd med ordförande.
7.3	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och övriga tillsynsmyndigheter (exempelvis: Skolinspektionen, Diskrimineringsombudsmannen och Justitiekanslern) som rör individärenden	13 kap 5 § SoL	Ordförande i Socialnämnden, Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	Yttranden till Justitie- ombudsmannen beslutas alltid av nämnd
7.4	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och domstol gällande ej verkställda gynnande beslut	16 kap 6a § SoL	Ordförande i Socialnämnden, Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
8. Allmänna handlingar och sekretess				
8.1	Fatta överklagbart beslut att inte lämna ut journaler och handlingar som härrör från verksamhet enligt SoL, LSS, LVU och LVM	2 kap 1 och 2 §§ i Tryckfrihetsförordningen, 6 kap. 3-4 § samt 10 kap 4, 13-14 §§ i Offentlighets- och sekretesslagen	Enhetschef Enhetschef i verkställighet*	*Externa utförare ansvarar för begäran om utlämnande av upprättad handling under pågående tjänsteköp, enligt gällande lagstiftning HSL, SoL, LSS eller likalydande lagstiftning utifrån sitt uppdrag Utlämnande av allmän handling är verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande
8.2	Fatta överklagbart beslut om att inte lämna ut allmän handling till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild	2 kap. 1 och 15 § Tryckfrihetsförordningen, tillämpliga lagrum i Offentlighets- och sekretesslagen	Sektorchef* Kontorschef	*Gäller handlingar som ej härrör till ett kontor Utlämnande av allmän och offentlig handling är verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande
9. Externa köp				
9.1	Beslut om köp av tjänst i annan kommun eller enskild verksamhet inom ramavtal samt undertecknande av placeringskontrakt		Enhetschef inom handläggning	
9.2	Beslut om köp av tjänst i annan kommun eller enskild verksamhet utom ramavtal samt undertecknande av placeringskontrakt		Verksamhetschef myndighet	
10. Personuppgifter				
10.1	Befogenhet att underteckna personuppgiftsbiträdesavtal för den personuppgiftsansvariges del	Art. 28 GDPR	Biträdande sektorchef	
10.2	Beslut att inte anmäla en personuppgiftsincident till tillsynsmyndigheten när det är osannolikt att personuppgiftsincidenten medför en risk för fysiska personers rättigheter och friheter	Art. 33.1 GDPR	Dataskyddssamordnare	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
10.3	Beslut att helt eller delvis avslå den registrerades begäran eller inte vidta åtgärder med anledning av begäran	Art. 12, Art. 15-22 GDPR	Dataskyddssamordnare	Avser rätten till tillgång (registerutdrag), rätten till rättelse och radering, rätten att bli bortglömd, rätten till begränsning av behandling, rätten till dataportabilitet, rätten att göra invändningar och automatiserat beslutsfattande
10.4	Beslut att förlänga tiden för tillhandahållande av information till den registrerade vid komplicerad begäran, maximalt ytterligare två månader	Art. 12.3 GDPR	Dataskyddssamordnare	
10.5	Beslut att ta ut en avgift vid uppenbart ogrundade och orimliga begäranden från den registrerade	Art. 12.5 a-b GDPR	Dataskyddssamordnare	
11. Smittskyddslag				
11.1	Lämna upplysningar till smittskyddsläkare efter underrättelse från denne	6 kap 11 § Smittskyddslagen	Enhetschef inom handläggning och verkställighet 1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
11.2	Anmäla till smittskyddsläkare om den smittade inte följer de meddelade förhållningsreglerna	6 kap 12 § Smittskyddslagen	Enhetschef inom handläggning och verkställighet 1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
12. Lex Sarah				
12.1	Beslut att anmäla ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till Inspektionen för vård och omsorg	14 kap 7 § SoL 24 f § LSS	Socialt ansvarig samordnare	Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag
12.2	Beslut att avsluta Lex Sarah-utredning	14 kap 6 SoL 24 e § LSS	Socialt ansvarig samordnare	Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
13. Övrigt				
13.1	Beslut om avvikelse från gällande besluts- och delegationsförteckning (t ex för vikarierande och nyanställd socialsekreterare, handläggare, försörjningsstödshandläggare, biståndshandläggare)		Delegatens överordnade chef	Avser endast möjligheten att minska beslutanderätten. Vidaredelegation utöver delegationsförteckningen är ej tillåtet
13.2	Anmälan om bidragsbrott	6 § Bidragsbrottslag	Enhetschef inom försörjningsstöd Enhetschef myndighet	Gäller bara vid utbetalningar till enskild, enligt lag
13.3	Beslut att begära utdrag ur belastningsregistret och/eller misstankeregistret		Enhetschef Socialsekreterare Familjehemssekreterare Familjerättssekreterare Samordnare utredningsenhet uppdragstagare	I de verksamheter där det är lagstyrt
13.4	Under löpande år besluta om förändringar av mottagningsattesteranter och beslutsattesteranter		Sektorchef	
13.5	Beslut om bidrag - ur fonder till enskilda upp till 25 % av basbelopp samt - till föreningar med verksamhet i överensstämmelse med fondvillkoren		Ekonomichef	Ersättare: Verksamhetschef Planering analys och utvärdering
13.6	Anmälan och ändringar i Omsorgsregistret (IVO)	7 kap 1 § SoL 23 § LSS	Särskild utsedd handläggare	
13.7	Utföra redaktionella ändringar i besluts- och delegationsförteckningen		Sektorchef	Avser endast redaktionella ändringar, ej ändringar i sak
13.8	Besluta om att hos Kronofogdemyndigheten ansöka om handräckning eller att hos allmän domstol ansöka om stämning i ärenden om avhysning av hyresgäst		Jurist	

Specifikt för Omvårdnadsnämnden

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Avgiftshandläggning				
ON 1.1	Beslut om avgift inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde	8 kap. 2–9 §§ SoL	Avgiftshandläggare	
ON 1.2	Beslut om individuellt tillägg avseende kostnad för – dubbelt boende – arvode till god man – övriga utgifter	8 kap. 2–9 §§ SoL	Avgiftshandläggare	
2. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL				
ON 2.1	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.2	Beslut om bistånd i form av vård- och omsorgsboende	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.3	Beslut om rätten till medboende	4 kap. 1 c § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.4	Beslut om bistånd i form av trygghetstelefon	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.5	Beslut om bistånd i form av dagverksamhet	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.6	Beslut om bistånd i form av resursplats	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef Myndighet	
ON 2.7	Beslut om bistånd i form av avlösningsvistelse	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.8	Beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	Utföraren sätter in akuta och nödvändiga insatser (även vak) som uppkommer under obekvämt arbetstid, men runt hemsjukvårdspatienter godkänner konsultsjuksköterska under obekvämt arbetstid att akut behov av vak sätts in.
ON 2.9	Beslut om insatser enligt förenklat beslutsfattande utifrån fastställda kriterier	4 kap. 2 a § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
ON 2.10	Beslut om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL vid flytt från annan kommun	2 a kap. 8–9 §§ SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	Beslutet benämns förhandsbesked
ON 2.11	Beslut om bistånd med kontaktperson a) upp till 20 timmar/månad	4 kap. 1 § och 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	
	b) utöver 20 timmar/månad	4 kap. 1 § SoL 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	

3. Hälso- och sjukvård

ON 3.1	Beslut om att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla vissa allvarliga skador i hälso- och sjukvården	3 kap. 5 § Patientsäkerhetslagen 4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig Sjuksköterska Medicinsk ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
ON 3.2	Beslut om rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinsk ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
ON 3.3	Beslut om att utse ansvarig sjuksköterska för läkemedelsförråd och läkemedelsrekvisition inom särskilda boendeformer samt hemsjukvård	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
ON 3.4	Undertecknande av samverkansavtal för läkarmedverkan	16 kap. 1 § HSL	Verksamhetschef HSL	
ON 3.5	Beslut om anmälan av legitimerad personal som kan utgöra fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).	3 kap. 7 § Patientsäkerhetslagen (2010:659)	Biträdande sektorchef	
ON 3.6	Anmälan och revidering i vårdgivarregistret (IVO)	2 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659)	Särskild utsedd handläggare	
ON 3.7	Yttranden till patientnämnd		Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)	

4. Allmänna handlingar och sekretess

ON 4.1	Fatta överklagbart beslut om att inte lämna ut journaler och handlingar som härrör från verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen	2 kap. 1 och 2 § i Tryckfrihetsförordningen, 6 kap. 3–4 § samt 10 kap. 4, 13–14 §§ i Offentlighets-	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinskt ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad. Utlämnande av allmän handling är verkställighet,
---------------	---	---	--	--

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
		och sekretesslagen 8 kap. 2 i Patientdatalagen		menprövning sker alltid vid utlämnande
5. Övrigt				
ON 5.1	Undertecknande samt uppsägning av andrahandskontrakt vid uthyrning av lägenhet i vård- och omsorgsboende		Enhetschef i verkställighet Boendesamordnare*	*Gäller bara vid driftsentreprenader

Specifikt för Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Sid 29(317)

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS				
AFN 1.1	Beslut om personkretstillhörighet	1 och 7 §§ LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.2	Beslut om biträde av personlig assistent	9 § 2 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.3	Beslut om ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans utöver assistansersättning	9 § 2 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.4	Beslut om ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans	9 § 2 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.5	Beslut om merkostnad för sjuklön	9 § 2 p. LSS	Administratör LSS	
AFN 1.6	Beslut om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 p. till annan än den ersättningsberättigade	11 § LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.7	Beslut om att kräva återbetalning vid felaktig ekonomisk ersättning enligt 9 § 2 p. LSS	12 § LSS	Enhetschef myndighet	
AFN 1.8	Beslut om ledsagarservice	9 § 3 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.9	Beslut om biträde av kontaktperson a) upp till 20 timmar/månad	9 § 4 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
	b) över 20 timmar/månad	9 § 4 p. LSS	Enhetschef myndighet	
AFN 1.10	Beslut om arvode och omkostnadsersättning utöver nämndens fastställda princip		Enhetschef rekryteringsenhet uppdragstagare	Princip fastställd i 19AFN64, se rutin för ersättning till uppdragstagare (VG-RUT-S-5806)
AFN 1.11	Beslut om avlösarservice i hemmet	9 § 5 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.12	Beslut om korttidsvistelse utanför hemmet	9 § 6 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.13	Beslut om korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov	9 § 7 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.14	Beslut om boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet	9 § 8 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.15	Beslut om bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	9 § 9 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.16	Beslut om daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig	9 § 10 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
AFN 1.17	Fastställande av avgift från förälder i samband med placering av barn	20 § LSS, 6 kap. 2–4 §§ SFS	Avgiftshandläggare	
AFN 1.18	Beslut om att nämnden ska uppbära underhållsstöd	20 § LSS 18 kap. 19 § Socialför-säkringsbalken	Avgiftshandläggare	
AFN 1.19	Upprättande av individuell plan vid begäran från den enskilde	10 § LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.20	Beslut om bistånd enligt 9 § LSS vid flytt från annan kommun	16 § LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	Beslutet benämns förhandsbesked
AFN 1.21	Beslut om bistånd med kontaktperson	4 kap. 1 § och 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	
	a) upp till 20 timmar/månad	4 kap. 1 § och 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	
	b) utöver 20 timmar/månad	4 kap. 1 § SoL 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	
2. Vuxenutbildning				
AFN 2.1	Mottagande av elev till grundläggande vuxenutbildning	20 kap. 13 § och 2 st 14 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.2	Beslut om behörighet till utbildning på gymnasial nivå	20 kap 20 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.3	Beslut om samt yttrande över interkommunal ersättning inom gymnasial vuxenutbildning;	20 kap. 21 § Skollagen	Rektor	
	a) Vid beviljande	20 kap. 21 § Skollagen	Rektor	
	b) Vid avslag	20 kap. 21 § Skollagen	Ordförande i antagningsråd	Ersättare: vice ordförande
AFN 2.4	a) Mottagande av elev till gymnasial utbildning	20 kap. 22 § Skollagen	Rektor	
	b) Antagning av elev till gymnasial utbildning	20 kap. 23 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.5	Mottagande av elev till svenska för invandrare	21 kap. 7§ Skollagen	Rektor	
AFN 2.6	a) Mottagande av elev till särskild utbildning för vuxna	21 kap. 7 § Skollagen	Rektor	
	b) Antagning av elev till särskild utbildning för vuxna	21 kap. 7 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.7	Beslut om vilka nationella kurser som ska ges	2 kap. 9 § Förordning för vuxen-utbildning	Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.8	Beslut om vilka kurser eller delkurser som ska anordnas	2 kap. 4 § Förordning för vuxen-utbildning	Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.9	Beslut om dispens avseende underåriga sökande	3 kap 2 § Förordning för vuxenutbildning	Rektor	
AFN 2.10	Beslut om undantag från att utbildningen i svenska för invandrare ska omfatta mindre eller mer än 15 timmars undervisning under en fyraveckorsperiod	20 kap. 24 § Skollagen	Rektor	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
AFN 2.11	Beslut om att utbildning på kursen ska upphöra för elev	20 kap. 9 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.12	Beslut om att låta elev återuppta studier där beslut om att utbildningen ska upphöra efter beslut i enlighet med 2.9 eller efter avstängning	20 kap. 9 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.13	Beslut om avgift för böcker och andra lärmiddel	20 kap. 7 § och 21 kap. 6 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.14	Beslut om att en person ska anses ingå i målgruppen som kan ansöka om studiestartsstöd		Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.15	Upprätta plan mot kränkande behandling	6 kap. 6–8 §§ Skollagen	Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.16	Utreda omständigheter och vidta åtgärder avseende kränkande behandling	6 kap. 10 § Skollagen	Rektor	

3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL

AFN 3.1	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare 1:e handläggare Försörjningsstöds- handläggare Biståndshandläggare SoL/psyk och SoL/LSS Särskild utsedd försörjningsstödsad ministratör (se bilaga 2)	
AFN 3.2	Beslut om försörjningsstöd enligt norm + 10 %	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Försörjningsstöds- handläggare Särskild utsedd handläggare Särskild utsedd försörjningsstödsad ministratör (se bilaga 2)	
AFN 3.3	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt upp till 10 % av basbelopp	4 kap. 1–2 §§ SoL	Socialsekreterare Försörjningsstöds- handläggare Särskild utsedd handläggare Särskild utsedd försörjningsstödsad ministratör (se bilaga 2)	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
AFN 3.4	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt upp till 25 % av basbelopp	4 kap. 1–2 §§ SoL	1:e socialsekreterare 1:e handläggare Särskild utsedd försörjningsstödsadministratör (se bilaga 2)	
AFN 3.5	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt upp till ett basbelopp	4 kap. 1–2 §§ SoL	Enhetschef Arbetsmarknad och stöd	
AFN 3.6	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt över ett basbelopp	4 kap. 1–2 §§ SoL	Verksamhetschef Arbetsmarknad och stöd	
AFN 3.7	Beslut om återkrav av felaktigt utgivet ekonomiskt bistånd	9 kap. 1 § SoL	Enhetschef Arbetsmarknad & Stöd Särskilt utsedd försörjningsstöds-handläggare (se bilaga 2)	
AFN 3.8	Beslut om bistånd i form av förvaltning av egna medel	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef Arbetsmarknad & Stöd Särskilt utsedd försörjningsstöds-handläggare (se bilaga 2) Särskilt utsedd försörjningsstöds-administratör (se bilaga 2)	
AFN 3.9	Undertecknande samt uppsägning av förstahandskontrakt av lägenhet i serviceboende		Verksamhetschef administrativt stöd Lokalsamordnare	I första hand verksamhetschef administrativt stöd
AFN 3.10	Undertecknande samt uppsägning av andrahandskontrakt vid uthyrning av lägenhet i gruppboende, serviceboende samt gruppboende och serviceboende		Boendesamordnare *	*även vid driftsentreprenad
AFN 3.11	Beslut om bistånd i form av gruppboende och serviceboende	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL/psyk och SoL	
AFN 3.12	Beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet (s k boendestöd och personligt stöd)	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL/psyk och SoL/LSS	Utföraren sätter in akuta och nödvändiga insatser (även vak) som uppkommer under obekväm arbetstid, men runt hemsjukvårdspatienter godkänner konsultsjuksköterska under obekväm arbetstid att akut

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
				behov av vak sätts in.
AFN 3.13	Beslut om att avslå ansökan om bistånd i form av kontaktperson	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL/psyk	Beslut om att bevilja bistånd fattas av Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden
AFN 3.14	Beslut om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL vid flytt från annan kommun	2 a kap. 8 §§ SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	Beslutet benämns förhandsbesked och avser socialpsykiatri
AFN 3.15	Beslut om bistånd i form av resursplats	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef Myndighet	

4. Dödsbo

AFN 4.1	Dödsboanmälan	20 kap. 8 § Ärvdabalken	Enhetschef Arbetsmarknad & Stöd Särskilt utsedd försörjningsstödshandläggare (se bilaga 2)	
AFN 4.2	Omhändertagande av dödsbo	18 kap. 2 § Ärvdabalken	Enhetschef Arbetsmarknad & Stöd Särskilt utsedd försörjningsstödshandläggare (se bilaga 2)	

5. Övrigt

AFN 5.1	Beslut om kommunalt bostadstillägg enligt kommunfullmäktigebeslut 22 juni 2015		Särskild utsedd handläggare	
AFN 5.2	Beslut i vissa situationer ordna gravsättning enligt begravningslagen	5 kap. 2 § begravningslagen	Enhetschef försörjningsstödsenheten	

6. Hälso- och sjukvård

AFN 6.1	Beslut om att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla vissa allvarliga skador i hälso- och sjukvården	3 kap. 5 § Patientsäkerhetslagen 4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig Sjuksköterska Medicinsk ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
AFN 6.2	Beslut om rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinsk ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
				verksamheter på entreprenad
AFN 6.3	Beslut om att utse ansvarig sjuksköterska för läkemedelsförråd och läkemedelsrekvisition inom särskilda boendeformer samt hemsjukvård	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
AFN 6.4	Yttranden till patientnämnd		Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)	
AFN 6.5	Fatta överklagbart beslut om att inte lämna ut journaler och handlingar som härrör från verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen	2 kap. 1 och 2 § i Tryckfrihetsförordningen, 6 kap. 3–4 § samt 10 kap. 4, 13-14 §§ i Offentlighets- och sekretesslagen 8 kap. 2 i Patientdatalagen	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinskt ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad. Utlämnande av allmän handling är verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Yttranden				
SON 1.1	Yttrande angående undantag från bestämmelserna om förbud för barn under 15 år att medverka vid offentliga tillställningar	21 § Allmänna ordningsstadgan	Enhetschef inom mottagningsenhet, utredningsenheten barn, utredningsenheten ungdom och familjehemsenheten	
SON 1.2	Yttranden i frågor om körkort, trafik kort, flygcertifikat, vapenlicens och hemvärdet		Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen Jurist	
SON 1.3	Yttrande till polismyndigheten om utfärdande av pass för barn under 18 år	3 § Passförordning	Socialsekreterare Familjerättssekreterare	
SON 1.4	Yttrande till allmän domstol om överlämnande till särskild vård för unga	32 kap. 1 § Brottsbalken	Socialsekreterare	
SON 1.5	Yttrande till åklagarmyndighet	Lag med bestämmelser om unga lagöverträdare 11 §	Socialsekreterare	
SON 1.6	Yttrande till allmän domstol då LVM är aktuell	31 kap. 2 § Brottsbalken	Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 1.7	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och domstol efter beslut att inte ta emot ärende	2a kap. 10–12 §§ SoL	Enhetschef myndighet	
SON 1.8	Yttrande över ansökan om bostadsbidrag till familj där barn vistas i familjehem, bostadstillägg till institution eller till hushåll där någon familjemedlem har en funktionsnedsättning	SFB 93 kap. 2 § resp. 98 kap. 11 §	Socialsekreterare	
2. Övrigt				
SON 2.1	Beslut att socialnämnden i visst fall ska uppbära barnbidrag	16 kap. 18 § Socialförsäkringsbalken	Socialsekreterare	
SON 2.2	Beslut att polisanmäla misstanke om brott rörande barn	10 kap. 21 § Offentlighets- och sekretesslagen	1:e socialsekreterare Socialsekreterare efter 2 år i tjänst	Denna punkt syftar ej till orosanmälan. Orosanmälan är alla anställda skyldiga att göra
SON 2.3	Beslut att inte polisanmäla misstanke om brott mot barn		Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	Denna punkt syftar ej till orosanmälan. Orosanmälan är alla

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
				anställda skyldiga att göra
SON 2.4	Väcka talan om överflyttning av vårdnad	6 kap. 7, 8, 8a och 9 §§ Föräldrabalken	Socialnämnd	Delegeringsförbud enligt lag
SON 2.5	Beslut om framställning till annan kommun om överflyttning av ärende samt ansökan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om överflyttning av ärende	2a kap. 10–12 §§ SoL	Enhetschef handläggning	
SON 2.6	Beslut i fråga om mottagande av ärenden från annan kommun	2a kap. 10–12 § SoL	Enhetschef handläggning	
SON 2.7	Beslut om bidrag (föreningsstöd) till social verksamhet med insatser upp till 50 % av basbelopp per år		Särskild utsedd handläggare	

3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL

SON 3.1	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare 1:e handläggare	Enligt 11 kap. 1 a § SoL ska en omedelbar skyddsbedömning göras när anmälan rör barn eller unga. För nämndens utredningsskyldighet enligt 7 § LVM är det tillräckligt att det kan finnas skäl för tvångsvård för att en utredning ska påbörjas, dvs. att det kan antas att förutsättningarna är uppfyllda.
SON 3.2	a) Beslut om att utredning inte ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Enhetschef 1:e socialsekreterare 1:e handläggare Socialsekreterare inom mottagningsenheten* Socialsekreterare inom utredningsenhet ungdom*	*efter 2 år i tjänst
	b) Beslut att utredning inte ska inledas i pågående ärende	11 kap 1 § SoL	Socialsekreterare utredningsenhet barn samt utredningsenhet vuxen	Separat utredning inleds ej, läggs till i pågående utredning.
SON 3.3	Beslut om att utredning inte ska föranleda åtgärd	11 kap. 1 §	1:e socialsekreterare 1:e handläggare Socialsekreterare inom mottagningsenhet*	*efter 2 år i tjänst

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 3.4	a) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd upp till 10 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare	
	b) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd upp till 25 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
	c) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd upp till 50 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef Familjehemsenheten, Utredningsenhet ungdom, Utredningsenhet barn, Utredningsenhet vuxen, Utredningsenhet boende och Enheten våld i nära relation	
	d) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd över 50 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 3.5	Beslut om återkrav av felaktigt utbetalt ekonomiskt bistånd	9 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom handläggning	
SON 3.6	Beslut om återkrav av felaktigt utgivet ekonomiskt bistånd	9 kap. 1 § SoL	1:e socialsekreterare	
SON 3.7	Beslut om bistånd med kontaktfamilj	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare	
SON 3.8	Beslut om bistånd med kontaktperson	4 kap. 1 § och 3 kap. 6 § SoL	Socialsekreterare	
	a) upp till 20 timmar/månad b) utöver 20 timmar/månad	4 kap. 1 § SoL 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	
SON 3.9	Beslut om arvode och omkostnadsersättning utöver nämndens fastställda princip		Enhetschef inom rekryteringsenhet uppdragstagare och familjehem	Princip fastställd i 19SON149, se rutin för ersättning till uppdragstagare (VG-RUT-S-5806)
SON 3.10	Beslut om öppenvårdsinsatser för barn, ungdom och familj	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare	
SON 3.11	Beslut om förtur till bostad av sociala skäl	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten	
SON 3.12	Beslut om bistånd i form av a) övergångsavtal	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten	
	b) övergångsavtal avseende ensamkommande barn	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenhet vuxen	
SON 3.13	Beslut om bistånd i form av vistelse i jourlägenhet	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten Enhetschef, 1:e socialsekreterare, Socialsekreterare* inom Enheten våld i nära relation	*efter 2 år i tjänst
SON 3.14	Beslut om bistånd i form av vistelse på akutboende	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 3.15	Beslut om medgivande till vård och sociala insatser	6 kap. 13a Föräldrabalken	Individ- och myndighetsutskott	
SON 3.16	Beslut om förlängning av utredningstid	11 kap. 2 § SoL	Enhetschef inom utredningsenhet barn, utredningsenhet ungdom, mottagningsenhet familjehem och Enheten våld i nära relation	
SON 3.17	Beslut om inskrivning, utskrivning och avvisning på HVB och boendeenheter i egen regi		Föreståndare för hemmet/enhetschef boendeenheterna	
SON 3.18	Beslut om att ta ut ersättning (avgift) från enskild biståndstagare	8 kap. 1–2 §§ SoL	Administratör	
SON 3.19	Fastställande av avgift från förälder i samband med placering av barn	8 kap. 1 § SoL	Särskilt utsedd handläggare	
SON 3.20	Beslut om att nämnden ska uppbära underhållsstöd	18 kap. 19 § Socialför-säkringsbalken	Avgiftshandläggare	
SON 3.21	Framställning till Försäkringskassan om ändring av mottagare för allmänt barnbidrag	16 kap. 18 § Socialför-säkringsbalken	Socialsekreterare Familjehemssekreterare	
SON 3.22	Framställan till CSN om ändring av mottagare för studiebidrag		Socialsekreterare	
SON 3.23	Beslut om uppföljning efter att utredning har avslutats utan beslut om insats	11 kap. 4 a § SoL	1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
SON 3.24	Beslut om eftergift	9 kap 4 § SoL	Enhetschef Utredningsenhet vuxen	
4. Insatser för barn och ungdom				
SON 4.1	Beslut om placering i familjehem och HVB för a) barn upp till 18 år	4 kap. 1 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
	b) personer över 18 år	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom utredningsenhet barn, utredningsenhet ungdom, familjehem och mottagningsenhet	
SON 4.2	Medgivande för annat enskilt hem än vårdnadshavare/förälder att ta emot underårig för stadigvarande vård och fostran.	6 kap. 6 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	Gäller vid privatplaceringar
SON 4.3	Beslut om att annat enskilt hem än vårdnadshavaren/förälder får ta emot underårig för stadigvarande vård och fostran.	6 kap. 6 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	Gäller vid socialnämndens placeringar

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 4.4	Beslut om tillfällig placering i kontrakterat jourhem, släkting-/nätverkshem	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom mottagningsenhet, utredningsenhet barn, utredningsenhet ungdom, familjehemsenheten och enheten våld i nära relation	
SON 4.5	a) Beslut om tillfällig placering i upphandlade HVB, upp till 6 månader	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom mottagningsenheten, utredningsenheten barn, utredningsenheten ungdom och familjehemsenheten	För placering utanför avtal, se 9.1 samt 9.2 i den gemensamma delen
	b) Beslut om tillfällig placering i upphandlade HVB för barn upp till 18 år, för placeringar upp till och med 6 månader	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom mottagningsenheten, utredningsenheten barn, utredningsenheten ungdom och familjehemsenheten	För placering utanför avtal, se 9.1 samt 9.2 i den gemensamma delen Efter 6 månader ska beslut fattas av individ- och myndighetsutskott
SON 4.6	Beslut att godkänna kontrakterade jourhem	6 kap. 6 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 4.7	Beslut om kostnader vid placering, omplacering eller flyttning från familjehem/institution, med högst 40 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Familjehemssekreterare	
SON 4.8	Beslut om övriga omkostnader till familjehem för extra utrustning, resekostnader med mera med högst 25 % av basbelopp per månad/barn	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Familjehemssekreterare	
SON 4.9	Beslut om ersättning för förlorad arbetsförtjänst till familjehem	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef familjehemsenheten och utredningsenhet uppdagstagare	
SON 4.10	Beslut om kostnad för personligt stöd i skolan samt resekostnader i samband med placering	4 kap. 1 § SoL 11 § LVU	Enhetschef myndighet	
SON 4.11	Övervägande av vård	6 kap. 8 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 4.12	Övervägande av vårdnadsöverflyttning	6 kap. 8 § 2 st SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 4.13	Kostnader för skador som barn vållar i familjehem och som ej ersätts av hem- och ansvarsförsäkring, med högst 25 % av basbelopp		Säkerhetssamordnare	
SON 4.14	Beslut om ersättning i familjehem upp till högsta nivå inom SKR:s rekommendationer		Familjehemssekreterare inom utredningsenhet uppdagstagare och familjehemsenheten	
SON 4.15	Beslut om resursfamilj för familjehemsplacerade barn		Familjehemssekreterare inom rekryteringsenheten och familjehemsenheten	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 4.16	Beslut gällande umgängesresor efter vårdnadsöverflytt till tidigare familjehem		Familjehemssekreterare	
SON 4.17	Beslut om bistånd i form av stödboende	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare	
5. Insatser för vuxna				
SON 5.1	Beslut om bistånd i form av a) familjehem	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen	
	b) HVB	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen Enhetschef våld i nära relation	
SON 5.2	Beslut om anhörigvecka till en kostnad av maximalt 15 000 kr/tillfälle	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen	
SON 5.3	Beslut om bistånd i form av stödboende	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 5.4	Beslut om bistånd i form av träningslägenhet	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten boende	
SON 5.5	a) Beslut om bistånd i form av tillsynsboende	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen	
	b) Beslut om jourplacering på tillsynsboende	4 kap 1 § SoL	Socialsekreterare utredningsenhet vuxen Enhetschef utredningsenhet boende	
SON 5.5	Beslut om bistånd i form av jourplacering på tillsynsboende	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen och utredningsenhet boende	
SON 5.6	Beslut om bistånd i form av öppenvård	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen Enhetschef, 1:e socialsekreterare, Socialsekreterare inom Enheten våld i nära relation	
SON 5.7	Beslut om placering i skyddat boende	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen, mottagningsenhet och enheten våld i nära relation	
6. Lag om särskilda bestämmelser för vård av unga, LVU				
SON 6.1	Beslut om ansökan till förvaltningsrätt om vård enligt LVU	4 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	Delegeringsförbud
SON 6.2	Beslut om omedelbart omhändertagande	6 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.3	Beslut om omedelbart omhändertagande då individ- och	6 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
	myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas			
SON 6.4	Beslut om omedelbart omhändertagande	6a § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.5	Beslut om omedelbart omhändertagande, när svensk domstol inte är behörig att besluta om beredande av vård enligt LVU då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	6a § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt
SON 6.6	Begäran om förlängd utredningstid vid 6 § LVU	8 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.7	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra	9 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.8	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	9 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt, vid eget beslut enligt 6 § LVU
SON 6.9	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra	9a § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.10	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	9b § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt, vid eget beslut enligt 6a § LVU
SON 6.11	Begäran om förlängd utredningstid vid 6a § LVU	9a § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.12	Beslut om hur vården ska ordnas och om var den unge ska vistas	11 § 1, 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.13	Beslut om hur vården ska ordnas och om var den unge ska vistas då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	11 § 3 st LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt till SON 6.12
SON 6.14	Beslut rörande den unges förhållanden i den mån beslutet ej är att hänföra till 11 § 1 och 2 st LVU	11 § 4 st LVU	Socialsekreterare	
SON 6.15	Övervägande av vård med stöd av 2 § LVU	13 § 1 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.16	Övervägande av vårdnadsöverflyttning	13 § 3 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.17	Omprövning av vård med stöd av 3 § LVU	13 § 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.18	a) Beslut om rätt till umgänge eller beslut om att vistelseort inte ska röjas för vårdnadshavare	14 § 2 st LVU	Socialnämnd	
	b) I brådskande fall då nämndens beslut ej kan avvaktas	14 § 2 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.19	Övervägande av beslut beträffande umgänge eller hemlighållande av vistelseort	14 § 3 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 6.20	Beslut om att vård enligt LVU ska upphöra	21 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.21	Beslut om - särskild kontaktperson - deltagande i öppenvårdsbehandling	22 § 1, 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.22	Beslut att utse och entlediga kontaktperson	22 § 1, 2 st LVU	Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten barn och utredningsenheten vuxen	
SON 6.23	Ansökan hos förvaltningsrätt om flyttningsförbud	24 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.24	Övervägande av om flyttningsförbud fortfarande behövs	26 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.25	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud	27 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.26	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud	27 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt till SON 6.25
SON 6.27	Beslut om att tillfälligt flyttningsförbud ska upphöra	30 § 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.28	Beslut om den unges umgänge med vårdnadshavare efter beslut om flyttningsförbud eller tillfälligt flyttningsförbud	31 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.29	Beslut om biträde av polis för att genomföra läkarundersökning	43 § 1 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.30	Beslut om att begära biträde av polis för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande	43 § 2 st LVU	Särskild utsedd tjänsteman enligt bilaga 1	
SON 6.31	Beslut om ansökan om utreseförbud	31 b § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.32	Beslut om omprövning och upphörande av utreseförbud	31 c § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.33	Beslut om tillfälligt utreseförbud	31 d § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.34	Beslut om tillfälligt utreseförbud när socialnämndens individ- och myndighetsutskotts beslut ej kan avvaktas	31 d § LVU	Ordförande i socialnämnden, särskilt förordnad ledamot	Se § 160 2020-08-25
SON 6.35	Beslut om upphörande av tillfälligt utreseförbud	31 g § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 6.36	Beslut om upphörande av tillfälligt utreseförbud när socialnämndens individ- och myndighetsutskotts beslut ej kan avvaktas	31 g § LVU	Ordförande i Socialnämnden, särskilt förordnad ledamot	Se § 160 2020-08-25
SON 6.37	Beslut om undantag från utreseförbud	31 i § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.38	Beslut om läkarundersökning, läkare och plats för läkarundersökning	32 § LVU	Enhetschef	

7. Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

SON 7.1	Beslut om att inleda utredning då man fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård	7 § LVM	1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen Socialsekreterare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenheten	
SON 7.2	Beslut att avsluta LVM-utredning utan åtgärd	7 § LVM	Enhetschef utredningsenhet vuxen	
SON 7.3	Beslut om läkarundersökning och utse läkare för undersökning	9 § LVM	1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen Socialsekreterare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenhet	
SON 7.4	Beslut om att ansöka om tvångsvård enligt LVM	11 § LVM	Individ- och myndighetsutskott	
SON 7.5	Beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare	13 § LVM	Individ- och myndighetsutskott	
SON 7.6	Beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	13 § LVM	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt till SON 7.5
SON 7.7	Beslut om upphävande av omedelbart omhändertagande	18 b § LVM	Individ- och myndighetsutskott	
SON 7.8	Beslut om upphävande av omedelbart omhändertagande då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	18 b § LVM	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt till SON 7.7
SON 7.9	Samråd och planering av vården	26, 28 §§ LVM	Socialsekreterare	
SON 7.10	Beslut om begäran av biträde av polis för genomförande av läkarundersökning	45 § 1 st LVM	Enhetschef 1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenhet	
SON 7.11	Beslut om begäran om biträde av polis för inställelse till vårdinstitution	45 § 2 st LVM	Enhetschef 1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenhet	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 7.12	Yttrande till åklagare vid åtalsprövning	46 § LVM	1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 7.13	Yttrande till allmän domstol då den som begått brottslig gärning kan bli föremål för LVM-vård	31 kap. 2 § Brottsbalken	1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 7.14	Beslut om egenavgift vid placering i HVB	8 kap. 1 § SoL 6 kap. 1 § SFS	1:e socialsekreterare 1:e handläggare Socialsekreterare	
8. Familjerättsärende				
SON 8.1	Yttranden enligt namnlag	45 § Namnlagen	Familjerättssekreterare	
SON 8.2	Godkännande av bekräftelse av faderskap/föräldraskap	1 kap. 4, 9 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare Familjerättsassistent	
SON 8.3	Inleda och avsluta faderskaps-/föräldraskapsutredning	2 kap. 1, 4–6, 8-9 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare Familjerättsassistent	
SON 8.4	Beslut att väcka och föra talan i mål om faderskap/föräldraskap	3 kap. 5-6, 8 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.5	Godkänna avtal om underhållsbidrag för framtiden om betalningsperioder överstiger 3 månader (ej engångsbelopp)	7 kap. 7, 11 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.6	Godkänna avtal om vårdnad, boende och umgänge	6 kap. 17a § Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.7	Beslut att utse utredare i mål och ärende om vårdnad, boende och umgänge	6 kap. 19 § Föräldrabalken	Enhetschef familjerättsenheten	
SON 8.8	Beslut om kontaktperson för stöd och hjälp i vårdnads- och umgängesärende	4 kap. 1 § SoL 3 kap. 6 § SoL 5 kap. 1 § SoL	Familjerättssekreterare	
SON 8.9	Beslut om samarbetssamtal	4 kap. 1 § SoL 5 kap. 3 § SoL 6 kap. 18 § Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.10	Beslut om överflyttning av faderskapsärende till annan kommun	2 kap. 3 § 2 st Föräldrabalken	Socialnämnd	
SON 8.11	Beslut att inte påbörja utredning eller att lägga ned påbörjad utredning om faderskap	2 kap. 7 § Föräldrabalken	Socialnämnd	
SON 8.12	Samtycke till att adoptionsförfarandet får fortsätta	6 kap. 14 § SoL	Familjerättssekreterare	
SON 8.13	Medgivande att ta emot utländskt barn för adoption	6 kap. 12 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 8.14	Beslut att utse utredare att genomföra en adoptionsutredning	4 kap. 14 § Föräldrabalken	Enhetschef familjerättsenheten	
SON 8.15	Beslut om att lämna upplysningar till rätten som inte innehåller ett ställningstagande i mål och ärenden om vårdnad, boende och umgänge	6 kap. 20 § 2 st. föräldrabalken	Familjerättssekreterare	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 8.16	Beslut om yttrande vid umgänge	6 kap. 15 c § 2 st. föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
9. Alkohollag				
SON 9.1	Beviljande av stadigvarande tillstånd till allmänheten eller slutet sällskap	8 kap. 2 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.2	Avslag på stadigvarande tillstånd till allmänheten eller slutet sällskap	8 kap. 2 § Alkohollag	Socialnämnden	
SON 9.3	Ansökan från konkursförvaltare om serveringstillstånd vid serveringsställe som försatts i konkurs	9 kap. 12 § Alkohollag 8 kap. 2 § Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.4	Serveringstid efter kl. 01.00 till tillfälliga tillstånd för slutna sällskap	8 kap. 19 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.5	Ändring av serveringstid inom den lagstadgade tiden, kl. 11.00 – 01.00	8 kap. 19 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.6	Ändring avseende högre valör på alkoholdryck	8 kap. 2 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.7	Ändring avseende utökad/förändrad serveringsyta	8 kap. 14 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.8	Avskrivning av ärende och beslut i ärende som inte föranleder sanktioner		Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.9	Beslut om tillfälliga tillstånd till allmänheten	8 kap. 2 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.10	Beslut om tillfälliga tillstånd till slutna sällskap	8 kap. 2 § Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.11	Beslut om stadigvarande tillstånd för slutna sällskap vid cateringverksamhet	8 kap. 4 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.12	Godkännande av lokal vid catering	8 kap. 4 § Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.13	Beslut om stadigvarande tillstånd för servering på gemensam serveringsyta	8 kap. 14 § 2 st Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.14	Beslut om tillfälligt tillstånd för servering på gemensam serveringsyta	8 kap. 14 § 2 st Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.15	Beslut om särskilt stadigvarande tillstånd, för provsmakning vid tillverkningsställe	8 kap. 7 § 2 st Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.16	Beslut om särskilt tillstånd, tillfälligt, för provsmakning vid tillverkningsställe	8 kap. 7 § 2 st Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.17	Beslut om tillfälligt tillstånd för provsmakning vid arrangemang	8 kap. 6 § 1 st 2 p Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.18	Meddelande av villkor för stadigvarande serveringstillstånd		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.19	Meddelande av villkor för tillfälligt serveringstillstånd till allmänheten		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 9.20	Meddelande av villkor för tillfälligt serveringstillstånd till slutet sällskap		Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.21	Anvisningar och information om lag och föreskrifter	8 kap. 9 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.22	Beslut om nedsättning av avgifter i vissa fall	8 kap. 10 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.23	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd på tillståndshavarens begäran	9 kap. 18 § 1 st 1 p Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.24	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd på grund av att den tillståndspliktiga serveringsverksamheten upphört	9 kap. 18 § 1 st 1 p Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.25	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd på grund av att nytt serveringstillstånd meddelats för samma serveringsställe	9 kap. 18 § 1 st 1 p Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.26	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd i övriga fall	9 kap. 18 § 1 st 2–3 p Alkohollag	Socialnämnd	Delegeringsförbud
SON 9.27	Beslut om serveringstid efter kl.01.00 vid stadigvarande tillstånd eller tillfälligt tillstånd till allmänheten	8 kap. 19 § Alkohollag	Individ- och myndighetsutskott	
SON 9.28	Beslut om varning	9 kap. 17 § Alkohollag	Individ- och myndighetsutskott	
SON 9.29	Beslut om försäljningsförbud av folköl	9 kap. 19 § Alkohollag	Socialnämnden	
SON 9.30	Beslut om erinran	9 kap. 17 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.31	Införande av uppgifter, bokföring med mera	9 kap. 13–15 §§ Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.32	Begäran om att få tillträde till lokal	9 kap. 13, 15 §§ Alkohollag	Alkoholhandläggare Restauranginspektör Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.33	Begäran om polishandräkning	9 kap. 9 § Alkohollag	Alkoholhandläggare Restauranginspektör Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.34	Överklagande av domar från förvaltningsrätt/kammarrätt	10 kap. 1 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.35	Omprövning av ärende jämlikt § 27 Förvaltningslagen efter överklagande till förvaltningsrätt/kammarrätt	10 kap. 1 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.36	Yttrande till Förvaltningsrätt och Kammarrätt med anledning av överklagande, när yttrandet ligger i linje med det överklagade beslutet	10 kap. 1 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.37	Beslut att polisanmäla vid misstanke om brott mot alkohollagstiftningen		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 9.38	Beslut om förlängd handläggningstid	5 § Alkohol-förordning	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.39	Beslut om kontrollköp	9 kap. 15 a § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
10. Lotterilag				
SON 10.1	Avge yttrande till Spelinspektionen i tillståndsärenden		Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 10.2	Göra polisanmälan vid misstanke om brott mot lotterilagen		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
11. Lag om handel med vissa receptfria läkemedel				
SON 11.1	Rapportera brister till Läkemedelsverket	21 § lag om handel med vissa receptfria läkemedel	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 11.2	Beslut om kontrollköp	21 a § lag om handel med vissa receptfria läkemedel	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
12. Lag om tobak och liknande produkter				
SON 12.1	Beviljande av tillstånd att bedriva detaljhandel eller partihandel med tobaksvaror	5 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.2	Meddelande av villkor för detaljhandelstillstånd samt partihandelstillstånd	5 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.3	Avslå ansökan om tillstånd att bedriva detaljhandel eller partihandel med tobaksvaror	5 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Socialnämnden	
SON 12.4	Återkallelse av tobakstillstånd på tillståndshavarens begäran	7 kap. 10 § p 1 Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.5	Återkallelse av tobakstillstånd på grund av att den tillståndspliktiga försäljningsverksamheten upphört	7 kap. 10 § p 1 Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.6	Återkallelse av tobakstillstånd på grund av att nytt tobakstillstånd meddelats för samma försäljningsställe	7 kap. 10 § 1 p Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.7	Återkallelse av tobakstillstånd i övriga fall	7 kap. 10 § 2–4 p Lag om tobak och liknande produkter	Socialnämnd	Delegeringsförbud

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 12.8	Beslut om varning	7 kap. 11 § Lag om tobak och liknande produkter	Individ- och myndighetsutskott	
SON 12.9	Beslut om förbud att sälja elektroniska cigaretter och påfyllnadsbehållare	7 kap. 13 § Lag om tobak och liknande produkter	Socialnämnden	
SON 12.10	Infordra uppgifter som behövs för tillsynsverksamheten	7 kap. 17 § Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.11	Begära tillträde till lokaler med mera för undersökning	7 kap. 18 § Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.12	Begära handräckning från polis	7 kap. 19 § Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.13	Beslut om kontrollköp	7 kap. 22 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.14	Nedsättning av avgifter i vissa fall	8 kap 1–2 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.15	Avskriva ärende samt beslut i ärende som inte föranleder sanktion		Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.16	Meddela föreläggande och förbud utan eller med vite upp till 50 000 kr		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.17	Meddela föreläggande och förbud med vite över 50 000 kr		Individ- och myndighetsutskott	
SON 12.18	Överklaga dom från förvaltningsrätt	9 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.19	Överklaga dom från kammarrätt	9 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.20	Omprövning av beslut efter överklagande av motpart		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.21	Yttrande till förvaltningsrätt eller kammarrätt med anledning av överklagande när yttrandet ligger i linje med det överklagade beslutet	9 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.22	Göra polisanmälan vid misstanke om brott mot lag om tobak och liknande produkter		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	

Specifikt för Socialjouren

Delegerat av Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutanderätt	Kommentar
1. Socialtjänstlagen, SoL				
SJ 1.1	Beslut att polisanmäla misstanke om brott rörande barn	10 kap. 21 § offentlighets- och sekretesslagen	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.2	Beslut i fråga om: försörjningsstöd enligt norm + 10 %	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.3	Beslut i fråga om övrigt bistånd upp till 10 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.4	Beslut om förvaltningens egna boenden	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.5	Beslut om att utredning ej ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.6	Beslut om tillfällig placering i jourhem/nätverkshem	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.7	Beslut om akut placering i HVB	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.8	Beslut om placering i skyddat boende	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.9	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
2. Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU				
SJ 2.1	Beslut om omedelbart omhändertagande	6 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.2	Begäran om förlängd utredningstid vid 6 § LVU	8 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.3	Beslut om omedelbart omhändertagande, när svensk domstol inte är behörig att besluta om beredande av vård enligt LVU då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	6a § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt
SJ 2.4	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	9b § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutanderätt	Kommentar
SJ 2.5	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra	9 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Vid eget beslut enligt 6 § LVU
SJ 2.6	Beslut om hur vården ska ordnas och om var den unge ska vistas	11 § 3 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.7	Beslut rörande den unges förhållanden i den mån beslutet ej är att hänföra till 11 § 1 och 2 st LVU	11 § 4 st LVU	Socialsekreterare socialjour	
SJ 2.8	Beslut om rätt till umgänge eller beslut om att vistelseort ej ska röjas för vårdnadshavare då nämndens beslut ej kan avvaktas	14 § 2 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.9	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud	27 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.10	Beslut om den unges umgänge med vårdnadshavare efter beslut om flyttningsförbud eller tillfälligt flyttningsförbud	31 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.9	Beslut om läkarundersökning, utseende av läkare samt bestämmande av plats för läkarundersökning	32 § LVU	Ordförande	
SJ 2.10	Beslut om biträde av polis för att genomföra läkarundersökning	43 § 1 st LVU	Ordförande	
SJ 2.11	Beslut om att begära biträde av polis för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande	43 § 2 st LVU	Särskild utsedd tjänsteman enligt bilaga 1	

3. Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

SJ 3.1	Beslut om att inleda utredning då man fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård	7 § LVM	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 3.2	Beslut om att inledd utredning ska läggas ned	7 § LVM	Enhetschef socialjour	
SJ 3.3	Beslut om läkarundersökning samt utse läkare för undersökning	9 § LVM	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 3.4	Beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare	13 § LVM	Ordförande	Kompletterande beslutsrätt till SJ 3.3
SJ 3.5	Beslut om upphävande av omedelbart omhändertagande	18 b § LVM	Ordförande	
SJ 3.6	Beslut om begäran av biträde av polis för genomförande av läkarundersökning	45 § 1 st LVM	Socialsekreterare socialjouren	

SJ 3.7	Beslut om begäran om biträde av polis för inställelse till vårdinstitution	45 § 2 st LVM	Socialsekreterare socialjouren	
---------------	---	---------------	-----------------------------------	--

ÄNDRINGAR SYNLIGA MED GULMARKERING

Besluts- och delegationsförteckning för Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden

Välfärd Gävle
2022-02-10

Diarienummer:

20ON364
20AFN170
20SON415

Fastställt:

Omvårdnadsnämnden 2020-12-17 § 183, 2021-03-25 § 38, 2021-06-17 § 92
Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden 2020-12-16 § 162, 2021-05-26 §69,
2021-06-16 § 83, 2021-08-30 § 97

Innehållsförteckning

Inledning	4
Allmänt om delegering	4
Vid delegats frånvaro	4
Anmälan av delegationsbeslut	4
Överklagande	5
Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	5
Förkortningar	5
Delegat i gemensamma delen	6
Delegat inom Omvårdnadsnämnden	6
Delegat inom Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	6
Delegat inom Socialnämnden	7
Gemensamt för Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden	8
1. Ordförandebeslut	8
2. Avtal	8
3. Handläggning	8
4. Avskrivning av skuld	9
5. Överklagande	9
6. Fullmakt / ombud	10
7. Yttranden	10
8. Allmänna handlingar och sekretess	11
9. Externa köp	11
10. Personuppgifter	11
11. Smittskyddslag	12
12. Lex Sarah	12
13. Övrigt	13
Specifikt för Omvårdnadsnämnden	14
1. Avgiftshandläggning	14
2. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL	14
3. Hälso- och sjukvård	15
4. Allmänna handlingar och sekretess	15
5. Övrigt	16
Specifikt för Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	17
1. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS	17
2. Vuxenutbildning	18
3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL	19
4. Dödsbo	21
5. Övrigt	21
6. Hälso- och sjukvård	21
Specifikt för Socialnämnden	23
1. Yttranden	23
2. Övrigt	23
3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL	24

4.	Insatser för barn och ungdom	Sid 54(317)26
5.	Insatser för vuxna	28
6.	Lag om särskilda bestämmelser för vård av unga, LVU	28
7.	Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.....	31
8.	Familjerättsärende	32
9.	Alkohollag	33
10.	Lotterilag	35
11.	Lag om handel med vissa receptfria läkemedel	35
12.	Lag om tobak och liknande produkter	35
Specifikt för Socialjouren Delegerat av Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.....		38
1.	Socialtjänstlagen, SoL	38
2.	Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU	38
3.	Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM	39

Inledning

Denna besluts- och delegationsförteckning avser Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden. Besluts- och delegationsförteckning inleds med en gemensam del för de tre nämnderna. I den delen finns delegering gällande exempelvis ordförandebeslut, handläggning, avtal, avgifter, fullmakter, yttranden, allmänna handlingar, sekretess och personuppgifter. De nämndspecifika delarna behandlar frågor som endast rör en nämnd. Närliggande sakfrågor kan dock finnas under både den gemensamma delen och även under den specifika delen.

Syftet är att där samla beslut som är gemensamma inom de tre nämnderna och att på så vis få samma nivå på delegat. Delegationsförteckning är indelad efter lagrum samt ärendesområde.

Allmänt om delegering

I kommunallagen stadgas att kommunal nämnd ska bedriva verksamheten i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Fullmäktige ska utfärda reglementen med närmare föreskrifter om nämndernas verksamhet och arbetsformer. Enligt kommunallagen får nämnd uppdra åt utskott, ledamot eller ersättare eller anställd hos kommunen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Dock får beslutanderätten inte delegeras i:

- ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
- framställning eller yttrande till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet har överklagats,
- ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
- medborgarförslag som väckts genom e-petition och som lämnats över till nämnden, samt
- ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

Ärenden av principiell eller avvikande beskaffenhet eller av avsevärd ekonomisk betydelse ska avgöras av nämnden. Delegat kan, efter beslut av berörd chef, hänskjuta beslut av särskild svårighetsgrad till högre nivå i beslutsorganisationen. Även beslutsfattarens överordnad har beslutanderätt i respektive ärendegrupp när ordinarie befattningshavare inte tjänstgör, exempelvis beslut om vård- och omsorgsboende kan beslutas av kontorschef för myndighet. Den som mottagit delegationsuppdrag (delegat) får enligt gällande delegationsregler inte delegera uppdraget vidare till annan. Vidaredelegering är med andra ord inte tillåten, med undantag för vad som sägs i 6 kap. 36–37 §§ kommunallagen.

Vid delegats frånvaro

Vid delegats frånvaro träder i första hand en annan utsedd handläggare på samma eller högre nivå in i delegatens ställe och kan fatta de beslut denne skulle ha fattat.

Anmälan av delegationsbeslut

Enligt kommunallagen ska varje nämnd besluta om i vilken utsträckning beslut som fattas på delegation ska anmälas till nämnden. Samtliga brådskande beslut som beslutas av nämndsordföranden, så kallade ordförandebeslut, (enligt 6 kap. 39 § kommunallagen) anmäls till nästkommande nämndsammanträde.

När beslutet har anmälts på nämndens sammanträde noteras anmälan i sammanträdesprotokollet. Beslut som kan överklagas enligt laglighetsprövning går att överklaga fram till att tre veckor har gått från datumet då protokollet anslogs. Varje delegat ansvarar för att anmälan görs när det gäller beslut som kan överklagas via laglighetsprövning.

Överklagande

Förvaltningsbesvär

Ett beslut får överklagas av den som beslutet går emot om beslutet kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt. Beslutet kan bara överklagas av den det angår. I skollagen anges alla beslut som kan överklagas till förvaltningsrätten eller Skolväsendets överklagandenämnd enligt förvaltningsbesvär om inte direkt förbud för detta regleras.

Laglighetsprövning

Delegationsbeslut som inte kan överklagas med förvaltningsbesvär kan överklagas genom laglighetsprövning om inte direkt förbud för detta regleras. Laglighetsprövning innebär att domstolen endast gör en prövning av beslutets laglighet och inte lämplighet. Endast den som är medlem i kommunen kan överklaga.

Socialnämndens individ- och myndighetsutskott

Socialnämnden har inrättat ett individ- och myndighetsutskott under mandatperioden 2019 – 2022 som beslutar i ärenden enligt:

- socialtjänstlagen (SoL),
- lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU),
- lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM),
- föräldrabalken (FB),
- alkohollagen, samt
- tobakslagen.

Förkortningar

AFN	Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden
CSN	Centrala studiestödsnämnden
FMN	Föräldraföreningen mot narkotika
GDPR	General data protection regulation (Dataskyddsförordningen)
HSL	Hälso- och sjukvårdslag
HVB	Hem för vård och boende
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
LOU	Lag om offentlig upphandling
LOV	Lag om valfrihetssystem
LVM	Lag om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga
ON	Omvårdnadsnämnden
RIA	Socialt arbete på kristen grund (organisation Hela Människan)
SFB	Socialförsäkringsbalk
SFS	Socialtjänstförordning
SJ	Socialjour
SKR	Sveriges kommuner och regioner
SoL	Socialtjänstlag
SoL/psyk	Socialtjänstlag/målgruppen, personer med psykisk funktionsnedsättning
SON	Socialnämnden
Äo	Äldreomsorg

Delegat i gemensamma delen

Ordförande i Arbetsmarknadsmarknads- och funktionsrättsnämnden
 Ordförande i Omvårdnadsnämnden
 Ordförande i Socialnämnden
 Sektorchef
 Biträdande sektorchef
 Enhetschef
 1:e socialsekreterare
 1:e handläggare
 Enhetschef i verkställighet
 Socialsekreterare (barnsekreterare likställs med socialsekreterare)
 Försörjningsstödshandläggare
 Familjerättssekreterare
 Biståndshandläggare SoL
 Biståndshandläggare SoL/psyk
 Biståndshandläggare SoL/LSS
 Ekonomichef
 Enhetschef handläggning
 Verksamhetschef handläggning
 Individ- och myndighetsutskott
 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
 Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)
 Delegat i ursprungsbeslut
 Jurist
 Kontorschef myndighet
 Dataskyddsamordnare
 Socialt ansvarig samordnare
 Enhetschef inom försörjningsstödsenheten
 Delegates överordnade chef
 Särskild utsedd handläggare*
 Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

Delegat inom Omvårdnadsnämnden

Biståndshandläggare SoL
 Biståndshandläggare SoL/psyk
 Biståndshandläggare SoL/LSS
 Avgiftshandläggare
 Enhetschef i handläggning
 Enhetschef i verkställighet
 Särskild utsedd handläggare*
 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
 Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)
 Boendesamordnare
 Verksamhetschef HSL
 Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

Delegat inom Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Biståndshandläggare SoL/psyk
 Biståndshandläggare SoL/LSS
 Administratör LSS
 Avgiftshandläggare
 Socialsekreterare
 1:e socialsekreterare
 Försörjningsstödshandläggare
 1:e handläggare
 Enhetschef myndighet
 Enhetschef uppdragstagarenheten

Enhetschef försörjningsstödsenheten
 Verksamhetschef myndighet
 Enhetschef i verkställighet
 Verksamhetschef administrativt stöd
 Rektor
 Boendesamordnare
 Ordförande i Antagningsråd
 Särskild utsedd handläggare*
 Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

Delegat inom Socialnämnden

Ordförande
 Individ- och myndighetsutskott
 Socialsekreterare (barnsekreterare likställs med socialsekreterare)
 1:e socialsekreterare (1:e barnsekreterare likställs med 1:e socialsekreterare)
 Handläggare
 1:e handläggare
 Familjerättssekreterare
 Familjerättsassistent
 Familjehemssekreterare
 Alkoholhandläggare
 Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd
 Restauranginspektör
 Avgiftshandläggare
 Enhetschef myndighet
 Enhetschef mottagningsenheten
 Enhetschef utredningsenhet uppdragstagare
 Enhetschef familjehemsenheten
 Enhetschef socialjour
 Enhetschef förebyggande enheten
 Enhetschef utredningsenheten Barn
 Enhetschef utredningsenheten Ungdom
 Enhetschef utredningsenhet Vuxna
 Enhetschef Livsmedel och tillstånd
 Enhetschef våld i nära relation
 Särskild utsedd handläggare*
 Särskild utsedd tjänsteman enligt namnförteckning**
 Socialsekreterare socialjour
 Delegat vid ursprungsbeslut – Syftar till nivå på delegationen och är inte personbundet

* "Särskild utsedd handläggare" utses av verksamhetschef eller annan överordnad chef

** "Särskild utsedd tjänsteman" utses av Socialnämnd

Gemensamt för Omvårdnadsnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden och Socialnämnden

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Ordförandebeslut				
1.1	Beslut på nämndens vägnar i ärende som är så brådskande, att nämndens avgörande inte kan avvaktas	6 kap. 39 § kommunal-lagen	Ordförande i Socialnämnden, Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	
2. Avtal				
2.1	Tecknande av sektorsövergripande avtal		Sektorchef	Motsvarar firmatecknare Ersättare: ekonomichef och biträdande sektorchef
2.2	Tecknande av avtal med externa utförare av verksamhet		Biträdande sektorchef	Driftsentreprenads avtal (LOU) ramavtal (LOU) och avtal om att bli extern utförare enligt LOV
2.3	Tecknande samverkansavtal eller förlängning av pågående avtal med kommuner, regioner samt motsvarande		Sektorchef	Kan även gälla kommuner eller motsvarande och myndigheter i utlandet
2.4	Teckna överenskommelse om ersättning vid skadeståndsanspråk från enskild upp till 25 000 kr		Säkerhetssamordnare	Verkställs genom utanordning via dagbokföringen
3. Handläggning				
3.1	Beslut att avskriva eller avvisa ärende		Enhetschef inom handläggning 1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
3.2	Beslut i sakfrågan, vid ansökan, när utredning inte kan genomföras		Enhetschef inom handläggning	
3.3	Anmälan till överförmyndaren när behov av god man, förmyndare eller förvaltare föreligger, samt när sådant behov upphör	Socialtjänst-förordningen 5 kap 3 § LSS 15 § 6 st.	Enhetschef i verkställighet* Socialsekreterare Försörjningsstöds-handläggare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	*Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
3.4	Beslut att avvisa ombud och biträde då skäl föreligger	14 § Förvaltningslagen	Socialekreterare Försörjningsstöds- handläggare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
3.5	Föreläggande att styrka ombudets behörighet	15 § Förvaltningslagen	Socialekreterare Försörjningsstöds- handläggare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
4. Avskrivning av skuld				
4.1	Beslut om nedskrivning av eller befrielse från skuld avseende debiterad avgift till enskild	8 kap 1–2 §§ SoL 9 kap 4 § SoL	Ekonomichef	
5. Överklagande				
5.1	Yttrande med anledning av överklagande av delegats beslut		Delegat i ursprungsbeslut Jurist	I första hand delegat i ursprungsbeslut
5.2	Omprövning vid överklagande av beslut	46 § Förvaltningslagen	Delegat i ursprungsbeslut	
5.3	Beslut om avvisning av för sent inkommen överklagan	45 § Förvaltningslagen	Delegat i ursprungsbeslut	Beslutet benämns rättidsprövning
5.6	Prövning vid jävsinvändning	16–18 §§ Förvaltningslagen	Enhetschef inom handläggning	
5.7	Beslut att begära eller att ej begära prövningstillstånd samt beslut att överklaga eller att ej överklaga domstolsbeslut till förvaltningsrätt och kammarrätt		Enhetschef inom handläggning Individ- och myndighetsutskott*	*Individ- och myndighets- utskottet har beslutanderätt i egna fattade beslut
5.8	Beslut att begära prövningstillstånd till Högsta Förvaltningsdomstolen		Kontorschef Individ- och myndighetsutskott*	*Individ- och myndighets- utskottet har beslutanderätt i egna fattade beslut
5.9	Beslut om föreläggande för en enskild att avhjälpa en brist i en framställning	20 § Förvaltningslagen	Delegat i ursprungsbeslut	
5.10	Beslut att avslå begäran om att avgöra ett ärende	12 § Förvaltningslagen	Enhetschef inom handläggning	
5.11	Yttrande vid överklagan om beslut enligt punkt 5.10		Enhetschef inom handläggning	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
5.12	Beslut om begäran om inhibition	28 § Förvaltnings- processlagen	Enhetschef inom handläggning Kontorschef Individ- och myndighetsutskott*	* Individ- och myndighets- utskottet har beslutanderätt i egna fattade beslut
6. Fullmakt / ombud				
6.1	Beslut att företräda nämnden i domstol i ärenden som rör enskild, eller beslut att utse ombud i sådana fall	10 kap 2 § SoL	Enhetschef Jurist	
6.2	Beslut om fullmakt att företräda nämnden i övriga mål och ärenden, eller beslut att utse ombud i sådana fall	10 kap 2 § SoL	Kontorschef Jurist	
6.3	Utfärdande av fullmakt och kvittens av ankommande värdepast		Sektorchef	Ersättare: Biträdande sektorchef
6.4	Utfärdande av rättegångsfullmakt i tvistemål	12 kap. 8 § rättegångsbalk en	Sektorchef	Ersättare: Biträdande sektorchef
7. Yttranden				
7.1	Yttrande till överförmyndare eller tingsrätt angående förordnande av god man eller förvaltare	11 kap 16 § Föräldrabalken	Socialekreterare Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS Enhetschef i verkställighet*	*Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag
7.2	Yttranden avseende - sådant som inte är reglerat i besluts- och delegationsförteckningen i övrigt, - direktbesvarande till myndigheter i ärenden ställd till nämnd* - remissvar - övriga elevärenden, samt - myndighetsbeslut och övriga överklaganden.		Kontorschef	*Beslut om att remisser ställd till nämnd ska hanteras av tjänstemannaorga nisationen sker i samråd med ordförande.
7.3	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och övriga tillsynsmyndigheter (exempelvis: Skolinspektionen, Diskrimineringsombudsmannen och Justitiekanslern) som rör individärenden	13 kap 5 § SoL	Ordförande i Socialnämnden, Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	Yttranden till Justitie- ombudsmannen beslutas alltid av nämnd
7.4	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och domstol gällande ej verkställda gynnande beslut	16 kap 6a § SoL	Ordförande i Socialnämnden, Omvårdnadsnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
8. Allmänna handlingar och sekretess				
8.1	Fatta överklagbart beslut att inte lämna ut journaler och handlingar som härrör från verksamhet enligt SoL, LSS, LVU och LVM	2 kap 1 och 2 §§ i Tryckfrihetsförordningen, 6 kap. 3-4 § samt 10 kap 4, 13-14 §§ i Offentlighets- och sekretesslagen	Enhetschef Enhetschef i verkställighet*	*Externa utförare ansvarar för begäran om utlämnande av upprättad handling under pågående tjänsteköp, enligt gällande lagstiftning HSL, SoL, LSS eller likalydande lagstiftning utifrån sitt uppdrag *Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag Utelämnande av allmän handling är verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande
8.2	Fatta överklagbart beslut om att inte lämna ut allmän handling till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild	2 kap. 1 och 15 § Tryckfrihetsförordningen, tillämpliga lagrum i Offentlighets- och sekretesslagen	Sektorchef* Kontorschef	*Gäller handlingar som ej härrör till ett kontor Utlämnande av allmän och offentlig handling är verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande
9. Externa köp				
9.1	Beslut om köp av tjänst i annan kommun eller enskild verksamhet inom ramavtal samt undertecknande av placeringskontrakt		Enhetschef inom handläggning	
9.2	Beslut om köp av tjänst i annan kommun eller enskild verksamhet utom ramavtal samt undertecknande av placeringskontrakt		Verksamhetschef myndighet	
10. Personuppgifter				
10.1	Befogenhet att underteckna personuppgiftsbiträdesavtal för den personuppgiftsansvariges del	Art. 28 GDPR	Biträdande sektorchef	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
10.2	Beslut att inte anmäla en personuppgiftsincident till tillsynsmyndigheten när det är osannolikt att personuppgiftsincidenten medför en risk för fysiska personers rättigheter och friheter	Art. 33.1 GDPR	Dataskyddssamordnare	
10.3	Beslut att helt eller delvis avslå den registrerades begäran eller inte vidta åtgärder med anledning av begäran	Art. 12, Art. 15-22 GDPR	Dataskyddssamordnare	Avser rätten till tillgång (registerutdrag), rätten till rättelse och radering, rätten att bli bortglömd, rätten till begränsning av behandling, rätten till dataportabilitet, rätten att göra invändningar och automatiserat beslutsfattande
10.4	Beslut att förlänga tiden för tillhandahållande av information till den registrerade vid komplicerad begäran, maximalt ytterligare två månader	Art. 12.3 GDPR	Dataskyddssamordnare	
10.5	Beslut att ta ut en avgift vid uppenbart ogrundade och orimliga begäranden från den registrerade	Art. 12.5 a-b GDPR	Dataskyddssamordnare	
11. Smittskyddslag				
11.1	Lämna upplysningar till smittskyddsläkare efter underrättelse från denne	6 kap 11 § Smittskyddslagen	Enhetschef inom handläggning och verkställighet 1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
11.2	Anmäla till smittskyddsläkare om den smittade inte följer de meddelade förhållningsreglerna	6 kap 12 § Smittskyddslagen	Enhetschef inom handläggning och verkställighet 1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
12. Lex Sarah				
12.1	Beslut att anmäla ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till Inspektionen för vård och omsorg	14 kap 7 § SoL 24 f § LSS	Socialt ansvarig samordnare	Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag
12.2	Beslut att avsluta Lex Sarah-utredning	14 kap 6 SoL 24 e § LSS	Socialt ansvarig samordnare	Gäller ej externa utförare, då de har eget ansvar enligt lag

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
13. Övrigt				
13.1	Beslut om avvikelse från gällande besluts- och delegationsförteckning (t ex för vikarierande och nyanställd socialsekreterare, handläggare, försörjningsstödshandläggare, biståndshandläggare)		Delegatens överordnade chef	Avser endast möjligheten att minska beslutanderätten. Vidaredelegation utöver delegationsförteckningen är ej tillåtet
13.2	Anmälan om bidragsbrott	6 § Bidragsbrottslag	Enhetschef inom försörjningsstöd Enhetschef myndighet	Gäller bara vid utbetalningar till enskild, enligt lag
13.3	Beslut att begära utdrag ur belastningsregistret och/eller misstankeregistret		Enhetschef Socialsekreterare Familjehemssekreterare Familjerättssekreterare Samordnare utredningsenhet uppdragstagare	I de verksamheter där det är lagstyrt
13.4	Under löpande år besluta om förändringar av mottagningsattester och beslutsattester		Sektorchef	
13.5	Beslut om bidrag - ur fonder till enskilda upp till 25 % av basbelopp samt - till föreningar med verksamhet i överensstämmelse med fondvillkoren		Ekonomichef	Ersättare: Verksamhetschef Planering analys och utvärdering
13.6	Anmälan och ändringar i Omsorgsregistret (IVO)	7 kap 1 § SoL 23 § LSS	Särskild utsedd handläggare	
13.7	Utföra redaktionella ändringar i besluts- och delegationsförteckningen		Sektorchef	Avser endast redaktionella ändringar, ej ändringar i sak
13.8	Besluta om att hos Kronofogdemyndigheten ansöka om handräckning eller att hos allmän domstol ansöka om stämning i ärenden om avhysning av hyresgäst		Jurist	

Specifikt för Omvårdnadsnämnden

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Avgiftshandläggning				
ON 1.1	Beslut om avgift inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde	8 kap. 2–9 §§ SoL	Avgiftshandläggare	
ON 1.2	Beslut om individuellt tillägg avseende kostnad för – dubbelt boende – arvode till god man – övriga utgifter	8 kap. 2–9 §§ SoL	Avgiftshandläggare	
2. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL				
ON 2.1	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.2	Beslut om bistånd i form av vård- och omsorgsboende	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.3	Beslut om rätten till medboende	4 kap. 1 c § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.4	Beslut om bistånd i form av trygghetstelefon	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.5	Beslut om bistånd i form av dagverksamhet	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.6	Beslut om bistånd i form av resursplats	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef Myndighet	
ON 2.7	Beslut om bistånd i form av avlösningsvistelse	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	
ON 2.8	Beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	Utföraren sätter in akuta och nödvändiga insatser (även vak) som uppkommer under obekvämt arbetstid, men runt hemsjukvårdspatienter godkänner konsultsjuksköterska under obekvämt arbetstid att akut behov av vak sätts in.
ON 2.9	Beslut om insatser enligt förenklat beslutsfattande utifrån fastställda kriterier	4 kap. 2 a § SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
ON 2.10	Beslut om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL vid flytt från annan kommun	2 a kap. 8–9 §§ SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	Beslutet benämns förhandsbesked
ON 2.11	Beslut om bistånd med kontaktperson a) upp till 20 timmar/månad	4 kap. 1 § och 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	
	b) utöver 20 timmar/månad	4 kap. 1 § SoL 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	

3. Hälso- och sjukvård

ON 3.1	Beslut om att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla vissa allvarliga skador i hälso- och sjukvården	3 kap. 5 § Patientsäkerhetslagen 4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig Sjuksköterska Medicinsk ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
ON 3.2	Beslut om rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinsk ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
ON 3.3	Beslut om att utse ansvarig sjuksköterska för läkemedelsförråd och läkemedelsrekvisition inom särskilda boendeformer samt hemsjukvård	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
ON 3.4	Undertecknande av samverkansavtal för läkarmedverkan	16 kap. 1 § HSL	Verksamhetschef HSL	
ON 3.5	Beslut om anmälan av legitimerad personal som kan utgöra fara för patientsäkerheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).	3 kap. 7 § Patientsäkerhetslagen (2010:659)	Biträdande sektorchef	
ON 3.6	Anmälan och revidering i vårdgivarregistret (IVO)	2 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659)	Särskild utsedd handläggare	
ON 3.7	Yttranden till patientnämnd		Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)	

4. Allmänna handlingar och sekretess

ON 4.1	Fatta överklagbart beslut om att inte lämna ut journaler och handlingar som härrör från verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen	2 kap. 1 och 2 § i Tryckfrihetsförordningen, 6 kap. 3–4 § samt 10 kap. 4, 13–14 §§ i Offentlighets- och sekretesslagen 8 kap. 2 i Patientdatalagen	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinskt ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad. Utlämnande av allmän handling är verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande
---------------	---	---	---	---

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
5. Övrigt				
ON 5.1	Undertecknande samt uppsägning av andrahandskontrakt vid uthyrning av lägenhet i vård- och omsorgsboende		Enhetschef i verkställighet Boendesamordnare*	*Gäller bara vid driftsentreprenader

Specifikt för Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Sid 68(317)

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS				
AFN 1.1	Beslut om personkretstillhörighet	1 och 7 §§ LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.2	Beslut om biträde av personlig assistent	9 § 2 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.3	Beslut om ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans utöver assistansersättning	9 § 2 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.4	Beslut om ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans	9 § 2 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.5	Beslut om merkostnad för sjuklön	9 § 2 p. LSS	Administratör LSS	
AFN 1.6	Beslut om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 p. till annan än den ersättningsberättigade	11 § LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.7	Beslut om att kräva återbetalning vid felaktig ekonomisk ersättning enligt 9 § 2 p. LSS	12 § LSS	Enhetschef myndighet	
AFN 1.8	Beslut om ledsagarservice	9 § 3 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.9	Beslut om biträde av kontaktperson a) upp till 20 timmar/månad	9 § 4 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
	b) över 20 timmar/månad	9 § 4 p. LSS	Enhetschef myndighet	
AFN 1.10	Beslut om arvode och omkostnadsersättning utöver nämndens fastställda princip		Enhetschef rekryteringsenhet uppdragstagare	Princip fastställd i 19AFN64, se rutin för ersättning till uppdragstagare (VG-RUT-S-5806)
AFN 1.11	Beslut om avlösarservice i hemmet	9 § 5 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.12	Beslut om korttidsvistelse utanför hemmet	9 § 6 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.13	Beslut om korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov	9 § 7 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.14	Beslut om boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet	9 § 8 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.15	Beslut om bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	9 § 9 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.16	Beslut om daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig	9 § 10 p. LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
AFN 1.17	Fastställande av avgift från förälder i samband med placering av barn	20 § LSS, 6 kap. 2–4 §§ SFS	Avgiftshandläggare	
AFN 1.18	Beslut om att nämnden ska uppbära underhållsstöd	20 § LSS 18 kap. 19 § Socialför- säkringsbalken	Avgiftshandläggare	
AFN 1.19	Upprättande av individuell plan vid begäran från den enskilde	10 § LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	
AFN 1.20	Beslut om bistånd enligt 9 § LSS vid flytt från annan kommun	16 § LSS	Biståndshandläggare SoL/LSS	Beslutet benämns förhandsbesked
AFN 1.21	Beslut om bistånd med kontaktperson	4 kap. 1 § och 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	
	a) upp till 20 timmar/månad			
	b) utöver 20 timmar/månad	4 kap. 1 § SoL 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	

2. Vuxenutbildning

AFN 2.1	Mottagande av elev till grundläggande vuxenutbildning	20 kap. 13 § och 2 st 14 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.2	Beslut om behörighet till utbildning på gymnasial nivå	20 kap 20 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.3	Beslut om samt yttrande över interkommunal ersättning inom gymnasial vuxenutbildning; a) Vid beviljande	20 kap. 21 § Skollagen	Rektor	
	b) Vid avslag	20 kap. 21 § Skollagen	Ordförande i antagningsråd	Ersättare: vice ordförande
AFN 2.4	a) Mottagande av elev till gymnasial utbildning	20 kap. 22 § Skollagen	Rektor	
	b) Antagning av elev till gymnasial utbildning	20 kap. 23 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.5	Mottagande av elev till svenska för invandrare	21 kap. 7§ Skollagen	Rektor	
AFN 2.6	a) Mottagande av elev till särskild utbildning för vuxna	21 kap. 7 § Skollagen	Rektor	
	b) Antagning av elev till särskild utbildning för vuxna	21 kap. 7 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.7	Beslut om vilka nationella kurser som ska ges	2 kap. 9 § Förordning för vuxen-utbildning	Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.8	Beslut om vilka kurser eller delkurser som ska anordnas	2 kap. 4 § Förordning för vuxen-utbildning	Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.9	Beslut om dispens avseende underåriga sökande	3 kap 2 § Förordning för vuxenutbildning	Rektor	
AFN 2.10	Beslut om undantag från att utbildningen i svenska för invandrare ska omfatta mindre eller mer än 15 timmars undervisning under en fyraveckorsperiod	20 kap. 24 § Skollagen	Rektor	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
AFN 2.11	Beslut om att utbildning på kursen ska upphöra för elev	20 kap. 9 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.12	Beslut om att låta elev återuppta studier där beslut om att utbildningen ska upphöra efter beslut i enlighet med 2.9 eller efter avstängning	20 kap. 9 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.13	Beslut om avgift för böcker och andra lärmiddel	20 kap. 7 § och 21 kap. 6 § Skollagen	Rektor	
AFN 2.14	Beslut om att en person ska anses ingå i målgruppen som kan ansöka om studiestartsstöd		Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.15	Upprätta plan mot kränkande behandling	6 kap. 6–8 §§ Skollagen	Verksamhetschef vuxenutbildning	
AFN 2.16	Utreda omständigheter och vidta åtgärder avseende kränkande behandling	6 kap. 10 § Skollagen	Rektor	

3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL

AFN 3.1	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare 1:e handläggare Försörjningsstöds- handläggare Biståndshandläggare SoL/psyk och SoL/LSS Särskild utsedd försörjningsstödsad ministratör (se bilaga 2)	
AFN 3.2	Beslut om försörjningsstöd enligt norm + 10 %	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Försörjningsstöds- handläggare Särskild utsedd handläggare Särskild utsedd försörjningsstödsad ministratör (se bilaga 2)	
AFN 3.3	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt upp till 10 % av basbelopp	4 kap. 1–2 §§ SoL	Socialsekreterare Försörjningsstöds- handläggare Särskild utsedd handläggare Särskild utsedd försörjningsstödsad ministratör (se bilaga 2)	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
AFN 3.4	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt upp till 25 % av basbelopp	4 kap. 1–2 §§ SoL	1:e socialsekreterare 1:e handläggare Särskild utsedd försörjningsstödsadministratör (se bilaga 2)	
AFN 3.5	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt upp till ett basbelopp	4 kap. 1–2 §§ SoL	Enhetschef Arbetsmarknad och stöd	
AFN 3.6	Beslut om bistånd till livsföring i övrigt över ett basbelopp	4 kap. 1–2 §§ SoL	Verksamhetschef Arbetsmarknad och stöd	
AFN 3.7	Beslut om återkrav av felaktigt utgivet ekonomiskt bistånd	9 kap. 1 § SoL	Enhetschef Arbetsmarknad & Stöd Särskilt utsedd försörjningsstöds-handläggare (se bilaga 2)	
AFN 3.8	Beslut om bistånd i form av förvaltning av egna medel	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef Arbetsmarknad & Stöd Särskilt utsedd försörjningsstöds-handläggare (se bilaga 2) Särskilt utsedd försörjningsstöds-administratör (se bilaga 2)	
AFN 3.9	Undertecknande samt uppsägning av förstahandskontrakt av lägenhet i serviceboende		Verksamhetschef administrativt stöd Lokalsamordnare	I första hand verksamhetschef administrativt stöd
AFN 3.10	Undertecknande samt uppsägning av andrahandskontrakt vid uthyrning av lägenhet i gruppboende, serviceboende samt gruppboende och serviceboende		Boendesamordnare *	*även vid driftsentreprenad
AFN 3.11	Beslut om bistånd i form av gruppboende och serviceboende	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL/psyk och SoL	
AFN 3.12	Beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet (s k boendestöd och personligt stöd)	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL/psyk och SoL/LSS	Utföraren sätter in akuta och nödvändiga insatser (även vak) som uppkommer under obekvämt arbetstid, men runt hemsjukvårdspatienter godkänner konsultsjuksköterska under obekvämt arbetstid att akut

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
				behov av vak sätts in.
AFN 3.13	Beslut om att avslå ansökan om bistånd i form av kontaktperson	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare SoL/psyk	Beslut om att bevilja bistånd fattas av Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden
AFN 3.14	Beslut om bistånd enligt 4 kap 1 § SoL vid flytt från annan kommun	2 a kap. 8 §§ SoL	Biståndshandläggare SoL, SoL/psyk och SoL/LSS	Beslutet benämns förhandsbesked och avser socialpsykiatri
AFN 3.15	Beslut om bistånd i form av resursplats	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef Myndighet	

4. Dödsbo

AFN 4.1	Dödsboanmälan	20 kap. 8 § Ärvdabalken	Enhetschef Arbetsmarknad & Stöd Särskilt utsedd försörjningsstödshandläggare (se bilaga 2)	
AFN 4.2	Omhändertagande av dödsbo	18 kap. 2 § Ärvdabalken	Enhetschef Arbetsmarknad & Stöd Särskilt utsedd försörjningsstödshandläggare (se bilaga 2)	

5. Övrigt

AFN 5.1	Beslut om kommunalt bostadstillägg enligt kommunfullmäktigebeslut 22 juni 2015		Särskild utsedd handläggare	
AFN 5.2	Beslut i vissa situationer ordna gravsättning enligt begravningslagen	5 kap. 2 § begravningslagen	Enhetschef försörjningsstödsenheten	

6. Hälso- och sjukvård

AFN 6.1	Beslut om att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla vissa allvarliga skador i hälso- och sjukvården	3 kap. 5 § Patientsäkerhetslagen 4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig Sjuksköterska Medicinsk ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
AFN 6.2	Beslut om rutin för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinsk ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
				verksamheter på entreprenad
AFN 6.3	Beslut om att utse ansvarig sjuksköterska för läkemedelsförråd och läkemedelsrekvisition inom särskilda boendeformer samt hemsjukvård	4 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad
AFN 6.4	Yttranden till patientnämnd		Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR)	
AFN 6.5	Fatta överklagbart beslut om att inte lämna ut journaler och handlingar som härrör från verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen	2 kap. 1 och 2 § i Tryckfrihetsförordningen, 6 kap. 3–4 § samt 10 kap. 4, 13-14 §§ i Offentlighets- och sekretesslagen 8 kap. 2 i Patientdatalagen	Medicinskt ansvarig sjuksköterska Medicinskt ansvarig för rehabilitering	Kommunen har ansvar även i externa verksamheter på entreprenad. Utlämnande av allmän handling är verkställighet, menprövning sker alltid vid utlämnande

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
1. Yttranden				
SON 1.1	Yttrande angående undantag från bestämmelserna om förbud för barn under 15 år att medverka vid offentliga tillställningar	21 § Allmänna ordningsstadgan	Enhetschef inom mottagningsenhet, utredningsenheten barn, utredningsenheten ungdom och familjehemsenheten	
SON 1.2	Yttranden i frågor om körkort, trafik kort, flygcertifikat, vapenlicens och hemvärnet		Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen Jurist	
SON 1.3	Yttrande till polismyndigheten om utfärdande av pass för barn under 18 år	3 § Passförordning	Socialsekreterare Familjerättssekreterare	
SON 1.4	Yttrande till allmän domstol om överlämnande till särskild vård för unga	32 kap. 1 § Brottsbalken	Socialsekreterare	
SON 1.5	Yttrande till åklagarmyndighet	Lag med bestämmelser om unga lagöverträdare 11 §	Socialsekreterare	
SON 1.6	Yttrande till allmän domstol då LVM är aktuell	31 kap. 2 § Brottsbalken	Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 1.7	Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och domstol efter beslut att inte ta emot ärende	2a kap. 10–12 §§ SoL	Enhetschef myndighet	
SON 1.8	Yttrande över ansökan om bostadsbidrag till familj där barn vistas i familjehem, bostadstillägg till institution eller till hushåll där någon familjemedlem har en funktionsnedsättning	SFB 93 kap. 2 § resp. 98 kap. 11 §	Socialsekreterare	
2. Övrigt				
SON 2.1	Beslut att socialnämnden i visst fall ska uppbära barnbidrag	16 kap. 18 § Socialförsäkringsbalken	Socialsekreterare	
SON 2.2	Beslut att polisanmäla misstanke om brott rörande barn	10 kap. 21 § Offentlighets- och sekretesslagen	1:e socialsekreterare Socialsekreterare efter 2 år i tjänst	Denna punkt syftar ej till orosanmälan. Orosanmälan är alla anställda skyldiga att göra
SON 2.3	Beslut att inte polisanmäla misstanke om brott mot barn		Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	Denna punkt syftar ej till orosanmälan. Orosanmälan är alla

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
				anställda skyldiga att göra
SON 2.4	Väcka talan om överflyttning av vårdnad	6 kap. 7, 8, 8a och 9 §§ Föräldrabalken	Socialnämnd	Delegeringsförbud enligt lag
SON 2.5	Beslut om framställning till annan kommun om överflyttning av ärende samt ansökan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om överflyttning av ärende	2a kap. 10–12 §§ SoL	Enhetschef handläggning	
SON 2.6	Beslut i fråga om mottagande av ärenden från annan kommun	2a kap. 10–12 § SoL	Enhetschef handläggning	
SON 2.7	Beslut om bidrag (föreningsstöd) till social verksamhet med insatser upp till 50 % av basbelopp per år		Särskild utsedd handläggare	

3. Bistånd enligt socialtjänstlagen, SoL

SON 3.1	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare 1:e handläggare	Enligt 11 kap. 1 a § SoL ska en omedelbar skyddsbedömning göras när anmälan rör barn eller unga. För nämndens utredningsskyldighet enligt 7 § LVM är det tillräckligt att det kan finnas skäl för tvångsvård för att en utredning ska påbörjas, dvs. att det kan antas att förutsättningarna är uppfyllda.
SON 3.2	a) Beslut om att utredning inte ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Enhetschef 1:e socialsekreterare 1:e handläggare Socialsekreterare inom mottagningsenheten* Socialsekreterare inom utredningsenhet ungdom*	*efter 2 år i tjänst
	b) Beslut att utredning inte ska inledas i pågående ärende	11 kap 1 § SoL	Socialsekreterare utredningsenhet barn samt utredningsenhet vuxen	Separat utredning inleds ej, läggs till i pågående utredning.
SON 3.3	Beslut om att utredning inte ska föranleda åtgärd	11 kap. 1 §	1:e socialsekreterare 1:e handläggare Socialsekreterare inom mottagningsenhet*	*efter 2 år i tjänst

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 3.4	a) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd upp till 10 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare	
	b) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd upp till 25 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
	c) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd upp till 50 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef Familjehemsenheten, Utredningsenhet ungdom, Utredningsenhet barn, Utredningsenhet vuxen, Utredningsenhet boende och Enheten våld i nära relation	
	d) Beslut om övrigt ekonomiskt bistånd över 50 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 3.5	Beslut om återkrav av felaktigt utbetalt ekonomiskt bistånd	9 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom handläggning	
SON 3.6	Beslut om återkrav av felaktigt utgivet ekonomiskt bistånd	9 kap. 1 § SoL	1:e socialsekreterare	
SON 3.7	Beslut om bistånd med kontaktfamilj	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare	
SON 3.8	Beslut om bistånd med kontaktperson	4 kap. 1 § och 3 kap. 6 § SoL	Socialsekreterare	
	a) upp till 20 timmar/månad b) utöver 20 timmar/månad	4 kap. 1 § SoL 3 kap. 6 § SoL	Enhetschef myndighet	
SON 3.9	Beslut om arvode och omkostnadsersättning utöver nämndens fastställda princip		Enhetschef inom rekryteringsenhet uppdragstagare och familjehem	Princip fastställd i 19SON149, se rutin för ersättning till uppdragstagare (VG-RUT-S-5806)
SON 3.10	Beslut om öppenvårdsinsatser för barn, ungdom och familj	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare	
SON 3.11	Beslut om förtur till bostad av sociala skäl	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten	
SON 3.12	Beslut om bistånd i form av a) övergångsavtal	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten	
	b) övergångsavtal avseende ensamkommande barn	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenhet vuxen	
SON 3.13	Beslut om bistånd i form av vistelse i jourlägenhet	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten Enhetschef, 1:e socialsekreterare, Socialsekreterare* inom Enheten våld i nära relation	*efter 2 år i tjänst
SON 3.14	Beslut om bistånd i form av vistelse på akutboende	4 kap. 1 § SoL	Handläggare boendeenheten	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 3.15	Beslut om medgivande till vård och sociala insatser	6 kap. 13a Föräldrabalken	Individ- och myndighetsutskott	
SON 3.16	Beslut om förlängning av utredningstid	11 kap. 2 § SoL	Enhetschef inom utredningsenhet barn, utredningsenhet ungdom, mottagningsenhet familjehem och Enheten våld i nära relation	
SON 3.17	Beslut om inskrivning, utskrivning och avvisning på HVB och boendeenheter i egen regi		Föreståndare för hemmet/enhetschef boendeenheterna	
SON 3.18	Beslut om att ta ut ersättning (avgift) från enskild biståndstagare	8 kap. 1–2 §§ SoL	Administratör	
SON 3.19	Fastställande av avgift från förälder i samband med placering av barn	8 kap. 1 § SoL	Särskilt utsedd handläggare	
SON 3.20	Beslut om att nämnden ska uppbära underhållsstöd	18 kap. 19 § Socialför-säkringsbalken	Avgiftshandläggare	
SON 3.21	Framställning till Försäkringskassan om ändring av mottagare för allmänt barnbidrag	16 kap. 18 § Socialför-säkringsbalken	Socialsekreterare Familjehemssekreterare	
SON 3.22	Framställan till CSN om ändring av mottagare för studiebidrag		Socialsekreterare	
SON 3.23	Beslut om uppföljning efter att utredning har avslutats utan beslut om insats	11 kap. 4 a § SoL	1:e socialsekreterare 1:e handläggare	
SON 3.24	Beslut om eftergift	9 kap 4 § SoL	Enhetschef Utredningsenhet vuxen	
4. Insatser för barn och ungdom				
SON 4.1	Beslut om placering i familjehem och HVB för a) barn upp till 18 år	4 kap. 1 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
	b) personer över 18 år	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom utredningsenhet barn, utredningsenhet ungdom, familjehem och mottagningsenhet	
SON 4.2	Medgivande för annat enskilt hem än vårdnadshavare/förälder att ta emot underårig för stadigvarande vård och fostran.	6 kap. 6 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	Gäller vid privatplaceringar
SON 4.3	Beslut om att annat enskilt hem än vårdnadshavaren/förälder får ta emot underårig för stadigvarande vård och fostran.	6 kap. 6 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	Gäller vid socialnämndens placeringar

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 4.4	Beslut om tillfällig placering i kontrakterat jourhem, släkting-/nätverkshem	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom mottagningsenhet, utredningsenhet barn, utredningsenhet ungdom, familjehemsenheten och enheten våld i nära relation	
SON 4.5	a) Beslut om tillfällig placering i upphandlade HVB, upp till 6 månader	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom mottagningsenheten, utredningsenheten barn, utredningsenheten ungdom och familjehemsenheten	För placering utanför avtal, se 9.1 samt 9.2 i den gemensamma delen
	b) Beslut om tillfällig placering i upphandlade HVB för barn upp till 18 år, för placeringar upp till och med 6 månader	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef inom mottagningsenheten, utredningsenheten barn, utredningsenheten ungdom och familjehemsenheten	För placering utanför avtal, se 9.1 samt 9.2 i den gemensamma delen Efter 6 månader ska beslut fattas av individ- och myndighetsutskott
SON 4.6	Beslut att godkänna kontrakterade jourhem	6 kap. 6 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 4.7	Beslut om kostnader vid placering, omplacering eller flyttning från familjehem/institution, med högst 40 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Familjehemssekreterare	
SON 4.8	Beslut om övriga omkostnader till familjehem för extra utrustning, resekostnader med mera med högst 25 % av basbelopp per månad/barn	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare Familjehemssekreterare	
SON 4.9	Beslut om ersättning för förlorad arbetsförtjänst till familjehem	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef familjehemsenheten och utredningsenhet uppdragstagare	
SON 4.10	Beslut om kostnad för personligt stöd i skolan samt resekostnader i samband med placering	4 kap. 1 § SoL 11 § LVU	Enhetschef myndighet	
SON 4.11	Övervägande av vård	6 kap. 8 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 4.12	Övervägande av vårdnadsöverflyttning	6 kap. 8 § 2 st SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 4.13	Kostnader för skador som barn vållar i familjehem och som ej ersätts av hem- och ansvarsförsäkring, med högst 25 % av basbelopp		Säkerhetssamordnare	
SON 4.14	Beslut om ersättning i familjehem upp till högsta nivå inom SKR:s rekommendationer		Familjehemssekreterare inom utredningsenhet uppdragstagare och familjehemsenheten	
SON 4.15	Beslut om resursfamilj för familjehemsplacerade barn		Familjehemssekreterare inom rekryteringsenheten och familjehemsenheten	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 4.16	Beslut gällande umgängesresor efter vårdnadsöverflytt till tidigare familjehem		Familjehemssekreterare	
SON 4.17	Beslut om bistånd i form av stödboende	4 kap. 1 § SoL	Socialekreterare	
5. Insatser för vuxna				
SON 5.1	Beslut om bistånd i form av a) familjehem	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen	
	b) HVB	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen Enhetschef våld i nära relation	
SON 5.2	Beslut om anhörigvecka till en kostnad av maximalt 15 000 kr/tillfälle	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen	
SON 5.3	Beslut om bistånd i form av stödboende	4 kap. 1 § SoL	Socialekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 5.4	Beslut om bistånd i form av träningslägenhet	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten boende	
SON 5.5	a) Beslut om bistånd i form av tillsynsboende	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen	
	b) Beslut om jourplacering på tillsynsboende	4 kap 1 § SoL	Socialekreterare utredningsenhet vuxen Enhetschef utredningsenhet boende	
SON 5.5	Beslut om bistånd i form av jourplacering på tillsynsboende	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen och utredningsenhet boende	
SON 5.6	Beslut om bistånd i form av öppenvård	4 kap. 1 § SoL	Socialekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen Enhetschef, 1:e socialsekreterare, Socialsekreterare inom Enheten våld i nära relation	
SON 5.7	Beslut om placering i skyddat boende	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef utredningsenheten vuxen, mottagningsenhet och enheten våld i nära relation	
6. Lag om särskilda bestämmelser för vård av unga, LVU				
SON 6.1	Beslut om ansökan till förvaltningsrätt om vård enligt LVU	4 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	Delegeringsförbud
SON 6.2	Beslut om omedelbart omhändertagande	6 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.3	Beslut om omedelbart omhändertagande då individ- och	6 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
	myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas			
SON 6.4	Beslut om omedelbart omhändertagande	6a § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.5	Beslut om omedelbart omhändertagande, när svensk domstol inte är behörig att besluta om beredande av vård enligt LVU då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	6a § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt
SON 6.6	Begäran om förlängd utredningstid vid 6 § LVU	8 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.7	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra	9 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.8	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	9 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt, vid eget beslut enligt 6 § LVU
SON 6.9	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra	9a § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.10	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	9b § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt, vid eget beslut enligt 6a § LVU
SON 6.11	Begäran om förlängd utredningstid vid 6a § LVU	9a § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.12	Beslut om hur vården ska ordnas och om var den unge ska vistas	11 § 1, 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.13	Beslut om hur vården ska ordnas och om var den unge ska vistas då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	11 § 3 st LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt till SON 6.12
SON 6.14	Beslut rörande den unges förhållanden i den mån beslutet ej är att hänföra till 11 § 1 och 2 st LVU	11 § 4 st LVU	Socialsekreterare	
SON 6.15	Övervägande av vård med stöd av 2 § LVU	13 § 1 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.16	Övervägande av vårdnadsöverflyttning	13 § 3 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.17	Omprövning av vård med stöd av 3 § LVU	13 § 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.18	a) Beslut om rätt till umgänge eller beslut om att vistelseort inte ska röjas för vårdnadshavare	14 § 2 st LVU	Socialnämnd	
	b) I brådskande fall då nämndens beslut ej kan avvaktas	14 § 2 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.19	Övervägande av beslut beträffande umgänge eller hemlighållande av vistelseort	14 § 3 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 6.20	Beslut om att vård enligt LVU ska upphöra	21 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.21	Beslut om - särskild kontaktperson - deltagande i öppenvårdsbehandling	22 § 1, 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.22	Beslut att utse och entlediga kontaktperson	22 § 1, 2 st LVU	Socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten barn och utredningsenheten vuxen	
SON 6.23	Ansökan hos förvaltningsrätt om flyttningsförbud	24 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.24	Övervägande av om flyttningsförbud fortfarande behövs	26 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.25	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud	27 § LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.26	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud	27 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt till SON 6.25
SON 6.27	Beslut om att tillfälligt flyttningsförbud ska upphöra	30 § 2 st LVU	Individ- och myndighetsutskott	
SON 6.28	Beslut om den unges umgänge med vårdnadshavare efter beslut om flyttningsförbud eller tillfälligt flyttningsförbud	31 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.29	Beslut om biträde av polis för att genomföra läkarundersökning	43 § 1 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SON 6.30	Beslut om att begära biträde av polis för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande	43 § 2 st LVU	Särskild utsedd tjänsteman enligt bilaga 1	
SON 6.31	Beslut om ansökan om utreseförbud	31 b § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.32	Beslut om omprövning och upphörande av utreseförbud	31 c § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.33	Beslut om tillfälligt utreseförbud	31 d § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.34	Beslut om tillfälligt utreseförbud när socialnämndens individ- och myndighetsutskotts beslut ej kan avvaktas	31 d § LVU	Ordförande i socialnämnden, särskilt förordnad ledamot	Se § 160 2020-08-25
SON 6.35	Beslut om upphörande av tillfälligt utreseförbud	31 g § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 3.36 6.36	Beslut om upphörande av tillfälligt utreseförbud när socialnämndens individ- och myndighetsutskotts beslut ej kan avvaktas	31 g § LVU	Ordförande i Socialnämnden, särskilt förordnad ledamot	Se § 160 2020-08-25
SON 6.37	Beslut om undantag från utreseförbud	31 i § LVU	Socialnämndens individ- och myndighetsutskott	
SON 6.38	Beslut om läkarundersökning, läkare och plats för läkarundersökning	32 § LVU	Enhetschef	

7. Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

SON 7.1	Beslut om att inleda utredning då man fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård	7 § LVM	1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen Socialsekreterare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenheten	
SON 7.2	Beslut att avsluta LVM-utredning utan åtgärd	7 § LVM	Enhetschef utredningsenhet vuxen	
SON 7.3	Beslut om läkarundersökning och utse läkare för undersökning	9 § LVM	1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen Socialsekreterare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenhet	
SON 7.4	Beslut om att ansöka om tvångsvård enligt LVM	11 § LVM	Individ- och myndighetsutskott	
SON 7.5	Beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare	13 § LVM	Individ- och myndighetsutskott	
SON 7.6	Beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	13 § LVM	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt till SON 7.5
SON 7.7	Beslut om upphävande av omedelbart omhändertagande	18 b § LVM	Individ- och myndighetsutskott	
SON 7.8	Beslut om upphävande av omedelbart omhändertagande då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	18 b § LVM	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt till SON 7.7
SON 7.9	Samråd och planering av vården	26, 28 §§ LVM	Socialsekreterare	
SON 7.10	Beslut om begäran av biträde av polis för genomförande av läkarundersökning	45 § 1 st LVM	Enhetschef 1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenhet	
SON 7.11	Beslut om begäran om biträde av polis för inställelse till vårdinstitution	45 § 2 st LVM	Enhetschef 1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen och mottagningsenhet	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 7.12	Yttrande till åklagare vid åtalsprövning	46 § LVM	1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 7.13	Yttrande till allmän domstol då den som begått brottslig gärning kan bli föremål för LVM-vård	31 kap. 2 § Brottsbalken	1:e socialsekreterare 1:e handläggare inom utredningsenheten vuxen	
SON 7.14	Beslut om egenavgift vid placering i HVB	8 kap. 1 § SoL 6 kap. 1 § SFS	1:e socialsekreterare 1:e handläggare Socialsekreterare	
8. Familjerättsärende				
SON 8.1	Yttranden enligt namnlag	45 § Namnlagen	Familjerättssekreterare	
SON 8.2	Godkännande av bekräftelse av faderskap/föräldraskap	1 kap. 4, 9 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare Familjerättsassistent	
SON 8.3	Inleda och avsluta faderskaps-/föräldraskapsutredning	2 kap. 1, 4–6, 8-9 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare Familjerättsassistent	
SON 8.4	Beslut att väcka och föra talan i mål om faderskap/föräldraskap	3 kap. 5-6, 8 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.5	Godkänna avtal om underhållsbidrag för framtiden om betalningsperioder överstiger 3 månader (ej engångsbelopp)	7 kap. 7, 11 §§ Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.6	Godkänna avtal om vårdnad, boende och umgänge	6 kap. 17a § Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.7	Beslut att utse utredare i mål och ärende om vårdnad, boende och umgänge	6 kap. 19 § Föräldrabalken	Enhetschef familjerättsenheten	
SON 8.8	Beslut om kontaktperson för stöd och hjälp i vårdnads- och umgängesärende	4 kap. 1 § SoL 3 kap. 6 § SoL 5 kap. 1 § SoL	Familjerättssekreterare	
SON 8.9	Beslut om samarbetsamtal	4 kap. 1 § SoL 5 kap. 3 § SoL 6 kap. 18 § Föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
SON 8.10	Beslut om överflyttning av faderskapsärende till annan kommun	2 kap. 3 § 2 st Föräldrabalken	Socialnämnd	
SON 8.11	Beslut att inte påbörja utredning eller att lägga ned påbörjad utredning om faderskap	2 kap. 7 § Föräldrabalken	Socialnämnd	
SON 8.12	Samtycke till att adoptionsförfarandet får fortsätta	6 kap. 14 § SoL	Familjerättssekreterare	
SON 8.13	Medgivande att ta emot utländskt barn för adoption	6 kap. 12 § SoL	Individ- och myndighetsutskott	
SON 8.14	Beslut att utse utredare att genomföra en adoptionsutredning	4 kap. 14 § Föräldrabalken	Enhetschef familjerättsenheten	
SON 8.15	Beslut om att lämna upplysningar till rätten som inte innehåller ett ställningstagande i mål och ärenden om vårdnad, boende och umgänge	6 kap. 20 § 2 st. föräldrabalken	Familjerättssekreterare	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 8.16	Beslut om yttrande vid umgänge	6 kap. 15 c § 2 st. föräldrabalken	Familjerättssekreterare	
9. Alkohollag				
SON 9.1	Beviljande av stadigvarande tillstånd till allmänheten eller slutet sällskap	8 kap. 2 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.2	Avslag på stadigvarande tillstånd till allmänheten eller slutet sällskap	8 kap. 2 § Alkohollag	Individ- och myndighetsutskott Socialnämnden	
SON 9.3	Ansökan från konkursförvaltare om serveringstillstånd vid serveringsställe som försatts i konkurs	9 kap. 12 § Alkohollag 8 kap. 2 § Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.4	Serveringstid efter kl. 01.00 till tillfälliga tillstånd för slutna sällskap	8 kap. 19 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.5	Ändring av serveringstid inom den lagstadgade tiden, kl. 11.00 – 01.00	8 kap. 19 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.6	Ändring avseende högre valör på alkoholdryck	8 kap. 2 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.7	Ändring avseende utökad/förändrad serveringsyta	8 kap. 14 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.8	Avskrivning av ärende och beslut i ärende som inte föranleder sanktioner		Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.9	Beslut om tillfälliga tillstånd till allmänheten upp till 2 dagar	8 kap. 2 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.10	Beslut om tillfälliga tillstånd till slutna sällskap	8 kap. 2 § Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.11	Beslut om stadigvarande tillstånd för slutna sällskap vid cateringverksamhet	8 kap. 4 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.12	Godkännande av lokal vid catering	8 kap. 4 § Alkohollag	Alkoholhand-läggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.13	Beslut om permanent stadigvarande tillstånd för servering på gemensam	8 kap. 14 § 2 st Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.14	Beslut om tillfälligt tillstånd för servering på gemensam serveringsyta	8 kap. 14 § 2 st Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.15	Beslut om särskilt permanent stadigvarande tillstånd, för provsmakning vid tillverkningsställe	8 kap. 7 § 2 st Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.16	Beslut om särskilt tillstånd, tillfälligt, för provsmakning vid tillverkningsställe	8 kap. 7 § 2 st Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.17	Beslut om tillfälligt tillstånd för provsmakning vid arrangemang	8 kap. 6 § 1 st 2 p Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.18	Meddelande av villkor för stadigvarande serveringstillstånd		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 9.19	Meddelande av villkor för tillfälligt serveringstillstånd till allmänheten		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.20	Meddelande av villkor för tillfälligt serveringstillstånd till slutet sällskap		Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.21	Anvisningar och information om lag och föreskrifter	8 kap. 9 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.22	Beslut om nedsättning av avgifter i vissa fall	8 kap. 10 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.23	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd på tillståndshavarens begäran	9 kap. 18 § 1 st 1 p Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.24	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd på grund av att den tillståndspliktiga serveringsverksamheten upphört	9 kap. 18 § 1 st 1 p Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.25	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd på grund av att nytt serveringstillstånd meddelats för samma serveringsställe	9 kap. 18 § 1 st 1 p Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.26	Beslut om återkallelse av serveringstillstånd i övriga fall	9 kap. 18 § 1 st 2–3 p Alkohollag	Socialnämnd	Delegeringsförbud
SON 9.27	Beslut om serveringstid efter kl.01.00 vid stadigvarande tillstånd eller tillfälligt tillstånd till allmänheten	8 kap. 19 § Alkohollag	Individ- och myndighetsutskott	
SON 9.28	Beslut om varning	9 kap. 17 § Alkohollag	Individ- och myndighetsutskott	
SON 9.29	Beslut om försäljningsförbud av folköl	9 kap. 19 § Alkohollag	Individ- och myndighetsutskott Socialnämnden	
SON 9.30	Beslut om erinran	9 kap. 17 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.31	Införande av uppgifter, bokföring med mera	9 kap. 13–15 §§ Alkohollag	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.32	Begäran om att få tillträde till lokal	9 kap. 13, 15 §§ Alkohollag	Alkoholhandläggare Restauranginspektör Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.33	Begäran om polishandreckning	9 kap. 9 § Alkohollag	Alkoholhandläggare Restauranginspektör Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 9.34	Överklagande av domar från förvaltningsrätt/kammarrätt	10 kap. 1 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.35	Omrövning av ärende jämlikt § 27 Förvaltningslagen efter överklagande till förvaltningsrätt/kammarrätt	10 kap. 1 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.36	Yttrande till Förvaltningsrätt och Kammarrätt med anledning av överklagande, när yttrandet ligger i linje med det överklagade beslutet	10 kap. 1 § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 9.37	Beslut att polisanmäla vid misstanke om brott mot alkohollagstiftningen		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.38	Beslut om förlängd handläggningstid	5 § Alkohol-förordning	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 9.39	Beslut om kontrollköp	9 kap. 15 a § Alkohollag	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
10. Lotterilag				
SON 10.1	Avge yttrande till Spelinspektionen i tillståndsärenden		Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 10.2	Göra polisanmälan vid misstanke om brott mot lotterilagen		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
11. Lag om handel med vissa receptfria läkemedel				
SON 11.1	Rapportera brister till Läkemedelsverket	21 § lag om handel med vissa receptfria läkemedel	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 11.2	Beslut om kontrollköp	21 a § lag om handel med vissa receptfria läkemedel	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
12. Lag om tobak och liknande produkter				
SON 12.1	Beviljande av tillstånd att bedriva detaljhandel eller partihandel med tobaksvaror	5 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.2	Meddelande av villkor för detaljhandelstillstånd samt partihandelstillstånd	5 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.3	Avslå ansökan om tillstånd att bedriva detaljhandel eller partihandel med tobaksvaror	5 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Individ- och myndighetsutskott Socialnämnden	
SON 12.4	Återkallelse av tobakstillstånd på tillståndshavarens begäran	7 kap. 10 § p 1 Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.5	Återkallelse av tobakstillstånd på grund av att den tillståndspliktiga försäljningsverksamheten upphört	7 kap. 10 § p 1 Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.6	Återkallelse av tobakstillstånd på grund av att nytt tobakstillstånd meddelats för samma försäljningsställe	7 kap. 10 § 1 p Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.7	Återkallelse av tobakstillstånd i övriga fall	7 kap. 10 § 2–4 p Lag om tobak	Socialnämnd	Delegeringsförbud

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
		och liknande produkter		
SON 12.8	Beslut om varning	7 kap. 11 § Lag om tobak och liknande produkter	Individ- och myndighetsutskott	
SON 12.9	Beslut om förbud att sälja elektroniska cigaretter och påfyllnadsbehållare	7 kap. 13 § Lag om tobak och liknande produkter	Individ- och myndighetsutskott Socialnämnden	
SON 12.10	Infordra uppgifter som behövs för tillsynsverksamheten	7 kap. 17 § Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.11	Begära tillträde till lokaler med mera för undersökning	7 kap. 18 § Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.12	Begära handräckning från polis	7 kap. 19 § Lag om tobak och liknande produkter	Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.13	Beslut om kontrollköp	7 kap. 22 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.14	Nedsättning av avgifter i vissa fall	8 kap 1–2 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.15	Avskriva ärende samt beslut i ärende som inte föranleder sanktion		Alkoholhandläggare Miljöinspektör Livsmiljö och tillstånd	
SON 12.16	Meddela föreläggande och förbud utan eller med vite upp till 50 000 kr		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.17	Meddela föreläggande och förbud med vite över 50 000 kr		Individ- och myndighetsutskott	
SON 12.18	Överklaga dom från förvaltningsrätt	9 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.19	Överklaga dom från kammarrätt	9 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.20	Omprövning av beslut efter överklagande av motpart		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	
SON 12.21	Yttrande till förvaltningsrätt eller kammarrätt med anledning av överklagande när yttrandet ligger i linje med det överklagade beslutet	9 kap. 1 § Lag om tobak och liknande produkter	Enhetschef Livsmedel och tillstånd	

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutsrätt	Kommentar
SON 12.22	Göra polisanmälan vid misstanke om brott mot lag om tobak och liknande produkter		Enhetschef Livsmedel och tillstånd	

Specifikt för Socialjouren

Delegerat av Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutanderätt	Kommentar
1. Socialtjänstlagen, SoL				
SJ 1.1	Beslut att polisanmäla misstanke om brott rörande barn	10 kap. 21 § offentlighets- och sekretesslagen	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.2	Beslut i fråga om: försörjningsstöd enligt norm + 10 %	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.3	Beslut i fråga om övrigt bistånd upp till 10 % av basbelopp	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.4	Beslut om förvaltningens egna boenden	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.5	Beslut om att utredning ej ska inledas	11 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.6	Beslut om tillfällig placering i jourhem/nätverkshem	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.7	Beslut om akut placering i HVB	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.8	Beslut om placering i skyddat boende	4 kap. 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 1.9	Beslut om att utredning ska inledas	11 kap 1 § SoL	Socialsekreterare socialjouren	
2. Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU				
SJ 2.1	Beslut om omedelbart omhändertagande	6 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.2	Begäran om förlängd utredningstid vid 6 § LVU	8 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.3	Beslut om omedelbart omhändertagande, när svensk domstol inte är behörig att besluta om beredande av vård enligt LVU då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	6a § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutsrätt
SJ 2.4	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra då individ- och myndighetsutskottets beslut ej kan avvaktas	9b § LVU	Ordförande i socialnämnden	Kompletterande beslutanderätt

	Ärendetyp	Lagrum	Beslutanderätt	Kommentar
SJ 2.5	Beslut om att omedelbart omhändertagande ska upphöra	9 § LVU	Ordförande i socialnämnden	Vid eget beslut enligt 6 § LVU
SJ 2.6	Beslut om hur vården ska ordnas och om var den unge ska vistas	11 § 3 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.7	Beslut rörande den unges förhållanden i den mån beslutet ej är att hänföra till 11 § 1 och 2 st LVU	11 § 4 st LVU	Socialsekreterare socialjour	
SJ 2.8	Beslut om rätt till umgänge eller beslut om att vistelseort ej ska röjas för vårdnadshavare då nämndens beslut ej kan avvaktas	14 § 2 st LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.9	Beslut om tillfälligt flyttningsförbud	27 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.10	Beslut om den unges umgänge med vårdnadshavare efter beslut om flyttningsförbud eller tillfälligt flyttningsförbud	31 § LVU	Ordförande i socialnämnden	
SJ 2.9	Beslut om läkarundersökning, utseende av läkare samt bestämmande av plats för läkarundersökning	32 § LVU	Ordförande	
SJ 2.10	Beslut om biträde av polis för att genomföra läkarundersökning	43 § 1 st LVU	Ordförande	
SJ 2.11	Beslut om att begära biträde av polis för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande	43 § 2 st LVU	Särskild utsedd tjänsteman enligt bilaga 1	

3. Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

SJ 3.1	Beslut om att inleda utredning då man fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård	7 § LVM	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 3.2	Beslut om att inledd utredning ska läggas ned	7 § LVM	Enhetschef socialjour	
SJ 3.3	Beslut om läkarundersökning samt utse läkare för undersökning	9 § LVM	Socialsekreterare socialjouren	
SJ 3.4	Beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare	13 § LVM	Ordförande	Kompletterande beslutsrätt till SJ 3.3
SJ 3.5	Beslut om upphävande av omedelbart omhändertagande	18 b § LVM	Ordförande	
SJ 3.6	Beslut om begäran av biträde av polis för genomförande av läkarundersökning	45 § 1 st LVM	Socialsekreterare socialjouren	

SJ 3.7	Beslut om begäran om biträde av polis för inställelse till vårdinstitution	45 § 2 st LVM	Socialsekreterare socialjouren	
---------------	---	---------------	-----------------------------------	--

Beslutsärende: Boendeplan för särskilt boende för äldre 2022 – 2026 med utblick mot 2035

7

21ON399



Tjänsteskrivelse

2021-11-30

Diarienummer: 21ON399

Handläggare:

Anna Åkerbris
026-17 80 00
anna.akerbris@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Boendeplan för särskilt boende för äldre 2022 – 2026 med utblick mot 2035

Förslag till beslut

Att anta framlagt förslag till boendeplan för särskilt boende för äldre 2022 - 2026 med utblick mot 2035 utifrån nämndens ansvarsområde,

Att hemställa att kommunstyrelsen beslutar vidta erforderliga plan- och genomförandeåtgärder så att beståndet av särskilda boenden kan anpassas enligt den fastställda boendeplanen, samt

Att hemställa att nödvändiga investerings- och driftskostnader förknippade med anpassningen av beståndet av särskilda boenden enligt den fastställda boendeplanen beaktas i kommunens års- och långtidsbudgetar.

Ärendebeskrivning

Välfärd Gävles boendeplan är sektorns förslag på hur beståndet av särskilda boenden för äldre ska anpassas till behovet under aktuell planeringsperiod. Dokumentet utgör också en del i kommunens övergripande budgetarbete samt planering för mark- och planberedskap. Dokumentet omfattar planering utifrån nuvarande och uppskattat behov av särskilda boenden för äldre under planeringsperioden 2022 - 2026 med utblick mot 2035.

Särskilt boende är ett samlingsnamn för de boendeformer som kommunen beviljar enligt Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Särskilt boende för äldre är det som tas upp i denna boendeplan.

Särskilt boende för äldre är en behovsprövad boendeform enligt Socialtjänstlagen. Kommunerna är enligt 5 kapitlet 5 § i Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) skyldiga att tillhandahålla särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd.

Boendeplanen visar att det finns ett förväntat behov av ytterligare vård- och omsorgsboenden fram till år 2035.

Under år 2020 har det inom Gävle kommun byggts två externt drivna, vård- och omsorgsboenden med totalt 174 nya lägenheter, vilket tillsammans med covid-19 inneburit ett överskott på lägenheter i år och även de närmsta åren. Det pågår även ett byggprojekt för ett nytt vård- och omsorgsboende i egen regi i Södra Hemlingby med 80 lägenheter där inflyttning kan ske från 2023, samt en möjlig utbyggnation av vård- och omsorgsboendet Hilleborg med ytterligare 25–30 lägenheter.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Valfärd

VÄLFÄRD GÄVLE

Boendeplan för särskilt boende - för äldre

2022 - 2026 med utblick mot 2035

Omvårdnadsnämnden

Dnr 21ON399
2021-11-30

Boendeplan för särskilt boende
- för äldre
2022 - 2026 med utblick mot 2035
Omvårdnadsnämnden
Dnr 21ON
2021-11-18
Välfärd Gävle, utveckling och stöd
Anna Åkerbris, Boendeplanerare
www.gavle.se

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Bakgrund och definitioner	3
3. Särskilda boenden för äldre – bestånd och nuläge	4
3.1 Vård- och omsorgsboenden	4
3.2 Korttids- och avlösningstvistelse för äldre SoL	6
4. Vård- och omsorgsboenden – behov	6
5. Vård- och omsorgsboenden – utblick mot 2035	8
5.1 Inriktningar på vård- och omsorgsboenden	8
5.2 Påverkande faktorer för behovet av särskilt boende	9

1. Sammanfattning

Sid 98(317)

Särskilt boende är ett samlingsnamn för de boendeformer som kommunen beviljar enligt Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Särskilt boende för äldre är det som tas upp i denna boendeplan.

Särskilt boende för äldre är en behovsprövad boendeform enligt Socialtjänstlagen.

Kommunerna är enligt 5 kapitlet 5 § i Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) skyldiga att tillhandahålla särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd.

Boendeplanen visar att det finns ett förväntat behov av ytterligare vård- och omsorgsboenden fram till år 2035.

Under år 2020 har det inom Gävle kommun byggts två externt drivna, vård- och omsorgsboenden med totalt 174 nya lägenheter, vilket tillsammans med covid-19 inneburit ett överskott på lägenheter i år och även de närmsta åren. Det pågår även ett byggprojekt för ett nytt vård- och omsorgsboende i egen regi i Södra Hemlingby med 80 lägenheter där inflyttning kan ske från 2023, samt en möjlig utbyggnation av vård- och omsorgsboendet Hilleborg med ytterligare 25–30 lägenheter.

2. Bakgrund och definitioner

Välfärd Gävles boendeplan för särskilt boenden för äldre - 2022 - 2026 med utblick mot 2035 - Omvårdnadsnämnden, behandlas och antas av Omvårdnadsnämnden utifrån nämndens ansvarsområden, se nedan;

Särskilt boende för äldre beviljas i form av *vård- och omsorgsboende* enligt 4 kap 1 § SoL och är det som tas upp i denna boendeplan.

Senior- och trygghetsbostäder är boendeformer för äldre i det ordinarie bostadsbeståndet – dessa boendeformer ansvarar inte Omvårdnadsnämnden för.

3. Särskilda boenden för äldre – bestånd och nuläge

Sid 99(317)

3.1 Vård- och omsorgsboenden

Boenden	2021-08-31	2021-08-31	2021-08-31	2021-08-31	2021-08-31
<u>Egen regi</u>	Antal LGH	Antal plomberade LGH eller resurs-LGH	Lediga lägenheter	Somatisk Antal belagda platser	Demens Antal belagda platser
Vallongården	96	2	2	46	48
Fleminggatan	55		3	0	52
Forellplan	124	14	7	61	36
Hilleborg	50		0	34	16
Selggrensgården	62		0	18	44
Furugården (varav 16 platser finsk inriktning)	123		5	60	58
Solberga	36		2	21	13
Ängslyckan	27		0	17	10
Gävle strand	68		1	40	27
Solgårdsgatan	44		6	20	18
Summa egen regi	685	16	26	317	322
<u>LOU upphandlad entreprenad</u>	Antal LGH		Lediga lägenheter	Somatisk Antal belagda platser	Demens Antal belagda platser
6:e Tvärgatan (Vardaga)	54		3	25	26
Stigslund, Tallåsvägen (Vardaga)	40		9	14	17
Vinddraget (Förenade Care)	64		11	26	28
Summa LOU upphandlad entreprenad	158	0	23	65	71
<u>LOU upphandlade lägenheter (köp av plats)</u>	Antal LGH		Lediga lägenheter	Somatisk Antal belagda platser	Demens Antal belagda platser
Södra Centralgatan (Humana med total 88 lgh)	88		2	50	36
Pukslagarvägen (Attendo med totalt 54 lgh)	54		0	19	36
Villa Vallonen (Opalen Vård med totalt 54 lgh)	54		0	0	54
Sätraåsen (Frösunda med totalt 72 lgh)	36		7	5	24
Murégatan (Attendo med totalt 102 lgh)	69		4	31	34
Köp enstaka platser annan kommun	3		0	0	3
Summa LOU upphandlade lägenheter	304	0	13	105	187
Totalt antal lägenheter	1147	16	62	487	580

Antal platser, här ovan, kan överskrida antalet lägenheter eftersom det förekommer parlägenheter – där en lägenhet kan husera två personer (platser)

Nedan redovisas köpta platser i Gävle kommun (ingår även i tabell ovan),
för 2019 - 2021-08-31.

Sid 100(317)

LOU upphandlade lägenheter i Gävle kommun (köp av plats)	2019	2020 2020-12-31	2021 2021-08-31
Södra Centralgatan (Humana)	88	88	88
Pukslagarvägen (Attendo)	23	54	54
Villa Vallonen (Opalen Vård)	54	54	54
Sätraåsen (Frösunda)	-	18	36
Murégatan (Attendo)	-	45	69
Köp enstaka platser annan kommun	1	3	3
Totalt antal lägenheter	166	262	304

I och med det valfrihetssystem som Gävle kommun har, så kan ett önskemål om ett särskilt boendalternativ göra att väntetiden för att få en lägenhet bli lång på de populäraste boendena – annars finns det god tillgång till lägenheter och det finns ej skäl för kö om boendalternativet ej är avgörande för kunden.

Välfärd Gävle har valt att plombera/stänga några lägenheter i boenden som drivs i egen regi, enligt tabell ovan, på grund av överkapaciteten som uppstått utifrån covid-19.

Det är främst personer i enmanshushåll som söker biståndsbeslut för särskilt boende. Då och då söker par gemensamt och bara någon enstaka gång kommer ansökan om medboende.

Det framkommer på beredningar när ärenden lyfts att biståndssökare ofta verkligen har utrett och provat olika lösningar innan det blir aktuellt med ansökan om särskilt boende såsom; dagverksamhet, utökad hemtjänst, kontakt med hälso- och sjukvården för att höra vad som gjorts och vad mer som kan göras, och andra möjliga anpassningar i hemmet. Att bostaden inte är tillgänglighetsanpassad är inte ett ensamt skäl att bevilja bistånd för boende och var och en har ett eget ansvar för att bo på ett tillgängligt sätt.

3.2 Korttids- och avlösningsvistelse för äldre SoL

Sid 101(317)

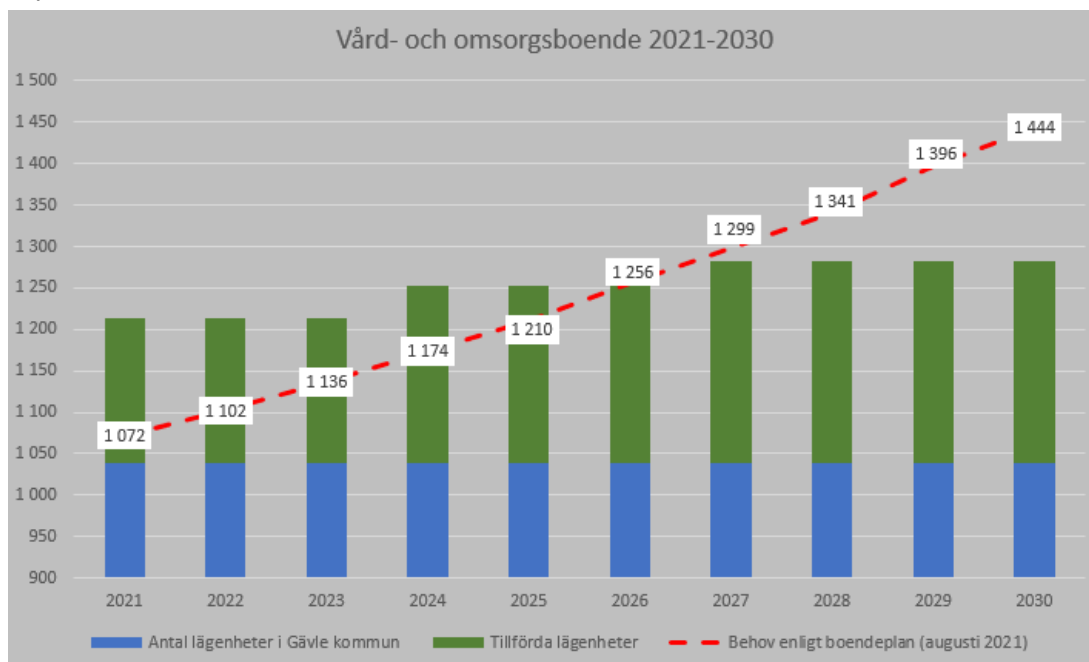
I tabellen nedan framgår antal platser för korttids- och avlösningsvistelse för äldre. Dessa drivs i egen regi.

Platser för korttids- och avlösningsvistelse	2021 Februari	2021 April	2021 Augusti
Bergmästaren (korttids)	-	-	-
Villa Brynäs 1 och 2 (avlösning)	22	20	20
Gävle strand (korttids vård i livets slut)	10	-	-
Totalt antal platser	32	20	20

Korttidsenheten på Gävle strand omorganiserades under februari 2021 till att bli en demensavdelning med tio platser. Efter dessa förändringar finns det nu 20 platser för avlösningsvistelse på Bergmästaren, de så kallade Villorna. Avlösningsvistelsen kommer att flytta till andra verksamhetsanpassade lokaler när hyresavtalet går ut på Bergmästaren.

4. Vård- och omsorgsboenden – behov

Diagrammet nedan beskriver behovet av vård- och omsorgsboenden under perioden 2021 – 2030.



Diagramsbeskrivning:

2020 Attendo byggde 102 lägenheter (Muréngatan)

2020 Frösunda byggde 72 lägenheter (Sätraåsen)

2023 I Södra Hemlingby byggs 80 lägenheter i egen regi. 40 lgh inflyttning 2023 och resterande 2024

2023 En ev. ersättning/avveckling av ett vård- och omsorgsboende

2026 Hilleborg planeras att ev. byggas ut med ytterligare ca 30 lägenheter

Attendo har under 2020 byggt 102 lägenheter på Muréngatan, där Gävle kommun idag använder 69 lägenheter. Även Frösunda har under 2020 byggt nytt och färdigställt totalt 72 lägenheter i Sätra (Sätraåsen), där Gävle kommun idag använder 36 lägenheter.

I Södra Hemlingby pågår ett projekt för uppförande av ett nytt vård- och omsorgsboende med 80 lägenheter, med inflyttning 2023 och 2024. Sid 102(317)

Det pågår även en utredning kring en eventuell utbyggnad av det befintliga vårdboendet Hilleborg, Hille, med ytterligare en våning, vilket ger mellan 25–30 extra lägenheter, vilket ger totalt 75–80 lägenheter på Hilleborg till år 2026–2027.

Det pågår en utredning kring en eventuell ersättning av ett befintligt vård- och omsorgsboende, för att få ett bättre anpassat boende för verksamheten.

Utöver redan planerade, nya boenden, enligt ovan, kommer ytterligare tillskott av vård- och omsorgsboende behövas år 2027 med ca 15 lägenheter. Om ingen förändring i lägenhetsbeståndet sker till år 2028 beräknas underskottet då ha ökat till över 60 lägenheter. År 2030 beräknas underskottet till ca 160 lägenheter. Det motsvarar två nya vård- och omsorgsboenden.

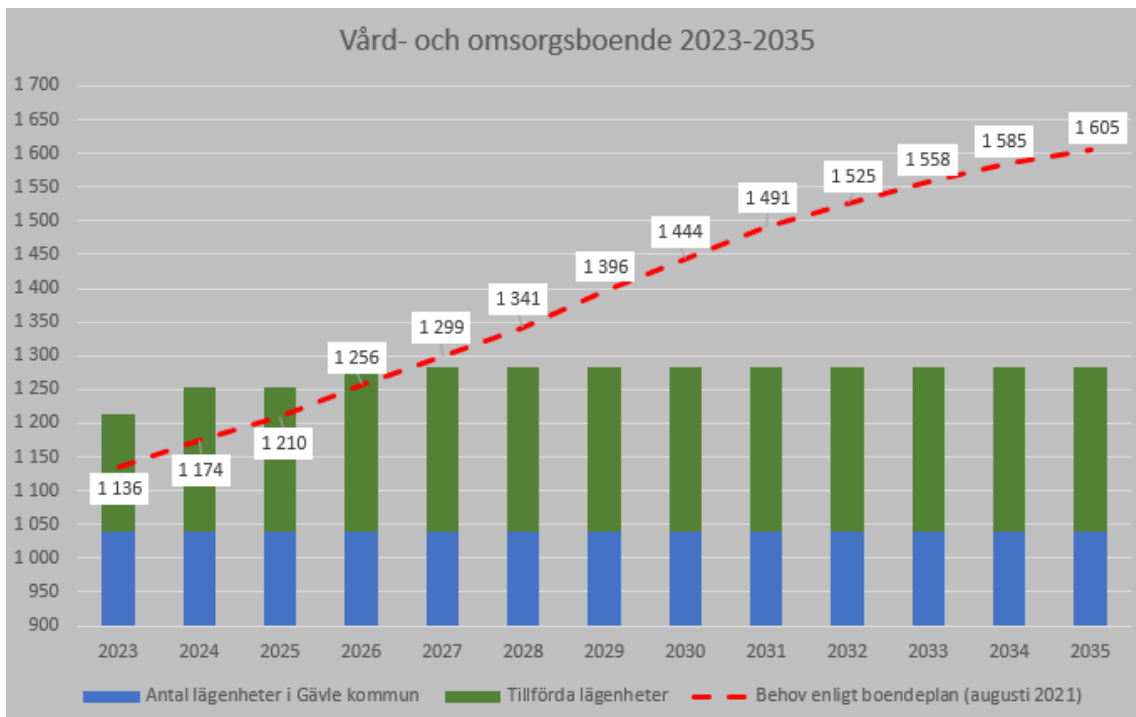
Hagatröm är ett intressant område att förlägga ett framtida vård- och omsorgsboende i för att tillgodose behov i Forsbacka-Valbo-Hagatröm. Kommunen har också för östra delen av Gavlehov, strax norr om Gävletravet, detaljplanenlagt för ett eventuellt vård- och omsorgsboende om 60 lägenheter. Med tanke på områdesfördelningen av befolkning som kan komma att få behov av vård- och omsorgsboende, så är tomter för ändamålet på Norra Brynäs, Nynäs, Söder eller Näringen även intressanta. En extern aktör har begärt en detaljplaneändring i Strömsbro, för att bygga ett vård- och omsorgsboende med 60 lägenheter.

5. Vård- och omsorgsboenden – utblick mot 2035

Sid 103(317)

Diagrammet nedan beskriver tillgången på vård- och omsorgsboenden i förhållande till beräknat behov från 2023 och med utblick mot 2035.

Prognosen visar idag på att det år 2035 finns ett underskott av 320 lägenheter om inga ytterligare vård- och omsorgsboende tillskapas.



Diagramsbeskrivning:

2020 Attendo byggde 102 lägenheter (Muréngatan)

2020 Frösunda byggde 72 lägenheter (Sätraåsen)

2023 I Södra Hemlingby byggs 80 lägenheter i egen regi. 40 lgh inflyttning 2023 och resterande 2024

2023 En ev. ersättning av ett vård- och omsorgsboende

2026 Hilleborg planeras att ev. byggas ut med ytterligare ca 30 lägenheter

5.1 Inriktningar på vård- och omsorgsboenden

I nuläget bedömer Valfärd Gävle att det fortsatt behöver vara en 50/50 procentuell fördelning av enheter för demens och somatiska besvär vid nybyggnation.

Det kommer även framåt finnas behov för olika sorters profilboenden eller boenden med inriktning på särskilda enheter såsom äldrepsykiatri, och alkoholdemens.

Valfärd Gävle behöver också ta höjd för att det på sikt kommer ett ökat behov av språk och kulturinriktning, utifrån en förändrad befolkningsstruktur, med högre andel äldre som är utlandsfödda. Det kommer att vara särskilt viktigt att få tillgång till äldreomsorg på modersmålet för äldre som drabbats av en stroke eller en kognitiv nedsättning och därför förlorat språk de lärt sig i vuxen ålder.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom konstateras att personcentrerad vård bland annat innebär att vården och omsorgen särskilt ska beakta behov relaterade till att personer har annan kulturell och språklig bakgrund.

Enligt Socialstyrelsen beräknas medellivslängden, fram till år 2070, öka till drygt 89 år för kvinnor och drygt 87 år för män. Redan år 2017 var återstående medellivslängd för personer 65 år och äldre drygt 20 år, en ökning med nästan 2 år sedan 2000, och de flesta av dessa år med god hälsa och utan funktionsnedsättning. De som ändå har ett eller flera kroniska besvär, kan idag i större utsträckning få hjälp med att lindra dessa och få stöd för att klara vardagen.

Nya studier från Juni Strategi ¹ och Evidensgruppen² visar på att det endast är 5% av seniorerna (65+) som är flyttningsbenägna när det kommer till olika typer av särskilda boendeformer anpassade för målgruppen – de ser sig inte som seniorer. Det är ett kort fönster, precis vid tid för pension, som de är mest flyttningsbenägna.

Seniorer i alla åldrar, skattar sitt nuvarande ordinära boende mycket högt i studien och vill bo kvar hemma så länge som möjligt.

Kommunen tillhandahåller i dag bostadsanpassning, hemtjänst, digital hemtjänst och hemsjukvård i det ordinära boendet, vilket också gör att senioren känner sig trygg hemma. Om den yngre senioren ska lockas att flytta från sitt hus, så var bostadsrätter, där senioren själv kan påverka boendekostnaden genom att välja en brf med låg månadskostnad det mest attraktiva – ej nybyggda hyresrätter eftersom det oftast innebär hög hyra.

Denna utveckling gör att vi får fler antal äldre åren framöver, men att behovet av fler lägenheter i just vård- och omsorgsboenden (*men även trygghetsboenden och liknande hyreslägenheter*) faktiskt kan minska, i och med detta – beroende på i vilken utsträckning och omfattning som kommunen är villiga att utöva hemtjänst/hemsjukvård framöver. Gävle kommun tillämpar kvarboendeprincipen.

Kommunen kommer behöva se över hur man ska utforma samhällsplaneringen inklusive omsorgen, med utgångspunkt från att kommunen självklart stödjer de som vill flytta till särskilda boenden och andra boendeformer för äldre målgrupp - men att fokus framöver bör ligga på de kvarboende och lösningar för denna grupp, enligt studierna och Valfärd Gävles egna "bör-läge".

I studierna såg man också att informationen kring olika alternativ och lösningar kring boendesituationen till denna målgrupp behöver förtydligas, informeras och erbjudas på ett helt annat sätt än vad man idag hittills gjort.

Med en ökad utbyggnad/ombyggnad till välanpassade och funktionellt utformade bostadsrätter, utveckling enligt studierna som nämns ovan, andra förebyggande åtgärder, effekter från covid-19, samt om Gävle skulle byggas ut i mindre utsträckning än planerat, finns möjligheten att behovsutvecklingen inte behöver bli lika brant som nuvarande prognos antyder. Möjligheten finns också att den äldre befolkningens allmänna hälsotillstånd ytterligare förbättras och att detta leder till att det framtida behovet inte ökar i samma utsträckning som nuvarande prognos antyder.

En god tillgång på avlösning/vistelse, avlösning i hemmet och dagverksamhet för de med behov, spelar också en stor roll i behovsutvecklingen, då man i större utsträckning

kan bo kvar hemma med dessa åtgärder, i stället för att flytta in på ett boende. Sid 105(317)
Det mesta tyder ändå på en behovsökning av antal lägenheter, men behovet enligt prognos i tabeller, kan av de ovan nämnda anledningarna, bli något förskjutet eller något dämpat.

Den snabba takten på tidigare utbyggnad av privata aktörer gör att en överkapacitet uppstår på kort sikt. Aktörerna är väl medvetna om risken och kalkylerar med att vissa delar står tomma tills behovet kommer ikapp (eller hitta annan användning). När en kommun har en överkapacitet av lägenheter inom vård- och omsorgsboende finns en tendens att en överströmning av kunder kan ske från närliggande kommuner. Detta kan medföra en kostnadsökning för den kommun som för tillfället har en överkapacitet. Kostnadsansvaret för medborgare som utifrån detta väljer att skriva sig i annan kommun bör regleras i överenskommelser mellan kommunerna. Välfärd Gävle har initierat ett sådant arbete, men ingen överenskommelse är ännu tecknad.

Välfärd Gävle ser ett behov av att ersätta ett mindre vård- och omsorgsboende inom en tvåårsperiod samt på sikt även ersätta ytterligare ett vård- och omsorgsboende. Båda boendena behöver ersättas för att verksamheten ska kunna drivas i bättre anpassade boenden för målgruppen.

Kommunen arbetar aktivt med att skapa en mark- och planberedskap, för bland annat särskilda boendeformer, i de nya områden och stadsutvecklingsprojekt som skall detaljplanläggas, bland annat i Gävles centrala delar.

Utifrån befolkningsprognosen för 2035 beräknas behovet av vård- och omsorgsboenden vara stort i Stigslund/Strömsbro/Hille/Hamrånge, i Gävles centrala delar och i Valbo/Forsbacka/Hagström. Detta utifrån var det idag finns eller planeras boenden i förhållande till var behovet hos den äldre befolkningen kan förväntas vara som störst.

¹ Förstudie om Skånes åldrande befolkning kopplat till bostäder och framtidens vård och omsorg - september 2021, Uppdragsgivare: Region Skåne i samarbete med Lunds kommun, Utgiven av Region Skåne 2021. Uppdragsteam: Madeleine Eneskjöld, Juni strategi Mona Kjellberg, Juni strategi Klara Palmberg Broryd, Broryd Industrier Johanna Holm, LINK Arkitektur

² "Bostadsmarknaden för äldre – rörlighet, preferenser och betalningsvilja", Juni Strategi - rapporten är framtagen av Evidens på uppdrag av ett flertal samhällsbyggnadsaktörer. Underliggande analyser har genomförts av ett team av konsulter på Evidens i form av Rikard Berg von Linde, Elin Davidsson, Viktoria Bernow, Katarina Wallin och Ted Lindqvist. Enkätundersökningen har genomförts av Alf Brydolf Berg, Evimetrix AB.

Beslutsärende: Yttrande
angående granskning av
avtalshantering

8

22ON18



Tjänsteskrivelse

2022-02-07

Diarienummer: 22ON18

Handläggare:

Katarina Stistrup
026-17 80 00
katarina.stistrup@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Yttrande – Granskning av avtalshantering

Förslag till beslut

Att anta yttrandet som sitt eget.

Ärendebeskrivning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av kommunens avtalshantering. Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsens och nämndernas inköp sker enligt träffade ramavtal och om rutinerna och hanteringen av ramavtal är dokumenterade och följs upp.

Granskningen är avslutad och de förtroendevalda revisorerna begär nu utifrån granskningsrapporten yttrande från Kommunstyrelsen och de sex största nämnderna; Utbildningsnämnden, Samhällsbyggnadsnämnden, Kultur- och Fritidsnämnden, Omvårdnadsnämnden, Socialnämnden och Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.

Generellt ser revisorerna allvarligt på att den upphandlingsorganisation som byggts upp efter utträdet från Inköp Gävleborg inte har formaliserats med en tydlig roll- och ansvarsfördelning. Revisorerna anser att det varit otydligt om beslut rörande inköp eller upphandling ska ha fattats av nämnderna alternativt på delegation i och med att berörda delegationsordningar saknat beslutanderätter om inköp eller upphandling.

Revisorerna bedömer att nämnderna behöver säkerställa tillräckliga resurser för att bedriva en systematisk uppföljning av avtal och köptrohet mot ingångna avtal.

Med anledning av det som framkommer i granskningsrapporten vill revisorerna ha Omvårdnadsnämndens kommentarer till de brister som noteras och de rekommendationer som rapporten och missivet innehåller.

Yttrande från Omvårdnadsnämnden

Sektor Velfärd har för avsikt att implementera ett framtaget förslag till delegation på upphandlingsområdet inom kort. När det gäller upphandlingar av kärnverksamhet inom nämndens ansvarsområde så genomförs dessa efter att nämnd fattat beslut om att överlåta verksamhet till privat utförare. När beslutet om att upphandla tas fattar man också beslut om vem som ges mandat att fatta tilldelningsbeslut, vanligen ges detta till biträdande sektorchef. Vem som har rätt att teckna avtal med externa utförare finns angivet i nämndens besluts och delegationsförteckning. Rutiner finns implementerade för uppföljning av avtal som avser kärnverksamhet.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Velfärd

Omvårdnadsnämnden har ålagts yttra sig över den granskning som genomförts gällande avtalshantering.

Yttrandet hanteras av Omvårdnadsnämnden vid sammanträdet den 24 februari 2022.

Bitr sektorchef, Katarina Stistrup, har varit ansvarig handläggare i ärendet.

Från: Valfärd Gävle - Omvårdnadsnämnd (e-post)

Till: "Platina-ON (e-post)"

Ämne: VB: Revisorerna begär yttrande angående granskning av avtalshantering

Skickat: 2022-01-18 08:28:28

Från: Beckman Ljung, Gunilla

Skickat: den 17 januari 2022 16:56

Till: Valfärd Gävle - Omvårdnadsnämnd (e-post); Carlson Cederholm, Elisabeth ; Höijer, Magnus

Kopia: Hamilton, Eva-Karin ; Halvarsson, Andreas

Ämne: Revisorerna begär yttrande angående granskning av avtalshantering

Omvårdnadsnämnden

Elisabeth Carlson Cederholm

Magnus Höijer

Revisorerna begär yttrande angående granskning av avtalshantering

Granskningen av avtalshantering inom kommunen är avslutad och revisorerna begär nu yttrande från Kommunstyrelsen och de sex största nämnderna (UN, ON, SN, AFN, SBN och KFN).

Revisorerna begär yttrande från nämnderna senast 2022-02-28 för att hinna behandla yttrandena innan revisionsberättelsen.

På uppdrag av ordförande,

Gunilla Beckman Ljung

Revisionschef

Revisionskontoret

Gävle kommun

801 84 GÄVLE

Tel: 026-17 94 92

Mobil: 070-414 27 11

E-post: gunilla.beckman_ljung@gavle.se

Missiv

Dnr 21REK18
2021-12-16

Omvårdnadsnämnden

Begäran om yttrande: Granskning av avtalshantering

Bakgrund och syfte

Gävle kommun gick ur kommunalförbundet Inköp Gävleborg 1 januari 2020. Därefter hanterar kommunen själv alla typer av upphandlingar. De förtroendevalda revisorerna har i revisionsplan 2021 beslutat granska hur upphandlingar fungerar i den nya organisationsformen. För kommunen har revisorerna valt att granska avtalshantering och organisationen av upphandlingsarbetet. PwC har genomfört granskningen på uppdrag av revisorerna.

Granskningen avser Kommunstyrelsen, men följer i viss mån upp sektorernas arbete med upphandling.

Granskningsresultat

Sammanfattande bedömningar i rapporten utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning
<i>Har kommunstyrelsen och nämnderna en ändamålsenlig organisation för avtalshantering?</i>	<i>Nej</i>

Det finns upprättade styrdokument som reglerar ansvarsförhållandena (ex. delegationsordningar och policyn) men att det finns behov av ytterligare förtydliganden och revideringar. Vi ser brister i bland annat delegationsordningar och attestförteckningar. Att tillräckliga resurser inte finns för att kontrollera avtalstrohet eller att genomföra systematiska avtalsuppföljningar ser vi även som en risk.

<i>Finns dokumenterade riktlinjer för inköp och avtalshantering?</i>	<i>Delvis</i>
---	----------------------

Riktlinjer för inköp och avtalshantering finns men dessa kan inte ses som heltäckande. Det är viktigt att upphandlande myndigheter har kontroll över sina avtal och ändamålsenligt dokumenterar hur de har ingått.

Finns sammanställning av aktuella avtal inom kommunen?

Delvis

Det finns en avtalsdatabas i kommunen innehållande flertalet ramavtal men den innehåller inte alla avtal och brister i användartillgängligheten. Vidare finns det inte någon riktlinje för vilken information som avtalskatalogen ska innehålla.

Finns en ändamålsenlig hantering och uppföljning för att säkerställa att det inte förekommer inköp som är utanför avtal?

Delvis

Risker kopplat till upphandling och inköp förekommer i kommunstyrelsens och nämndernas internkontrollplaner. Vidare påvisar vår registeranalys att till stor del sker inköp inom träffade ramavtal. Däremot ser vi att det är bristfälligt att det inte genomförs någon systematisk uppföljning för att säkerställa att det inte sker inköp som är utanför avtal. Vi ser dock positivt på att det sker ett utvecklingsarbete inom området.

Är uppföljningen av avtalstrohet ändamålsenlig?

Nej

Viss uppföljning genomförs men kan inte ses som tillräcklig och att förutsättningar att följa upp avtalstroheten saknas med anledning av resursbrist.

Rekommendationer i rapporten

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen lämnas följande rekommendationer:

- Kommunstyrelsen och nämnderna bör tillse att det i hela den kommunala organisationen finns en tydlig och dokumenterad roll- och ansvarsfördelning vad gäller avtalshantering.
- Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderas genomföra utbildningar för såväl inköpare/beställare som för avtalsförvaltare gällande inköp, avtalshantering och användande av kommunens avtalsdatabas
- Kommunstyrelsen och nämnderna bör genom systematiska kontroller säkerställa att inköp inte sker utanför avtal samt att ofta förekommande inköp handlas upp

- Kommunstyrelsen och nämnderna bör säkerställa att löpande och systematisk uppföljning görs av ingångna avtal och avtalstrohet
- Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderas begränsa antalet beställare och inköpare samt sätta beloppsgränser för de som finns i organisationen för att minska risken för att inköp sker utanför avtal

Förtroendevalda revisorernas rekommendation till Omvårdnadsnämnden

Omvårdnadsnämnden bör

- skyndsamt säkerställa att beslut rörande inköp eller upphandling fattas av nämnden alternativt att beslutanderätten delegeras till berörd(a) beslutsfattare.

De förtroendevalda revisorernas begär Omvårdnadsnämndens yttrande:

Generellt ser revisorerna allvarligt på att den upphandlingsorganisation som byggts upp efter utträdet från Inköp Gävleborg ännu efter två år inte har formaliserats med en tydlig roll- och ansvarsfördelning. Det har varit otydligt om beslut rörande inköp eller upphandling ska ha fattats av nämnderna alternativt på delegation i och med att berörda delegationsordningar saknat beslutanderätter om inköp eller upphandling.

Revisorerna bedömer att nämnderna behöver säkerställa tillräckliga resurser för att bedriva en systematisk uppföljning av avtal och köptrohet mot ingångna avtal.

Med anledning av det som framkommer i granskningsrapporten vill revisorerna ha Omvårdnadsnämndens kommentarer till de brister som noteras och de rekommendationer som rapporten och missivet innehåller.

Revisorerna önskar ett yttrande från Omvårdnadsnämnden senast 2022-02-28 för att hinna behandla svaret inför revisionsberättelsen.

Revisorerna i Gävle kommun


Eva-Karin Hamilton
Revisorskollegiets ordförande

Gunilla Beckman Ljung
Revisionschef

Bilaga: Granskningsrapport avtalshantering

Granskning av avtalshantering

Sid 114(317)

Gävle kommun

December 2021

Emma Ekstén, certifierad kommunal revisor

Sara Sommarin, revisionskonsult

Sammanfattning

Sid 115(317)

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av kommunens avtalshantering. Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsens och nämndernas inköp sker enligt träffade ramavtal och om rutinerna och hanteringen av ramavtal är dokumenterade och följs upp

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsen och nämndernas inköp **inte helt** sker enligt träffade ramavtal samt att rutinerna och hanteringen av ramavtal **inte helt** är dokumenterade och följs upp.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

Revisionsfrågor	Bedömning
Har kommunstyrelsen och nämnderna en ändamålsenlig organisation för avtalshantering?	
Finns dokumenterade riktlinjer för inköp och avtalshantering?	
Finns sammanställning av aktuella avtal inom kommunen?	
Finns en ändamålsenlig hantering och uppföljning för att säkerställa att det inte förekommer inköp som är utanför avtal?	
Är uppföljningen av avtalstrohet ändamålsenlig?	

Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen lämnar vi följande rekommendationer:

- Kommunstyrelsen och nämnderna bör tillse att det i hela den kommunala organisationen finns en tydlig och dokumenterad roll- och ansvarsfördelning vad gäller avtalshantering
- Kommunstyrelsen rekommenderas ta fram riktlinjer för hur avtalshantering och uppföljning ska göras samt att dessa implementeras i verksamheterna. Detta kan sedan ligga till grund för det generella arbetssättet vad gäller avtalshanteringen.
- Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderas genomföra utbildningar för såväl inköpare/beställare som för avtalsförvaltare gällande inköp, avtalshantering och användande av kommunens avtalsdatabas

- Kommunstyrelsen och nämnderna bör genom systematiska kontroller säkerställa att inköp inte sker utanför avtal samt att ofta förekommande inköp handlas upp^{Sid 116(317)}
- Kommunstyrelsen och nämnderna bör säkerställa att löpande och systematisk uppföljning görs av ingångna avtal och avtalstrohet
- Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderas begränsa antalet beställare och inköpare samt sätta beloppsgränser för de som finns i organisationen för att minska risken för att inköp sker utanför avtal

Innehållsförteckning

Sid 117(317)

Sammanfattning	1
Inledning	4
Bakgrund	4
Syfte och revisionsfrågor	4
Revisionskriterier	4
Avgränsning	4
Metod	5
Lagstiftning	6
Granskningsresultat	9
Ändamålsenlig organisation	9
Dokumenterade riktlinjer	12
Sammanställning av aktuella avtal	14
Inköp utanför avtal	15
Uppföljning av avtalstrohet	17
Samlad bedömning	19
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor	19
Rekommendationer	20

Bakgrund

Det är viktigt att en upphandlande verksamhet har kontroll över sina inköp och sina avtal och dokumenterar hur de har ingåtts. Gävle kommun har avtal med ett antal leverantörer både avseende inköp av varor och tjänster. Utöver egna upphandlade ramavtal har kommunen också möjlighet att utnyttja ett antal nationella ramavtal som till exempel upphandlats av kammarkollegiet. Avsikten med ramavtalen är att upphandla avtal som verksamheten kan avropa från.

Det är av stor betydelse att upphandlande myndighet efterlever ingångna avtal, det som brukar kallas avtalstrohet. Konsekvenserna av brister kan vara att lagen inte följs, att inköpsverksamheten blir ineffektiv och att förtroendet för kommunen skadas. Många gånger medför inköp utanför upphandlade avtal också dyrare inköp, i vissa fall betydligt mycket dyrare.

De förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun har gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning av avtalstrohet. Uppdraget har tillkommit utifrån en genomförd riskbedömning.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om kommunstyrelsens och nämndernas inköp sker enligt träffade ramavtal och om rutinerna och hanteringen av ramavtal är dokumenterade och följs upp.

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Har kommunstyrelsen och nämnderna en ändamålsenlig organisation för avtalshantering?
- Finns dokumenterade riktlinjer för inköp och avtalshantering?
- Finns sammanställning av aktuella avtal inom kommunen?
- Finns en ändamålsenlig hantering och uppföljning för att säkerställa att det inte förekommer inköp som är utanför avtal?
- Är uppföljningen av avtalstrohet ändamålsenlig?

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- Kommunallagen
- Lagen om offentlig upphandling

Avgränsning

Granskningen avser år 2021 och fokuserar på kommunstyrelsen och samtliga nämnder. Ett urval av avtal granskas (se metod). Jävsnämnden, valnämnden och överförmyndarnämnden ingår inte i granskningen.

Metod

Granskningsunderlag utgörs av befintlig dokumentation i form av avtal, styrande dokument och protokoll. Granskning av kommunstyrelsens protokoll har genomförts för perioden 2020-10 till 2021-10. Vid tillfälle för granskningen var sammanträdena i oktober de senast genomförda. Sid 119(317)

Granskningen innefattar också genomförandet av en registeranalys (jämförelse av avtalsdatabas mot leverantörsreskontra). Som en del i granskningen har en registeranalys genomförts, där en jämförelse gjorts mellan kommunens leverantörsreskontra (som visar betalningar till leverantörer) för perioden 2021-01 till 2021-10 och avtalskatalogen i Kommers. Syftet med genomförandet av en registeranalys är att kunna se vilka leverantörer som har avtal/är upphandlade och vilka leverantörer som inte har avtal. Viss rensning av leverantörsreskontran gjordes gällande poster för bl.a. momsersättning, leverantörsfakturor under utredning, fel-konto samt förutbetalda kostnader. Efter rensning fanns 1313 olika leverantörer i leverantörsreskontran (sorterat per namn).

Därtill har totalt 14 stickprov granskats (två per nämnd) där vi inom ramen för granskningen upprättade en lista över köp från leverantörer som inte hittats i avtalsdatabasen och där vi efterfrågade om det fanns upprättade avtal alternativt dokumentation för direktupphandling.

Intervjuer har genomförts med systemförvaltaren och verksamhetsutvecklare.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Upphandlingar gjorda av kommunen regleras av Lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU)¹. Lagen reglerar i detalj hur myndigheter får agera när de köper (upphandlar) varor, tjänster och entreprenader. För all offentlig upphandling gäller fem grundprinciper mot vilka alla regler, oavsett upphandlingsform, skall tolkas; icke-diskriminering, likabehandling, proportionalitet, öppenhet och ömsesidigt erkännande.²

För att välja upphandlingsform har kommunen att förhålla sig till tröskelvärden som, beroende på belopp, medger olika former av upphandlingar.³ Dessa beskrivs förenklat nedan.

Upphandling över tröskelvärdena

För upphandlingar över tröskelvärdet kan den upphandlande myndigheten välja mellan de förfaranden som följer av EU-direktiven, vanligen öppet förfarande⁴. Upphandling över tröskelvärdet är, generellt sett, mer reglerat än upphandling under tröskelvärdet.

Upphandling under tröskelvärdena

De regler som föreskrivs för inköp under tröskelvärdet regleras av de nationella direktiven som finns i LOU.⁵ Möjliga upphandlingsförfaranden under tröskelvärdena är förenklat förfarande och urvalsförfarande.⁶ Precis som i upphandling över tröskelvärdet ska minst två personer som utsetts av den upphandlande myndigheten delta i anbudsöppningen. Anbud ska föras upp i en förteckning, som ska bestyrkas av dem som deltar i förrättningen.⁷ Vidare får ett ramavtal maximalt löpa under 4 år inklusive förlängningsoptioner⁸. Ett ramavtal får löpa under längre tid än fyra år endast om det finns särskilda skäl.

För andra typer av avtal än ramavtal, det vill säga kontrakt, finns det ingen längsta tillåtna avtalstid reglerad i lagstiftningen. EU-domstolen har i en dom dock uttalat att det är främmande för regelverket att offentliga kontrakt ingås för obestämd tid i offentlig upphandling. I en senare dom har EU-domstolen uppgett att starka skäl, däribland upprätthållandet av konkurrensen, talar för att tilldelning av koncessioner (som i detta fall var aktuellt) för att en obegränsad tid inte är förenligt med EU:s rättsordning.

I förarbetena anges även att ett kontrakt innebär en marknadsintervention och att vad som är en acceptabel löptid för ett visst kontrakt därför ytterst får avgöras vid en proportionalitetsbedömning i förhållande till vad det är som anskaffas. En annan aspekt

¹ Ytterligare lagar finns för offentlig upphandling men dessa är inte tillämpliga i denna granskning.

² Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 4 §§ 1-2

³ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 1 § 4

⁴ Vid upphandling över tröskelvärdena kan myndigheten välja mellan öppet och selektivt förfarande. I vissa fall får myndigheten också använda förhandlat förfarande med föregående annonsering, konkurrenspräglad dialog och förhandlat förfarande utan föregående annonsering samt inrätta ett innovationspartnerskap. (6 kap. 1 § LOU). I praktiken är öppet förfarande den vanligaste upphandlingsformen för summor överstigande tröskelvärdet. (Upphandlingsmyndigheten).

⁵ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 19 § 1

⁶ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 19 § 7

⁷ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 19 § 17

⁸ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 7 § 2

av avtal som löper under mycket lång tid är att villkoren i sådana avtal i många fall löper en större risk att förändras på ett sådant sätt att avtalet blir att betrakta som ett nytt avtal^{Sid 121(317)} som måste bli föremål för en annonserad konkurrensutsättning enligt reglerna i upphandlingslagstiftningen. Sammanfattningsvis bör ett upphandlat kontrakt av såväl legala, praktiska och affärsmässiga skäl alltid vara tidsbegränsat.⁹

Direktupphandling

I LOU kapitel 19 återfinns regler kring när direktupphandling får användas som upphandlingsform. Där fastslås att direktupphandling får användas om värdet på upphandlingen är högst 28 % av tröskelvärdet i 5 kap. 1 §¹⁰, den så kallade direktupphandlingsgränsen som under 2020 och 2021 uppgår till 615 312 kronor.

Lagen beskriver begreppet direktupphandling som en upphandling utan krav på anbud i viss form.¹¹ Dock gäller de fem grundprinciperna även för direktupphandlingar.¹² De obligatoriska uteslutningsgrunderna gäller inte för direktupphandlingar.¹³

Direktupphandling får också användas i de fall förutsättningarna för förhandlat förfarande utan föregående annonsering enligt 6 kap. 12-19 §§ är uppfyllda eller om det finns synnerliga skäl.¹⁴ Bristande framförhållning är dock inte en giltig orsak till direktupphandling.¹⁵ Den upphandlande myndigheten ska besluta om riktlinjer för användning av direktupphandling.¹⁶

Värdet av en upphandling ska uppskattas till det totala belopp som ska betalas i upphandlingen. En upphandling får inte delas upp i avsikt att kringgå bestämmelserna och vid beräkningen ska options- och förlängningsklausuler beaktas som om de utnyttjats. Vid beräkningen ska den upphandlande myndigheten beakta direktupphandlingar av samma slag gjorda av myndigheten under räkenskapsåret.¹⁷

En upphandlande myndighet ska dokumentera genomförandet av en upphandling om värdet överstiger 100 000 kronor. Dokumentationen ska vara tillräcklig för att motivera myndighetens beslut under upphandlingens samtliga skeden.¹⁸

Överstiger en upphandling direktupphandlingsgränsen om 615 312 kronor kan detta innebära att det rör sig om en otillåten direktupphandling. Otillåtna direktupphandlingar är ett tillsynsområde för Konkurrensverket och ses som en "särskilt allvarlig överträdelse" (framförallt kopplat till stora kontraktsvärden) och kan resultera i upphandlingsskadeavgift.¹⁹

*Ändring av kontrakt*²⁰

⁹ <https://www.upphandlingsmyndigheten.se/frageportalen/1213589/hur-lang-far-kontraktstiden-for-ett-ramavtal-vara/>

¹⁰ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 19 § 7

¹¹ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 19 § 4

¹² Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 4 §§ 1-2

¹³ <https://www.upphandlingsmyndigheten.se/frageportalen/1993374/obligatoriska-uteslutningsgrunder-vid-direktupphan/>

¹⁴ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 19 § 7 st 3

¹⁵ Prop. 2001/02:142 s. 99

¹⁶ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 19 § 7

¹⁷ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 19 § 8

¹⁸ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 19 § 30

¹⁹ Konkurrensverket.

²⁰ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling Kap. 17

Huvudregeln är att upphandlande kontrakt, ramavtal och koncessioner inte får ändras utan att det genomförs en ny upphandling. I vissa fall kan dock ändringar göras. En ^{Sid 122(317)} ändring i avtalet kan exempelvis vara tillåten om det är fråga om ändringar av mindre värde (10 %) eller som genomförs i enlighet med tydliga ändrings- eller optionsklausuler i avtalet. Kompletterande beställningar som av tekniska eller ekonomiska skäl inte kan upphandlas av annan leverantör under 50 % av kontraktsvärdet är också tillåtna.

Ändamålsenlig organisation

Revisionsfråga 1: Har kommunstyrelsen och nämnderna en ändamålsenlig organisation för avtalshantering?

lakttagelser

Uppdrag och ansvar

Ansvarsfördelningen för inköp och upphandling beskrivs främst i kommunstyrelsens reglemente, delegationsordning och i Inköps- och upphandlingspolicyn.

I kommunstyrelsens reglemente, behandlat av kommunfullmäktige 2018-12-10 §3 (gällande från 2019) fastställs att styrelsen ska styra och utveckla kommunens inköpsprocess, ansvara för kommungemensamma inköpssystem och ansvara för upphandling av entreprenader i verksamheten.

Av kommunstyrelsens delegationsordning, behandlat av styrelsen 2021-06-09 §86, framgår ansvarsfördelning mellan bl.a. chef med budgetansvar, upphandlare, avtalscontroller, inköpsstrateg och systemförvaltare. Ärenden som beskrivs är ex. att initiera en upphandling, beslut under pågående upphandlingsprocess, tilldelningsbeslut, uppsägning/hävning av avtal och beslut under avtalsförvaltningen. Beslut om prisförändring, optionsbeslut och vite är några av de exempel som ges kopplat till ärendet om beslut avtalsförvaltning (13:7). Delegater för ärendet är bl.a. upphandlare, upphandlingsjurist, avtalscontroller, verksamhetsutvecklare och systemförvaltare. Kommunen använder sig av systemet Kommers för sin avtalshantering.

I ärendebeskrivningen kopplat till beslutet om att revidera delegationsordningen uppges att flera ärenden lagts till i den nya versionen gällande inköp, upphandling och avtalshantering. Anledningen till den större revideringen beskrivs vara att det vid en översyn uppmärksammades att det fanns otydligheter kring ansvarsfördelningen gällande inköp och upphandling samt att utträdet från Inköp Gävleborg krävde vissa ändringar. Vidare framgår i ärendebeskrivningen att ambitionen är att resterande nämnder ska anta en "likalydande" delegationsordning struktur och ange i sina delegationsordningar ex. vilka funktioner som har mandat att genomföra upphandlingar.

Inom ramen för granskningen har vi efterfrågat och tagit del av kommunstyrelsens och nämndernas delegationsordningar. I kommunstyrelsens delegationsordning har bland annat sektorscheferna rätt att besluta om tilldelning. Ärenden om inköp och upphandling förekommer i övrigt enbart i samhällsbyggnadsnämndens och kultur- och fritidsnämndens delegationsordningar. I samhällsbyggnadsnämndens delegationsordning framkommer att enhetschefen har delegation på samtliga ärenden kopplat till LOU, med fastställda beloppsgränser. I kultur- och fritidsnämndens delegationsordning framgår ansvarsfördelningen mellan sektorschef, verksamhetschef och enhetschef för upphandling av varor och tjänster vid direktupphandling. Av delegationsordningen framgår också att sektorschefer har rätt att fatta beslut om inköp

inom ramen för beslutad drift- och investeringsbudget, verksamhetschefer har rätt att fatta beslut upp till tio prisbasbelopp och enhetschefer upp till fem prisbasbelopp.^{Sid 124(317)}

I inköp- och upphandlingspolicyn, behandlad av fullmäktige i maj 2021 §6, beskrivs ansvarsfördelningen mellan de olika styrnivåerna (politiken, sektorerna och enheten för inköp och upphandling). I policyn, som gäller för hela kommunkoncernen, framkommer bl.a. att det är nämndernas ansvar att implementera upphandlade avtal och följa upp avtal under avtalstiden. Därtill framkommer att cheferna i sektorerna ansvarar för att de anställda är köptrogna mot tecknade avtal och deltar i samordning av upphandlingar vid behov.

Som en del i granskning har samtliga sektorer givits möjlighet att beskriva hur sektorerna arbetar med att implementera och följa upp avtal samt hur det säkerställs att de anställda är köptrogna mot tecknade avtal. Sektor Valfärd anger att sektorn lägger upp sina upphandlingar och visst material till direktupphandlingar (beroende på belopp) i Kommers. När de nya riktlinjerna för direktupphandling börjar gälla 1 december 2021²¹ kommer verksamheterna behöva registrera varje genomförd direktupphandling i ett ärende i kommunens e-tjänst (Internservice) istället för att lägga upp materialet i Kommers. Enligt sektorn beskrivs de nya riktlinjerna innebära lägre krav på dokumentation och lagring vilket kommer försvåra översynen av genomförda direktupphandlingar. Dock framhåller representanter från inköps- och upphandlingsavdelningen att detta inte stämmer. Enligt de nya riktlinjerna ska beställaren alltid lägga in sina inköp i e-tjänsten, oaktat om Kommers används eller ej. Då e-tjänsten är uppbyggt enligt de dokumentationskrav som anges i LOU innebär det att kraven på dokumentation är i enlighet med vad som anges i LOU. Det beskrivs att en utbildning nyligen har skett kring konsekvenserna av de nya riktlinjerna samt e-tjänsten, vilket kan vara en av anledningarna till att verksamheterna inte fullt ut förstår innebörden av dessa ännu.

Avseende avtalstrohet hänvisar sektorerna till inköps- och upphandlingsenhetens ansvar. Ingen samordnare med särskilt ansvar för att samla in dokumentation inom sektorn finns.

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av attestförteckningar för kommunstyrelsen, arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, samhällsbyggnadsnämnden och kultur- och fritidsnämnden. I samtliga förteckningar noteras en avsaknad av fastställda beloppsgränser för attestanterna. Däremot är samtliga attester kopplade till särskilda ansvarsområden. Attestförteckningar för resterande nämnder har efterfrågats men inte erhållits.

Av intervjuer anges att ansvarsfördelningen blivit tydligare gentemot tidigare år men att det finns utvecklingspotential kring säkerställandet av beställarnas kompetens/kunskapsnivå.

²¹ Se nästkommande revisionsfråga

Inköp- och upphandlingsenheten

Inköps- och upphandlingsenheten är en del av näringslivsavdelningen, som i sin tur är organiserad under sektor styrning och stöd (kommunstyrelsens sektor). Vid årsskiftet 2019/2020 tog Näringslivsavdelningen i Gävle kommun över upphandlingsuppdraget från Kommunalförbundet Inköp Gävleborg. Av de intervjuade framgår att det dåvarande förbundets ansvarsområden inte var heltäckande, exempelvis ingick inte vård och entreprenader i det dåvarande uppdraget som istället låg under kommunens ansvarsområde. Enligt uppgift förvaltar Inköpssamverkan Mitt (Hälsingekommunerna) de avtal som berör fler avtalsparter än Gävle kommun.

Enheten för inköp och upphandling ska enligt beskrivning i policyn bl.a. leda och driva primärkommunens gemensamma inköpsprocess, samordna och genomföra upphandlingar, förvalta avtal och erbjuda kompetensutveckling. Enheten består av upphandlare, upphandlingsjurister, avtalscontrollers, systemförvaltare och inköpsstrateg och verksamhetsutvecklare.

Vid intervju anges att enheten genomför större delen av upphandlingarna inom kommunen. Ambitionen i framtiden beskrivs däremot vara att enheten ska ansvara för de kommunövergripande upphandlingarna och för de upphandlingar överstigande direktupphandlingsgränsen (615 312 kr under 2021). Direktupphandlingar understigande direktupphandlingsgränsen ska genomföras av nämnderna. Av de intervjuade framhålls att fler upphandlare hade behövts och att det i nuläget inte finns tillräckligt med resurser för att kontrollera avtalstrohet eller att genomföra systematiska avtalsuppföljningar.

Bedömning

Har kommunstyrelsen och nämnderna en ändamålsenlig organisation för avtalshantering?

Svaret på revisionsfrågan är nej.

Bedömningen grundar vi på att det finns upprättade styrdokument som reglerar ansvarsförhållandena (ex. delegationsordningar och policyn) men att det finns behov av ytterligare förtydliganden och revideringar. Exempelvis omnämner flertalet nämnders delegationsordningar inte några bestämmelser kopplat till inköp eller upphandling. Att upphandlingsområdet inte är delegerat innebär att det är nämnderna som måste fatta beslut i samtliga upphandlingsärenden, utöver tilldelningsbeslut (då det enligt vår mening inte är en ren verkställighetsfråga), vilket troligen inte sker.

Vidare framgår att utbildningsbehov av beställarorganisationen finns (vilket enligt policyn åligger inköps- och upphandlingsenheten att säkerställa). Vi ser det även som otydligt att det i inköp- och upphandlingspolicyn beskrivs att det är nämndernas ansvar att implementera upphandlade avtal och följa upp avtal under avtalstiden, samt att sektorscheferna ansvarar för att de anställda är köptrogna mot tecknade avtal och deltar

i samordning av upphandlingar vid behov, när det under intervjuer anges att inköp- och upphandlingsavdelningen ska ansvara för detta.

Sid 126(317)

Av erhållna attestförteckningar noteras därtill en avsaknad av fastställda beloppsgränser för respektive attestant vilket enligt vår mening innebär att nämnderna delegerat ut en omfattande del av sin beslutanderätt gällande upphandlingsområdet. Att beslut om tilldelning enligt kommunstyrelsens delegationsordning bland annat åligger sektorscheferna innebär enligt kommunallagen att samtliga tilldelningsbeslut ska anmälas till kommunstyrelsen. Detta medför att tilldelningsbesluten de facto inte behöver anmälas till den nämnd upphandlingen berör, vilket enligt vår mening också bidrar till en otydlighet i upphandlingsreglerna. Detta, i kombination med avsaknaden av upphandlings- och inköpsärenden i flera nämnders delegationsordningar, medför risk kring att inköp sker utanför avtal. Att det skulle finnas samordnare med fokus på att samla in dokumentation och säkerställa att direktupphandlingsgränsen inte överskrids har inte framkommit av granskningen.

Att tillräckliga resurser inte finns för att kontrollera avtalstrohet eller att genomföra systematiska avtalsuppföljningar ser vi även som en risk.

Vi vill framhålla att vi ser det som positivt att kommunstyrelsens delegationsordning reviderades när det uppmärksammades att ansvarsfördelningen sågs som otydlig. Vi ser det även som positivt att nämndernas delegationsordningar, enligt erhållet underlag, ska revideras.

Dokumenterade riktlinjer

Revisionsfråga 2: Finns dokumenterade riktlinjer för inköp och avtalshantering?

Iakttagelser

I kommunen finns en inköps- och upphandlingspolicy och en rutin för direktupphandling. Rutinen för direktupphandlingar antogs i 2021-10-26 §196 och börjar gälla från december 2021. Av beslutet framgår att tidigare rutiner och riktlinjer upphävs.

I policyn beskrivs syftet, mål, riktlinjer och ansvarsfördelningen för inköp och upphandling. Bl.a. fastställs att inköp ska ske affärsmässigt, ta hänsyn till kommunens mål, vara kostnadseffektiva och tillgodose verksamheternas behov. Vidare framhålls att en hög avtalstrohet ska eftersträvas, att ingångna avtal ska tillämpas och att god dokumentation ska genomsyra all verksamhet. Gällande avtalshantering förtydligas att alla systemverktyg såsom upphandlingssystem, avtalsdatabaser, e-handel och leverantörsreskontra, ska bidra till effektiva processer.

I rutinen för direktupphandling beskrivs processen för genomförandet av direktupphandlingar. Bland annat framkommer att en kontroll av huruvida gällande avtal finns ska göras innan upphandling, att samordning vid behov med andra sektorer ska göras och att köp ska göras från godtagbara²² leverantörer. Därtill framgår att en registrering i e-tjänst (som kunde börja användas per 2021-12-01) ska göras och att

²² Exempelvis leverantörer som ej är skyldiga skatt och avgifter.

upphandlingssystemet ska nyttjas. Då e-tjänsten bygger på LOU finns det också i tjänsten inbyggt ett system för krav på att tillfråga ett visst antal leverantörer, på att upprätta avtal, skatta avtalets totala värde och på att dokumentera upphandlingar överstigande 100 000 kr. Eventuella upprättade avtal ska i original arkiveras på respektive sektor och kommer automatiskt in i e-tjänsten. Hur dessa ska komma upphandlingsenheten till känna framkommer inte heller i riktlinjerna. Som redogjorts i revisionsfråga 1 har det inte framkommit under granskningen att det skulle finnas samordnare med fokus på att samla in dokumentation och säkerställa att direktupphandlingsgränsen inte överskrids. Sid 127(317)

I kultur- och fritidsnämndens delegationsordning (2020) beskrivs kortfattat riktlinjer för direktupphandling. Bl.a. förtydligas att konkurrensmöjligheter ska nyttjas vid all direktupphandling vilket innebär att prisuppgifter ska inhämtas från "ett antal" leverantörer innan en direktupphandling genomförs. Därtill framgår att alla direktupphandlingar över 100 000 kr ska annonseras.

Vid granskning av beslutet om att anta den nya rutinen för direktupphandling framgår av ärendebeskrivningen att det i tidigare rutin (som nu upphävts) fanns ett krav om att annonsera i Kommers för direktupphandlingar överstigande 100 000 kr. Vid intervju framgår att kravet om annonsering inte helt ansågs som fungerande och att den nya riktlinjen istället ger *möjligheten* att annonsera. Ansvar för huruvida annonsering genomförs ligger på den som genomför upphandlingen.

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av det upprättade dokumentet "Avtalsadministration i Kommers" daterat 2021-06-03. Riktlinjen behandlar områdena avtalsförlängning och avtalsadministration. Av riktlinjen framgår att en bedömning med bl.a. beställare och inköpsamordnare ska ske innan ett avtal förlängs. Bedömningen ska ta hänsyn till köptrohet, prisnivå i avtalet och hur väl avtalet fungerar.

Bedömning

Finns dokumenterade riktlinjer för inköp och avtalshantering?

Svaret på revisionsfrågan är delvis.

Vi grundar bedömningen på att riktlinjer för inköp och avtalshantering finns men att dessa inte kan ses som heltäckande. Som noterats i iakttagelserna saknas en förtydliganden kring bl.a. att dokumentera direktupphandlingar överstigande 100 000 kr, hur det ska säkerställas att direktupphandlingsgränsen inte överskrids och att avtalets totala värde ska användas vid skattning/värdering av avtalet. Dock ser vi positivt på att det i den nya e-tjänsten finns ett inbyggt system för att säkerställa dokumentationsplikten.

Det är viktigt att upphandlande myndigheter har kontroll över sina avtal och ändamålsenligt dokumenterar hur de har ingåtts. Att organisationen har sina inköp och upphandlingar dokumenterade och ordnade är grundläggande för att kunna arbeta strategiskt med offentlig upphandling. Dokumentationen är dessutom viktig för kommunstyrelsens egen uppföljning och kan också underlätta insamlingen av uppgifter

för statistik. Dokumentation där ett avtal ingåtts utan ett formellt upphandlingsförfarande är även av vikt för att ha ett underlag om någon ansöker om att avtalet ska ogiltigförklaras. Vidare ger dokumentationen att direktupphandlingar synliggörs vilket underlättar kontroll i samband med andra direktupphandlingar samt ger en transparens gentemot leverantörskollektivet.

Sid 128(317)

Sammanställning av aktuella avtal

Revisionsfråga 3: Finns sammanställning av aktuella avtal inom kommunen?

lakttagelser

Som omnämnts i revisionsfråga 1 använder sig kommunen av Kommers för sin avtalshantering samt av det nylanserade e-tjänstesystemet. Inom ramen för granskningen har vi tagit del av avtalskatalogen innehållande aktiva avtal som är publicerade i Kommers. De avtal som finns i katalogen är publicerade i Kommers och är sökbara via kommunens hemsida. Av intervju framkommer att de kommunala bolagens avtal inte är sökbara i Kommers, men att bolagen använder sig av samma system.

I avtalskatalogen, daterad 2021-10-20, finns totalt 1070 olika avtal. Uppgifter kopplade till avtalen är bl.a. avtalsnamn, avtalets giltighet, leverantör, organisationsnummer för leverantör och avtalsägare. Avtalsägaren är antingen enheten eller upphandlaren. Vid översiktlig granskning noteras att flertalet avtal överstiger en period om 4 år (inkl. förlängning). Vid intervju anges att avtal från inköpscentralerna Adda och HBV är upplagda i avtalskatalogen. Avtal för de kommunala bolagen ingår inte i avtalskatalogen.

Av de intervjuade uppges att avtalskatalogen inte är helt användarvänlig, exempelvis kan alla medarbetare inte öppna samtliga avtal, priskataloger finns inte alltid upplagda i databasen och fullständiga produktlistor saknas. Därtill konstateras att samtliga avtal inte finns i avtalsdatabasen vilket beror på att verksamheterna inte alltid lägger upp nämndspecifika avtal i databasen. Som redogjorts i revisionsfråga 1 förvaltar Inköpsamverkan Mitt (Hälsingekommunerna) de avtal som Inköp Gävleborg ingått till dess att de löper ut.

Samtliga verksamheter uppges kunna avropa från de flesta avtalen men att möjligheten nyttjas olika beroende på sektorns ansvarsområden.

Bedömning

Finns sammanställning av aktuella avtal inom kommunen?

Svaret på revisionsfrågan är delvis.

Vår bedömning baseras på att det finns en avtalsdatabas i kommunen innehållande flertalet ramavtal men att databasen enligt uppgift inte är fulltalig och brister i användartillgängligheten. Vidare finns det inte någon riktlinje för vilken information som avtalskatalogen ska innehålla. Vi konstaterar även att det finns utmaningar för förvaltningarna att använda sig av avtalsdatabasen samt att vissa inköp bör samordnas i gemensam upphandling genom samverkan mellan förvaltningarna.

Inköp utanför avtal

Sid 129(317)

Revisionsfråga 4: Finns en ändamålsenlig hantering och uppföljning för att säkerställa att det inte förekommer inköp som är utanför avtal?

lakttagelser

I kommunstyrelsens internkontrollplan för 2021, behandlad av styrelsen 2021-03-16 §25, beskrivs risker kopplade till felaktigt köp inom organisationen och att LOU inte efterlevs. I beskrivningen av riskerna påtalas att felaktiga köp kan leda till minskad avtalstrohet, attest av egna inköp och avsaknad av kvittounderlag. Att LOU inte efterlevs påtalas kunna leda till genomförandet av otillåtna direktupphandlingar, dyrare inköp och inköp utanför delegationsordningar. Riskerna lyfts även i nämndernas internkontrollplaner.

Av genomförda kontroller per tertial 2 framkommer att mindre avvikelser uppmärksammas gällande kontroll av köp utanför inköpssystem och efterlevnaden av LOU. Bl.a. beskrivs att ca 37 procent av inköpen köps utanför inköpssystemet, detta trots att leverantören finns tillgänglig i systemet. Efterlevnaden av LOU bedöms som relativt god trots att det konstateras att det finns risk (utifrån egen beräkning) att varor och tjänster för knappt 900 000 kr som varit utanför avtal köpts in. Uppföljningen av kontrollerna i internkontrollplanen behandlades 2021-10-12 §158 av kommunstyrelsen och har genomförts av ekonomiavdelningen.

I nämndernas uppföljning framgår att fastställda risker kopplade till inköp och upphandling följs upp per tertial 3 (helår).

Av intervjuer uppges att det finns tekniska problem som gör det svårt att kontrollera huruvida inköp sker utanför avtal, ex. anges att det i nuläget inte finns förutsättningar att kontrollera att ett köp/en beställning går mot ett ramavtal. Därtill anges att det finns en beteendekultur inom verksamheterna där det finns en föreställning om att de får köpa utanför avtal. Genom implementeringen av den nya e-tjänsten kommer enligt intervjusvar hanteringen att förbättras. I e-tjänsten kommer det vara möjligt att knyta en direktupphandling till en viss faktura och dessutom anges det i e-tjänsten vart dokumentationen finns lagrad. Genom analysverktyget Power BI kommer analyser utifrån e-tjänsten och Kommers kunna skapas för att säkerställa kontroller inom området.

Resultat registeranalys

Som en del i granskningen har en registeranalys genomförts, där en jämförelse gjorts mellan kommunens leverantörsreskontra (som visar betalningar till leverantörer) för perioden 2021-01 till 2021-10 och avtalskatalogen i Kommers. Syftet med genomförandet av en registeranalys är att kunna se vilka leverantörer som har avtal/är upphandlade och vilka leverantörer som inte har avtal. Vid genomförandet av registeranalysen har leverantörsreskontra exklusive moms använts eftersom LOU inte tar hänsyn till moms. Viss rensning av leverantörsreskontrat gjordes gällande poster för bl.a. momsersättning, leverantörsfakturer under utredning, felkonto och förutbetalda

kostnader. Efter rensning fanns 1313 olika leverantörer i leverantörsreskontrat (sorterat per namn).

Sid 130(317)

Tabell: Fördelning över köp under 2021

Inköpsvolym	Leverantörer	Andel	SEK	Andel
5 000 000 och över	45	3,4%	1 070 400 495	74,6%
1 200 000 - 4 999 999	88	6,7%	221 368 723	15,4%
615 313 - 1 199 999	70	5,3%	60 030 189	4,2%
100 000 - 615 312	261	19,9%	66 088 768	4,6%
1 - 99 999	846	64,4%	17 354 620	1,2%
0	3	0,2%	0	0,0%
Summa	1313	100%	1 435 242 795	100%

Tabellen ovan visar inköpsvolym i intervaller per leverantör. Exempelvis framgår att inköp gjorts från 45 leverantörer under 2021 med belopp överstigande 5 mnkr. De totala omsättningarna för dessa leverantörer uppgår till över 1 mdkr vilket är ca 75 procent av kommunens totala köp. Inköp görs i stor utsträckning från leverantörer vars omsättning hos kommunen överstiger 615 312 kronor vilket tyder på att ramavtal som täcker verksamhetens behov till stor del finns.

För de leverantörer som registeranalysen indikerat saknat avtal gjordes en översiktlig analys med hänsyn till LOU huruvida de är upphandlingspliktiga eller inte.

Under genomförandet av registeranalysen framkom en del svårigheter:

- Organisationsnummer för transaktionerna saknades i leverantörsreskontrat som vi fick ta del av, istället fanns ett id. Avtalsdatabasen omfattade däremot organisationsnummer. För att genomföra analysen var vi tvungna att lägga skapa en mindre databas där organisationsnummer fanns för varje transaktion.
- Leverantörsreskontrat visade ansvarskod men inte vilken sektor koden var kopplad till. För att genomföra analysen fick vi ta del av en separat lista med ansvarskoder och sektorer. Uppgifterna infogades i nämnda databas.

Utifrån färdigställd analys konstateras att:

- Av de 1313 leverantörer som återfanns i leverantörsreskontrat fanns avtal för 232 i avtalsdatabasen.
- Flera leverantörer var registrerade på samma organisationsnummer, vilket bland annat kan bero på att en organisation exempelvis bytt bankgironummer och därmed behöver läggas upp på nytt. Det medför att det finns två (eller fler) leverantörer med samma organisationsnummer.

Inom ramen för granskningen upprättades en lista över köp av leverantörer som inte hittats i avtalsdatabasen. Som nämnt ovan hade vi erhållit uppgifter av vilka Sid 131(317) ansvarskoder som tillhörde vilken sektor varvid vi kunde begära ut stickprov från olika nämnder. En övervägande del av stickproven var kopplade till befintliga avtal.

Bedömning

Finns en ändamålsenlig hantering och uppföljning för att säkerställa att det inte förekommer inköp som är utanför avtal?

Svaret på revisionsfrågan är delvis.

Bedömningen grundar vi på att risker kopplat till upphandling och inköp förekommer i kommunstyrelsens och nämndernas internkontrollplaner. Vidare påvisar vår registeranalys att till stor del att inköp sker inom träffade ramavtal. Däremot ser vi att det är bristfälligt att det inte genomförs någon systematisk uppföljning för att säkerställa att det inte sker inköp som är utanför avtal. Vi ser dock positivt på att det sker ett utvecklingsarbete inom området och att den nya e-tjänsten i kombination med analyser i Power BI möjliggör uppföljning inom området framöver.

Uppföljning av avtalstrohet

Revisionsfråga 5: Är uppföljningen av avtalstrohet ändamålsenlig?

lakttagelser

I det gemensamma reglementet för kommunstyrelsen och nämnder förtydligas att styrelsen/nämnderna är ålagda att säkerställa att verksamheterna bedrivs ändamålsenligt, effektivt, ekonomiskt tillfredsställande och i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige beslutat om. Därtill framgår att styrelsen/nämnderna kontinuerligt ska följa, utvärdera och säkra kvalitén. Reglementet antogs 2020-12-01 §17.

Enligt inköps- och upphandlingspolicyn ska enheten för inköp och upphandling följa upp, utvärdera och rapportera om inköpsmönster av den data som kan hämtas ur gemensamma system. Som beskrivits i revisionsfråga 1 ska varje chef inom sektorerna ansvara för att de anställda är köptrogna mot tecknade avtal.

Av de intervjuade anges att det inte finns tillräckligt med resurser för att kontrollera avtalstrohet, ex. att rätt produkt köps från rätt avtal. Enbart i samband med uppföljning av internkontrollen som genomförs per tertiäl (se revisionsfråga 4) finns möjligheter att granska avtalstrohet. Kontrollerna som görs beskrivs som begränsade och hade enligt de intervjuade kunnat vara mer omfattande. Uppföljning lyfts som ett utvecklingsområde. Vidare anges även att det för närvarande saknas systemmiljöer för att kunna genomföra uppföljningar kopplat till avtalstrohet.

Bedömning

Sid 132(317)

Är uppföljningen av avtalstrohet ändamålsenlig?

Svaret på revisionsfrågan är nej.

Vi noterar att viss uppföljning genomförs men att det av verksamheten inte ses som tillräcklig och att förutsättningar att följa upp avtalstroheten saknas med anledning av resursbrist och brist på systemmiljöer.

Samlad bedömning

Sid 133(317)

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gävle kommun genomfört en granskning av kommunens avtalshantering. Granskningens syfte är att bedöma om kommunstyrelsens och nämndernas inköp sker enligt träffade ramavtal och om rutinerna och hanteringen av ramavtal är dokumenterade och följs upp

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att kommunstyrelsen och nämndernas inköp **inte helt** sker enligt träffade ramavtal samt att rutinerna och hanteringen av ramavtal **inte helt** är dokumenterade och följs upp.

Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning
Har kommunstyrelsen och nämnderna en ändamålsenlig organisation för avtalshantering?	Nej Det finns upprättade styrdokument som reglerar ansvarsförhållandena (ex. delegationsordningar och policyn) men att det finns behov av ytterligare förtydliganden och revideringar. Vi ser brister i bland annat delegationsordningar och attestförteckningar. Att tillräckliga resurser inte finns för att kontrollera avtalstrohet eller att genomföra systematiska avtalsuppföljningar ser vi även som en risk.
Finns dokumenterade riktlinjer för inköp och avtalshantering?	Delvis Riktlinjer för inköp och avtalshantering finns men dessa kan inte ses som heltäckande. Det är viktigt att upphandlande myndigheter har kontroll över sina avtal och ändamålsenligt dokumenterar hur de har ingåtts
Finns sammanställning av aktuella avtal inom kommunen?	Delvis Det finns en avtalsdatabas i kommunen innehållande flertalet ramavtal men den är inte är fulltalig och brister i användartillgängligheten. Vidare finns det inte någon riktlinje för vilken information som avtalskatalogen ska innehålla.
Finns en ändamålsenlig hantering och uppföljning för att säkerställa att det inte förekommer inköp som är utanför avtal?	Delvis Risker kopplat till upphandling och inköp förekommer i kommunstyrelsens och nämndernas internkontrollplaner. Vidare påvisar vår registeranalys att till stor del sker inköp inom träffade ramavtal. Däremot ser vi att det är bristfälligt att det inte genomförs någon systematisk uppföljning för att säkerställa att det inte sker inköp som är utanför avtal. Vi ser dock positivt på att det sker ett utvecklingsarbete inom området.

Är uppföljningen av avtalstrohet ändamålsenlig?

Nej

Viss uppföljning genomförs men kan inte ses som tillräcklig och att förutsättningar att följa upp avtalstroheten saknas med anledning av resursbrist.

Sid 134(317)



Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen lämnas följande rekommendationer:

- Kommunstyrelsen och nämnderna bör tillse att det i hela den kommunala organisationen finns en tydlig och dokumenterad roll- och ansvarsfördelning vad gäller avtalshantering
- Kommunstyrelsen rekommenderas ta fram riktlinjer för hur avtalshantering och uppföljning ska göras samt att dessa implementeras i verksamheterna. Detta kan sedan ligga till grund för det generella arbetssättet vad gäller avtalshantering.
- Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderas genomföra utbildningar för såväl inköpare/beställare som för avtalsförvaltare gällande inköp, avtalshantering och användande av kommunens avtalsdatabas
- Kommunstyrelsen och nämnderna bör genom systematiska kontroller säkerställa att inköp inte sker utanför avtal samt att ofta förekommande inköp handlas upp
- Kommunstyrelsen och nämnderna bör säkerställa att löpande och systematisk uppföljning görs av ingångna avtal och avtalstrohet
- Kommunstyrelsen och nämnderna rekommenderas begränsa antalet beställare och inköpare samt sätta beloppsgränser för de som finns i organisationen för att minska risken för att inköp sker utanför avtal

David Hansen

Emma Ekstén

Uppdragsledare

Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Gävle kommuns revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2021-09-01. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

Remissyttrande - Handlingsplan Äldrevänlig kommun

9

21ON429



Tjänsteskrivelse

2022-02-04

Diarienummer: 21ON429

Handläggare:

Caroline Engberg
Tfn 026 – 17 99 88
caroline.engberg@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Remissyttrande – Handlingsplan Äldrevänlig kommun, dnr 19KS245

Förslag till beslut

Att anta yttrandet som sitt eget.

Bakgrund

Nämnder, bolag och råd i Gävle kommunkoncern har anmodats att lämna synpunkter på remiss gällande "Handlingsplan Äldrevänlig kommun, dnr 19KS245".

År 2007 lanserade Världshälsoorganisationen (WHO) en guide för ett globalt utvecklingsarbete, The Global Network for Age-friendly Cities and Communities (GNAFCC). Bakgrunden till detta är befolkningsutvecklingen i världen som kommer innebära en åldrande befolkning och att allt fler äldre lever i städer.

Administrativa avdelningen, Social hållbarhet, fick via Kommunplanen i uppdrag att under 2019 ansöka om att Gävle kommun ska bli en äldrevänlig kommun utifrån WHO:s nätverk för äldrevänliga städers kriterier. Syftet med ansökan var att Gävle kommun, genom att bli en äldrevänlig kommun avsåg att förbättra äldres möjligheter att leva ett hälsosamt och oberoende liv med ökad delaktighet i samhällsfrågor.

Medlemskapet i WHO:s nätverk förutsätter att staden eller kommunen involverar och engagerar äldre människor i utvecklingsarbetet, genomför en baslinjemätning kring stadens eller kommunens äldrevänlighet och slutligen tar fram och genomför en treårig handlingsplan. För att uppnå målsättningen med handlingsplanen behöver nämnder

och styrelser aktivt söka samverka med varandra, internt och externt samt involvera äldre personer.

Yttrande från Omvårdnadsnämnden

Omvårdnadsnämnden ställer sig positiv till handlingsplanen som helhet. Den lyfter vikten av det gemensamma ansvaret för Gävle kommunkoncern i att skapa förutsättningar till självständighet och god hälsa för de seniorer som lever och vistas i kommunen. Att handlingsplanen är framtagen med hög delaktighet av Gävle kommuns seniorer ses särskilt positivt. Att handlingsplanen har en ansats till år 2025 är av vikt för att åstadkomma den förändring som kommer krävas kopplat till föreslagna aktiviteter. De delområden som lyfts med föreslagna åtgärder kan skapa förutsättningar för att bidra till att nå de långsiktiga målsättningar som även inryms i behovsfångsten som Valfärd Gävle utarbetat. I övrigt beskrivs tydligt att ansvaret av genomförandet av handlingsplanen samt uppföljningen av handlingsplanen åligger Styrning och stöd Gävle. Det är av vikt då handlingsplanen innehåller aktiviteter som överlappar politiska uppdrag från Omvårdnadsnämnden och även Valfärd Gävles egna prioriteringar. Det är viktigt att påpeka att Valfärd Gävle enbart har ansvaret för genomförande och uppföljning av de politiska uppdrag och prioriteringar som ryms inom Valfärd Gävle.

Inledning

I bakgrunden framkommer de mål inom Agenda 2030 som handlingsplanen syftar till. Här bör agendans mål 3: God hälsa och välbefinnande samt mål 17: Genomförande och partnerskap också lyftas. I punkt 3 av handlingsplanen lyfts ett antal styrande dokument, det finns även flertalet styrdokument inom Valfärd Gävles exempelvis inom den förebyggande verksamheten. Beakta om dessa ska nämnas i handlingsplanen.

Övergripande

Omvårdnadsnämnden ställer sig positiv till att det föreslås finnas en sammanhållande strategisk funktion för äldrefrågor. Det är även positivt att seniorperspektivet ska finnas med i alla beslut som rör seniorer. Förtydliga hur det ska konkretiseras. Är det tänkt att fungera likt Barnchecklistan eller Näringslivs- och Sociala konsekvensanalyser inför beslut?

Boende och bostäder

Då kunskapsläget är lågt avseende vad som är bra bostäder för äldre bör Gävle kommun bör lyfta behovet av forskning på området till exempelvis Högskolan i Gävle och andra lärosäten. Den föreslagna aktiviteten om att möjliggöra kvarboende i alla stadsdelar genom att tillhandahålla tillgänglighetsanpassade bostäder går i linje med Valfärd Gävles målsättning avseende kvarboendepincipen. I arbetet med aktiviteten i handlingsplanen bör Valfärd Gävle bli involverad och det bör framgå i planen att även om Styrning och stöd är ansvariga för att driva arbetet så ska det ske i samverkan med Valfärd Gävle.

Delaktighet, Inkludering, Respekt

Omvårdnadsnämnden ställer sig positiva till förslaget att öka den kommunikativa tillgängligheten till Gävle kommun genom inrättandet av en Äldrelots. Det kan underlätta kontakten med kommunens verksamheter för de seniorer som upplever svårigheter att nyttja den tonvalsfunktion som Gävle kommun har för telefonkontakt. Beakta om aktiviteten ska föras in under rubriken Information och kommunikation

Omvårdnadsnämnden ställer sig även bakom den föreslagna utvecklingen och förstärkning i resurser för ytterligare volontärsamordnare. Även den aktiviteten går i linje med prioriterade målområden som Valfärd Gävle utarbetat under 2021.

Avseende aktiviteten om att inventera möjligheten till lokal där seniora föreningar kan bedriva verksamhet så pågår det ett liknande uppdrag inom Valfärd Gävle. Uppdraget innebär att de befintliga vård- och omsorgsboendena upplåter sina lokaler för att på så sätt starta mötesplatser runt om i kommunen för att genomföra aktiviteter för seniorer. Beskriv i handlingsplanen att Valfärd Gävle ska involveras i arbetet.

Omvårdnadsnämnden ställer sig positiv till förslaget gällande aktiviteten som syftar till att öka kunskapen om digital teknik och service. Beakta om det ska framgå i handlingsplanen att aktiviteten ska ske i samverkan med Valfärd Gävle. Det pågår flera projekt inom Valfärd Gävle i syfte att överbrygga och stödja digital utveckling för seniorer exempelvis VR-resor för äldre och projekt inom digitalisering avseende inköp via nätet.

Information och kommunikation

Beakta om aktiviteten om Äldrelots ska föras in under den här rubriken.

Omvårdnadsnämnden har i övrigt inga synpunkter på remissen.

Magnus Höijer

Sektorchef

Sektor Velfärd

Omvårdnadsnämnden har getts möjlighet att yttra sig över remiss gällande "Handlingsplan Äldrevänlig kommun".

Remissyttrandet hanteras av Omvårdnadsnämnden vid sammanträdet den 24 februari 2022.

Caroline Engberg har varit ansvarig handläggare i ärendet.

Missiv

Ärende Dnr 19KS245
Dok/Handl id 19KS245-21
2021-12-15

Ann-Charlotte Jansson
ann-charlotte.jansson@gavle.se
026-17 95 80

Till Utbildningsnämnden, Socialnämnden, Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden, Omvårdnadsnämnden, Kultur- och fritidsnämnden, Samhällsbyggnadsnämnden
Gävle Energi AB, AB Gavlegårdarna, Gavlefastigheter, Gavle Drift & Service AB, Gävle Hamn AB, Gävle Parkeringsservice AB, Gävle Vatten AB, Gästrike Räddningstjänst, Gästrike återvinnare Kommunala Pensionärsrådet, Gävle kommuns Funktionsrättsråd, Finskt samråd

Ärende Äldrevänlig kommun

Vårt dnr **19KS245**

Begäran om yttrande i rubricerat ärende.

Handlingar Beslutsprotokoll SHU, Utkast Handlingsplan Äldrevänlig kommun

Svarsdatum Senast den **15 februari 2022**

Upplysningar

Nämnder, bolag och råd ska inkomma med ett remissvar gällande utkastet till handlingsplan Äldrevänlig kommun senast den **15 februari 2022**.

Yttranden ska skickas till Kommunstyrelsens diarium kommunstyrelsen@gavle.se med hänvisning till **19KS245**.

Finns inga förslag till förändringar ska även det meddelas till Kommunstyrelsens diarium.

Med vänlig hälsning

Ann-Charlotte Jansson
Projektledare Gävle - en äldrevänlig kommun
Social hållbarhet Gävle kommun

STYRNING OCH STÖD GÄVLE

ADMINISTRATIVA AVDELNINGEN

ENHETEN FÖR SOCIAL HÅLLBARHET

Handlingsplan för Gävle – en äldrevänlig kommun



Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 143(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

Innehåll

1.	Bakgrund.....	3
2.	Handlingsplanens giltighetstid	5
3.	Koppling till andra styrande dokument.....	6
4.	Syfte med denna handlingsplan.....	6
5.	Utformning av handlingsplanen	6
6.	Handlingsplan.....	9
7.	Kostnader.....	19

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 144(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

1. Bakgrund

År 2007 lanserade Världshälsoorganisationen (WHO) en guide för ett globalt utvecklingsarbete, The Global Network for Age-friendly Cities and Communities (GNAFCC). Bakgrunden till detta är befolkningsutvecklingen i världen som kommer innebära en åldrande befolkning och att allt fler äldre lever i städer. År 2030 bedöms 25 procent av invånarna i städerna i höginkomstländer att vara över 60 år. År 2050 antas samma situation att gälla även för städerna i nuvarande utvecklingsländerna. WHO uttrycker därför att det är en stor utmaning världen över att skapa samhällen som är tillgängliga och inkluderande och där människor ges möjlighet att leva ett självständigt, hälsosamt och delaktigt liv.

Administrativa avdelningen, Social hållbarhet, fick via Kommunplanen¹ i uppdrag att under 2019 ansöka om att Gävle kommun ska bli en äldrevänlig kommun utifrån WHO:s nätverk för äldrevänliga städers kriterier.

År 2021 är 1114 städer och kommuner i 44 länder runt om i världen med i nätverket²

Gävle kommun antogs som medlemmar i nätverket 190828. Syftet med ansökan var att Gävle kommun, genom att bli en äldrevänlig kommun avsåg att förbättra äldres³ möjligheter att leva ett hälsosamt och oberoende liv med ökad delaktighet i samhällsfrågor⁴.

Medlemskapet erbjuder:

- Tillgång till informationsdelning med alla i nätverket
- Stöd från ett globalt nätverk av utövare, forskare, experter mfl som har för avsikt att främja åldersvänliga miljöer.
- Erkännande och synlighet i nätverkets aktiviteter och på WHO:s webbplats - Åldersvänlig värld - där ledamöterna kan presentera sina aktiviteter, prestationer och länka tillbaka till sin egen webbplats och resurser.
- Möjligheter till samarbete som internationella forskningsprojekt, gemensamma publikationer, nätverk och delning mellan varandra, etc.

Via medlemskapet i WHO:s nätverk genomförs även möten och seminarier i det "Nordiska nätverket för åldersvänliga städer och samhällen". Därigenom främjas omvärldsbevakning och tillgång till aktuell forskning i frågor som rör seniorer i Norden och nätverket bidrar till att de nordiska länderna kan ta lärdom av varandra.

¹ Kommunplan med årsbudget 2019 och utblick 2020-2022 [Huvudrubrik \(gavle.se\)](https://gavle.se/huvudrubrik)

² Källa WHO: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>

³ Med benämningen äldre menas personer 65 år och äldre i Gävles projekt för äldrevänlig kommun

⁴ Projektplan Gävle en äldrevänlig kommun dnr19KS245

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Sid 145(317) Referens

Äldres deltagande är en förutsättning i en äldrevänlig kommun. Det är målgruppen själv som har kunskap om hur kommunen kan bli en bättre plats att åldras i. Medlemskapet i WHO:s nätverk förutsätter att staden eller kommunen involverar och engagerar äldre människor i utvecklingsarbetet, genomför en baslinjemätning kring stadens eller kommunens äldrevänlighet och slutligen tar fram och genomför en treårig handlingsplan. Handlingsplanen ska sedan följas upp med hjälp av framtagna indikatorer. För att uppnå målsättningen med handlingsplanen behöver nämnder och styrelser aktivt söka samverkan med varandra, internt och externt samt involvera äldre personer.

WHO:s utvecklingsprogram bygger på en struktur som består av åtta fokusområden som har betydelse när det gäller tillgänglighet och inflytande för äldre människor.

Dessa åtta utvecklingsområden är:

- Boende och bostäder
- Transporter och mobilitet
- Tillgänglighet till byggnader och miljöer
- Gemenskap och aktiviteter
- Social inkludering, åldersdiskriminering
- Medborgerligt deltagande och inflytande
- Kommunikation och information
- Omsorg, vård och service

Arbetet för en äldrevänlig kommun ska också bidra till att Gävle är aktiv i genomförandet av de globala målen för hållbar utveckling enligt Agenda 2030. Ett utvecklingsarbete i enlighet med denna plan bidrar bland annat till att nå Agendans

mål 5 jämställdhet

mål 10 minskad ojämlikhet

mål 11 hållbara städer och samhällen

mål 16 fredliga och inkluderande samhällen

Genomförandet av handlingsplanen stärker kommunens möjligheter att hålla hög kvalitet, vara resurseffektiv och relevant för dem verksamheterna är till för.

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 146(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

1.1 Statistik och data Gävles seniora befolkning

Gävle kommuns folkmängd **31 december 2020** är 102 904 invånare⁵

- varav åldersgruppen 60 år och äldre: 26 844 invånare
- varav åldersgruppen 65 år och äldre: 21 167 invånare
- varav åldersgruppen 80 år och äldre: 5 475 invånare

Antalet *ensamboende* i åldersgruppen 65 år och äldre är 9 805 personer (46,3 procent i åldersgruppen).

Antalet *utrikes födda* i åldersgruppen 65 år och äldre är 1 862 personer (8,8 procent i åldersgruppen).

2 671 personer i åldersgruppen 65 år och äldre i Gävle kommun har ett biståndsbeslut.

Fördelningen av dessa ser ut som nedan:

- Personer över 65 år med beslut om hemtjänst behovsprövad: 1 480 st
- Personer över 65 år med beslut om hemtjänst med förenklat beslutsfattande: 78 st
- Personer över 65 år med beslut⁶ om vård- och omsorgsboende: 1 113 st

Gävle kommuns framtida befolkning **år 2030** enligt beräknad prognos i april 2021⁷

Totalbefolkning: 113 419 invånare

- varav åldersgruppen 60 år och äldre: 30 890 invånare
- varav åldersgruppen 65 år och äldre: 24 321 invånare
- varav åldersgruppen 80 år och äldre: 8 218 invånare

Medellivslängden år 2020⁸

Gävle kommun: 83,8 år för kvinnor och 80,6 år för män

Riket: 84,3 år för kvinnor och 80,8 år för män

Utifrån befintliga data noteras att andel individer över 65 år som har biståndsbedömda insatser är förhållandevis få. Det innebär att det främjande arbetet för fortsatt hälsa och självständighet är av vikt ur flera perspektiv, inte minst ekonomiskt.

2. Handlingsplanens giltighetstid

Enligt WHO:s kriterier för medlemskap ska handlingsplanen ha minst ett treårigt perspektiv.

Pga pandemins påverkan för den seniora befolkningen har arbetet med framtagande av handlingsplanen fördröjts och försvårats. Därav föreslås handlingsplanen ha en längre varaktighet och bör sträcka sig från år 2022–2025

⁵ Källa: Statistiska centralbyrån

⁶ inkluderar även personer som har beslut om vård- och omsorgsboende men ännu inte flyttat till ett vård- och omsorgsboende

⁷ Källa: Gävle kommun, SG

⁸ Källa: Statistiska centralbyrån

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 147(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

3. Koppling till andra styrande dokument

Då arbetet med framtagandet av handlingsplanen har baserats på tvärsektoriell samverkan, där både kommunövergripande styrdokument och respektive sektor och bolags styrdokument har varit till stöd för utformningen, ges några exempel nedan:

Socialt hållbarhetsprogram

Kommunplanen

Kulturpolitiskt program

Inriktningsprogram för bostadsförsörjning

4. Syfte med denna handlingsplan

Gävle kommun tar genom handlingsplanen ett långsiktigt åtagande för att leva upp till WHO:s kriterier till att vara en äldrevänlig kommun. Handlingsplanen skapar förutsättningar för äldre att leva ett hälsosamt och självständigt liv med hög delaktighet och inflytande. Gävle kommun ska vara en bra plats för äldre att leva och bo i

4.1 Vilka omfattas av denna plan

Gävle kommuns sektorer och bolag, likväl som seniorer i Gävle kommun har aktivt bidragit till utformningen av handlingsplanen och är också de som omfattas och berörs av de föreslagna åtgärderna

4.2 Uppföljning av handlingsplanen

Handlingsplanen och arbetet med Äldrevänlig kommun ska följas upp med hjälp av framtagna indikatorer utifrån WHO:s Measuring the age-friendliness of cities: a guide to using core indicators⁹

5. Utformning av handlingsplanen

I denna handlingsplan kommer både benämningen "äldre" och "seniorer" att användas. Båda benämningarna avser personer som är 65 år och äldre.

Underlaget till handlingsplanen utgör många olika delar.

WHO:s kriterier för äldrevänliga städer och samhällen genomsyrar hela arbetet.

⁹ WHO (2015) [9789241509695 eng.pdf;sequence=1 \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/9789241509695-eng.pdf;sequence=1)

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 148(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

En baslinjemätning¹⁰ genomfördes under år 2020 av FoU Välfärd Region Gävleborg. Syftet med baslinjemätningen skulle dels vara att efterfråga äldre personers åsikter om hur Gävle kan bli mer äldrevänligt, samt att belysa den äldre befolkningens förutsättningar för ett aktivt liv - hela livet. På grund av coronapandemin fick metoden ändras till enbart en skriftlig enkät. 654 personer över 65 år svarade på enkätundersökningen

Som en uppföljning av baslinjemätningen som gjordes i projektet Gävle - en äldrevänlig kommun erbjöds äldre personer att få delta i en kvalitativ forskningsstudie¹¹. Studien genomfördes i form av fokusgruppsintervjuer av forskare vid Högskolan i Gävle under hösten 2020.

I och med Coronapandemins inträde i världen fick arbetet ställas om. Möten och träffar fick genomföras digitalt och inom projektet startades Stödlinje corona. Stödlinje corona bidrog till många samtal med seniorer, ca 1500 samtal inkom totalt. Vi lärde oss bland annat att vi behöver arbeta med det digitala utanförskapet och att behovet av samtalsstöd hos målgruppen är stort

Ett flertal dialoger har genomförts med seniorer, både digitalt och genom fysiska möten i enlighet med WHO:s modell för äldrevänliga städer. Till de digitala träffarna anmälde sig seniorer till den grupp utifrån WHO:s utvalda områden de var intresserade av. De fysiska träffarna har lagts upp i workshopform där fler områden har behandlats vid ett och samma möte. Fysiska möten har genomförts hos Finska klubben, på Träffpunkt för seniorer Moränen (för personer med funktionsvariation), på träffpunkt för seniorer Brunnsgatan 59 och Kaplansgatan 10, med seniorer i Hedesunda, och hos Svenska kyrkans kvinnogrupp i Andersberg för kvinnor som är utrikes födda.

"Egentligen dumt att dela in människor efter ålder. Äldre vill inte vara särbehandlade

Utgå ifrån senioren i stället för att utgå från den kommunala verksamheten."

- Citat från deltagare i en dialoggrupp

Projektledare för Gävle – en äldrevänlig kommun har med regelbundenhet varit fysiskt närvarande på träffpunkt för seniorer, Brunnsgatan 59 och Kaplansgatan 10 för samtal med seniorer som besöker träffpunkterna.

Ett flertal "stormöten" har genomförts där ett stort antal seniorer deltagit i workshops med olika teman

¹⁰ Baslinjemätningen [gavle-aldrevanlig-kommun-fou-rapport.pdf \(regiongavleborg.se\)](https://regiongavleborg.se/gavle-aldrevanlig-kommun-fou-rapport.pdf)

¹¹ Hig:s studie [FULLTEXT02.pdf \(diva-portal.org\)](https://diva-portal.org/FULLTEXT02.pdf)

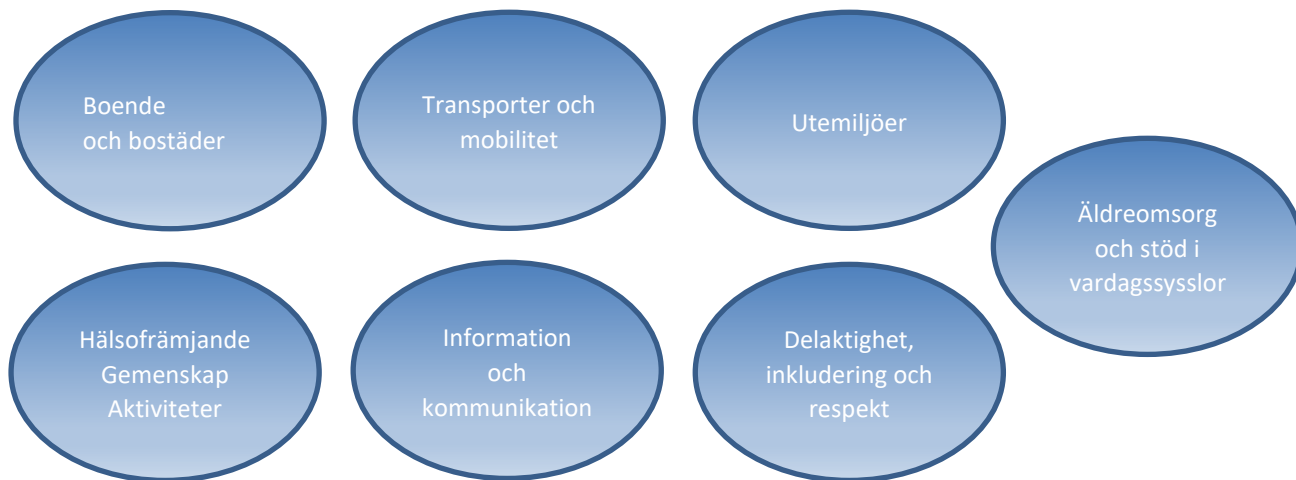
Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 149(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

Genom deltagande i stadsdelsnätverken, i nätverk i våra ytterområden (Hedesunda, Hamrångebygden och Forsbacka), finskt samråd och i samverkan med andra projekt har dialoger och samtal med målgruppen äldre möjliggjorts.

Projektledaren för Gävle – en äldrevänlig kommun har varit och är föredragande vid samtliga sammanträden i Kommunala pensionärsrådet och Funktionsrättsrådet. Två representanter från vardera rådet utgör dessutom referensgrupp i projektet. I dessa forum finns möjligheter för seniorer att vara delaktiga i arbetet och komma med synpunkter.

Under 2020 och 2021 har den uppsökande verksamheten i Gävle kommun genomförts genom telefonsamtal till alla som fyller 80 år under året och som inte tidigare har några biståndsbedömda insatser. I samtalen tas frågeområden upp utifrån WHO:s åtta utvalda områden och det som kommit fram i samtalen kan därför användas som underlag till handlingsplanen

Utifrån resultatet i baslinjemätningen sammanfattades WHO:s åtta utvalda områden till 7 olika diskussionsområden, som använts i dialogerna med målgruppen
Dessa områden har varit:



Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 150(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

6. Handlingsplan

Utifrån insamlat material föreslås följande aktiviteter för att uppnå målet att bli en äldrevänlig kommun. Samtliga aktiviteter i handlingsplanen och dess genomförande ska ske i en samskapande process med Gävles seniorer. Seniorerna ska vara informerade och involverade i arbetet.

ÖVERGRIPANDE

Beskrivning:

Arbetet med att utveckla Gävle till att bli en äldrevänlig kommun är ett långsiktigt åtagande. Handlingsplanen föreslår aktiviteter i riktning att bli en äldrevänlig kommun enligt WHO:s kriterier. Samhället är föränderligt och nya behov och insikter kan uppkomma i framtiden. Arbetet måste vara levande och ska följas upp.

Det finns behov av en person/funktion som är en sammanhållande länk och stöd till bolagens och sektorernas arbete i frågor som berör seniorer i Gävle kommun. Nämnder och styrelser behöver aktivt söka samverkan med varandra, internt och externt samt involvera seniorer inför beslut

Målbild:

Gävle kommun ska ha ett seniorperspektiv i alla beslut där seniorer kan komma att beröras

Varför?

Gävle har beslutat att bli en äldrevänlig kommun

Vad?

Gävle kommun ska säkerställa att Gävles arbete mot en äldrevänlig kommun fortlever

AKTIVITETER

Aktivitet	Ansvar	När
Utforma uppdragsbeskrivning och rekrytera en strateg social hållbarhet med särskilt ansvar för äldre frågor	Styrning och stöd Gävle	2022
Uppföljning av aktiviteterna i handlingsplanen	Styrning och stöd Gävle	Årligen

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 151(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

OMRÅDE BOENDE OCH BOSTÄDER

Beskrivning:

Seniorer ger uttryck för att bostaden och boendemiljön är en av de viktigaste platserna för dem.

Det framkommer olika önskemål avseende val av boendeform.

En grundförutsättning för att kunna ändra och anpassa sitt boende över tid är att det finns ett varierat utbud av olika boendeformer i form av både upplåtelseformer och hustyper på den lokala bostadsmarknaden.

Målbild:

Gävles seniorer har tillgång till fysiskt tillgängliga, trygga och ekonomiskt överkomliga bostäder och boendemiljöer.

Varför?

Seniorer är inte en homogen grupp dvs de har olika önskemål och behov. Några vill ha möjligheten att flytta till ett trygghetsboende eller vård- och omsorgsboende när behovet uppstår. Några vill hellre bo i miljöer med blandande åldrar så länge bostaden är tillgänglighetsanpassad.

Vad?

Gävle kommun ska arbeta för att det finns ett utbud av olika boendeanternativ där det alltid finns ekonomiskt överkomliga valmöjligheter

AKTIVITETER

Aktivitet	Ansvar	När
Bibehålla befintlig modell för trygghetsboende samt utveckla attraktiva boendelösningar för äldre	AB Gavlegårdarna Styrning och stöd Gävle	2024
Utarbeta modell inom bostadsområdet Södra Hemlingby där generationsmöten främjas i samarbete med det nya huset Hemlingborg	Välfärd Gävle, Utbildning Gävle, AB Gavlegårdarna	2023
Säkerställa kvarboende i stadsdelen genom möjlighet till tillgänglighetsanpassade bostäder i alla stadsdelar	Styrning och stöd Gävle	Fortlöpande

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 152(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	

OMRÅDE TRANSPORTER OCH MOBILITET

Beskrivning:

Transporter och mobilitet är ett viktigt område för seniorer då det handlar om individers möjligheter att förflytta sig i kommunen. Betydelsen av att främja möjligheten att vara rörlig i staden/kommunen påverkar individers hälsa, rörelseförmåga och sociala delaktighet. Att bibehålla förutsättningar att kunna ta del av exempelvis samhällslivet, kultur, hälso-och sjukvårdstjänster utan att belasta andra bidrar till självständighet.

Målbild:

Gävles seniorer kan fortsätta att resa via kollektivtrafik till ett ekonomiskt överkomligt pris. Det ska vara lätt att tyda vilket parkeringsbolag som gäller och att betala parkering kan ske på olika sätt

Varför?

I syfte att bibehålla hälsa och välbefinnande bör det vara genomförbart att ta sig runt i kommunen på ett ekonomiskt fördelaktigt sätt. Genom de subventionerade resorna erbjuds större möjlighet att delta i samhällets olika aktiviteter. Olika parkeringsbolag i ett och samma område skapar förvirring hos seniorer och andra

Vad?

Gävle kommun ska underlätta för seniorer att fortsatt självständigt ta sig runt i kommunen

AKTIVITETER

Aktivitet	Ansvar	När
I dialog med Region Gävleborg vidareutveckla arbetet för att underlätta biljettinköp och planering av busslinjernas sträckning	Livsmiljö Gävle	Fortlöpande
Utreda möjligheten till att förlänga tiden för kostnadsfria resor samt erbjuda dessa alla veckans dagar	Livsmiljö Gävle	2023
Inventera lösningar som förenklar för invånarna att kunna parkera och betala parkering på ett enkelt sätt	Gävle Parkeringsservice AB	Fortlöpande

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 153(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	

OMRÅDE UTEMILJÖER

Beskrivning:

En trygg, trevlig och säker utemiljö är av intresse för alla målgrupper. Att det finns miljöer som är inbjudande att vistas och promenera i är viktigt för att seniorer ska fortsätta med detta och därmed bibehålla rörlighet, hälsa och trygghet.

Målbild:

Gävle kommun arbetar för en tillgänglighetsanpassad utemiljö.

Allmänna platser är belysta och har trevlig utformning som upplevs trygg och säker.

Det finns platser där det är möjligt att slå sig ner för en stunds vila.

Varför?

Seniorer uttrycker rädsla för att bli påkörd av både cyklister och elsparkcyklar. Snöröjning och borttagning av plogvallar är viktigt när senioren ska ta sig fram, både med och utan rullator.

Seniorer uttrycker att det är viktigt att det känns tryggt att vistas utomhus och lägger vikt på bra belysning och kameror. Brist på ställen att vila i utemiljön kan innebära att man söker hemtjänstinsatser eller färdtjänst för att göra sina inköp eller att man undviker att gå ut.

Vad?

Gävle kommun ska förbättra utemiljön för att seniorer ska kunna fortsätta leva ett självständigt och aktivt liv

AKTIVITETER

Aktivitet	Ansvar	När
Säkerställa äldres medverkan i arbetet med att ta fram trygghetsplaner för Gävles stadsdelar	Styrning & Stöd Gävle	Fortlöpande
Utöka antalet bänkar i de olika stadsdelarna. Involvera seniorer vad gäller placering av dessa	Livsmiljö Gävle	2023
Utreda behov och möjlighet till utökat antal separerade gång- och cykelbanor, samt lösningar för att cykelbanor inte ska korsa busshållplatser	Livsmiljö Gävle	2022 och fortlöpande framåt
Översyn och vid behov åtgärda trottoarkanter utifrån tillgänglighetsperspektivet	Livsmiljö Gävle	Fortlöpande
Fortsätta att förbättra snöröjning och sandning	Livsmiljö Gävle	Fortlöpande

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 154(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

OMRÅDE DELAKTIGHET INKLUDERING RESPEKT

Beskrivning:

Seniorer har ett tydligt önskemål om att få vara delaktiga i såväl samhällsfrågor som beslut som berör den egna personen. Ofta beskrivs en känsla av utanförskap och diskriminering. En stor oro finns kring den snabba digitaliseringen av samhället. Det bör finnas möjlighet till stöd och hjälp från olika aktörer.

Många äldre har svårigheter att ta del av den information som kommuniceras ut i digitala kanaler. Detta leder till en känsla av exkludering och är en källa till minskad delaktighet i samhällslivet. Utbildningsinsatser bör finnas för de som önskar, kring olika tekniska och digitala lösningar. Kunskap är en viktig del i att motverka ett utanförskap.

I underlaget till handlingsplanen har framkommit att det finns behov av en funktion som kan vägleda och lotsa seniorer i olika frågor, någon som har tid att samtala och ge personligt stöd. Denna lotsningsfunktion ska vara ett komplement till Gävle kommuns kundtjänst

Pensionärsföreningarna arbetar med att inkludera seniorer och göra meningsfulla aktiviteter för äldre. I Gävle finns det brist på stora möteslokaler. De få som finns har höga hyreskostnader. Föreningarna har uttryckt en önskan om förbättrad tillgång till lokaler

Forskning visar att volontärarbete stärker hälsan¹² Att fortsatt vara behövd efter avslutat arbetsliv, att finnas i ett sammanhang är viktigt för välbefinnandet. Flera seniorer uttrycker att genom sitt ideella engagemang håller de sig pigga och känner att de bidrar med värdefull tid för en medmänniska. Detta speciellt i övergången från yrkesverksam till pensionär

I Gävle kommun finns en volontärsamordnare, 75%, som samordnar arbetet med volontärer inom Valfärd Gävles verksamhetsområden och samarbetar med ideella föreningar och organisationer. Ca 250 aktiva volontärer finns registrerade i Volontär i Gävle och arbetar ideellt i genomsnitt en timme/vecka. Det genererar ca 13 000 volontärtimmar per år riktade mot seniorer i kommunens verksamhet. Det finns behov av en sektorsövergripande strategi för hur vi jobbar med volontärer i kommunen och hur vi samverkar med ideella organisationer och föreningar, så att fler kan dra nytta av att vara volontär eller ta del av aktiviteter volontärer erbjuder

Målbild:

Gävle kommun erbjuder ett utökat stöd till seniorer för att de ska få vägledning i samhällsfrågor och känna sig trygga och delaktiga i frågor som de är berörda av. Gävle kommun tar tillvara äldres resurser och engagemang.

¹² Kan frivilligarbete påverka hälsan Göteborgs universitet
https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/66292/1/gupea_2077_66292_1.pdf

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 155(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

Varför?

Seniorer uttrycker att de fortsatt vill känna sig inkluderade i samhället. De ska lättare kunna ta del av information som ger möjlighet till ett fortsatt oberoende och ett aktivt liv

Vad?

Gävle kommun ska arbeta för att förstärka synen på att seniorer är en samhällsdeltagare som har resurser, erfarenhet, kunskaper, engagemang, idéer, kontaktnät och tid som är viktiga delar till att Gävle blir en bättre kommun att åldras i

AKTIVITETER

Aktivitet	Ansvar	När
Utforma en uppdragsbeskrivning, rekrytera och anställa en stödfunktion för seniorer - ”äldrelots”	Styrning och stöd Gävle	2022
I samverkan med studieförbund och andra samarbetspartners erbjuda utbildning för att öka kunskapen i att använda digital teknik och service	Styrning och stöd Gävle	2022
Fortsätta medborgardialoger riktat mot äldre i enlighet med WHO:s nätverks riktlinjer	Styrning och stöd Gävle	Fortlöpande
Inventera möjligheten till en lokal där flera seniorföreningar gemensamt kan bedriva verksamhet	Livsmiljö Gävle, Styrning och stöd Gävle	2024
Stärka och utveckla arbetet inom verksamheten Volontär i Gävle	Välfärd Gävle	2022

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 156(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

OMRÅDE HÄLSOFRÄMJANDE, GEMENSKAP OCH AKTIVITETER

Beskrivning:

För att bibehålla en meningsfull tillvaro och gott välbefinnande är det viktigt med både organiserade aktiviteter på mötesplatser och att det finns strukturer som främjar möten med grannar, familj och vänner. Möten ger förutsättningar att använda sin kompetens, kunskap, känna respekt och bygga självförtroende inom och över generationer. Bristen på sociala relationer och ofrivillig ensamhet kan enligt WHO jämföras med hälsoriskerna med rökning, fetma och fysisk inaktivitet¹³

Det finns i Gävle ett stort utbud av aktiviteter och även flera arenor för gemenskap för seniorer.

Det som är svårigheten är att nå ut med informationen till alla.

Vid samtal med seniorer har det även varit tydligt att det finns en omsorg om de som är ofrivilligt ensamma. Hur vi når de som lider av ofrivillig ensamhet

Målbild:

Gävle kommun bidrar genom att skapa förutsättningar för intressestyrda aktiviteter och social samvaro för Gävles seniorer.

Fler ska få kännedom om vilket utbud och vilka möjligheter som finns

Varför?

Det finns risk för ensamhet och isolering med stigande ålder, en avsaknad av sociala sammanhang. Den psykiska ohälsan tenderar att öka hos gruppen seniorer.

Vad?

Gävles seniorer har lätt att hitta information om de aktiviteter som erbjuds.

Gävle kommun erbjuder information som är relevant, lättförståelig och ökar möjligheten att vara aktiv i samhället hela livet

Gävle kommun fortsätter att erbjuda arenor för social samvaro och meningsfulla aktiviteter

Gävle kommun arbetar utifrån ett salutogent perspektiv med seniorers välbefinnande i fokus

¹³ WHO 2017:55

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 157(317)	
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens	

AKTIVITETER

Aktivitet	Ansvar	När
Bibehålla formerna för uppsökande verksamhet, där varje individ, som fyller 80 år, kontaktas personligen via ett telefonsamtal	Välfärd Gävle	Fortlöpande
Ta fram innovativa metoder för att nå fler seniorer och minska ofrivillig ensamhet	Styrning och stöd Gävle	2022
Utöka samverkan med föreningar, organisationer och näringsliv. Skapa mötesplatser och sprida information om aktiviteter för seniorer i stadsdelarna. Bland annat enligt modellen Senior i Sättra/Senior i Bomhus	Styrning och stöd Gävle Välfärd Gävle	2022
Bibehålla de två träffpunkter för seniorer som finns centralt i Gävle, Brunnsgatan 59 och Kaplansgatan 10	Välfärd Gävle	Fortlöpande
Bibehålla Träffpunkten Moränen som finns för äldre med någon form av funktionsvariation	Välfärd Gävle	Fortlöpande
Nyttja det nybyggda Hemlingborg som ett samverkanshus där äldres kapacitet tillvaratas och där möten mellan generationer möjliggörs	Välfärd Gävle Utbildning Gävle AB Gavlegårdarna	2023
Möjliggöra studiecirklar för att hantera den livsförändring övergången från arbetsliv till pensionering innebär	Välfärd Gävle Styrning och Stöd Gävle	2022
Kultur för äldre – samarbetet mellan sektor Livsmiljö och sektor Välfärd fortsätter	Livsmiljö Gävle Välfärd Gävle	2022

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 158(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	Referens

OMRÅDE INFORMATION OCH KOMMUNIKATION

Beskrivning:

Hur Gävle kommun kommunicerar är av stor vikt för att seniorer ska kunna ta del av tjänster, hålla sig uppdaterade och vara självständiga. Seniorer har ett behov av att förstå var de kan hitta information men de har även gett uttryck för önskemål att uppleva det lättare att kommunicera med kommunen. Seniorer är en viktig kunskapskälla i att utveckla tillgänglig kommunikation. De är också en viktig kanal att sprida information vidare i sina sociala nätverk.

Målbild:

Gävle kommun erbjuder tillgänglig information och kommunikation som är relevant, lättförståelig och som ökar möjligheterna att kunna hålla sig uppdaterad

Varför?

Många seniorer upplever att det är svårt att ta del av den information som kommuniceras ut även om senioren är digital. En del upplever det svårt att hitta och söka information på gavle.se
Många seniorer vet inte vilket stöd och vilken service kundtjänsten kan bidra med

Vad?

Gävle kommun har ett brett stöd som hjälper seniorer att söka nödvändig information i olika kanaler

Gävle kommun ska arbeta för att förbättra kommunikationen, även för de som inte är digitala

AKTIVITETER

Aktivitet	Ansvar	När
Förbättra sökfunktionen på gavle.se	Styrning och stöd Gävle	2022
Marknadsföringsinsats för kundtjänst	Styrning och stöd Gävle	2022
Hitta former att nå seniorer som inte är digitala	Styrning och stöd Gävle	Fortlöpande

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson		Nr 19KS245		Sid 159(317)
Godkänd av		Datum 2021-12-01	Rev	

OMRÅDE ÄLDREOMSORG OCH STÖD I VARDAGSSYSSLOR

Beskrivning:

Baslinjemätningen och Högskolans rapport visar att det finns en oro för brister inom äldreomsorgen. De svarande ger uttryck för en bild av äldreomsorgen som präglad av låg personalkontinuitet och bristande kundperspektiv och kompetens. Denna bild tycks ge upphov till oro inför den eventuella dagen de svarande själva är i behov av vård- och omsorgsinsatser.

Målbild:

En hållbar vård och omsorg som är känd för sin goda kvalitet

Varför?

Gävle kommun ska ha ett gott rykte så att oron minskar hos de som ännu inte har insatser och att de som har insatser upplever att omsorgen fungerar och har hög kvalitet

Vad?

Den vård och omsorg som erbjuds i Gävle kommun ska ha hög kvalitet, gott bemötande och bygga på individuella lösningar. Det finns ett utbud av stimulans som skapar meningsfulla dagar. Anhöriga som vårdar eller har stor omsorg om en närstående får stöd.

AKTIVITETER

Aktivitet	Ansvar	När
Ta fram en nulägeanalys och ett beslutsunderlag för ett utvecklings- och förbättringsarbete i uppdraget "framtidens insatser till äldre" inom Valfärd Gävles verksamhetsområde	Valfärd Gävle	2022
Bibehålla och utveckla anhörigstödet i Gävle kommun	Valfärd Gävle	Fortlöpande
Höja kompetens hos medarbetare inom äldreomsorgen genom utbildningsinsatser	Valfärd Gävle	2022

Upprättad av Ann-Charlotte Jansson	Nr 19KS245	Sid 160(317)	
Godkänd av	Datum 2021-12-01	Rev	Referens

7. Kostnader

Kostnader	Belopp
Strateg med inriktning äldrefrågor 1 åa	900 000
Äldrelots 1åa	750 000
Volontärsamordnare 1åa	750 000
Utplacering av fler bänkar i utemiljön	500 000
Utveckling av parkeringslösningar	200 000
Utveckling av gavle.se	50 000
Kultur för äldre	500 000
	3 650 000

Beslutsärende: Ekonomisk månadsrapport, december 2021

10

21ON97



Tjänsteskrivelse

2022-02-09

Diarienummer: 21ON97

Handläggare:

Anders Paulsen
026-17 90 95
anders.paulsen@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, december 2021

Förslag till beslut

Att godkänna den ekonomiska månadsrapporten för omvårdnadsnämnden
avseende december 2021.

Ärendebeskrivning

Omvårdnadsnämnden redovisar ett resultat t.o.m. december 2021 på plus 16,5 mnkr.

Resultatet för hela Valfärd Gävle t.o.m. december 2021 är plus 29,2 mnkr.

Den största avvikelserna finns för bemanning inom vård- och omsorgsböenden, där kostnaderna för OB, övertid och inhyrda sjuksköterskor avviker med ca 9,6 mnkr. Ett arbete startades för att se över hantering av scheman och schemaläggning. Uppdraget till arbetsgruppen är att ta fram en kontorsgemensam organisation (Boende samt Stöd i hemmet) för personalplanering/schemaläggning som fungerar som stöd till enhetschefer. I förslaget ska kostnadsberäknade åtgärder med en hemtagningseffekt om 5 mnkr 2022 finnas med.

Den andra enskilt största avvikelserna i omvårdnadsnämndens resultat avser utökat köp av externa utförd hemtjänst om 11,1 mnkr. Detta avser en volymökning jämfört med budget 2021.

Totalt är merkostnaden för personal på grund av covid-19 under perioden beräknad till 12,3 mnkr för vård- och omsorgsboende och hemtjänst tillsammans. Kostnaderna för inköp av material för skyddsutrustning uppgår totalt till 12,7 mnkr. Detta avser främst handskar, munskydd och visir till personalen. Dessa covid-19 relaterade kostnader täcks dock fullt ut av det utökade kommunbidraget (30 mnkr) som fullmäktige beslutade om i juni 2021.

De största anledningarna till det positiva resultatet för nämnden totalt är att nämnden fått ytterligare ersättningar från Socialstyrelsen om ca 7 mnkr, med anledning av covid-19 pandemin från kostnader som uppstod 2020, samt att den höga kostnadsnivån inom vård- och omsorgsboende blev något lägre än prognosen som gjordes vid delår 2.

Beslutsunderlag

I bifogad bilaga 1 redovisas omvårdnadsnämndens resultat för december 2021. Även investeringarna för hela 2021 och de ekonomiska effekterna av Covid-19 pandemin redovisas i bilagan.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Velfärd



Tjänsteskrivelse

2022-01-31

Diarienummer: 21ON97

Handläggare:

Anders Paulsen
026-17 90 95
anders.paulsen@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Bilaga 1 till ekonomisk månadsrapport för omvårdnadsnämnden, december 2021

Resultaträkning t.o.m. december för hela Valfärd Gävle och uppdelad på de tre nämnderna (*belopp i tkr*).

Resultatet för hela Valfärd Gävle är för perioden januari – december plus 29,2 mnkr.

Gemensamma kommentarer till investeringar

Som ingångsvärde har de tre nämnderna i ramtilldelningen för 2021 tillsammans 16,8 mnkr till investeringar.

Alla tre nämnderna hade i bokslutet för 2020 kvar pengar till investeringar som inte användes under året, uppgående till totalt ca 8,5 mnkr. Nämnderna inom Valfärd Gävle har föreslagit fullmäktige om en överföring av dessa belopp till 2021. Fullmäktige beslutade om denna överföring av investeringsmedel på marssammanträdet och därmed har de tre nämnderna tillsammans totalt 25,3 mnkr till investeringar under 2021.

Per den sista december har 15,3 mnkr bokförts som investeringar för de tre nämnderna tillsammans. Övriga 10 mnkr i investeringsutrymme 2021 överförs till 2022.

Välfärd Gävle	Utfall för perioden 2021-01-01 - 2021-12-31						
	(Intern bokföring inom respektive nämnd ingår inte)						
TOTALT	Utfall	Budget	Avvikelse	Förändring %	ON	SN	AFN
Intäkter							
Taxor och avgifter	93 635	92 879	756	-4,0%	86 477	3 861	3 305
Hysesintäkter	90 627	99 295	-8 668	-7,5%	45 847	25 538	19 242
Statsbidrag	281 869	243 746	38 123	-3,8%	29 486	19 326	233 057
Övriga intäkter	103 774	84 910	18 864	1,9%	65 644	22 316	24 468
Kommunbidrag	2 916 342	2 916 342	0	10,7%	1 338 230	554 752	1 023 360
Summa intäkter	3 486 247	3 437 172	49 075	8,1%	1 565 683	625 794	1 303 431
Kostnader							
Personalkostnader	-1 836 526	-1 785 619	-50 907	2,7%	-811 325	-288 179	-737 067
Bidrag och transfereringar	-217 522	-238 829	21 307	-1,2%	-500	-7 503	-218 125
Köp av verksamhet och entreprenader	-880 448	-874 691	-5 757	14,8%	-463 967	-219 876	-196 604
Hyror och fastighetskostnader	-292 805	-304 853	12 049	-0,3%	-146 165	-61 918	-84 728
Övriga kostnader	-220 131	-222 467	2 336	3,9%	-119 615	-36 402	-64 117
Avskrivningar och intern ränta	-9 567	-10 713	1 146	5,3%	-7 574	-602	-1 392
Summa kostnader	-3 456 999	-3 437 172	-19 827	5,1%	-1 549 147	-614 480	-1 302 034
Resultat	29 247	0	29 247	-145,2%	16 536	11 313	1 398

Tabell 1; *Förändring i % är skillnaden jämfört med samma period förgående år.

Sammanfattning av resultatet för omvårdnadsnämnden, december 2021

Enligt bokföringen är det ackumulerade resultatet t.o.m. december 2021 plus 16,5 mnkr för hela nämndens ansvarsområde. De största anledningarna till det positiva resultatet är att nämnden fått ytterligare ersättningar från Socialstyrelsen om ca 7 mnkr med anledning av covid-19 pandemin från kostnader som uppstod 2020, samt att den höga kostnadsnivån inom vård- och omsorgsboende blev något lägre än prognosen som gjordes vid delår 2.

Omvårdnadsnämnden	Utfall	Budget	Avvikelse mot budget	Förändring %
TOTALT	202101-202112	202101-202112		2020 / 2021
Intäkter				
Taxor och avgifter	86 477	86 500	-23	-1,2%
Hysesintäkter	45 847	48 116	-2 269	-3,0%
Statsbidrag	29 486	17 991	11 495	-18,4%
Övriga intäkter	65 644	55 434	10 210	15,6%
Kommunbidrag	1 338 230	1 338 230	-0	11,4%
Summa intäkter	1 565 683	1 546 271	19 412	9,6%
Kostnader				
Personalkostnader	-811 325	-764 069	-47 256	2,5%
Bidrag och transfereringar	-500	-445	-55	-25,3%
Köp av verksamhet och entreprenader	-463 967	-461 914	-2 053	11,2%
Hyror och fastighetskostnader	-146 165	-143 650	-2 515	3,9%
Övriga kostnader	-119 615	-167 587	47 971	8,9%
Avskrivningar och intern ränta	-7 574	-8 606	1 032	6,0%
Summa kostnader	-1 549 147	-1 546 271	-2 876	5,6%
Resultat	16 536	0	16 536	-142,9%

Kommentarer och åtgärder till större avvikelser i resultatet t.o.m. december 2021

Vård- och omsorgsboende egen regi -9,6 mnkr (-10,7 mnkr nov)

Kommentar till avvikelsen

Vård- och omsorgsboenden i egen regi redovisar ett negativt resultat med totalt minus 9,6 mnkr. Detta innefattar också hälso- och sjukvårdsenheterna inom kontor boende och specialdemens på Flemminggatan i Gävle.

- Vilket omfattar ordinarie vård och -omsorgsboende som har en positiv budgetavvikelse med ca 3,0 mnkr. Orsaker till denna positiva avvikelse är det tillskott som nämnden har fått tilldelad under året som ersättning för ökade kostnader i och med Covid-19 pandemin. Gävle Strands vård- och omsorgsboende har till exempel effektiviserat sin verksamhet mycket under året och har ca 1 mnkr lägre personalkostnader än budgeterat. Övriga boenden har med stöd av den extra ersättningen i stort sett gjort ett plus/minus noll resultat. Under året har det i perioder varit stor del vakanta lediga lägenheter och ingen kö till att flytta in till vård- och omsorgsboenden. I och med att de lediga lägenheterna varit utspridda har det varit svårt att effektivisera personalplaneringen. Antalet vakanta lägenheter har minskat i slutet av året. Ökade kostnader kopplade till pandemin är främst personalkostnader utifrån ökad bemanning och överanställningar för att kunna upprätthålla kohortvård och följa rutiner för att förhindra smittspridning. Behovet av vak och extra bemanning för kunder med demensproblematik som har eller misstänks ha covid-19 har varit högre även 2021.

Även inom vård- och omsorgsboenden har avvikelser upptäckts som lett till Lex Sarah-anmälningar, det mest omfattande arbetet har skett på Solgårdsgatan där flera arbetsrättsliga åtgärder vidtagits och förstärkning med enhetschef gjorts parallellt med extern handledning till medarbetarna för att kunna genomföra förändrings- och förbättringsarbeten utöver grunduppdraget. En del ökade personalkostnader inom området beror på att medarbetare har inkonverterats och fördelats på vård- och omsorgsboenden utöver budgetramen för verksamhetsåret.

- Specialdemens på Flemminggatan avviker med minus ca 6,6 mnkr. Denna avvikelse beror på högre grundbemanning än budget och även här återfinns

schema- och bemanningsutmaningen. Hög sjukfrånvaro och har dock gjort att det varit svårt att effektivisera personalplaneringen.

- HSL-enheterna har en negativ budgetavvikelse med minus ca 5,3 mnkr. Denna avvikelse beror på personalomsättning i kombination med pandemi och en ökad vårdtyngd hos äldre multisjuka kunder/patienter har medfört behov av att överanställa och att bemanna vakanta tjänster med bemanningssjuksköterskor. Utöver pandemiläget har arbetet fokuserats på att lämna över från verksamhetschefer till enhetschefer och på att rekrytera och behålla kompetent legitimerad personal med målsättningen att under delår två kunna arbeta med färre eller inga bemanningssköterskor. Målet har inte kunnat uppfyllas pga svårt rekryteringsläge, hög sjukfrånvaro i samband med huvudsemesterperioden och ett ansträngt bemanningsläge för hela sektorn, varför den krisorganisation för legitimerad personal som berör kontor stöd i hemmet och boende har aktiverats igen under sista kvartalet. Det har också varit nödvändigt att beordra ordinarie personal varför årets resultat blev större än det prognosticerade underskottet.

Totalt är merkostnaden för personal på grund av covid-19 under perioden beräknad till -12,3 mnkr för vård- och omsorgsboende och hemtjänst tillsammans.

Åtgärd till avvikelsen

Genomgång av resultat med ekonom och verksamhetschef för överblick av den ekonomiska situationen. Arbetssätt som innebär en mer strukturerad och djupgående analys av ekonomin månad för månad med tydligare direktiv till enhetschefer att utveckla analys och prognos. Minskat beställningar av mat, på grund av minskat antal belagda platser har de enskilda enheterna jobbat aktivt för att beställa livsmedel och måltider utifrån kundantal och deras behov på respektive enhet. Vård- och omsorgsboendena har en stor andel vakanta lägenheter varför plombering av lägenheter och schemaförändringar med lägre bemanning påbörjades under delår 1 och delvis fortsatt året ut. I samband med detta har även schemaöversyn genomförts. Schema- och personalplaneringsgruppens stöd till chefer att genomföra schemaförändringar samt införa fullskalig användning av TES i de verksamheter som inte ännu arbetar i TES. Utbildning i bemanningsekonomi för kontorets chefer genomfördes under hösten och återkommer som ett fokusområde under 2022, kopplat till schema- och personalplanering.

Materialinköp på grund av Covid-19, -12,7 mnkr (-12,2 mnkr nov)

Kommentar till avvikelsen Kostnaderna för inköp av material för skyddsutrustning uppgår t.o.m. november till 12,7 mnkr. Detta avser främst handskar, munskydd och visir till personalen. Kostnaden är nu ersatt via resultattillskottet om 30 mnkr som fullmäktige beslutade om i juni 2021.

Åtgärd till avvikelsen

Ingen åtgärd, prognosen redovisas under nästa rubrik.

Covid-team, Hemtjänst, -4,9 mnkr (-4,9 mnkr nov)

Kommentar till avvikelsen

Kostnaderna för Covid-team inom Hemtjänsten till och med oktober 2021. Kostnaden är nu ersatt via resultattillskottet om 30 mnkr som fullmäktige beslutade om i juni 2021.

Åtgärd till avvikelsen

Ingen åtgärd, prognosen redovisas under nästa rubrik. Covidteamet är avslutat per den sista maj.

Hemtjänst egen regi, 0,3 mnkr (-0,4 mnkr nov)

Kommentar till avvikelsen

Kostnaderna för hemtjänsten i egen regi är 0,3 mnkr lägre för perioden än budget (exkl. kostnader för äldreomsorgslyftet, inkl. extra tillskott om 8,2 mnkr för perioden). En stor anledning till de högre kostnaderna beror på ökade personalkostnader med anledning av kohortvård (covid-19 pandemin). Kohortvård bedrivs fortsatt, men enbart i de hemtjänstområden där det finns bekräftad eller misstänkt smitta. Detta innebär att en del hemtjänstområden kan återgå till normalläge avseende personalplanering.

Åtgärd till avvikelsen

Ingen åtgärd. Kostnaderna är till stor del en konsekvens av covid-19 pandemin och därav är ingen åtgärd aktuell i dagsläget.

Hemtjänst extern, -11,1 mnkr (-10,1 mnkr nov)

Kommentar till avvikelsen

Kostnaderna för externt köpt hemtjänst är -11,1 mnkr för perioden jämfört med budget. Anledningen till kostnadsökningen är högre volymer än budget för 2021.

Åtgärd till avvikelsen

Ingen åtgärd.

Köp av plats Vård och omsorgsboende, 18,5 mnkr (17,1 mnkr nov)

Kommentar till avvikelsen

Kostnaderna för köp av platser på externa vård- och omsorgsboenden är 18,5 mnkr lägre än budget för perioden. De lägre kostnaderna beror på att flera av de externa utförarna har många lediga lägenheter på grund av covid 19-pandemin och därmed har köp av varit lägre än det som planerades inför 2021.

Åtgärd till avvikelsen

Ingen åtgärd. Avvikelsen är den enskilt största positiva avvikelsen för nämnden.

Hemsjukvård, -5,4 mnkr (-4,9 mnkr nov)

Kommentar till avvikelsen

Kostnaderna för hemsjukvården är 5,4 mnkr högre än budget för perioden (inkl. extra tillskott på 3,6 mnkr för perioden). De ökade kostnaderna avser OB, övertid samt konsulter.

Åtgärd till avvikelsen

Ett arbete med schemaläggning och personalplanering för att sänka kostnaderna är påbörjat.

Utökad kommunbidrag, 45,0 mnkr (41,3 mnkr nov)

Kommentar till avvikelsen

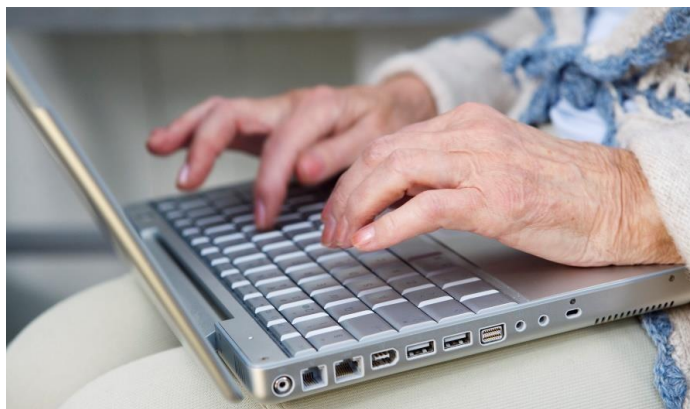
Kommunfullmäktige fattade beslut om att tilldela omvårdnadsnämnden 30 mnkr som kompensation för årets pandemikostnader. Den 12 oktober fattade kommunstyrelsen beslut om att tilldela omvårdnadsnämnden ytterligare 15 mnkr för att täcka nämndens behov enligt delårsrapport 2.

Åtgärd till avvikelsen

Ingen åtgärd, dessa medel ska täcka de verksamhetsunderskott som finns i verksamheten.

Beslutsärende: Kurser/konferenser

11



Digital delaktighet – en demokratifråga

Tisdag den 22 mars 2022 kl. 9.30 -16.00
(Incheck till det digitala rummet från 9.00)

Digitalt via Zoom

På grund av rådande restriktioner och vår ambition att genomföra denna viktiga konferens kommer vi i år att genomföra den digitalt.

Välkommen till ett kunskapslyft om digitalt utanförskap för att mobilisera resurser och stärka den digitala kompetensen och delaktigheten hos seniorer i Gävleborg.

Digitaliseringen går i rask takt. Forskning och rapporter som presenteras under dagen visar att en stor del av den äldre befolkningen saknar digital kompetens och behöver stöd för att inte hamna i ett utanförskap. Digital delaktighet är ytterst en fråga om demokrati och inkludering.

Målgrupp: Kommunala/regionala politiker och tjänstepersoner med ansvar inom kultur, bibliotek, äldreomsorg, IT och vuxenutbildning, folkbildning, högskola, pensionärsorganisationer m.fl.

Konferensen är kostnadsfri. Meddela vilken kommun/förening du representerar samt din befattning vid anmälan. Kom ihåg att lämna din E-mail om du anmäler via telefon så att vi kan skicka dig länken till konferensen.

Sista datum för anmälan är 11 mars!

Anmälan är bindande och görs till gavleborg@sv.se , 020-120 28 08 eller via [länk](#) [Anmälan Digital Delaktighet en demokratifråga](#)

Detaljerat program skickas ut efter sista anmälningdag.

Dagen är en del av den europeiska satsningen [All Digital Week](#) för att stärka lokal digital kompetens!

Medverkande i programmet:

Magnus Svensson (Regionråd (C) och kultur- och kompetensnämndens ordförande i Region Gävleborg) inleder och avslutar dagen

Dino Viscovi (Lektor i medie och kommunikationsvetenskap vid Linnéuniversitetet i Växjö) Forskar på vad som händer när olika verksamheter eller aspekter av livet digitaliseras. Redogör för resultaten av sex års forskning om digitala medier i äldres vardag och belyser de utmaningar vi har framför oss.

Terese Raymond (nationell samordnare för Digidelnätverket)
Ger en nationell lägesbild av nätverketsarbete och bidrar med lokala exempel på arbetet med att öka den digitala delaktigheten, samt berättar om bibliotekens uppdrag i en digital samtid och praktiska exempel på digital support i närsamhället.
Terese är även dagens moderator.

Berndt Ericsson (utbildningsansvarig SPF Seniorerna Gästrikland och ledamot i SPF Seniorernas förbundsstyrelse)
Vilka står utanför det digitala samhället och varför? Var ligger ansvaret för det livslånga lärandet utifrån ett samhällsperspektiv?

Annica Aneklev (Regional bredbandskoordinator på avd. Samhällsplanering, Region Gävleborg)
Annica ansvarar för bredbandsfrågorna i länet och ger oss en bild av det pågående arbetet samt mål och planer för framtiden.

Kontaktpersoner:

Anders Florman (verksamhetsutvecklare Bibliotek, Kultur Gävleborg Region Gävleborg)
anders.kungsman.florman@regiongavleborg.se ◦ 026-629144

Ida Danielsson (verksamhetsutvecklare, Studieförbundet Vuxenskolan Gävleborg)
ida.danielsson@sv.se ◦ 0651-586681

Berndt Ericsson (utbildningsansvarig, SPF Seniorerna Gästrikland)
berndt.ericsson@icloud.com ◦ 070-360 59 80

Beslutsärende: Delegationsbeslut

12

Delegationsbeslut

1. Avgiftsbeslut
Perioden 2021-12-03 – 2022-02-03 186 st
2. Sammanställning av yttrande/handlingar från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
3. Sammanställning av Lex Sarah 2022.
4. Sammanställning av personuppgiftsincidenter till Omvårdnadsnämnden.
5. Yttrande till Förvaltningsrätten gällande överklagat beslut.

Beslutsärende: Årsredovisning
år 2021 för
Omvårdnadsnämnden.

13

21ON360



Tjänsteskrivelse

2022-02-17

Diarienummer: 21ON360

Handläggare:

Martin Wagner
Tfn 026 - 17 92 27
martin.wagner@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Årsredovisning år 2021 för Omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

- Att godkänna årsredovisningen avseende 2021 för Omvårdnadsnämnden,
- Att godkänna den sammanfattande årsredovisningen avseende 2021 för Omvårdnadsnämnden innefattande en målanalys inom respektive perspektiv,
- Att föreslå kommunfullmäktige besluta att kvarvarande pengar till investeringar, 4 985 tkr, föras över till 2022, samt
- Att till kommunstyrelsen överlämna de två rapporterna.

Ärendebeskrivning

Årsredovisningen för 2021 beskriver verksamheten som bedrivits under året. Den är upprättad enligt anvisningar från sektor Styrning och stöd. Rapporten redovisar även en avstämning i förhållande till den verksamhetsplan som Omvårdnadsnämnden beslutat om för 2021 – 2024. Det ekonomiska resultatet för 2021 blev 16,5 mnkr.

Omvårdnadsnämnden ska även upprätta en sammanfattande årsredovisning som ska ingå i kommunens samlade årsredovisning för 2021. Även denna är upprättad enligt anvisningar från Sektor Styrning och stöd.

Beslutsunderlag

- Upprättad årsredovisning för 2021 där det ingår en avstämning med de mål som fastställdes i verksamhetsplanen för 2021 samt en redovisning av resultatet för de uppdrag Omvårdnadsnämnden fick av kommunfullmäktige avseende 2021.
- Upprättad sammanfattande årsredovisning för Omvårdnadsnämnden för 2021.

Magnus Höjjer

Sektorchef

Sektor Velfärd

Årsredovisning år 2021

Omvårdnadsnämnd

Innehållsförteckning

1	Målanalys	4
1.1	Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen	4
1.2	Ett klimatneutralt Gävle 2035	13
2	Uppföljning av politiska uppdrag	14
2.1	Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att genomföra ett Äldreomsorgslyft för att möjliggöra fler utbildade undersköterskor och helst komplettera med utbildningsinsatser för såväl fler sjuksköterskor som specialistsjuksköterskor i syfte att minska hyrpersonal och öka kvalitén. Behov av utökad fortbildning i svenska språket hos anställda skall identifieras och om nödvändigt genomföras. Detta i samverkan med kommunstyrelsen och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.....	14
2.2	Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att återkomma med en strategi för hur ökade statsbidrag på bästa sätt kommer att höja kvaliteten i äldreomsorgen.....	15
2.3	Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att aktivt arbeta för att Gävle kommun i nära samverkan med Region Gävleborg utveckla arbetet med god och nära vård. Ett särskilt fokus bör läggas på förebyggande insatser som stärker den äldre att bibehålla god hälsa. Utöver förebyggande arbete ska en mer tillgänglig, närmare vård, tillsammans med nya arbetssätt och utökad samverkan, innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler.....	15
2.4	Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att delta i arbetet med att utveckla fler boendelösningar för äldre.....	16
2.5	Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att utreda stärkt samverkan med föreningsliv/ ideell sektor kring träffpunkter för äldre.....	16
2.6	Omvårdnadsnämnden uppdras att i samverkan med kultur- och fritidsnämnden främja äldres hälsa och välmående i en tid av hög isolering genom att möjliggöra "Kultur för äldre" (spegling av uppdrag till Kultur- och fritidsnämnden).....	16
3	Uppföljning av privata utförare	16
4	Resultat och investeringar	16
4.1	Resultat och investeringar	16
4.2	Covid-19	17
4.3	Kommunplan 2021.....	18
5	Sammanfattning av de väsentligaste händelserna	18

6 Förväntad utveckling18

Bilagor

Bilaga 1: ON Bilaga 1 Ekonomisk månadsrapport, december 2021

1 Målanalys

1.1 Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen



Nämndens/bolagets verksamheter

Pandemin har i mycket hög omfattning fortsatt påverkat verksamheterna tillhörande Omvårdnadsnämnden under 2021. Detta har krävt stränga prioriteringar och nya arbetssätt för att få kärnverksamheten och uppdraget gentemot kund att fungera under 2021 under fortsatt kraftigt förändrade (försämrade) förutsättningar.

Arbetsituationen har påverkats för såväl omvårdnadspersonal och sjuksköterskor som chefer på alla nivåer. Enhetschefer har fått en ökad arbetsbelastning med fokus på personalbemanning och schemaläggning. Personalomsättningen på enhetschefer inom delar av verksamheten har också varit hög. Pandemin har under framförallt första halvåret påverkat kundernas möjlighet till självständighet negativt eftersom flera aktiviteter har ställts in eller minimerats för att minska risken för smittspridning.

Stort arbete är nedlagt för att hitta lösningar utifrån höga sjukskrivningstal hos medarbetare, minska smittspridning hos våra kunder samt för att så långt som möjligt garantera patientsäkerhet. Arbetet har inneburit förändrad planering, omprioriteringar och beslut som har påverkat såväl kunder, anhöriga som medarbetare och chefer. För att förhindra smittspridning har personalplanering utgått från begreppet kohortvård (isolering av den smittade, få personer runt den smittade, kontinuitet). Detta har varit mycket resurskrävande och har tagit fortsatt fokus från insatser, aktiviteter och utveckling som sker under normalår.

Kontor Myndighet

Myndighet SoL omsorg 1 och 2 ansvarar för handläggning och uppföljning av bistånd enligt socialtjänstlagen. I verksamheten finns också boendesamordnare som fördelar platser på vård- och omsorgsboende och sjuksköterskor som ansvarar för inskrivning i hemsjukvård. Under år 2021 genomfördes en omorganisation avseende avgiftshandläggning i Valfärd Gävle vilket innebar att avgiftshandläggarnas tillhörighet i organisationen ändrades från denna verksamhet till kontor Utveckling och stöd.

Verksamheten 2021

Verksamheten har fortsatt anpassat arbetssättet utifrån de restriktioner som infördes till följd av pandemin. Arbetet har därmed i stor utsträckning skett hemifrån och kontakt med kund och anhöriga har i stort sett skett per telefon eller digitalt. Hembesök har genomförts enbart när det bedömts nödvändigt för att kunna genomföra utredningen. Planering från slutenvården har uteslutande skett digitalt eller per telefon.

Verksamhetens fokusområden

IBIC – Individens behov i centrum

Sedan 2019 arbetar verksamheten med stöd av utredningsmetodiken IBIC där biståndshandläggare utreder kundens faktiska behov, resurser och förmågor. Samtliga utredningar vad gäller hjälp i hemmet där kund har behov av personlig omvårdnad är nu utredda med stöd av IBIC.

Uppföljningar

Verksamheten ska enligt rutin i ledningssystemet följa upp beslut om bland annat hjälp i hemmet en gång per år på myndighetens eget initiativ. I verksamhetssystemet Treserva finns funktionen bevakning för att på ett systematiskt sätt bevaka när det är dags att följa upp beslut om exempelvis hjälp i hemmet. Verksamheten valde i samband med införandet av Treserva 2012 att inte använda sig av denna funktion vilket inneburit att vi inte fullt ut följt upp beslut på eget initiativ. Verksamheten har under hösten 2021 arbetat med förberedelser för att kunna

använda funktionen bevakning. Under början av 2022 kommer vi inleda ett nytt arbetssätt där denna funktion används för att ge oss ett bättre stöd för att se vilka beslut som ska följas upp och därmed fullgöra våra uppföljningar i enlighet med rutin.

Planering vid utskrivning från slutenvården

Verksamheten har under sommaren 2021 deltagit i pilotprojektet "Utskrivnings- och uppföljningsprocessen – ett delat ansvar" tillsammans med kontor Stöd i hemmet i syfte att kvalitetssäkra utskrivnings- och uppföljningsprocessen i teamsamverkan. Konkret innebär projektet att delta tillsammans med hemtjänst och hemsjukvård i regelbundna möten för att utbyta information avseende gemensam kund som är inskriven i slutenvården. Biståndshandläggare närvarade vid dessa möten som tyvärr ibland saknade viktiga motparter som exempelvis fast vårdkontakt. Pilotprojektet utvärderas.

Inskrivning i hemsjukvården

Verksamhetens sjuksköterskor ansvarar för inskrivningen i hemsjukvården vilket under 2021 ibland försvårats då man får till sig att patienter inte kan skrivas in på fredagar. Detta påverkar kund/patient negativt, kan leda till försening i utskrivningsprocessen från slutenvården vilket i sin tur kan leda till betalningsansvar för kommunen och för regionen brist på platser i slutenvården.

Mobila teamet

Mobila teamet är ett samarbete mellan Region Gävleborg och Gävle kommun som verksamheten bemannar med sjuksköterska måndag till fredag. Syftet med mobila teamet är att via hembesök hos multisjuka äldre minska behovet av inskrivning i slutenvård, och att kund/patient istället kan få vård och stöd i sin hemmiljö.

När verksamhetens sjuksköterskor är i tjänst i mobila teamet finns en ingång till biståndshandläggare vilket möjliggör att hjälp i hemmet kan beviljas i ett tidigare skede vilket också minskar behovet av inskrivning i slutenvården.

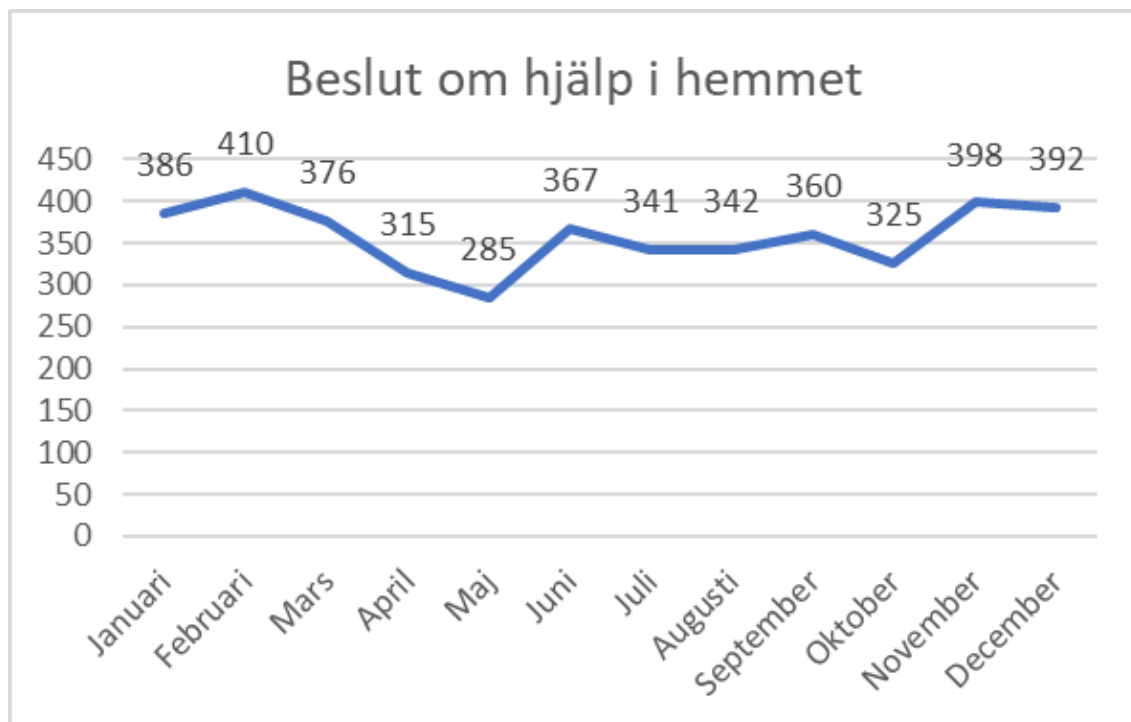
God och nära vård i Region Gävleborg

Verksamheten deltar i ett arbete tillsammans med Region Gävleborg för att öka tillgängligheten, kontinuiteten och delaktigheten i vården för kund/patient.

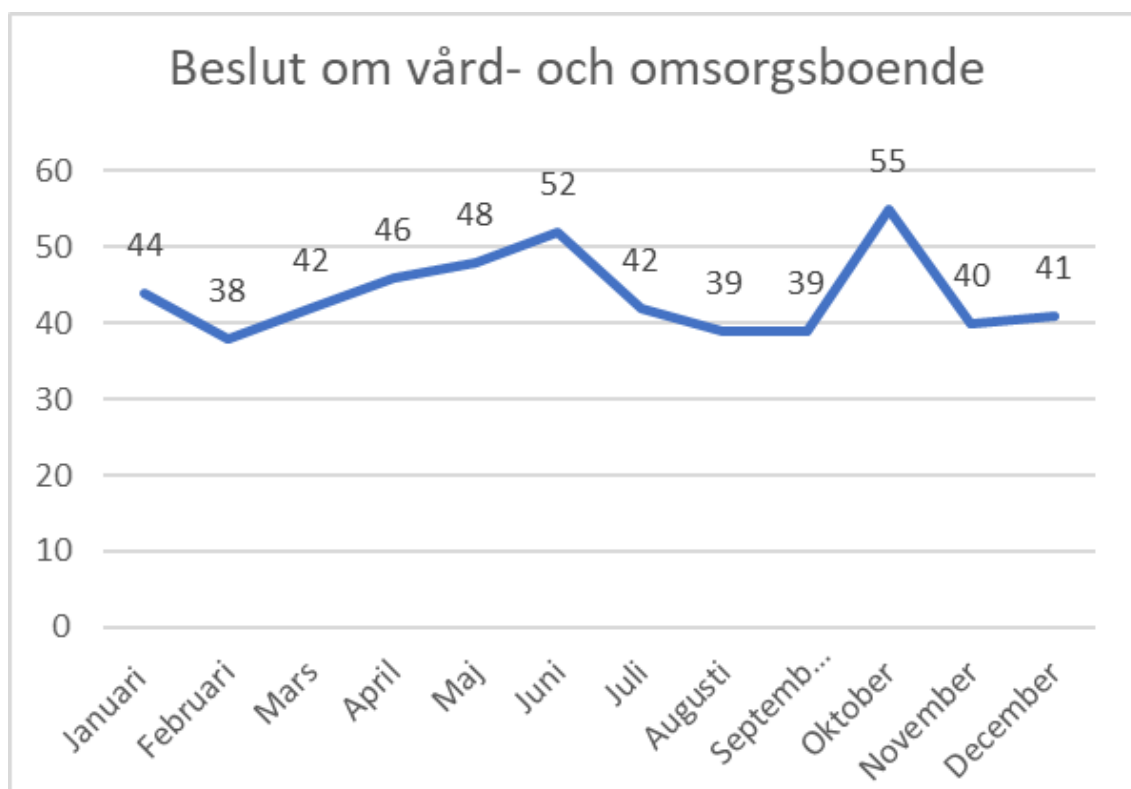
Statistik

Nedan presenteras ett urval av statistik per månad vad gäller fattade biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen under 2021.

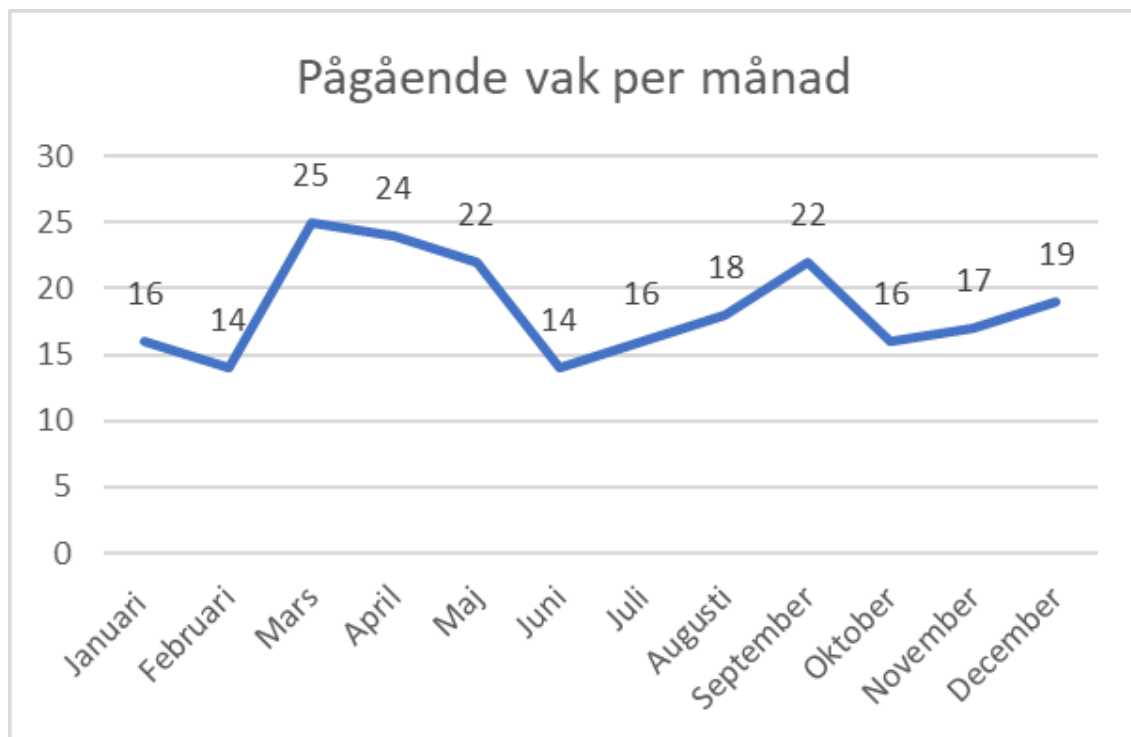
Verksamheten har under året fattat totalt 4297 beslut om hjälp i hemmet.



Verksamheten fattade 526 beslut om vård- och omsorgsboende under året.



Bilden nedan visar antal pågående beslut om vak per månad under år 2021.



Behovet av vak har ökat avsevärt under 2021. 608 beslut om trygghetstelefon fattades under 2021.

För att få en uppfattning om volymer som behöver följas upp så redovisas nedan pågående insatser/beslut

Pågående Beslut 2019	Antal Beslut	Antal personer
Hjälp i hemmet 4 kap 1 § SoL	4418	2629
Hjälp i hemmet 4 kap 2 § SoL	15	14
Trygghetstelefon 4 kap 1 § SoL	2826	2798
Trygghetstelefon 4 kap 2 § SoL	21	21
Hjälp i hemmet Natt 4 kap 1 § SoL	692	588
Vård- och omsorgsboende 4 kap 1 § SoL	1538	1529
Avlösningstvistelse 4 kap 1 § SoL	249	210
Korttidstvistelse 4 kap 1 § SoL	494	455
Dagverksamhet 4 kap 1 § SoL	527	471
Pågående Beslut 2020	Antal Beslut	Antal personer
Hjälp i hemmet 4 kap 1 § SoL	5921	2580
Hjälp i hemmet 4 kap 2 § SoL	140	119
Trygghetstelefon 4 kap 1 § SoL	2687	2659
Trygghetstelefon 4 kap 2 § SoL	214	213
Hjälp i hemmet Natt 4 kap 1 § SoL	770	602

Pågående Beslut 2019	Antal Beslut	Antal personer
Vård- och omsorgsboende 4 kap 1 § SoL	1499	1494
Avlösningstvistelse 4 kap 1 § SoL	164	139
Korttidstvistelse 4 kap 1 § SoL	230	223
Dagverksamhet 4 kap 1 § SoL	413	384
Pågående Beslut 2021	Antal Beslut	Antal personer
Hjälp i hemmet 4 kap 1 § SoL	6123	2807
Hjälp i hemmet 4 kap 2 § SoL	203	180
Trygghetstelefon 4 kap 1 § SoL	2687	2668
Trygghetstelefon 4 kap 2 § SoL	391	390
Hjälp i hemmet Natt 4 kap 1 § SoL	853	681
Vård- och omsorgsboende 4 kap 1 § SoL	1571	1558
Avlösningstvistelse 4 kap 1 § SoL	158	129
Korttidstvistelse 4 kap 1 § SoL	55	55
Dagverksamhet 4 kap 1 § SoL	393	345

Kontor Boende. HSL-Enheterna

Kvalitetsarbete/egenkontroll

Arbete med tillitsbaserat ledarskap, uppbyggnad av enhetligt arbetssätt och struktur för de nya enheterna.

Ansvar och ledarskapet för den tillfälliga gemensamma krisorganisation för HSL som skapades för kontoren boende och stöd i hemmet under 2020 har under året tagits över av kontor boende och en ny, uppdaterad krisplan har tagits fram.

- Aktivt arbete med att tillsätta vakanta tjänster för att avsluta bemanningsuppdrag. Startat arbetsgrupper med samverkan inom vård- och omsorgsboendena för att säkerställa att rutiner och policys är gemensamma och kända. Påbörjat arbete med att se över OAS och vad det innebär; vad är rimligt att klara av utifrån att uppnå en trygg och säker vård?
- Konsultorganisationen har ett gemensamt arbete med Hemsjukvården påbörjats för att träda i kraft under första kvartalet av 2022.

Vård- och omsorgsboenden - Kvalitetsarbete och egenkontroll

Arbetet med framtagande av ett systematiskt underlag till stöd för chefer har pågått under den aktuella perioden. Egenkontroller i form av genomgång av avvikelser, nattfastemätning, måltidsobservationer och skyddsronder har genomförts. Vid behov av förbättring har handlingsplaner upprättats.

Under delår 1 slutfördes kvalitetsgranskning av Gävle strands vård- och omsorgsboende utifrån struktur, process och resultat. Gävle strand har upprättat en åtgärdsplan och denna kommer att ligga till grund för kvalitetsarbete också hos övriga vård- och omsorgsboenden.

Under hösten har Forellplan genomgått en intern kvalitetsgranskning utförd av Valfärd Gävles kvalitetsteam. Det framkommer i granskningen att verksamheten är i behov av vissa förbättringsåtgärder som verksamheten har blivit ålagda att förbättra. Arbetet med detta

kommer att fortsätta under 2022.

Brandronder och skyddsronder har genomförts.

Kvalitetsmöten har genomförts en gång i månaden. Deltar gör enhetschefer, sjuksköterskor och verksamhetschef. Under senare del av året har även enhetschef för rehab deltagit. Agendan för mötet är avvikelser, goda exempel och ekonomi. Kvalitetsarbete gällande avvikelshantering pågår. Rutiner och arbetsmetoder arbetas fram där målet är att avvikelser i större utsträckning än förut ska utredas, analyseras och åtgärdas i det tvärprofessionella teamet.

Arbetet med att uppdatera genomförandeplaner fortgår. Inom hemtjänsten har förbättringsarbete pågått för att öka andelen aktuella genomförandeplaner.

En omställning från korttidsenhet VILS till demensboende har genomförts på Gävle strand utifrån Omvårdnadsnämndens beslut i december 2020.

Projektledare för BPSD samt internt demensprojekt har arbetat mot enheterna med utbildningsinsatser, föreläsningar, handledning i kundärenden, kvalitetsdokumentet checklista demens. Se bilaga med statistik från projektet.

Verksamhetsområdet våbo söder ingår sedan i oktober i ett projekt med HR som heter HälsoPuls. Projektet syftar till att chefer med hjälp av Gävle kommuns rehabsamordnare har diskussioner kring hälsoläge och lär sig upptäcka tidiga signaler på ohälsa bland medarbetare. Syftet är också att stötta chefer i deras arbetsmiljöarbete.

Välfärd Gävle erbjöd under året en språkutbildning för tillsvidareanställda medarbetare i syfte att kompetens höja deras språkliga förmåga. Utbildningen var 40 veckor lång och skedde på arbetstid.

Lärdomar av och åtgärder utifrån pandemin

Enhetschefens närvaro på arbetsplatsen är av stor vikt – en lärdom som merparten av vård- och omsorgsboendena gjort. Uppföljning och nära ledarskap i första linjen är betydligt mer utmanande att utföra digitalt och på distans. Det har tidvis varit svårt att kommunicera ut snabb och korrekt information för att förebygga oro hos medarbetare och därmed också förebygga smittspridning.

Anhöriga har en avgörande roll i kunders liv och pandemin har tydliggjort behovet av en bättre och mer anpassad kommunikation med anhöriga. Förändringen att ta emot besök i kundens lägenhet har inneburit en förbättring då det minskar oro hos övriga kunder och detta arbetssätt kan därför fortsätta tillämpas.

Följsamhet gentemot basala hygienrutiner har förbättrats avsevärt. Vård- och omsorgsboendena har lärt sig att hålla digitala möten, vikten av kohortvård och att snabbt kunna ställa om arbetssätt utifrån rekommendationer från tillsynsmyndigheter.

BPSD-registrets projekt 2021

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. BPSD står för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.

Syfte och mål med BPSD-registret är att genom ett strukturerat arbetssätt och multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) exempelvis: agitation, apati, oro, sömnstörningar, rastlöshet, hallucinationer, ångest, vanföreställningar och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom. BPSD drabbar ca 90 % av alla med demenssjukdom någon gång under sjukdomstiden.

Antal registreringar i BPSD-registret 2021 inom egenregin:

Verksamhet	Antal registreringar	Antal personer
Fleminggatan	80	37
Forellplan	111	54
Furugården	52	30

Verksamhet	Antal registreringar	Antal personer
Gävle Strand	3	2
Hilleborg	22	16
Selggrens	43	37
Solberga	0	0
Solgårdsgatan	0	0
Vallongården	0	0
Ängslyckan	17	15
Totalt	328	191

Välfärd Gävle har deltagit i BPSD-registrets projekt om att arbeta med förbättringsarbete utifrån statistik. En av 6 utvalda som har arbetat med projektet har varit från Välfärd Gävle. 5 vård- och omsorgsboenden inom egenregion har deltagit med totalt 18 enheter.

Resultat från projektet

- Generell minskning av BPSD-symtom – hos en del enheter har symtomen halverats.
- Goda resultat på individnivå
- Ökad personcentrering med bättre bemötande- och kommunikationsplan
- Generell ökning av Teamarbete men är bristfälligt hos många. Där teamarbetet fungerar blir det bättre resultat.
- Enhetschefens roll som ledare i BPSD-arbetet är betydande
- BPSD-registreringarna har ökat hos projektdeltagarna
- Arbetsmetoden har börjat satt sig

Multiprofessionellt teamarbete, där minst en person från SoL och en person från HSL deltar i hela processen vid BPSD-registreringen. (symtomskattning, analys, åtgärder och utvärdering) har prioriteringsgrad 1 i de Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. Under 2021 har 37,1 % av Gävles registreringar genomförts i team (inkl externa utförare. Det är en ökning från 30,2 % 2020.

Smärta är ofta en utlösande faktor till BPSD. I Gävle 2021 var 80,7 % av de registrerade, vid den senaste registreringen smärtfria, i jämförelse med riket 72,1 % och Gävleborg 70,8%.

Vad det gäller användningen av ”olämpliga läkemedel” (neuroleptika och lugnande) är den hög; neuroleptika 21,8 % och lugnande läkemedel 31,5 %.

Kontor Stöd i hemmet

Pandemiutbrott i början av år 2020 har fortsatt hög påverkan på verksamheterna. För att minska smittspridning hos kunder och för att så långt som möjligt garantera patientsäkerhet har en rad åtgärder vidtagits. Arbetet har inneburit förändrad planering, omprioritering och beslut vilka har påverkat såväl kunder och deras anhöriga som medarbetare och chefer. För att förhindra fortsatt smittspridning har personalplanering utgått från begreppet kohortvård (isolering av den smittade, få personer runt den smittade). Detta är och har varit mycket resurskrävande.

1 maj 2020 startade Välfärd Gävles Covid-team. Teamet bestod av 11 årsarbetare dagtid samt 3 årsarbetare nattetid (kl. 22-07). Covid-teamet har och har haft i uppdrag att utföra hemtjänstinsatser hos kund med misstänkt eller verifierad smitta, covid -19. Oavsett tidigare hemtjänstområde har kunder med misstänkt eller bekräftad smitta förts över till Covid-teamet.

Vid beredskapsgrupp i april fattade sektorchef beslut att Covid-teamet avslutas from 1 juni 2021. Detta beslut motiveras av minskad samhällssmitta samt en vaccinationstakt under våren vilken har medfört att kunder inom målgrupp nu är vaccinerade i hög utsträckning. Kohortvården

bedrivs dock fortsatt fram till dess att annat beslut fattas.

Pandemins påverkan på verksamheterna har sjönk från hög påverkan till viss påverkan under delår 2, för att återigen under november – december bli mycket hög. Sjukfrånvaron hos medarbetare inom hemtjänst och hemsjukvård var mycket märkbar under årets sista två månader.

Korttidsenheterna på Bergmästaren stängdes våren 2020. 1 februari 2021 fattade Omvårdnadsnämnd beslut att formellt stänga korttidsenhet med avveckling av samtliga 40 platser. Avvecklingskostnader motsvarande ca 1 mnkr belastar området.

De medarbetare som tidigare har tjänstgjort inom korttidsenhet har under våren 2021 erbjudits nya tjänsteställen inom hemtjänst samt inom Vård – och omsorgsboende.

Övriga åtgärder som har vidtagits för att minska smittspridning är utbildning inom basala hygienregler och användande av skyddsutrustning. Möten genomförs i mycket hög utsträckning via Teams. Möten såsom APT vilka inte kan genomföras digitalt sker i mindre gruppkonstellationer för att säkra avstånd mellan mötesdeltagare. Även utbildning i förflyttningsteknik har genomförts digitalt.

Verksamheterna hemtjänst, natt-larm samt anhöriganställda tillämpar arbetssätt utifrån kundens unika behov och situation. Detta med fokus på tillgänglighet, inflytande och ett självständigt liv.

Aktiviteter vilka har påbörjats för att nå Omvårdnadsnämndens mål är:

- Fortsatt tillämpning av Bomhusmodellen utifrån geografisk indelning i sk hemvårdsområden. Planering och uppföljning av kunders genomförandeplaner enl IBIC pågår ständigt.
- Säkerställande av kontaktperson samt ersättare för denna.
- Personkontinuitet hos kund har under verksamhetsåret varierat.
- Januari: andel kunder med 20 eller fler utförare = 17 %.
- Maj: andel kunder med 20 eller fler utförare = 10 %
- December: andel kunder med 20 eller fler utförare = 13 %.

Måloppfyllelse har påverkats av pandemin men även av rörlighet enhetschefer 2021. Under året rekryterades 6 enhetschefer (av totalt 9) till verksamhetsområde hemtjänst. Behov nyrekrytering; pensionsavgång, annan tjänst.

- Covidvaccination i hemmet av kunder och anhöriga har utförts av hemsjukvården vid tre tillfällen. Totalt har 201 personer vaccinerats i hemmet (2 doser) . Vid vaccination dos 3 kunder och anhöriga i hemmet genomfördes detta med stöd av extern firma. Sammanlagt vaccinerades 180 personer i hemmet dos 3.
- Ett särskilt Covid-team inom hemsjukvård, bestående av 1 ssk samt 1 usk, skapades januari 2021. Detta för att säkerställa behov av hälso – och sjukvårdsinsatser hos patienter med misstänkt eller bekräftad smitta, covid – 19. Även detta covidteam avslutades 210531.
- Hemsjukvård har under senare del 2021 påbörjat ett utvecklings – och förbättringsarbete i syfte att förbättra och stärka patientsäkerhet, arbetsmiljö, personkontinuitet samt delaktighet hos medarbetare. Hemsjukvården delas in i två vårdområden. Teamsamverkan sker genom tidigare hemvårdsområden.
- Natt -larmenheten har utvecklat samarbete med Gästrike räddningstjänst. Samtliga medarbetare inom natt – larm har genomgått fördjupad brandskyddsutbildning innehållande teori men även praktik i form av släckningsarbete. Samtliga bilar är utrustade med brandsläckare, brandfilt samt släckgranat. Detta för att medarbetare ska kunna utgöra första man på plats vid upptäckt av brand. Detta samarbete ingår i uppdrag att förebygga uppkomst av brand hos kunder vilka har insats av Gävle kommun.
- Enheten avlösningsvistelse hölls stängd första veckan januari 2021 för att bistå hemtjänst och covidteam med personella resurser.
- Enheten avlösningsvistelse har under året begränsat tillgång till vistelse med anledning

pågående pandemi. Alla kunder med beslut har haft tillgång till plats men under kortare tidsintervall än vad beslutet anger. Många avbokningar har skett då anhöriga har velat undvika risk för smitta. Totalt har 193 dygn avbokats på kundens eget initiativ.

Kontor Förebyggande och kompetens

Kontorets verksamheter som rapporterar till Omvårdnadsnämnden är:

- Dagverksamheterna i Sätra, Bomhus, Brynäs och Valbo
- Förebyggande verksamheterna som innefattar anhörigstöd, träffpunkter, trygghetsvårdar, personliga ombud samt volontärsamordnare.

Under våren 2020 stängdes dagverksamheterna ner samt träffpunkterna på Brunn- och Kaplansgatan p g a pandemin. Under hösten öppnades starkt begränsade och covidanpassade verksamheter.

Under 2021 har verksamheten begränsats i kraft av pandemin. Färre kunder kan vistas i lokalerna dagverksamheter och träffpunkter. Även anhörigstöd har haft en begränsad verksamhet då grupper inte kunnat mötas under hela året, utbildningar i psykisk ohälsa som dem bistår med har inte heller genomförts.

Med anledning av det har inte verksamheten helt uppnått sina målsättningar.

Verksamhetsområdet Förebyggande insatser och aktiviteter har i sitt systematiska kvalitetsarbete utgått från sektorns strategier. Stärker inflytande och delaktighet, främjar nytänkande och mod, bidrar till självständighet och förstärker samarbete.

Förebyggande verksamheterna har som målsättning att ständigt utveckla sina insatser för anhöriga och kunder via bl a motiverande samtal, digitalisering, samverkan. Verksamheten rapporterar en starkt begränsad måluppfyllelse i kraft av pandemin men har utvecklat det som varit genomförbart.

Dagverksamheterna har som målsättning att utveckla verksamheten via sina genomförandeplaner IBIC, kundenkäter, kundråd och samarbete bl a. Verksamheten rapporterar även här en starkt begränsad måluppfyllelse i kraft av pandemin men har utvecklat det som varit genomförbart.

Allmänt bemanningssituationen under 2021

Bemanningssituationen under 2021 har varit mycket ansträngd, i synnerhet under huvudsemesterperioden samt i samband med jul- nyårs- och trettondagshelgerna då det saknats vikarier inom samtliga kontorets verksamheter vilket har medfört ökad andel beordring, övertid och avbrutna semestrar för ordinarie omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Det har ställt höga krav på enhetschefer och samordnare som behövt ägna stor del av sin arbetstid, i vissa fall övertid, åt att bemanna då Bemanningseenheten i högre utsträckning skickat tillbaka och/eller avslagit beställningar pga. att timvikarier har saknats. Arbetsledning i beredskap har belastats hårt, framför allt under helger, så till vida att den chef som varit i beredskap måste hantera de uppdrag Bemanningseenheten inte kunnat lösa. I förekommande fall har kunder drabbats, direkt eller indirekt, av problemen med att bemanna och i ett fall under året har detta renderat i en Lex Sarah-rapportering. Sammantaget har situationen fått allvarliga konsekvenser både på ekonomi, arbetsmiljö och kundkvalitet.

Analys av indikatorerna

Socialstyrelsens brukarundersökning har ej genomförts under 2021 som tidigare rapporterat. Ingen uppföljning av indikatorer under målet kan därför ej ske.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål. Hemtjänst	—	90 %	

Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Andel äldre som uppger att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till åsikter och önskemål. Vård- och omsorgsboende	—	82 %	
Andel äldre som uppger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen. Hemtjänst	—	65 %	
Andel äldre som anger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen. Vård- och omsorgsboende	—	64 %	
Andel äldre på vårdoch omsorgsboende som är mycket eller ganska nöjda med de aktiviteter som erbjuds	—	72 %	
Andel äldre som uppger att det känns mycket eller ganska tryggt på vård- och omsorgsboendet	—	92 %	

Som tidigare under året rapporterats har Socialstyrelsens brukarundersökning ej genomförts under 2021. Detta innebär att ingen av ovan nämnda indikatorer kan följas upp under 2021.

1.2 Ett klimatneutralt Gävle 2035



Nämndens/bolagets verksamheter

Handlingsplaner för fossilfria transporter skulle tas fram under hösten 2021 för att därefter inleda genomförandet av dessa under 2022-25. Aktiviteten har ej genomförts.

Inom hemtjänst, hemsjukvård och natt- och larm tankats dieslbilar med miljödiesel HVO100 istället för fossilt diesel och utbyte av bil sker till elbil. Gävle drift och service rapporterar att de ser ett generellt trendbrott vad gäller inställningen till att välja elbil vid förnyelse av leasingavtal. Digitalisering av arbetssätt och verksamhet har indirekta effekter som bidrar till klimateffektivitet

Miljöarbete vård och omsorgsboenden egenregi

Matsvinnsmätningen genomfördes under v 42. Mätningar gjordes under 5 dagar på lunchen utifrån Livsmedelsverkets nationella metod för mätning av matsvinn.

Under dessa dagar var det 2659 personer som serverades lunch.

Totalt var det 287 kg matsvinn som slängdes vid dessa tillfällen.

Ingen mätning gjordes som kan visa hur mycket mat som åts upp.

Resultatet från matsvinnsmätning år 2021 visar på ett genomsnittligt matsvinn om 108 gram

per person, en liten uppgång jämfört med 2020 års resultat om 103 gram per person. Dock är resultatet lägre än riket generellt (129 gram per person)

Några verksamheter har under en testperiod handlat närodlat och ekologisk potatis från Valbo, istället för att måltidsleverantören Compass-group försett verksamheten med potatis. Testet är ett led i omställningen mot ökad andel närodlat och ekologisk mat.

Inom ett par vård – och omsorgsboenden pågår arbete att minska engångsartiklar till förmån för flergångsprodukter, exempelvis kring hakklappar och underlägg.

Miljökrav vid köp av verksamhet

Vid all upphandling av kärnverksamhet så ställs miljökrav. Beroende på typ av upphandling och verksamhet varierar kraven, från mer generella krav till mer specifika krav utifrån miljöstrategiska programmet målområden. För upphandlad kärnverksamhet följs miljökraven upp årsvis i samband med kvalitetsberättelsen. Generellt går att säga att miljöarbetet hos externa utförare går framåt där samtliga kan redogöra för sitt miljöarbete utifrån kraven i avtalen. För externa utförare av hemtjänst ligger fokuset framförallt på att minska miljöpåverkan från transporter, genom att ställa om fordonsflottan och minska andelen fossilt bränsle. Vad gäller vård – och omsorgsboendena är matsvinn, att förebygga avfall från förbrukningsprodukter så som inkontinensskydd samt sortering av avfall områden man arbetar med, men också kring val av transportmedel vid tjänsteresor.

Analys av indikatorerna

Verksamheterna under nämndens ansvarsområde har inte slutredovisat miljöarbetet i tillräcklig omfattning för att fullt ut kunna bedöma resultatutvecklingen samt om aktiviteter är genomförda eller ej. På grund av pågående pandemi under året har vissa aktiviteter ej kunnat genomföras/slutföras som planerat. En samlad bedömning är att målet delvis är uppfyllt. För att målet Ett klimatneutralt Gävle ska nås till 2035 behövs ökad takt åren framöver.

Indikator	Utfall	Målvärde	Status
Antal genomförda aktiviteter (1)	3	5	Mindre avvikelse

2 Uppföljning av politiska uppdrag

2.1 Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att genomföra ett Äldreomsorgslyft för att möjliggöra fler utbildade undersköterskor och helst komplettera med utbildningsinsatser för såväl fler sjuksköterskor som specialistsjuksköterskor i syfte att minska hyrpersonal och öka kvalitén. Behov av utökad fortbildning i svenska språket hos anställda skall identifieras och om nödvändigt genomföras. Detta i samverkan med kommunstyrelsen och arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden.



Uppföljning uppdrag

Äldreomsorgslyftet har pågått under året med 23 deltagare som har bakgrund som vårdbiträden i hemtjänsten. Fler deltagare har inte kunnat starta äldreomsorgslyftet av flera skäl: svårt att få till APL-platser pga pandemin och högt vikarieberoende, vikariebehovet bedöms också öka med fler deltagare i äldreomsorgslyftet, och då blivit alltför stort. Kompetensutvecklingskurser för

sjuksköterskor har erbjudits tillsammans med HiG och länets övriga kommuner. Språkutbildning på arbetstid för medarbetare med det behovet har genomförts.

En planering för ett mer omfattande projekt under 2022 kring kompetensförsörjning och kompetensutveckling inom äldreomsorgen har genomförts och en särskild projektledare kommer rekryteras inom Valfärd Gävle som är på plats i januari 2022.

2.2 Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att återkomma med en strategi för hur ökade statsbidrag på bästa sätt kommer att höja kvaliteten i äldreomsorgen.

Uppföljning uppdrag

Det finns inom Omvårdnadsnämndens ansvarsområde en lång rad statsbidrag riktade mot nämndens ansvarsområden. Bedömningen är att det vore suboptimerande med en övergripande strategi för ökade statsbidrag generellt eftersom bidragen kan vara oerhört skiftande beträffande omfattning och syfte med vad de ska uppnå. En övergripande strategi skulle behöva vara så generellt skriven att den inte uppfyller något syfte. Sektorn har däremot upparbetade arbetssätt och en systematik för att bevaka vilka statsbidrag som är aktuella och en bedömning sker i varje enskilt fall hur dessa kan användas för att höja kvalitén inom Omvårdnadsnämndens ansvarsområde.

2.3 Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att aktivt arbeta för att Gävle kommun i nära samverkan med Region Gävleborg utveckla arbetet med god och nära vård. Ett särskilt fokus bör läggas på förebyggande insatser som stärker den äldre att bibehålla god hälsa. Utöver förebyggande arbete ska en mer tillgänglig, närmare vård, tillsammans med nya arbetssätt och utökad samverkan, innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler.

Uppföljning uppdrag

Arbetet pågår och bedrivs på flera organisatoriska nivåer. En gemensam samordnare för kommunerna i länet är rekryterad och finns på plats sedan september. Uppdraget är att bevaka och delta på nationell nivå i arbeten kopplat till nära vård som främst SKR bedriver. Vidare så ska samordnaren bevaka de lokala arbeten som görs ute i respektive kommun. Gävle kommun kommer att ansvara arbetsledning av kommunernas gemensamma samordnare.

Länsledning har tillsatt en gemensam styrgrupp för God och nära vård med representanter från regionen och länets kommuner. Styrgruppen är motor för det länsgemensamma arbetet och rapporterat till Länsledning. Gävle kommun finns med i denna styrgrupp. Styrgruppen kommer bland annat arbeta med de frågeställningar som ingår i det politiska uppdraget.

Lokalt i Gävle kommun är en större översyn av hälso och sjukvårdsorganisationen inledd och berör såväl Omvårdnadsnämnden som Arbetsmarknad- och funktionsrättsnämnden. Syftet med översynen är att säkerställa att Valfärd Gävle har en hållbar hälso- och sjukvårdsorganisation som ger en säker, ändamålsenlig och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Organisationen skall också utformas så att den kan svara mot intentionerna i God och nära vård. Arbetet med god och nära vård kommer att fortsätta under 2022.

2.4 Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att delta i arbetet med att utveckla fler boendelösningar för äldre.



Uppföljning uppdrag

Dialog har förts löpande under hösten 2021 mellan politiska företrädare för berörda nämnder, bolag och styrelser. Uppdraget har förts med till 2022 års kommunplan.

2.5 Omvårdnadsnämnden ges i uppdrag att utreda stärkt samverkan med föreningsliv/ ideell sektor kring träffpunkter för äldre.



Uppföljning uppdrag

En första kontaktetablering har skett med ideella sektorn för dialoger. Samarbete med ideella aktörer pågår sedan tidigare i hög utsträckning. Bl a finns möjlighet för föreningar att nyttja våra lokaler. Samarbete är upprättat med enheten för social hållbarhet vid SG.

2.6 Omvårdnadsnämnden uppdras att i samverkan med kultur- och fritidsnämnden främja äldres hälsa och välmående i en tid av hög isolering genom att möjliggöra "Kultur för äldre" (spegling av uppdrag till Kultur- och fritidsnämnden)



Uppföljning uppdrag

Insatser för att bryta isolering har pågått under hela pandemin i form av anpassade aktiviteter, att kunder har erbjudits digitala alternativt till besök genom surfplattor och skypesamtal samt via streamade evenemang. Via projektet har vård- och omsorgsboendena fått möjlighet att erbjuda kunderna flertalet aktiviteter; Balkongkonserter, dansuppvisning men även aktiviteter i digital form som livestream med Gävle symfoniorkester. Kultur på gatan via studieförbundet Bilda har bjudit på underhållning via musikaliska ungdomar. Kultur för äldre har bidragit till möjlighet att erbjuda kunderna social aktivering vilket har varit framgångsrikt och uppskattat.

3 Uppföljning av privata utförare

Nämnden följer den plan för uppföljning av privata utförare som nämnden tidigare antagit. Uppföljning ingår i arbetet för kvalitetsteamet inom Valfärd Gävles. Inga avvikelser.

4 Resultat och investeringar

4.1 Resultat och investeringar

(mnkr)	Utfall 2021-12-31	Utfall 2020-12-31	Budget helår 2021
Verksamhetens intäkter	227,4	227,6	208,1
Personalkostnader	-811,3	-791,9	-764,1

(mnkr)	Utfall 2021-12-31	Utfall 2020-12-31	Budget helår 2021
Övriga kostnader	-730,3	-668,3	-773,6
Avskrivningar/nedskrivningar	-6,8	-6,5	-7,7
Internränta	-0,7	-0,5	-0,9
Resultat före kommunbidrag	-1 321,7	-1 239,6	-1 338,2
Kommunbidrag	1 338,2	1 201,0	1 338,2
Årets resultat	16,5	-38,6	0,0
Investeringar	7,4	3,0	12,4
Erhållet investeringsbidrag	0,0	0,0	0,0

Resultat och prognosanalys

Resultat

Omvårdnadsnämnden redovisar ett resultat t.o.m. december 2021 på plus 16,5 mnkr.

Den största avvikelsen finns för bemanning inom vård- och omsorgsboenden, där kostnaderna för OB, övertid och inhyrda sjuksköterskor avviker med ca 9,6 mnkr. Ett arbete startades för att se över hantering av scheman och schemaläggning. Uppdraget till arbetsgruppen är att ta fram en kontorsgemensam organisation (Boende samt Stöd i hemmet) för personalplanering/schemaläggning som fungerar som stöd till enhetschefer. I förslaget ska kostnadsberäknade åtgärder med en hemtagningsseffekt om 5 mnkr 2022 finnas med.

Den andra enskilt största avvikelsen i omvårdnadsnämndens resultat avser utökat köp av externa utförd hemtjänst om 11,1 mnkr. Detta avser en volymökning jämfört med budget 2021.

Totalt är merkostnaden för personal på grund av covid-19 under perioden beräknad till 12,3 mnkr för vård- och omsorgsboende och hemtjänst tillsammans. Kostnaderna för inköp av material för skyddsutrustning uppgår totalt till 12,7 mnkr. Detta avser främst handskar, munskydd och visir till personalen. Dessa covid-19 relaterade kostnader täcks dock fullt ut av det utökade kommunbidraget (30 mnkr) som fullmäktige beslutade om i juni 2021.

De största anledningarna till det positiva resultatet för nämnden totalt är att nämnden fått ytterligare ersättningar från Socialstyrelsen om ca 7 mnkr, med anledning covid-19 pandemin från kostnader som uppstod 2020, samt att den höga kostnadsnivån inom vård- och omsorgsboende blev något lägre än prognosen som gjordes vid delår 2.

Mer detaljerade beskrivningar finns i bilaga 1.

Investeringar

Utfallet för investeringsverksamheten inom omvårdnadsnämnden blev ca 7,4 mnkr av en budget på 12,4 mnkr. Utfallet blev något lägre med anledning av förseningar på grund av covid-19 pandemin och skyfallet i augusti.

4.2 Covid-19

Vilka åtgärder som nu genomförs för att hantera Covid-19 samt dess ekonomiska effekter

Se kommentar under resultat.

Effekterna av extern påverkan pga Covid-19 (minskade intäkter, större behov av försörjningsstöd osv). Med en beskrivning av omvärldsfaktorer för innevarande år och kommande år.

Se kommentar under resultat.

4.3 Kommunplan 2021

Hur kan nämnd och sektor säkerställa att förmågan till pågående eller planerat effektiviseringsarbete genomförs

Se kommentar under resultat.

Kommer effektiviseringsarbetet att försenas och vad ger det för ekonomiska effekter

Se kommentar under resultat.

5 Sammanfattning av de väsentligaste händelserna

Pandemins påverkan på omvårdnadsnämnden har under 2021 varit fortsatt betydande och har dominerat dagordningen. Från delår 2 minskade effekterna något, som en effekt av minskat antal smittade kunder (jämfört med årsskiftet 2020/21) och pågående vaccinationer av kunder, medarbetare och i allmänhet. Den fjärde vågen under december ledde ånyo till stora påfrestningar på verksamheten.

Personalomsättning i kombination med pandemi och en ökad vårdtyngd hos äldre multisjuka kunder/patienter har medfört behov av att överanställa och att bemanna vakanta tjänster med bemanningssjuksköterskor. Utöver pandemiläget har arbetet fokuserats på att lämna över från verksamhetschefer till enhetschefer och på att rekrytera och behålla kompetent legitimerad personal med målsättningen att under delår två kunna arbeta med färre eller inga bemanningssköterskor. Målet har inte kunnat uppfyllas pga svårt rekryteringsläge, hög sjukfrånvaro i samband med huvudsemesterperioden och ett ansträngt bemanningsläge för hela sektorn, varför den krisorganisation för legitimerad personal som berör kontor stöd i hemmet och boende har aktiverats igen under sista kvartalet.

Utvecklings- och förändringsarbeten pågår dock och har även rapporterats, bl a vad gäller projekt kring digitala inköp i hemtjänsten.

Ett omfattande arbete med förbättrad personalplanering pågår, som förväntas ge positiva ekonomiska effekter över tid.

För särskilda boenden för äldre finns fortfarande glapp mellan tillgången på lägenheter och vad som efterfrågas, där tillgången för närvarande är större än efterfrågan. Detta kommer hanteras utifrån de förutsättningar som finns under innevarande år (bl a genom plombering av vissa lägenheter), men behöver analyseras djupare. Det finns för närvarande inget klart svar över om detta är en effekt enbart av pandemin eller en typ av förändring.

Inom ramen för nämndens uppdrag kan noteras att arbetet med God och Nära Vård mellan länets kommuner och Region Gävleborg fortsätter i ett relativt högt tempo, där strukturen för nära samverkan kring detta satts och där särskilda strategiska resurser snart finns på plats.

6 Förväntad utveckling

Från nationellt håll kommer starka signaler på att äldreomsorgen behöver utvecklas och förändras, sannolikt utifrån vad som anses ha brustit under pandemin generellt i landet. Arbetet med en ny äldreomsorgslag kommer påbörjas, vilket över tid med stor sannolikhet kommer påverka nämnden.

Demografins kommande förändring är redan känd, men det är likväl värt att notera att antalet medborgare 80 år och över kommer öka fyrsiffrigt de kommande tio åren i kommunen.

De statsbidrag som kommer kommunen tillgodo 2021 direkt till äldreomsorgen, och indirekt genom t ex äldreomsorgslyftet och God och Nära Vård är tillfälliga. Omvårdnadsnämnden har sedan tidigare höga effektiviseringskrav som under pandemin varit svåra att effektuera, men med tanke på den kommande kostnadsutvecklingen (som före pandemin framhållits som en stor kommunal utmaning generellt i landet) behöver Omvårdnadsnämnden sätta ett särskilt fokus på effektivisering och en skarp diskussion om ambitionsnivå för äldreomsorgen om

nämnden över tid ska kunna klara budgetförutsättningarna.

Organisering av hälso- och sjukvårdsfrågorna (HSL) kommer vara i fokus under 2022 för sektorn för att minska sårbarheten, höja kompetensen och tydliggöra ansvar och mandat.

För att bidra till förbättrad arbetsmiljö har sektor Velfärd ett pågående utvecklingsarbete för att bidra till god arbetsmiljö och goda förutsättningar för chefer inom projektet H-C-L (Hållbart chef- och ledarskap).

Sammanfattning till årsredovisning år 2021

Omvårdnadsnämnd

Innehållsförteckning

1 Ordförande och förvaltningschef	3
2 Resultat och investeringar	3
3 Målanalys	3
3.1 Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen	3
3.2 En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun.....	4
4 Privata utförare.....	4
5 Uppföljning av uppdragen.....	4
6 Väsentliga händelser	4
7 Resultat och investeringar	4
8 Förväntad utveckling	5

1 Ordförande och förvaltningschef

Elisabeth Cederholm Carlson, Ordförande

Magnus Höijer, Sektorchef

2 Resultat och investeringar

(mnkr)	Utfall 2021	Utfall 2020	Budget 2021
Verksamhetens intäkter	227,4	227,6	208,1
Personalkostnader	-811,3	-791,9	-764,1
Övriga kostnader	-728,2	-668,3	-773,6
Avskrivningar/nedskrivningar	-6,8	-6,5	-7,7
Internränta	-0,7	-0,5	-0,9
Resultat före kommunbidrag	-1 319,6	-1 239,6	-1 338,2
Kommunbidrag	1 338,2	1 201,0	1 338,2
Resultat efter kommunbidrag	18,6	-38,6	0,0
Extraordinära kostnader	-2,1	0,0	0,0
Årets resultat	16,5	-38,6	0,0
Investeringar	7,4	3,0	12,4
Erhållet investeringsbidrag	0,0	0,0	0,0

3 Målanalys

3.1 Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen

Nämndens verksamhet har under 2021 överlag präglats av Covid-19-pandemin och på olika sätt hantera denna helt grundläggande förändring av verksamhetens förutsättningar.

Nämndens grundläggande uppdrag är att de personer som är i behov av dess insatser är nöjda med sina insatser och den verksamhet som Omvårdnadsnämnden erbjuder. I dialog med kunder och anhöriga utvecklas verksamheten. För att kunderna ska känna sig trygga är kontinuitet, både i utförandet och till person avgörande. Utifrån detta prioriteras aktiviteter som bidrar till kontinuitet och delaktighet. Individens uppfattning om sina aktuella svårigheter, resurser och vad den vill uppnå ska stärkas och är utgångspunkten både i myndighetsutövning och utförande. Utfallen i de indikatorer som normalt hämtas från de nationella kundundersökningarna inom äldreomsorgen har bara marginellt förändrats under tidsperioden 2013–2020. Det gäller både Gävle och riket i stort, detta trots Covid-19-pandemin. Under 2021 genomfördes inte Socialstyrelsen denna brukarundersökning på grund av en upphandling som inte genomfördes i tid. Därmed saknas helt resultat på dessa indikatorer. Den sammanvägda bedömningen är att måluppfyllelsen kopplat till målet delvis uppfylls.

Trygghet, sammanhållning och en välfärd att lita på i hela kommunen



3.2 En ekologiskt hållbar och klimatneutral kommun

Verksamheterna under nämndens ansvarsområde har inte slutredovisat miljöarbetet i tillräcklig omfattning för att fullt ut kunna bedöma resultatutvecklingen samt om aktiviteter är fullt genomförda eller ej. På grund av pågående pandemi under året har vissa aktiviteter ej kunnat genomföras/slutföras som planerat. En samlad bedömning är dock att målet delvis är uppfyllt. För att målet Ett klimatneutralt Gävle ska nås till 2035 behövs ökad takt åren framöver av genomförda aktiviteter.

Ett klimatneutralt Gävle 2035



4 Privata utförare

Nämnden följer den plan för uppföljning av privata utförare som nämnden tidigare antagit. Uppföljning ingår i arbetet för kvalitetsteamet inom Valfärd Gävles. Inga avvikelser.

5 Uppföljning av uppdragen

Nämnden har sex uppdrag under 2021. Alla uppdrag har ej genomförts som planerat, 3 uppdrag bedöms vara helt genomförda och 3 uppdrag bedöms vara klara våren 2022. Generellt är det svårt att under 2021 slutföra uppdrag på grund av olika hinder. Dessa hinder är generellt direkt kopplade till olika pandemieffekter som förhindrar att centrala aktiviteter eller åtgärder genomförs (t ex Äldreomsorgslyftet), vilket innebär att uppdragen inte kan genomföras i den takt som kan ske under ett "normalår".

6 Väsentliga händelser

Pandemins påverkan på ON har under 2021 varit fortsatt betydande och har dominerat dagordningen. Från delår 2 minskade effekterna något, som en effekt av minskat antal smittade kunder och pågående vaccinationer av kunder, medarbetare och i allmänhet. Den fjärde vågen under december ledde ånyo till stora påfrestningar på verksamheten.

Personalomsättning i kombination med pandemi och en ökad vårdtyngd hos äldre multisjuka kunder/patienter har medfört behov av att överanställa och att bemanna vakanta tjänster med bemanningssjuksköterskor. Krisorganisation för personal som berör kontor stöd i hemmet och boende har aktiverats igen under sista kvartalet.

Utvecklings- och förändringsarbeten pågår dock och har även rapporterats, bl a vad gäller projekt kring digitala inköp i hemtjänsten. Ett arbete med förbättrad personalplanering pågår, som förväntas ge positiva ekonomiska effekter över tid.

För särskilda boenden för äldre finns fortfarande glapp mellan tillgången på lägenheter och vad som efterfrågas, där tillgången för närvarande är större än efterfrågan. Detta kommer sannolikt hanteras utifrån de förutsättningar som finns under 2022 (bl a genom plombering av lägenheter). Det finns för närvarande inget klart svar över om detta är en effekt enbart av pandemin.

Inom ramen för nämndens uppdrag kan noteras att arbetet med God och Nära Vård mellan länets kommuner och Region Gävleborg fortsätter i ett relativt högt tempo, där strukturen för nära samverkan kring detta satts och där särskilda strategiska resurser snart finns på plats.

7 Resultat och investeringar

Omvårdnadsnämnden redovisar ett resultat t.o.m. december 2021 på plus 16,5 mnkr.

Den största avvikelsen finns för bemanning inom vård- och omsorgsboenden, där kostnaderna för OB, övertid och inhyrda sjuksköterskor avviker med ca 9,6 mnkr. Ett arbete startades för att

se över hantering av scheman och schemaläggning. Uppdraget till arbetsgruppen är att ta fram en kontorsgemensam organisation (Boende samt Stöd i hemmet) för personalplanering/schemaläggning som fungerar som stöd till enhetschefer. I förslaget ska kostnadsberäknade åtgärder med en hemtagningseffekt om 5 mnkr 2022 finnas med.

Den andra enskilt största avvikelsen i omvårdnadsnämndens resultat avser utökat köp av externa utförd hemtjänst om 11,1 mnkr. Detta avser en volymökning jämfört med budget 2021.

Totalt är merkostnaden för personal på grund av covid-19 under perioden beräknad till 12,3 mnkr för vård- och omsorgsboende och hemtjänst tillsammans. Kostnaderna för inköp av material för skyddsutrustning uppgår totalt till 12,7 mnkr. Dessa covid-19 relaterade kostnader täcks dock fullt ut av det utökade kommunbidraget (30 mnkr) som fullmäktige beslutade om i juni 2021.

De största anledningarna till det positiva resultatet för nämnden totalt är att nämnden fått ytterligare ersättningar från Socialstyrelsen om ca 7 mnkr, med anledning covid-19 pandemin från kostnader som uppstod 2020, samt att den höga kostnadsnivån inom vård- och omsorgsboende blev något lägre än prognosen som gjordes vid delår 2.

8 Förväntad utveckling

Från nationellt håll kommer starka signaler på att äldreomsorgen behöver utvecklas och förändras, sannolikt utifrån vad som anses ha brustit under pandemin generellt i landet. Arbetet med en ny äldreomsorgslag kommer påbörjas, vilket över tid med stor sannolikhet kommer påverka nämnden.

Demografins kommande förändring är redan känd, men det är likväl värt att notera att antalet medborgare 80 år och över kommer öka fyrsiffrigt de kommande tio åren i kommunen.

De statsbidrag som kommer kommunen tillgodo 2021 direkt till äldreomsorgen, och indirekt genom t ex äldreomsorgslyftet och God och Nära Vård är tillfälliga. Omvårdnadsnämnden har sedan tidigare höga effektiviseringskrav som under pandemin varit svåra att effektuera, men med tanke på den kommande kostnadsutvecklingen (som före pandemin framhållits som en stor kommunal utmaning generellt i landet) behöver Omvårdnadsnämnden sätta ett särskilt fokus på effektivisering och en skarpare diskussion om ambitionsnivå för äldreomsorgen om nämnden över tid ska kunna klara budgetförutsättningarna.

Beslutsärende:
Internkontrollrapport år 2021
för Omvårdnadsnämnden.

14

21ON402



Missiv

2022-02-17

Diarienummer: 21ON402

Handläggare:

Martin Wagner
026-17 92 27
martin.wagner@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Internkontrollrapport 2021 för Omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

Att godkänna internkontrollrapport för 2021 avseende genomförda kontroller och statusuppdatering enligt fastställd internkontrollplan för år 2021, samt

Att överlämna rapporten till kommunstyrelsen och kommunrevisionen.

Ärendebeskrivning

Sektor Velfärd har sammanställt internkontrollrapport 2021 för Omvårdnadsnämnden. Internkontrollrapporten grundar sig på Internkontrollplanen för 2021 och sker utifrån de risker som där identifierats och definierats.

Internkontrollrapporten utgår och sammanfattas utifrån tre huvudområden:

- Tillförlitlig finansiell rapportering
- Efterlevnad av externa och interna regelverk
- Ändamålsenlig och effektiv verksamhet

Beslutsunderlag

Internkontrollrapport 2021.

Magnus Höjer

Sektorchef

Sektor Vålfård

Rapport Internkontroll 2021

Omvårdnadsnämnd

Innehållsförteckning

1 Övriga riskområden	3
1.1 Risk- eller Målområde: Finansiell rapportering	3
1.2 Risk- eller Målområde: Efterlevnad av externa och interna regelverk	4
1.3 Risk- eller Målområde: Ändamålsenlig och effektiv verksamhet	7

1 Övriga riskområden

1.1 Risk- eller Målområde: Finansiell rapportering

Risker	Riskvärde (Riskmatris SAM)	Kontrollmoment	Resultat
 Felaktig hantering av klienters egna medel		 Granskning genom stickprov	 Inte kontrollerat
		Kommentar Följs upp delår 1 2022 Inga stickprov har genomförts under verksamhetsåret 2020-2021 eftersom besök ute i verksamheten inte har varit möjliga på grund av covid-19 pandemin. Stickprov kommer att genomföras under början av 2022, för både 2020 och 2021.	
 Felaktiga betalda fakturor vid externt köp av verksamhet		 Stickprov	 Ingen avvikelse
		Kommentar Stickprov på fakturor gällande externt köp av plats på vård- och omsorgsboende genomförs kontinuerligt. Återkommande observationer är att ibland innehåller några fakturor felaktigt antal dagar på aktuell månad och att pris i något enstaka fall har felaktigt belopp. Berörd utförare kontaktas då och rättelse sker i dialog med utförare.	
 Bristande avtalstrohet		 Uppföljning BI, Stickprovsgranskning.	 Inte kontrollerat
		Kommentar Ingen uppföljning har skett 2021. En uppföljning kräver korrekta underlag ur upphandlingssystemet Kommers. Dessa har inte levererat under 2021 från Upphandlingsenheten.	

Risker	Riskvärde (Riskmatris SAM)	Kontrollmoment	Resultat
 Risk att nämnden inte når ställda ekonomiska krav i budget och att planerade resurser inte räcker till för att täcka kostnaderna		 Löpande redovisning och uppföljning till nämnd	 Ingen avvikelse
		Kommentar Ingen avvikelse på helåret då omvårdnadsnämnden fått tillskott för ökade kostnader under hela året till stor del till följd av pandemin. Ett arbete har dock startat med inriktning bemannings- och schemaplanering.	
 Felaktiga utbetalningar från Treserva och Agresso		 Följa upp och säkerställa att kontrollmoment efterlevs i verksamheten på operativ nivå.	 Mindre avvikelse
		Kommentar Under 2021 har granskningen fokuserat på att se över det verkliga behovet och hur organisationen hanterar sina handkassar och betalkort. Det finns en stor utvecklingspotential, då många använder dessa vid fel tillfällen. Många gånger har handkassan använts vid eget utlägg och att betalkort har använts istället för rekvisition. Handkassorna är under avveckling, då behovet att hantera kontanta medel är väldigt litet idag.	

1.2 Risk- eller Målområde: Efterlevnad av externa och interna regelverk

Risker	Riskvärde (Riskmatris SAM)	Kontrollmoment	Resultat
 Bristande internkontrollorganisation.	9	 Systematisk uppföljning och utvärdering via internkontrollrapporter	 Mindre avvikelse
		Kommentar Behov finns att fortsatt utveckla formerna och strukturen	

Risker	Riskvärde (Riskmatris SAM)	Kontrollmoment	Resultat
		för den interna kontrollen för att göra denna så relevant, effektiv och funktionell som möjligt, samt för att säkert kunna validera och verifiera resultatet av genomförda kontroller. Arbete pågår inom kommunkoncernen med utveckling och samsyn och nytt internkontrollreglemente (det nu aktuella internkontrollreglementet är mer än 20 år gammalt och är ej relevant. Workshop sker i oktober. Detta är en vital del i hur organisationen bättre kan skapa förutsättningar för en god intern kontroll och styrning samt samsyn. Internkontroll innebär utmaningar utifrån verksamhetens omfattning och organisationens förmåga omsätta internkontrollplanerna. Ett stort antal risker (18) innebär utmaningar i vad som kan prioriteras av organisationen, och själva omfånget i dessa risker som i sig ska anses vara de prioriterade riskerna inom nämndens ansvarsområde kan i sig sägas utgöra en risk i hur verksamheten (förvaltningsorganisationen) kan omsätta och hantera dessa. Samtidigt är nämndens ansvarsområde mycket omfattande med centrala, tvingande lagstiftningsområden. Nämndens ansvarsområde är omfattande. Internkontrollen och rapporteringen är en avvägning och balansgång med omfattningen och inriktningen av den interna kontrollen samt att fortsätta prioritera rätt risker/riskområden och göra kontrollen mer effektiv och funktionell samt integrerad i det ordinära arbetet och de vanliga processerna. De tre riskområdena som internkontrollplanen grundas på är i grunden bra och ändamålsenliga. En än mer effektiv och ändamålsenlig internkontroll integrerad i det dagliga arbetet (kan t ex innebära att det följer kvalitetsteamets planering) och årsplaneringen bör vara en utgångspunkt för kommande internkontrollplansarbete för nämnden inför 2022. Behov föreligger i högre grad samordna kontrollpunkter för de tre välfärdsnämnderna för att i praktiken kunna utföra	

Risker	Riskvärde (Riskmatris SAM)	Kontrollmoment	Resultat
		effektiva och relevanta kontroller.	
 Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut		 Kvalitetsgranskning via stickprov eller kollegial granskning i lämpliga fall.  Ingen avvikelse	
		Kommentar Större avvikelser har inträffat inom boendedelar under året, inom såväl våbo som funktionsnedsättningsområdet. Dessa har rapporterats till berörd nämnd. Kontorschef boende har informerat nämnderna om större avvikelser. Åtgärder vidtagna. Egenkontroller har genomförts i samtliga enheter inom Boende under delåret och av dessa framgår behov av fortbildning i arbetssättet individens behov i centrum, IBIC. Inom de enheter som genomgått utbildning syns behov av mer fokus på hur kunderna vill ha stöd och hur stödet ska ges. Egenkontrollerna visar vidare att det råder osäkerhet kring skydds – och begränsningsåtgärder. Extern handledning har tillämpats för att öka förståelsen kring kundernas behov av struktur och förutsägbarhet. Detta har bidragit till att antalet avvikelser minskat och arbetsgrupperna har fått en ökad samsyn, samt att kundernas reella möjligheter till inflytande och självständighet ökat. Fokusområde är fortsatt inom berörda områden kvalitetsarbete och egenkontroll. Syftar till att på enhetsnivå etablera standardiserade mallar i så hög utsträckning som möjligt, samt att verifiera att dessa efterföljs. Målsättning är att gå från reaktivt till proaktivt. Den översyn av nattbemanning/personaltillgänglighet på servicebostäder som påbörjades tidigare är inte genomförd i sin helhet men startas nu om. Syftet är att kartlägga kundernas behov, skapa delaktighet för kund och utröna vilka alternativ till stöd för kund nattetid som kan finnas. (Grön färgmarkering då kontrollmomentet avser att	

Risker	Riskvärde (Riskmatris SAM)	Kontrollmoment	Resultat
		avvikelser ska rapporteras till nämnd, vilket även skett.)	

1.3 Risk- eller Målområde: Ändamålsenlig och effektiv verksamhet

Risker	Riskvärde (Riskmatris SAM)	Kontrollmoment	Resultat
 Ej fungerande kompetensförsörjning/Personalbrist inom vissa professioner	12	 Uppföljning till nämnd minst 1 gång årligen	 Större avvikelse
		Kommentar Bemanningsproblematik och stora utmaningar att tillfredsställa behovet av vikarier har förekommit hela 2021, särskilt under semesterperioder och under helger. Detta beror dels på pandemin då ordinarie personal samtidigt som tilltänkta vikarier själva blivit sjuka. Dels beror detta på utmaningar hitta ett fungerande arbetssätt med bemanningsenheten som sedan 2021 är förlagd under annan nämnds ansvar. Problemet är nu adresserat och kommer att hanteras på ett strukturerat sätt under 2022	
 Pandemin innebär fortsatta störningar i verksamheten		 Löpande rapportering till nämnd	 Ingen avvikelse
		Kommentar Pandemin har under 2021 fortsatt innebära stora utmaningar för verksamheterna inom nämndens ansvarsområde. Löpande återrapportering har skett på nämndssammanträden samt i delårsrapporter.	
 Att organisation inte lär av misstag	12	 Området bevakas via förvaltningens styrprocesser och följs upp till nämnd årligen.	 Inte kontrollerat
		Kommentar	

Risker	Riskvärde (Riskmatris SAM)	Kontrollmoment	Resultat
		Uppföljning har ej varit möjlig. Konkretion saknas. Bör ske som riktat uppdrag med förtydligat syfte och avgränsningar.	
 Brister i förmågan prioritera utvecklingsinsatser		 Området behöver utredas och utvärderas. Rapportering ska ske till nämnd minst 1 gång per år.	 Mindre avvikelse
		Kommentar Utvecklingsinsatser sker överlag inom plan och kan resurssättas. Samtidigt får vissa utvecklingsinsatser på grund av pandemins inverkan på verksamheten bortprioriteras och skjutas fram i tid. Mindre avvikelse.	
 Kontroller av system och rutiner	16	 Kvalitetsgranskning via stickprov eller utvärdering	 Ingen avvikelse
		Kommentar Genomförs inom det dagliga arbetet i linjeorganisationen och genom ledningssystemet. Inga systematiska avvikelser inom nämndens ansvarsområde att rapportera. Arbeta pågår med att sätta upp en gemensam struktur för rapportering inom tillsyn och avvikelsehanteringen (där avvikelser redovisas) inom samtliga tre nämnder. Statistiken finns/kommer att finnas i PowerBI. Beslut och händelser i tillsynsärenden redovisas i en sammanställning som nämnden tar del av vid varje sammanträde, där framgår vad tillsynen behandlar samt om ärendet är avslutat eller pågående och eventuella beslut. (Egenkontroll och avvikelser; Se sista även sista kontrollpunkten: Följsamhet gentemot LSS, SoL och HSL.)	
 Brist i dokumentation vid övergångar inom vården		 Utvärderas via stickprov	 Ingen avvikelse
		Kommentar Genomförs inom det dagliga arbetet i linjeorganisationen	

Risker	Riskvärde (Riskmatris SAM)	Kontrollmoment	Resultat
		och genom ledningssystemet. Inga systematiska avvikelser inom nämndens ansvarsområde att rapportera. Arbete pågår med att sätta upp en gemensam struktur för rapportering inom tillsyn och avvikelsehanteringen (där avvikelser redovisas) inom samtliga tre nämnder. Statistiken finns/kommer att finnas i PowerBI. Beslut och händelser i tillsynsärenden redovisas i en sammanställning som nämnden tar del av vid varje sammanträde, där framgår vad tillsynen behandlar samt om ärendet är avslutat eller pågående och eventuella beslut.	
 Beredskapslager skyddsutrustning		 Löpande kontroll.	 Ingen avvikelse
		Kommentar Kontrolleras fortlöpande i linjeorganisationen. Inga avvikelser under 2021.	

Beslutsärende:
Internkontrollplan år 2022 för
Omvårdnadsnämnden

15

21ON394



Tjänsteskrivelse

2022-02-17

Diarienummer: 21ON394

Handläggare:

Martin Wagner
Tfn 026 - 17 92 27
martin.wagner@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnden

Internkontrollplan år 2022 för Omvårdnadsnämnden

Förslag till beslut

Att Omvårdnadsnämnden beslutar anta Sektor Välfärds förslag till internkontrollplan för år 2022.

Ärendebeskrivning

Omvårdnadsnämnden ska enligt fullmäktiges reglemente för internkontroll upprätta och besluta om en internkontrollplan för varje år. Syftet är att identifiera de större riskerna ur nämndens perspektiv. Uppföljning av internkontrollplanen sker med fastlagd periodicitet samt med en slutrapport vid årets slut som sammanfattar resultaten från årets kontroller och vidtagna åtgärder. Internkontrollplanen är ett levande dokument där risker kan tillkomma under året. Internkontrollplanen grundas på en risk- och väsentlighetsanalys som tjänar som underlag till internkontrollplanen, vilken bifogas ärendet. Kontrollmoment kommer att återspejteras till nämnden senare under våren.

Beslutsunderlag

Internkontrollplan år 2022 för Omvårdnadsnämnden.

Riskmatris inklusive riskanalys för Omvårdnadsnämnden 2022.

Expedieras till

Kommunstyrelsens diarium.

Magnus Höijer

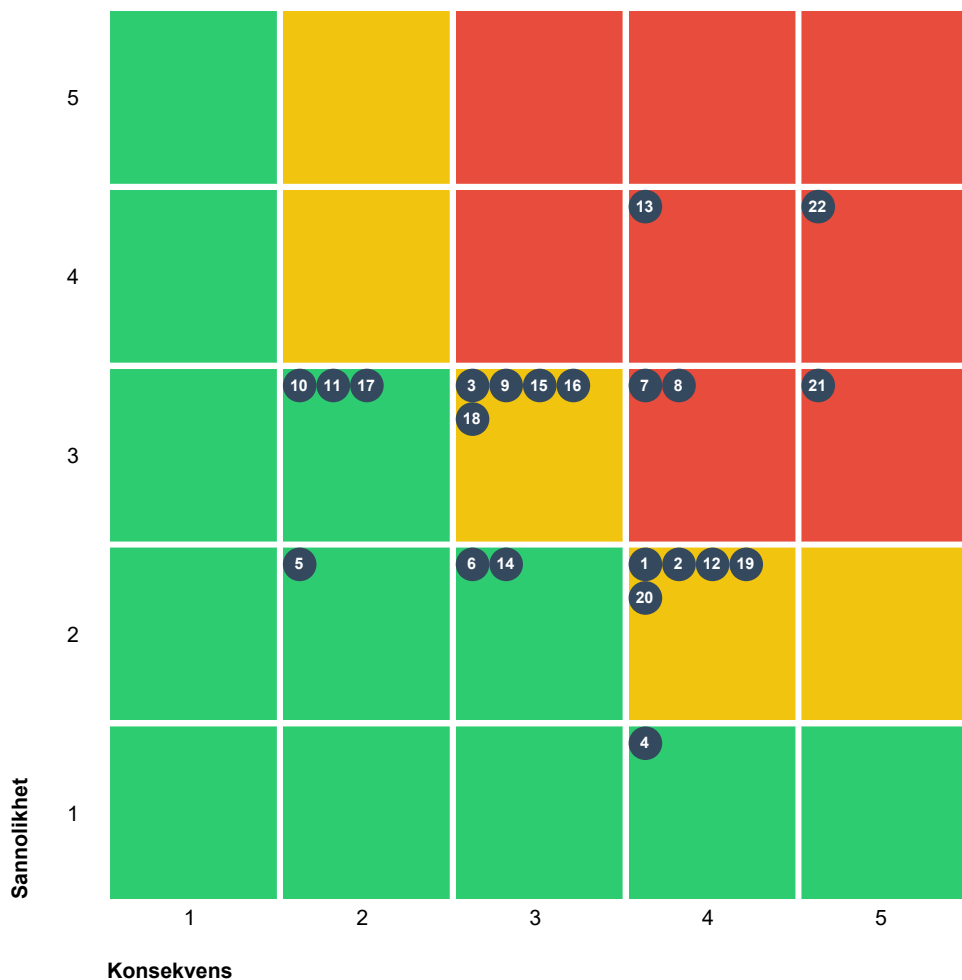
Sektorchef

Sektor Välfärd

Internkontrollplan - 2022 (Omvårdnadsnämnd)

Risk- eller Målsområde	Risker	Riskenivå	Kontrollmoment	Ansvarig:	Periodicitet
Finansiell rapportering Intern kontroll	 Extern finansiell risk – felaktiga utbetalningar <i>Kontroller att externa betalningar är korrekta. Rätt betalningsmottagare och till rätt belopp. Avser kontroll av leverantörsfaktura och kundfaktura</i>	12	Inventering pågår, återrapporteras april	Anders Paulsen	Tertial
	 Intern finansiell risk – felaktigt handläggning <i>Kontroll att handkassar, betalkort och klienternas egna medel hanteras korrekt och att korrekta underlag finns. Kontroll för att eliminera risker för bedrägeri.</i>	12	Inventering pågår, återrapporteras april	Anders Paulsen	Tertial
Efterlevnad av externa och interna regelverk Intern kontroll	 Risk att kund lider skada då kvalitetsarbetet inte fungerar som avsett. <i>Fungerar kvalitetsarbetet som avsett? Används föreskrifter och ledningssystem? Rapporteras avvikelser enligt bestämmelser och beslut? Etc.</i>	16	Inventering pågår, återrapporteras april	Martin Wagner	Tertial
Effektiv och ändamålsenlig verksamhet Intern kontroll, Verksamhetsplan	 Risk att sektorn ej har beredskap klara av extraordinära händelser <i>Finns ändamålsenligt beredskap för t ex pandemi, väderfenomen och långvarigt elbortfall?</i>	15	Inventering pågår, återrapporteras april	Martin Wagner	Tertial
	 Risk att personal-/kompetensförsörjningen inte tillgodoser organisationens behov <i>Tillgodoses organisationens behov gällande personalförsörjning och bemanning? Finns risk att yrkesgrupper inte kan rekryteras för att matcha verksamhetens krav och behov? Kan avse både kortsiktiga och långsiktiga behov.</i>	20	Inventering pågår, återrapporteras april	Martin Wagner	Tertial

Riskmatris – 2022 (Omvårdnadsnämnd)



5 Kritisk 10 Medium 7 Låg Totalt: 22

Kritisk
Medium
Låg

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket stor	Mycket stor
4	Stor	Stor
3	Medelstor	Medelstor
2	Låg	Liten
1	Mycket låg	Försumbar

Risk- eller Målsområde	Risker	Risk nr	Bedömning av befintliga kontroller	Sannolikhet	Konsekvens	Riskenivå	Till internkontrollplan
Finansiell rapportering	 Felaktig hantering av klienters egna medel	1	Måttligt effektiv	2. Låg	4. Stor	8	Nej
	 Felaktiga betalda fakturor vid externt köp av verksamhet	2	Måttligt effektiv	2. Låg	4. Stor	8	Nej
	 Bristande avtalstrohet	3	Inte effektiv	3. Medelst	3. Medelst	9	Nej
	 Felaktigautbetalningar från Treserva och Agresso	4	Måttligt effektiv	1. Mycket låg	4. Stor	4	Nej
	 Ofullständig inkassohantering	5	Måttligt effektiv	2. Låg	2. Liten	4	Nej
	 Fakturahantering	6	Måttligt effektiv	2. Låg	3. Medelst	6	Nej
	 Extern finansiell risk – felaktiga utbetalningar	7	Måttligt effektiv	3. Medelst	4. Stor	12	Ja
	 Intern finansiell risk – felaktigt handläggning	8	Måttligt effektiv	3. Medelst	4. Stor	12	Ja
Efterlevnad av externa och interna regelverk	 Uppföljning privata utförare	9	Måttligt effektiv	3. Medelst	3. Medelst	9	Nej
	 Bristande internkontrollorganisation.	10	Mycket effektiv	3. Medelst	2. Liten	6	Nej
	 Kontroll av efterlevnad av regler, policyer och beslut	11	Inte effektiv	3. Medelst	2. Liten	6	Nej
	 Anmälning enligt Lex Maria eller Lex Sarah fungerar ej	12	Måttligt effektiv	2. Låg	4. Stor	8	Nej
	 Risk att kund lider skada då kvalitetsarbetet inte fungerar som avsett.	13	Måttligt effektiv	4. Stor	4. Stor	16	Ja
Effektiv och ändamålsenlig verksamhet	 För lång handläggningstid(inte "skyndsamt")	14	Mycket effektiv	2. Låg	3. Medelst	6	Nej
	 Ej fungerande kompetensförsörjning/Personalbrist inom vissa professioner	15	Måttligt effektiv	3. Medelst	3. Medelst	9	Nej
	 Pandemin innebär fortsatta störningar i verksamheten	16	Mycket effektiv	3. Medelst	3. Medelst	9	Nej
	 Brister i förmågan prioritera utvecklingsinsatser	17	Mycket effektiv	3. Medelst	2. Liten	6	Nej

Risk- eller Målnråde	Risker	Risk nr	Bedömning av befintliga kontroller	Sannolikhet	Konsekvens	Riskenivå	Till internkontrollplan
	 Brist i dokumentation vid övergångar inom vården	18	Inte effektiv a	3. Medelst or	3. Medelst or	9	Nej
	 Beredskapslager skyddutrustning	19	Mycket effektiv a	2. Låg	4. Stor	8	Nej
	 Behov av lokaler tillgodoses ej	20	Måttligt effektiv a	2. Låg	4. Stor	8	Nej
	 Risk att sektorn ej har beredskap klara av extraordinära händelser	21	Måttligt effektiv a	3. Medelst or	5. Mycket stor	15	Ja
	 Risk att personal-/kompetensförsörjningen inte tillgodoser organisationens behov	22	Måttligt effektiv a	4. Stor	5. Mycket stor	20	Ja

Beslutsärende: Diamantpriset

17

22ON37



Missiv

2022-02-04

Diarienummer: 22ON37

Handläggare:

Magnus Höijer
026-17 80 00
magnus.hojjer@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Diamantpriset

Förslag till beslut

Att Diamantpriset avvecklas i nuvarande form,

Att Sektorchef får i uppdrag att ta fram ett förslag till nytt pris, samt

Att Omvårdnadsnämnden utser två representanter som tillsammans med representanter från övriga välfärdsnämnder bildar en politisk referensgrupp (max sex deltagare totalt) i arbetet med att ta fram ett förslag till nytt pris.

Bakgrund

Diamantpriset delas ut av Omvårdnadsnämnden och syftar till att uppmuntra goda insatser inom Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämndens, Socialnämndens och Omvårdnadsnämndens ansvarsområde.

Under pandemin har Diamantpriset i praktiken varit pausat, eftersom det varit ett stort fokus på att lösa kärnuppdragen. Ett viktigt skäl har också varit att den prissumma som delas ut ska användas till kompetensutveckling och trevlig samvaro för vinnande arbetsplats eller arbetsgrupp, något som bedömts varit mycket begränsat att genomföra under pandemin som en följd av återkommande restriktioner.

Sektorchef har lovat återkomma om förslag på fortsättning av Diamantpriset då pandemin klingar av.

Nuläge

För Valfärd Gävle finns i nuläget fyra priser som kan gå till en arbetsplats eller chef inom Valfärd Gävle (som en del av Gävle kommun):

- Årets chef i Gävle kommun, som utses av kommundirektör.
- Årets arbetsplats i Gävle kommun, som utses av kommundirektör.
- Anita-stipendiet, som delas ut av Club Valfärd (personalförening): "till en arbetsgrupp som har gjort något speciellt i trivselåtgärder som lett till att arbetsmiljön förbättrats under året."

Det finns därmed relativt många priser till arbetsplatser som årligen kan delas ut. Utifrån det finns en risk för att det blir svårt att få fram goda nomineringar och att prisen aningen förfelar sina syften, dvs att lyfta fram och/eller belöna det som anses vara särskilt bra och gott.

Men det finns sannolikt ett värde att visa uppskattning för arbetsgrupper, arbetsplatser eller enheter för särskilda insatser eller områden som nämnd eller verksamhet särskilt vill framhåller eller belöna.

Exempelvis skulle ett pris kunna riktas mot ett särskilt område som de övriga priserna inte tydligt fångar, och/eller något som Valfärdsnämnderna vill stimulera. Det skulle kunna handla om förbättringar eller utveckling som särskilt tydligt kommer kunder till nytta, då nuvarande priser har visst fokus på arbetsplatsen och dess ledar- och medarbetarskap.

En annan variant är att särskilt försöka belöna och stimulera innovation eller nytänkande.

Detta behöver dock utredas ytterligare för att säkerställa att ett framtida pris har ett tydligt syfte och därmed kan stimulera och uppmuntra det som priset syftar till.

Magnus Höijer

Sektorchef

Sektor Valfärd

Informationsärende:
Kvalitetsgranskning på vård-
och omsorgsboende,
Forellplan

19

22ON40

Kvalitetsgranskning på vård- och omsorgsboende, Forellplan

Planering, analys och utvärdering
Kvalitetsteamet

Johanna Storing
Carin Thunman
Maria Thuman
Helena B Jansson

Februari 2022
Dnr 22ON40

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund.....	5
Syfte.....	5
Metod	6
Resultat.....	7
Ledarskap och organisation	7
Kvalitetsarbete.....	8
Avvikelser och klagomål.....	9
Samarbete i teamet	12
Kontaktmannaskap	13
Hälso- och sjukvård	14
Dokumentation.....	19
Värdegrund	22
Kontinuitet.....	22
Personal och kompetens	23
Socialstyrelsens brukarenkät	24
Sammanfattande reflektion.....	25

Bilaga 1 Åtgärdsprotokoll för vård- och omsorgsboendet Forellplan

Sammanfattning

Kvalitetsteamets medarbetare har via enkätsvar, intervjuer och analys av olika underlag sett en fungerande verksamhet på vård- och omsorgsboendet som i flera delar påverkats av pandemin. Boendeenheten har ägnat all tid åt att ordna personal, begränsa smittspridning, ta hand om Covid-patienter och få vardagen att fungera runt alla kunder. Det förebyggande arbetet med individuella riskbedömningar och läkemedelsgenomgångar har prioriterats ner. Boendeenheten arbetar aktivt systematiskt med BPSD¹-metoden runt kunder med demens.

Det råder oklara roller och ansvar i organisationen på ledningsnivå avseende kvalitetsarbete och det lagstadgade HSL-ansvar verksamhetschef har. Organiseringen med flera ansvariga chefer för tre olika uppdrag såsom verksamheten på boendeenheten, HSL-ansvaret och personalansvaret för hälso- och sjukvårdspersonal är komplex. Omvårdnadspersonal bidrar med sin kompetens och engagemang vilket bidrar till att det dagliga arbetet fungerar bra närmast kunderna. Kravet på formell utbildning hos omvårdnadspersonalen uppfylls då 80,41% har undersköterskeutbildning.

Granskningen av dokumentationen i avvikelshanteringen visar på brister, även om åtgärder efter avvikelser hanteras i praktiken. Verksamheten använder inte avvikelsemodulens möjlighet att ta ut statistik och analysera underlaget. Systematiska kvalitetsarbetet inom boendeenheten och verksamhetsområdet brister.

Alla kunder har aktuella och beskrivande genomförandeplaner. Genomförandeplaner och detaljerade instruktioner i TES bidrar till hög omsorgskontinuitet. Kontaktmannaskapet, schemaläggning av personal liksom överanställda undersköterskor och sjuksköterskor under pandemin ger hög personalkontinuitet.

Omvårdnadspersonal dokumenterar hälso- och sjukvårdsinsatser i vårdplaner, sociala händelser i genomförandeplaner och social utförarjournal samt tillfällig information i TES. Den lagstyrda dokumentationen i utförarjournalen brister och ger inte en kronologisk bild av händelser. Intervjuerna ger bilden av att dokumentationen fungerar bra i stora delar, men det är lite oklarheter kring vilka krav som ställs. Det saknas en del uppgifter i medicinska dokumentationen t ex fast vårdkontakt och patientansvarig läkare. Flera viktiga medicinska rutiner följs inte i alla delar, t ex riskbedömningar, narkotikaläkemedel, vårdrelaterade infektioner och egenvård. Det finns många inaktuella vårdplaner samt ibland onödiga dubletter och i vissa fall saknas vårdplan helt. Omvårdnadspersonalen har svårt att alltid skriva utförda åtgärder i rätt vårdplan. Bedömningen är att det saknas förutsättningar för hälso- och sjukvården att ge den enskilde en god och säker vård.

Det framkommer brister i samverkan på övergripande nivå. Det saknas styrning i vad som tas upp i olika möten. Det förebyggande arbetet i både verksamhetsfrågor på olika nivåer samt i arbetet runt kund/patient brister. Strukturen och innehåll vid olika möten, avstämningar samt vid rond, teamträff och uppdatering av genomförandeplan bör kunna samordnas på ett effektivare sätt.

Samtal om bemötande och värdegrund sker och medarbetare utgår från kundens behov och önskemål.

Runt flera brister ovan bedömer granskarna att Valfärd Gävle även bör stödja med mer övergripande åtgärder.

¹ Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens, metoden bygger på att kartlägga individens reaktioner och aktiviteter och efter det planera och genomföra åtgärder i arbetssätt för att förebygga oönskade symtom.

Nr	Område	Bedömning	Kommentar
1	Ledarskap och organisation	Ej uppfyllt	Otydlig uppföljning av kvalitet på möten och mellan chefsnivåer. Otydliga roller och ansvar på chefsnivåer hur socialt och medicinskt ska synkas.
2	Kvalitetsarbete	Delvis uppfyllt	Följsamhet till rutiner och egenkontroll har brister. Systematiskt förbättringsarbetet saknas och dokumenteras ej.
3	Avvikelser och klagomål	Delvis uppfyllt	Avvikelsehanteringen och dess dokumentation brister. Analys på aggregerad nivå saknas.
4	Samarbete i teamet	Delvis uppfyllt	Fungerar i praktiken runt kund/patient även om övergripande struktur i samverkan och förebyggande arbete saknas.
5	Kontaktsmannaskap	Uppfylls	Finns organisation och ett tydligt uppdrag.
6	Hälso- och sjukvård		
	<i>Riskbedömningar</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Görs inte regelbundet och följs inte upp.
	<i>Läkemedelshantering</i>	<i>Uppfylls</i>	Fungerar bra
	<i>Delegeringar</i>	<i>Uppfylls</i>	Fungerar bra
	<i>Egenvård (ej HSL)</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Oklarheter råder.
	<i>Narkotikaläkemedel</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Kontrollräkning har ej skett, läkemedel saknas.
	<i>Basala hygienrutiner</i>	<i>Uppfylls</i>	Fungerar bra, tack vare stöd under pandemin.
	<i>Vårdrelaterad infektion</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Dokumenteras och följs ej.
	<i>Rehabilitering</i>	<i>Delvis uppfyllt</i>	Vardagsrehabilitering prioriteras bort vid tidsbrist
	<i>Hjälpmiddelshantering</i>	<i>Delvis uppfyllt</i>	Skötsel och kontroll brister.
	<i>Medicintekniska produkter</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Skötsel och kontroll brister.
	<i>Inkontinenshjälpmedel</i>	<i>Uppfyllt</i>	Fungerar bra
	<i>Skyddsåtgärder</i>	<i>Delvis uppfyllt</i>	Dokumenteras inte alltid med överväganden.
	<i>Måltider (ej HSL)</i>	<i>Uppfyllt</i>	Fungerar bra
	<i>Munhälsa</i>	<i>Delvis uppfyllt</i>	Bedömningar sker inte enligt krav.
	<i>Nutrition</i>	<i>Uppfyllt</i>	Fungerar bra
	<i>Suicid</i>	<i>Delvis uppfyllt</i>	Rapportering till MAS brister.
	<i>Vård i livets slutskede</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Riskbedömning, brytpunktssamtal och vårdplaner brister.
	<i>Kvalitetsregister</i>	<i>Ej uppfyllt</i>	Används ej på aggregerade nivå.
7	Dokumentation	Delvis uppfyllt	Utförarjournaler, medicinska journaler och övrig medicinsk dokumentation har brister.
8	Värdegrund	Uppfyllt	Kunder får bra bemötande. Man utgår från den enskildes behov och önskan.
9	Kontinuitet	Uppfylls	Fungerande planering och arbetssätt ger personalkontinuitet och omsorgskontinuitet
10	Personal	Uppfylls	Krav på 80 % med undersköterskeutbildning uppfylls. Personal upplever generellt sett att de får nödvändig fortbildning och handledning.

Bedömningsmallens princip för respektive rubrik följer en färgskala:

Grönt Finns både muntligt och skriftligt, alternativt uppfylls till 100%

Gult Finns muntligt eller skriftligt, alternativt finns vissa brister eller förbättringsarbete är påbörjat

Rött Finns varken muntligt eller skriftligt, alternativt finns stora brister

Bakgrund

Kvalitetsteamet har uppdrag att genomföra uppföljningar av verksamhet i egen regi, på samma sätt som sker med avtalsuppföljningar av verksamheter i extern regi. Mot bakgrund av några allvarliga avvikelser och massmedial uppmärksamhet under senare år har Forellplan valts ut för kvalitetsgranskning.

Vård- och omsorgsboendet består av två femvåningshus som sitter ihop via en loftgång. Totalt finns 12 mindre enheter (avdelningar) med totalt 124 lägenheter, varav 4 lägenheter är ämnade för parboende och två är så kallade resursplatser. Resursplatserna har under perioden använts av tre kunder 44 dygn totalt. 60 platser är ämnade för demensinriktning och resten somatisk inriktning. Omsättningen av kunder är ca 30 % (41 avlidna) under perioden är jämförbart med tidigare år samt även andra likvärdiga boendeenheter.

Hus 1	Hus 3
Avd 3 soma	Avd 2 A och 2 B Demens
Avd 4 soma	Avd 3 A och 3 B Soma
Avd 5 soma	Avd 4 A och 4 B Demens
Avd 6 soma	Avd 5 A och 5 B Demens

Det är tre enhetschefer som har verksamhets-, personal- och budgetansvar för en tredjedel av boendeenheten, med lite olika uppdelning av specifika uppgifter.

Verksamhetschefen har personalansvar för enhetschefer på fyra boendeenheter och ett hemtjänstområde samt har lagstiftat hälso- och sjukvårdsansvar som innebär att säkerställa att HSL-verksamheten fungerar.

Enhetscheferna som har personalansvar för sjuksköterskor respektive arbetsterapeut och sjukgymnast är relativt nya och tillhör en annan verksamhet i organisationen. De sex omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna på boendeenheten är stationerade där och har ansvar för ca 20 patienter på två avdelningar var. Arbetsterapeuten har sitt kontor inom hemsjukvården och ansvarar för fler patienter, men besöker sina patienter på boendeenheten regelbundet och vid påkallat behov. Sjukgymnasten har sitt kontor på boendeenheten och har inga fler patienter utanför boendeenheten.

Syfte

Kvalitetsgranskningen ska granska kvalitet i arbetet med den enskilde och omfattar tre delar;

- struktur (*finns rutiner och liknande*), vilket framgår av enkäten och intervjuer
- process (*följs rutiner och liknande*), vilket framgår av intervjuer, avstämning med samverkansparter samt i underlag såsom avvikelshanteringen m.m. samt i dokumentationsgranskning
- resultat (*kunds och närståendes uppfattning*), används till viss del att spegla utfallet.

Kvalitetsgranskningen ska ge en beskrivning av hur verksamheten fungerar i valda delar samt vid behov ge underlag för förbättringsarbete i verksamheten.

Metod

Sedan 1999 har Omvårdnad Gävle genomfört revisioner i verksamheter enligt en strukturerad metod. Denna kvalitetsgranskning är utförd av utredare Helena B Jansson, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) Johanna Storing, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Carin Thunman och socialt ansvarig samordnare (SAS) Maria Thuman i samarbete med nutritionsansvarig dietist (NAD) Linnea Skytt.

Granskningsperioden omfattar september 2020 till och med augusti 2021.

En enkät skickades till verksamheten med 63 frågeområden som utgick från kundnära styrande krav på olika områden. Intervjuer har skett med representanter för omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, ansvariga enhetschefer samt verksamhetschef. Intervjuerna har bestått av följdfrågor utifrån enkätsvaret, anpassade utifrån intervjuad profession.

En dokumentationsgranskning av 20 % slumpmässigt utvalda akter har granskats med hjälp av granskningsmallar utifrån krav i rutiner för social respektive medicinsk dokumentation, totalt 24 akter. Den sociala dokumentationen består av utförarjournal och genomförandeplan. Den medicinska dokumentationen består av en medicinsk omvårdnadsjournal (patientjournal) och vårdplaner (inklusive behandlings- och träningsprogram). Hanteringen av 10% av registrerade sociala och medicinska avvikelser i avvikelsemodulen i Treserva har granskats, totalt 20 stycken. Inkomna klagomål, Lex Sarah och Lex Maria-ärenden under perioden har granskats.

Ett utkast av granskningsrapport med granskarnas bedömning och krav på åtgärder har skickats till verksamheten för korrigering av sakfel. Omvårdnadsnämnden har delgivits rapporten som informationspunkt.

I rapporten redovisas under respektive rubrik först styrande skallkrav, bedömningsmall och därefter resultatet efter enkäten, intervjuerna och/eller granskningar av hur strukturer och processer fungerar. Bedömningens grönmarkering är godkänt och kräver inte åtgärder, gult och rött kräver åtgärder. Verksamheten presenterar sina åtgärder i bifogat åtgärdsprotokoll. Åtgärder runt brister med röd bedömning ska dessutom återspeglas i en lägesrapport till nämnden inom 6 månader.

Avslutningsvis lyfter granskarna egna reflektioner kring sådant som inte ingick i granskningen, men som framkom under kvalitetsgranskningen.

Resultat

Ledarskap och organisation

Krav

Enhetschefer är ansvariga för personal, verksamhet och ekonomi. Verksamhetschef är personalansvarig för enhetschefer och det medicinska hälso- och sjukvårdsansvaret samt har kontorschef som chef.

4 kap 2 § i hälso- och sjukvårdslagen beskrivs av Socialstyrelsen:

” Alla verksamheter i hälso- och sjukvården ska ha en verksamhetschef. Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Det är vårdgivaren som bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som verksamhetschefen ska ha. Vissa arbetsuppgifter måste dock alltid ingå i verksamhetschefens ansvarsområde. Det är till exempel att ansvara för rutiner för delegering. Verksamhetschefen ska också alltid ha det övergripande ansvaret för verksamheten. Verksamhetschefen behöver inte ha medicinsk kompetens. Men utan den kompetensen får hen inte bestämma över vård och behandling av patienter. ”

Enhetschef

Enhetschefer ansvarar för arbetet med kunder, kvalitet, medarbetarperspektiv/arbetsmiljö, ekonomiska ramar, lagstiftning och ledningssystemet. De planerar med perspektiv på ett år.

Respektive enhetschef har arbetsplatsträff var fjärde vecka, dock ett flertal inställda på grund av pandemin.

Respektive enhetschef har teamträffar var sjätte vecka. I början av pandemin ställdes flera in på grund av personalförändringar samt för att minimera fysiska kontakter. Senare kom digitala teamträffar igång via Teams.

Enhetscheferna har morgonavstämning varje fredag med sjuksköterskor och deras enhetschef samt boendeenhetsens samordnare och numera även sjukgymnast.

På boendeenheten har utvecklingsmöten kring demens, inkontinensombudsmöte, kostmöten, möten med verksamhetens tre TES-planerare samt möten med facklig företrädare skett. Därutöver hålls avstämningsmöten vid behov med sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast, enhetschefer och samordnare.

Verksamhetschef

Verksamhetschef har övergripande verksamhetsansvar för kund, personal och ekonomi samt HSL-verksamhet och arbetar strategiskt med fokus på 1–2 år framåt. Verksamhetschef HSL har inte hälso- och sjukvårdskompetens och upplever därför det svårt att hantera detta ansvar.

Verksamhetschefen har daglig kontakt med enhetscheferna.

Verksamhetschef har avstämning med ekonom och de tre enhetscheferna en gång per månad då ekonomiska resultatet kopplas ihop med kvalitet genom att man överväger hur bemanningen påverkar verksamheten.

Verksamhetschefen har individuella månatliga avstämningsmöten runt respektive enhetschefer förbättringsarbete.

Kvalitetsmöte på Forellplan en gång per månad då verksamhetschef, tre enhetschefer, sjuksköterskor och deras enhetschef samt numera även enhetschef för Rehabiliteringen är med. Man lyfter avvikelser och klagomål och annat för Forellplans bästa, inga minnesanteckningar skrivs.

Ledningsgrupp för alla enhetschefer inom vård- och omsorgsboende hålls var 4:e vecka. Det finns dagordning och minnesanteckning skrivs. Man arbetar med gemensamma förbättringsarbeten.

Avstämningsmöte med verksamhetschefer och alla enhetschefer på våbo en gång/vecka. Mötet syftar till att cheferna får ställa angelägna frågor, vilket handlat mycket om Covid 19-rutiner.

APT med samtliga enhetschefer inom verksamhetsområdet hålls var 4:e vecka.

Ledningsgruppen inom kontoret med kontorschef och de fyra verksamhetscheferna ses varannan vecka.

Ledningsgrupp HSL kontor boende hålls en gång/månad med verksamhetscheferna inom kontoret tillsammans med enhetschefer för sjuksköterskor. Agenda finns och minnesanteckningar skrivs.

Verksamhetsmöte kontor boende 4 gånger per år, deltar gör samtliga enhetschefer på kontoret. Mötet leds av ledningsgruppen för kontor Boende. Syftet är att jobba med kvalitetsfrågor utifrån fokusområden och mål.

Verksamhetsplanering

Årliga verksamhetsplaneringen på boendeenheten har på grund av pandemin inte skett under perioden. På verksamhetsplanering med alla enhetschefer inom vård- och omsorgsboende i april 2021 behandlades Välfärds mål och kontorets fokusområden. Enhetscheferna tog fram aktiviteter till målen och fokusområden och sedan prioriterade verksamhetscheferna vilka aktiviteter som skall jobbas med under året. Arbetsgrupper har tagits fram för respektive utvecklingsområde. Uppföljning sker löpande på ledningsgruppen inom kontoret.

Bedömning (rött)

Det saknas struktur i de olika möten som sker på boendeenheten och uppåt till verksamhets- och kontorsledning. Samarbetet mellan den sociala och den medicinska ledningen brister då man har olika organisatoriska tillhörigheter. Det lagstadgade verksamhetschefsansvaret för hälso- och sjukvården brister.

Kommentar: Inom sektorn behöver en ansvarsbeskrivning för olika chefsnivåer tas fram. Organisationen för hälso- och sjukvården inom sektorn ses över, där ingår då översyn av verksamhetschefsansvar HSL.

Kvalitetsarbete

Krav

Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 ställer krav på att säkerställa processer och egenkontroll. De styrande rutiner som berör kundarbetet återfinns i Välfärd Gävles ledningssystem. Verksamheten ansvarar för upprättande av egna rutiner för att uppfylla styrande dokument såsom lagar, kommunens styrdokument samt sektorns uppdragsbeskrivning och rutiner.

Bedömningsmall

Grönt: Rutiner finns, är kända och ger fungerande processer. Det sker en regelbunden uppföljning på flera områden och det finns ett systematiskt förbättringsarbete som utgår från kvalitetsbrister.

Gult: Rutinerna är kända, men en eller flera viktiga rutiner fungerar inte. Det sker viss uppföljning i form av egenkontroll. Det finns planerade eller vidtagna åtgärder.

Rött: Känner inte till en eller flera av rutinerna. Det sker ingen egenkontroll.

Styrdokument

Rutiner aktualiseras på arbetsplatsträffar (APT), muntligt, via mejl och utskrifter av både chefer och legitimerad personal. Verksamheten har inga konkreta verktyg för att mäta att medarbetare arbetar efter rutinerna men en del följs upp vid medarbetarsamtal, vid behov eller på APT. Verksamhetschef visar ledningssystemet för nya enhetschefer. Enhetschefer tar eget ansvar för att hålla sig uppdaterad och har berättat om ledningssystemet på APT så medarbetare vet var de kan leta rutiner. Ny omvårdnadspersonal och vikarier får inte introduktion i ledningssystemet, men en arbetsgrupp på verksamhetsnivå tar nu fram material för det. Man jobbar med tillitsbaserat ledarskap och enhetschefer förutsätts följa gällande rutiner. I och med en händelseanalys ser man vilka rutiner som behöver repeteras i olika forum.

Förbättringsarbete

Boendeenheten beskriver att de arbetar med förbättringar på arbetsplatsträffar, ombudsmöten och kvalitetsmöte. På dessa möten sker ingen övergripande analys utan det är aktuella frågor som tas upp. De intervjuade ger en bild av möten utan struktur och minnesanteckningar.

Respektive enhetschef har en handlingsplan för sina förbättringsarbeten som avser systematiskt arbetsmiljöarbete. På verksamhetsnivå finns aktiviteter efter verksamhetsplaneringen, där enhetscheferna ingår i arbetsgrupper inom olika förbättringsområden.

Enhetscheferna använder inte sammanställningar ur avvikelsemodul, Power BI eller kvalitetsregister för analyser på aggregerad nivå. De uttrycker att de inte kan detta och har många verksamhetssystem att hantera.

Risikanalys på verksamhetsnivå

I början av pandemin genomfördes en riskanalys på alla enheter med fokus på att begränsa smittspridning och säkra personaltillgång. Sektorn, kontoret eller verksamheten har inte gjort riskanalys kring det som kunde behöva prioriteras bort i kund- och patientarbetet.

Inför sommarperioden gjordes en riskanalys kring behov av bemanning. Arbetet säkerställs då enligt tidigare överenskommelsen genom att 50% av ordinarie personal är i tjänst. Prioriteringsordning finns för arbetet där omvårdnadsarbetet går före serviceinsatser och akuta medicinska insatser görs före förebyggande insatser.

Egenkontroll

Övergripande egenkontroll av följsamhet till rutiner har tidigare genomförts då det kommit uppdrag från centralt håll. Nu tar verksamheten fram ett eget övergripande egenkontrollsförmulär.

Uppföljning av introduktion av ny personal, nattfaste-mätning, livsmedelshygienkontroll, följsamhet till basala hygienrutiner, läkemedelsleveranser och viss kontroll av narkotikaläkemedel har skett.

Bedömning (gult)

Det finns inget dokumenterat systematiskt förbättringsarbete där man fångar upp olika parametrar, analyserar och vidtar åtgärder. Det sker åtgärder vid enstaka avvikelser och det finns åtgärder i ett förbättringsprogram. Riskanalys på organisatorisk nivå har genomförts runt smittspridning och personalbrist i början av pandemin samt inför sommarperioden.

Egenkontroll av enstaka parametrar sker.

Allt detta arbete behöver systematiseras för att fånga upp brister och sätta in åtgärder på aggregerad nivå.

Kommentar: Stöd i systematiskt förbättringsarbete behöver även struktureras på sektornivå.

Avvikelser och klagomål

Krav

I Treservas avvikelsemodul ska både sociala och medicinska avvikelser dokumenteras, rubriceras, åtgärdas och slutföras enligt styrande rutin för avvikelshantering. Avvikelser i sociala omvårdnadsarbetet registreras med rubriker inom sociala området och avvikelser i medicinska sjukvårdsarbetet med rubriker inom medicinska området.

Bedömningsmall

Grönt: Avvikelser dokumenteras med rätt rubrik, utredning sker och åtgärder samt att den slutförs då den hanterats klart. Det finns inget underlag (klagomål, dokumenterad händelse) som visar missad registrering.

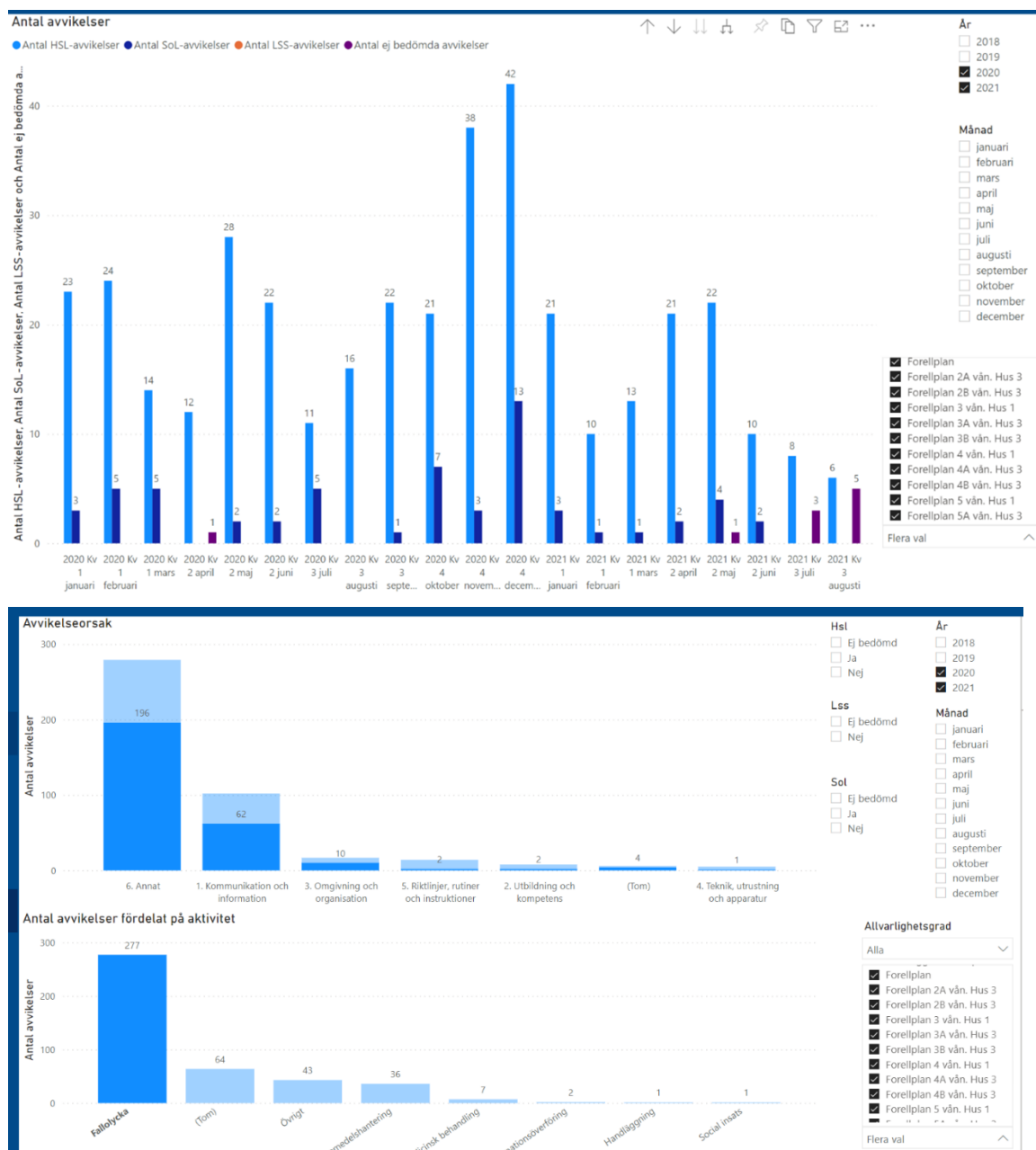
Gult: Mer än hälften av avvikelser är korrekt registrerade. Alternativt, planerade eller vidtagna åtgärder finns.

Rött: Mindre än hälften av avvikelserna är korrekt registrerade.

Avvikelsehantering

Personalen registrerar avvikelser. Enhetschefen går igenom alla avvikelser och involverar de professioner som berörs, inklusive anhöriga. Enhetscheferna uppger att det är sjuksköterskor som gör bedömningarna av allvarlighetsgrad och sannolikhet. Verksamhetschefen läser alla avvikelser. Rehab-personalen delges enligt enhetschefen bara de mest allvarliga fall-avvikelseerna som berör dem. Rehab-personalen tar emot ett fåtal avvikelser. Sjuksköterskorna sätter bedömning på fallavvikelser. Enligt flera intervjuade saknas forum där man systematiskt arbetar med avvikelser och analyserar dem på aggregerad nivå.

Enhetschefen framför att det är svårt att jobba i modulen, de ser behov av att förbättra återkoppling till berörda. De har inte följt PowerBI eller tagit ut statistik direkt ur modulen. Diagram ur PowerBI visar nedan antal avvikelser/åtgärder per månad, avvikelseorsaker och aktivitet då avvikelserna skedde:



Granskning av avvikelser

Granskningen av slumpmässigt utvalda 20 avvikelser fördelar sig på 18 fall och 2 läkemedelsavvikelser. Trots att de flesta granskade avvikelser är fallolyckor syns endast i enstaka avvikelser att arbetsterapeut/sjukgymnast blivit del i utredningarna. De granskade fallavvikelseerna saknar alla hänvisning till genomförd eller planerad fallriskbedömning. Noteras även att i flera avvikelser kunde det ta upp till sex månader mellan händelsedatum och uppföljning/slutförd, i fyra fall hade patienten avlidit innan uppföljning. Brister finns i utredningsarbetet, att hitta åtgärder och i att slutmarkera avvikelser i rimlig tid. I Power BI ser man att ca 15% av avvikelser registreras inte med rätt kategori utan visas som "Tom" i modulen.

Granskning av klagomål

Boendeenhetens sammanställning av fyra klagomål under perioden:

Sept 2020; Dåligt bemötande, språkbrister hos personal. Utrett enligt Lex Sarah. Avslutat.

Jan 2021; Utbildad personal, kund fick sepsis efter kateterbyte. Utrett enligt Lex Maria, skickat till IVO, pågår.

Febr 2021; Anhöriga fick inte information att kund blivit sämre, får samtal att kund avlidit. Utrett och besvarat.

Juli 2021; Anhörig undrar om blåmärke på hand kan tyda på vanvård. Utrett, fått blåmärke efter provtagning.

4 klagomål finns registrerade i diariet. Två av ovanstående klagomål är inte diarietförda. I stället finns två andra diarietförda, en som rör samma kund som ovan framfört dåligt bemötande och språkbrister hos personal och en som rör hanteringen runt ett dödsbo. Två av sex inkomna klagomål är inte registrerade som avslutade, varav ett av dem är äldre än 6 månader.

Även en avvikelse (klagomål) från Region Gävleborg har även inkommit via diariet och rör kund som inkommit med dålig kött hygien till sjukhus, saknar registrerat svar.

Lex Sarah

Det har under perioden utretts fem lex Sarah-rapporter, ingen har gått vidare som anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). En händelse berörde stöld av guldarmband, medan övriga händelser har varit olyckliga incidenter där man inte hittat missförhållande eller systemfel.

Lex Maria

Det har under perioden anmälts en händelse enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) där utredning på pågår. Gävle kommun påbörjade en händelseanalys sedan en kund lämnade klagomål efter sin sjukhusvistelse p g a sepsis efter kateterbyte.

Bedömning (gult)

Mer än hälften av alla avvikelser är registrerade i alla delar av processen, även om kvaliteten i hanteringen brister. Avvikelser utreds inte alltid med berörda parter och har inte alltid identifierat bakomliggande orsak och vidtagit adekvata åtgärder. Alla klagomål är inte besvarade i rimlig tid. Varken boendeenheten eller verksamheten analyserar avvikelser eller klagomål på aggregerad nivå. Detta innebär att systematik saknas. Verksamhetschef HSL säkerställer idag inte hanteringen av medicinska avvikelser.

Kommentar: Sektorövergripande rutinen är nyligen förtydligad, vilket kommer ge verksamheten möjlighet att arbeta mer systematiskt med avvikelser på aggregerad nivå.

Samarbete i teamet

Krav

Lagstiftningen och rutiner för dokumentation och genomförandeplan samt informationsöverföring förutsätter ett samarbete mellan medicinsk personal och omvårdnadspersonal. Samverkan via teamträffar med förebyggande arbete och uppföljningar runt varje enskild kund var 4:e vecka. Omvårdnadspersonalen har behörighet att läsa anteckningar i patientjournal om det finns en insats fördelad/delegerad till omvårdnadspersonal att utföra. De kan då läsa de flesta anteckningar som görs i patientjournalen. Omvårdnadspersonal ska dokumentera en utförd delegerad behandling i aktuella vårdplaner. Legitimerad personal ska ta del av dokumentation och överrapportering vid varje arbetspass. Vid akuta händelser ska omvårdnadspersonalen även ta muntlig kontakt med berörd person.

All personal ska rapportera händelser och påminnelser mellan sig. All personal ska inför varje arbetspass ta del av det väsentliga som hänt sedan senaste arbetspasset via Treserva.

Bedömningsmall

Grönt: Finns fungerande struktur för samverkan och den fungerar.

Gult: Det finns en struktur för samverkan, men den brister i vissa delar.

Rött: Finns varken muntlig eller skriftlig struktur som fungerar.

Informationsöverföring inom teamet

Omvårdnadspersonalen får inför sitt arbetspass en utskrift ur TES-planeringsverktyg med sitt dagsschema som innehåller vilka arbetsuppgifter dagen innehåller och vilka tider de ska utföras. I arbete med kund står även hur något ska utföras. Omvårdnadspersonal uppdaterar planeraren om förändringar utifrån genomförandeplaner och vårdplaner så att justering kan ske i TES, där även tillfälliga händelser såsom tandläkarbesök skrivs in. Legitimerad personal upplever att de behöver säkerställa med planerare att omvårdnadspersonalen lämnat vidare uppgifter från vårdplaner till TES-planeringen.

Omvårdnadspersonal läser i början av arbetspasset i Treserva om uppdateringar skett i genomförandeplaner eller utförarjournal sedan senast de arbetade och söker då även efter nya vårdplaner. Legitimerad personal får höra av omvårdnadspersonal att de inte alltid läser och söker vid arbetspassens början på grund av tidsbrist. Muntlig överrapportering i 15 minuter sker vid skiftbytet morgon och kväll mellan omvårdnadspersonalen. Legitimerad personal upplever att informationsöverföringen inte alltid fungerar på ett säkert sätt, då den sker muntligt. Sjuksköterskorna besöker oftast sina avdelningar varje dag, arbetsterapeut och sjukgymnast gör det mer sällan. Utöver muntlig kommunikation sker både telefonsamtal och meddelande i Treserva samt via mejl till funktionsbrevlåda, utan att där ange sekretessuppgifter.

Det är generellt sätt lätt att nå varandra inom teamet och man får oftast återkoppling snabbt.

Samarbete via vårdplaner

Legitimerade personalen upprättar och fördelar vårdplaner på de hälso- och sjukvårdsuppgifter som omvårdnadspersonalen har delegation på att utföra. De ska dokumentera i vårdplanen när de utfört uppgiften samt informera om händelser runt dessa. Ibland används i stället en signeringslista i papper för olika behandlingar, men är inte alltid tillförlitligt ifyllda. Sjuksköterskorna upplever att omvårdnadspersonal använder meddelandefunktionen i Treserva i stället för att kommunicera via vårdplanen, vilket ger sjuksköterskorna mer jobb runt dokumentation. Omvårdnadspersonalen framför att de ibland behöver använda meddelandefunktionen då det saknas vårdplaner.

Teamträff

Under så kallade teamträffar möts alla professioner som ingår i teamet. En omvårdnadspersonal representerar avdelningen på respektive teamträff. Representanten samlar underlag från sina kollegor både muntligt och via

en blankett i pärm på respektive avdelning. Under intervjuerna uttrycks önskemål om att all tjänstgörande omvårdnadspersonal bör vara med på teamträffen.

På teamträffen var 6:e vecka går teamet igenom avdelningens kunder. Det är mest hälso- och sjukvårdsfrågor som tas upp t ex hjälpmedel och förändringar i hälsotillstånd, med mycket fokus på det akuta. Efter teamträffen okumenterar omvårdnadspersonal i utförarjournal och legitimerade personal under rubriken "konsultationer" i medicinska journalen.

Samordnaren sköter uppdatering av sändlistor i Treserva. Ingen uppdaterar dock sändlistor i Outlook.

Läkarrond

Läkarrond ska ske tre gånger i veckan med tre ansvariga läkare från hälsocentral. Det är ofta strul med att få till fysiska ronder som under pandemin ofta blivit telefonronder. Under perioden har bara en läkare ansvarat för hela Forellplans boende. Det har ofta varit svårt att få rondtiden att räcka till. Sjuksköterskorna lyfter att läkaren borde arbeta digitalt under ronden såsom man gör på andra boendeenheter, vilket skulle effektivisera ronden, vilket de ska lyfta till respektive verksamhetschef. Rondtiden har nyligen flyttats från eftermiddag till förmiddagar så att sjuksköterskorna snabbare hinner åtgärda de ordinationer som läkaren givit.

Bedömning (gult)

Det finns god daglig kontakt mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal. Den muntliga överrapporteringen vid skiftbyte kan bidra till att man inte läser i Treserva vid arbetspassens början. Det är viktigt att klargöra vad som ska tas upp i muntliga överrapporteringen, så det inte rapporteras mer väsentliga saker än det som dokumenterats, annars kan nästa skift lätt missa den informationen.

Man beskriver att TES är mer vägledande än genomförandeplanen, trots att det är genomförandeplanen som ska ge grunden för hur man ger kunden stöd. Det är av vikt att kontrollera att beskrivning av stöd och arbetssätt finns i kundens genomförandeplan och inte bara i TES. Man behöver även säkerställa att medicinska uppgifter finns med i genomförandeplanen med hänvisning till detaljer i vårdplaner.

Teamträffar var 6:e vecka fungerar men saknar struktur, systematik och förebyggande arbete runt kunden då det mesta som tas upp rör aktuella och akuta saker. Det grundläggande förebyggande arbete som ska utföras av hela teamet genom riskbedömningar och åtgärder för att minimera risker utförs inte enligt rutin. En kund ska aktualiseras var 4:e vecka på teamträff. Kan man samordna teamträffar med läkarronderna och hitta systematik i arbetet?

Uppdatering av sändlistor i Outlook behöver säkerställas och på berörda enheter samt på olika nivåer.

Kontaktmannaskap

Krav

- Den enskilde ska ha en utsedd kontaktman hos utföraren. Kontaktmannen ska
- hålla sig uppdaterad kring kundens behov, situation och önskemål
 - ansvara, eller vara delaktig i, upprättande och uppföljning av genomförandeplanen
 - bevaka person-, utförande- och tidskontinuitet och agerar utifrån vad som är viktigt för kund
 - ingå i det tvärprofessionella teamet runt den enskilde (samverka med hälso-sjukvård m fl)

Bedömningsmall

Grönt: Fungerar enligt rutin för vad som ingår i kontaktmannaskapet och hur det ska förverkligas.

Gult: Det finns planerade eller vidtagna åtgärder för att få det att fungera enligt rutin.

Rött: Finns ej muntligt eller skriftligt.

Kontaktmannaskap

Alla kunder har en kontaktman men den finns inte registrerad i Treserva som referensperson, däremot framgår namnet i genomförandeplanen och i TES. En kontaktman utses runt varje kund inför inflyttning. Kontaktman tar alltid emot ny kund och ger information samt skriver genomförandeplanen, oftast med hjälp av främst kund och anhöriga. Kontaktman ansvarar för att bevaka hur kundens situation ser ut, värdesåpets nyckel, kontakt med anhöriga, bokning av färdtjänst och ibland för att hantera kundens pengar och vissa inköp. Medarbetare från en avdelning bekräftar att det finns en vice kontaktman som kompletterar vid frånvaro.

Bedömning (grönt)

Kontaktmannaskapet fungerar bra enligt rutin.

Hälso- och sjukvård

Krav

Följa lagstiftning och medicinska rutiner i Valfärd Gävles ledningssystem.

Bedömningsmall

Grönt: Rutinerna är kända och ger fungerande processer.

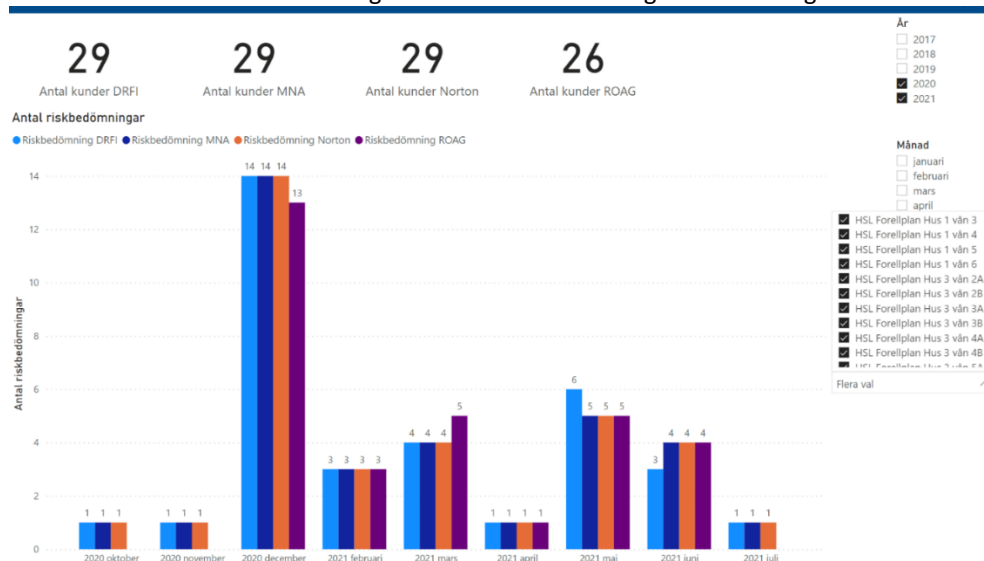
Gult: Rutinerna är kända, men en eller flera efterlevs inte. Det finns planerade eller vidtagna åtgärder.

Rött: Känner inte till flera av rutinerna och flera efterlevs inte.

Riskbedömning på individnivå (gult)

Individuella riskbedömningar görs av sjuksköterska i samverkan med övriga i teamet i samband med inflytt. Riskbedömningar två gånger per år har inte gjorts på alla patienter under pandemin, men det är skillnad beroende på vem som är ansvarig där vissa gjort det på alla sina patienter 2 ggr/år.

Riskbedömningarna för undernäring, fall, munhälsa och trycksår vilka finns registrerade runt 22 av 24 kunder, men endast totalt 29 stycken är gjorda under senaste året. Det borde varit ca 200 under ett år, med tanke på ett antal tomma platser under året, men ytterligare fler med tanke på de som tillkommer i och med omsättning av kunder. Det framkommer att sjuksköterskor dokumenterat riskbedömningar i patientjournal utan att registrera i "enstaka åtgärd", vilket innebär att det inte statistikförs. Att registrera "enstaka åtgärd" var nytt i rutinen för 2-3 år sedan. Planering finns för att åter kunna genomföra årliga riskbedömningar.



Delegering (grönt)

Medarbetarna genomgår en årlig e-utbildning "Jobba säkert med läkemedel" och "Ge insulin", och erhåller diplom. Diplomen sparas i delegeringspärm. Sjuksköterskan samtalar, går igenom läkemedelslista och handleder vid insulingivning och läkemedelsutdelning. Delegeringen signeras och gäller ett år i taget. Det finns specifik delegeringsmodul i Treserva. Det är personalens ansvar att ha koll när delegeringen går ut, men även Treserva och sjuksköterskorna påminner.

Läkemedelshantering (grönt)

Vidbehovs-läkemedel förvaras i låst medicinskåp på varje våning i dosetter märkta med läkemedels namn styrka, indikation och maxdos. Det finns även ett låst medicinrum på sjuksköterskeexpeditionen. Det finns en nyckel per avdelning som delegerad omvårdnadspersonal signerar när de tar över av kollega. Vid leverans av läkemedlen kontrolleras att det stämmer mot ordinationshandlingen. Utgångsdatum kontrolleras när tid finns, men har inte hunnits med under pandemiåret. Men varje gång man tar en ny förpackning kollas datum innan det lämnas ut. Det finns för närvarande många gamla läkemedel i patienters förrådslåda på sjuksköterskeexpeditionen. Aktuella läkemedelslistor finns i låst medicinrum på varje våning där personalen kan ta del av aktuella ordinationer. Aktuella ordinationer skrivs även i vårdplan som fördelas via Treserva till respektive avdelning. Aktuella läkemedelslistor finns även i pärmen på sjuksköterskans expedition. Omvårdnadspersonal ringer sjuksköterska som gör en bedömning för att ge vidbehovs-läkemedel, sen dokumenteras i vårdplan när medicinen givits. Sjuksköterskorna på Forellplan diskuterar hur rutinen gällande vidbehovs-läkemedel ska följas, då man använder Monomaker i stället för påsar. Man vill uppnå en säker och likvärdig hantering på alla enheter. Läkemedelsgenomgångar sker fortlöpande, i samband med ronder och årsbesök. Har dock inte fungerat tillfredsställande under pandemin, p.ga hög arbetsbelastning men ska tas upp igen efter pandemin. Totalt har 53 läkemedelsgenomgångar skett.

Egenvård (rött)

I fall där kund sköter medicinintag själv (egenvård) har kunden en egen läkemedelslista inne på sitt rum. Bland de svar som inkommit om hur egenvård ska hanteras råder felaktiga uppfattningar, egenvårdsbedömning sker inte alltid och personal övervakar egenvård, d v s tar ansvar utan delegering. Egenvård dokumenteras i en vårdplan, vilken inte ska ske vid egenvård, utan vid delegerad hälso- och sjukvård.

Narkotikaläkemedel (rött)

Utlämnande av läkemedel dokumenteras i vårdplan och om narkotiska preparat ges registreras detta även i narkotikajournalen. Läkare och sjuksköterska i samråd med patienten avgör vad som ska ges. I läkemedelsrummet finns narkotikajournal, där sjuksköterska dokumenterar uttag. I kundens lägenhet finns kundens narkotiska journal där omvårdnadspersonal signerar att de gett läkemedel. Vid narkotikaklassade preparat dokumenterar omvårdnadspersonal också hur många tabletter de tagit, när, vem som tagit och hur många som är kvar. Kontrollräkning av narkotiska preparat gör omvårdnadsansvarig sjuksköterska en gång i månaden och noterar kontrollen i patientens narkotikajournal, men kontrollen har inte skett enligt rutin under pandemin. Morfintabletter har saknats och avvikelser registrerats. Lista för egenkontroll av kontroller finns ej.

Basala hygienrutiner (grönt)

Utbildning, fortbildning och genomgång av rutiner sker regelbundet. Egenkontroll sker via observation av hygienombud och påminnelser av både enhetschef och sjuksköterskor. Vårdhygien och MAS har under pandemin gjort besök och föreslagit förbättringar. Hygienombud informerar också kollegor om vad som tagits upp på hygienombudsträffar. Sjuksköterskorna får utbildning via vårdhandboken och Vårdhygien inom Region Gävleborg. Vårdhygien har också gjort besök för att säkerställa att vi jobbat enligt rutin och föreslå förbättringar. Städningen i de allmänna

utrymmena har under pandemin varit eftersatt eftersom den person som städade fick fler arbetsuppgifter. Extra städpersonal sattes därför in två gånger i veckan i samband med besök av vårdhygien i slutet på januari. Rehabpersonalen har haft återkommande utbildning i basala hygienrutiner. De har också egna kontroller i basal hygien av skydds- och hygienombud.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) (rött)

Dokumentation sker i vårdplan och rutiner inom Region Gävleborg följs genom t ex smittskydd och STRAMA. Men avvikelser på vårdrelaterade infektioner skrivs inte, vilket ska ske enligt rutin. VRI ska mätas flera gånger per år. Ingen mätning eller analys på aggregerad nivå sker.

Kommentar: Här krävs åtgärder inom hela sektorn för att arbeta enligt nationella styrdokument.

Rehabilitering (gult)

Arbets terapeut och sjukgymnast ser fördelen med att omvårdnadspersonal som för det mesta känner patienterna bäst är viktiga i planering och upplägg av träning och användning av hjälpmedel, speciellt när det rör personer med demenssjukdom. Vid tidsbrist är det vardagsnära rehabilitering och förflyttningsteknik som stryker på foten. Följsamheten fungerar olika beroende på åtgärd. Vad gäller förflyttningar med hjälpmedel fungerar det bra, runt träningsprogram inte alltid lika bra. Omvårdnadspersonal ser att patienter inte alltid är motiverade och medarbetarna upplever tidsbrist. Signeringslistor används på grund av att träning inte har utförts som ordinerat. Information om att skriva orsak till utebliven träning ges, enligt enhetschef.

Hjälpmedelshantering (gult)

Omvårdnadspersonalen känner sig nöjda med utbildning och stöd runt olika hjälpmedel. Det är kontaktman som i första hand ansvarar och rengör kundens hjälpmedel samt ansvarar för kontakt med arbetsterapeut och HjälpmedelsSAM. Det finns viss förbättringspotential gällande rengöring och skötsel av boendes hjälpmedel, vilket omvårdnadspersonalen har kännedom om. Det saknas förteckning på boendeenhets egna hjälpmedel såsom sängar och transportrullstolar, kontroll av dessa sker då heller inte.

Medicintekniska produkter (rött)

Det finns inhalationsutrustning PariBoy, saturationsmätare, blodtrycksmätare, termometer, blodsockermätare, otoskop, Amicapump (hydr), sittvågar och rullstolsvågar. Dessa är inköpta av Forellplan, men det saknas förteckning över dem och det finns inget avtal med MTA på sjukhuset för kalibrering, kontroller, service och utbyte osv. Detta innebär stora risker för patienter. En årlig inspektion av Rehabenheten gällande lyftselar sker, men ska ske var sjätte månad. Personlyftar besiktas av Hjälpmedel SAM. Rehabenheten har en TENS-apparat som kontrolleras vid behov.

Kommentar: Sektorövergripande tydlig rutin för kommunens utbud, ansvar och hantering behövs.

Inkontinenshjälpmedel (grönt)

Utredningen för inkontinens är oftast genomförd när kund flyttar in. Vid behov/förändring/avvikelser kontaktas sjuksköterska som ordinerar i en vårdplan skriver sjuksköterskan in vilken sorts inkontinensskydd kunden ska använda. Sjuksköterska ansvarar för att utesluta sjukdom som orsak.

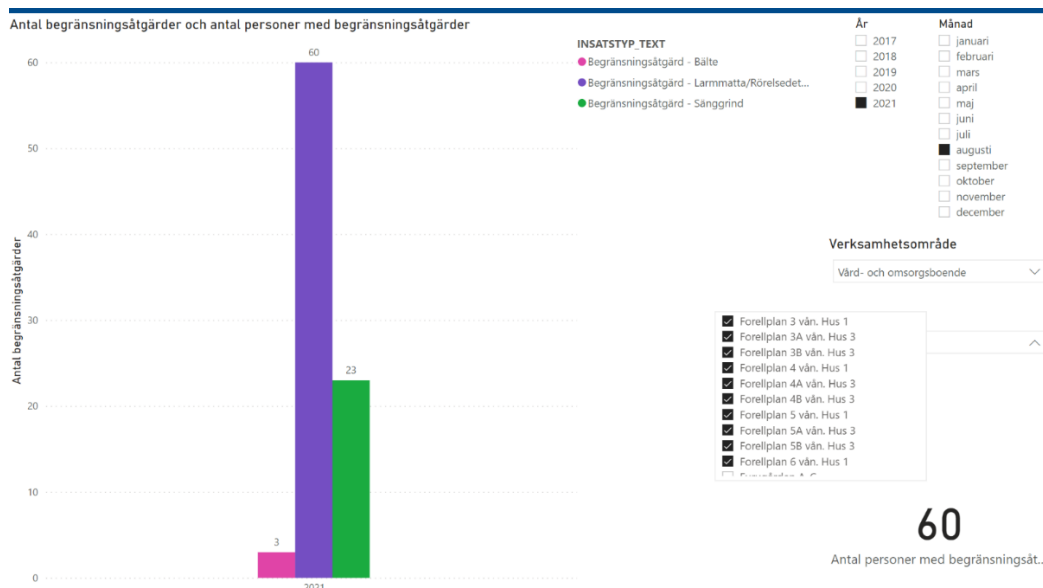
Verksamheten har utsedda inkontinensombud på varje avdelning som beställer inkontinensskydd i samarbete med sjuksköterska och nattpersonal. Det finns inkontinenskort för varje kund i förrådet. Inkontinensombud väger blöjor och mäter kundens kroppsstorlek. Omvårdnadspersonalen genomför läckagemätningar. Samordnaren på Forellplan håller via Teams möte med inkontinensombuden.

Frågor runt kunden tas upp på teamträffarna. Det finns en inkontinenspärm på varje avdelning där omvårdnadspersonalen kan dokumentera avvikelser gällande inkontinens.

Skyddsåtgärder (gult)

Om det finns ett behov och kunden samtycker till skyddsåtgärd som exempelvis sänggrind eller rörelselarm så dokumenteras det i en vårdplan. Även samtycket dokumenteras i journal. På teamträffar följer man upp om kunden har fortsatt behov av skyddsåtgärd, checklista finns. Men då nästan inga teamträffar genomförts under pandemin har inte regelbundet övervägande och omprövning av skyddsåtgärden skett.

Det är enhetscheferna som beslutar om dörrlarm och det ska dokumenteras i journal och i genomförandeplanen, men detta syns inte i statistiken i PowerBI.



Måltider (grönt)

Det finns kostombud på varje avdelning. Uppdraget för kostombuden är omfattande och här ser verksamheten att kostombuden inte alltid utför hela sitt uppdrag, delvis på grund av att alla inte har god kännedom om uppdraget. Omvårdnadspersonalen ser till att det är lugnt vid måltidssituationen. Verksamheten följer måltidsguiden delvis. Pandemin har gjort att vissa saker inte utförs, men det beror även på vilka kunder som bor på avdelningen, det går inte alltid ha fullt dukat på matbordet om en kund blir distraherad eller är "plockig" dvs ofta personer med demenssjukdomar. NAD ger regelbundet stöd runt näringsrik och proteinrika mellanmål. De erbjuder och motiverar till mellanmål fyra gånger per dygn, även flera gånger under natten. Omvårdnadspersonalen lyssnar in vilken mat som kunderna tycker om och är behjälplig med att beställa utifrån kunds önskemål. Måltidssituationen diskuteras vid teamträffar.

Munhälsa (gul)

Tandhygienist gör munhälsobedömning en gång per år. Munvårdskort, finns hos alla kunder där det står hur tänderna ska skötas. Riskbedömning med instrumentet ROAG (Revised Oral Assessment Guide) har inte skett regelbundet under pandemiåret, men inspektion av munhåla har skett vid behov och sämre matintag eller vikttnedgång. Vårdplan upprättas för munvård under t ex palliativt skede. Enligt palliativa registrets spindeldiagram (under rubrik Kvalitetsregister) syns att 60% har fått munhälsobedömning under sista levnadsveckan, vilket ska ske varje vecka.

Nutrition (grönt)

Omvårdnadspersonal kontaktar sjuksköterska vid risk för undernäring. Viktkontroller sker var 3:e månad eller tidigare om behov samt vid riskbedömningar. Sjuksköterska försöker kartlägga orsak till undernäring och tar vid behov kontakt med dietist. Man upplever att det ibland är svårt att hitta något som kunden tycker om och vill äta/dricka. Man påtalar även hur viktigt det är med en lugn måltidssituation, vilket ibland kan vara svårt att

uppnå bli en personlig personalbrist. Sjuksköterskan upprättar vårdplan för nutrition/risk för undernäring med vilka åtgärder som ska vidtas, exempelvis näringsdryck, energi och proteinrik kost, extra mellanmål etc. Behov av omsorgsmåltid (då personal äter tillsammans med kund) tas upp av enhetschef eller sjuksköterska och omsorgspersonal dokumenterar detta i genomförandeplanen och i TES.

Ingen sjuksköterska har gått nya efterfrågade nutritionsutbildningen, men en av dem var med i testpiloten.

Andelen kunder som erbjudits en nattfasta på max 11 timmar var hösten -20 86% och våren -21 93%. Gävles resultat var 82% resp. 86 %. Resultat av nattfaste-mätningen brukar tas upp på APT eller teamträff, men har inte blivit gjort under perioden. Resultatet delges via mejl till sjuksköterskorna som kan gå igenom mätningarna och se om det finns någon kund som har behov av stöd, men detta sker inte så ofta. Man tycker att man har en överblick över nutritionsproblem med hjälp av viktuppföljningar som görs minst var 3:e månad.

Suicid (gult)

Om kund har suicidtankar pratar alltid personal med sjuksköterska och enhetschef samt dokumenterar i Treserva. Man samtalar med kund, läkare och anhöriga om samtycke finns samt upprättar en vårdplan. Verksamheten har inte uppfattat att MAS ska kontaktas och avvikelse skrivs inte, enligt gällande rutin.

Vård i livets slutskede (rött)

Palliativ vård aktualiseras oftast av sjuksköterska i samråd med omvårdnadspersonal, men ibland även av kund eller anhöriga. Sjuksköterskan tar sedan upp frågan, med läkaren. Brytpunktssamtal sker alltid. Det är oftast läkaren som håller i brytpunktssamtalet, men det händer att sjuksköterskor får hålla det runt dem man känner väl. Det är troligen anledningen till att registrering endast sker på 50% av dem. Brytpunktssamtalet ska hållas av läkaren, vilket måste vidmakthållas så registrering även kan ske. En vårdplan för "vård i livets slut" upprättas. Läkaren dokumenterar i läkarjournalen och skriver dokument för handhavande vid förväntat dödsfall, samt läkemedelsbehandling de sista dagarna.

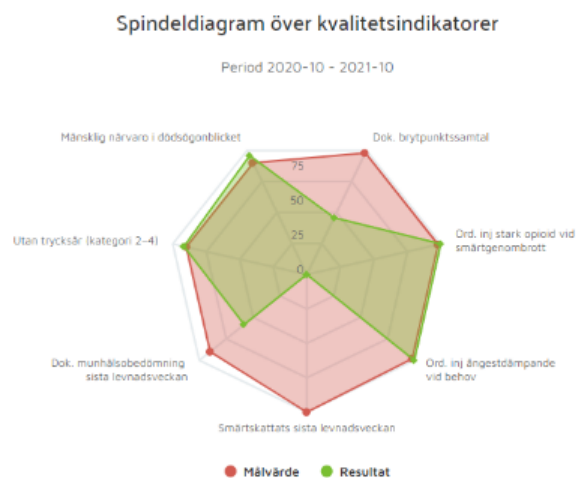
Rehabteamet kontaktas tex när annan madrass behövs. Samverkan med enhetschefer när det finns behov av extravak. Information ges till omvårdnadspersonal kring omvårdnaden av palliativ patient.

Kvalitetsregistren (rött)

Varken chefer eller legitimerade medarbetare tittar efter resultat i riskbedömningar och kvalitetsregistren, BPSD eller Svenska Palliativregistret², vilket dock skedde tidigare. Enhetschefer uppger att de inte har tillgång till kvalitetsregistret.

Diagram över registreringar i palliativa registret, 2020-09 – 2021-09 på Forellplan:

² Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit.



Dokumentation

Krav

Social genomförandeplan

Styrande rutinen beskriver att kunder med biståndsbedömda insatser ska ha upprättad genomförandeplan inom 14 dagar med totalt 13 punkter uppfyllda. Granskningsmallen i revisionen innehåller dock bara dessa nio:

- aktuell genomförandeplan
- ansvarig person för upprättandet och uppföljningen
- om kunden varit delaktig själv eller via företrädare/närstående
- kundens sociala liv och intresse
- en beskrivning av kundens funktionsnedsättning och dess konsekvenser, (förmågor och begränsningar hos kunden) som är viktiga att känna till för att kunna ge rätt stöd på rätt sätt, kan kompletteras med medicinska underlag inskannade i Documenta eller i upprättade vårdplaner.
- ett övergripande mål/delmål för olika insatser
- stöd och omvårdnadsinsatser under hela dygnet
- hur de ska stödja kunden med respektive insats d.v.s. hur gör de, tillvägagångssätt, hjälpmedel, tänk på att o.s.v. Finns det träningsprogram och detaljerade instruktioner ska de hänvisa till dem.

Bedömningsmall

Grönt: Aktuella genomförandeplaner med beskrivande innehåll över vad och hur stöd ska ges över hela dygnet och veckoinsatserna, där kundens önskemål framgår.

Gult: Mindre än hälften av parametrarna är godkända i granskningsformuläret.

Rött: Saknas genomförandeplan på en eller flera kunder. Alternativt att det finns en eller flera genomförandeplaner som har stora brister.

Social utförarjournal

Verksamheten ska löpande dokumentera väsentliga händelser och åtgärder i en social utförarjournal. Det kan vara framförda klagomål och dess åtgärder, avsägelser, kunds frånvaro, kontakter med samverkanspart eller anhöriga, ökat hjälpbehov och uppdatering av genomförandeplan, vad som kommit fram i en SIP eller andra händelser som berör och påverkar den enskilde.

Medicinsk patientjournal

Legitimerad personal ska löpande dokumentera i en medicinsk patientjournal. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av en patient. En journal skall vara lätt att förstå och det ska

tydligt framgå vilken vård och behandling som skall utföras. Journalanteckning eller väsentlig information skall skrivas och ändras så snart som möjligt för att en god vård skall kunna upprättas.

Patientjournalen ska innehålla, uppgifter om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgifter om diagnos och anledning till mer framstående åtgärder, väsentliga uppgifter om genomförda och planerade åtgärder, uppgifter om informationen som lämnats till patienten, hans vårdnadshavare och övriga närstående, uppgifter om ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och möjligheten till ny medicinsk bedömning, uppgifter om att patienten valt att avstå från vård eller behandling. Sjuksköterska ska dokumentera hälsohistoria och aktuellt hälsotillstånd senast en vecka efter inflyttning.

Medicinsk vårdplan

Legitimerad personal ska upprätta vårdplaner för behandlingar (läkemedel, sår, träning o s v) samt efter avslutad behandling avsluta vårdplanen. Vid egenvård som inte är en hälso- och sjukvårdsuppgift skrivs en egenvårdsbedömning, inte vårdplan.

Bedömningsmall

Grönt: Fungerande arbetssätt för dokumentation ger aktuella sociala utförarjournaler och medicinska patientjournaler där man kan följa väsentliga händelser och åtgärder över tid.

Gult: I färre än hälften av journalerna saknas händelser och/eller åtgärder som framkommer i andra källor såsom klagomålshantering, avvikelsemodul, genomförandeplan, vårdplaner eller annan journal.

Rött: I mer än hälften av journalerna finns brister enligt ovan, eller det saknas journal för en eller flera kunder, alternativt att det finns en eller flera journaler som har stora brister.

Social genomförandeplan (gult)

Varje kontaktman ansvarar för att upprätta och revidera sin kunds genomförandeplan. Arbetet beskrivs på ett sätt som visar att man kan kraven enligt rutinen, men det framkommer att exempelvis rehab-träning inte dokumenteras i genomförandeplanen. Kunden och/eller anhörig är alltid med vid upprättande av genomförandeplan, om kunden vill det. Man använder sig ofta av underlaget "Dokumentet om mig", som kund eller anhöriga fyller i vid inflyttningen. Förr var både rehab-personal och enhetschef med vid inflyttningssamtal, omvårdnadspersonal tycker det var bra. Ibland får man fria händer av kunden, då provar man sig fram i planeringen för att få en välfungerande vardag för kunden.

Alla 24 granskade genomförandeplaner är reviderade senaste 6 månader. Lite mindre än hälften saknade namn på vem som varit ansvarig för att upprätta planen. Det framkommer inte när, var och hur planen har upprättats. Det är överlag svårt att se på vilket sätt kunderna har deltagit i upprättandet. De flesta är skrivna i jagform men det är otydligt när kunden har fått framföra sina åsikter och önskemål.

I alla utom fem genomförandeplaner finns det information om kundens sociala liv och intressen. Det finns dock tydliga skillnader där en del av planerna är rika på personliga beskrivningar av kunden och andra har ett innehåll som är intetsägande. I sex av de granskade planerna saknas det helt eller delvis information om funktionsnedsättning, tillstånd samt konsekvenser för omvårdnaden.

Vissa beskrivningar, till exempel hur tandvård ska genomföras borde framgå.

Målformuleringarna var inledningsvis generellt formulerade och saknade koppling till kunden. I femton av 24 genomförandeplanerna saknas information om det helt eller så finns endast ett beskrivet delmål. Då de flesta planer saknar mål eller delmål är det svårt att bedöma om de angreppssätt som beskrivs är relevanta för målen. Nästan alla planer beskriver när insatser ska ske utifrån dygn, i enstaka fall saknas veckoplanering.

Det är tydligt att det är autotext som förs in i planerna via handläggningen enligt IBIC-strukturen. I en plan framkommer att kunden har Covid -19, men den är inte uppdaterad nu sen när patienten blir frisk. I någon finns det endast ett förnamn på kontaktsmannen som upprättat den. Olika mallar har använts vid upprättandet, ingen enhetlig bild av vad som ska ingå i en genomförandeplan verkar finnas. Det finns en tanke och ambition

om att få med väsentliga uppgifter i genomförandeplanerna, men det verkar saknas kunskap om vad en genomförandeplan ska innehålla.

Det är generellt bra genomförandeplaner, men det finns brister. Tre av åtta parametrar uppfylls med beröm godkänt i alla granskade planer.

Social utförarjournal (gult)

Omvårdnadspersonalen har viss uppfattning om vad och hur det ska dokumenteras i den sociala journalen.

Tio av journalerna uppfyller samtliga granskade punkter. Alla granskade journaler är tunna och innehåller få anteckningar, exempelvis finns fränsägelser från kund samt att kund tagits upp på teamträffar, vilka som då deltagit, något om kundens hälsotillstånd och en tydlig planering med åtgärder som sedan följts upp. I en journal fanns anteckningar kring att kundens mående försämrats. Det fanns även anteckningar om orsak till att ny genomförandeplan upprättades. Dessa anteckningar ses som relevanta och informativa.

Utöver detta finns även automatiska anteckningar exempelvis att genomförandeplan är upprättad eller reviderad samt att avvikelse är registrerad i avvikelsemodulen. Vid registrerade avvikelser borde den väsentliga händelsen beskrivas i journalen, exempelvis; vad hände, kontakter och vilka åtgärder som vidtagits. Detta dokumenteras i modulen, men uppfyller då inte kravet på journalföring.

Överlag finns irrelevant information, till exempel att värdeskåpsnycklar som lämnats ut och tillbaka, smoothies som intagits och att kunden varit på sittgymna.

De journaler som är granskade är skrivna med respekt och ett godkänt språk. Det finns väsentliga händelser beskrivna, men de är få och tunna. Utbildning i social dokumentation efterfrågas och behövs regelbundet.

Vårdplaner (gult)

Legitimerad personal upprättar en vårdplan för respektive behandling och fördelar den till omvårdnadspersonal som kvitterar och dokumenterar åtgärder i den. Legitimerad personal och omvårdnadspersonal dokumenterar i vårdplanen. De vårdplaner som finns har ett bra innehåll.

Vårdplaner ska dagligen läsas av omvårdnadspersonal, men detta görs inte alltid. Det framkommer att en vårdplan inte heller alltid upprättas för en behandling. Alla parter påtalar dock att det ligger många inaktuella vårdplaner, vilket försvårar för främst omvårdnadspersonal. Rensning pågår på boendeenheten för att avsluta inaktuella vårdplaner.

Medicinsk patientjournal (gult)

Vid granskning av 24 journaler i verksamhetssystemet Treserva påvisas brister i hälso- och sjukvårdsdokumentation. Aktuell hälsohistoria samt aktuella diagnoser finns i journalen.

Fast vårdkontakt (omvårdnadsansvarig sjuksköterska), arbetsterapeut, sjukgymnast och patientansvarig läkare och deras telefonnummer är inte registrerade som referenspersoner.

Samtycke ska inhämtas från patienten gällande allmän informationsöverföring, NPÖ³ och för registrering i kvalitetsregister, nio av 24 har samtycke rätt registrerat. Endast 14 av 24 patienter har en dokumenterad läkemedelsgenomgång under perioden.

Det framförs att legitimerade personalen inte alltid använder "enstaka åtgärd" som är krav i rutin, vilket medför att åtgärder såsom riskbedömningar inte syns. Dokumenteras det enbart i journalen kan man inte få fram statistik. SIP finns inte registrerad på 23 av 24 patienter. En SIP ska alltid ske vid inflyttning samt vid behov. Sjuksköterskorna uppger att de fortfarande tar ut journalkopior, men använder NPÖ mer och mer.

Bedömning

³ Nationell patientöversikt, gör det möjligt för vårdgivare att dela journalinformation från hälso- och sjukvården med varandra. Vårdpersonal kan ta del av journalinformation som finns hos andra vårdgivare, om patienten har gett sitt samtycke till det.

Genomförandeplanerna är beskrivande men saknar bl a målformuleringar och veckoperspektiv, tre av åtta parametrar uppfylls med beröm. Utförarjournalerna är tunna och beskriver inte en heltäckande bild av det som händer runt kund, tio av 24 utförarjournalerna uppfyller alla parametrar.

Det framkommer att en vårdplan inte heller alltid upprättas för en behandling. Alla parter påtalar dock att det ligger många inaktuella vårdplaner, vilket försvårar för främst omvårdnadspersonal.

Resurspersoner såsom fast vårdkontakt, patientansvarig läkare osv finns inte registrerat. Endast nio av 24 patienter har samtycke rätt registrerat. Man använder inte alltid "enstaka åtgärd" i patientjournalen, vilket bidrar till att statistik inte kan tas ut.

Värdegrund

Krav

Lagstiftning och styrdokument (bl a Vårdighetsgarantin) ställer krav på likabehandling, delaktighet, bemötande, trygghet, säkerhet, information, meningsfull dag, att kund ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Bedömningsmall

Grönt: Finns ett medvetet arbete att hålla dialog runt frågorna, regelbundet fånga individuella önskemål och ge kunden en meningsfull dag.

Gult: Man arbetar utifrån individuella behov och har samtal om frågorna.

Rött: Sker ingen dialog runt frågorna, syns inte heller i arbetet med kund.

Värdegrund

Det sker samtal runt bemötande, värdegrund och etiska frågor, men inte strukturerat återkommande.

Kommunens värdegrund tas upp på introduktioner, vid medarbetarsamtal och på APT. I det dagliga arbetet sker det diskussioner kring värdegrundsarbetet, tex bemötande och samarbete. Samtal runt etiska dilemman sker regelbundet i det vardagliga arbetet samt vid behov i individuella samtal, på teamträff eller APT.

Boendeenheten har inte haft samtal kring diskrimineringsgrunder under den här perioden. En arbetsgrupp av enhetschefer tar fram ett årshjul för APT och ska där ta med frågan om etik och värdegrund.

Främst omvårdnadspersonalen betonar vikten av att lyssna på kundens önskemål och göra individuella anpassningar. Omvårdnadspersonalen uppfattar att man har god kännedom om kunderna och deras behov och önskemål av aktiviteter, det kunden tyckte om förr kan ha ändrats. När kunden inte kan uttrycka sig själv arbetar man inom teamet med att prova och utvärdera åtgärder tills man ser att det blir bra för kunden.

Omvårdnadspersonal brukar samtala och avleda kunder när de uttrycker sig olämpligt gentemot varandra och för även en god dialog med kund i situationer när de uttrycker sig olämpligt mot omvårdnadspersonalen. Samtal förs så att alla arbetar lika gentemot kund vilket även tydliggörs exempelvis i BPSD-arbetet och bemötandeplaner.

Bedömning (grönt)

Det finns ett pågående arbete runt etiska- och värdegrundsfrågor.

Kontinuitet

Krav

Vårdighetsgarantin betonar vikten av omsorgskontinuitet, d.v.s. att kundens behov ska vara väl kända i personalgruppen och att hjälpen utförs på samma sätt oavsett vem som utför den samt sträva efter personalkontinuitet.

Bedömningsmall

Grönt: Genomförandeplanen beskriver kundens behov och hur den vill ha hjälpen utförd.

Genomförandeplanen och TES används som stöd i arbetet för omvårdnadspersonalen.

Gult: Medveten om vikten av omsorgskontinuitet, de pratar ihop sig för att göra lika men finns inte dokumenterat. Alternativt, det finns planerade eller vidtagna åtgärder.

Rött: Finns ej muntligt eller skriftligt.

Omsorgskontinuitet

Omsorgskontinuitet (kund får stöd på samma sätt oavsett vem som arbetar) uppnås dels genom beskrivningar i TES-planeringsverktyget, i genomförandeplaner och vårdplaner.

Personalkontinuitet

Personalkontinuitet (kunden får stöd av begränsat antal personer) uppnår man genom att en arbetsgrupp är stationerad på en avdelning och stöttar upp på avdelningen bredvid. Även kontaktmannaskapet, fast vårdkontakt i form av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och arbetsterapeut/sjukgymnast bidrar också till kontinuitet. Under pandemin har färre individer använts som vikarier och man har en vikarie överanställd, vilket ökat kontinuiteten.

Bedömning (grönt)

Det finns ett genomtänkt arbete för att sträva efter hög kontinuitet både vad gäller omsorgs- och personalkontinuitet. TES-planeringen har både för- och nackdelar, önskvärt att det står mer detaljer i genomförandeplanen och tillfälliga aktiviteter och påminnelser.

Personal och kompetens

Krav

Förvaltningens mål år 2014; 80 % av ordinarie personal har undersköterskekompetens eller motsvarande.

Bedömningsmall

Grönt: 80 % eller fler har adekvat utbildning.

Gult: Det finns planerade eller vidtagna åtgärder, t ex planerad fortbildning eller strategi för att anställa personer med adekvat utbildning.

Rött: Målet ej uppfyllt.

Utbildning och kompetens

Chefsområde 1 har 28 av 32 utbildade undersköterskor (88 %) chefsområde 2 har 24 av 31 (78 %) och chefsområde 3 har 26 av 34 (76,47%). Snittet på hela boendeenheten är 80,41%.

Enhetscheferna uppger att ca 20 medarbetare har brister i det svenska språket. Fyra medarbetare har påbörjat den riktade språkutbildning som vuxenutbildningen driver enligt Omvårdnadsnämndens verksamhetsplan 2021-2024. Från början hade boendeenheten bara en plats, men andra enhetschefer verkade ha svårt att få sina medarbetare att gå, så man erbjöds totalt 4 platser. Medarbetarna uppskattar en jättebra utbildning och känner sig upplyfta och bekräftade, berättar enhetscheferna.

Fortbildning och handledning

Omvårdnadspersonal har under året fått webbutbildning i basala hygienrutiner vid behov även genomgång i förflyttningsteknik och hantering av olika hjälpmedel runt varje kund. Medarbetarna upplever att de har tillräcklig utbildning i BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens), IBIC (Individens Behov i Centrum), hjälpmedel och förflyttningsteknik. Omvårdnadspersonal har fått utbildning i "Psykisk hälsa för äldre", men ser gärna mer även av det och runt suicidprevention, gärna även runt hot & våld och utåtagerande beteende. De framför att de även behöver mer utbildning främst om dokumentation och hanteringen i Treserva. Medarbetare uppger att de inte fått utbildning i grundläggande näringslära för äldre samt livsmedelshygien.

Vissa sjuksköterskor framför att de inte fått utbildning via Teams runt basal hygien. Ingen av dem har gått den nya nutritionsutbildningen.

Arbetsterapeut och sjukgymnast framför önskemål om utbildning kring fallavvikelser. Det har under året givits möjlighet att delta i nationella webinar exempelvis Open Space träning/nutrition, nationellt vårdförlopp för distala handledsfrakturer, Fysioterapeuterna-Covid 19, men alla behöver inte gå allt, det går bra att ha en kollega att fråga. Utbildning angående fysioterapi vid demens efterfrågas.

Legitimerad personal handleder omvårdnadspersonal i det dagliga arbetet.

De intervjuade visar att det saknas regelbundet återkommande utbildning, t ex förflyttningskunskap och dokumentation.

Introduktion

Introduktionsprogrammet för omvårdnadspersonal innehåller både teori och praktik. Utsedda handledare ansvarar för introduktionen och checklista finns. Delar av omvårdnadspersonal uppger att de saknar checklista att hålla sig till, men tycker att introduktionen ändå fungerar bra. Man går vanligtvis dubbelt under två dagspass och ett kvällspass, kan utökas efter individuell bedömning av enhetschef. Enhetschefen följer upp hur vikarier och nyanställda tagit till sig informationen.

Flera uppger att det saknas centrala introduktionsutbildningar inom olika områden såsom Treserva, TES, dokumentation, vårdplaner, avvikelsehantering och förflyttnings teknik m.m. Inför sommarperioden ges en kommungemensam introduktion till sommarvikarier, medan arbetsplatsen ska ge den verksamhetsspecifika introduktionen.

Arbetskläder

Sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal har arbetskläder som byts dagligen. Omvårdnadspersonalen tvättar själva på respektive avdelning. Sjuksköterskornas arbetskläder tvättar avdelningen för daglig verksamhet, men under pandemin har sjuksköterskorna fått tvätta själva, vilket tagit mycket tid i anspråk. Sjukgymnastens och arbetsterapeutens arbetskläder tvättas av ett företag.

Ombudsroller

Handledare finns utsedda för att introducera nya medarbetare. Det finns hygienombud, vilka haft en betydande roll under pandemin. Ombuden har kunnat kontrollera och påminna medarbetare tack vare sitt mandat. Det finns kostombud som har ett omfattande uppdrag och ett nätverk som NAD ansvarar för. På eget initiativ har boendeenheten även inkontinensombud med ansvar för beställning av inkontinenshjälpmedel samt även hjälpmedelsombud med ansvar för övergripande frågor, utöver ansvaret som kontaktman har t ex att rengöra kundens hjälpmedel.

En av cheferna uppger att hon håller efter ombuden hårt så att de sköter sitt uppdrag.

Bedömning (grönt)

Boendeenheten har god utbildningsnivå och genomtänkt introduktion med uppföljning för hur den fungerat runt enskilda medarbetare. Ombudsroller finns för viktiga områden och arbetet fortlöper.

Medarbetare är i stort nöjda med den fortbildning de fått, även om de saknar mer kunskap inom vissa områden. Det är bra att boendeenheten ordnat så fler än tilldelade platser fått språkutbildningen.

Socialstyrelsens brukarenkät

I Socialstyrelsens rapport "Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020" framgår att brukarenkäten besvarades av 39,8% av alla brukare i landet. Enkäten skickades ut innan pandemin startade i Sverige. Andelen svarande för Forellplans vård- och omsorgsboende redovisas i spannet 40 - 60%. På Forellplan är andelen kunder som är mycket eller ganska nöjda med stödet i sin helhet 75% medan Gävles snitt ligger på 83% år och Sveriges 81%.

Sammanfattande reflektion

Vi granskare ser en fungerande verksamhet med engagerade medarbetare närmast kund. Medarbetarna ger en fin beskrivning av hur de får ihop arbete med kunderna och utgår från den enskildes behov och önskemål. Medarbetarna ger ett intryck av trygghet och genuint engagemang om att man ger allt man kan till den enskilde även om man inte har alla förutsättningar. Det finns ett gott samarbete mellan professionerna på boendeenheten, alla är lätta att få kontakt med och återkoppling från.

Värt att lyftas fram, undersköterskornas röster:

"Vi har världens bästa jobb" "Vi trivs, det fungerar jättebra" "På vår avdelning har vi inte haft Coronasmittade kunder" "Vi har världens bästa sjukgymnast" "Viktigt att vi har bra introduktion för att ta hand om alla nya." "Vi arbetar ibland en på varje avdelning, man ska då ta hjälp från annan avdelning, men då blir det ju tomt där" "Ibland räcker inte tiden till. När man arbetar med TES-schema får inget oförutsett hända, det finns det inte utrymme till. De tycker ni att vi ska klara oss, de vet inte hur det är, planerare och chef arbetar ju aldrig på avdelningen." "Vi får ta rast när det går."

Flera intervjuade reflekterar över att man blir själv på avdelningen då kollegan går på rast. Det är då inte alltid lätt att hämta annan medarbetare på avdelningen bredvid, eftersom det då blir tomt på den avdelningen. I granskningen lyfter flera chefsnivåer att bemanningen är mycket låg, 0,53 åa/kund. Det ekonomiska underlaget visar dock att denna siffra omfattar dagtid. Då hela dygnet beskrivs ligger det på 0,70 åa/kund och därmed mer i linje med nationella siffror. Socialstyrelsen uppger att 1,0 åa/ kund behövs i demensboende för att ge optimalt stöd och möjlighet till aktiviteter.

Under kvalitetsgranskningen framkommer ofta hur Coronapandemin påverkat boendeenhetens arbete. Ett exempel som lyfter fram det intensiva arbetet med bemanning är att fem nattpersonal behövde utökas till 11 personer då man arbetade med kohortvård⁴. Utöver bemanningsfrågan har arbetet med att förebygga smittspridningen via hygienrutiner och skyddsutrustning tagit mycket tid. Flera Covid-utbrott och en del massmedial uppmärksamhet medförde att Vårdhygien och MAS stöttade i förbättringsarbete runt hygien. Det är glädjande att verksamheten därefter inte haft något Covid-utbrott.

Avslutningsvis har vi granskare identifierat flera brister som behöver åtgärdas på sektornivå;

1. Stöd och styrning i systematiskt förbättringsarbete saknas ute i verksamheten. Detta planeras just nu av Kvalitetsteamet och Planering, Analys och Utvärdering som överlämnar förslag till sektorledning.
2. Det saknas ansvarsbeskrivning med mandat och ansvar för olika chefsnivåer. Det saknas struktur i de olika möten som sker på boendeenheten och uppåt till verksamhets- och kontorsledning.
3. Samarbetet mellan den sociala och den medicinska ledningen brister då man har olika organisatoriska tillhörigheter. Hälso- och sjukvårdsorganisationen inom Valfärd Gävle bidrar till klara roller och försvårar samarbetet. Granskare ser behov av att förtydliga roller och ansvar i den översyn som pågår på sektornivå.
4. Det råder oklarheter runt resursplatserna. Ska dessa kunder hanteras annorlunda än andra? Legitimerad personal efterfrågar styrdokument runt resursplatserna vilket granskningsteamet bedömer befogat att sektor förtydligar detta.

⁴ Minimal personalstyrka för att minimera smittspridning.

5. Valfärd Gävle behöver styra upp vilka medicintekniska produkter och kommunägda hjälpmedel som ska finnas i verksamheten och hur de ska skötas och kontrolleras. MAR i länet har initierat ett förslag gällande att ta fram en förteckning över vad som ska finnas.
6. Vikarier på sommaren får mer introduktion av bemanningsenheten, men vikarier på vintern får inte den samlade genomgången vid introduktion utan förväntas få allt på respektive arbetsplatser. Kan de som börjat under året hänga på i sommarintroduktionen?
7. Valfärd Gävle behöver utveckla en organisation för att kontinuerligt erbjuda utbildningar i olika frågor tex social och medicinsk dokumentation, avvikelshantering, förflyttningskunskap, riskbedömningar och systematiskt förbättringsarbete. Även tydligare implementering av olika rutiner behöver förbättras. Detta är påbörjat av bland annat Kvalitetsteamet och systemförvaltare.
8. Arbetet med vårdrelaterade infektioner bör styras upp enligt nationella styrdokument.
9. Vårdighetsgarantin bör ligga i ledningssystemet och delas ut till nya kunder samt ingå i introduktion av medarbetare.

Referenser

Omvårdnadsnämndens Vårdighetsgaranti, giltig from 1 mars 2013.

Rutiner och uppdragsbeskrivning i Valfärd Gävles Ledningssystem.

Treserva, avvikelsestatistik ur avvikelsemodul, 2020 09 01-2021 08 31

Valfärd Gävles diarium, Lex Sarah-ärenden 2020 09 01-2021 08 31

Valfärd Gävles diarium, Klagomålsärenden 2020 09 01-2021 08 31

Brukarenkät 2020, Socialstyrelsen

Åtgärdsplan för vård- och omsorgsboende Forellplan 2021-02-02

	Brist	Förslag på åtgärder	Ansvarig	Tidplan
1	Ledning och organisation - Otydliga roller och ansvar mellan chefer och chefsnivåer - Oklarheter runt medicinska ledningsansvaret råder - Syfte med olika möten saknas - Dagordning och minnesanteckning till flera möten saknas	Uppdragsbeskrivning för samtliga chefsnivåer tas fram för kontor boende. Uppdragsbeskrivning för Verksamhetschef HSL tas fram Syften med möten tas fram och är förankrat med alla deltagare Dagordningar tas fram, bl a för teamträff och kvalitetsmöte. Team skapas för varje möte där minnesanteckningarna förvaras.	Kontorschefer Kontorschefer Verksamhetschef Verksamhetschef	Våren 22 Våren 22 Februari 22 Februari 22
2	Kvalitetsarbete - Systematiskt förbättringsarbete saknas	Det systematiska förbättringsarbetet dokumenteras av ansvarig chef och följs upp av verksamhetschef, individuellt med varje enhetschef. Power BI skall användas och analyseras systematiskt på kvalitetsmöten. Förbättringsarbete med BPSD pågår med hjälp av projektledare Therese Christiansson.	Enhetschefer och verksamhetschef Enhetschefer och verksamhetschef Enhetschefer	Löpande Våren 22 2022
3	Avvikelse - Brister i avvikelshanteringen, dokumentationen och analys på aggregerad nivå saknas	Ny rutin har förtydligat arbetssättet med avvikelserna. Alla avvikelser har sedan tidigare hanterats, men nu registreras alla moment noggrant. Enhetschefen skickar avvikelser till berörda, involverar rehab oftare än tidigare. Vid allvariga händelser kontaktar man MAS/MAR/SAS och verksamhetschef snabbare numera. En årssammanställning har tagits fram via Power BI.	Verksamhetschefer våbo	2022

		Analys sker på enhetsnivå. Nu ska statistiken i Power BI börja användas som underlag. Analys av avvikelser tas på ledningsgrupp våbo med enhetschefer, verksamhetschefer för alla våbo 2 ggr per år. Analys med hjälp av statistik i Power BI ska påbörjas. Allvarliga händelser informeras om på kontorets verksamhetsmöte där kontorets samtliga enhetschefer och verksamhetschefer deltar. Analys med hjälp av statistik i Power BI ska påbörjas.	Enhetschefer Kontorschef	Våren 2022 2022
4	Samverkan i teamet - Långsiktigt och förebyggande arbete runt kund saknas - Teamträff planeras inte med den frekvens som är krav - Rehab-personal blir inte involverade i alla delar, tex i kvalitetsråd och avvikelser	Teamträffar inplanerade enligt rutin för hela 2022. Mötestiden har förlängts för att hinna med förebyggande arbete. Tydlig dagordning för teamträff upprättas. Riskbedömningarna förbereds och slutförs eller presenteras under teamträffen. Enhetschefer, rehab, omvårdnadspersonal och omvårdnadsansvarig sjuksköterska deltar. Teamträffen är obligatorisk. Rehabpersonal är inbjuden till samtliga kvalitetsmöten.	Enhetschefer och samordnare Deltagare på kvalitetsmöte Deltagare på teamträff Verksamhetschef	Januari 22 Februari 2022 löpande Januari 22
5	Dokumentation - Genomförandeplaner, utförarjournal och vårdplaner har brister	Utsedda sjuksköterskor utbildas i Treserva och utbildar därefter sina kollegor. IBIC ombud utbildas och kommer att vara ett stöd i respektive enhet. Samordnare utbildar omvårdnadspersonal i dokumentation, vårdplan och genomförandeplan.	EC ssk Enhetschefer Enhetschefer	Våren 2022 Våren 2022 Hösten 2022

		Alla medarbetare går nya utbildningen i social dokumentation via Kompetensen. Sjuksköterskorna rensar i vårdplanerna. Åtgärdat av sjuksköterskor 28/12-2021 Punkt om registrering av kontaktuppgifter läggs till på checklista vid inflyttning för sköterskor. Upprätta/uppdatera checklistor med bl a punkt för kontaktuppgifter, vid inflytt för rehab och enhetschefer. Registreringen i personkortet i Treserva ses över löpande. Rutin om samtycke gås igenom på kvalitetsmöte samt på APT för omvårdnadspersonal. HSL samtycke för informationsöverföring/sekretess åtgärdat av sjuksköterskor 28/12 2021	Alla chefer Sjuksköterskor Sjuksköterskor EC ssk EC ssk, EC rehab samt EC Forellplan Verksamhetschef, Enhetschefer Sjuksköterskor	2022 Löpande 2021 Maj 2022 April 2022 December -21
6	Hälso- och sjukvård - Arbete med riskbedömningar brister - Munhälsobedömningar sker inte enligt krav - Oklarheter runt delegering kontra egenvård - Vårdrelaterade infektioner dokumenteras inte enligt krav	Tas på teamträff-stående punkt på dagordning. Tas på teamträff-stående punkt på dagordning. Förändringsarbete rehab gällande egenvård pågår. Rutinen gås igenom på kvalitetsmöte samt med omvårdnadspersonal. Tas på sektornivå.	Alla i teamet Alla i teamet EC rehab Verksamhetschef, EC Forellplan Kontorschef Alla i teamet	Löpande Löpande 2022 September -22 2022 2022

	- Dokumentation och arbetssätt runt skyddsåtgärder brister	Skyddsåtgärder står som en punkt på dagordningen för teamträffar och går igenom var tredje månad, så att övervägandet om att använda skyddsåtgärd är gjort och att det finns ett aktuellt registrerat samtycke i Treserva.	EC ssk	Januari 2022
	- Kontrollräkning av narkotikaläkemedel brister	Egenkontrolllista avstämning månadsvis.	Enhetschefer	Mars 2022
	- Vardagsrehabilitering prioriteras bort vid tidsbrist	Enhetschef påminner omvårdnadspersonal om att meddela då insatser inte hinns med. Dagliga insatser registreras som avvikelser, medan veckoinsatser planeras om till annan dag. Förebyggande åtgärder sätts in i avvikelshanteringen. I medarbetarsamtal tas alltid upp att låta kunden göra moment de klarar själva, vilket på sikt inte bör ta mer tid.	Kontorschef	2022
	- Förteckning av kommunägda hjälpmedel MTP saknas och skötsel har brister	Frågan lyft på kontorsnivå.	Verksamhetschef	Mars 2022
	- Suicidhanteringen brister	Rutinen går igenom på kvalitetsmötet samt på APT med omvårdnadspersonal.	Verksamhetschef	2022
	- Brytpunktssamtal utförs inte i enlighet med lagstiftning	Kontakt med hälsocentral om samverkan.	Verksamhetschef	2022
	- Registrering och analys i kvalitetsregister brister	Analys görs på kvalitetsmöten.		

Informationsärende:
Uppföljning efter
kvalitetsgranskning på vård-
och omsorgsboendet Gävle
Strand

20

200N318



Tjänsteskrivelse

2022-02-01

20ON318

Helena B Jansson
026-17 87 87
helena.b.jansson@gavle.se

Omvårdnadsnämnd

Uppföljning efter kvalitetsgranskning på vård- och omsorgsboendet Gävle Strand

Sammanfattning av ärendet

Kvalitetsteamet som vintern 20/21 genomförde en kvalitetsgranskning har nu gjort uppföljning på de planerade och vidtagna åtgärder som verksamheten arbetat med. I den uppföljning som nu skett märks fler genomförda åtgärder, några åtgärder pågår medan några fortfarande inte är påbörjade. Kvalitetsteamet bedömer att verksamheten lyckats uppnå resultat med de åtgärder som vidtagits och delvis fortfarande pågår.

Bakgrund

I mars 2021 fick Omvårdnadsnämnden del av den kvalitetsgranskning som Kvalitetsteamet genomförde på vård- och omsorgsboendet Gävle Strand vintern 20/21. I granskningsrapporten beskrevs en fungerande verksamhet som påverkats av pandemin. Inom åtta sakområden fanns brister som behövde åtgärdas. Verksamheten skrev en åtgärdsplan med planerade och åtgärder för att komma tillrätta med de brister granskningen lyft. Flera åtgärder genomfördes omgående medan andra planerades och framgick i åtgärdsplanen. En uppföljning av alla åtgärder har nu skett.

Resultat av uppföljningen

- 1. Otydliga roller och ansvar på olika chefsnivåer förtydligas:**
 - på verksamhetsmöten då kontorets alla chefer/chefsnivåer närvarar.
 - genom att uppdragsbeskrivningar för olika chefsnivåerna skrivs
 - via egenkontroller och arbetet med rutiner
 - i översyn av HSL-organisationen som sker i sektorns pågående projekt
- 2. Förbättringsprogram dokumenteras genom att:**

- handlingsplaner skrivs efter bl a genomförd egenkontroll
- mappar i Teams upprättas, dit alla berörda professioner har åtkomst

3. Förbättringar i avvikelsehanteringen sker genom att:

- nya sektorövergripande rutinen har implementerats
- alla berörda för respektive våningsplan gör för närvarande bedömningar varje vecka på nya avvikelser, som ett led i lärande
- analys av statistik på avvikelser från Power BI ska återupptas på alla chefsnivåer

4. Samverkan i teamet och långsiktigt perspektiv runt kund förtydligas då:

- riskbedömningar numera hanteras på teamträffar
- Rehab.enheten finns numera med på enhetens kvalitetsmöte
- utbildning i att läsa och skriva i fördelade vårdplaner för all omvårdnadspersonal är snart genomförd
- projektet *Översyn av HSL-organisationen* förväntas utveckla detta

5. Dokumentation förbättras genom:

- utbildning för all personal har skett på APT med framtaget material
- legitimerad personal har förbättrat upprättade vårdplaner

6. Riskbedömningar och vårdplaner har förbättrats genom att:

- riskbedömningar är gjorda för alla kunder
- riskbedömningar aktualiseras på teamträffar minst 2 gånger per år per kund
- legitimerad personal har kunskap hur man registrerar enstaka åtgärder

7. Värdegrund och etiska samtal tas upp via:

- stående på punkt på APT, där ibland föreläsare bjuds in
- individuellt på årliga medarbetar- och lönesamtal
- krav på namnskytt är förtydligat sedan våren 2021 av alla

8. Säkerhetsfrågor är uppdaterade genom att;

- samtycken finns nu dokumenterade runt varje kund
- internkontrollen för 2021 är genomförd
- engångsförkläden används alltid i nära vård och tygförkläde i kök tvättas dagligen.

Kvalitetsgranskning på vård- och omsorgsboende, Gävle Strand

Planering, analys och utvärdering

Kvalitetsteamet

Ulrika Carlsson

Carin Thunman

Maria Thuman

Helena B Jansson

Februari, 2021

Dnr 20ON318

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund.....	5
Syfte.....	5
Metod	6
Utfall	7
Ledarskap och organisation	7
Bedömning (rött)	8
Kvalitetsarbete.....	8
Bedömning (gult)	9
Avvikelser.....	9
Bedömning (gult)	10
Samarbete i teamet	11
Bedömning (gult)	12
Kontaktmannaskap	12
Bedömning (grönt).....	13
Hälso- och sjukvård	13
Bedömning (gult)	16
Dokumentation.....	17
Bedömning (rött)	19
Etik och meningsfull dag.....	19
Bedömning (gult)	19
Kontinuitet.....	20
Bedömning (grönt).....	20
Personal	20
Bedömning (grönt).....	21
Säkerhet.....	22
Bedömning (gult)	23
Socialstyrelsens brukarenkät	23
Sammanfattande reflektion.....	25

Sammanfattning

Kvalitetsteamets medarbetare har via enkätsvar, intervjuer och analys av olika underlag sett en fungerande verksamhet. Dock råder oklara chefsroller, delvis med anledning av nuvarande HSL-organisation.

Det finns brister i samarbetet mellan omvårdnadsarbetet och hälso- och sjukvårdsarbetet samt dess kvalitetsarbete. HSL-organisationen och omsättning inom ledning och sjuksköterskor under åren har troligen bidragit till det. Omvårdnadspersonal bedöms bidra med sin kompetens och engagemang vilket bidrar till att det dagliga arbetet fungerar bra närmast kunderna. Kravet på formell utbildning hos omvårdnadspersonalen uppfylls, dvs 88% har undersköterskeutbildning.

Granskningen av dokumentationen i avvikelshanteringen visar på brister, även om åtgärder efter avvikelser hanteras i praktiken. Verksamheten drar inte nytta av modulens möjlighet till analys för att ge underlag till ett systematiskt förbättringsarbete.

Alla kunder utom de på korttidsenheten har aktuell och beskrivande genomförandeplan. Genomförandeplaner och detaljerade instruktioner i TES, som är lättåtkomliga för vikarier ökar omsorgskontinuiteten. Gemensamma aktiviteter erbjuds under pandemin på respektive våningsplan, vilket bidragit till ett ökat deltagande. Kontaktmannaskap, schemaläggning av personal liksom överanställd vikarieresurs under pandemin ger hög personalkontinuitet.

Omvårdnadspersonal skriver dagligen händelser runt kund, främst i så kallade daganteckningar och delvis i vårdplaner. Den lagstyrda dokumentationen i utförarjournal brister, där saknas väsentliga händelser och åtgärder som ger en bild av händelser runt kund. Intervjuerna ger en bild av att en diffus uppfattning om vad den sociala dokumentationen omfattar och vilka krav som ställs på den.

Det saknas även en del uppgifter i medicinska dokumentationen tex uppdatering av fast vårdkontakt och åtgärder i vårdplaner, samtycke och riskbedömningar samt årliga läkemedelsgenomgångar. Flera viktiga medicinska rutiner följs inte i alla delar. Bedömningen är att det saknas förutsättningar för hälso- och sjukvården att ge den enskilde en god och säker vård.

Det framkommer brister i samverkan mellan berörda professioner. Det finns brister i hur teamets träffar är organiserade och vad som tas upp på träffarna och vem som dokumenterar vad och var. Det framkommer att vissa upplever det otydligt vem som håller i dem och hur dagordningen ser ut.

Samtal om etiskt förhållningssätt och värdigt bemötande förs vid behov.

Senaste brukarenkäten från Socialstyrelsen visar på Gävle Strand högre kundnöjdhet än övriga Gävle, länet och landet på flera parametrar exempelvis mat, bemötande, förtroende och trygghet. Samtidigt har det sammantagna betyget för Gävle Strand sjunkit från föregående år. Aktiviteter, utemiljö, information om förändringar samt kontakt med läkare och sjuksköterskor är man minst nöjd med.

Runt flera brister ovan bedömer granskarna att Välfärd Gävle även bör stödja med övergripande åtgärder.

Nr	Område	Bedömning	Kommentar
1	Ledarskap och organisation	Ej uppfyllt	Otydliga roller och ansvar på olika chefsnivåerna i hur sociala och medicinska arbetet synas. Komplex HSL-organisation bidrar till brister i styrning och samverkan.
2	Kvalitetsarbete	Delvis uppfyllt	Systematiskt förbättringsarbetet saknas och dokumenteras ej. Verksamhetsplaneringen brister.
3	Avvikelse	Delvis uppfyllt	Avvikelsehanteringen och dess dokumentation brister.
4	Samarbete i teamet	Delvis uppfyllt	Fungerar i praktiken runt kund/patient även om övergripande struktur i samverkan och förebyggande arbete saknas.
5	Kontaktmannaskap	Uppfylls	Finns en fungerande struktur.
6	Hälso- och sjukvård	Delvis uppfyllt	Flera rutiner följs inte helt. Främst finns brister runt riskbedömningar och vårdplaner.
7	Dokumentation	Ej uppfyllt	Saknas genomförandeplaner på korttidsenhet. Utförarjournaler, medicinska journaler och övrig medicinsk dokumentation har brister.
8	Etik och meningsfull dag	Delvis uppfyllt	Kunder får bra bemötande och meningsfull dag. Arbetet runt värdegrund saknar struktur.
9	Kontinuitet	Uppfylls	Fungerande planering och arbetssätt ger personalkontinuitet och omsorgskontinuitet
10	Personal	Uppfylls	Hög andel med utbildning, 88%.
11	Säkerhet	Delvis uppfyllt	Hanteringen av samtycke har brister. Internkontroll är ej genomförd under 2020.

Bedömningsmallens princip för respektive rubrik följer en färgskala:

Grönt	Finns både muntligt och skriftligt, alternativt uppfylls till 100%
Gult	Finns muntligt eller skriftligt, alternativt finns vissa brister eller förbättringsarbete är påbörjat
Rött	Finns varken muntligt eller skriftligt, alternativt finns stora brister

Bakgrund

Vård- och omsorgsboendet startade 2016 i nybyggda lokaler och består av 60 lägenheter för permanent boende och inrymmer även en korttidsenhet med 8 - 10 platser för palliativ inriktning. Kunder som kommer till korttidsenheten flyttas vanligtvis efter en tid till någon av de övriga avdelningarna. From mars 2021 avvecklas korttidsenheten.

Verksamhetens koncept är *mat & måltider* och har en egen kock som lagar maten på plats. Enheten beskrivs av verksamhetschefen som en öppen, transparent och mångkulturell arbetsplats.

Två enhetschefer ansvarar för olika delar av enheten. En ansvarar för nattpersonalen, lokalvårdaren, kocken samt korttidsverksamheten på entréplan och våning 1 med två avdelningar, totalt 20 lägenheter med demensinriktning. Den andra ansvarar för samordnaren samt våning 2 och våning 3, totalt 40 lägenheter med somatisk inriktning. Enhetscheferna har fördelat sakområdesansvar så som kost, fastighetsfrågor o s v. Enhetscheferna har arbetat på denna enhet cirka ett och ett halvt år tillsammans.

Omvårdnadspersonalen har i hög utsträckning undersköterskekompetens och förhållandevis låg omsättning. Sjuksköterskorna har haft högre personalomsättning och under en längre tid varit underbemannade. Tre sjuksköterskor täcker nu fyra sjuksköterskeområden. Den fjärde sjuksköterskan ska vara på plats i januari 2021.

Verksamhetschefen har det lagstiftade hälso- och sjukvårdsansvaret. Verksamhetschefen är personalansvarig chef för både sjuksköterskorna och enhetscheferna, totalt 10 enhetschefer och 14 sjuksköterskor inom verksamhetsområdet.

Rehab-personalen (arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut) finns både organisatoriskt och lokalmässigt i en annan enhet med en egen enhetschef. Rehab-personalen har patientansvar på Gävle Strand och besöker sina patienter regelbundet och vid påkallat behov.

Syfte

Kvalitetsgranskningen ska granska kvalitet i arbetet med den enskilde och omfattar tre delar;

- struktur (*finns rutiner och liknande*), vilket framgår av enkäten och intervjuer
- process (*följs rutiner och liknande*), vilket framgår av intervjuer, avstämning med samverkansparter samt i underlag såsom avvikelshanteringen m.m. samt i dokumentationsgranskning
- resultat (*kunds och närståendes uppfattning*), används att spegla utfallet av struktur och process.

Kvalitetsgranskningen ska ge en beskrivning av hur verksamheten fungerar i valda delar samt vid behov ge underlag för förbättringsarbete i verksamheten.

Metod

Sedan 1999 har Omvårdnad Gävle genomfört revisioner i verksamheter enligt en strukturerad metod.

Detta är den första kvalitetsgranskningen inom Välfärd Gävle där Kvalitetsteamet inom Planering, analys och utvärdering ansvarar för upplägg och genomförande. Kvalitetsteamet utser verksamhet som på förekommen anledning, eller via turordning, får en kvalitetsgranskning.

Denna granskning är utförd av utredare Helena B Jansson, medicinskt ansvarig sjuksköterska Ulrika Carlsson och Carin Thunman, socialt ansvarig samordnare Maria Thuman i samarbete med medicinskt ansvarig för rehabilitering Johanna Storing samt nutritionsansvarig dietist Linnea Skytt.

När kvalitetsgranskningen startade skickades en enkät ut till verksamheten med 78 frågeområden som utgick från kundnära styrdokument inom olika områden. Ansvarig verksamhetschef fick även del av enkäten.

Intervjuer har sedan skett med 2 personer per intervju, representanter för omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal samt ansvariga enhetschefer. Intervjuerna har bestått av följdfrågor utifrån enkätsvaret, anpassade beroende på yrkeskategori.

En dokumentationsgranskning av 25 % slumpmässigt utvalda akter (16 st) har granskats med hjälp av granskningsmallar med krav/parametrar för social respektive medicinsk dokumentation. Den sociala dokumentationen består av utförarjournal och genomförandeplan. Den medicinska dokumentationen består av en medicinsk omvårdnadsjournal (patientjournal) och vårdplaner (inklusive behandlings- och träningsprogram). En granskning av registrerade sociala och medicinska avvikelser i avvikelsemodulen i Treserva¹ har skett. Hela granskningen har omfattat september 2019 till och med augusti 2020.

I rapporten redovisas under respektive rubrik först styrande skallkrav, bedömningsmallen och därefter intervjuens eller granskningens utfall av hur strukturer och processer fungerar.

Bedömningens grönmarkering är godkänt och kräver inte åtgärder, gult och rött kräver åtgärder.

Verksamheten presenterar sina åtgärder i bifogat åtgärdsprotokoll innan rapporten presenteras för nämnden. Åtgärder för brister med röd bedömning ska dessutom återrapporteras med en lägesrapport till nämnden.

Avslutningsvis i rapporten lyfter granskarna egna reflektioner kring sådant som inte granskades men spontant kommit fram i kvalitetsgranskningen.

¹ Treserva – verksamhetssystem (dataprogram) där all registrering och dokumentation kring kund sker.

Utfall

Ledarskap och organisation

Enhetschef

Ansvarsfördelningen mellan de två enhetscheferna på Gävle Strand har sett lika ut sedan start. De ansvarar för arbetet med kunder, kvalitet, medarbetarperspektiv/arbetsmiljö, ekonomiska ramar, lagstiftning och ledningssystemet. De planerar med perspektiv på ett år. Enhetscheferna har ett stort mandat, enligt verksamhetschefen, men enhetscheferna upplever en oklar roll och otydligt mandat. De har tydligt ansvar på sin enhet, men får uppfinna egna lösningar då alla enheter har olika sätt att jobba. De båda enhetscheferna har ett gemensamt veckomöte för att samordna frågor. De närvarar även på ombudsträffar samt teamträffar. På arbetsplatsträffarna närvarar sjuksköterskor om det är aktualiserat från någon av parterna.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen som saknar medicinsk utbildning ansvarar för hälso- och sjukvården, dess personal och verksamhetsplanering. Det är en stor utmaning att behålla och rekrytera sjuksköterskor och kvalitetssäkra detta. Hon beskriver att det är svårt att hantera denna fråga då det även finns sjuksköterskor i andra kontor och verksamheter. Att vara chef för enhetschefer känns bra och att ha det samlat inom kontor Boende. Man behöver ha dialog med de övriga första linjens chefer även inom andra kontor. Organisationen känns otydlig och ger svårigheter då det inte finns en strukturellt ordnad organisation. En ledningsansvarig sjuksköterska (LANS) under verksamhetschefen har tidigare haft uppdrag att rapportera från MAS-möten.

Verksamhetschefen har kvalitetsmöte med enhetschefer och sjuksköterskor på enheten en gång per månad, med uppföljning av ekonomi, avvikelser och klagomål. Verksamhetschefen är medveten om att MAS vill att rehab-personalen är med, men hänvisar till att de ägs av annan chef.

När information ska spridas bedömer verksamhetschefen vem som behöver delges. Information om munvård skickas exempelvis till enhetschef och sjuksköterska, då det både berör omvårdnad och hälso-och sjukvård.

Verksamhetsplanering

Tidigare har man i verksamhetsplaneringen utgått från nämndens fyra perspektiv. I år har nämnden till verksamhetsplaneringen däremot frågat; vad vill ni? Det blev en kullerbytta för enhetscheferna att tänka så, vilket de upplever positivt. De förordar att "det som inte fungerar" bör vara grunden i verksamhetsplanering. Inom enheten med omvårdnadspersonal genomfördes verksamhetsplanering i februari 2020 då enhetschefen förlängde en arbetsplatsträff med genomgång av strategierna. Enhetscheferna hade verksamhetsplanering i mars tillsammans med kollegor och verksamhetschefer inom vård- och omsorgsboendet utifrån Välfärd Gävles strategier och utformade aktiviteter så som kvalitetsmöte, tillitsbaserat ledarskap, IBIC, ekonomi i balans. Verksamhetsplanering för sjuksköterskor inom hela kontoret Boende var planerad under 2020, men genomfördes inte på grund av pandemins utbrott.

Styrdokument

Enhetschef har under arbetsplatsträff vid tre tillfällen visat vart man kan hitta och hur man använder ledningssystemet. Genomgång av rutiner som är aktuella sker under arbetsplatsträffar. Vissa medarbetare kan även få en separat individuell genomgång. Exempelvis kan en observation av brister i basala hygienrutiner leda till en genomgång av rutinen. Nya medicinska rutiner går sjuksköterskorna igenom med omvårdnadspersonal.

Roller och mandat

Oklara roller och mandat på enheten identifierades och facket gjorde en begäran enligt 6 kap 6 a§². Enheten tog hjälp av Företagshälsovården för att kunna kommunicera runt detta. Deltog gjorde verksamhetschef,

² Skyddsombud kan göra en begäran om åtgärder kring arbetsmiljö eller arbetstider (med stöd av arbetsmiljölagen 6 kap 6 a§)

enhetschef, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Rollerna och uppdragen formas i stort av styrande rutiner. Idag arbetar enhetschefen närmare verksamheten än tidigare.

Bedömning (rött)

Det saknas rollbeskrivning för olika chefsnivåer. Enhetscheferna upplever att de har otydligt mandat och hittar egna lösningar runt sådant som skulle kunna samordnas inom hela kontoret.

Oklart hur verksamhetsplaneringar får en röd tråd. Man har i år, trots de nya förutsättningarna inte utgått från "vad man vill" och "vad som inte fungerar".

Samarbetet mellan den sociala och den medicinska ledningen brister då man har olika organisatoriska tillhörigheter inom flera enheter och två kontor. Det medicinska ledningsansvaret är svårt att hantera då man inte har hälso- och sjukvårdskompetens, man fungerar som arbetsledare men har svårt att hantera verksamhetsfrågor och ta ansvar för att säkerställa allt runt patienten.

Kvalitetsarbete

Krav

Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 ställer krav på att säkerställa processer och egenkontroll. De styrande rutiner som berör kundarbetet återfinns i Valfärd Gävles ledningssystem. Verksamheten ansvarar för upprättande av egna rutiner för att uppfylla styrande dokument såsom lagar, kommunens styrdokument samt sektorns uppdragsbeskrivning och rutiner.

Bedömningsmall

Grönt: Rutiner finns är kända och ger fungerande processer. Det sker en regelbunden uppföljning på flera områden.

Gult: Rutinerna är kända, men en eller flera viktiga fungerar inte. Det sker viss uppföljning i form av egenkontroll. Det finns planerade eller vidtagna åtgärder.

Rött: Känner inte till en eller flera av rutinerna. Det sker ingen egenkontroll.

Förbättringsarbete

Enheten beskriver att de arbetar med förbättringar på arbetsplatsträffar, ombudsmöten och kvalitetsmöte men dokumenterar ej arbetet. Verksamhetschefen har regelbundet kvalitetsmöte med enhetschefer och sjuksköterska för att gå igenom ekonomi, avvikelser och klagomål, men rehab-personal deltar ej. Det har varit svårt att få kvalitetsmötena att fungera bra p g a omsättningen av enhetschefer och sjuksköterskor.

Riskbedömningar på organisatorisk nivå

Enheten har tillsammans med arbetsplatsombud under pandemin genomfört en riskbedömning/riskanalys på alla enheter. En riskbedömning på verksamhetsnivå gjordes i början på pandemin där samtliga vård- och omsorgsboenden under verksamhetschefen ingår.

Egenkontroll

Heltäckande och övergripande egenkontroller har tidigare genomförts då de kommit uppdrag från centralt håll. Under sista året har dock detta inte skett. Enstaka kontroller har nu skett så som nattfastemätning, livsmedelshygienkontroller och kontroll av följsamhet till basala hygienrutiner. Nattfastemätningen har inte rapporterats till NAD och OSA, vilket enligt enhetschef beror på hög omsättning av sjuksköterskor. Oklart varför genomförda livsmedelshygienkontroller inte har rapporterats vidare. Matsvinnsmätning har ej genomförts under perioden, då man saknat centralt stöd i detta.

Bedömning (gult)

Det finns inget dokumenterat systematiskt förbättringsarbete där man fångar upp olika parametrar, analyserar och vidtar åtgärder. Åtgärder som vidtas sker vid enstaka avvikelser.

Riskbedömningar på organisatorisk nivå har genomförts i början av pandemin. Fragmentarisk egenkontroll av enstaka parametrar sker.

Allt detta behöver styras upp och även struktureras i krav på sektornivå.

Avvikelse

Krav

I Treservas avvikelsemodul ska både sociala och medicinska avvikelser dokumenteras, rubriceras, åtgärdas och slutföras enligt styrande rutin för avvikelsehantering. Avvikelse i sociala omvårdnadsarbetet registreras med rubriker inom sociala området och avvikelser i medicinska sjukvårdsarbetet med rubriker inom medicinska området.

Bedömningsmall

Grönt: Avvikelse dokumenteras med rätt rubrik, åtgärder och slutförs då den hanterats klart och det finns inget underlag (klagomål, dokumenterad händelse) som visar en missad registrering i modulen.

Gult: Mer än hälften av avvikelserna är korrekt registrerade. Alternativt, det finns planerade eller vidtagna åtgärder.

Rött: Mindre än hälften av avvikelserna är korrekt registrerade.

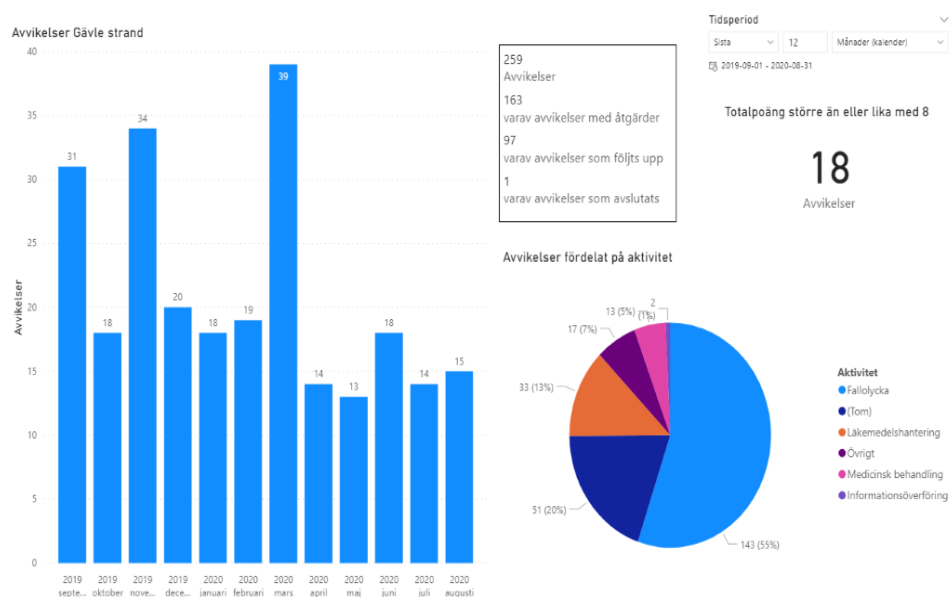
Avvikelsehantering

Personalen är duktiga på att skriva avvikelser. Enhetschefen går igenom alla avvikelser och involverar direkt de professioner som berörs, inklusive anhöriga. Sjuksköterskorna får också alla avvikelser, utan att vara berörd av de sociala avvikelserna. Verksamhetschefen läser alla avvikelser. Rehab-personalen delges enligt enhetschefen bara de mest allvarliga avvikelserna som berör dem, inte alla fall-avvikelser. Rehab-personalen har inte tagit emot några avvikelser hittills.

Enhetschefen framför att det är svårt att jobba i modulen och det finns förbättringar att göra i hur de hanteras och att återkoppling till berörda ska ske. Man dokumenterar åtgärder på ett pappersblock, varken i avvikelsemodul eller journal i Treserva.

Man försöker se mönster och att ta lärdom av det man gör.

Tack vare Power BI (se bild nedan) får verksamheten numera bättre överblick och kan analysera mer, vilket gör det lättare att hitta åtgärder som förebygger avvikelser.



Totalt har boendeenheten 259 registrerade avvikelser på ett år. Dessa fördelar sig med mellan 17-56 stycken per avdelningar, de flesta har 30-40 stycken. 55% av avvikelserna är registrerade fall, 20% har ingen registrering på typ av aktivitet, 13 % berör läkemedelshantering och 7 % övrigt.

Det ligger idag 55 obearbetade registrerade avvikelser, där vissa legat sedan 1 september 2019. Dessa är inte öppnade och heller ej bedömda vad gäller allvarlighetsgrad, vilket gör att när man läser avvikelsern syns inte allvarligheten. Av de 18 avvikelser som har bedömningen med mer än 8 poäng i allvarlighetsgrad har bara 5 skickats vidare till MAS för bedömning av eventuell Lex Maria.

I granskningen av sociala avvikelser framgår att dessa mestadels berör hälso- och sjukvård så som fall och läkemedel, vilket bör hanteras inom ramen för medicinska avvikelser. Det innebär att de registrerats inom fel lagrum och medför fel i statistiken. Det finns enstaka sociala avvikelser på de 13 granskade kunderna, tyder på brist i registrering och de sociala rubrikerna för vilken aktivitet som berört avvikelsern är inte använda under senaste året.

Klagomålshantering

Vid muntliga klagomål frågar alltid enhetschefen om den klagande vill ha klagomålet dokumenterat och då även diariefört. Oftast vill man inte det och anhängig är nöjd med muntliga svaret de får. Kommer det in skriftligt sker diarieföring och verksamhetschef får den för kännedom, men enhetschefen åtgärdar och besvarar.

Ett klagomål gällande vård i livets slutskede har inkommit via IVO under perioden.

Bedömning (gult)

Syftet med avvikelsemodulen är att den stödjer hanteringen av avvikelser. Detta används inte av enheten som inte registrerar all hantering i systemet och ej heller analyserar avvikelser på aggregerad nivå. Att man inte registrerar bedömning av konsekvens, risk och allvarlighetsgrad innebär att MAS och SAS inte får kännedom om dessa händelser. 20% av alla avvikelser saknar rubricering av sakområde. I granskningen av avvikelser finns flera felrubricerade avvikelser så som fall och läkemedel vilket bör hanteras inom ramen för HSL. Dokumentation av hanteringen saknas i hög grad i avvikelsemodulen. Avvikelsena slutförs och avslutas inte i modulen. Det sker ingen dokumentation av händelsen och åtgärder i den sociala eller medicinska journalen. Det sker idag ingen analys av avvikelser på olika chefsnivåer på aggregerad nivå för att hitta förbättringsåtgärder och därmed jobba förebyggande.

Då merparten av avvikelserna berör fall är det anmärkningsvärt att inte rehab-personalen får del av alla fall-avvikelser och är mer delaktiga i arbetet med förebyggande åtgärder. Sektorövergripande krav och stöd saknas som möjliggör statistik och systematiskt arbete på alla nivåer.

Samarbete i teamet

Krav

Lagstiftningen och rutiner för dokumentation och genomförandeplan samt informationsöverföring förutsätter ett samarbete mellan medicinsk personal och omvårdnadspersonal. Omvårdnadspersonalen har behörighet att läsa anteckningar i patientjournal om det finns en insats fördelad/delegerad till omvårdnadspersonal att utföra. De kan då läsa de flesta anteckningar som görs i patientjournalen. Omvårdnadspersonal ska dokumentera en utförd delegerad behandling i aktuella vårdplaner. Legitimerad personal ska ta del av dokumentation och överrapportering vid varje arbetspass. Vid akuta händelser ska omvårdnadspersonalen även ta muntlig kontakt med berörd person.

All personal ska använda olika sätt att rapportera händelser och påminnelser mellan sig. All personal ska vid början av varje arbetspass ta del av det väsentliga som hänt sedan senaste arbetspasset.

Bedömningsmall

Grönt: Finns fungerande struktur för samverkan och den fungerar.

Gult: Det finns en struktur för samverkan, men den brister i vissa delar.

Rött: Finns varken muntlig eller skriftlig struktur som fungerar

Informationsöverföring inom teamet

Teamets deltagare är omvårdnadspersonal, rehab-personal, sjuksköterska och enhetschef. Sjuksköterskan hanterar samtycket från kund för att samarbetet inom teamet kan ske.

Informationsöverföringen inom teamet sker främst via omvårdnadspersonalens daganteckningar samt muntligt i det dagliga arbetet. Enhetschef, sjuksköterskor, rehab-personal och en del omvårdnadspersonal läser daganteckningar vid arbetspassets början, men det förekommer också en hel del muntlig överrapportering mellan arbetspass. Det sker även till viss del via åtgärder och hälsostatus som dokumenteras av omvårdnadspersonal i vårdplaner. Boendeenheten har en dagbok på kontoret som arbetsredskap för påminnelse om någon kund t ex ska på läkarbesök eller till tandläkaren.

Morgonmöten sker bara på korttidsenheten och våning 1 för överrapportering mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och enhetschef. På övriga avdelningar stämmer sjuksköterskan av med omvårdnadspersonalen på morgonen. Sjuksköterskan har sjuksköterskeexpeditionen på det våningsplan där hon är omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskorna ser fördelar med denna placering, men även stora nackdelar då de blir involverade i fler frågor än vad som är befogat av både kunder och personal. De får mindre kollegialt utbyte då de inte sitter i ett gemensamt kontor.

Omvårdnadspersonal och sjuksköterskor aktualiserar frågor till rehab-personalen via funktionsbrevlådan i Outlook. Det är lätt att nå varandra och man får återkoppling snabbt.

Samarbete via vårdplaner

Omvårdnadspersonal ser alla vårdplaner för hela vård- och omsorgsboendet, vilket bidrar till att de tycker är svårt att hitta rätt vårdplan. Det är även svårt att använda de upprättade vårdplanerna runt respektive medicinska behandlingar då omvårdnadspersonal och legitimerad personal ser olika saker i vyerna i Treserva. I patientjournalen lägger man flera åtgärder i en och samma plan men i omvårdnadspersonalens vy så ligger

varje åtgärd som en egen plan. Legitimerad personal informerar därför omvårdnadspersonalen med hjälp av muntlig information samt post-it lappar för att ge skriftliga medicinska instruktioner och påminnelser.

Teamträffar

Under så kallade teamträffar möts alla professioner som ingår i teamet. En omvårdnadspersonal bokas via TES för att representera avdelningen på respektive teamträff. Representanten samlar underlag från sina kollegor både muntligt och via en blankett i pärm på respektive avdelning. På teamträffen en gång per månad (1 timme) går man igenom avdelningens kunder. Det är mest hälso- och sjukvårdsfrågor som tas upp t ex hjälpmedel och förändringar i hälsoläge, men mest fokus på akuta saker och begränsningsåtgärder. Dokumentation sker på en gemensam blankett med åtgärder och uppföljning runt respektive kund där varje profession skriver in inom sitt område. Efter teamträffen dokumenterar omvårdnadspersonalen i daganteckningar och sjuksköterskan och rehab-personalen dokumenterar under rubriken "konsultationer" i medicinska journalen. På korttidsenheten genomförs även vistelseplaneringar då biståndshandläggare deltar. Många kunder upplevs ändå bli kvar länge på korttids.

Vissa teamträffar funkar sådär, tycker någon av de intervjuade. Det saknas struktur och dagordning, det är inte så många närvarande och man lika gärna kunna ta detta per mejl eller telefon framför denna person.

Bedömning (gult)

Det finns en god daglig kontakt genom morgonmöten och överrapportering mellan arbetspass på enheten. Däremot sker kontakt med rehab-personalen främst via mejl, som bidrar till risk för sekretessbrott om personuppgifter framgår.

Teamträffar fungerar, men saknar struktur för att arbeta heltäckande och långsiktigt runt kunden, då det som avhandlas mest rör aktuella saker. Dokumentation efter teamträffen under "konsultationer" i medicinska journalen är fel, det ska dokumenteras i vårdplanen. Förebyggande arbetet runt kund/patient saknas. Både sjuksköterska och rehab-personal använder dels vårdplaner, men även både post-it och skriftliga instruktion hos patienten som ersättning och komplement till vårdplaner. Det bidrar till att denna överrapportering och dokumentation blir fragmentariskt och rörig med risk för missförstånd och allvarliga avvikelser.

Det brister i den övergripande samordningen av teamets arbete runt både teamträffar, dagliga överrapporteringen och ansvar för patientsäkerheten.

Kontaktmannaskap

Krav

Styrande rutinen för kontaktmannaskap och Världighetsgarantin ställer krav på kontaktmannaskap som ska:

- bevaka kundens situation
- avsätta egen tid med kund för samtal om angelägna saker
- vara en länk mellan kund/närstående/verksamheten
- informera om verksamhetsförändringar
- samordna stödinsatser med samverkanspartners
- stödja i hantering av kundens pengar
- erbjuda en ersättare när ordinarie kontaktman är ledig.

Bedömningsmall

Grönt: Fungerar enligt rutin för vad som ingår i kontaktmannaskapet och hur det ska förverkligas.

Gult: Det finns planerade eller vidtagna åtgärder för att få det att fungera enligt rutin.

Rött: Finns ej muntligt eller skriftligt.

Kontaktmannaskap

Två namngivna kontaktmän utses runt varje kund inför inflyttning. Kontaktmännen tar alltid emot ny kund och sköter informationen. Ansvaret för att planen är aktuell ligger på kontaktman, men det är inte alltid kontaktman som skriver genomförandeplanen utan får stöd med detta. Kontaktmännen har ansvar för att bevaka hur kundens situation ser ut, värdeskåpets nyckel, kontakt med anhöriga, bokning av färdtjänst och tex vissa inköp. De schemaläggs så det alltid finns en kontaktman i tjänst till kunden. De båda kontaktmännen får samarbetet och olika uppgifter att fungera sinsemellan samt täcker upp för varandra vid frånvaro.

Bedömning (grönt)

Kontaktmannaskapet fungerar bra enligt rutin.

Hälsa- och sjukvård

Krav

Följa lagstiftning och medicinska rutiner i Valfärd Gävles ledningssystem.

Bedömningsmall

Grönt: Rutinerna är kända och ger fungerande processer.

Gult: Rutinerna är kända, men en eller flera efterlevs inte. Det finns planerade eller vidtagna åtgärder.

Rött: Känner inte till flera av rutinerna och flera inte efterlevs.

Riskbedömning och riskanalys på individnivå

Individuella riskbedömningar görs av sjuksköterska om man kommer ihåg det. Fokus ligger mer på att få till ett inflyttningsbesök med läkare. Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut blir inte involverad i riskbedömningar. Av de riskbedömningar som görs registreras inte alla i verksamhetssystemet. Riskbedömningarna omfattar risk för undernäring, fall, munhälsa och trycksår.

Registrerade riskbedömningar på Gävle Strand, 2019-09-01 – 2020-08-31;

Gävle strand	Undernäring (MNA)	Fall (DFRI)	Trycksår (modifierad Nortonskala)	Munstatus (ROAG)
Entréplan/korttids	20	22	-	0
3A	11	11	11	11
3B	9	9	10	9
1A	-	-	-	-
1B	-	-	-	-
2A	-	-	-	-
2B	-	-	-	-
Totalt	40	42	43	20

Läkarrond

Läkarrond sker två gånger i veckan med ansvarig läkare från hälsocentral, oftast svårt att få till fysiska ronder, bli ofta telefonronder relaterat till pandemin. Vid akuta situationer har sjuksköterska VIP-nummer och får snabb kontakt med läkare. Samarbetet fungerar bra eftersom tillit finns att det verkligen är akut. Ingen planerad vård avhandlas.

Basala hygienrutiner

Utbildning och genomgång rutin samt egenkontroll med observation runt basala hygienrutiner har skett.

Suicid-händelser

Om kunden pratar med omvårdnadspersonalen och uttrycker livsleda, så informerar omvårdnadspersonalen sjuksköterskan. Sjuksköterskan pratar med kunden. Om sjuksköterskan gör den bedömningen att det finns risk för suicid så kontaktar sjuksköterskan läkaren och anhöriga. Erfarenheten är att läkaren tar detta på allvar. MAS kontaktas inte enligt rutin.

Hjälpmedelshantering

Inga åtgärder har vidtagits efter egenkontrollen 2017 runt hjälpmedelshanteringen som visade på brister. Det framkommer att rengöring av hjälpmedel inte fungerar då ansvarsfrågan är diffus. Det är oklart för vissa intervjuade om det finns rutin för denna hantering.

Inkontinenshjälpmedel

Utredningen för inkontinens är oftast genomförd när kund flyttar till vård- och omsorgsboende. Verksamheten har utsett inkontinensansvarig omvårdnadspersonal för förskrivning och beställning av inkontinensskydd. Vid enstaka tillfällen har sjuksköterska gjort det, men hinner inte med det. När det behövs tar man en diskussion.

Läkemedelshantering

Kunderna/patienterna har låsta läkemedelsskåp i den egna lägenheten. Där förvaras Apodos, och signeringslista. Mindre läkemedelsförråd finns på varje våning. Dessa upplevs vara för små.

Delegering sker på följande sätt;

1. Genomgår webbutbildningen via Svensk Demenscentrum. Efter utbildningen lämnar omvårdnadspersonalen sitt erhållna diplom till sjuksköterskan som ska delegera.
2. Vikarier får följa med ordinarie och ser hur det går till med rutiner för att dela läkemedel. Sjuksköterskan frågar om omvårdnadspersonalen har varit delegerad förut.
3. Ny personal får även genomgång av ordinationshandling, monomack, dosett, Apodos och waran-ordination.
4. Sjuksköterskan registrerar delegationen i verksamhetssystemet.
5. Delegering på ordinarie omvårdnadspersonal förlängs 1 år i taget.

Vid behovsläkemedel finns i dosetter eller monomack. Ordinationshandlingen finns i kunders lägenhet. När behov av behovsläkemedel uppstår kontaktar omvårdnadspersonalen sjuksköterska. Sjuksköterskan gör en bedömning utifrån samtal med omvårdnadspersonalen. Omvårdnadspersonalen ger läkemedlet och dokumenterar det i Treserva.

I läkemedelsrummet finns narkotikajournal, där sjuksköterska dokumenterar uttag. I kundens lägenhet finns kundens narkotiska journal där omvårdnadspersonal signerar att de gett läkemedel.

Kontrollräkning av narkotiska preparat en gång i månaden har inte skett enligt rutin under perioden.

Läkemedlen i Apodos kontrolleras var 14:e dag så de stämmer överens med ordinationshandlingen. Vidare kollar man förbrukningsdatum, att läkemedlen förvaras på rätt sätt t ex kylvara eller mörkt utrymme.

Temperaturen i kylskåpet kontrolleras dagligen så att det är inom referensläget, men dokumenteras inte alltid.

Vårdrelaterade infektioner

För att minimera vårdrelaterade infektioner följs urinvägsinfektioner, kateterbyten och rutiner vid byte av kateter. Man är noggrann med intimhygien och att patienten dricker mycket vatten. Inga avvikelser skrivs på vårdrelaterade infektioner.

Munhälsa

Tandhygienist kommer och gör munhälsobedömning en gång per år. Munvårdskort, finns hos alla kunder där det står hur tänderna ska skötas, tandkräm, munskölj och så vidare. Sjuksköterskorna gör riskbedömningar var 6:e månad med bedömningsinstrumentet ROAG³. Folk tandvården har utbildat i munhälsa.

Begränsningsåtgärder

Om det finns ett behov och kunden samtycker till begränsningsåtgärd som exempelvis sänggrind eller rörelselarm så dokumenteras det i en vårdplan som fördelas till omvårdnadspersonalen. Även samtycket dokumenteras i journal. På teamträffar följer man upp om kunden har fortsatt behov av begränsningsåtgärd, checklista finns.

Måltider

Måltidsguiden med tips och råd används till viss del. Man har heller inte gjort måltidsobservationer (egenkontroll). Maten ska serveras med karotter på borden. Men många har svårt att ta mat själva och vissa tar för mycket, det fungerar med andra ord inte bra. Menyn skrivs på tavla så kunder kan läsa detta. Man har fasta tider för lunch och middag. DUKAR fint och tar fram bröd, smör och dricka. Salt och peppar finns på borden. Man serverar mat från en vagn och frågar kunden vad och hur mycket de önskar. Vid fest och högtider serveras maten i karotter och kunderna tar själv med hjälp. Man dukar fint med blommor och erbjuder dessert på helgen. Personalen sitter med vid bordet vid måltid. Enhetschef är med på kostmöten för att styra upp fokus på kunderna när det är mycket olika tyckanden.

Nutrition

Man följer Nutritionshandboken och anpassar näringsintag m.m. genom närings- och energiberikad dryck, timbal- eller purékost, mellanmål o s v. Man mäter vikt var tredje månad, kollar regelbundet tandstatus, bevakar PEG⁴ en gång per månad. Man är uppmärksam på kunder med diagnoser som får sväljsvårigheter, förstoppning m.m. Omvårdnadspersonal dokumenterar alltid om det är någon som äter dåligt antingen i daganteckningar eller i vårdplan. Näringsdrycker ordinerar av sjuksköterska och då signeras överlämnandet.

Vård i livets slutskede

När läkaren bedömer att en kund/patient är i ett palliativt skede ska läkare informera kund och/eller anhöriga genom ett så kallat brytpunktssamtal. Läkaren ordinerar läkemedel för vård i livet slut och skriver en "väntat dödsfalls"-blankett samt upprättar en vårdplan för vård i livet slutskede. Individuella planeringar görs genom att man tar reda på i förväg hur kund/patient önskar ha det i livets slut. Man anpassar utifrån religion och tradition. Om man har behov av ett vak så ska detta tillsättas. Det är då viktigt att denna person är känd hos kund/patient. Man masserar och lugnar patienten och smärtlindring ges vid behov samt stöttar anhöriga och kund i den svåra situationen. När kunden ser att anhöriga är lugna blir kunden också lugn. När kund avlider kontaktas sjuksköterska, man "gör i ordning" kunden, tänder ljus och låter anhöriga vara i fred. Anhöriga får vara delaktiga om de vill i både vak och då man gör i ordning den avlidne.

Diagram över registreringar i palliativa registret, 2019-09 – 2020-09 Gävle Strand;

³ ROAG (Revised Oral Assessment Guide)

⁴ Perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG), möjliggör näringstillförsel vid olika sväljningsbesvär.

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	76,2	98	147	193
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	96,9	98	187	193
Ord. inj ångestdämpande vid behov	96,9	98	187	193
Smärtskattats sista levnadsveckan	36,8	100	71	193
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	59,6	90	115	193
Utan trycksår (kategori 2-4)	92,2	90	178	193
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	83,4	90	161	193

Registreringar i palliativa registret görs inte alltid omgående av sjuksköterska, det blir bara inte gjort, trots att det är svårare då det gått en tid.

Bedömning (gult)

Hälso- och sjukvården bedöms svikta i kvalitet i vissa processer då det identifierats brister i följsamhet till lagstiftning och Valfärd Gävles rutiner. Lagstiftningen och rutiner är kända hos legitimerad personal med efterlevs inte i alla processer. Läke-medelshanteringen och delegering fungerar relativt bra men det har identifierats brister i kontrollräkning av narkotiska preparat. Orsaken till identifierade brister bedöms bero på att det inte funnit förutsättningar för den legitimerade personalen att bedriva god och säker vård. Under den granskade perioden har sjuksköterskorna varit underbemannade och haft omvårdnadsansvar för fler kunder/patienter än normalt. Att hälso- och sjukvården är indelad organisatoriskt i olika stuprör bedöms även vara en bidragande orsak till de brister som identifieras. Det är olika chefer för olika professioner vilket leder till att ingen tar ansvar för helheten för den enskilda kunden/patienten.

Rutin för rengöring av hjälpmedel upplevs inte fungera, detsamma gäller runt hantering av medicinska tekniska produkter (sortiment och kalibrering).

Det grundläggande förebyggande arbete som ska utföras av hela teamet, riskbedömningar samt åtgärder för att minimera risker utförs inte enligt rutin. I de få fall där man har gjort dessa riskbedömningar har inte fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut varit delaktig.

Vårdrelaterade infektioner hanteras inte som avvikelser och utreds därmed inte för att förhindra framtida risker och eventuella vårdskador.

Inkontinenshanteringen följer inte föreskrifter och rutiner. Sjuksköterska ska genomföra inkontinensutredning om det föreligger ett behov. Därefter ska behörig sjuksköterska förskriva inkontinenshjälpmedel till den enskilde. Detta görs inte i dag utan "förskrivning" görs av omvårdnadspersonal som även ansvarar för beställning av inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskorna hänvisar till att de inte skulle hinna arbeta med detta. Detta kan leda till en försämrad livskvalitet för den enskilde samt att det inte är kostnadseffektivt.

Gällande nutrition och måltider så saknas beskrivning av arbetssätt runt exempelvis riskbedömning och nattfasta. Måltidsguiden används inte i alla delar.

Dokumentation

Krav

Genomförandeplan

Styrande riktlinjen för genomförandeplan beskriver att kunder med biståndsbedömda insatser ska ha en upprättad genomförandeplan inom 14 dagar (undantag finns dock för vissa mindre omfattande insatser) med totalt 13 punkter att uppfylla. Granskningsmallen i revisionen innehåller dock bara dessa nio:

- aktuell genomförandeplan
- ansvarig person för upprättandet och uppföljningen
- om kunden varit delaktig själv eller via företrädare/närstående
- kundens sociala liv och intresse
- en beskrivning av kundens funktionsnedsättning och dess konsekvenser, (förmågor och begränsningar hos kunden) som är viktiga att känna till för att kunna ge rätt stöd på rätt sätt, kan kompletteras med medicinska underlag inskannade i Documenta eller i upprättade vårdplaner.
- ett övergripande mål/delmål för olika insatser
- stöd och omvårdnadsinsatser under hela dygnet
- hur de ska stödja kunden med respektive insats d.v.s. hur gör de, tillvägagångssätt, hjälpmedel, tänk på att o.s.v. Finns det träningsprogram och detaljerade instruktioner ska de hänvisa till dem.
- kund och/eller närstående fått kopia

Bedömningsmall

Grönt: Aktuella genomförandeplaner med beskrivande innehåll över vad och hur stöd ska ges över hela dygnet, och där kundens önskemål framgår.

Gult: Mindre än hälften av parametrarna är godkända i granskningsformuläret.

Rött: Saknas genomförandeplan på en eller flera kunder. Alternativt att det finns en eller flera genomförandeplaner som har stora brister.

Social utförarjournal

Verksamheten ska löpande dokumentera väsentliga händelser och åtgärder i en social utförarjournal. Det kan vara framförda klagomål och dess åtgärder, avsägelser, kunds frånvaro, kontakter med samverkanspart eller anhöriga, ökat hjälpbehov och uppdatering av genomförandeplan, vad som kommit fram i en SIP eller andra händelser som berör och påverkar den enskilde.

Medicinsk patientjournal

Legitimerad personal ska löpande dokumentera i en medicinsk patientjournal. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av en patient. En journal skall vara lätt att förstå och det ska tydligt framgå vilken vård och behandling som skall utföras. Journalanteckning eller väsentlig information skall skrivas och ändras så snart som möjligt för att en god vård skall kunna upprättas.

Patientjournalen skall innehålla, uppgifter om patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgifter om diagnos och anledning till mer framstående åtgärder, väsentliga uppgifter om genomförda och planerade åtgärder, uppgifter om informationen som lämnats till patienten, hans vårdnadshavare och övriga närstående, uppgifter om ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och möjligheten till ny medicinsk bedömning, uppgifter om att patienten valt att avstå från vård eller behandling. Sjuksköterska ska dokumentera hälsohistoria och aktuellt hälsotillstånd senast en vecka efter inflyttning.

Vårdplan

Legitimerad personal ska upprätta vårdplaner för behandlingar samt efter avslutad behandling avsluta vårdplanen.

Bedömningsmall

Grönt: Fungerande arbetssätt för dokumentation ger aktuella sociala utförarjournaler och medicinska patientjournaler där man kan följa väsentliga händelser och åtgärder över tid.

Gult: I färre än hälften av journalerna saknas händelser och/eller åtgärder som framkommer i andra källor såsom klagomålshantering, avvikelsemodul, genomförandeplan, vårdplaner eller annan journal.

Rött: I mer än hälften av journalerna finns brister enligt ovan, eller det saknas journal för en eller flera kunder, alternativt att det finns en eller flera journaler som har stora brister.

Genomförandeplan (socialt)

Varje kontaktman ansvarar för att kunderna har en genomförandeplan. Kontaktmannen kan behöva ta hjälp av kollega/IBIC-coach när det gäller innehållet och att skriva genomförandeplanen då alla medarbetare inte har förmågan att kunna ställa frågor och skriva genomförandeplaner. Kunden är alltid med vid upprättande av genomförandeplanen och anhöriga erbjuds vara med om kunden vill det. Kopia på genomförandeplanen lämnas till kunden om kunden önskar det och anhöriga får kopia om kund godkänner det.

10 av 13 granskade genomförandeplaner har en uppdaterad genomförandeplan. 3 av 13 saknar genomförandeplan vilket är en allvarlig anmärkning som kräver åtgärd. Troligtvis tillhör dessa kottidsenheten där inga genomförandeplaner upprättas i Treserva. I övrigt ser innehållet generellt sett bra ut förutom att mål/delmål sällan framgår och att insatserna kan beskrivas bättre utifrån ett veckoperspektiv.

Genomförandeplanen är skriven med utgångspunkt av kundens önskemål och behov. Det framgår inte tydligt i planen vem som är ansvarig för den.

Social utförarjournal

Dokumentationen är i det närmaste obefintlig i sociala utförarjournalen. I ett granskat fall har utförarjournalen inte öppnats alls under vistelsen på korttidsenheten. Omvårdnadspersonalen har svårt att veta vad och hur det ska dokumenteras i den sociala journalen. Den dokumentation omvårdnadspersonalen gör sker i så kallade daganteckningar, vilket är en arbetsanteckning som försvinner efter 4 månader.

Samtliga kunder har en utförarjournal. Innehållet i samtliga kunders journaler berör mestadels hälso- och sjukvård och dess åtgärder. Utöver detta finns endast automatiska anteckningar exempelvis upprättad genomförandeplan eller registrerad avvikelse i journalen. I de fall där det finns registrerade avvikelser borde det finnas väsentliga händelser dokumenterade, exempelvis kontakter som tagits och vilka åtgärder som genomförts. Då journalerna mest innehåller automatiserade standardfraser är det svårt att bedöma huruvida det är skrivet med respekt och har ett godkänt språk, men i något fall var texten osammanhängande.

Vårdplaner (medicinskt)

Legitimerad personal upprättar en vårdplan för respektive behandling och fördelar den till omvårdnadspersonal som kvitterar och dokumentera åtgärder i den. Det är dock inte alltid en vårdplan upprättas vid alla behandlingar. Vårdplaner är många och inte uppdaterade. Riskbedömningar är inte genomförda eller uppdaterade.

Medicinsk patientjournal

Vid dokumentationsgranskning av 13 journaler i verksamhetssystemet Treserva påvisas stora brister i hälso- och sjukvårdsdokumentation. De brister som har påträffats är att fastvårdkontakt inte är uppdaterat i journalen och namn på ansvarig läkare. Samtycke ska inhämtas från patienten gällande informationsöverföring, NPÖ och för kvalitetsregister. Hälften av patienterna har inget dokumenterat samtycke. En dokumenterad årlig läkemedelsgenomgång har endast 4 patienter. Aktuell hälsohistoria samt aktuella diagnoser finns i journalen. Svårt att hitta den röda tråden i journalen så att patienten kan få en god och säker vård.

Bedömning (rött)

Arbetet med genomförandeplaner verkar generellt sett fungera bra på boendeenheten. Det är allvarligt att det saknas genomförandeplaner på korttidsenheten, även om det finns en vistelseplanering. I ett granskat fall har utförarjournalen inte öppnats alls under vistelsen på korttidsenheten, vilket är en brist då det bör framgå i utförarjournalen väsentliga händelser som så inflytt, utflytt, planering framåt och kontakter som tagits. Det är viktigt att dokumentera en plan för vad, när och hur kunden ska få stöd även om vistelsen är kortvarig, den ska enligt lag även arkiveras, vilket ska ske i Treserva.

Användningen av sk daganteckningar (arbetsanteckningar) bidrar med stor sannolikhet till brister i dokumentationen i sociala utförarjournalen. Det saknas väsentliga händelser såsom inflyttning, åtgärder vid avvikelser och går inte att följa kunden i kronologisk ordning. Utbildning i social dokumentation behöver genomföras för att sluta använda daganteckningar för överskiktningen mellan personal.

Vårdplaner behöver upprättas för alla medicinska omvårdnadsproblem och dess behandlingar samt hållas uppdaterade och avslutas när det är aktuellt. All personal behöver få utbildning i arbetet med vårdplaner p g a att det ser olika ut i personalens olika vyer i dokumentationssystemet.

Det är viktigt att patienten vet vem som är den fasta vårdkontakten samt vilken som är ansvarig läkare.

Etik och meningsfull dag

Krav

Lagstiftning och Värdegarantin ställer krav på olika frågor rörande likabehandling, delaktighet, bemötande, trygghet, säkerhet, information och meningsfull dag. Värdegarantin ställer krav på att bära namnskylt och att följa rutiner för att uppnå ovanstående så att kund ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Bedömningsmall

Grönt: Finns ett medvetet arbete att hålla dialog runt frågorna i Värdegarantin och att regelbundet fånga upp individuella önskemål och beskriva en meningsfull dag i genomförandeplanen.

Gult: Man arbetar utifrån individuella behov och har samtal om etiska frågor och värdegrund.

Rött: Sker ingen dialog runt frågorna, syns inget av detta i arbetet med kund.

Värdegrund och Värdegarantin

Det sker samtal runt värdegrund och Värdegarantin och etiska frågor, men inte strukturerat återkommande. Främst omvårdnadspersonalen betonar vikten av att lyssna på kundens önskemål och göra individuella anpassningar. Det finns ingen uppmaning att bära namnskylt. Vissa gör det, andra inte, men medarbetare försöker påminna varandra och vikarier.

Omvårdnadspersonalen uppfattar att man har god kännedom om kunderna och deras behov och önskemål av aktiviteter. Sedan pandemin utbröt sker mindre samlingar på respektive avdelning, nu deltar fler kunder t ex i Zumba-dans än tidigare. Sjuksköterskor uppger att de försöker involvera patienten i sin vård.

Bedömning (gult)

Det finns inget återkommande tillfälle för att lyfta etiska och värdegrundsfrågor. Det ställs heller inga tydliga krav på att alla ska bära namnskylt.

Kontinuitet

Krav

Värdighetsgarantin betonar vikten av omsorgskontinuitet, d.v.s. att kundens behov ska vara väl kända i personalgruppen och att hjälpen utförs på samma sätt oavsett vem som utför den.

Bedömningsmall

Grönt: Genomförandeplanen beskriver kundens behov och hur den vill ha hjälpen utförd.

Genomförandeplanen och TES används som stöd i arbetet för omvårdnadspersonalen.

Gult: Medveten om vikten av omsorgskontinuitet, de pratar ihop sig för att göra lika men finns inte dokumenterat. Alternativt, det finns planerade eller vidtagna åtgärder.

Rött: Finns ej muntligt eller skriftligt.

Omsorgskontinuitet

Omsorgskontinuitet (att kund får stöd på samma sätt oavsett vem som arbetar) uppnås dels genom beskrivningar i Tes-planeringsverktyget, i genomförandeplaner och vårdplaner. Sjuksköterskorna sköter själva alla omläggningar av sår.

Personalkontinuitet

Personalkontinuitet (att kunden får stöd av begränsat antal personer) uppnår man genom kontaktmannaskap där de två kontaktmännen turas om att arbeta och schemaläggs mer runt sina kunder. En löpare som går mellan avdelningarna på våningsplanet dagtid bidrar också till ökad kontinuitet. Att varje patient har en fast vårdkontakt i form av omvårdnadsansvarig sjuksköterska och rehab-personal bidrar också till kontinuitet. Under pandemin har färre individer använts som vikarier och man har en vikarie överanställd, vilket också ökat kontinuiteten.

Bedömning (grönt)

Det finns ett genomtänkt arbete för att sträva efter hög kontinuitet.

Personal

Krav

Förvaltningens mål år 2014; 80 % av ordinarie personal har undersköterskekompetens eller motsvarande.

Bedömningsmall

Grönt: 80 % eller fler har adekvat utbildning.

Gult: Det finns planerade eller vidtagna åtgärder, t.ex. planerat vidareutbildning eller strategin att framöver anställa personer med adekvat utbildning.

Rött: Målet ej uppfyllt.

Utbildning och kompetens

Chefsområde, Gävle strand 1

30 st undersköterskor

5 st vårdbiträden utan utbildning med minst 3 års erfarenhet

1 städare utan utbildning

1 måltidspersonal med utbildning för restaurang

Chefsområde, Gävle strand 2

29 st undersköterskor

2 vårdbiträden utan utbildning men med minst 3 års erfarenhet

1 vårdbiträde med utbildning Social service och omsorg samt minst 3 års erfarenhet

1 samordnare utan utbildning

Utbildningsnivån är hög, 88% har undersköterskekompetens, övriga 12 % har vårdbiträdesutbildning och eller minst tre års erfarenhet. Det finns brister i det svenska språket hos personal, det blir tex syftningsfel i dokumentationen uppger enhetschefen, som påtalat behov av åtgärder på verksamhetsledningsmöten.

Fortbildning och handledning

Enhetscheferna och sjuksköterskorna har inte fått någon kompetensutveckling eller utbildning under senaste året. Omvårdnadspersonalen har fått webbutbildning i basala hygienrutiner samt läkemedelshantering innan delegering.

Personal på våning 1 samt nattpersonal har reflektionstid en gång i månaden utifrån Silviacertifieringen som skedde under våren 2019. Korttidsenhetens medarbetare hade under hösten 2019 handledning runt livets slutskede ca 1 gång/månad av medarbetare i Svenska kyrkan.

Sjuksköterskan leder omvårdnadspersonalen i det dagliga arbetet. Exempelvis runt basala hygienrutiner, såromläggning, trycksårprofilax, munvård och så vidare. Omvårdnadspersonalen ställer frågor och får svar. En plan för kompetensutveckling utifrån medicinska avvikelser finns och är lyft till HR-chef, då sjuksköterskor finns i flera verksamheter inom sektorn.

Introduktion

Introduktionsprogrammet för omvårdnadspersonal innehåller både teori och praktik. Man går dubbelt under ett dagspass och ett kvällspass, kan utökas efter individuell bedömning av enhetschef. Enhetschefen följer upp hur man tagit till sig informationen. Sekretessavtal skrivs på och följs upp på förekommen anledning. Sjuksköterskor introduceras av kollegor. Checklista för introduktion finns. Det har varit svårigheter vid personalomsättning, när den nyrekryterade sjuksköterskan kommer till boendet så har redan sjuksköterskan slutat sin anställning.

Inför sommaren hade enhetschef och sjuksköterska tillsammans ett introduktionstillfälle med all ny omvårdnadspersonal där fokus var basala hygienrutiner som innehöll både teori och praktik.

Uppföljning av introduktionen sker genom att ha uppföljningssamtal med vikarier. Man har fått positiv återkoppling ifrån vikarierna gällande introduktionens upplägg.

Arbetskläder

Sjuksköterskor och omvårdnadspersonal har arbetskläder. Arbetskläderna byter medarbetarna efter varje arbetsdag. Arbetskläderna förvaras i omklädningsrum. Smutsiga arbetskläder läggs i en tvättkorg, nattpersonal och lokalvårdare tvättar kläderna.

Ombudsroller

Enhetschefen har möten med ombuden. Detta sker inte regelbundet utan vid behov. Kostombud, inkontinensombud, aktivitetsombud, hygienombud och brandombud finns.

Ansvar och överenskommelse för respektive ombudsroll finns. Just nu går man igenom i rutiner vilka ombud som ska finnas och vad som ingår i de olika uppdragen. Enhetschefen följer upp detta på medarbetarsamtalen.

Medarbetar-/kundundersökning

Senaste medarbetar-/kundundersökningen från 2020 har inte redovisats eller behandlats i verksamheten.

Bedömning (grönt)

Enheten har god utbildningsnivå. 88% har undersköterskeutbildning och övriga har flera års erfarenhet.

Enheten har både en genomtänkt introduktion och följer även upp hur den fungerat runt enskilda medarbetare. Bra att medarbetare får reflektionstid och handledning, efter behov. Ombudsroller finns för viktiga området och arbetet fortlöper.

Det är bra att enheten uppmärksammat behov av kompetensutveckling och lyft frågan till ansvariga. Det finns dock flera brister kring frågor där enheten kan förbättra kompetensen även på egen hand.

Enheten har inte tagit vara på underlaget i senaste medarbetar- och kundundersökning för att jobba med förbättringar, pandemin har bidragit till andra prioriteringar.

Säkerhet

Krav

Följa lagstiftning och rutiner för säkerhetsarbete i Valfärd Gävles ledningssystem.

Bedömningsmall

Grönt: Rutinerna är kända och ger fungerande processer.

Gult: Rutinerna är kända, men en eller flera viktiga fungerar inte. Det finns planerade eller vidtagna åtgärder.

Rött: Känner inte till en eller flera av rutinerna.

Loggkontroll

Verksamheten har hittills inte fått någon lista på loggar från systemförvaltare att granska. Detta har inte kunnat påbörjas p g a tekniska och organisatoriska svårigheter. Arbete pågår i sektor för att åtgärda detta.

Samtycke

Sjuksköterskan hanterar samtycket från kund så att samarbetet inom teamet kan ske. Man tar samtycke från de kunder som kan ge samtycke, men dokumenterar det inte alltid.

Förvaring av dokumentation

Dokumentationen förvaras i verksamhetssystemet Treserva och låsbara förvaringsskåp för akter.

Farliga ämnen

Innan verksamheten beställer produkter så görs en viktning utifrån om det finns farliga ämnen i produkten och om det finns ersättningsprodukt i stället utan farliga ämnen. Viktningen gör enhetschefen tillsammans med beställaren. Detta har inneburit att verksamheten inte köper in så mycket produkter där det finns farliga ämnen. Verksamheten har gjort en rutin för hantering av kemikaliska produkter och upprättat säkerhetsdatabladspärmar som finns på varje enhet. Faropictogram för produkter finns beskriver i pärmen och vilken eventuell skyddsutrustning ska användas.

Kontroll av kyl och livsmedelshygien

Verksamheten gör temperaturmätningar enligt rutin. Termometer finns i varje kyl och frys. Kontrollerar så att alla livsmedel är märkta med produktman och datum. Personalen förvarar inte sin egen mat i kundernas kylskåp. Antingen använder personal engångsförkläden som de kastar efter att det är använt eller så använder personalen köksförkläden som tvättas varje dag. Checklista finns på kylskåpet där personalen prickar av när de rengjort köksytorna. Måltidsansvarig är utbildad i livsmedelshygien och ansvarar för rätt förvaring av livsmedel. Grund-/fortbildning i livsmedelshygien och egenkontrollprogram har inte genomförts under senaste året.

Hantering av kundens pengar

Överenskommelse med kunden görs när kunden flyttar in både vad gäller pengar och värdeföremål om kunden önskar att få det stödet. Kontaktmannen kvitterar ut en värdeskåpsnyckel och enhetschefen har tillgång till en

nyckel till kundens värdeskåp. Verksamheten följer rutinen. Enhetschefen har, enligt sektorns säkerhetssamordnare, tillsammans med jurister tagit fram ett bra underlag för hantering av värdesaker. Det borde spridas till alla vård- och omsorgsboenden enligt säkerhetssamordnaren.

Nyckelhantering

Verksamheten har tagg-system. När kunden flyttar in till Gävle Strand får kunden kvittera ut tre taggar. Om kunden vill ha fler än tre taggar får kunden bekosta dessa taggar själv. Kunden har blåband-teknik för att öppna sin lägenhet. Enhetschefen eller verksamhetschefen beställer tagg till medarbetare och vikarie i blanketten på Ankaret. När taggen levereras får verksamheten en kvittens som medarbetaren skriver under. Kvittenserna sparas i en pärm. När medarbetaren/vikarien slutar sin anställning så lämnas taggen tillbaka.

Brandskydd

Rutin vid brand för Gävle Strand är upprättad och finns i ledningssystemet. Internkontroll har inte gjorts under senaste året. Brandskyddsombudet har gått utbildning, dock ej under senaste året.

Larm

Verksamheten har rumslarm och rörelselarm. Vid rörelselarm som är en begränsningsåtgärd görs en individuell bedömning av sjuksköterskan. I verksamheten finns ett rörelselarm på varje enhet om akut behov uppstår.

Tolk

Verksamheten har inte använt tolk någon gång. I samband med ett tillfälle vid en vårdplanering har biståndshandläggare använt tolk. Verksamheten har medarbetare som kan prata många språk.

Bedömning (gult)

Enheten följer inte rutin för samtycke i alla delar. Det ska dokumenteras ett samtycke även i sociala dokumentationen om vilka samverkanspartners och anhöriga som får kontaktas.

Enheten har ej genomfört de fyra interkontroller av förebyggande brandskyddsarbete som ska ske per år. Tygförkläde ska användas i köket vid livsmedelshantering och tvättas dagligen. Engångsförkläden ska bara användas i omvårdnadsarbetet, för att det inte ska bli brist på dem.

Samlingsplats för farliga ämnen ska framgå i enhetens rutin för brand. I övriga sakområden sker hanteringen enligt rutiner.

Socialstyrelsens brukarenkät

I Socialstyrelsens brukarenkät beskriver rapporten "Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2020" att totalt svarade 39,8% av de tillfrågade i landet. Enkäten skickades ut innan pandemin startade i Sverige. Andelen svarande för Gävle Strands vård- och omsorgsboende var mellan 20 - 40%. Det innebär alltså minst 7 och högst 14, varför svaren ska tolkas med försiktighet.

På Gävle Strand har andelen kunder som är mycket eller ganska nöjda med stödet i sin helhet sjunkit från 92% år 2019 till 67% år 2020, samma som år 2018. Gävles snitt ligger på 83% år 2020. De svarande är dock mer nöjd än snittet i både landet, länet och Gävle med följande:

- De har fått flytta till önskat boende
- Lägenheten och gemensamma utrymmen,
- Mat och måltidsmiljö
- Personal har tid
- Påverka tider för stöd (lika som Gävle)
- Personalens bemötande (100% nöjda)
- Personalen tar hänsyn till önskemål
- Trygghet på boende (100%)

- Förtroende för personal
- Besvärar mindre av ensamhet
- Nå personal
- Vet vart man lämnar klagomål

Mindre nöjda än snittet ovan med följande:

- Utemiljön
- Aktiviteter (dock bättre än landet och länet)
- Utevistelse
- Personal informerar om förändringar
- Tillgång till sjuksköterska
- Tillgång till läkare (dock bättre än landet)

Sammanfattande reflektion

Vi ser en fungerande verksamhet med engagerad personal. Alla gör så gott de kan.

I intervjuer med omvårdnadspersonal framkom ett genuint intresse att tillmötesgå kund/patient vid vård i livets slut. Omvårdnadspersonalen gav en fin beskrivning av hur man arbetar med att få den enskilde att känna trygghet och värdighet.

Att verksamheter har svårt med dokumentation i utförarjournaler och vårdplaner är inget nytt. Det har sedan lång tid varit en genomgående brist i de flesta uppföljningar och utvärderingar som skett i andra verksamheter.

Tidspress och personalomsättning bedöms bidra till många av de brister som påtalas. Det dagliga arbetet består av akuta uttryckningar, det förebyggande grundläggande arbetet blir lidande.

Personalen närmast kund/patient ger ett intryck av trygghet och genuint engagemang om att man ger allt man kan till den enskilde även om man inte har alla förutsättningar. Brukarenkätens svar bekräftar detta.

Under granskningen har en pandemi pågått, vilket kan ha påverkat resultatet i viss mån. Men vissa av bristerna har dock varit kända av bland annat MAS sedan tidigare.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen inom Velfärd bidrar till oklara roller och försvårar det dagliga samarbetet och den gemensamma långsiktiga planeringen med berörda parter.

Sjuksköterskorna har arbetat underbemannade under hela året 2020. Det har inte kommit till vår kännedom att man bedömt vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras respektive prioriteras bort av de som varit i tjänst. Ingen dialog har förts med medicinskt ansvarig sjuksköterska vid denna underbemanning och därmed finns en risk att arbetet inte ska kunna bedrivas patientsäkert. Det är av yttersta vikt att hälso- och sjukvården att man börjar att arbeta med patientsäkerhetskulturen för att uppnå en god vård med god kvalitet där vården är jämlik för våra kunder/patienter.

Avslutningsvis har vi granskare identifierat flera brister som behöver åtgärdas på sektornivå;

Rutinen för hur loggkontroll ska genomföras behöver revideras så att enheterna ges möjlighet att genomföra dessa på ett systematiskt sätt enligt gällande krav. Det pågår ett revideringsarbete hos systemförvaltningen. Stöd och styrning i det ständiga förbättringsarbetet saknas ute i verksamheten. Detta arbete planeras av Kvalitetsteamet.

En komplex HSL-organisation gör att samverkan mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal försvåras, främst när det gäller samverkansfrågor på ett övergripande plan. Det pågår en översyn av detta på sektornivå.

De brister som lyfts fram om brister i svenska språket är redan kända av sektorn. I Omvårdnadsnämndens verksamhetsplan 2021-2024 står redan *"Språkutbildningar ska påbörjas och erbjudas på arbetstid för medarbetare där behov har identifierats."*

Sektor Velfärd behöver utveckla en organisation för att kontinuerligt erbjuda utbildningar i olika frågor tex social och medicinsk dokumentation, avvikelshantering, riskbedömningar, systematiskt förbättringsarbete. Även tydligare implementering av olika rutiner behöver förbättras.

Referenser

Omvårdnadsnämndens Vårdighetsgaranti, giltig from 1 mars 2013.

Rutiner och uppdragsbeskrivning i Valfärd Gävles Ledningssystem.

Treserva, avvikelsestatistik ur avvikelsemodul, 2019 09 01-2020 08 31

Valfärd Gävles diarium, Lex Sarah-ärenden 2019 09 01-2020 08 31

Valfärd Gävles diarium, Klagomålsärenden 2019 09 01-2020 08 31

Brukarenkät 2020, Socialstyrelsen

Åtgärdsplan för vård- och omsorgsboende Gävle Strand 2021-03-09

	Brist	Förslag på åtgärd	Ansvarig	Påbörjas /klart
1	Ledning och organisation - Otydliga roller och ansvar mellan chefer och chefsnivåer	Genomgång av enhetschefernas uppdrag samt ett sammanställt flödesschema över viktiga händelser och uppdrag under året som stöd. Genomgång av ledningssystemet med enhetschefer, tydliggörande av roller och ägarskap av aktuella rutiner. Årlig genomgång av gällande rutiner. Beskrivning av verksamhetschefernas ansvar gällande HSL. Upprättande av en tydlig ansvarsfördelning gällande insatser enligt HSL och det systematiska kvalitetsarbetet: - Verksamhetschef HSL - Ledningsansvarig sjuksköterska - Enhetschef - Omvårdnadsansvarig sjuksköterska - Omvårdnadsansvarig sjukgymnast/fysioterapeut - Omvårdnadsansvarig arbetsterapeut - Undersköterska / Omvårdnadspersonal	Kontorschef Verksamhetschef	2021 Mars 2021
2	Kvalitetsarbete - Förbättringsarbetet dokumenteras ej	Vi ska börja använda ett nytt egenkontrollsprogram som stöd vid förbättrings- och verksamhetsplaner. Egenkontroll-programmet innehåller ett antal frågor inom de olika ansvarsområdena och utifrån dessa görs handlingsplaner och planering för kompetensutveckling. Verksamhetschef dokumenterar förbättringsarbeten som genomförs på vård- och omsorgsboende och delger andra verksamheter vid kvalitetsmöten, verksamhetsmöten och under verksamhetschefsträffar.	Verksamhetschef HSL Enhetschef	2021 2021
3	Avvikelse - Brister i avvikelshanteringen,	Utbildning i Treserva och avvikelsemodulen. Avvikelse går igenom på boendets Kvalitetsråd och aggregeras till kontorets	Verksamhetschef HSL	2021

	dokumentationen och i analys på aggregerad nivå	Kvalitetsråd.	Enhetschef	
4	Samverkan i teamet - Långsiktigt och förebyggande arbete runt kund saknas - Stuprörstänk, ingen har helheten för kund/patient - Rehab-personal blir inte involverade i alla delar, tex i kvalitetsråd och avvikelser	Dialog med enhetschef för rehab kring samarbetsformer för långsiktigt arbete runt kund. Utbildning för omvårdnadspersonal i att läsa och skriva i vårdplaner. Nytt utbildningsmaterial framtaget. Ett gemensamt arbete mellan kontoren Stöd i hemmet och Boende pågår med att ta fram förslag till en sammanhållen organisation som främjar samarbetet och stärker teamarbetet för att säkerställa en god omvårdnad och hälso- och sjukvård.	Verksamhets- chef HSL Enhetschef	2021 2021 2021-2022
5	Dokumentation - I utförarjournal saknas - i vårdplaner brister	Utbildning i social dokumentation för omvårdnadspersonal Vårdplaner skrivs av sjuksköterskor men omvårdnadspersonalen behöver utbildning i att skriva i vårdplaner.	Enhetschef Verksamhets- chef HSL	2021 2021
6	Hälso- och sjukvård - Arbete med riskbedömningar och vårdplaner brister	Samtliga kunder som bor på Gävle Strand har aktuella riskbedömningar. 60 riskbedömningar är gjord efter granskningen genomfördes, från sept till och med nov 2020. Ej registrerat som enstaka åtgärd. Utbildning i hur man registrerar enstaka åtgärd.	Verksamhets- chef HSL	Klart 2021
7	Etik och meningsfull dag - Strukturert samtal om värdegrund och etik saknas - Krav på namnskytt saknas	Samtal om värdegrund vid medarbetarsamtal en gång per år och vid lönesamtal, samt vid behov. Krav på namnskytt förtydligat.	Enhetschef Verksamhets- chef HSL	2021 Klart
8	Säkerhet - Hantering av samtycke brister - Internkontroll ej genomförd - Engångsförkläde används ej	Samtycke är registrerat i Treserva för fyra olika parter, men ska utvecklas för att även omfatta arbetet runt teamträffar. Internkontroller ska genomföras enligt rutin under 2021. Engångsförkläden används i nära vård. Tygförkläden används i köket och tvättas varje dag.	Enhetschef Verksamhets- chef HSL	Klart 2021 Klart

Informationsärende: Rapport
om ej verkställda beslut enligt
SoL, kvartal 4 år 2021

21

21ON152



Tjänsteskrivelse

2022-01-25

Diarienummer: 21ON152

Handläggare:

Katarina Pettersson Södergren
026-17 80 00
katarina.pettersson_sodergren@gavle.se

Nämnd:

Omvårdnadsnämnd

Rapport om ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen, kvartal 4, år 2021

Omvårdnadsnämnden är skyldig att kvartalsvis anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om beviljade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) inte har verkställts senast tre månader efter beslut. Nämnden ska på motsvarande sätt också rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader.

Om IVO bedömer att insatsen inte verkställts inom skälig tid skall IVO ansöka hos förvaltningsrätten om utdömande av en särskild avgift. Innan beslut fattas om utdömande av särskild avgift får nämnden yttra sig om skälen till dröjsmålet med att verkställa insatsen.

Insats vård- och omsorgsboenden

I rapporteringen för kvartal 4, år 2021 har 3 ärenden återrapporterats.

2 ärende är verkställda.

1 ärenden är beslut som avslutas utan verkställande.

I rapporteringen för kvartal 4, år 2021 har 3 nya ärenden rapporterats.

3 ärenden är icke verkställda.

**Ej verkställda beslut för bistånd enligt socialtjänstlagen - för kunder över 65 år,
Välfärd Gävle**

Kvarta I	Typ av bistånd	Kvarstående ej verkställda beslut vid kvartalets utgång
4 (2021)	Vård och omsorgsboende	3

Kommentar:

3 nya beslut är taget under rapporteringsperioden som icke är verkställt på grund av att dessa personer enbart önskar ett specifikt boende där vi inte haft ledigt under rapporteringsperioden.

**Ej verkställda beslut för bistånd enligt socialtjänstlagen - för kunder under 65 år,
Välfärd Gävle**

Kvarta I	Typ av bistånd	Kvarstående ej verkställda beslut vid kvartalets utgång
4 (2021)	Vård och omsorgsboende	0

Insats dagverksamhet

I rapporteringen för kvartal 4, 2021 har 5 ärenden återrapporterats in avseende insatsen dagverksamhet.

Kommentar

2 beslut är verkställda under rapporteringsperioden.

3 beslut är icke verkställda, personerna har erbjudits insats men tackat nej på grund av Covid 19.

Biståndshandläggare beviljar antal dagar på dagverksamheten utifrån kundens behov och i rapporten framkommer inte om kunderna fått samtliga dagar beviljade utan enbart att insatsen åter är verkställd. Detta är en konsekvens av att dagverksamheten har haft begränsat antal deltagare under rådande pandemin.

Insats avlösningsvistelse

I rapporteringen för kvartal 4, 2021 har 15 ärenden återrapporterats in avseende insatsen avlösningsvistelsen.

Kommentar

4 beslut är verkställda.

6 beslut är avslutade utan verkställande.

5 beslut är icke verkställda, personerna har erbjudits insats men tackat nej på grund av Covid-19.

Biståndshandläggare beviljar antal dagar på avlösningsvistelsen utifrån kundens behov och i rapporten framkommer inte om kunderna fått samtliga dagar beviljade utan enbart att insatsen åter är verkställd. Detta är en konsekvens av att avlösningsvistelsen har haft begränsat antal deltagare under rådande pandemi.

Utdömande av särskild avgift

Om Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedömer att en insats inte verkställts inom skälig tid kan IVO ansöka om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten enligt 16 kap 6 a § Socialtjänstlagen (2001:453) SoL.

Innan beslut fattas om utdömande av särskild avgift får nämnden yttra sig om skälen till dröjsmålet med att verkställa insatsen.

Kommentar

Det finns i dagsläget inga aktuella ärenden om utdömande av särskild avgift.

Informationsärende: Anmälningsärenden

23

§ 11 Avsägelse samt fyllnadsval 2021

Dnr 21KS6

Expedieras till:
Berörda.

Beslut

Kommunfullmäktige beslutar

att godkänna avsägelse och utse:

Therese Hammarberg (M) till ersättare i Omvårdnadsnämnden efter Carolina Fredsdotter-Nilsson (M)

Roger Hedlund (SD) till suppleant i AB Gavlegårdarna efter Johan Hedlund (SD)

att utse följande SD ledamöter och ersättare för perioden 220101–221231:

Romel Rached (SD) och Petri Ritola (SD) till ledamöter samt Camilla Westman (SD) till ersättare i Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden

Petri Ritola (SD) till ledamot och Madeleine Eklund (SD) till ersättare i Jävsnämnden

Anna Sundberg (SD) och Marcus Lagerroos (SD) till ledamöter samt Thomas Norrman (SD) till ersättare i Kultur- och fritidsnämnden

Lena Emanuelsson (SD) och Anna-Karin Åström (SD) till ledamöter samt Åsa Norling (SD) till ersättare i Omvårdnadsnämnden

Christer Larsson (SD) och Thomas Lindberg (SD) till ledamöter samt Andreas Kvarnström (SD) till ersättare i Samhällsbyggnadsnämnden

Angelica Johansson (SD) och Amalia Kvarnström till ledamöter samt Karl-Axel Bartholf (SD) till ersättare i Socialnämnden

Wanja Delén (SD) och Anders Hemlin (SD) till ledamöter samt Madelene Eklund (SD) till ersättare i Utbildningsnämnden

Mattias Eriksson Falk (SD) till ledamot och Richard Carlsson (SD) till ersättare i Valnämnden

att bordlägga följande val:

ersättare i Samhällsbyggnadsnämnden efter Mikael Persson (L)

Ärendebeskrivning

Följande förtroendevalda har avsagt sig uppdragen:

Justerare			Utdragsbestyrkande

Kommunfullmäktige
Sammanträdesdatum 2021-12-13

Amalia Kvarnström (SD) ersättare i Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden
(bordlades vid kommunfullmäktige 2021-11-22)

Mikael Persson (L) ersättare i Samhällsbyggnadsnämnden (bordlades vid
kommunfullmäktige 2021-11-22)

Carolina Fredsdotter-Nilsson (M) ersättare i Omvårdnadsnämnden

Johan Hedlund (SD) suppleant i AB Gavlegårdarna

Inlägg i ärendet

Margaretha Wedin (C).

Beslutsunderlag

- Protokoll valberedning 211210, dnr 476348

Justerare			Utdragsbestyrkande

Avgifter inom omvårdnadsnämndens verksamheter 2022

Sid 295(317)

	Andel av prisbasbelopp	Prisbasbelopp 48.300 kr
Maxtaxa	48,00 %/12	1 932 kr/månad
Timtaxa omvårdnad/service	9,55 %/12	384 kr/ timme
Trygghetstelefon	6,00%/12	242 kr/ månad
Installationsavgift trygghetstelefon	9,55%/12	384 kr
Hemsjukvård		300 kr/ månad
Matportion	0,11%	53 kr/portion
Dessert	0,03%	14 kr/portion
Mat dagverksamhet	1,64%/12	66 kr/dag
Resor till och från dagverksamhet		26 kr/ enkelresa
Matabonnemang i vård och omsorgsboende	76,46%/12	3 078 kr/månad 103 kr/ dygn
Matabonnemang enligt parboendegarantin		3 180 kr/månad 106 kr/dygn
Avlösningstvistelse Omvårdnad Mat	Maxtaxa/30 3 078 kr/30	167 kr/dygn 64 kr/dygn 103 kr/dygn
Sänglinne	1,50%/12	60 kr/månad
Förbrukningsvaror	3,41%/12	137 kr/månad

Minimibelopp 2022

	Kronor per månad
Ensamstående 61 år och äldre	5 452
Makar/sambo 61 år och äldre	4 607
Ensamstående 19-60 år	5 997
Makar/sambo 19-60 år	5 068

Prisbasbelopp för år 2022: 48 300 kr

Tillägg för hushåll med barn eller ungdom 0-18 år

Tillägg för hemmavarande barn sker efter individuell bedömning av avgiftshandläggare.

2021-12-16

Socialnämnden, Omvårdnadsnämnden och
Arbetsmarknads- och funktionsrättsnämnden i Gävle kommun

Granskning av dataskyddsarbete 2021

Dataskyddsombudet har 2021 genomfört en granskning av Sektor Velfärds dataskyddsarbete. En uppföljning av två års tidigare granskningar under 2020 respektive 2019 har även genomförts.

Sektor Velfärd har granskats genom intervju av dataskyddssamordnare.

Granskningen 2021 har fokuserat på två olika huvudområden: personuppgiftsansvarigas information om personuppgiftsbehandlingar till de anställda samt genomförda konsekvensbedömningar. Detta har skett som en del av dataskyddsombudets övervakande arbete 2021. Granskningen har genomförts hos flertalet personuppgiftsansvariga organisationer inom dataskyddsenhetens arbetsområde.

Det övervakande arbetet under 2020 involverade granskning av personuppgiftsansvarigas systematiska arbete med personuppgiftsincidenter och personuppgiftsansvarigs dokumentation av personuppgiftsbehandlingar, s.k. registerförteckning. Dataskyddsombudet har under 2021 genomfört en uppföljning om personuppgiftsansvariga har genomfört nödvändiga åtgärder i enlighet med tidigare rekommendationer från dataskyddsombudet.

Uppföljning av registerförteckning

Enligt artikel 30 i dataskyddsförordningen ska personuppgiftsansvariga föra ett register över sina personuppgiftsbehandlingar som utförts under dess ansvar.

Dataskyddsombudets bedömning

Vid granskningen 2020 saknade Arbetsmarknad- och funktionsrättsnämnden (AFN) samt Omvårdnadsnämnden (ON) en registerförteckning. Socialnämnden (SN) hade kompletterat registerförteckning enligt de rekommendationer dataskyddsombud lämnat 2019 om att komplettera registerförteckningen för att uppfylla de krav på registerförteckning som fastställs i artikel 30.

Vid granskning 2021 har alla tre nämnder en registerförteckning som uppfyller de krav som fastställs i artikel 30. Dokumentationen har förts över från Excel till systemet DraftIT Records för bättre dokumentationsmöjligheter, säkerhet samt likt övriga inom kommunkoncernen. Socialnämnden har även övergått från att dokumentera behandlingar där de likställs med system och

lagringsytor för att i stället dokumentera utifrån verksamhetsprocesser i enlighet med rekommendationen från 2020.

En registerförteckning är det mest grundläggande verktyget organisationer kan använda sig av för att säkerställa regelefterlevnad av dataskyddsförordningen samt uppfylla ansvarsprincipen, artikel 5.2, den personuppgiftsansvarige ska ansvara för och kunna visa att de grundläggande principerna i dataskyddsförordningen följs.

För att en registerförteckning ska kunna användas av organisationen för att uppfylla övriga krav i förordningen bör ansvaret för dokumentation av behandlingar fördelas ut till verksamhetskunniga inom behandlingarna (verksamhetsprocesserna) då i dagsläget är tidigare dataskyddsamordnare satt som ansvarig för alla behandlingarna. En sådan åtgärd kan förhindra att dokumentationen i ett längre perspektiv förlorar aktualitet, förutsatt att man inför rutin om kontinuerlig översyn av behandlingarna. Förslagsvis en gång per år, där ansvarig ser över dokumentationen och uppdaterar inaktuell information. En sådan rutin är även lättare att i nuläget implementera i och med övergången till det nya systemet tillskillnad från tidigare år där excelfiler användes för dokumentation.

Dataskyddsombudets rekommendation

Inför en rutin för kontinuerlig översyn av registerförteckningen.

Uppföljning personuppgiftsansvarigas systematiska arbete med personuppgiftsincidenter.

Enligt artikel 33.1 i dataskyddsförordningen ska den personuppgiftsansvarige vid en personuppgiftsincident utan onödigt dröjsmål och, om så är möjligt, inte senare än 72 timmar efter att ha fått vetskap om den, anmäla personuppgiftsincidenten till den tillsynsmyndighet som är behörig i enlighet med artikel 55, såvida det inte är osannolikt att personuppgiftsincidenten medför en risk för fysiska personers rättigheter och friheter. Om anmälan till tillsynsmyndigheten inte görs inom 72 timmar ska den åtföljas av en motivering till förseeningen.

Enligt artikel 34.1 om personuppgiftsincidenten sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter ska den personuppgiftsansvarige utan onödigt dröjsmål informera den registrerade om personuppgiftsincidenten.

Dataskyddsombudets bedömning

Sektor Välfärd har en välfungerande process för att dokumentera och anmäla personuppgiftsincidenter. Vid granskning 2020 bedömdes det att vid utredning kan organisationen missa tidsramen för att anmäla till tillsynsmyndigheten inom 72 timmar från att man fått vetskap om personuppgiftsincidenter. Under 2021 har processen förbättrats då allt från att personuppgiftsincidenten upptäckts, utredningen genomförts och eventuell anmälan, har skett inom tidsramen i högre utsträckning från tidigare år.

För att upptäcka incidenter inom verksamheten, är det av vikt att medarbetare vet vad personuppgifter är, vad personuppgiftsincidenter är och hur man

anmäler dem. Detta för att säkerställa att alla personuppgiftsincidenter inom verksamheten upptäcks. I dagsläget finns möjlighet för medarbetare att ta del av e-utbildning inom dataskydd via Gävle kommuns plattform, Kompetensen på intranätet.

För närvarande finns ett utkast till projektplan avseende möjligheterna till en helöversyn av verksamhetsavvikelser inom sektorn där personuppgiftsincidenter är ett perspektiv vilket är positivt. Avvikelser inom en verksamhet kan primärt fokusera på en typ av avvikelse men kan ursprungligen eller delvis bero på bristande information, att information inte varit tillgänglig, förlorats eller ändrats. Detta gör att en typ av verksamhetsavvikelse även kan vara en personuppgiftsuppgiftsincident.

Dataskyddsombudets rekommendation

Genomför kunskapshöjande insatser för anställda med målet att öka kännedom om dataskydd bland anställda.

Personuppgiftsansvarigas information om personuppgiftsbehandling till anställda

Enligt artikel 13 och 14 ska personuppgiftsansvarig informera registrerade om vilka personuppgifter organisationen behandlar om dem. Artikel 13 berör när information inhämtas direkt från den registrerade och artikel 14 när information inhämtas från någon annan än den registrerade.

Arbetsgivare behandlar anställdas personuppgifter för att fullfölja åtaganden utifrån arbetsrätten samt andra lagar och regler som styr verksamheten. Granskningen syfte är att säkerställa att arbetsgivaren är tydlig och transparent över hur de informerar personal om arbetsgivarens personuppgiftsbehandling.

Dataskyddsombudets bedömning

Personaladministration

Vid anställning lämnar personuppgiftsansvarig information om personuppgiftsbehandling som framgår av anställningsavtal, där genom anställning och arbete kommer den registrerades uppgifter behandlas i olika verksamhetssystem och kan delas med personuppgiftsbiträden. Syftet/ändamålet är att uppfylla anställningsavtal, kollektivavtal, arbete med verksamhetsutveckling och statistik samt att man kommer behandla uppgifterna tillsvidare.

För tydligare information om personuppgiftsbehandling hänvisas man till tre olika källor, två dokument på intranätet och till den kommunala hemsidan om dataskydd. Personuppgiftsansvariga bör revidera informationen till anställda rörande den generella personaladministrationen så att en komplett information ges till en anställd utifrån dennes perspektiv, förslagsvis enbart på intranätet.

Utöver informeras den registrerade via anställningsavtalet att uppgifter om IT-aktiviteter registreras för kontroll och analys vid fel och för dimensionering av nät. Även kontaktuppgifter om den registrerade kan komma att publiceras på kommunens webbplats.

Att informeras via en två-lager process utifall informationen om dataskydd skulle ta över dokumentet är fullt acceptabelt om information som den registrerade når via länk är relevant för den anställda och inte generell information till allmänheten. Vad personuppgiftsansvariga bör beakta är huruvida alla medarbetare ser information på intranätet som ett naturligt sätt att tillskansa sig information. Frågan frångår den faktiska möjligheten för dem att få tillgång till informationen utan hur lättillgänglig information är utifrån skäl 39 i dataskyddsförordningen mening. Det kan då möjligtvis leda till att arbetsgivaren inte uppfyller kravet om transparens gentemot de registrerade enligt artikel 12.1.

Passagesystem

Personuppgiftsansvarig använder passagesystem, där syftet är att förhindra obehöriga från att få tillgång till lokaler. En personuppgiftsansvarig kan ha flera syften för ett passagesystem, exempelvis besöksstatistik för dimensionering av anläggningar, serviceutbud eller kontroll av vilka som befunnit sig i lokalen i samband med brott, brand eller annan händelse.

När en anställd hämtar en tagg/nyckel för att få tillgång till personuppgiftsansvarigs lokaler får personen ett kvitto där det framgår vilka regler som gäller vid användning. Informationen om personuppgiftsbehandlingen framgår inte på kvittot den anställda erhåller. Tidigare lösning om 2-lager information rekommenderas där den väsentliga informationen framgår. Europeiska dataskyddsstyrelsen rekommenderar att personuppgiftsansvarigs identitet, ändamål med behandling och den registrerades rättigheter framgår i det första lagret. Även annan information som kan överraska den registrerade, så som exempelvis mottagare bör framgå. Det är av vikt att ändamål med behandlingen framgår, inte enbart för vad man ämnar göra med personuppgifterna men det informerar implicit vad man inte ämnar göra.

Övervakning av anställdas datorer och e-post

En arbetsgivare har rätt att följa upp att regler och rutiner följs. Det betyder att arbetsgivaren kan få kontrollera en anställds dator. En individs rätt till privatliv regleras i Europakonventionen, artikel 8 vilket fastställer att en anställd har rätt till skydd för sin kommunikation och sitt privatliv. Enbart vid allvarlig misstanke om illojalt eller brottsligt beteende kan det vara tillåtet att ta del av själva innehållet i de anställdas privata filer eller e-postmeddelanden. För att en arbetsgivare ska få kontrollera anställdas datorer måste den anställda ha fått tydlig information i förväg om vilka kontroller som kan komma att ske, till exempel om man kan komma ta del även av innehållet i filer eller e-post. En arbetsgivare bör generellt lägga större fokus på förebyggande åtgärder än på att upptäcka missbruk i efterhand.

Personuppgiftsansvarig lämnar i samband med anställningsavtal information om att IT-aktiviteter kontrolleras men ändamålet är för att analysera fel och dimensionering av nät vilket den genomsnittlige anställda troligt inte uppfattar som läsning av filer och e-post. Rutin för hur anställda använder sig av arbetsgivarens verktyg kan vara ett lämpligt sammanhang att informera om möjligheten till kontroll.

Övervakning i IT-system

I *Rutin för loggkontroll* för system som Treserva och NPÖ, framgår det att kunskap hos medarbetare om förekomsten av loggkontroller är en förebyggande åtgärd under förutsättningen att användarna informeras. Det kan inom yrkesutövningen förväntas att denna kunskap finns men det bör kompletteras med hur det faktiskt sker i realiteten. Det kan minska risken att det finns en skillnad mellan rutin och hur den faktiska verksamheten fungerar.

Dataskyddsombudets rekommendation

Komplettera information om personuppgiftsbehandling vid personaladministration till anställda.

Genomför översyn över hur anställda informeras om personuppgiftsbehandlingen i passagesystem.

Fastställ rutin över hur anställda får använda sig av arbetsgivarens datorer och e-post samt informera anställda om rutin.

Komplettera rutin för loggkontroll med att klargöra hur information lämnas till användare.

Konsekvensbedömningar avseende dataskydd

Enligt artikel 35 i Dataskyddsförordningen, om en typ av behandling, särskilt med användning av ny teknik och med beaktande av dess art, omfattning, sammanhang och ändamål, sannolikt leder till en hög risk för fysiska personers rättigheter och friheter ska den personuppgiftsansvarige före behandlingen utföra en bedömning av den planerade behandlingens konsekvenser för skyddet av personuppgifter. En enda bedömning kan omfatta en serie liknande personuppgiftsbehandlingsåtgärder som medför liknande höga risker.

Den personuppgiftsansvarige ska rådfråga det utsedda dataskyddsombudet, vid genomförande av en konsekvensbedömning.

Dataskyddsombudet har granskat om personuppgiftsansvarig har genomfört konsekvensbedömningar på de personuppgiftsbehandlingsåtgärder som sannolikt leder till en hög risk. Dataskyddsombudet har utgått ifrån Integritetsskyddsmyndighetens förteckning av kriterier över när en konsekvensbedömning ska genomföras.

En konsekvensbedömning är ett verktyg som ger personuppgiftsansvarig möjlighet att uppfylla de grundläggande principerna om dataskydd i artikel 5.1 samt även principen om ansvarsskyldighet i artikel 5.2, alltså att man kan visa och bevisa att man följer lagstiftningen.

Dataskyddsombudets bedömning

Personuppgiftsansvariga har genomfört ett flertal konsekvensbedömningar enligt artikel 35. Dataskyddsorganisationen fokuserar på att genomföra konsekvensbedömningar på behandlingsåtgärder som kommer att implementeras i samband med upphandling av nya system. De personuppgiftsbehandlingsåtgärder där personuppgiftsansvarig inte genomfört en konsekvensbedömning men

uppfyller mer än två kriterier är behandlingar i systemen Treserva och Tieto som alla nämnder har behandlingar i samt AFN som använder Canvas. Konsekvensbedömning för behandlingar i Treserva har delvis genomförts men inte alla behandlingar i systemet. Det är en prioriteringsfråga över vilka konsekvensbedömningar som kommer genomföras och att fokus ligger på nya behandlingar är rimligt men de behandlingar som finns i ovanstående system är omfattande i relation till verksamheten och bör genomföras för att säkerställa att man beaktat alla risker som behandlingarna medför.

Kriterierna som anses uppfyllda är något av följande, omfattande i relation till verksamheten, behandlar känsliga personuppgifter enligt artikel 9, människor i en utsatt position eller i en beroendeställning. Samt använder ny teknik eller nya organisatoriska lösningar.

Personuppgiftsansvarig bör även i sin registerförteckning över personuppgiftsbehandlingar dokumentera alla personuppgiftsbehandlingar utifrån om de uppfyller kriterierna eller inte för när en konsekvensbedömning ska genomföras. Detta för att säkerställa att man genomfört konsekvensbedömning på alla behandlingar och medföljande risker. Om de uppfyller minst två men väljer att inte genomföra en, ska de motivera samt inhämta dataskyddsombudets synpunkter.

Rekommendation

Komplettera registerförteckning utifrån vilka personuppgiftsbehandlingar som uppfyller kraven för när konsekvensbedömning ska genomföras.

Genomför konsekvensbedömning på de personuppgiftsbehandlingar som uppfyller kraven när en konsekvensbedömning ska genomföras i de identifierade verksamhetssystemen.

I tjänsten,

Adrian Vinsa
Dataskyddsombud
Gävle kommuns dataskyddsenhet

Granskning av Sektor Velfärds dataskyddsarbete 2021

Adrian Vinsa
Dataskyddsombud

Agenda

- Uppföljning av registerförteckning, 2019
- Uppföljning av personuppgiftsansvarigs systematiska arbete med personuppgiftsincidenter, 2020
- Granskning av personuppgiftsansvarigs information om personuppgiftshandlingar till anställda
- Granskning av konsekvensbedömningar avseende dataskydd
- Ambitionsnivå

Uppföljning av registerförteckning, 2019

Personuppgiftsansvarig ska föra ett register över sina personuppgiftsbehandlingar som utförts under dess ansvar.

- Vissa krav: Ändamål, kategorier av registrerade, kategorier av personuppgifter, lagringstid, tredjelandsoverföring, kategorier av mottagare, säkerhetsåtgärder
- Ansvarsprincipen
- Koppling till övrigt dataskyddsarbete, informationskrav, registerutdrag
- Transparent, flexibel och förvaltningsbar

Uppföljning av registerförteckning, 2019

Bedömning:

Alla tre nämnder har idag en registerförteckning tillskillnad från tidigare år.

Frångått dokumentering av system och lagringsytor till verksamhetsprocesser.

Frångått dokumentering i Excel till DraftIT Records.

Inaktuell information om ansvarig för behandlingen.

Saknar rutin för kontinuerlig uppdatering av registerförteckning.

Rekommendation:

Inför rutin för kontinuerlig översyn av registerförteckningen.

Uppföljning av personuppgiftsansvarigs systematiska arbete med personuppgiftsincidenter, 2020

Personuppgiftsansvarig ska **dokumentera**, anmäla till tillsynsmyndighet inom 72 timmar, informera registrerade och **vidta åtgärder** för att minimera risker.

- En personuppgiftsincident kan vara alltifrån en hackerattack där stora mängder personuppgifter blivit stulna till något så enkelt som att någon tappar bort en mobiltelefon eller skickar e-post till fel mottagare.
- Under pandemin har antalet anmälningar till IMY i Sverige sjunkit.
- En metod för att förhindra framtida personuppgiftsincidenter.

Uppföljning av personuppgiftsansvarigs systematiska arbete med personuppgiftsincidenter, 2020

Bedömning:

Flertalet incidenter hanteras inom tidsramen om 72 timmar tillskillnad från tidigare år.

Kunskapshöjande insatser fortfarande nödvändigt för att öka möjligheterna att identifiera incidenter.

Möjlighet att se över sättet man anmäler incidenter.

Rekommendation:

- Genomför kunskapshöjande insatser för anställda med målet att öka kännedom om dataskydd bland anställda.

Granskning av personuppgiftsansvarigs information om personuppgiftsbehandlingar till anställda

Personuppgiftsansvarig ska informera registrerade om vilka personuppgifter organisationen behandlar om dem.

- Arbetsgivare behandlar anställdas personuppgifter för att fullfölja åtaganden utifrån arbetsrätten samt andra lagar och regler som styr verksamheten.
- Inte alltid enkelt att avgöra i vilken utsträckning anställda är medvetna om personuppgiftsbehandlingar. Första steg är framtagande av rutiner och information.
- Uppfylla principen om korrekthet, öppenhet och laglighet.

Granskning av personuppgiftsansvarigs information om personuppgiftshandlingar till anställda

Bedömning: Personaladministration

Information i samband med anställningsavtal

2-lager information men hänvisning till olika källor

Överväg hur anställda tillgodogör sig information om verksamheten och anpassa information om personuppgiftsbehandling därefter.

Svårt att informera om i samband med signering av anställningsavtal.

Rekommendation:

Komplettera information om personuppgiftsbehandling vid personaladministration till anställda.

Granskning av personuppgiftsansvarigs information om personuppgiftshandlingar till anställda

Bedömning: Passagesystem

Information i samband med uthämtning av tagg på kvitto

Generella regler istället för information utifrån ett dataskyddsperspektiv.

Ändamål med behandling är att hindra obehöriga tillträde till lokalen.

Rekommendation:

Genomför översyn över hur anställda informeras om personuppgiftsbehandlingen i passagesystem.

Granskning av personuppgiftsansvarigs information om personuppgiftshandlingar till anställda

Bedömning: Övervakning av anställdas datorer

Rätt till skydd för sin kommunikation och privatliv gäller även vid arbetsplatsen.

Rätt vid stark misstanke om brott.

Krav på information att det kan ske.

Kan implementeras tillsammans med en rutin om hur arbetstagare ska använda e-post, lagringsmiljöer, övriga IT-verktyg.

Rekommendation:

Fastställ rutin över hur anställda får använda sig av arbetsgivarens datorer och e-post samt informera anställda om rutin.

Granskning av personuppgiftsansvarigs information om personuppgiftshandlingar till anställda

Bedömning: Övervakning av IT-system

Nödvändigt utifrån ett informationssäkerhetsperspektiv och dataskyddsperspektiv.

Framgår i *Rutin för loggkontroll* för systemen Treserva och NPÖ att det är en förebyggande åtgärd om användare har kunskap om loggkontroller.

Framgår inte hur det information faktiskt sker.

Anställda kan förväntas i viss utsträckning genom sin profession ha kunskap om detta eller att chefer informerar.

Rekommendation:

Komplettera rutin för loggkontroll med att klargöra hur information lämnas till användare.

Granskning av konsekvensbedömning avseende dataskydd

Personuppgiftsansvarig ska genomföra en konsekvensbedömning när en behandling sannolikt leder till hög risk för de registrerade. Bedömning av sannolikhet görs genom att granska behandlingen utifrån IMY:s förteckning när konsekvensbedömning ska genomföras och 9 kriterier.

- Bedömning görs av ansvarig för informationen/systemet, verksamhetssakunniga, jurister, systemförvaltare, dataskyddssamordnare och dataskyddsombud.
- Kan leda till högre säkerhetskrav, minimering av information som behandlas eller förändring av ändamål m.m.
- IMY är ofta inte tillfredsställd med genomförd bedömning vid förhandssamråd.
- DSO har mall och metod för konsekvensbedömning om inte PUA utvecklat egen.
- Uppfylla ansvarsprincipen

Granskning av konsekvensbedömning avseende dataskydd

Bedömning:

Flertalet konsekvensbedömningar genomförda och pågående.

System med behandlingar som kräver konsekvensbedömning är Tieto och Treserva som alla nämnder använder. Utöver innehåller Canvas behandlingar som kräver konsekvensbedömningar.

Uppfyller kriterierna: Omfattande i relation till verksamheten, känsliga personuppgifter, behandlar information om människor i beroendeställning eller utsatt position, samt använder ny teknik eller nya organisatoriska lösningar.

Alla personuppgiftsbehandlingar kräver en tröskelanalys.

Rekommendation:

Komplettera registerförteckning över personuppgiftsbehandlingar utifrån om de uppfyller kriterierna eller inte för när en konsekvensbedömning ska genomföras.

Genomför konsekvensbedömning över identifierade personuppgiftsbehandlingar som uppfyller kraven för när konsekvensbedömning ska genomföras.

Ambitionsnivå

Mognadsgrad	Beskrivning
Initial	Åtgärder vidtas huvudsakligen händelsestyrt. Mycket arbete med att släcka bränder.
Repeterbar	Grundelement och grundläggande processer finns på plats, liksom de mest väsentliga styrdokumentet, t.ex. intern integritetspolicy.
Definierad	Organisationen använder bästa praxis, standarder och har genomfört kontroller om organisationen följer riktlinjer etc.
Strukturerad (kontrollerad)	Mätetal används för att förbättra organisationen över tid. Rapportering sker på ett strukturerat och väldefinierat sätt. Besluten utförs enligt definierade processer.
Optimerad	Organisationen är ett självspelande piano.



Ambitionsnivå

- Fastställ ambitionsnivå.
- Fastställ åtgärdsplan med vilka rekommendation PUA ämnar följa och när de kommer åtgärdas.
- Återkoppling till DSO.