



NACKA
KOMMUN

Kallelse/föredragningslista
17 februari 2021

Äldrenämnden

Tid: kl. 18:00-21:10

Plats: Nacka stadshus

Politisk beredning onsdagen den 10 februari 2021 kl 8:30 Gruppmöten kl 17:00, separat länk skickas.

Karin Teljstedt (KD), ordförande

Äldrenämnden

1. Mötesinformation

Förslag till beslut

Sammanträde den 17 februari 2021 kl 18:00. Se separat information om distansdeltagande.

Gruppmöte de 17 februari 2021 kl 17:00, länk för distansdeltagande skickas separat.

2. Närvaro

3. Justering

4. Lägesrapport Covid-19

5. Analysrapport - anordnarna av särskilt boende för äldres hantering av coronapandemin (ÄLN 2020/149)

Förslag till beslut

Äldrenämnden noterar informationen till protokollet.

6. Kvalitetsberättelse 2020 (ÄLN 2021/10)

Förslag till beslut

Äldrenämnden noterar informationen i kvalitetsberättelsen 2020 till protokollet.

7. Årsredovisning 2020 (ÄLN 2021/27)

Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner årsredovisning 2020 och beslutar att överlämna den till kommunfullmäktige

8. Resultat från uppföljning av internkontrollplan 2020 (ÄLN 2021/29)

Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner uppföljning av internkontrollplan för 2020. Äldrenämnden överlämnar ärendet till kommunstyrelsen.

9. Yttrande över revisionsrapport nr 4/2020 - Granskning av verksamhetsstyrning och målstyrning (ÄLN 2020/161)

Förslag till beslut

Äldrenämnden antar föreslaget yttrande över revisorernas granskning av verksamhetsstyrning och målstyrning.

Äldrenämnden

10. Beslut om verksamhetsbidrag för 2021 till föreningen Fisksätra Folkets Hus (ÄLN 2020/146)

Förslag till beslut

Äldrenämnden bifaller delvis ansökan om verksamhetsbidrag för 2021, till Fisksätra Folkets Hus (FFH), med 50 000 kronor. Verksamhetsbidragets användning ska redovisas skriftligen senast den 1 november 2021.

11. Beslut om verksamhetsbidrag 2021 till Röda Korset Nackakretsen (ÄLN 2020/129)

Förslag till beslut

Äldrenämnden bifaller delvis ansökan om verksamhetsbidrag för 2021 till Röda Korset Nackakretsen organisationsnummer 814000–4444 med 60 000 kronor. Verksamhetsbidragets användning ska redovisas skriftligen till äldrenämnden senast den 1 november 2021.

12. Sjukvård på äldreboenden och inom hemtjänsten (ÄLN 2020/181)

Förslag till beslut

Äldrenämnden avslår förslagen i politikerinitiativet utifrån att det redan pågår ett arbete som uppfyller intentionerna i förslaget.

Politikerinitiativet är med detta färdigbehandlat.

13. Information från social- och äldredirektör samt äldreheten

Förslag till beslut

Äldrenämnden noterar informationen till protokollet.

14. Anmälan av delegationsbeslut (ÄLN 2021/44)

Förslag till beslut

Äldrenämnden tar del av utsända delegationsbeslut.

15. Anmälningar till äldrenämnden (ÄLN 2021/45)

Förslag till beslut

Äldrenämnden tar del av utsända anmälningar.

16. Övriga frågor



NACKA
KOMMUN

Äldrenämnden

Kallelse/föredragningslista
17 februari 2021

Analysrapport - anordnarna av
särskilt boende för äldres
hantering av coronapandemin

5

ÄLN 2020/149

2021-01-31

TJÄNSTESKRIVELSE
Dnr ÄLN 2020/149

Äldrenämnden

Analysrapport - anordnarna av särskilt boende för äldres hantering av coronapandemin

Förslag till beslut

Äldrenämnden noterar informationen till protokollet.

Sammanfattning av ärendet

Covid-19-pandemin och samhällsspridning av viruset innebar att många kunder på särskilda boenden för äldre blev sjuka. Boendena var tvungna att ställa om vården och omsorgen på mycket kort tid till att ta hand om kunder med samhällsfarlig, smittsam sjukdom. Rapporten beskriver de utmaningar som särskilda boenden hade under de sex första månaderna av pandemin. Den beskriver även vilka åtgärder vidtogs när covid-19-pandemin drabbade äldreomsorgen hårt.

Ärendet

Många individer som bor på särskilda boenden för äldre har redan vid inflyttning flera sjukdomar och är sköra. Åldern i sig är en riskfaktor för att drabbas av allvarliga konsekvenser om man blir sjuk i covid-19. Att förebygga uppkomsten av infektioner är en av grundförutsättningar för god kvalitet i vård och omsorg. Utmaningarna som särskilda boenden för äldre hade i början av pandemin var

- brist på skyddsmaterial
- otillräcklig bemanning av sjuksköterskor
- omsorgspersonalen hade inte tillräckliga kunskaper varken i basala hygienrutiner eller i användning av skyddsutrustning
- svårigheter att isolera kunder med kognitiv svikt och smittsam sjukdom
- hantering av informationsflödet

Särskilda boenden fick på mycket kort tid ställa om sina verksamheter för att ta hand om personer med samhällsfarlig, smittsam sjukdom. Myndigheternas fokus var att stötta akutsjukvården, äldreomsorgen fick inte samma stöd. Till exempel tilldelades inte skyddsutrustning till kommunerna på samma sätt som till regionerna. En mängd av åtgärder sattes in för att minska smittspridningen. Särskilda boenden hanterade situationen med pandemin så bra som det var möjligt utifrån de förutsättningar och resurser som de hade.

Det fanns utmaningar i att hantera den stora mängden av information som också ofta förändrades i takt med ny kunskap om sjukdomen. Många av boendena ökade sin sjuksköterskebemanning för att göra det möjligt att sjukvårdsinsatser snabbt kunde



utföras även på helgerna. Den fysiska handledningen ökade för att stärka omsorgspersonalens kunskaper om att ta hand om de äldre som insjuknade i covid-19.

Trots att boendena har upprättat goda rutiner för att minska smittspridning både via personal och besökare behöver hälso- och sjukvården få större möjligheter för att kunna isolera personer som utgör en fara till sina medboende. Sveriges kommuner och regioner har förberett ett lagförslag om isolering av personer med smittsam sjukdom på kommunala verksamheter. Utan kundens samtycke är detta möjligt endast inom regioners verksamheter.

Särskilda boenden för äldre har nu en bättre framförhållning av skyddsutrustning. Även äldreheten kommer att ha ett beredskapslager. Det kommer att tillhandahållas så länge pandemin är pågående, sedan kommer en ny utvärdering av behovet göras.

Ekonomiska konsekvenser

Rapporten medför inga ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för barn

Rapporten medför inga konsekvenser för barn.

Handlingar i ärendet

Covid-19 på särskilda boenden för äldre - analysrapport

Ellinor Egefors
enhetschef
äldreheten

Elisa Reinikainen
medicinskt ansvarig sjuksköterska
äldreheten

ANALYSRAPPORT - ANORDNARNA AV SÄRSKILT BOENDE FÖR ÄLDRES HANTERING AV CORONAPANDEMIN

ÄLN 2020/149
2020-11-13
Reinikainen Elisa

Sammanfattning

I mars 2020 stod särskilda boenden för äldre framför kanske den svåraste utmaningen som de någonsin varit med om. Covid-19-pandemin och samhällsspridning av viruset innebar att även många kunder som bodde på särskilda boenden blev smittade. Boenden var tvungna att ställa om vården och omsorgen till att ta hand om kunder med samhällsfarlig sjukdom på mycket kort tid.

Att förebygga uppkomsten av infektioner är en av grundförutsättningar för god kvalitet i vård och omsorg. Utmaningarna som fanns i början av pandemin var att det inte fanns tillräckligt med skyddsmaterial, omsorgspersonalen hade inte tillräckliga kunskaper varken i hygienregler och -rutiner eller i användning av skyddsutrustning vid smittsam sjukdom.

Analysrapporten beskriver de utmaningar som särskilda boenden hade i början av pandemin. Den beskriver även vilka åtgärder vidtogs under tiden mars-augusti 2020 när covid-19-pandemin drabbade äldreomsorgen hårt i hela Stockholms län. I 12 av de 14 särskilda boenden i Nacka hade kunder covid-19-smitta. Sammanlagt har 20 procent av kunderna varit smittade (183 personer). Av dem som har varit smittade har 29% (54 personer) avlidit under en aktiv sjukdomsfas, 68% har tillfrisknat av sjukdomen (125 personer), 4 personer med covid-19 har flyttat från särskilda boenden innan de tillfrisknade.

Särskilda boenden för äldre i denna rapport inkluderar 14 boende med cirka 940 platser och ett korttidsboende med 22 platser, belägna i Nacka.

Innehållsförteckning

1.	Bakgrund och förutsättningar	3
1.1.	Smittspridning.....	3
1.2.	Skyddsutrustning.....	5
1.3.	Isolering av smitta.....	6
1.4.	Besök på boenden	6
2.	Metod	7
3.	Åtgärder för att hindra smittspridning	7
3.1.	Basala hygienrutiner	7
3.2.	Vård och behandling.....	7
3.3.	Läkarmedverkan.....	8
3.4.	Smittspårning och provtagning.....	9
3.5.	Arbetsledning och ledarskap	9
3.5.1.	Informationsöverföring mellan kommun och anordnare	10
3.6.	Samverkan med regionen och myndigheter	10
3.7.	Tillsyn och uppföljning.....	11
4.	Slutsatser	12

I. Bakgrund och förutsättningar

Ett nytt virus SARS-CoV-2, som leder till sjukdomen covid-19, upptäcktes i Kina i slutet av 2019. Den 31 januari 2020 konstaterades den första personen smittad med covid-19 i Sverige. I slutet av februari bedömde Folkhälsomyndigheten fortfarande att risken för samhällsspridning av covid-19 i Sverige var låg. Enligt Socialstyrelsen var beredskapen för att behandla eventuella smittade och för skyddsutrustning god. Personer som eventuellt skulle bli smittade skulle isoleras på sjukhusets infektionsavdelningar. Därför gjordes inga särskilda förberedelser inom kommunens hälso- och sjukvård inför en eventuell pandemi.

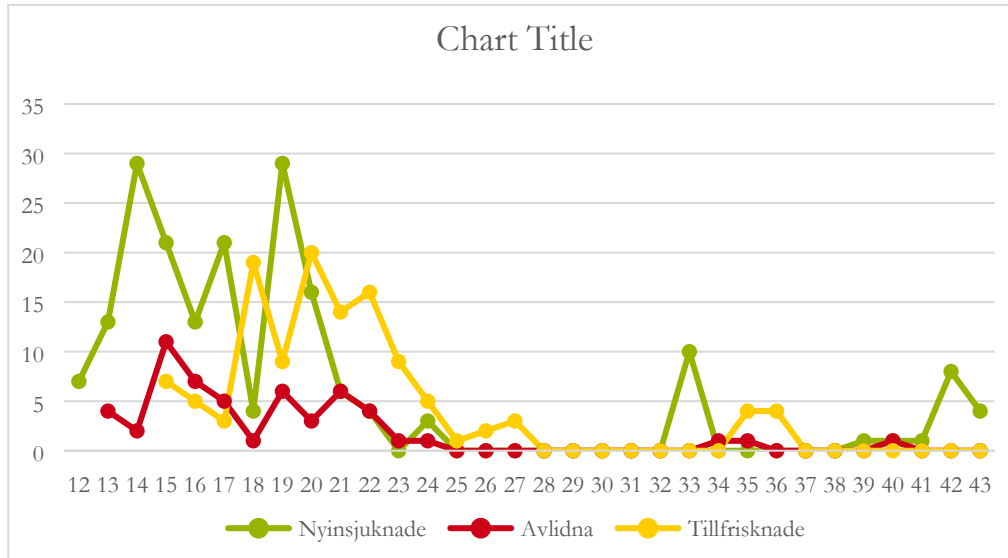
Men sjukdomen spred sig snabbt över hela världen. Redan den 11 mars hade Stockholms län en samhällsspridning. Region Stockholm gick upp i förstärkningsläge för att kunna fördela resurser och förbereda sig inför en kris som myndigheterna nu bedömde att Sverige inte hade tillräcklig beredskap för. Den 11 mars deklarerade World Health Organization (WHO) covid-19 som en pandemi.

Lördagen 14 mars beslutade Region Stockholm att personer med misstänkt eller konstaterad covid-19-smitta skulle stanna kvar och vårdas på särskilda boenden, om de inte hade symtom som krävde sjukhusvård. Särskilda provtagningsenheter upprättades för att provta kunder med symtom på särskilda boenden. Boendena hade inte beredskap för att ta hand om många personer med samhällsfarlig smitta. De första covid-19 smittade kunderna på särskilda boenden för äldre i Nacka konstaterades den 18 mars 2020. Två boenden drabbades inledningsvis och många kunder smittades under en kort period. Detta ledde till att boendena fick ställa om vården och omsorgen på mycket kort tid.

I.1. Smittspridning

Covid-19-pandemin drabbade äldreomsorgen hårt i hela Stockholms län. I 12 av de 14 särskilda boenden i Nacka hade kunder covid-19-smitta. Sammanlagt har 20 procent av kunderna varit smittade (183 personer) fram till vecka 43. Av dem som har varit smittade har 29% (54 personer) avlidit under en aktiv sjukdomsfas, 68% har tillfrisknat av sjukdomen (125 personer), 4 personer med covid-19 har flyttat från särskilda boenden innan de tillfrisknade.

Diagrammen visar nyinsjuknade, avlidna och tillfrisknade på särskilda boendena i Nacka från vecka 12 till vecka 43.



I början av pandemin informerade Folkhälsomyndigheten om att personer som hade förkylningssymtom eller feber skulle stanna hemma eftersom det kunde handla om symtom på covid-19. Kunder på särskilda boenden för äldre skulle testas för covid-19 endast vid dessa symtom. I mitten av april när testningarna utökades och anordnare själva började testa sin personal med antikroppstester (som i vissa fall kan visa om man har pågående infektion) upptäcktes att flera av personalen som hade pågående covid-19 infektion inte hade några som helst symtom. Även diffusa symtom, som till exempel huvudvärk, trötthet eller diarré, visade sig kunna bero på covid-19. Med detta underlag togs beslut om att personalen skulle stanna hemma vid minsta nytillkomna symtom. Samtliga nytillkomna symtom bedömdes kunna bero på covid-19-infektion.

Region Stockholm hade inte beredskap för den stora efterfrågan på covid-19-provtagningar. Först efter den 9 april kunde vård- och omsorgspersonalen som hade symtom testas för en pågående infektion. I enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendationer har personalen som blivit exponerad för smitta arbetat som vanligt om de inte har haft symtom. De har inte heller provtagits för covid-19 om de inte har haft symtom.

Som en del av boendenas kvalitetsarbete valde många av dem att erbjuda antikroppstester för sin personal. Trots att Folkhälsomyndigheten inte hade tagit ställning till dessa tester än. Syftet med den ökade provtagningen av personalen var att kunna identifiera personer som bar smitta utan symtom och därmed minska smittspridningen. Det infördes även andra åtgärder för att identifiera personal som bar smitta, så som tempkontroller och självskattningstester.

Flera kunder som kom tillbaka från sjukhus efter att varit på kortare tids behandling smittades med covid-19 under sjukhusbesöket. Även kunder som

flyttade in hemifrån eller från sjukhuset kunde bära covid-19. Från mitten av maj beslutade regionens krisledning att alla kunder som skulle flytta in på särskilda boenden för äldre skulle provtas inför inflyttningen. I de flesta fall isolerades de även 10–14 dagar efter inflyttningen.

Kunder som bodde på särskilda boenden för äldre smittades alltså via olika vägar. Smittan kunde komma in via:

- personer som bodde på boendet och hade tillfälligt vistats utanför boendet
- personer som flyttade in på boendet och var smittade redan vid inflyttningen
- personal som hade diffusa symtom eller inga symtom alls och förde med sig smittan till arbetsplatsen

1.2. Skyddsutrustning

I början av mars gick Region Stockholm ut med instruktioner till länets kommuner att inte beställa skyddsutrustning eftersom patienter med covid-19 skulle behandlas på sjukhusets infektionsavdelningar. De krav på skyddsutrustning som tidigare har ställts på särskilda boenden har varit endast en beredskap för att ta hand om en person med samhällsfarlig sjukdom tillfälligt tills kund transporteras till sjukhusvård. Initialt informerade Regionen att så var fallet även nu. Därför förberedde kommunen sig inte på att ta hand om många kunder med en samhällsfarlig sjukdom. Den utrustning som krävdes enligt arbetsmiljöverkets författningar om smittrisker fanns på särskilda boenden bara för några dagars, ibland timmars, bruk.

I fördelningen av skyddsmaterial, nationellt och regionalt, prioriterades akutsjukhusens behov, det dröjde flera veckor innan kommunerna kunde få leveranser via regionala samordningsfunktioner. Bristen på skyddsmaterial var påtaglig. Många gånger hade verksamheterna beredskap endast för några timmars bruk. Ett intensivt arbete påbörjades den 14 mars av äldreheten i samverkan med inköpsenheten för att säkerställa tillgången till skyddsutrustning. Kommunen beslutade att skyddsutrustning som sedan levererades till anordnare skulle vara kostnadsfri för dem. Kvaliteten av materialet som köptes in kontrollerades av medicinskt ansvarig sjuksköterska eller projektledare på äldreheten innan inköp.

I början av pandemin lånade anordnare skyddsutrustning från varandra för att täcka behovet hos dem som hade smittade kunder. Det var en förutsättning till att personalen som vårdade personer med konstaterad covid-19 hade tillgång till rekommenderad skyddsutrustning.

1.3. Isolering av smitta

Personer med covid-19-smitta måste isoleras för att förhindra smittspridningen. Det visade sig att vara en stor utmaning att isolera personer med kognitiv svikt. Ibland var detta nästan en omöjlig uppgift på demensenheter. Många personer med demenssjukdom kunde inte förstå instruktionerna eller acceptera att vara isolerade i sina lägenheter. Många olika åtgärder och anpassningar genomfördes. I första hand tog boendena in extra personal för att kunna vara närvarande hos kunden för att göra det lättare för dem att stanna i sin lägenhet. I vissa situationer isolerades enstaka friska kunder i sina lägenheter istället. Detta kunde ske om många av kunderna på en enhet var smittade och det var svårt att isolera de som var smittade. Två kunder med covid-19-smitta har under våren tillfälligt flyttats till ett korttidsboende för personer med kognitiv svikt och covid-19.

När ovanstående begränsningar och ändringar har gjorts har kundens samtycke inhämtats. Om kunden inte har gett sitt samtycke har extra personal istället tagits in. Personalens uppgift har varit att se till att kunden inte kommer i kontakt med andra personer. Inom slutenvården kan smittskyddsläkare ta beslut om tvångsisolering i syfte att förhindra smittspridning. Den lagliga möjligheten till tvångsisolering finns inte i verksamheter där kommunen är huvudman. Kundens bästa och andra kunders säkerhet har alltid övervägts i beslutstaganden. Diskussioner om svårigheten att isolera personer med kognitiv smitta har under våren förts med andra kommuner.

1.4. Besök på boenden

Nacka kommun rekommenderade boendena att införa besöksstopp och att kunderna skulle undvika många sociala kontakter från den 12 mars. Flera av boendena hade redan tidigare i mars själva beslutat om en besöksstopp. Den 30 mars utfärdade regeringen ett tillfälligt förbud mot besök på särskilda boenden för äldre. Undantag från besöksförbudet beviljades av verksamhetscheferna när det fanns särskilda skäl till detta. Till exempel när en kund befann sig i livets slutskede.

Kunder som själva gick ut eller som anhöriga hämtade till besök utanför boendet kunde dock fortsätta med flera sociala kontakter och träffa sina närstående. Några kunder åkte även till utflykter där de hade många sociala kontakter.

Personer som vistades på särskilda boenden minskades till det minsta möjliga antalet. De fysiska besöken av läkare minst en gång i veckan utfördes i första hand digitalt. Bedömningar som krävde fysiska besök har gjorts på plats. Tandvården utförde endast akuta besök på boendet. På många boenden ersattes utomstående lokalvårdare med att omsorgspersonalen utförde städningen själva. Leveranser togs emot utanför boendena.

2. Metod

Underlaget till rapporten har hämtats från följande källor:

- dialog med verksamhetscheferna och anordnarnas interna medicinskt ansvariga sjuksköterskor om smittspridningen och åtgärderna under pandemin
- statistik om smittade, tillfrisknade och avlidna på samtliga boenden
- djupintervjuer med tre sjuksköterskor från olika boenden
- särskilda boendens egna analyser om smittspridning och åtgärderna som vidtogs
- samverkan med läkarorganisationen Familjeläkarna, Region Stockholm och Karolinska Institutet
- skriftliga beslutsunderlag

3. Åtgärder för att hindra smittspridning

3.1. Basala hygienrutiner

Basala hygienrutiner är en av de viktigaste åtgärderna för att förhindra smittspridningen. Många särskilda boenden för äldre har under de senaste åren haft brister i följsamheten till vårdhygieniska regler. De har även uppmärksammat brister i omsorgspersonalens kunskaper, bland annat i basala hygienrutiner. Därför identifierades det tidigt att kunskaper i basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning behövde förstärkas. Sjuksköterskor som leder omvårdnadsarbetet på boendena fick därför utbildas och öka handledningen av omsorgspersonalen i de praktiska momenten. Sjuksköterskorna ökade antalet gemensamma möten med omsorgspersonalen där de informerade om basala hygienrutiner och den övriga vården av personer med covid-19.

All personal fick tillgång till regionens och Karolinska Institutets webbutbildningar i basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning. Utbildningarna har upprepats flera gånger under våren och sommaren.

3.2. Vård och behandling

I början av pandemin fanns det inga särskilda behandlingsrekommendationer för personer med covid-19. Efter att fått mer kunskap om sjukdomen har flera behandlingar kunnat ges. Studier visar att covid-19 ökar risken för lungembolier (=blodproppar i lungorna), vilket även orsakade många dödsfall. En blodförtunnande behandling var en av de första behandlingsrekommendationerna som läkemedelskommittén rekommenderade, särskilt för personer som bor på särskilda boenden för äldre.

Senare har även andra behandlingar, viss läkemedelsbehandling men även särskilda lägesändringar visat goda resultat i behandlingen av personer med covid-19. Det är för tidigt att dra några definitiva slutsatser om införandet av dessa behandlingar kan ha inneburit att dödligheten i covid-19 minskat från vad den var i början av pandemin.

Covid-19 leder ibland även till sekundära sjukdomstillstånd eller symtom som behöver behandlas. Exempel på dessa är lunginflammation, uttorkning och smärta. Sjuksköterskorna på särskilda boenden har goda kunskaper i att behandla dessa tillstånd. Diskussionen om syrgasbehandling vid covid-19 för personer med andnöd eller vid livets slutskede har diskuterats under pandemin. Flera studier pågår för att ta fram evidens om när syrgasbehandling vid covid-19 är till nytta för patienten. På särskilda boenden i Nacka är syrgasbehandling tillgänglig via avancerad sjukvård i hemmet.

Personer som bor på särskilda boenden är ofta sköra och kan ha flera grundsjukdomar. Särskilda boenden är en plats där de som flyttat in även kommer att avsluta sina liv. Personalen på boendena har goda kunskaper i vård i livets slut. De är vana att stötta och ta hand om kundernas och närståendes behov. Ingen av de avlidna med covid-19 på Nackas boenden har haft symtom av andnöd som inte har kunnat lindras. Närstående har haft möjlighet till besök vid livets slut. Boendena har tagit in extra personal som har vakat hos de döende om närstående inte har velat komma. Detta enligt rutin vid livets slutskede. Studier gjorda under pandemin har visat att fler personer som avlidit på särskilda boenden har haft någon närvarande vid dödsögonblicket än de som avlidit på sjukhuset.

Under våren ökade dödligheten på särskilda boenden jämfört med föregående år. Många som har avlidit med covid-19 har varit sköra och haft en kort förväntad återstående livstid. Därför är det för tidigt att säga om dödligheten över tid har ökat. Under juni till september har dödligheten varit lägre än föregående året.

3.3. Läkarmedverkan

Bedömning av läkare görs alltid när kundens hälsotillstånd kräver det. Läkare som ansvarar för den medicinska vården på särskilda boenden för äldre i Nacka har hög kontinuitet och kompetens av de äldres medicinska vård. En läkare ansvarar för kundernas medicinska vård och besöker boendet minst en gång i veckan. Därför känner läkare oftast kunderna på boendet väl. Kommunen har inte fått kännedom om några brister i läkarmedverkan eller bedömningar som skulle ha påverkat kundernas vård negativt under pandemin. Kontakten mellan ansvarig läkare och sjuksköterska har utökats. Läkarorganisationen Familjeläkarna som ansvarar för 12 av 14 boenden i Nacka har även haft veckovisa möten med både kommunens och de interna

medicinskt ansvariga sjuksköterskorna. Familjeläkarna har under pandemin tagit fram ett antal rutiner som gäller för vården på särskilda boenden.

3.4. Smittspårning och provtagning

Region Stockholm, som ansvarar för provtagning av covid-19, hade inte beredskap för den testkapacitet som behövdes i början av pandemin. I första hand prioriterades provtagning av personer som behövde sjukhusvård eller bodde på äldreboenden. Först efter den 9 april blev det möjligt för personalen på särskilda boenden att testa sig för covid-19. Den 8 maj beslutade regionen att personer som flyttar in på särskilt boende skulle provtas.

Samtliga boenden vidtog de åtgärder som rekommenderades av Folkhälsomyndigheten och Region Stockholm. Många anordnare la även till fler åtgärder så som

- Tempkontroll av personal innan arbetspasset
- Testning av antikroppar i syfte att identifiera personer som bar sjukdomen men inte hade några symtom
- All personal som hade kontakt med kunderna använde visir, vissa även munskydd
- Boende som flyttade in eller kom tillbaka efter sjukhusvistelse isolerades i 10 till 14 dagar. Beslutet togs i samråd med ansvarig läkare
- Ökad bemanning för att möjliggöra informationsmöten för omsorgspersonalen i större utsträckning än tidigare

3.5. Arbetsledning och ledarskap

Anordnare intensifierade sina interna informationskanaler för att säkerställa en snabb informationsöverföring till och mellan personal. En svår utmaning var att all personal snabbt skulle få information om nya riktlinjer och beslut som ibland kunde ändras dagligen.

Sjuksköterskorna utbildade och handledde omsorgspersonal i basala hygienrutiner samt i den praktiska omvårdnaden i större utsträckning än tidigare. De flesta särskilda boenden för äldre som är belägna i Nacka har sjuksköterskebemanning på plats endast på vardagar, dagtid. Kvällar, nätter och helger anlitas en journalsjuksköterska, som har inställetid på 30 minuter. En sjuksköterska kan då ansvara för flera hundra patienter under sitt arbetspass. Det innebär att handledning och arbetsledning i omvårdnad som omsorgspersonalen har behov av inte sker i någon stor utsträckning under jourtid.

Flera anordnare har förstärkt sin sjuksköterskebemanning under pandemin med en sjuksköterska på plats även på helgerna, dagtid. Anordnare har utvärderat att detta har ökat patientsäkerheten i och med att åtgärder för att

hindra smittspridningen har snabbt kunnat tas. På 7 av 14 boenden är verksamhetschef även legitimerad sjuksköterska. Några av dem har även kunnat stötta och arbeta kliniskt med sjuksköterskeuppgifter vid sjuksköterskornas sjukfrånvaro. Det har uppmärksammats sedan en lång tid tillbaka att cheferna inom äldreomsorgen har många medarbetare och en hög arbetsbelastning. Under pandemin har cheferna fått ytterligare större arbetsbelastning och de har ofta behövt arbeta på helgerna för att finnas till hands för arbetsledning. Flera anordnare har även förstärkt tillgången till medicinskt ansvarig sjuksköterska på helgdagarna under våren.

3.5.1. Informationsöverföring mellan kommun och anordnare

Anordnare ska enligt auktorisationsvillkoren ha en egen medicinskt ansvarig sjuksköterska. Sjuksköterskorna har i sin legitimation ett ansvar för att hålla sig uppdaterade i nya förordningar och regler inom hälso- och sjukvården. Under våren har ny information och uppdaterade riktlinjer publicerats i mycket stor omfattning och ibland har riktlinjerna ändrats dagligen. Detta har inneburit en betydligt ökad arbetsbelastning för sjuksköterskor, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och chefer.

Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska har haft utökad skriftlig och muntlig kommunikation med anordnare för att säkerställa att den nya informationen alltid har nått anordnarna. All ny information gällande vården av covid-patienter under våren har skickats till anordnare av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska. Återkoppling från anordnare har varit att de har fått snabb information från kommunen när riktlinjerna eller beslut ändrats.

3.6. Samverkan med regionen och myndigheter

Från och med slutet av mars har kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska haft regelbundna möten och avstämningar med regionens krisledning och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Samverkansmöten och telefonkonsultationer har initierats med Smittskydd Stockholm och Vårdhygien. När behov har funnits har samverkan även skett med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.

Samverkan lokalt i Nacka har utökats via veckovisa möten och flertalet telefonsamtal mellan kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska och Familjeläkarna som ansvarar för läkarinsatser på 12 av 14 boenden.

Under våren har kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska haft beredskap för kontakter med regionen alla tider. Vid flera tillfällen har nya instruktioner från myndigheterna och regionen publicerats under helgerna. Även muntliga kontakter har till en viss del skett under helgerna då arbetsbelastningen för ansvariga både inom kommunen och regionen har varit

mycket hög. Samverkan med berörda parter är etablerad och kan trappas upp vid behov om större utbrott av pandemin återigen blir aktuell.

3.7. Tillsyn och uppföljning

Under maj månad inledde Inspektionen för vård och omsorg en tillsyn av medicinsk vård och behandling på särskilda boenden för äldre i hela landet. Tillsynen grundade sig på uppgifter om att personer på särskilda boenden skulle ha fått palliativ vård på boendena istället för kurativ vård på sjukhus i samband med att de drabbats av covid-19. Media rapporterade även att personer som bodde på särskilda boenden inte fick tillgång till syrgasbehandling.

Inspektionen för vård och omsorg intervjuade ett flertal verksamhetschefer som ansvarar för särskilda boenden för äldre. Tillsynen utvidgades sedan att innefatta även intervjuer med kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Särskilt fokus på intervjuerna var tillgången till vård och behandling samt individuella medicinska bedömningar på särskilda boenden. Utifrån intervjuerna och inkomna synpunkter till Inspektionen för vård och omsorg beslutade de att inte gå vidare med några djupare granskningar av boendena i Nacka. Slutrapporten från Inspektionen för vård och omsorgs granskning är inte publicerad än.

Inspektionen för vård och omsorg rapporterade att Nacka kommun tillhörde till de 50 kommuner i Sverige som hade haft flest antal covid-19-fall på särskilda boenden för äldre. Eftersom statistiken om smittade per kommun inte var relaterad till antalet invånare i kommunen, så kan ingen jämförelse mellan kommunerna göras.

I Nacka har kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska haft tät kontakt med de boenden som har haft smittade kunder. Kontakt har i första hand skett via verksamhetschefen alternativt boendets interna medicinskt ansvariga sjuksköterska. I samtalen har följande områden diskuterats:

- smittspårning och testning
- åtgärder för att hindra smittspridningen
- bemanning av sjuksköterskor och omsorgspersonal
- handledning och reflektion
- skyddsutrustning
- aktuella beslutsunderlag och riktlinjer
- isolering av boenden och kohortvård
- stöd och råd

4. Slutsatser

Varken vårdgivare eller myndigheter i Sverige var tillräckligt förberedda för det antal smittade i covid-19 som behövde tas hand om under våren 2020. Myndigheternas fokus var att stötta akutsjukvården, äldreomsorgen fick inte samma stöd. Till exempel tilldelades inte skyddsutrustning till kommunerna på samma sätt som till regionerna. Särskilda boenden för äldre i Nacka har ställt om vården på mycket kort tid för att ta hand om personer med en samhällsfarlig sjukdom. En mängd av åtgärder har satts in. Särskilda boenden har hanterat situationen med pandemin så bra som det har varit möjligt utifrån de förutsättningar och resurser som de har haft.

Särskilda boende är en insats som beviljas enligt socialtjänstlagen, det är kundens hem. Samtidigt har kommunen ett vårdgivaransvar och ansvar för hälso- och sjukvården upp till och med sjuksköterskenivå, oavsett vilka sjukdomar individen har. I jämförelse till vården på infektionsavdelningar på akutsjukhus har ett särskilda boenden för äldre avsevärt sämre förutsättningar att hindra smittspridning. Lokalerna är inte byggda för att kunna ta hand om infektionspatienter på lika säkert sätt som på akutsjukhus. Det saknas sluss mellan korridor och boenderum, desinfektionsrum finns inte på varje enhet, boenderummen är möblerade av kunden själv. Ofta utför omsorgspersonal även arbeten som städ och matlagning.

Eftersom många äldre som blev smittade fick endast milda symtom, eller inga symtom alls, hade det varit etiskt problematiskt att flytta personer till sjukhusvård. De som inte hade behov av mer avancerad vård för sina symtom på sjukhuset stannade kvar på boendena och på detta vis kunde sjukhusen i Stockholm ha kapacitet för att ta emot dem som behövde sjukhusvård. Samtidigt har personer med allmänfarlig sjukdom inte vårdats på särskilda boenden för äldre tidigare. Beredskapen för detta fanns inte utan boenden fick ställa om sina verksamheter under mycket kort tid. En bedömning av hälso- och sjukvårdsbehoven redan innan inflyttning och vilken vårdnivå särskilda boenden ska kunna erbjuda kommer att diskuteras både i regionala och nationala nätverk under kommande året.

Det fanns utmaningar i att hantera den stora mängden av informationen som också ofta förändrades i takt med ny kunskap om sjukdomen. I en enkätstudie gjord av Karolinska Institutet och Svensk Sjuksköterskeförening svarade cirka 40 procent av över 900 sjuksköterskor att de hade svårigheter med att nå information till omsorgspersonalen. Problemen med informationsöverföringen kan relateras till att sjuksköterskorna i de flesta fall endast arbetar dagtid och inte träffar all omsorgspersonal. Det finns skriftliga informationskanaler som fungerar, men för att leda omvårdnadsarbetet behöver även fysiskt handledning ske. Många verksamheter har tillfälligt ökat sin sjuksköterskebemanning under helgerna för att öka patientsäkerheten. Låg

sjuksköterskebemanning har i studier visat leda till sämre patientsäkerhet och ökade dödsfall.

Behov av specialistutbildade sjuksköterskor inom äldreården har varit en brist över en längre tid. Med stimulansmedel från staten har det gjorts försök till att öka antalet sjuksköterskor med specialistutbildning, detta har inte gett förväntat utfall. I slutet av förra året inrättade regeringen ett nationellt vårdkompetensråd som har ett uppdrag att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården.

Boenden har under flera års tid larmat om försämrad kvalitet på utbildningar för omsorgspersonalen. Regeringen har gett myndigheterna i uppdrag att ta fram en nationell utbildningsplan för undersköterskor. Detta förväntas att leda till ökad kunskap på lång sikt. Förhoppningsvis kan införande av skyddad yrkestitel för undersköterskor även göra yrket mer attraktivt. Boendena i Nacka har uppmanats att använda statliga stimulansmedel för att på kort sikt utbilda omsorgspersonal i de kunskaper som är bristfälliga.

Många individer som bor på särskilda boenden för äldre lider redan vid inflyttning av flera sjukdomar. I en rapport från Östergötland redovisades att endast 15% av dem som avlidit på särskilda boenden för äldre i det länet hade avlidit till följd av covid-19. För de övriga 85% som hade covid-19 var detta inte den direkta dödsorsaken. Det är för tidigt att dra några slutsatser om ifall covid-19 har lett till överdödlighet över tid.

Särskilda boenden för äldre har inte möjlighet att tvångsisolera personer trots smitta av en allmänfarlig sjukdom. Att vårda personer som bär en allmänfarlig sjukdom, har inte tidigare varit aktuellt på särskilda boenden för äldre. Hälso- och sjukvården behöver få större möjligheter för att ge god och säker vård på boenden. Till exempel har ett lagförslag om isolering av personer som utgör fara för andra personer på kommunala verksamheter förberetts av Sveriges kommuner och regioner.

Särskilda boenden för äldre har skaffat sig skyddsutrustning för framtida behov. Äldreenheten kommer att ha ett beredskapslager som täcker behovet av skyddsutrustning under 45 dagar enligt de behovsberäkningar som Myndigheten för samhällsberedskap har gjort. Beredskapslagret ska tillhandahållas så länge pandemin är pågående, sedan kommer en ny utvärdering av behovet att göras.

Stockholms län har efter en lugn sommar återigen en ökad samhällsspridning av covid-19. Boenden är förberedda i scenariot med ökad smittspridning. Besöksförbudet på boenden hävdes från och med 1 oktober, vilket innebär att det kommer att vistas fler personer på särskilda boenden. Detta leder till

ökad risk för smittspridning. Besökare informeras om hur smittspridning kan hindras men boendena har inga lagliga befogenheter att tvinga besökare att följa dessa regler. Boendena har inte heller några lagliga befogenheter att besluta om besöksförbud, trots ökad smitta.

Inför hösten är beredskapen för covid-19 på boendena god. Boendena har goda rutiner för att hindra smittspridningen. Om personal eller boende konstateras att ha covid-19 påbörjas en omfattande smittspårning utan dröjsmål. Samverkan med Smittskydd Stockholm är nu etablerad och fungerar bra. Med snabb smittspårning finns möjlighet att hitta personer som bär covid-19 men endast har diffusa symtom eller inga symtom alls. Smittspårningen är en viktig del av att hindra smittspridningen. Möjligheten till smittspårningen har på grund av kapacitetsbrist hos regionen inte funnits förrän från och med augusti.

Kvalitetsberättelse 2020

6

ÄLN 2021/10

2021-01-31

TJÄNSTESKRIVELSE
Dnr ÄLN 2021/10

Äldrenämnden

Kvalitetsberättelse 2020

Förslag till beslut

Äldrenämnden noterar informationen i kvalitetsberättelsen 2020 till protokollet.

Sammanfattning av ärendet

2020 var ett utmanande och svårt år och pandemin har orsakat stort lidande för många seniorer och deras anhöriga. Kvalitetsberättelsen redogör för det kvalitetsarbete som äldreheten har bedrivit under 2020 kopplat till nämndens antagna kvalitetsplan. Samtliga egenkontroller enligt kvalitetsplanen har genomförts. Några aktiviteter har pausats utifrån arbetet med Coronapandemin. I kvalitetsberättelsen analyseras och riskbedöms kvaliteten utifrån äldrekommitténs ansvarområde och kundens behov.

Kvaliteten inom äldrekommitténs område bedöms som god.

- Kunder får en trygg och snabb hemgång från sjukhus
- Tillgängligheten till myndigheten har förbättrats
- Kundnöjdhet i såväl ordinärt som särskilt boende har ökat i brukarundersökningen.

De bister som identifierades är kopplat främst till samordning, individuppföljning och ofrivillig ensamhet.

Ärendet

Den verksamhet som bedrivs enligt lagar och andra föreskrifter inom äldrekommitténs uppdrag ska vara av god kvalitet. Det innebär bland annat att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten och att verksamheten präglas av rättssäkerhet, god tillgänglighet, respektfullt bemötande, delaktighet samt att beviljade insatser bygger på bästa tillgängliga kunskap och utförs effektivt. Socialtjänstlagen (3 kap. 3 § SoL) kräver att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska dessutom systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

2020 var ett utmanande och svårt år och pandemin har orsakat stort lidande för många seniorer och deras anhöriga. Kvalitetsberättelsen redogör för det systematiska kvalitetsarbete som bedrivits under 2020 samt identifierade risker som kvarstår. Pandemin påverkade utvecklingsarbetet på enheten där systematisk uppföljning och



andra utvecklingsfrågor och projekt behövde pausas under delar av året som ett resultat av ökat fokus på att säkerställa insatser för våra kunder. Enheten genomförde trots detta flera förbättringar och bedömer att kvaliteten inom äldrenämndens område är god exempelvis genom att

- kunder får en trygg och snabb hemgång från sjukhus
- tillgängligheten till myndigheten har förbättrats
- kundnöjdhet i såväl ordinärt som särskilt boende har ökat i brukarundersökningen.

Pandemin har påverkat verksamheten på flera sätt. Enheten har fokuserat på att genomföra insatser för att bidra till minskad smittspridning och på att anpassa insatserna efter råd och rekommendationer. Nya digitala lösningar har skapats och nya arbetssätt har möjliggjort effektivare processer.

Samtliga egenkontroller enligt kvalitetsplanen har genomförts. Några aktiviteter har pausats vilket bland annat beror på förändrade prioriteringar utifrån Coronapandemin.

Ett tecken på god kvalitet är att enhetens arbete kring utredning och registreringar av synpunkter och klagomål samt interna avvikelser har resulterat i att enheten utvecklar sitt systematiska kvalitetsarbete. Klagomål och avvikelser i handläggningen och hos anordnare/utförare har hanterats omgående vilket motverkar allvarliga brister som riskerar att påverka kunden. Trots många fler registreringar i jämförelse med föregående år har enheten inte haft någon allvarlig avvikelse som föranledde anmälan om Lex Sarah. Socialstyrelsens brukarundersökning visar även att kundnöjdheten i såväl ordinärt som särskilt boende har ökat.

De risker som enheten har identifierat är kopplat främst till samordning, individuppföljning och ofrivillig ensamhet.

Ekonomiska konsekvenser

Kvalitetsberättelsen innebär inga konsekvenser för ekonomin.

Konsekvenser för barn

Kvalitetsberättelsen innebär inga konsekvenser för barn.

Handlingar i ärendet

Kvalitetsberättelsen 2020.

Ellinor Egefors
Enhetschef
Äldreenheten

Sofie Stener
Gruppchef kvalitet och stöd
Äldreenheten

Kvalitetsberättelse 2020

Äldrenämnden

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Inledning	3
3 Verksamhetens målgrupper	3
4 Underlag för analys	4
4.1 Enkäter och kundundersökningar	4
4.2 Systematisk uppföljning av insatser	4
4.3 Nationella undersökningar.....	5
4.4 Utförare och anordnare: insatsutbud.....	6
4.5 Uppföljning och granskning av utförare.....	6
4.6 Granskningar och kartläggningar	7
4.7 Avvikelse interna och externa	8
4.8 Annan tillsyn	8
4.9 Personal och kompetensförsörjning.....	9
5 Analys av verksamhetens kvalitet	10
5.1 Självbestämmande och integritet.....	10
5.2 Helhetssyn och samordning.....	11
5.3 Trygghet och säkerhet	11
5.4 Kunskapsbaserad verksamhet.....	12
5.5 Tillgänglighet	13
5.6 Effektivitet.....	14
6 Slutsatser och förslag på förbättringar	14

Bilagor

Bilaga 1: Kvalitetsledning- kvalitetsplanen 2020

1 Sammanfattning

2020 var ett utmanande och svårt år och pandemin har orsakat stort lidande för många seniorer och deras anhöriga. Pandemin påverkade utvecklingsarbetet på enheten där systematisk uppföljning och andra utvecklingsfrågor och projekt behövde pausas under delar av året. Enheten har fokuserat på att genomföra insatser för att bidra till minskad smittspridning och på att anpassa insatserna efter råd och rekommendationer. Nya digitala lösningar har skapats och nya arbetssätt har möjliggjort effektivare processer.

Alla egenkontroller och i stort sett alla aktiviteter har trots pandemin genomförts.

Sammanfattningsvis har arbetet under 2020 resulterat i att enheten genomfört förbättringar och påbörjat utvecklingsarbeten inom en rad områden. Några exempel är

- Kunder får en trygg och snabb hemgång från sjukhus
- Tillgängligheten till myndigheten har förbättrats
- Kundnöjdhet i såväl ordinärt som särskilt boende har ökat i brukarundersökningen.

Enhetens arbete med att öka mängden registrerade synpunkter, klagomål och interna avvikelser har resulterat i att enheten har fått ett bättre underlag till det systematiska kvalitetsarbetet. Klagomål och avvikelser i handläggningen och hos anordnare/utförare har hanterats omgående vilket motverkar allvarliga brister som riskerar att påverka kunden. Trots många fler registreringar i jämförelse med föregående år har enheten inte haft någon allvarlig avvikelse som föranledde anmälan om Lex Sarah. Socialstyrelsens brukarundersökning visar även att kundnöjdheten har ökat.

De bister som identifierades är kopplat främst till samordning, individuppföljning och ofrivillig ensamhet.

2 Inledning

Enligt socialtjänstlagen ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Den verksamhet som bedrivs enligt lagar och andra föreskrifter inom nämndens områden ska vara av god kvalitet. Det innebär bland annat att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller samt att verksamheten präglas av rättssäkerhet, god tillgänglighet, respektfullt bemötande, delaktighet samt att beviljade insatser bygger på bästa tillgängliga kunskap och utförs effektivt.

Enligt föreskrifterna ska verksamheterna identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamheternas kvalitet. Detta ska i sin tur ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

Kvalitetsberättelsen redogör för det kvalitetsarbete som bedrivits inom nämndens ansvarsområde under 2020, bland annat utifrån den antagna kvalitetsplanen.

Kvalitetsberättelsen kompletterar uppföljningen av mål och budget samt internkontrollplanen och är precis som patientsäkerhetsberättelsen en del av årets redovisning.

Kvalitetsarbetet ska ha en tydlig struktur och genom allas delaktighet skapa en lärande organisation som ger förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete.

3 Verksamhetens målgrupper

Äldrenämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten, (exklusive ekonomiskt bistånd) kommunal vård och omsorg och de uppgifter som enligt annan lag eller författning ankommer på socialnämnd avseende personer över 65 år. I detta ingår ansvar som ytterst vårdgivare enligt 11 kap 1§ hälso- och sjukvårdslagen. Nämnden ansvarar för

myndighetsutövning för den enskilde som till exempel utredning och beslut om hemtjänst, trygghetslarm, dagverksamhet och särskilda boenden för äldre.

Inom enheten handläggs även bostadsanpassningsbidrag och vilken avgift den enskilde ska betala. Enheten ansvarar för färdtjänst men handläggningen utförs av administrativa serviceenheten.

I enhetens uppdrag innefattas att säkerställa att vi har utförare och anordnare som svarar upp emot målgruppernas behov av stöd och insatser, både nu och i framtiden. Enheten ansvarar bland annat för kvalitetsfrågor, översyn och utveckling av kundval, uppföljning av anordnare och kvalitetsgranskningar samt framtagande av nya insatser. Äldre enhetens uppdrag är även att erbjuda hälsofrämjande och förebyggande insatser för personer över 65 år.

Äldre enhetens målgrupper utgörs sammanfattningsvis av:

- Äldre med förebyggande och hälsofrämjande insatser
- Äldre med insatser i hemmet
- Äldre med insatser i särskilt boende

4 Underlag för analys

4.1 Enkäter och kundundersökningar

Under 2020 genomfördes flera kundundersökningar både genom fysiska möten, telefonintervjuer, digitala enkäter och journalgranskningar. Kunder har bidragit till värdefull kunskap som använts som underlag till upphandlingar, revidering av kundvalsvillkoren, implementering och uppföljning av nya insatser. Enhetens kvalitet- och stödgrupp har arbetat med metoden tjänstedesign i projekt. Metoden utgår ifrån förståelse för användarens behov och upplevelser men lyfter också fram medarbetarnas och utförarnas perspektiv på utmaningarna. En tydlig risk som har identifierats för målgruppen är att många kunder upplevde ensamhet och ett digitalt utanförskap.

Enkät om smittspridning

För att minska risken för smittspridning i samband med pandemin genomfördes från och med maj månad en enkät där anordnarna inom hemtjänst och särskilt boende varje vecka svarade på antal smittade kunder, behov av skyddsutrustning och personalläget i verksamheten. Utöver enkäten har täta digitala möten med anordnarna genomförts.

4.2 Systematisk uppföljning av insatser

Varje handläggare har god kännedom om sina kunder men en tydlig systematik i uppföljningen och information om kundernas behov saknas. I utredningen Hemtjänst 2.0 som färdigställdes i augusti 2020 framkommer även behov av att systematiskt följa upp kundernas behov på en aggregerad nivå för att säkerställa att vi har rätt insatsutbud. 2019 implementerades en ny metod för individuppföljningar på särskilt boende (säbo). Till följd av besöksförbud/stark avrådan från besök var det varit svårt att träffa och följa upp kunderna på säbo. Pandemin gjorde det även svårt för handläggarna att göra hembesök eller träffa kunder i ordinärt boende. Uppföljningar har i år främst skett genom telefonsamtal och ibland genom hembesök. Kunder som har avböjt stöd, fått förändringar i sina beviljade insatser eller som själv har pausat sina insatser under året har särskilt prioriterats för individuppföljning.

Under 2020 har införandet av IBIC på särskilda boenden påbörjats. Genom IBIC kommer vi kunna följa både måluppfyllelse och kunders behov på en gruppnivå.

För att undersöka kvalitet in handläggningen genomfördes en rättsäkerhetsgranskning i december. Biståndshandläggare granskade kollegors ärenden utifrån bestämda frågeställningar. 20 ärenden granskades. Resultatet visade att kundernas delaktighet beskrivs i ärendena och att det framkommer tydligt vilket beslut som fattades för kunden. Ett förbättringsområde är uppföljning av insatserna. I 20 procent av de granskade akterna hade ingen uppföljning skett de senaste 12 månaderna.

Utöver rättsäkerhetsgranskningen har gruppchef och gruppledare granskat journalanteckningar i 20 ärenden. Granskningen visade betydande kvalitetsförbättring gällande journalföringen och motiveringarna till beslutade insatser jämfört med föregående år. Den visade även att kunderna i ännu större omfattning än 2019 har varit delaktiga i sin utredning.

4.3 Nationella undersökningar

Socialstyrelsens Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla socialtjänstens verksamheter på olika nivåer. 2020 års resultat beskriver de förhållanden som var i februari 2020.

Socialstyrelsens brukarundersökning visade att kvaliteten för kunderna inom hemtjänst har blivit bättre. Helhetssynen, den generella nöjdheten, personalens bemötande och delaktighet var allmänt bättre än 2019 års resultat i inom hemtjänsten. Utvecklingsområden som identifierades var att knappt hälften av de som besvarade enkäten besvärades av ensamhet, kunders möjlighet att påverka vid vilken tidpunkt hemtjänsten kommer och information om var de vänder sig med synpunkter och klagomål.

Kunder som bodde på särskilda boenden för äldre gav betyget 81 av 100. Snittet i riket var 79. I Stockholms län ligger Nacka kommun högst när det gäller helhetssyn på särskilt boende. Variationen mellan boendena var stora. Ett av utvecklingsområdena som framkom i undersökningen var att andelen kunder som var nöjda med de aktiviteter som erbjuds på äldreboende sjönk från 71 (år 2019) till 66 (2020). Orsaken till detta kan vara en konsekvens av pandemin.

Se ytterligare kommentarer kring dessa indikatorer i årsredovisningen för 2020.

Nationella kvalitetsregister

Anordnare för särskilda boenden för äldre registrerar och använder ett antal nationella kvalitetsregister i sitt systematiska kvalitetsarbete. Resultaten visar olika kvalitetsmått som kan jämföras med andra enheter/kommuner/riket.

Vård i livets slutskede var ett fokusområde under 2020 då det identifierades som en risk under 2019. Symtomlindring under den sista tiden i livet förbättrades från 89 procent (år 2019) till 93 procent (år 2020). Ingen kund som avled med covid-19 på särskilda boenden för äldre hade andnöd som inte har kunnat lindras. Andel kunder som varit ensamma vid dödsögonblicket på särskilda boenden för äldre ökade från 22 procent år 2019 till 35 procent år 2020. Nacka kommun hade liknande resultat som Stockholms län.

Användning av läkemedel ökade på särskilda boenden för äldre under 2020. Även användning av lugnande läkemedel och läkemedel mot psykiatriska symtom ökade i jämfört med resultat från 2019. Läkemedelsanvändningen har inte följts upp i enlighet med kvalitetsplanen utifrån att resurser har behövt prioriterats om i samband med pandemin. Registrering av symtom och upprättande av bemötandeplaner i BPSD-registret har fortsatt öka under 2020 i jämförelse med åren innan.

Riskbedömningar utifrån registreringar inom områdena nutrition, fall, inkontinens, trycksår och munhälsa genomfördes regelbundet av myndighetens medicinskt ansvariga sjuksköterska. Resultaten för hur många kunder som hade risk för ohälsa var oförändrade i jämförelse med föregående år. Andel kunder som hade risk för ohälsa ligger i samma nivåer som inom Stockholms stads särskilda boenden.

Region Stockholm stoppade de årliga munhälsobedömningarna som erbjuds till kunderna på särskilda boenden för äldre och kunder som har hemtjänstinsatser. Det berodde på att regionen behövde omprioritera sina resurser under 2020. Den nödvändiga tandvården utfördes efter behovsbedömning.

Andel fallolyckor för personer över 65 år har minskat något från 4333 (år 2019) fall till 4311 fall (år 2020). På särskilda boenden för äldre minskade antalet fall från 1865 (år 2019) till 1705 (år 2020). 42 av dessa fall ledde till fraktur, vilket var en minskning med 10 frakturer från 2019.

4.4 Utförare och anordnare: insatsutbud

Under våren 2020 implementerades tillsyn på natten via trygghetskamera. Syftet med insatsen är att kunder inte ska behöva bli väckta av nattpatrullen. Därmed störs inte sömnen och behovet att stiga upp minskar, vilket i sin tur kan motverka risk för fall.

Flera hemtjänstanordnare började under 2020 erbjuda digitala inköp, det vill säga inköp som genomförs via internet där hemtjänst antingen hämtar färdigpackade matkassar i butik eller där kunder får maten hemkörd av matkedjan de beställer ifrån. Syfte var att öka trygghet och säkerhet för kunder som önskade följa med till affären.

Pandemin har påverkat utförarnas möjlighet att bedriva verksamhet. De har ställt om och anpassat efter pandemin på ett bra sätt. Förebyggande och hälsofrämjande verksamheter anpassades. Balansskola, qigong och utomhusträning filmades och finns tillgänglig för alla på Nacka.se. Anhörigstöd och uppsökande arbete genomfördes via telefon.

Föreningar som har som syfte att stötta och uppsöka de äldre som lever i ofrivillig social isolering anpassade också sina aktiviteter från att ha sociala träffar till att stötta de isolerade äldre genom att ringa till dem för att följa upp hur de mår och vilka hjälpbehov de har. De har också ordnat telefonträffar så att de äldre som tidigare har träffats i en grupp för ett fika har fått hålla kontakten med varandra även om de inte har kunnat träffas i det riktiga livet. Frivilliga samt Röda korset har i uppdrag från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap hjälpt till genom att handla mat och medicin.

4.5 Uppföljning och granskning av utförare

Alla anordnare och utförare följs årligen upp med en uppföljningsenkät som de själva besvarar. Den visar att utförarna själva fortfarande bedömer att kvaliteten i deras verksamheter sammantaget är god och att de uppfyller avtalsvillkoren. I enkäten framkom att 5 av 14 särskilda boenden uppgav att de inte nådde utbildningskraven i auktorisationsvillkoren. Dessa resultat kommer att följas upp i kvalitetsplanen.

I den årliga avtalsuppföljningsenkäten ställdes även frågor till anordnarna om hur de påverkats av pandemin. Samtliga anordnare uppger där att samarbetet med äldreheten har fungerat bra under pandemin.

Kvalitetsgranskningar

Under 2019 skedde granskningar eller uppföljningar av alla hemtjänstanordnare och flertalet

av de särskilda boendena. 2020 har kvalitetsgranskningar och uppföljningar inte skett i samma utsträckning vilket beror på prioriteringar utifrån utredningsarbetet kopplat till projektet Hemtjänst 2.0 samt pandemin. Riskbedömningar har skett kontinuerligt för att säkerställa att anordnaren har god kvalitet vilket resulterade i:

- Två uppföljningar och två påkallade granskningar inom kundvalet särskilt boende för äldre. De påkallade granskningarna resulterade för den ena utföraren i en varning samt upprättande av åtgärdsplan, och för den andra utföraren utfärdades ingen sanktion men däremot en åtgärdsplan. Åtgärderna har följts upp. Anordnarnas hälso- och sjukvårdsinsatser följdes även upp löpande utifrån smittspridning av covid-19.
- Fyra påkallade granskningar och en kvalitetsgranskning inom kundvalet hemtjänst, ledsagning och avlösning. En anordnare avauktoriseras av nämnden och en anordnare valde självmant att avsluta sin auktorisation efter att äldreheten funnit allvarliga brister i verksamheten.

Dagverksamheterna har varit stängda under större delen av 2020 och verksamhetsgranskningar har därför inte prioriterats för granskning.

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) införde 2019 tillståndsplikt för hemtjänst. Enheten är positiv till den nya tillståndsplikten, då den ytterligare stärker kvalitetsperspektivet. Alla anordnare har därför behövt ansöka om att få tillstånd. IVO fattade beslut i alla ärenden under 2020 och har gett besked till samtliga av Nacka kommuns anordnare. Fem anordnare fick avslag på sin ansökan. Två anordnare avslutade på eget initiativ sin verksamhet efter att de fått avslag från IVO, två överklagade och väntar på avgörande. Av de två som avslutade sin verksamhet på egen begäran hade den ena anordnaren färre än fem kunder. Den andra anordnaren övergick genom en företagsöverlåtelse till en annan befintlig anordnare och all personal följde med. Få kunder har därför hittills drabbats av stora förändringar i och med IVO beslut.

4.6 Granskningar och kartläggningar

Under 2020 genomfördes ett omfattande projekt som kallats Hemtjänst 2.0. Utredningen föreslog en rad olika förändringar för att höja kvaliteten inom hemtjänsten. Förändringar som föreslogs var bland annat prestationsbaserad ersättning för ökad personalkontinuitet, utbildning i svenska språket, digitala matinköp, bättre arbetsförutsättningar för personalen och förändrat arbetssätt med bättre individuppföljning i biståndshandläggningen.

En analysrapport om de särskilda boendenas hantering av pandemin sammanställdes i slutet av 2020 av äldreheten. Rapporten visade att boendena på mycket kort tid ställde om sina verksamheter för att ta hand om kunder med en samhällsfarlig och smittsam sjukdom. Många av boendena ökade även sin sjuksköterskebemanning för att göra det möjligt att sjukvårdsinsatser snabbt kunde utföras även på helgerna. Rapporten beskriver de utmaningar som särskilda boenden hade under de sex första månaderna av pandemin. Den beskriver även vilka åtgärder som vidtogs när pandemin drabbade äldreomsorgen hårt.

2019 genomfördes en omorganisering i biståndshandläggargrupperna utifrån bland annat Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Utifrån detta gjordes under hösten 2020 en uppföljning på betalningsansvarsdagar för perioden januari till och med september. Uppföljningen visade att kommunen klarade lagens intentioner om att ingen ska behöva vara på sjukhus då man är utskrivningsklar. Resultatet för Nacka var att i genomsnitt 81 % av kunderna skrevs hem på dag 0, det vill säga när man är utskrivningsklar. Utskrivningsklara dagar under perioden var i genomsnitt 0,56 dagar under perioden. För att klara av den utmaning som det innebär att enligt nya lagen hemplanera personer så fort de är

färdigbehandlade på sjukhus krävs en ökad bemanning av biståndshandläggare och ett fortsatt arbete med den interna organisationen och arbetsmiljön, vilket beskrivs mer i årsredovisningen för 2020.

En översyn av de kundval som har få kunder genomfördes utifrån tre aspekter: kvalitet för kund, ekonomi samt organisering och effektivitet. Utredningen resulterade i ett antal kriterier för att avgöra vilken avtalsform som bör användas. Enligt utredningen är det inte klarlagt att dagverksamheten tillgodoser de behov som finns hos målgruppen och eventuellt behövs andra insatser.

Äldrenämnden gav enheten i uppdrag att genomföra en översyn av sanktioner när anordnare brister i sina verksamheter. Syftet med att kunna ge snabba och kraftfulla sanktioner är att undvika avauktorisering vilket kan påverka kundens trygghet och säkerhet. Utredningen gav förslag till fem sanktioner. Nämnden beslutade i enlighet med förslaget och överlämnade ärendet till kommunstyrelsen. Det pågår ett kommunövergripande projekt Kundval 2.0 som ser över de generella kundvalsvillkoren och utformningen av de specifika villkoren.

4.7 Avvikelse interna och externa

I mars 2020 infördes en ny process för avvikelshantering, synpunkter och klagomål. Syftet med den nya processen var att systematiskt arbeta med registrering och hantering av inkomna synpunkter, klagomål och interna avvikelser. Rutinen/processen har resulterat i många fler registrerade klagomål och synpunkter under 2020, vilket har lett till ett bättre underlag till det systematiska kvalitetsarbetet.

Under 2020 rapporterades inga lex Sarahanmälningar inom äldreheten. Äldreheten registrerade och följde upp fem interna avvikelser på enheten. Dessa handlade om bristande samverkan med anordnare eller brister i bemötande. Implementeringen av processen för interna avvikelser behöver fortsätta nästa år.

Äldreheten gjorde totalt arton avvikelser till Regionen avseende bristande samverkan vid utskrivning från slutenvården. Avvikelserna handlade om att utskrivningsplanering inte var ifylld, att primärvård inte varit involverad, utebliven SIP trots behov samt missvisande datum för utskrivning.

Äldreheten registrerade och följde upp 41 synpunkter och klagomål på anordnare av hemtjänst, ledsagning och avlösning och totalt 14 synpunkter och klagomål på anordnare av särskilt boende. Klagomålen kom från kunder, anhöriga eller andra utomstående personer. Dessa handlade om bland annat personalens kunskaper i basal handhygien och svenska språket, bemötande, bristande omvårdnad, personalens användning av skyddsutrustning och fusk och oegentligheter. Utöver dessa har synpunkter och klagomål på anordnarna kopplat till kund hanterats löpande av biståndshandläggarna.

I anordnarna och utförarnas egna verksamheter rapporterades och utreddes totalt åtta Lex-Sarahrapporter kopplat till hemtjänst från tre olika verksamheter. Inom särskilt boende för äldre upprättades 12 lex-Sarahrapporter. På ett särskilt boende för äldre inträffade en allvarlig vårdskada (lex Maria) vilket rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg.

4.8 Annan tillsyn

På uppdrag av kommunens revisorer genomförde Ernst & Young (EY) en granskning av nämndens målstyrning. Resultatet visade att nämndens arbete med målstyrning i allt väsentligt arbetar i enlighet med kommunfullmäktiges reglemente för mål- och resultatstyrning. Det finns flera förtjänster i det arbetssätt som tillämpas men det finns också

utvecklingsområden. Äldrenämnden kommer att följa revisorernas rekommendationer och göra en särskild riskanalys kopplad till målvärden samt att säkerställa bättre överensstämmelse mellan fokusområden och resultatindikatorer i mål- och budgetprocessen.

Revisorerna har även följt upp arbetsmiljön på bland annat äldreheten. Ansvaret för arbetsmiljön ligger på kommunstyrelsen och inte på äldreheten. Bedömningen är att Nacka i allt väsentligt har strukturer för att säkerställa ett ändamålsenligt arbetsmiljöarbete. Formerna för arbetsmiljöarbetet regleras i samverkansavtalet.

Inspektionen för vård och omsorg genomförde en tillsyn av enhetens verkställighet av beviljade insatser under pandemin. Äldreheten hade haft kontakt med samtliga kunder som fick en förändrad verkställighet under pandemin.

Inspektionen för vård och omsorg granskade även vården på Sveriges samtliga särskilda boenden för äldre kopplat till pandemin. Granskningen genomfördes via telefonintervju med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Inspektionen för vård och omsorg gick vidare med att djupgranska 15 särskilda boenden i Stockholms län där de hade bedömt att det fanns risker för att kunderna inte fick den vården de hade behov av. Ingen anordnare i Nacka blev aktuell för djupare granskning. Inspektionen för vård och omsorg granskade även Regionernas läkarinsatser på särskilda boenden för äldre i hela landet, förutom Gotland. Läkarinsatserna granskades i de boendena där Inspektionen för vård och omsorg bedömt att vården inte hade fungerat. Samtliga Sveriges Regioner som granskades fick kritik. Region Stockholm har vidtagit åtgärder för att stärka läkarinsatserna med exempelvis extra jourläkarbilar på helgerna. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kommer att granska avtalet av utförare för läkarinsatser på särskilda boenden för äldre.

Regeringen gav Coronakommissionen i uppdrag att utvärdera de åtgärder som vidtogs för att begränsa spridningen av Covid-19. En delrapport om vården och omsorgen av äldre publicerades i december 2020.

EY har under slutet av 2020 påbörjat en samordnad granskning av samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård utifrån den nya lagen (LUS). Granskningen görs på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Stockholm, Stockholms stad, Sollentuna, Haninge, Huddinge, Järfälla, Nacka, Sundbyberg och Värmdö. Granskningsrapporten kommer beräknas vara klar i februari 2021.

4.9 Personal och kompetensförsörjning

Äldreheten har liksom alla enheter inom Nacka kommun ett sparbetning varje år gällande personalbudgeten. För att hantera den utmaningen infördes ett nytt arbetssätt den 13 januari 2020. En mottagningsgrupp inrättades som bland annat ansvarar för att hemplanera alla som skrivs ut från slutenvården. Arbetsbelastningen inom biståndshandläggargruppen har varit ansträngd på grund av att den nya lagen om utskrivning vid slutenvård. Det har inneburit behov av att arbeta betydligt mera effektivt i samband med utskrivning från slutenvård i jämförelse med tidigare år. I syfte att minska riskerna för att kund far illa har enheten ökat bemanning vilket går utanför enhetens budgetram.

I kvalitetsplanen 2020 identifierades risker kopplat till kompetensförsörjning. Äldreheten arbetade under 2020 med att kvalitetssäkra handläggningen av ärendehantering genom att bland annat kompetensutveckla biståndshandläggarna. Syftet med de olika utbildningsinsatserna har varit både att förebygga suicidrisk, att få inblick i hur det är att vara anhörigvårdare, att göra rättssäkra bedömningar och dokumentation samt att lära sig handläggning enligt IBIC. Den kompetensutveckling som har skett inom myndighet var följande:

- Dokumentation och journal genom föreläsning och workshop
- Utbildning i suicidprevention
- Utbildning i hur det är att vara anhängvårdare steg 1
- Utbildning i IBIC
- Utbildning i “nya” Combine

Arbetsbelastningen har under 2020 varit mycket hög inom båda arbetsgrupperna på äldreheten. Direktör, enhetschef och gruppchef för biståndshandläggargruppen slutade under året. Under perioder har det därför konsulter tillsatts. Ny enhetschef tillträdde i maj liksom direktör och biträdande direktör. Åtgärder i form av riktade arbetsmiljöinsatser har inletts och de fortsätter under 2021. Arbetets organisation behöver utvecklas ytterligare utifrån såväl kundflödena som nämndens behov och för att arbetsmiljön ska vara bra.

5 Analys av verksamhetens kvalitet

5.1 Självbestämmande och integritet

”Den enskilde ska vara *delaktig*, ha inflytande och ges möjlighet till egna val.

Barnperspektivet ska beaktas utifrån att barnkonventionens principer om barnets bästa och barnets rätt att få uttrycka sina åsikter och få sin åsikt beaktad i förhållande till sin ålder och mognad, finns införda i socialtjänstlagen”

Inom området självbestämmande och integritet var de största riskerna 2020 att det saknas ett systematiskt arbetssätt för att följa upp kunder. Bristerna berodde både på en hög arbetsbelastning för biståndshandläggarna samt avsaknad av ett systematiskt arbetssätt för individuppföljning.

Äldre enhetens analys utifrån interna kartläggningar och Socialstyrelsen brukarundersökning är att kunder är delaktiga i utredning, beslut och insatser men att brister i uppföljning och information om vart de kan vända sig för synpunkter och klagomål kan medföra att några kunderna inte har haft tillräckligt med inflytande deras insatser. Enheten bedömer också att kunders självbestämmande och integritet inte tillgodoses fullt ut eftersom individuppföljningar inte har skett i tillräcklig hög utsträckning.

För att minska riskerna kopplat till självbestämmande och integritet arbetade enheten med att öka delaktigheten och den generella kundnöjdheten för kunden genom att:

- initiera och påbörja implementering av **ett nytt arbetssätt för måluppföljning** för att på ett mer strukturerat sätt följa upp de kunder som har insatser i ordinärt boende. Den nya rutinen omfattar att följa upp kundens behov, att de beviljade insatserna genomförs och hur, på vilket sätt kunden har varit delaktig samt att inhämta ny och, för ärendet, relevant information.
- återuppta det försenade **införandet av arbetsmetod IBIC**, individens behov i centrum, på enheten. Från och med 1 november 2020 handläggs alla nya kunder som beviljats särskilt boende i enlighet med metoden.
- ta fram en **rutin för individuppföljningar** för kunder på särskilt boende.
- erbjuda inköp eller lån av videoutrustning för **digitala möten** till anordnare och utförare.

Enheten bedömer att arbetet med att öka kundernas delaktighet i samband med utredning och utformning av stöd och hjälp måste fortgå under 2021. Arbetet bör sättas in i ett större perspektiv för att leva upp till Socialstyrelsen kvalitetskriterier och strategin om Nacka som en äldrevänlig kommun.

5.2 Helhetssyn och samordning

”Utgår från den enskildes samlade livssituation med samordnade insatserna som präglas av kontinuitet.”

Den största risken inom kvalitetsområdet ”helhetssyn och samordning” var **samordningsbrister** vilket kan medföra bristande helhetssyn och kontinuitet för kunden. Det innebär att äldreövervakningskunder riskerade att inte få ett samordnat stöd och därmed adekvat hjälp. Samordningsproblemen kunde innebära att det dröjde innan kunder med behov av stöd från olika enheter fick hjälp eller att personen bollades mellan olika enheter och aktörer. Risken kring samordningsproblem för särskilt utsatta målgrupper identifierades tidigt under 2020 och har presenterats i kvalitetsplanen. De aktiviteter som sattes har genomförts och bidrog till att minska risken, se bilaga.

Resultatet av enhetens arbete innebär att kvaliteten för kunden anses som god vilket kan verifieras genom:

- att det **inte har inträffat några allvarliga avvikelser** under året
- att **tillgängligheten** och närheten för våra kunder **ökade**
- betydligt förbättrad **dokumentation**
- **hemplaneringar** från slutenvård har skett **snabbt**

Det finns risker utifrån medarbetarnas upplevelse av ineffektiva processer och dubbelarbete. Orsakerna till dessa risker var i första hand att roller och ansvar inom enheten förändrades samt arbetet med organisationsförändring där implementering och uppföljning av denna har påverkats negativt av distansarbete.

Enheterna bedömer att arbetet med samordningsfrågor både internt och externt behöver pågå även under 2021 för att kunna säkerställa att kunderna inte drabbas av organisatoriska hinder. Arbeta 2021 behöver även innehålla ett fortsatt arbete enhetens flöden och med att tydliggöra medarbetarnas och chefernas roller och ansvar.

5.3 Trygghet och säkerhet

”Tjänsterna är *rättssäkra* enligt gällande regelverk och transparenta, vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom *förebyggande arbete*.”

Inom kvalitetsområdet ”**trygghet och säkerhet**” har de största riskerna minskat. Det gäller både fallolyckor och frakturer samt att kunder träffar färre personal (ökad kontinuitet) inom hemtjänsten och på särskilda boenden. En annan risk som minskat var risken att kunder som utsatts för våld inte uppmärksammades. Enheten har minskat riskerna genom utbildning, kontinuerliga ärendedragningar samt att det inkluderas i introduktionen av nya medarbetare.

Med anledning av pandemin har äldreövervakningsenheten fokuserat på ytterligare tre risker inom området trygghet och säkerhet:

- **Psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet.** Det gäller både kunder som har insatser och kunder som inte har insatser. Behovet av en plats för social samvaro var stort redan innan pandemin. Den öppna mötesplatsen för seniorer har inte kunnat öppna och merparten av de öppna verksamheterna har varit stängda. Risken innebär att den fysiska och psykiska hälsan påverkas för kunderna.
- **Användning av läkemedel** har ökat på de särskilda boendena under 2020, vilket delvis kan bero på ökat behov av symtomlindring relaterat till covid-19. Mer kunskap om individernas symtom relaterat till läkemedelsbehandling skulle behövas för att dra

slutgiltiga slutsatser om eventuella orsakssamband.

- För **anhöriga har det inte funnits samma möjlighet till avlastning** eftersom dagverksamhet har varit stängd under större delen av 2020. Anhörigcenter och dagverksamhetens personal erbjöd under slutet av 2020 kontinuerligt stöd via telefonsamtal.

För att påverka riskerna inom området **trygghet och säkerhet** arbetade äldreheten med att:

- lansera en ny rutin för **suicidprevention**
- börja erbjuda seniorer **teknisk hjälp** i hemmet
- erbjuda fler hemtjänststimmar för att trygga kunder som drabbats av **ensamhet och isolering** i samband med pandemin
- vidareutbilda handläggarna i **journalföring** vilket har resulterat i att journalernas kvalitet avsevärt förbättrats
- **ställa om förebyggande verksamheter** i syfte att motverka ensamhet och isolering genom bland annat mindre grupper, promenadträning och telefonsamtal.
- kontakta alla **kunder som inte kunnat gå på dagverksamhet** för att säkerhetsställa att behovet är tillgodosett i hemmet samt erbjuda andra insatser vid behov, såsom exempelvis ledsagning, avlösning, stöd vid måltid, telefonstöd, tillsyn och utökade promenader
- **utöka samverkan** med både Regionens **krisledning** och med de lokala utförarna i Nacka under pandemin, vilket resulterade i bättre samverkan och i att kommunerna fick ökade påverkansmöjligheter i de gemensamma frågorna
- höja kvaliteten på **symtomlindring** så som smärta, andnöd och ångest, vid livets slutskede.
- genomföra en omvärldsanalys i syfte att arbeta för **tidig upptäckt av fall**.

I arbetet 2021 behöver enheten fokusera på att upprätthålla respektive utvecklas vidare inom alla tre riskområden.

5.4 Kunskapsbaserad verksamhet

”Tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara.”

Äldreheten bedömde 2020 att det fanns två större brister inom området:

- att enheten inte på ett systematiskt sätt arbetade med **måluppfyllelse** och uppföljning av hur det går för målgrupperna
- att enheten inte hade en förankrad **avvikelsehantering**.

Under 2020 arbetade enheten med att implementera en ny metod för **individuppföljningar**. Tidigare inleddes en ny utredning varje gång en kund följdes upp. Den nya rutinen innebär istället att insatsens mål följs upp. I slutet på 2020 påbörjades även införandet av IBIC - individens behov i centrum - på särskilda boenden. Alla nya kunder som får insatsen särskilt boende för äldre ska nu utredas enligt IBIC. Införandet för kunder som får andra insatser påbörjas under mars månad 2021.

Äldreheten har även utvecklat processer för **avvikelsehantering** och arbetat med att sprida kunskap om avvikelsehanteringsens tre delar; lex Sarah, synpunkter och klagomål samt interna avvikelser.

Inom enhetens utförarverksamheter identifierades, förutom de två ovanstående riskerna, att kunder riskerar att inte få rätt stöd och omvårdnad utifrån att **personalen saknar viss grundläggande kunskap** inom området. Enheten har arbetat med att minska riskerna genom att tillse att fler personer läser till **undersköterskor**. Under april till och med juni 2020 erbjöds anordnarnas personal en utbildning i **basal hygien**. Totalt 600 personer deltog på utbildningen som hölls i kommunens lokal för öppen mötesplats.

Vidare har anordnarnas medarbetare erbjudits palliativa ombudsutbildningar samt utbildning i **IBIC** – individens behov i centrum som en förberedelse inför införandet.

Utifrån kvarstående risker behöver enheten under 2021 arbeta på resultat kvaliteten för kunderna genom ett fokus på **måluppföljning**. En del i detta är att ställa krav i kommande upphandling av verksamhetssystem så att enheten framöver kan ta fram relevant statistik för analys av målgruppens behov på gruppnivå. Utöver kommer enheten arbeta vidare med ökade språkkunskaper för anordnarnas personal utifrån att grundläggande kunskaper i det **svenska språket** är en förutsättning för vidare utbildning inom området.

5.5 Tillgänglighet

”Det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. *Information och kommunikation* är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av *ömsesidighet och dialog*. Verksamheterna är *fysiskt tillgängliga*.”

I kvalitetsplanen bedömde äldre enheten att den största risken inom kvalitetsområdet tillgänglighet var kopplat till kunder som är utskrivningsklara från sjukhus. Under året har den nya organisationen och samverkan mellan kommunen och regionen gett goda resultat i processen kring **trygg hemgång**. Fortsatt arbete under 2021 behövs för att säkerställa en trygg process kring hemgång från slutenvården.

Sjukvårdens möjligheter till samverkan genom samordnad individuell plan **“SIP” var i vissa fall bristfällig** då det inte användes i tillräcklig utsträckning. Den snabba hemtagningsprocessen resulterade även i att biståndshandläggare och/eller anordnare inte alltid fick kännedom om att kunder skrevs ut.

Under 2020 arbetade enheten med att öka tillgängligheten för kunder, anhöriga och anordnarna på följande sätt:

- Utveckla innehållet i våra **kommunikationskanaler** på webben, sociala medier och i tryckt material och foldrar
- Enhetens nya mottagningsgrupp har inneburit en **ökad tillgänglighet** både för kunder, anhöriga, anordnare och för externa aktörer som t ex regionen.
- **Handläggning av riksfärdtjänst och färdtjänst** flyttades över till administrativa serviceenheten vilket bidrog till ökad tillgänglighet för kunderna. För ansökan om riksfärdtjänst och turbundna resor kan kunder från och med 2020 boka den tid som passar dem bäst på nacka.se
- **Samverkan** med regionen och myndigheterna har prioriterats och blivit bättre.
- Genomföra kontinuerliga och samordnade **utskick till anordnare** och särskilda kontaktpersoner inom äldre enheten för anordnarna att vända sig till.
- **Utökade arbetstider**. I början av pandemin var informationsflödet från myndigheterna och Region Stockholm hög. Biståndshandläggare och kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska arbetade då under helgerna för att möta regionens behov.

Arbetet under 2021 behöver äldreheten fokusera på ett smidigare systemstöd för ärendeöverföring där viss kommunikation kan automatiseras.

5.6 Effektivitet

”Resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.”

Äldrehetens brister inom området effektivisering rör främst brist på effektiva handlägningsprocesser och att beslut som är fattade har varit svåra att genomföra. Detta beror dels på effekterna av pandemin, men det beror även på de tidigare nämnda problemen med social och organisatorisk arbetsmiljö. Direktören har givit det som ett prioriterat område till enhetschefen.

Under 2020 arbetade enheten för att skapa effektiva processer för kunderna på följande sätt:

- Upprätta en rutin för när det är lämpligt att **fatta tidsbegränsade beslut**. Det kan vara när det är oklart om behovet är varaktigt, om det behöver säkerställas att det är rätt insats eller när syftet med insatsen är att nå uppsatta mål och bli mer självständig. Detta resulterar i att **kunder följs upp oftare** och det kan på så sätt förebygga ett kvarstående/ökat hjälpbehov. Samtidigt som detta är ett sätt att säkra upp ökad självständighet och bibehållande av egna förmågor kan det även leda till att **antal timmar för exempelvis hemtjänst succesivt minskas**.
- Genomföra en utredning om kundvalet hemtjänst som visar på olika aktiviteter som kan ge tidseffektiviseringar samt öka kundens delaktighet, bland annat genom att anordnarna bör genomföra **matinköp digitalt** tillsammans med kunden om denne inte själv kan följa med till affären.
- Implementera insatsen **digital tillsyn nattetid** vilket effektiviserade natthemtjänstens arbete med tillsyn via trygghetskamera.
- Den nya tjänsten **”tekniskt stöd i hemmet”** har möjliggjort för kunder att själv handla på nätet så att de kan klara sig hemma längre
- Införa ett förändrat arbetssätt på äldreheten kopplat till **effektiv hemtagning** vilket resulterade i att kostnaderna för utskrivningsklara dagar eliminerades och var i december 2020 i genomsnitt 0,56 dagar. Ersättning till regionen för utskrivningsklara dagar höjdes 2020 från 3 638 kr/dygn till 8 300 kr/dygn.
- Kravställning till upphandling av verksamhetssystem som kommer att möjliggöra **automatiserade processer** för handläggning av **bostadsanpassningsbidrag**.

I arbetet under 2021 behöver enheten fortsätta arbetet kring effektivisering av handlägningsprocesser inom bland annat avgiftshantering, förenklad handläggning och uppföljning av anordnare. Uppföljning och egenkontroller är resurskrävande men bidrar till ekonomisk effektivitet.

6 Slutsatser och förslag på förbättringar

2020 var ett utmanande och svårt år för alla kunder, medarbetare, anordnare och samverkanspartner inom äldre nämndens område. Pandemin påverkade utvecklingsarbetet på enheten där systematisk uppföljning och andra utvecklingsfrågor och projekt behövde pausas under delar av året som ett resultat av ökat fokus på att säkerställa särskilda insatser för våra kunder kopplade till pandemin. Vi kan trots detta se att vårt arbete har gett goda resultat när det gäller smittspridningen, kreativa digitala lösningar och nya arbetssätt.

Alla egenkontroller och i stort sett alla aktiviteter har trots pandemin genomförts.

Självbestämmande och integritet

En av de största riskerna var att kunder inte följs upp systematiskt. Äldreenheten har under 2020 arbetat för att reducera riskerna genom introduktion av nya arbetssätt. Under 2021 kommer detta arbete fortgå och vidareutvecklas.

Äldrenämndens målgrupper upplever enligt Socialstyrelsens brukarundersökning och andra nationella undersökningar en hög grad av ofrivillig ensamhet. Psykisk ohälsa förväntas öka i takt med att många under en mycket lång tid levt isolerat, vilket också var en risk som enheten uppmärksammade redan innan pandemin började. Utbildning och ett kvalificerat utrednings- och bedömningsarbete krävs både för myndigheten och i våra utförarverksamheter för att motverka ofrivillig ensamhet och isolering. Äldrenämnden har därav behov av att fortsätta arbetet kring detta under 2021.

Enheten behöver även arbeta vidare med interna kompetenshöjande insatser inom sociala omsorgsprocessen och externa utbildningar för våra anordnare och utförare för att skapa *bästa utveckling för alla*. Det gör vi genom att fokusera på

- utbildning i svenska språket
- utbildning i basala handhygienrutiner
- måluppföljning genom IBIC
- suicidprevention
- revidering av villkoren för hemtjänst, ledsagning och avlösning samt
- att öka kunskapen kring digitala möten.

Kunskapsbaserad verksamhet

Ett tecken på god kvalitet är att det systematiska kvalitetsarbetet är levande i organisationen. Enheten har under året ökat registreringarna av synpunkter och klagomål samt bedömningar och åtgärder utifrån dessa. Under kommande år kommer detta arbete att vidareutvecklas och kompletteras med förtydligade rutiner och arbetssätt vad gäller interna avvikelser.

Ärendehanteringssystemet är under ny upphandling, vilket kan komma att innebära utmaningar i samband med ett eventuellt systembyte.

Socialstyrelsens brukarundersökning visar att kundnöjdheten har blivit bättre. Mer analys av detta finns i årsredovisningen för 2020.

Det nya arbetssättet kring måluppföljning och IBIC kommer att bidra till att kundernas behov och mål följs upp på liknande sätt oavsett vem som har kontakt med kunden. Målet är att det ska bidra till lokal kunskap om målgruppens behov samt vilka insatser som behövs för att ge *maximal nytta för skattepengarna*.

Helhetssyn och samordning

Samverkan internt och externt är ett fortsatt utvecklingsområde och en förutsättning för målet *bästa utveckling för alla*. Det är viktigt att ha ett arbetssätt där hela sociala omsorgsprocessen och kommunen på övergripande nivå har fokus på kundens behov. Det finns fortfarande brister i kunskapsöverföring, avsaknad av rutiner och brister i förståelse för varandras uppdrag även om arbetet som gjorts under året har gett goda resultat för kunderna. Bästa resultat uppnås när kommunens olika professioner och funktioner, utifrån sina respektive uppdrag, får möjlighet till förankring och nära samverkan inom och mellan enheter och nämnder.

För de mest sjuka äldre är det angeläget att samordning av vård- och omsorgsinsatser sker. Enheten undersöker därför möjligheterna att införa en ny insats som heter Case manager. Insatsen är beprövad och syftar till att öka kundens möjlighet till samordnade insatser.

Tillgänglighet

Ensamhet och isolering har ökat under 2020. Det digitala utanförskapet har blivit än tydligare

i och med pandemin och äldrenämnden behöver fortsätta att arbeta aktivt med att möjliggöra för digital inkludering och på så sätt skapa attraktiva livsmiljöer i hela Nacka. Äldrenämnden behöver även fortsätta arbetet med att skapa mötesplatser för äldre i hela Nacka där seniorer stöttar och lär varandra. Detta bidrar även till kommunens mål att skapa *attraktiva livsmiljöer i hela Nacka*.

Användning av digitala lösningar för hemtjänst och larmpatrullen förväntas resultera i färre bilresor för hemtjänstföretagen samt natt- och larmpatrullen i Nacka kommun, vilket även är en förbättring ur miljösynpunkt.

Effektivitet, trygghet och säkerhet

Enligt prognosen för den demografiska utvecklingen kommer Nacka kommuns äldre invånare att öka med cirka 50% de kommande 15 åren. Ett ökat antal äldre ställer krav på högre effektivisering för att kommunen ska kunna ha en *stark och balanserad tillväxt*. En enkel och snabb väg från ansökan och beslut till insats möjliggör för högre kundnöjdhet och tidsbesparing för handläggare, utförare och kunder. Inom detta område behöver äldreheten vidareutveckla det nya arbetssätt som infördes för ett år sedan.

I arbetet med att få effektivare flöden för invånare och kunder spelar även kommunens pågående upphandling av verksamhetssystem en viktig roll. Identifierade behov av e-tjänster och integration mellan system har inte kunnat implementeras i verksamhetssystemet de senaste åren beroende på att avtalsperioden närmar sig sitt slut. Nya funktioner skulle riskera att bli mycket kostsamma och sedan inte kunna användas, varför detta inte har varit möjligt. Att den komplexa upphandlingen och därefter implementeringen lyckas är verksamhetskritiskt och av stor vikt för att vi ska kunna nå våra mål.

Hantering av kundnycklar berör flera verksamheter och digitala lösningar bidrar till ökad trygghet för kunden samt effektivisering för anordnarna. Vi vet även att ett införande av digitala lösningar inom hemtjänsten innebär stora tidsbesparingar för hemtjänstpersonalen och för kommunens arbete med att kontrollera utförd tid vilket bidrar till maximal nytta för skattepengarna.

Genom att skapa goda förutsättningar för hälsosamt åldrande för Nackas seniorer säkerställer äldrenämnden att Nackas seniorer kan fortsätta att leva med god hälsa, uppleva välbefinnande och bidra till samhället så länge som möjligt. Äldrehetens arbete med att kunder i hög grad ska uppleva en känsla av trygghet och säkerhet behöver fortgå under 2021 genom

- fortsatt arbete med att skapa effektiva flöden med "kundresan" som utgångspunkt
- digitala lösningar och välfärdsteknik som bidrar till ökad självständighet
- att de öppna verksamheterna ska nå fler deltagare
- individutredningar med bedömningar om hur insatser hjälper kunden att bibehålla funktioner samt
- förebyggande insatser så att kunder kan upprätthålla funktioner och bo hemma längre.












Kvalitetsplan 2020

Äldrenämnden

2020

I Uppföljning av kvalitetsplan- 2020

Process	Risk	Egenkontroll	Åtgärd
Synpunkter och klagomål	Att kunder/anhörigas klagomål och synpunkter inte tas med i samband med verksamhetsuppföljning. Åldreenheten	Uppföljning av att den samlade statistiken för klagomål och synpunkter finns med som underlag vid verksamhetsuppföljning.	Skapa rutin för kommunikation mellan handläggare och kvalitetsutvecklare angående synpunkter och klagomål på anordnare/ utförare.
Interna avvikelser	Interna avvikelse leder inte till kvalitetsförbättringar för kunden Åldreenheten		Informera och utbilda kring intern avvikelse
Hantera bostadsanpassningsbidrag	Fördröjning av hemgång från slutenvård kan ske på grund av oklarheter kring ansvarsfrågan mellan kommun och region. Åldrenämnden	Avslag på grund av bristfälliga intyg	Informera intygsskrivare och exempelmall till intygsskrivare
Direktupphandling	Antalet direktupphandlingar ökar i takt med ett ökat behov av korttidsboende, detta kan få effekter för kvaliteten för kund Åldreenheten	Följa hur många korttidsplatser som upphandlas	Ramupphandla korttidsplatser
	Att anordnarna inte kvalitetsuppföljs Åldreenheten		Göra en rutin för individuppföljning
Upphandling LOU, LOV, Överenskommelser	Att läkemedelsanvändningen är hög för äldre personer som befinner sig på särskilt boende Åldreenheten		Arbeta för att minska läkemedelsanvändning:•Verksamheter med högst andel läkemedelsanvändning och ökade avvikelser i läkemedelshantering följs upp särskilt under 2020. Uppföljning av antal BPSD -registreringar. Läkemedelsanvändning på särskilda boende för äldre följs upp med hjälp av statistik från Socialstyrelsen.
	Att kvaliteten av vården i livets slutskede brister Åldreenheten		Utbildning av palliativa ombud. Workshops med sjuksköterskor och läkare som ansvarar för vården på särskilda boende för äldre. Kvaliteten av vården i livets slutskede följs upp med hjälp av statistik från Svenska palliativregister.
Handlägga kundval	Kund riskerar att vara tvungen att byta anordnare flera gånger. Åldreenheten		Följer upp på individnivå för de kunder som tvingas byta utförare.
			Översyn av kundvalet för hemtjänst, ledsagning och avlösning
Våld i nära relation	Att det saknas en egen process/ eller egna rutiner för äldre vad gäller våld i nära relation. Åldreenheten		Se över om det är möjligt att göra en egen process för våld i nära relation för äldre eller anpassa den befintliga så att även äldre perspektivet lyfts in tydligare.
	Risk för att vi inte får kännedom om att kunden utsätts för våld och att kunden fortsätter att leva i en utsatt situation. Åldreenheten		Tydliggöra våld i nära relation i introduktionen av nya medarbetare. Genomgång av FRIDSAM och FREDA frågor 2ggr/år
Nämndprocessen	Ingen risk Åldreenheten		
Hälsöfrämjande åtgärder	Hög andel fall bland äldre		Genomföra en omvärldsanalys i syfte

Process	Risk	Egenkontroll	Åtgärd
	över 65 år i Nacka kommun <i>Äldrenämnden</i>		att arbete för tidig upptäckt av fall. Balansskola och Qigong ska finnas digitalt för att ge möjlighet till att det när fler medborgare ✓ Implementerades tillsyn på natten via trygghetskamera, vilket i sin tur kan motverka risk för fall ✓
Utreda stöd och omsorgsbehov äldre	Kund får inte sitt behov tillgodosett om inte uppföljningar genomförs <i>Äldreenheten</i>		Avstämningar av grupp och av gruppleddare/gruppchef  Se över hur och när uppföljningar ska ske ✓
	Att kunden får en otrygg hemgång från slutenvården <i>Äldreenheten</i>		Fortsatt samverkan med övriga vårdgivare ✓ Fortsatt implementering kring organisation med mottagningsgrupp 
	Att kunder hamnar emellan när samverkan inte fungerar mellan olika enheter/nämnder <i>Äldreenheten</i>		Att samverkan sker på flera nivåer ✓
Utforma, genomföra och följa upp	Risk för försämring av den kommunala hälso- och sjukvården och försämring av patientsäkerheten då tillgången till läkare försämras. <i>Äldreenheten</i>		•Samverkan med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, vårdcentralerna, Storsthlm, mas nätverk, Nestor FoU. ✓
Utomkommunala ansökningar	Lång väntan på beslut för kund gällande ansökningar enligt 2a:8 <i>Äldreenheten</i>		Information om ansökningsprocess för utomkommunala ansökningar på hemsidan ✓
Lex Maria	Anmälan av allvarlig vårdskada hanteras inte korrekt av anordnare <i>Kvalitets- och stödgruppen Äldre</i>		Kontroll av att inkomna lex Maria- anmälningar analyseras av MAS.  Genomgång av gällande författningen om allvarlig vårdskada och diskussion om när en vårdskada är allvarlig i lokalt mas nätverk. Genomgång av lex Maria på anordnarmöte. ✓

Årsredovisning 2020

7

ÄLN 2021/27

2021-011-29

TJÄNSTESKRIVELSE
Dnr ÄLN 2021/27

Äldrenämnden

Årsredovisning 2020

Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner årsredovisning 2020 och beslutar att överlämna den till kommunfullmäktige

Ärendet

Seniorer har drabbats av coronapandemin i hela Sverige och så även i Nacka. Äldreenheten har haft en tät kommunikation med anordnarna för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för kunderna och bland annat levererat skyddsutrustning och ordnat utbildningar i basal hygien för alla anordnare. De särskilda boendena hade ett nationellt besöksförbud som hävdades under hösten, då istället en stark avrådan från besök på särskilda boenden infördes. Dagverksamheten har mestadels varit stängd och den helt nya öppna mötesplatsen i Forum Nacka har inte kunnat öppnas. Digitaliseringen har tagit fart och flera verksamheter har kunnat ställa om och testa nya mötesformer. Utredningen Hemtjänst 2.0, med koppling till äldrenämndens strategi för hälsosamt åldrande, genomfördes och gav förslag på utvecklingsarbeten inom flera områden. Glädjande är att resultatet av Socialstyrelsens årliga brukarundersökning för 2020 visar att kundnöjdheten har förbättrats under året både för särskilt boende och hemtjänst.

Äldrenämnden har ett utfall om 812,7 miljoner kronor, vilket innebär ett överskott om 19,9 miljoner kronor för 2020. Det beror på effekterna av covid-19 inom särskilt boende och dagverksamhet. Året har präglats av flera stora statsbidrag relaterade till covid-19. Resultatet för särskilt boende är ett överskott om 12 miljoner kronor. Av detta kommer 1,3 miljoner kronor i obudgeterade intäkter från länsöverenskommelsen om betalningsansvar för interkommunala kunder. Dagverksamheten bidrar med ett överskott om 6,7 miljoner kronor för perioden efter nedstängningen under året. Det påverkar turbundna resor och färdtjänst under posten övrig verksamhet, som har ett samlat överskott om 2,7 miljoner kronor

Ekonomiska konsekvenser

Förslaget till beslut innebär ingen ekonomisk konsekvens.

Konsekvenser för barn

Förslaget till beslut får inga konsekvenser för barn.



Handlingar i ärendet

1. Äldrenämnden årsbokslut 2020
2. Bilaga 1 tabell

Karin Kollberg
Social och äldredirektör
Stadsledningskontoret

Mathias Möller
Controller
Controllerenheten



Årsbokslut 2020
Äldrenämnden
Tertial 3 2020

Innehållsförteckning

1	Verksamhetens uppdrag	3
2	Hänt i verksamheten 2020	4
3	Framåtblick	6
4	Jämförelser med andra kommuner avseende 10 procent bästa och 25 procent mest kostnadseffektiva	8
5	Måluppfyllelse under 2020	10
5.1	Maximalt värde för skattepengarna.....	10
	<i>Äldreomsorgen utvecklas utifrån Nackabornas behov. Insatser som erbjuds håller en hög kvalitet. Medborgarnas krav på hög tillgänglighet och flexibilitet tillgodoses med varierade och effektiva arbetssätt som anpassas efter individens förutsättningar och behov.</i>	<i>10</i>
5.2	Bästa utveckling för alla.....	11
	<i>Seniorer känner sig trygga och är delaktiga i hur omsorgen utformas. Individens behov är i centrum för utformandet av stödet och samordnas utifrån individens förutsättningar. Psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet motverkas genom förebyggande arbete. Anhöriga och närstående erbjuds stöd och hjälp.</i>	<i>11</i>
5.3	Attraktiva livsmiljöer i hela Nacka	13
	<i>Nacka är en äldrevänlig kommun som ger goda förutsättningar för hälsosamt åldrande och som möjliggör välbefinnande hela livet. Seniorer har möjlighet att välja mellan attraktiva särskilda boenden. Det finns lättillgängliga dagverksamheter och mötesplatser som stimulerar till god fysisk, psykisk- och social hälsa.</i>	<i>13</i>
5.4	Stark och balanserad tillväxt.....	14
	<i>Välfärden för Nackas seniorer utvecklas i nära samarbete mellan kunder, anordnare, hälso- och sjukvård samt civilsamhället. Tillsammans utvecklar vi effektiva arbetssätt för att möta det ökade antalet seniorers behov.</i>	<i>14</i>
6	Redovisning av särskilda uppdrag	16
7	Ekonomiskt resultat	17
8	Kommunövergripande åtgärdsplan	22
9	Intern kontroll	23
10	Sjukfrånvaro	25

Bilagor

Bilaga 1: _bilaga_1_Tabell_2020

Bilaga 2: _bilaga_2_Omvärldsbevakning_ÄLN_2020

I Verksamhetens uppdrag

Äldrenämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten, exklusive ekonomiskt bistånd, kommunal vård och omsorg och de uppgifter som enligt annan lag eller författning ankommer på socialnämnd avseende personer över 65 år. I detta ingår ansvar som ytterst vårdgivare enligt 11 kap 1§ hälso- och sjukvårdslagen. Nämnden ansvarar för myndighetsutövning för den enskilde samt finansiering och kvalitetsuppföljning av utförare och anordnare inom området.

2 Hänt i verksamheten 2020

De tre viktigaste händelserna inom äldreområdet

Äldreområdets målgrupp har varit värst drabbad av coronapandemin.

Årsvårare, och framför allt de som bor på särskilt boende (säbo) har drabbats hårt av coronapandemin i hela Sverige och så även i Nacka. De särskilda boendena hade ett nationellt besöksförbud som hävdes under hösten, då istället en stark avrådan från besök infördes. Dagverksamheten har mestadels varit stängd under pandemin. Den helt nya öppna mötesplatsen i Forum Nacka skulle precis ha invigts när pandemin startade och den har sedan inte kunnat öppnas.

Vikten av en god kommunikation och samverkan med utförare och anordnare kan inte nog understrykas i samband med en krissituation. Genom så kallade "temperatürkäter" har anordnarna en eller flera gånger i veckan fått beskriva läget i sina verksamheter, Detta för att kunna skapa så goda förutsättningar som möjligt för berörda kunder utifrån myndigheternas råd och rekommendationer. I början av pandemin inleddes ett samarbete med inköpsenheten för att så snart som möjligt få tillgång till skyddsmaterial, vilket sedan äldreområdet har försett anordnarna med utifrån behov. Under våren genomfördes ett stort antal utbildningar riktade till all vård- och omsorgspersonal inom basal hygien. Samverkansmöten har anpassats efter det pandemiska läget.

Särskilda boenden för äldre

Enligt statistik är/har 266 personer, både näbabor och kunder från andra kommuner, varit smittade i covid-19 på särskilda boenden för äldre. Det motsvarar 28% av dem som bor på säbo i Nacka (jämfört med 36% i Stockholms län). 71 personer med covid-19 har avlidit, vilket innebär 27% av de smittade (jämfört med 31% i Stockholms län). Av 14 boenden i Nacka har 12 boenden haft smittade kunder.

Hemtjänst

17 av totalt 20 anordnare haft kunder med konstaterad covid-19-smitta under pandemin. Enligt Socialstyrelsens statistik för kunder över 70 år i Nacka så är/har 127 personer varit smittade i covid-19 inom hemtjänst. Det motsvarar 18% av hemtjänstkunderna i Nacka (jämfört med 23% i Stockholms län). Det finns ingen statistik om hur många personer som har tillfrisknat eller avlidit av dessa. Källa Socialstyrelsen.

Ökad kundnöjdhet

Resultatet av Socialstyrelsens årliga brukarundersökning för 2020 visar att kundnöjdheten har förbättrats under året både för särskilt boende och hemtjänst.

Digitaliseringen har tagit fart

På alla håll i samhället har fysiska möten ersatts med digitala mötesformer under pandemin. Inom äldreområdet har detta inneburit ett ganska stort digitalt utvecklingssteg. Det har inneburit möjligheter att ställa om verksamheter och ger hopp framåt om minskad ensamhet och isolering. Genom digitala möten kan seniorer och deras närstående, där vissa även före pandemin sällan kunnat träffas fysiskt på grund av geografiska avstånd, nu få en mer regelbunden kontakt.

Med hjälp av statliga stimulansmedel har äldreområdet kunnat lansera tjänsten "Tekniskt stöd i hemmet" på försök. Seniorer som har ringt in till Nacka kommuns växel har fått praktisk hjälp med tekniska frågor och även handfast hjälp i hemmet.

Nacka kommuns årliga Seniordag genomfördes för första gången digitalt, och med minst lika många deltagare som tidigare år. Den finns tillgänglig för deltagare även framöver på Youtube.

Nämndsammanträdena och seniorrådet har genomförts digitalt och deltagarna har under året utökat sin digitala kompetens och uttryckt uppskattning över mötesformen i frånvaro av den fysiska.

Projektet Hemtjänst 2.0 har genomförts med viktiga slutsatser

En översyn av hemtjänsten har gjorts under våren 2020 efter ett politikerinitiativ i september 2019. Alla kommuner står inför demografiska utmaningar och behov av en hållbar organisering av hemtjänst har utretts av flera kommuner. Utredningen Hemtjänst 2.0 ger förslag på utvecklingsarbeten inom områdena kunden i centrum, kompetens, digital teknik, hållbar organisering samt ersättning och avgifter. Utredningen är även kopplad till äldrenämndens strategi för hälsosamt åldrande, som pekar ut utvecklingsområden som ska ge Nackas seniorer förutsättningar att vidmakthålla en god hälsa, känna välbefinnande och bidra till samhället så länge som möjligt.

3 Framåtblick

Pandemin har på ett nationellt plan visat på brister inom äldreomsorgen. Coronakommissionen beskriver i sitt delbetänkande SOU 2020:80 från december 2020 vad den bedömer vara de viktigaste orsakerna till den stora smittspridningen och de höga dödstalen bland äldre i Sverige:

"Kända strukturella brister

Kommissionen menar att äldreomsorgen stod oförberedd och illa rustad när pandemin slog till. Detta bottnade i strukturella brister vilka varit kända före virusutbrottet. För dessa brister bär den sittande regeringen och tidigare regeringar det yttersta ansvaret. Regeringen borde ha tagit de initiativ som behövs för att äldreomsorgen skulle stå bättre rustad för en kris av detta slag.

Strategin skyddade inte äldre

Strategin att skydda de äldre har, enligt kommissionen, misslyckats. De strukturella bristerna i äldreomsorgens beredskap beror, enligt kommissionen, bland annat på:

- *en fragmenterad organisation,*
- *ett behov av högre bemanning, ökad kompetens, och rimliga arbetsförhållanden,*
- *ett otillräckligt regelverk,*
- *hinder för kommunerna att anställa läkare och få tillgång till medicinsk utrustning, och*
- *sena och ibland otillräckliga beslut och åtgärder."*

Utmaningen för äldreområdet är nära sammanlänkat med det som Coronakommissionen beskriver, samtidigt som varje kommun har olika förutsättningar och utmaningar. Nacka kommun har sedan länge kundval för såväl säbo som hemtjänst, men även för dagverksamheten. Kompetenskraven är höga i kundvalens villkor och ett flertal satsningar har bedrivits med koppling till arbetsmiljö och kompetensutveckling genom statsbidrag före och särskilt under pandemin. Statsbidragen behöver dock bli mer långsiktiga för att bli så effektfulla som de skulle kunna vara.

Den 22 december 2020 uppdrog regeringen åt en utredare att föreslå en ny äldreomsorgslag (dir. 2020:142). Utredaren ska bland annat föreslå en äldreomsorgslag som kompletterar socialtjänstlagen med särskilda bestämmelser om vård och omsorg om äldre. Utredaren ska också undersöka och vid behov lämna förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen. Uppdraget ska redovisas den 30 juni 2022. En lagförändring kan komma att påverka äldrenämndens ansvar och uppdrag på flera sätt.

Behov och utmaningar

- Demografin – om 14 år är antalet årsrika invånare 50% fler än idag. För att de ska ha en så god livskvalitet som möjligt är det viktigt med
 - förebyggande och hälsofrämjande insatser, vilket också innefattar ökad kunskap på alla nivåer om psykisk ohälsa
 - en sömlös samverkan mellan kommun och hälso- och sjukvård
 - digitalisering
 - samverkan med civilsamhället
- Särskilt behov av förbättrade kunskaper i svenska hos vård- och omsorgspersonal
- Kompetensförsörjning - behov av ökad kompetens och tillgång till rätt kompetens inom äldreomsorgen
- Förbättrad personalkontinuitet inom hemtjänsten
- Ökat stöd till närstående
- Behov av fler trygghetsbostäder för seniorer

För att få en ökad kunskap om hur kunderna inom äldreomsorgen har det behöver det systematiska kvalitetsarbetet utvecklas ytterligare. För detta behövs goda tekniska förutsättningar till att sammanställa data

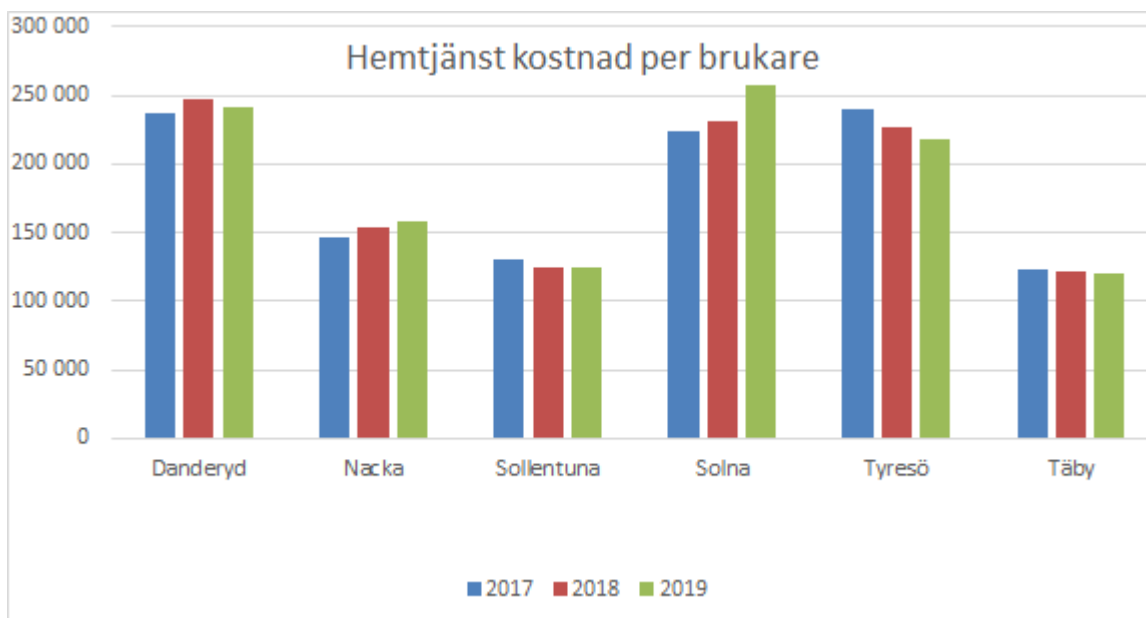
på gruppnivå. Äldreenheten har utöver ansvaret för biståndsbedömning ansvar för kvalitet och utveckling inom äldrenämndens område. För att fatta behovsbaserade biståndsbeslut med kunden i centrum krävs tid för bedömningar, uppföljningar och löpande samverkan med anordnarna kring respektive kund. Ett ökat antal kunder med behov av god äldreomsorg kräver förändrade och effektfulla arbetssätt, en hållbar arbetsmiljö men också resurser för att kunna utveckla och implementera ökad digitalisering samt nya arbetssätt.

Till hjälp för den långsiktiga, strategiska planeringen har äldrenämnden antagit "Strategi för hälsosamt åldrande - en åldersvänlig kommun".

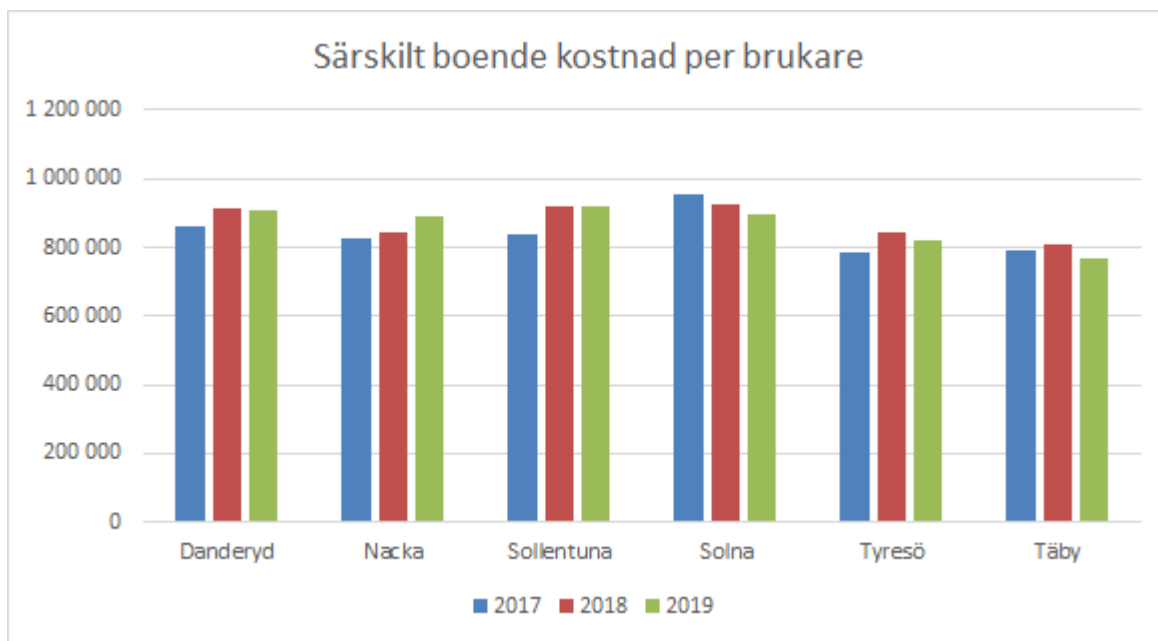
4 Jämförelser med andra kommuner avseende 10 procent bästa och 25 procent mest kostnadseffektiva

Kostnaden för äldreomsorg i Nacka var 55 942 kr per invånare 2019. Nettokostnadsavvikelsen är ett effektivitetsmått som visar hur Nacka kommun presterar utifrån sina förutsättningar. Eller hur nettokostnaden står sig mot förväntad referenskostnad baserad på flera demografiska variabler. Nacka kommuns nettokostnadsavvikelse försämrades något från -8,9 % till -7,8 % samtidigt som Sollentuna fortsätter att gå bra och gör den största förbättringen från -10,5 % till -17,6 %. Skillnaden varierar mellan -3,9 % för Danderyd och -21,5 % för Täby.

Andelen kunder som i förra årets brukarundersökning inom hemtjänst uppger att de är nöjda/ganska toppas av Nacka och Tyresö. Dessutom är Nacka tillsammans med Täby de kommuner där andelen nöjda/ganska nöjda kunder ökar tydligt. Samtliga andra jämförelsekommuner förutom Tyresö backar. Nacka kommun befinner sig i kategorin med de kommuner som har 30% lägst kundnöjdhet en förbättring från fjolår när Nacka kommun befann sig i kategorin med de kommuner som har 20% lägst kundnöjdhet. Kostnad per brukare fortsätter att öka i takt med antal timmar per kund men Nacka kommun ligger kvar i kategorin med de kommuner som har 20% lägst kostnad per brukare 2019. Av jämförelsekommunerna märks Solna som ökar kostnad per brukare kraftigt samtidigt som Danderyd och Tyresö minskar något. Sollentuna och Täby ligger stabilt på lägre nivå.



Andelen kunder som uppgav att de var nöjda/ganska nöjda med sitt särskilda boende fortsätter öka 2020 efter 2019 års toppresultat. Nacka toppar nu jämförelsekommunerna tillsammans med Danderyd. Nacka kommun tappar något i kostnadseffektivitet jämfört med jämförelsekommunerna och är 2019 den enda kommunen som ökar i kostnad per brukare. Trots detta ligger Nacka fortfarande bra till i kostnadseffektivitet bland jämförelsekommunerna.



Fler grafer hittas i "bilaga 2 omvärldsbevakning".

5 Måluppfyllelse under 2020

Sammanfattning riktade statsbidrag

Projekt	Namn	Beviljat	Använt	Återbetalas	Verksamhet
26102799	Stimulansmedel för vårdens medarbetare inom kommunal hälso- & sjukvård	293 292	293 292	0	Öka bemanningen, utveckla arbetssätt
26103226	Statsbidrag motverka ensamhet bland äldre och ökad kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom 2020	4 653 413	4 653 413	0	Silviahems-certifiering, utbildning, aktivitetsledare, utökning, välfärdsteknik, träningsmaterial
26103228	Stimulansmedel äldreomsorg 2020 - teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus	1 168 198	1 168 198	0	Teknisk hjälp i hemmet, införande digital tillsyn på natten, verksamhetssystem ByggR till bostadsanpassningshandläggarna
26103230	Stimulansmedel 2020 skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare inom kommunal hälso- o sjukvård	3 622 283	3 622 283	0	Utbildning, teambuildning, materialsatsning, ankomstsamtal
26103328	Statsbidrag Äldreomsorgslyftet 2020	3 706 613	816 290	2 890 323	Vidareutbildning
26103449	Statsbidrag kompetensutv hemtjänst	169 367	169 367	0	Hemtjänst 2.0, språksatsning
26103992	Särskild satsning på krisstöd, samtalsstöd, traumastöd m.m. till personal inom vård och omsorg	1 333 337	0	0	Betalades ut i mitten av december och förs med till 2021. Verksamheten startar våren 2021.
Total		14 946 503	10 722 843	2 890 323	

5.1 Maximalt värde för skattepengarna

Äldreomsorgen utvecklas utifrån Nackabornas behov. Insatser som erbjuds håller en hög kvalitet. Medborgarnas krav på hög tillgänglighet och flexibilitet tillgodoses med varierade och effektiva arbetssätt som anpassas efter individens förutsättningar och behov.



Kommentar

Välfärdsteknik inom hemtjänsten

Välfärdsteknik som ingår i mätningen är digital natttillsyn och digitala trygghetslarm. Digital natttillsyn är implementerat och informationsbroschyrer är framtagna. Planer finns på att göra en film vilket inte varit möjligt att genomföra pga pandemin. Endast 5 kunder har idag denna insats, det finns behov av att marknadsföra insatsen både internt och externt. Digitala trygghetslarm är implementerat och det finns både informationsbroschyrer och film. 88 kunder har idag mobilt trygghetslarm.

Effektivitetsmätningen

Effektivitet är kvoten mellan använda resurser och ett skapat värde. Kommunal effektivitet kan närmare beskrivas som kvoten mellan resursanvändning och objektiva samt upplevda mått. Effektivitetsmätningen genomfördes hösten 2020 för 2019. Analyserna bygger på data från 2019.

Nacka ökade 2019 för tredje året i rad och närmade sig åter 2013–2016 års nivåer. Nettokostnadsavvikelsen (NKAV), som är ett mått på resursanvändning, försämrades men den upplevda effektiviteten (UE) inom särskilt boende och hemtjänst ökade såpass mycket att Nacka klättrade från 38 till 31 plats.

Hälsa- och sjukvårdsindikatorer

Andel personer som behandlas med fler än tio läkemedel.

Den planerade uppföljningen av läkemedelsanvändning har inte kunnat genomföras eftersom medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) har fått prioritera andra arbetsuppgifter relaterat till pandemin. 2020 årets resultat redovisas av Socialstyrelsen i mars 2021, vilket innebär att resultat inte kan redovisa resultatet enligt indikatorn. En enkätundersökning som de särskilda boendena har svarat på visar att läkemedelsanvändningen inte har minskat, En av anledningarna till att läkemedelsanvändningen inte har minskat kan vara att symtomen och följsjukdomar av covid-19 ökar behoven av läkemedelsbehandling.

Andel personer som får god vård i livets slutskede.

Vård i livets slutskede var ett fokusområde under 2020 då det identifierades som en risk under 2019. Symtomlindring under den sista tiden i livet förbättrades från 89 procent (år 2019) till 93 procent (år 2020). Ingen kund som avled med Covid-19 på särskilda boenden för äldre har haft andnöd som inte har kunnat lindras. Andel kunder som varit ensamma vid dödsögonblicket på särskilda boenden för äldre ökade från 22 procent år 2019 till 35 procent år 2020. Nacka kommun hade liknande resultat som Stockholms län. Verksamheterna kommer särskilt analysera resultaten i deras patientsäkerhetsberättelse.

En utbildningsinsats för sjuksköterskor och läkare planerades redan under våren 2020. På grund av sjuksköterskornas ökade arbetsbelastning relaterat till pandemin har utbildningen inte kunnat genomföras. En palliativ ombudsutbildning för omsorgspersonalen påbörjades under hösten 2020. Palliativt kunskapscentrum har även erbjudit handledning till verksamheter som har haft behov av det.

	Indikatorer	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2020
◆	Antal kunder som använder välfärdsteknologi inom hemtjänsten	10	50	93	100

Kommentar

Antal kunder som använder välfärdsteknolog: 88 kunder har mobil trygghetslarm, 31 män och 57 kvinnor. 5 kunder har digital natttillsyn, 2 män och 3 kvinnor.

◆	Nackas äldreomsorg är bland de 10 % bästa kommunerna i landet avseende kvalitet och effektivitet	Rank 60 av 235	Rank 38 av 235	Rank 31 av 235	Rank 35 av 235
◆	Andel personer 75 år eller äldre som behandlas med fler än 10 mediciner		25 %	25 %	23 %

Kommentar

Nya siffror från Socialstyrelsen kommer i mars månad varje år. Utfallet är därmed ett resultat från 2019.

◆	Andel personer som får god omsorg i livets slutskede på särskilt boende utifrån sju områden i palliativa registret		77 %	77 %	90 %
---	--	--	------	------	------

5.2 Bästa utveckling för alla

Seniorer känner sig trygga och är delaktiga i hur omsorgen utformas. Individens behov är i centrum för utformandet av stödet och samordnas utifrån individens förutsättningar. Psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet motverkas genom förebyggande arbete. Anhöriga och närstående erbjuds stöd och hjälp.

Kommentar

Individens behov i centrum IBIC, är ett systematiskt behovsriktat arbetssätt, som syftar till att individen får sina behov beskrivna på ett likvärdigt sätt i hela landet och att individen får möjlighet att stärka sina egna resurser avseende genomförande av aktiviteter och delaktighet. Genom att införa IBIC säkerställs att den enskilde får hjälp och stöd utifrån sina individuella behov och inte utifrån tillgängliga insatser. Införandet av IBIC har kraftigt försenats på grund av pandemin, men återupptogs under slutet av 2020.

Anordnarna påverkas genom förändrade beställningar och annorlunda genomförandeplaner i syfte att kunden ska få stöd och hjälp utifrån sitt individuella behov.

För att möta kravet på en snabbare process från slutenvården samt öka tillgängligheten för seniorerna påbörjades 2019 ett arbete med förändrat arbetssätt och organisering av biståndshandläggarna. Syftet är att den enskilde ska uppleva en samordnad och trygg utskrivningsprocess. Den nya interna organisationen med en särskild mottagningsfunktion sattes precis före pandemin. I februari slutade dåvarande enhetschef och en konsultchef tillsattes fram tills att ny enhetschef var rekryterad i mitten av maj 2020. Samtidigt tillträdde ny direktör samt biträdande direktör i juni. Det nya arbetssättet följdes upp under hösten 2020.

Uppföljningen visade att äldreheten klarat utskrivningarna från slutenvården med gott resultat och att tillgängligheten för kunderna hade ökat, men den synliggjorde även brister i den interna arbetsmiljön. En riktad satsning inleddes därför för att komma tillrätta med bristerna och skapa en robust grund för det fortsatta förändringsarbete som krävs för att vi ska kunna möta de behov som finns inom äldreomsorgen nu och framåt.

Kontinuiteten i hemtjänsten är viktig för att kunden ska känna trygghet. Kontinuiteten förbättrades under året och gav ett utfall på 10,8, vilket är något bättre än målet på 11%. Variationerna är dock stora. Framöver behöver spannet minska, åtminstone i de fall där kontinuiteten är låg till följd av dubbelbemanning. För att öka kontinuiteten fattades beslut i mål och budget 2021–23 om att införa en särskild kontinuitetsersättning.

När det gäller nöjdhetsmätningarna inom hemtjänst och säbo är resultaten goda. I årets undersökning, liksom tidigare års undersökningar, är det en större andel av de som svarar själva som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som ganska eller mycket gott. Det brukar också vara så att de som är nöjda deltar i större utsträckning i undersökningen än de som är missnöjda. Detta tyder på att äldre personer med sämre hälsa och/eller som känner sig mindre nöjda är underrepresenterade i årets undersökning. Årets resultat bör därför enligt Socialstyrelsen tolkas med försiktighet.

Anhöriga har påverkats på många sätt av pandemin, inte minst har besöksförbud och stängd dagverksamhet givit negativa konsekvenser. Anhörigstödjarnas arbete har anpassats utifrån detta och äldreheten har tillsammans med Valfärd samhällsservice arbetat med att öka tillgängligheten såväl digitalt som per telefon. Även om anpassningar har gjorts har antalet kontakter minskat under pandemin när de fysiska besöken har ställts in. I mål och budget 2021–23 finns en riktad satsning på stöd till anhöriga.

	Indikatorer	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2020
●	Andel kunder som upplever att de kan påverka hur hjälpen genomförs i hemtjänst	90 %	88 %	92 %	90 %
●	Andel kunder som upplever att de kan påverka hur hjälpen genomförs i särskilt boende	78 %	82 %	81 %	80 %

Kommentar

Detta mäter frågan i Kolada "Personalen tar hänsyn till kundens egna åsikter och önskemål"

●	Antal unika medarbetare inom hemtjänsten som besöker den enskilde under en period om 14 dagar	12	11,2	10,8	11
---	---	----	------	------	----

Indikatorer	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2020
Andel kunder som sammantaget är nöjda med sin hemtjänst	86 %	85 %	89 %	86 %
Andel kunder som sammantaget är nöjda med sitt äldreboende	80 %	86 %	88 %	78 %
Anhörigstöd - antal kontakter		1 153	1 570	1 500

Kommentar

Anhörigcenters demenssjuksköterska hade 882 kontakter.

Anhörigkonsulent hade 688 kontakter.

Andel personer med insatser från hemtjänst som besväras av ensamhet	15%	11%	11%	13%
---	-----	-----	-----	-----

Kommentar

Denna belyser endast kunder som besväras ofta av ensamhet. 48% besväras av ensamhet bland de äldre. Nacka ligger bra till i jämförelse inom Stockholms län.

Andel personer med plats på särskilt boende som besväras av ensamhet	22 %	17 %	17 %	20 %
--	------	------	------	------

Kommentar

Denna fråga belyser kunder som besväras ofta av ensamhet. 40% besväras av ensamhet och det har stigit från 39 för 2019.

5.3 Attraktiva livsmiljöer i hela Nacka

Nacka är en äldrevänlig kommun som ger goda förutsättningar för hälsosamt åldrande och som möjliggör välbefinnande hela livet. Seniorer har möjlighet att välja mellan attraktiva särskilda boenden. Det finns lättillgängliga dagverksamheter och mötesplatser som stimulerar till god fysisk, psykisk- och social hälsa.

Kommentar

I strategin för hälsosamt åldrande – en äldrevänlig kommun, är målet att Nackas seniorer ska ha goda förutsättningar för hälsosamt åldrande, det vill säga processen att utveckla och bibehålla ett funktionstillstånd som möjliggör välbefinnande hela livet. Strategin bygger på världshälsoorganisationens (WHO) globala strategi och handlingsplan för åldrande och hälsa. Viktiga delar är att social isolering och ofrivillig ensamhet ska motverkas.



Nöjdheten med sociala aktiviteter på särskilda boenden har minskat under pandemin. Nedgången kan till stor del förklaras med besöksförbudet i kombination med att aktiviteter på boendena inte har kunnat genomföras som vanligt under pandemin. Nacka har under pandemins andra våg istället haft en stark avrådan mot besök.

Med förändring av kvalitetskrav och inriktning på dagverksamheterna samt invigning av en ny öppen mötesplats i Forum Nacka såg förutsättningarna mycket positiva ut i januari 2020. I och med pandemin kunde dock mötesplatsen aldrig öppnas under året, men lokalen har ändå behållits för att istället kunna öppna under kommande år. Utöver pandemin inträffade i oktober en brand i Boo folkets hus, och den öppna mötesplatsen Lusthuset blev av med sina lokaler. I månadskiftet oktober/november stod det klart att vi var inne i en andra våg av pandemin. Smittläget förvärrades snabbt, stark avrådan från besök på särskilda boenden infördes och alla öppna inomhusverksamheter stängde. Dagverksamheten hölls öppen under november, men stängdes sedan snart igen utifrån smittläget. Dagverksamheten ställde då om till att erbjuda kontakt till såväl kunder som närstående via telefonsamtal istället.

Fler av de öppna förebyggande verksamheter har kunnat ställas om till att genomföras utomhus och nya


digitala former har också skapats, till exempel digital Qigong via det digitala mötesverktyget Zoom och olika träningsfilmer. I december genomfördes årets Seniorsdag helt digitalt för första gången genom en direktsändning på webben med minst lika många deltagare som tidigare år, vilket var en framgång i sig.

Andelen kunder inom hemtjänst som upplever ett gott hälsotillstånd har gått upp från 30% till 36%. En förklaring till detta kan enligt Socialstyrelsen vara att deltagare med god hälsa är överrepresenterade i årets undersökning.

	Indikatorer	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2020
	Andel kunder i särskilt boende som uppger att de är nöjda med de sociala aktiviteter som erbjuds.	71 %	71 %	66 %	71 %
	Antal verkställda beslut i dagverksamhet		115	130	120

Kommentar


Dagverksamheten: 130 kunder har eller har haft verkställda beslut om dagverksamhet under hela 2020. Dagverksamheten har dock varit stängd en stor del av året till följd av pandemin och besluten har således varit vilande.

	Antal besök i träffpunkter och mötesplats		13 621	2 467	
--	---	--	--------	-------	--

Kommentar

På grund av pandemin har verksamheten varit stängd större delen av året.

Den öppna mötesplatsen för seniorer har inte kunnat öppna. Totalt kom 50 personer under den vecka som det var öppet.

	Andel verksamheter som arbetar med sin miljöpåverkan			86 %	
--	--	--	--	------	--

Kommentar

86 procent totalt av verksamheterna. 100 procent av anordnarna inom dagverksamhet, särskilt boende och korttidsvistelse, 82 procent av hemtjänsten jobbar med sin miljöpåverkan.

Indikatorn är ny och saknar målvärde.

	Andel kunder inom hemtjänst som upplever ett gott hälsotillstånd	29 %	30 %	36 %	30 %
--	--	------	------	------	------

5.4 Stark och balanserad tillväxt

Välfärden för Nackas seniorer utvecklas i nära samarbete mellan kunder, anordnare, hälso- och sjukvård samt civilsamhället. Tillsammans utvecklar vi effektiva arbetsätt för att möta det ökade antalet seniorers behov.



Kommentar

När Nacka bygger stad bevakas äldreperspektivet i stadsbyggnadsprojekt vad gäller särskilda boenden, trygghetsbostäder och seniorbostäder. Antalet tillgängliga platser på särskilda boenden bevakas så att det fortsätter vara möjligt att verkställa ett beslut inom 90 dagar. Varje år görs en behovsprognos där den senaste från december 2020 sträcker sig till 2040. Tillgången till platser på särskilt boende är god. Inga nya särskilda boenden inom kundvalet har öppnats under 2020. Planeringen för trygghetsbostäder har fortsatt under året och under kommande år beräknas inflyttning ske i Graninge (2021–22), Nya Gatan (2022) och Orminge centrum (2025).

På de totalt 926 platserna på särskilt boende i kommunen bodde under 2020 i snitt 648 personer, de övriga platserna var belagda med personer från andra kommuner eller så var de för tillfället outhyrda. Äldreenheten köper dessutom cirka 40 externa platser i andra kommuner, både så kallade profilboenden och platser enligt



länsöverenskommelsen.

Tidigare har vi sett en ökning av antalet belagda platser från år till år. I år ser vi i stället en minskning under en stor del av året. Med största sannolikhet har denna lägre beläggning orsakats av Corona-pandemin. Dels genom att fler personer avled medan andra valde att inte flytta till särskilt boende av rädsla för att bli smittade.

En snabbare utskrivningsprocess från slutenvården utifrån den nya lagen (LUS) kräver god samverkan med slutenvård, primärvård och anordnare för att hemgången ska upplevas trygg. När utskrivningarna sker med kort varsel behöver såväl myndighet, region och anordnare ha en hög grad av flexibilitet och en tät kommunikation, vilket periodvis kan vara utmanade för samtliga parter. Revisionsbyrån Ernst & Young gjorde i slutet av året en uppföljning av granskning av implementeringen av LUS inom regionen och ett antal kommuner i länet, där Nacka var en. Granskningens resultat kommer att presenteras för nämnden under 2021.

För att minska risken för fall behövs en palett av insatser, där samverkan mellan region, kommun och civilsamhälle är viktig. Konkreta exempel på kommunala insatser som kan förebygga fallolyckor är digital nattillsyn genom trygghetskamera och att erbjuda hälsofrämjande insatser av olika slag. Regionen har ansvar vad gäller uppföljningar av hälsa, nutrition, läkemedelsanvändning och hjälpmedel. En risk som äldreenheten har sett under året med de snabba hemskrivningarna är att slutenvården ibland har skrivit ut patienter utan att säkerställa att rätt hjälpmedel är förskrivna, vilket utgör en stor risk för bland annat fall. Det finns i januari 2021 då årsredovisningen skrivs ingen fallstatistik för 2020 från Socialstyrelsens patientregister. Det som kan kommenteras är att statistiken är beräknad på antal patienter som har vårdats i slutenvården pga fallskador. En jämförelse med andra kommuner i länet visar att nackaborna i högre utsträckning än andra söker sig till slutenvården, varför statistiken blir missvisande.

Projektet Seniorguiden syftar till att öka seniorenns egenmakt i form av en guide med samlad information om kommunala insatser, vårdgivare, aktiviteter, mötesplatser och organisationer som vänder sig till seniorer bosatta i Nacka. Guiden är tänkt att spridas både digitalt genom app eller portal samt genom tryckt material. Arbetet har pausats till följd av pandemin, men återupptogs i slutet av året.

	Indikatorer	Utfall 2018	Utfall 2019	Utfall 2020	Mål 2020
	Andel personer som beviljats särskilt boende och får plats inom 90 dagar	100 %	100 %	100 %	100 %
	Antal personer som har fallskador bland personer 80+ per tusen invånare	75	72		79

Kommentar

Statistiken för 2020 har inte presenterats ännu (feb 2021)

6 Redovisning av särskilda uppdrag

Kommunfullmäktige gav äldrenämnden följande särskilda uppdrag för år 2020:

Se över finansierings- och ersättningsmodellerna för kundval med få kunder

Det särskilda uppdraget från kommunfullmäktige till socialnämnden och äldrenämnden i mål och budget 2020–2022 rapporterades i samband med äldrenämndens decembersammanträde.

En översyn av de kundval som har få kunder har gjorts utifrån tre aspekter: kvalitet för kund, ekonomi samt organisering och effektivitet. Utredarna föreslår att ett antal kriterier för bedömning av avtalsform ska användas. En översyn av respektive kundval och avvägning kring om konkurrens bör ske genom kundval eller upphandling kommer att ske i ett kommunövergripande projekt Kundval 2.0 - utveckling.

7 Ekonomiskt resultat

Sammanfattning

Äldrenämnden har ett överskott om 19,9 miljoner kronor för 2020 som beror på effekterna av Covid-19 inom särskilt boende och dagverksamhet. Överskottet ger en större budgetavvikelse jämfört med fjolår men är låg jämfört med 2017 och 2018.

	2017	2018	2019	2020
Utfall/prognos mnkr	25	41	-12	20
Budgetavvikelse	3,2%	5,0%	-1,5%	2,4%

Äldrenämnden har ett utfall om 812,7 miljoner kronor fördelat på 107,9 miljoner kronor intäkter och 920,6 miljoner kronor kostnader varav 10,7 miljoner kronor är intäkter och kostnader för statsbidrag utanför budget. Året har präglats av flera stora statsbidrag relaterade till covid-19.

Resultatet för särskilt boende är ett överskott om 12 miljoner kronor som beror på covid-19 och volymförändringar om 10,7 miljoner kronor. Till det kommer länsöverenskommelsen om betalningsansvar för interkommunala kunder som genererar obudgeterade intäkter om 1,3 miljoner kronor.

Dagverksamheten bidrar med ett överskott om 6,7 miljoner kronor för perioden efter nedstängningen under året. Det påverkar turbundna resor och färdtjänst under posten övrig verksamhet, som har ett samlat överskott om 2,7 miljoner kronor.

Särskilt boende - check

Särskilt boende har ett överskott om 12 miljoner kronor jämfört med fjolårets underskott om 11 miljoner kronor. Budget ökade med 20,8 miljoner kronor från 428,7 miljoner kronor 2019 till 449,5 miljoner kronor 2020.

Under året har volymen minskat mellan januari till mars på grund av demografi och fortsätter minska fram till april på grund av covid-19 och bryter med tidigare års trend. Därefter ökar volymen perioden april till oktober för att sedan minska året ut på grund av covid-19. Under året har inflödet följt smittläget i covid-19. Det ger en snittinflyttning om 18 platser per månad jämfört med 21 platser per månad 2019.

Under året kan vi se en marginell ökning av andelen kunder i den högsta omsorgsnivån (nivå 5) vilket driver kostnaden samtidigt som vi har färre kunder i den lägsta omsorgsnivån (nivå 1). Under 2019 ökade andelen kunder med demens med tre procent. Under 2020 ses en fortsatt ökning. I januari 2020 fördelades kunderna på 49 % somatik och 51 procent demens. I december var fördelningen 47 % somatik och 53 % demens vilket har bidragit till att driva kostnaderna.

Länsöverenskommelsen för särskilt boende har börjat verka och genererar ett positivt netto för Nacka kommun. För 2020 genererar länsöverenskommelsen obudgeterade intäkter om 1,3 miljoner kronor.

Särskilt boende har ett enskilt ärende med högre dygnskostnad på grund av särskilda behov som medför kostnader om 2,6 miljoner kronor under året.

Verksamhet	bud 20	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Särskilt boende kundval	688	669	649	646	624	639	641	642	651	656	659	653	640
Särskilt boende/HVB avtal	43	47	46	48	51	47	44	43	43	43	45	44	46
Summa boende i särskilt boende/HVB	731	716	695	694	675	686	685	685	694	699	704	697	686

Verksamhet	Medeltal	Medeltal	Medeltal	Medeltal	Medeltal	Förändring %
	År 2020	År 2019	År 2018	År 2017	År 2016	2019 och 2020

Verksamhet	Medeltal	Medeltal	Medeltal	Medeltal	Medeltal	Förändring %
Särskilt boende kundval	647,4	673,3	650,5	640,6	624,3	-3,9%
Särskilt boende/HVB-avtal	45,6	47	48,3	53,2	50,6	-3,0%
Summa boende i särskilt boende/HVB	693	720,3	698,8	693,8	674,8	-3,8%

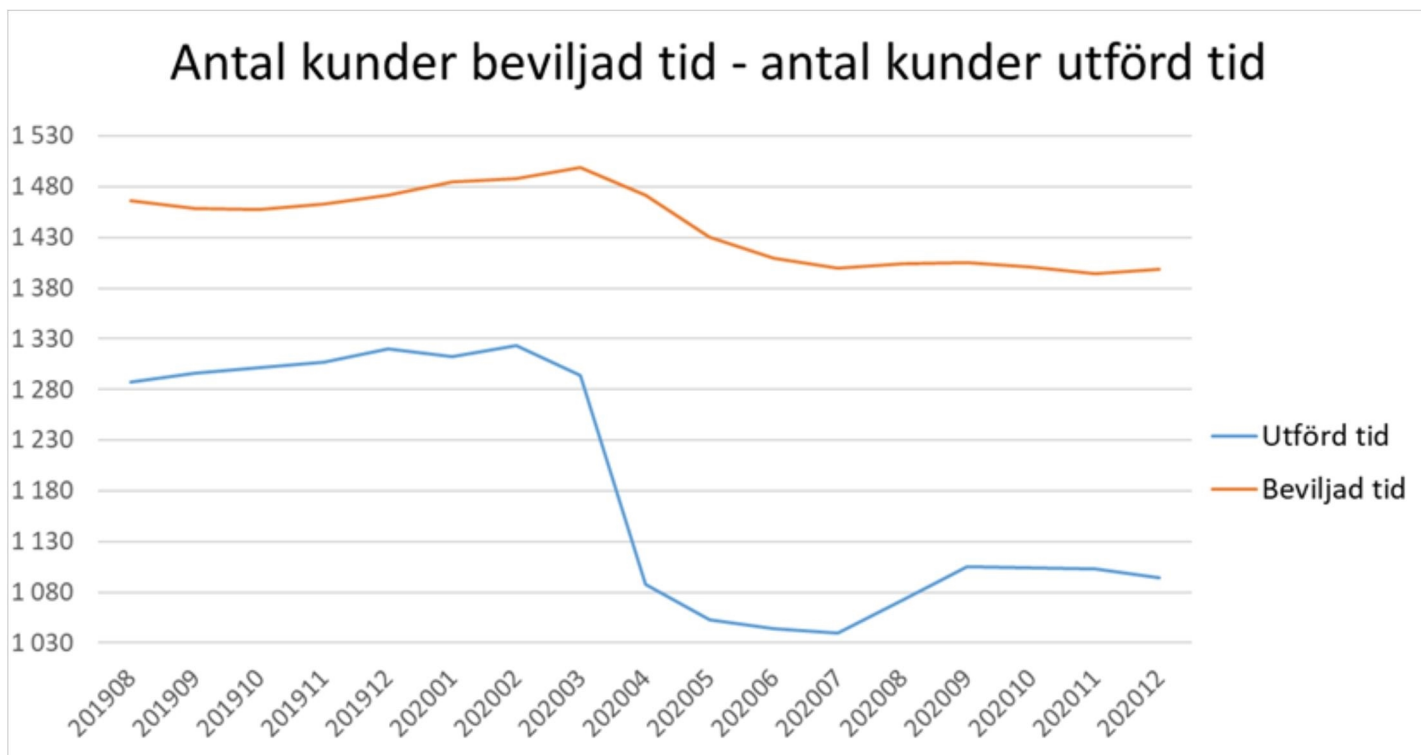
Särskilt boende avtal

Särskilt boende avtal med kunder inom profil och HVB har ett underskott om 2,4 miljoner kronor jämfört med fjolårets överskott om 2,7 miljoner kronor. Trenden har sedan 2017 varit svagt minskande och budgeten sänktes 2020 med 0,1 miljoner kronor. Under året har volymen åter ökat med i snitt 2,6 kunder till 45,6 jämfört med budgeterade 43. Del av den ökningen beror på att det har skett en korrigering av kunder från omsorgsenheten som låg kvar trots att de fyllt 65 år vilket leder till ökad kostnad om 0,5 miljoner kronor.

Hemtjänst

Hemtjänst har ett underskott om 1,6 miljoner kronor jämfört med fjolårets underskott om 9,4 miljoner kronor. Mellan 2019 och 2020 ökade budgeten med 10,5 miljoner kronor, från 185,2 miljoner kronor 2019 till 195,7 miljoner kronor 2020. Kostnadsökning för hemtjänst om 1,6 miljoner kronor beror på en minskning om 2 procent färre utförda timmar samtidigt som vi ser en minskning om 15 % av antalet kunder med utförd tid. Det betyder en minskning med 300 kunder varav 100 inte längre har kvar beviljad tid. Återstående 200 kunder förväntas återkomma i takt med att covid-19 minskar. Den marginella minskningen av antalet timmar jämfört med antal kunder med utförd tid antas bero på en omställning där kunder med enklare insatser och färre timmar löser insatsen på egen hand. Vi ser även en ökning av utförda timmar per kund som delvis förklaras av att kunder med färre insatser lämnar men även av extra tid för hantering av skyddsutrustning. Den utförda tiden i förhållande till beställd tid har ökat under året och antas vara en effekt av att kunder med enklare insatser minskat.

Hemtjänst inkl. ledsagning och avlösning	Utfall 2020	T1	T2	T3	Utfall 2019	Utfall 2018	Utfall 2017	Utfall 2016
Antal kunder med utförd tid, genomsnitt per period	1 136	1 254	1 052	1 102	1 304	1 285	1 318	1 402
Antal utförda timmar totalt, genomsnitt per månad per period	43 492	43 763	43 079	43 635	44 223	41 386	40 296	43 239
Antal tim/kund, genomsnitt per månad per period	38	35	40	39	33,5	32,2	30,6	30,8



Dagverksamhet

Dagverksamhet visar ett överskott om 6,7 miljoner kronor jämfört med fjolårets underskott om 0,9 miljoner kronor. Överskottet beror på att dagverksamheten stängdes i samband med covid-19 utbrottet i mars. Under perioden första oktober till den första december öppnade dagverksamheten i begränsad omfattning. Stängningen av dagverksamhet resulterar i att drar med sig verksamheterna turbundna resor och färdtjänst under posten övrig verksamhet som lämnar ett överskott om 2,7 miljoner kronor.

Korttidsvård

Korttidsvård har ett underskott om 1,3 miljoner kronor jämfört med fjolårets överskott om 2,6 miljoner kronor. Underskottet beror på ökat antal köpta platser varav flera relaterade till covid-19. En upphandling av enstaka platser på korttidsvård är nu avslutad och ramavtal finns på plats för att rationalisera, förenkla och få en enhetlig prisnivå. Efter 2018 års neddragning av antalet abonnemangsplatser från 40 till 22 har budget krympts i omgångar. Hittills genererar neddragningen större besparingar på korttidsvård än kostnadsökningar i de andra verksamheterna. Det minskade antalet korttidsplatser innebär att kundens behov tillgodoses genom andra insatser som är bättre anpassade och ökar kvaliteten för kunden.

Verksamhet med beslut enligt LSS

Verksamhet med beslut enligt LSS har ett underskott om 0,2 miljoner kronor jämfört med fjolårets överskott om 0,4 miljoner kronor. Verksamheten hade en större volymökning i september.

Trygghetslarm

Trygghetslarm ligger enligt budget jämfört med fjolårets överskott om 0,7 miljoner kronor. Övergången till ny leverantör av trygghetslarm och välfärdsteknik 2019 har fungerat bra.

Övrig verksamhet

Övrig verksamhet har ett överskott om 0,9 miljoner kronor vilket tangerar fjolårets resultat. Posten övriga verksamhet har ett antal verksamheter som dras med överskott och underskott. De största avvikelserna följer nedan.

Turbundna resor och färdtjänst har ett samlat överskott om 2,7 miljoner kronor vilket beror på att

dagverksamheten stängde ner och att behovet av transport minskar.

Under övrig verksamhet ingår kostnaden för utskrivningsklara enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS). Kostnadsansvaret för kommunen har ökat. Detta genom ett ökat ersättningsbelopp till regionen (8200 kr/dag), men också då antalet dagar innan kommunens kostnadsansvar träder in ändrats från fem till två dagar. Trots förändrat arbetssätt och organisering av biståndshandläggare för att möta en snabb utskrivning beräknas ändå kostnader uppstå för utskrivningsklara dagar. För 2020 har kostnaden för utskrivningsklara ett överskott om 0,8 miljoner kronor för medicinskt färdigbehandlade.

I övrig verksamhet ingår hemtjänst natt som har ett underskott om 0,2 miljoner kronor jämfört med fjolårets underskott om 1,8 miljoner kronor. Efter utökningen av budget till 13,4 miljoner kronor 2020 från 11,7 miljoner kronor 2019 ligger hemtjänst natt i fas med volymen.

Under övrig verksamhet ingår öppen mötesplats vars lokalkostnader är 0,8 miljoner kr högre än budgeterat. Underskottet balanseras av att driften om 0,3 miljoner kronor ligger nere under pandemin och går enligt budget. Verksamheten har fått en budgetstärkning om 0,5 miljoner kronor för 2021 för att bibehålla lokalen, även om verksamheten inte har kunnat öppnas på grund av pandemin.

Myndighet och huvudmannaskap

Myndighet och huvudmannaskap har ett överskott om 0,7 miljoner kronor jämfört med fjolårets överskott om 1,7 miljoner kronor. Äldrenämnden har fått lägre fördelade kostnader om 2,1 miljoner kronor från det gemensamma ansvaret med socialnämnden. Samtidigt balanseras det av ökade kostnader för tillfälligt inhyrd enhetschef om 0,6 miljoner kronor under våren samt underskott på personal om 1,9 miljoner kronor. Anledningarna till underskottet är att lagen om samverkan vid utskrivning (LUS) medför behov av ökade resurser, att pandemin har krävt extra bemanning samt ofinansierade lönehöjningar. Det kvalitets- och utvecklingsarbete som enheten bedriver är delvis beroende av statsbidragsfinansiering. Dels finansieras riktade satsningar som görs inom kundvalen, dels finansieras den kommunikation, administration och uppföljning som enhetens kvalitetsutvecklare gör för att hantera statsbidragen med en del av dessa. Digitala utvecklingsprojekt har också möjliggjorts genom statsbidrag.

För att balansera kostnaden framåt kommer anställningsprövningar att göras. En vakant kvalitetsutvecklartjänst kommer inte tillsättas. Genom ökad digitalisering kan viss effektivisering göras, men samtidigt krävs resurser för att kunna digitalisera och bedriva utvecklingsarbete. En riktad satsning på att förbättra arbetsmiljön och vidareutveckla det förändrade arbetssättet i biståndshandläggargruppen pågår. Genom att fortsätta med snabba och trygga hemskrivningar sparas kostnader som annars skulle ligga inom insatsbudgeten.

Nämnd och nämndstöd

Nämnd och nämndstöd har ett överskott om 0,3 miljoner kronor vilket tangerar fjolårets överskott om 0,3 miljoner kronor.

Verksamhet, tkr	Ack utfall 2020			Ack budget 2020		Utfall 2019		
	Utfall intäkter	Utfall kostnader	Utfall netto	Budget netto	Budget-avvikelse	Intäkter	Kostnader	Netto
Hemtjänst - check	28 561	-225 816	-197 255	-195 700	-1 555	30 692	-220 921	-190 229
Trygghetslarm - ej check	2 913	-12 398	-9 485	-9 533	48	2 897	-11 498	-8 601
Dagverksamhet äldre - check	179	-2 414	-2 235	-8 943	6 708	694	-7 872	-7 178
Korttidsvård - ej check	2 664	-21 343	-18 679	-17 334	-1 345	2 374	-19 145	-16 771

Verksamhet, tkr	Ack utfall 2020			Ack budget 2020		Utfall 2019		
Verksamhet med beslut enl LSS	-3	-21 763	-21 766	-21 587	-179	3	-15 201	-15 198
Särskilt boende - check	35 932	-473 344	-437 412	-449 459	12 047	32 682	-472 449	-439 767
Särskilt boende - avtal	2 691	-44 209	-41 518	-43 962	2 444	2 687	-44 101	-41 414
Övrig verksamhet	34 946	-72 612	-37 666	-38 387	721	3 318	-42 649	-39 331
Myndighet & Huvudmannaskap	0	-45 428	-45 428	-46 094	666	347	-44 780	-44 433
Nämnd och nämndstöd	0	-1 280	-1 280	-1 605	325	0	-1 300	-1 300
Summa	107883	-920607	-812723	-832602	19879	75977	-884505	-808528

8 Kommunövergripande åtgärdsplan

Leva som vi lär (tkr)	2018	2019	2020
Resor	162 099	261 903	102 998
Konferens och planeringsdagar	199 048	28 168	62 392
Representation och uppvaktningar	126 351	145 047	43 482
Inhyrd personal	567 256	0	597 850

Kostnader för inhyrd personal består av kostnader för enhetschef under rekryteringsperiod 2020. Resekostnaderna är de studieresor som gjordes till flera kommuner inom ramen för projektet Hemtjänst 2.0 före pandemins utbrott.

Systemresning och digitalisering av processer

Under året har processer för digitalisering i syfte att effektivisera genom ökad integration och minska manuell handpåläggning identifierats. Fortsatt arbete krävs för ett genomförande och effekt i verksamheten.

9 Intern kontroll

Uppföljning av kontrollmoment

Kvalitet i verksamheten

Kontrollmoment som ingår i uppföljningsplan för kvalitet

Redovisas som separat ärende, kvalitetsberättelse 2020

Ekonomi och upphandling

Kontrollmoment attest med underlag från Combine

Resultat från uppföljning

Att redovisningsreglementet inte följs avseende attest, representation och personliga eller förtroendekänsliga fakturor/utlägg. Genomgång av betalade fakturor avseende mottagnings- och beslutsattest, bifogade underlag vid representation och rutin för attest av personliga eller förtroendekänsliga fakturor/utlägg.

Kontrollen avser ett stickprov avseende särskilt boende och hemtjänst under september månader. Fakturorna avsåg rätt period och var betalda i tid. Det observerades återigen att flera utförare låg efter med fakturering med upp till två månader.

Resultat från uppföljning av representationsfakturor

Stickprov avseende 10 fakturor (14 tusen kronor) är kontrollerade. Av dessa saknar 6 syfte och 6 deltagarlista. Två av fakturorna var felkonterade terminalglasögon. Uppföljning kommer ske av rutiner för syfte och deltagarlista.

Kontrollmoment direktupphandling

Resultat från kontroll att skäl anges vid direktupphandling

Genomgång av direktupphandlingar är genomförd. Antalet direktupphandlingar vad gäller enstaka platser har ökat från 21 stycken år 2019 till 32 år 2020. Ökningen beror på att upphandlingen av korttidsplatser drog ut på tiden och att vi därmed saknade ramupphandlade platser. Tilldelningen i upphandling av korttidsplatser har skett och upphandlingen har vunnit laga raft vilket innebär att korttidsplatser nu finns tillgängliga inom ramavtal. Vissa covid- respektive profilplatser ryms inte inom kundval och ramavtal och dessa har därför direktupphandlats.

Juridik och reglementen

Kontrollmoment delegation, anmälan och ändamålsenlighet

Resultat från uppföljning

Rättssäkerhetsgranskning har genomförts på biståndsbedömda beslut. Samtliga beslut tagna enligt delegation och anmält till nämnd. Resultatet kommer presenteras kortfattat som en del av 2020 års kvalitetsberättelse.

Kontrollmoment loggkontroll

Kontroll av att endast behöriga handläggare tar del av ärenden i nämndens verksamhetssystem Combine

Resultat från uppföljning

Rutin för behörighetsstyrning och kontroll är framtagen och godkänd av ledningsgruppen i februari 2018.

Enligt rutinen ska loggkontrollen göras en gång per kvartal (mars, juni, september respektive december) av 30 utvalda kunder och fem medarbetare på respektive enhet. Loggkontroll har genomförts i mars, september och december, resultatet var utan anmärkning.

Tre största riskerna

Äldrenämnden har identifierat följande tre största risker varav två ingår i uppföljningsplan för kvalitet och hanteras i kvalitetsberättelse 2020 och en hanteras med internkontrollplan.

- Antalet direktupphandlingar ökar i takt med ett ökat behov av korttidsboende, detta kan få effekter för kvaliteten för kund.

Hanteras genom internkontrollplan. Åtgärden är upphandling av ramavtal vilket genomförts hösten 2020.

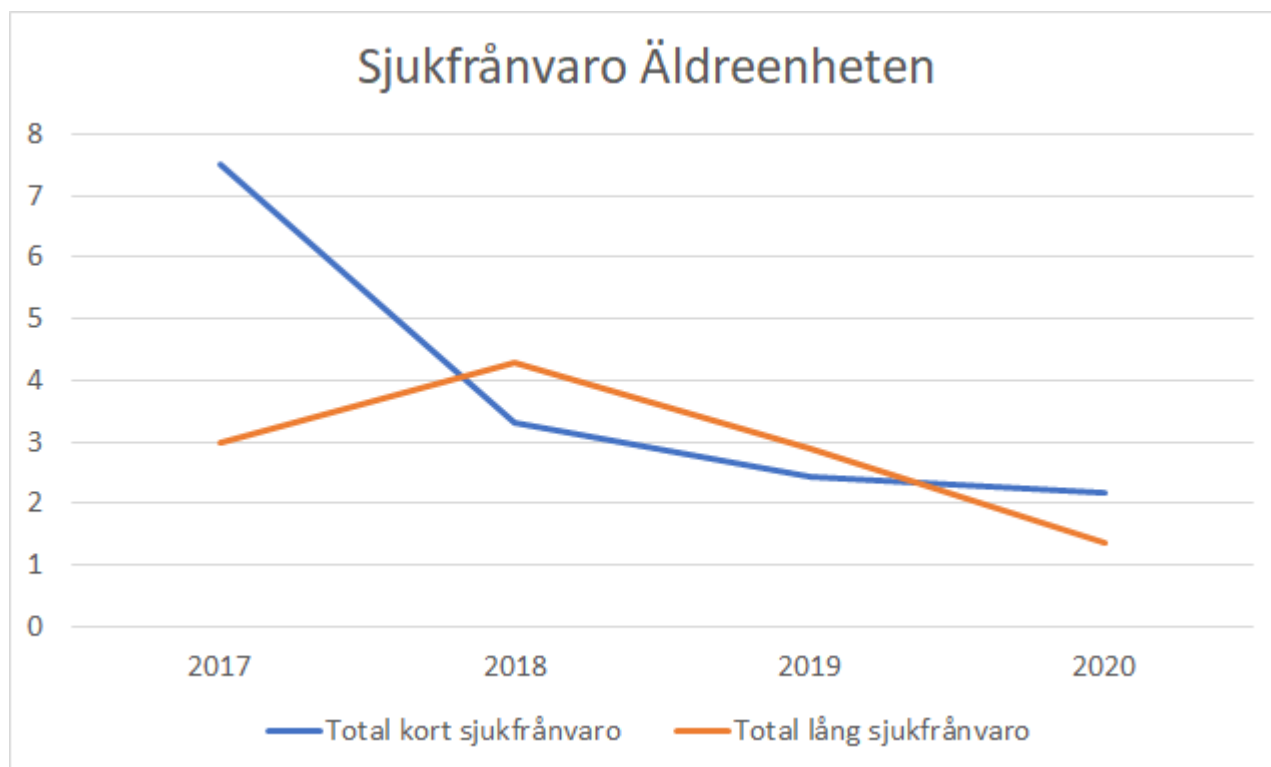
- Risk för att vi inte får kännedom om att kunden utsätts för våld och att kunden fortsätter att leva i en utsatt situation.

Hanteras genom uppföljningsplan för kvalitet. Åtgärder är genomgång av samverkansrutiner på handläggarmöten. Genomgång av FREDA-kortfrågor enligt rutin två gånger per år. FREDA-kortfrågor är ett bedömningsinstrument med frågor om våld i enskilda ärenden. Kunskap om våld i nära relation inkluderas i introduktion av nya medarbetare.

- Kund får inte sitt behov tillgodosett om inte uppföljningar genomförs.

Hanteras genom uppföljningsplan för kvalitet. Enligt rättssäkerhetskartläggningen har 20 % av de granskade ärendena inte följts upp under det senaste året. Observera att det endast var 20 ärenden undersökningen bygger på. För att minska risken har äldreheten arbetat med följande åtgärder: Att se över när och hur uppföljning ska ske. Ett nytt arbetssätt för måluppföljning påbörjades under tidig höst 2020. Syftet är att på ett mer strukturerat sätt följa upp de kunder som har insatser i ordinärt boende. Den nya rutinen omfattar att följa upp kundens behov, att de beviljade insatserna genomförs och hur, på vilket sätt kunden varit delaktig samt att inhämta ny relevant information om kunden.

I0 Sjukfrånvaro



På äldreenheten fanns 43 anställda personer omräknat i heltid i december 2020, varav två män. Det är en mindre än 2019. 5 personer slutade under 2020 varav enhetschefen för äldreenheten slutade i februari och gruppchefen för biståndshandläggargruppen slutade i december. Personalomsättning på 9,5% beräknades i november.

Den korta sjukfrånvaron för äldreenheten var 2020 i snitt 2,2% av det totala antalet arbetade timmar. Den långa sjukfrånvaron var 2020 i snitt 1,4% långtidssjukfrånvaro. Orsaken till denna har inte varit primärt arbetsrelaterad. Både den korta och den långa sjukfrånvaron har minskat sedan föregående år.

Äldreenheten arbetar aktivt med hälsoarbete för att öka frisknärvaron. Enheten har två hälsoombud som arrangerar hälsofrämjande aktiviteter utifrån önskemål och resultat i medarbetarenkäten.

	Ack utfall 2020			Ack budget 2020		Utfall 2019		
	Intäkter	Kostnader	Utfall netto	Budget netto	Budget avvikelse	Intäkter	Kostnader	Budget netto
Hemtjänst - check	28 561	-225 816	-197 255	-195 700	-1 555	30 692	-220 921	-190 229
Trygghetslarm - ej check	2 913	-12 398	-9 485	-9 533	48	2 897	-11 498	-8 601
Dagverksamhet äldre - check	179	-2 414	-2 235	-8 943	6 708	694	-7 872	-7 178
Korttidsvård - ej check	2 664	-21 343	-18 679	-17 334	-1 345	2 374	-19 145	-16 771
Verksamhet med beslut enl LSS	-3	-21 763	-21 766	-21 587	-179	3	-15 201	-15 198
Särskilt boende - check	35 932	-473 344	-437 412	-449 459	12 047	32 682	-472 449	-439 767
Särskilt boende - avtal	2 691	-44 209	-41 518	-43 962	2 444	2 687	-44 101	-41 414
Övrig verksamhet	34 946	-72 612	-37 666	-38 387	721	3 318	-42 649	-39 331
Myndighet & Huvudmannaskap	0	-45 428	-45 428	-46 094	666	347	-44 780	-44 433
Nämnd och nämndstöd	0	-1 280	-1 280	-1 605	325	0	-1 300	-1 300
Summa	107 883	-920 607	-812 723	-832 602	19 879	75 977	-884 505	-808 528

Resultat från uppföljning av internkontrollplan 2020

8

ÄLN 2021/29

2020-01-01

TJÄNSTESKRIVELSE
Dnr ÄLN 2021/29

Äldrenämnden

Resultat från uppföljning av internkontrollplan 2020

Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner uppföljning av internkontrollplan för 2020. Äldrenämnden överlämnar ärendet till kommunstyrelsen.

Sammanfattning av ärendet

Den interna kontrollen handlar ytterst om att bidra till kommunens verksamhet bedrivs ändamålsenligt och kvalitativt med invånarnas bästa för ögonen. Kommunfullmäktige fattade beslut om att uppdatera reglementet för internkontroll 2020. Enligt det uppdaterade reglementet ska internkontrollplanen följas upp och resultatet ska återrapporteras till nämnd och kommunstyrelse. Beslutet om internkontrollplanen för 2020 fattades av äldrenämnden i december 2019 och följer det gamla reglementet. Kontrollerna har genomförts med i huvudsak godkänt resultat. Vissa avvikelser redovisas i ärendet. De kommer att åtgärdas snarast.

.

Ärendet

Om intern kontroll

Intern styrning och kontroll bidrar till måluppfyllelse och att verksamheten bedrivs effektivt och säkert. I praktiken handlar det om att med ett systematiskt arbetssätt, som utgår från en riskbedömning, undvika allvarliga fel. Enligt Nackas reglemente för intern kontroll åligger det nämnderna att se till att den interna kontrollen är tillräcklig.

Målet för den interna kontrollen är att

- förebygga, förhindra och upptäcka oegentligheter
- förebygga och förhindra felaktiga betalningar

I den interna kontrollen ingår att säkerställa nämndspecifika risker, efterlevnad av interna regelverk, upphandling, kundvalssystem och incidenthantering.

Uppföljning av kontrollmoment

Kvalitet i verksamheten

Kontrollmoment som ingår i uppföljningsplan för kvalitet

Redovisas som separat ärende, kvalitetsberättelse 2020

Ekonomi och upphandling

Kontrollmoment attest med underlag från Combine



Resultat från uppföljning

Att redovisnings-reglementet inte följs avseende attest, representation och personliga eller förtroendekänsliga fakturor/utlägg. Genomgång av betalade fakturor avseende mottagnings och beslutsattest, bifogade underlag vid representation och rutin för attest av personliga eller förtroendekänsliga fakturor/utlägg.

Kontrollen avser ett stickprov avseende särskilt boende och hemtjänst under september månader. Fakturorna avsåg rätt period och var betalda i tid. Det observerades återigen att flera utförare låg efter med fakturering med upp till två månader.

Resultat från uppföljning av representationsfakturor

Stickprov avseende 10 fakturor (14 tusen kronor) är kontrollerade, av dessa saknar 6 syfte och 6 deltagarlista. Två av fakturorna var felkonterade terminalglasögon. Uppföljning kommer ske av rutiner för syfte och deltagarlista.

Kontrollmoment direktupphandling

Resultat från kontroll att skäl anges vid direktupphandling

Genomgång av direktupphandlingar är genomförd. Antalet direktupphandlingar har ökat från 21 stycken år 2019 till 32 stycken år 2020. Ökningen beror på att upphandlingen av enstaka plats drog ut på tiden och att vi därmed saknade ramupphandlade platser för enstaka plats. Tilldelningen i upphandling av korttidsplatser har skett och upphandlingen har vunnit laga raft vilket innebär att platser nu finns tillgängliga inom ramavtal.

Juridik och reglementen

Kontrollmoment delegation, anmälan och ändamålsenlighet

Resultat från uppföljning

Rättssäkerhetsgranskning har genomförts på biståndsbedömda beslut. Samtliga beslut tagna enligt delegation och anmält till nämnd. Resultatet kommer presenteras kortfattat som en del av 2020 års kvalitetsberättelse.

Kontrollmoment loggkontroll

Kontroll av att endast behöriga handläggare tar del av ärenden i nämndens verksamhetssystem Combine

Resultat från uppföljning

Rutin för behörighetsstyrning och kontroll är framtagen och godkänd av ledningsgruppen i februari 2018. Enligt rutinen ska loggkontrollen göras en gång per kvartal (mars, juni, september respektive december) av 30 utvalda kunder och fem medarbetare på respektive enhet. Loggkontroll har genomförts i mars och september, resultatet var utan anmärkning.

Ekonomiska konsekvenser

Förslaget till beslut innebär ingen ekonomisk konsekvens.



NACKA
KOMMUN

Konsekvenser för barn

Förslaget till beslut får inga konsekvenser för barn.

Handlingar i ärendet

Karin Kollberg
Social- och äldredirektör
Stadsledningskontoret

Mathias Möller
Controller
Controllerenheten

Yttrande över revisionsrapport
nr 4/2020 – Granskning av
verksamhetsstyrning och
målstyrning

9

ÄLN 2020/161

2021-02-01

TJÄNSTESKRIVELSE
Dnr ÄLN 2020/161

Äldrenämnden

Yttrande över revisionsrapport nr 4/2020 – Granskning av verksamhetsstyrning och målstyrning

Förslag till beslut

Äldrenämnden antar föreslaget yttrande över revisorernas granskning av verksamhetsstyrning och målstyrning.

Sammanfattning av ärendet

De förtroendevalda revisorerna har under hösten 2020 låtit Ernst & Young genomföra en granskning med syftet att bedöma om äldrenämnden, miljö- och stadsbyggnadsnämnden samt natur- och trafiknämnden arbetar ändamålsenligt med målstyrningen.

Äldrenämnden har fått rekommendationer från revisorerna att utveckla arbetet inom två områden. Revisorerna önskar svar senast 2021-02-22.

Ärendet

De förtroendevalda revisorerna har beslutat att under hösten 2020 låta genomföra en granskning av hur ändamålsenligt äldrenämnden, miljö- och stadsbyggnadsnämnden samt natur- och trafiknämnden arbetar med målstyrningen. Av den sammanfattande bedömningen framgår att revisorerna bedömer att äldrenämnden i allt väsentligt arbetar i enlighet kommunfullmäktiges reglemente för mål- och resultatstyrning. Det finns flera förtjänster i det arbetssätt som tillämpas men det finns också utvecklingsområden. Revisorerna lämnar följande synpunkter och rekommendationer utifrån granskningen av äldrenämnden.

- Säkerställa att det genomförs en riskanalys kopplad till måluppfyllelsen.
- Säkerställa en god överensstämmelse mellan fokusområde och resultatindikatorer samt se till att målen är uppdaterade.

Äldreenheten har tagit ställning till dessa två rekommendationer, vilket redovisas i bilaga 1.

Ekonomiska konsekvenser

Förslaget till beslut medför inga ekonomiska konsekvenser.



Konsekvenser för barn

Förslaget till beslut medför inga konsekvenser för barn.

Handlingar i ärendet

1. Förslag till yttrande
2. Revisionsrapport nr 4/2020. Granskning av verksamhetsstyrning/målstyrning.
3. Revisionskrivelse A 2020-11-25

Karin Kollberg
Social- och äldredirektör
Stadsledningskontoret

Ellinor Egefors
Enhetschef
Äldreenheten

Yttrande över revisionsrapport nr 4/2020 – Granskning av verksamhetsstyrning och målstyrning

Äldrenämnden har fått tillfälle att yttra sig över revisionsrapporten och dess rekommendationer.

1) Revisionen rekommenderar äldrenämnden att säkerställa att det genomförs en riskanalys kopplad till måluppfyllelsen.

Den verksamhet som bedrivs enligt lagar och andra föreskrifter inom äldrenämndens uppdrag ska vara av god kvalitet. I författningen om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 framgår att kvalitet inom socialtjänsten kan ses utifrån tre perspektiv. Lagen, verksamhetens och kundens. Ett omfattande analysarbete görs redan idag på enheten genom kvalitetsberättelsen, som är en utvärdering och analys av den årliga kvalitetsplanen. Kvalitetsplanen och kvalitetsberättelsen är viktiga delar i ledningssystemet för kvalitet och har en stark koppling till mål- och resultatstyrningen. Kvalitetsberättelsen redogör för underlag som beskriver äldrenämndens målgrupper och olika aspekter av kvalitet inom äldrenämndens område. I berättelsen analyseras underlaget och slutsatser redovisas, vilka sedan ligger till grund för den nya kvalitetsplanen och urvalet av indikatorer och målvärden. Revisorerna visar i sin granskning av äldrenämndens målstyrning att det till övervägande delar är fungerar bra, men att det finns områden som behöver utvecklas. Äldrenämnden kommer därför att:

- Genomföra en riskanalys kopplad till målstyrningen där villkoren för en god måluppfyllelse förtydligas och där risker i form av hinder för att måluppfyllelsen nås definieras
- Uppdatera och se över målvärden kontinuerligt så att de är rimliga i förhållande till tidigare utfall och inte utan tydlig orsak innebär en ambitionssänkning



- Göra en sammanvägd bedömning av måluppfyllelsen per fokusområde och fortsätta att komplettera med kvalitativa mätmetoder

2) Revisionen rekommenderar äldrenämnden att säkerställa en god överensstämmelse mellan fokusområde och resultatindikatorer samt se till att målen är uppdaterade.

Äldrenämnden påverkar målen och kvaliteten för äldre enhetens insatser genom villkor i kundval och avtal samt ersättningsmodell. Kolada styr tillgången till indikatordata och fokusområdets indikatorer är i stor utsträckning beroende av existerande data. Indikatorernas utfall beror på komplexa orsakssamband. Vissa av Koladas indikatorer kan kopplas till delat ansvar mellan flera involverade aktörer, som anordnare, region, statliga myndigheter med flera. Förändringar av villkor som avser att påverka utfallet av en indikator ger inte alltid förväntad effekt, eller kan ge en fördröjd effekt. Äldrenämnden kommer mot bakgrund av revisorernas rekommendationer att:

- Arbeta för att ta fram resultatindikatorer som på ett bättre sätt fångar hela fokusområdet
- Ta bort indikatorer som inte ingår i fokusområdet alternativt tydligare visa på vilket sätt de har koppling till fokusområdet och varför de i sådana fall bör vara kvar.
- Bjuda in äldrenämndens ledamöter till ett seminarium om mål och indikatorer utöver det seminarium som redan genomförs i samband med mål och budget.

Karin Teljstedt
Ordförande
Äldrenämnden

Karin Kollberg
Social- och äldredirektör
Stadsledningskontoret

Nacka kommun

Granskning av
verksamhetsstyrning/målstyrning



Building a better
working world

1. Sammanfattning och rekommendationer	3
2. Inledning	4
2.1. Bakgrund.....	4
2.2. Syfte och revisionsfrågor	4
2.3. Revisionskriterier.....	4
2.4. Ansvariga nämnder	5
2.5. Genomförande	5
2.6. Avgränsning	5
3. Utgångspunkter för granskningen.....	6
3.1. Kunskapsöversikt.....	6
3.2. Kommunens ramverk för målstyrning	8
3.3. Vår förståelse av mål- och resultatstyrningens effektkedja	9
4. Miljö- och stadsbyggnadsnämnden.....	10
4.1. Planeringen sker i samverkan mellan nämnd och tjänstepersoner	10
4.2. Nämndens målstyrning utgår från tio fokusområden.....	10
4.3. Målstyrningen förankras på enhets- och individnivå	12
4.4. Uppföljning sker huvudsakligen vid tertial- och årsbokslutsrapportering	13
4.5. Vår bedömning.....	13
5. Äldrenämnden	14
5.1. Verksamhetsstyrningen sker i två parallella processer	14
5.2. Kopplingen mellan fokusområde och indikatorer behöver stärkas	15
5.3. Målstyrningen förankras tydligt på enhetsnivå.....	16
5.4. Uppföljning sker på både enhets- och nämndnivå	16
5.5. Vår bedömning.....	17
6. Natur- och trafiknämnden.....	18
6.1. Planeringsprocessen involverar hela organisationen.....	18
6.2. Överensstämmelsen mellan fokusområden och mätmetod är god	19
6.3. Indikatorer formuleras även på enhetsnivå.....	19
6.4. Uppföljning sker av fokusområdet som helhet	20
6.5. Vår bedömning.....	20
7. Sammanfattande bedömning	20
8. Svar på revisionsfrågor	23
9. Källförteckning	25

1. Sammanfattning och rekommendationer

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna har vi genomfört en granskning med syftet att bedöma om äldrenämnden, miljö- och stadsbyggnadsnämnden samt natur- och trafiknämnden arbetar ändamålsenligt med målstyrningen. Vår sammanfattande bedömning är att nämnderna i allt väsentligt arbetar i enlighet kommunfullmäktiges reglemente för mål- och resultatstyrning. Det finns flera förtjänster i det arbetssätt som tillämpas i kommunen men det finns också utvecklingsområden, både på kommunövergripande nivå och på nämndnivå.

Mål och indikatorer tas fram i dialog mellan nämnderna och enheterna. Denna process borgar för målstyrningens relevans och att den landar väl i verksamheten. Vidare finns strukturer för att kanalisera målstyrningen från strategisk till operativ nivå. Det genomförs även ändamålsenlig analys och uppföljning av indikatorerna, vilket stärker nämndernas förutsättningar att vidta åtgärder vid avvikelser.

Nämnderna har inte gjort en dokumenterad riskanalys av måluppfyllelsen för 2020. I budgetprocessen inför 2021 ställs dock krav på att detta ska göras, genom det nyligen reviderade reglementet för intern kontroll. Vi ser positivt på att kommunen stärker riskanalyarbetet kopplat till måluppfyllelsen.

Komplexiteten i politiskt styrda organisationers uppdrag kan i vissa fall göra det svårt att hitta lämpliga resultatindikatorer. Det är dock väsentligt att i möjligaste mån säkerställa en rimlig koppling mellan nämndernas fokusområden och resultatindikatorer – särskilt om resultatindikatorerna har stor betydelse för bedömningen av måluppfyllelsen. Därtill bör målen både vara realistiska och utvecklingssträvande. Granskningen visar att kopplingen mellan fokusområde och resultatindikator kan stärkas och att målen i vissa fall är orealistiska. I andra fall har de inte uppdaterats utifrån tidigare utfall.

Nämnderna har olika utgångspunkter för att bedöma måluppfyllelsen. Det finns i nuläget inga gemensamma riktlinjer för hur bedömningen ska göras.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- ▶ Utvärdera om det finns skäl att införa gemensamma övergripande riktlinjer kring hur utvärderingen av måluppfyllelse ska ske.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderar vi miljö- och stadsbyggnadsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att det genomförs en riskanalys kopplad till måluppfyllelsen.
- ▶ Säkerställa en god överensstämmelse mellan fokusområde och resultatindikatorer samt se till att målvärdena är realistiska och uppdaterade utifrån tidigare utfall.
- ▶ Säkerställa att resultatindikatorerna inte medför oavsiktliga styreffekter.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderar vi äldrenämnden att:

- ▶ Säkerställa att det genomförs en riskanalys kopplad till måluppfyllelsen.
- ▶ Säkerställa en god överensstämmelse mellan fokusområde och resultatindikatorer samt se till att målvärdena är uppdaterade utifrån tidigare utfall.

Utifrån granskningens iakttagelser rekommenderar vi natur- och trafiknämnden att:

- ▶ Säkerställa att nämndens målvärden är realistiska i ett kortsiktigt perspektiv.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Nacka kommuns mål- och resultatstyrning består av fyra övergripande mål som kommunfullmäktige fastställt. Nämnderna ska inför kommunfullmäktiges beslut om mål och budget föreslå fokusområden. Utifrån dessa ska respektive nämnd även ta fram förslag till resultatindikatorer med målnivåer för de tre kommande åren. Nämnderna ska även besluta om hur målen ska uppnås och följas upp.

Mål- och resultatstyrningen utgör en väsentlig del av Nacka kommuns styrning. För att fullmäktiges övergripande mål ska få styreffekt krävs att nämnderna genomför ändamålsenliga aktiviteter för att uppnå målen, tar fram resultatindikatorer som på ett adekvat sätt mäter måluppfyllelsen och fattar beslut om lämpliga målvärden. Utan en fungerande målstyrningskedja riskerar fullmäktiges målstyrning att bli verkningslös.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att ge revisorerna underlag för att bedöma om utvalda nämnder arbetar ändamålsenligt med målstyrningen.

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- ▶ Är satta resultatindikatorer och målvärden styrande?
 - Är resultatindikatorerna utformade på ett sätt så att de mäter det som de är avsedda att mäta?
 - Är målvärdena för resultatindikatorerna rimliga utifrån tidigare års resultat och rådande omständigheter?
- ▶ Har nämnden gjort en riskbedömning avseende vilka mål och uppdrag som kan vara svåra att uppnå och genomföra?
- ▶ Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig planering av åtgärdernas/aktiviteternas genomförande?
- ▶ Genomför nämnden åtgärder/aktiviteter som är i linje med fullmäktiges mål och fokusområden?
- ▶ Följs måluppfyllelsen och genomförda åtgärder/aktiviteter upp i nämnden och vidtas åtgärder utifrån resultaten?
- ▶ I de fall målen inte nås vidtas då tydliga åtgärder från nämnden?
- ▶ Fungerar målstrukturen på ett sätt som stödjer styrningen och ledningen på operativ nivå?

2.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Nacka kommuns reglemente för mål- och resultatstyrning

- ▶ Fullmäktiges mål och budget 2020–2022
- ▶ Tillämplig forskning (redovisas i kapitel 3)

2.4. Ansvariga nämnder

Granskningen avser i huvudsak miljö- och stadsbyggnadsnämnden, natur- och trafiknämnden samt äldrenämnden. Utifrån ett övergripande kommunperspektiv berörs även kommunstyrelsen.

2.5. Genomförande

Granskningen genomförs genom dokumentstudier och intervjuer med ett urval av ansvariga tjänstepersoner och nämndledamöter. För att välja ut lämpliga intervjupersoner har ett så kallat "referensurval" genomförts, vilket är en av de vanligaste icke-randomiserade urvalsmetoderna inom samhällsvetenskaplig forskning.¹ Utifrån granskningens syfte har ansvarig direktör identifierat lämpliga intervjupersoner för granskningen. Fördelen med denna metod är att interna personers expertkunskap om förvaltningsorganisationen kommer till användning vid urvalstillfället. En potentiell risk är att den som ger förslag väljer ut personer med liknade synsätt som dem själva. Denna risk bedömer vi i det här fallet vara marginell. För ett antal intervjupersoner har en annan urvalsmetod tillämpats. Dessa har valts ut utifrån deras roll i organisationen.

Samtliga intervjuade har beretts möjlighet att faktagranska rapporten, för att säkerställa att den bygger på korrekta uppgifter och uttalanden. Rapporten är kvalitetssäkrad internt på EY av Anja Zetterberg.

2.6. Avgränsning

Granskningen är avgränsad till kommunens mål- och resultatstyrning. Det är i sammanhanget viktigt att understryka att mål- och resultatstyrningen enbart utgör en av flera styrinstrument som kan tillämpas i styrningen av offentlig verksamhet. Exempelvis kan styrning också utövas genom resurstilldelning, fastställande av regler och riktlinjer, samt särskilda uppdrag. Därmed är frånvaro av mål- och resultatstyrning inte detsamma som avsaknad av styrning. Granskningen gör således inte anspråk på att bedöma den fullständiga styrningen i enskilda verksamheter eftersom det kräver en helhetsbedömning av samtliga styrformer.

¹ Se t.ex. Tansey, O. 2007. Process Tracing and Elite Interviewing: A case for Non-probability Sampling. *Political Science and Politics*. 40:4, s. 765-772.

3. Utgångspunkter för granskningen

Huvuddelen av Sveriges kommuner tillämpar någon variant av mål- och resultatstyrning. Det finns emellertid inget krav på att kommuner ska använda mål- och resultatstyrning och ännu mindre är det reglerat hur denna styrform bör tillämpas. Det som är reglerat i kommunallagen är att nämnderna, var och en inom sitt ansvarsområde, ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med del mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. I den här granskningen kan således våra bedömningar inte enbart utgå från kommunallagen. Enligt god revisions sed får dock revisionskriterier även utgå från styrdokument antagna av kommunfullmäktige samt forskning.

Följande kapitel ger en övergripande bild av hur mål- och resultatstyrningen har vuxit fram nationellt, vad den syftar till, vilka risker som är förenade med styrformen och kommunens lokala regelverk för målstyrning. Redogörelsen bygger på förvaltningspolitisk forskning, statliga offentliga utredningar och kommunens egna styrdokument.

I sammanhanget bör påpekas att den samhällsvetenskapliga forskningen för det mesta är oförmögen att leverera slutsatser som utan reservationer kan generaliseras till andra studieobjekt. Därför behöver erfarenheter av mål- och resultatstyrning från andra sammanhang användas med viss försiktighet.

3.1. Kunskapsöversikt

3.1.1. Mål- och resultatstyrning – en del av *new public management*

För att förstå målstyrningen bör vi inledningsvis göra en kort tillbakablick på Sveriges förvaltningspolitiska utveckling. Under efterkrigstiden ökade den offentliga sektorns åtaganden och resurser. Som en naturlig följd växte även den offentliga förvaltningen under denna tid. På 1970- och 80-talen riktades kritik mot den offentliga sektorn som uppfattades som byråkratisk och ineffektiv. Till följd av detta sjösattes under 1990-talet ett antal reformer av den statliga styrningen med syftet att effektivisera förvaltningen och tydliggöra det demokratiska ansvarsutkrävandet.

Flera av reformerna som genomfördes under denna tid inryms under det begrepp som brukar benämnas som *new public management* (NPM). Några av de reformer som sjösattes var decentraliserat beslutsfattande samt införandet av mål- och resultatstyrning.² Tanken var att politikerna skulle formulera mål, följa upp resultaten och därefter vidta åtgärder. Förvaltningen å andra sidan, fick genom mål- och resultatstyrningen större frihet att välja *hur* verksamheten skulle utformas för att nå målen.³

3.1.2. Vilket är syftet med mål- och resultatstyrning?

Mål- och resultatstyrning kan betraktas som två separata styrmedel. Styrning genom mål och styrning genom resultat är intimt förknippade men den ena styrformen är inte betingat den andres förekomst. För enkelhetens skull betraktar vi i denna granskning mål- och resultatstyrning som ett gemensamt styrmedel. När syftet bakom användningen av denna styrform ska förklaras finns dock skäl att göra en uppdelning dem emellan.

Formuleringen av mål bygger på förhoppningen om att *förenkla* styrningen av verksamheter med komplexa uppdrag. Utifrån målen ges medarbetarna *motivation* att utveckla verksamheten samt *prioritera* tillgängliga resurser. När styrningen sker utifrån mål istället för

² Inom organisationsforskningen brukar det framhållas att decentralisering förutsätter mål- och resultatstyrning och vice versa.

³ Se SOU 2018:47 och SOU 2019:43.

uppdrag eller annan detaljstyrning kan beslutsfattandet om hur verksamheten ska bedrivas *decentraliseras* till en nivå med djupare verksamhetsexpertis.

Anledningen till att organisationer följer upp resultat varierar givetvis på vem man och i vilket sammanhang det görs. Det finns dock ett antal fundamentala skäl som ofta anförs till stöd för resultatuppföljningen. Resultatstyrningen bidrar till att *synliggöra* hur väl organisationen presterar. Utifrån den informationen kan beslutsfattare *kontrollera* att underordnade agerar i enlighet med givna instruktioner. Organisationen kan också använda informationen till *lärande* och därefter omvandla kunskapen till *förbättringar* i verksamheten. Informationen kan också användas som underlag vid *fördelningen* av resurser i budgetprocessen. Vidare kan resultatuppföljningen användas som ett sätt att *motivera* till utveckling samt signalera vilka resultat som är betrakta som värda att *fira*. Slutligen används resultatuppföljningen i *legitimerande* syfte, genom att åskådliggöra för överordnade instanser, media och medborgare att organisationen gör ett betydande jobb och därmed förtjänar sina tilldelade resurser.⁴

3.1.3. Erfarenheter som visar på styrformens baksidor

I takt med att användningen av mål- och resultatstyrning ökat i offentlig sektor har också styrmedlets avigsidor uppmärksamrats. Kritiken har under senare tid fått tydligt fotfäste i den allmänna förvaltningspolitiska debatten. Inom forskningen har dock mål- och resultatstyrningens utlovade förtjänster varit ifrågasatta under en längre tid.⁵

Politiskt styrda organisationer har ofta komplexa uppdrag med många intressenter att förhålla sig till. Därav är det nära tillhands för ledningen att formulera många och skiftande mål för verksamheten, med avsikten att mål- och resultatstyrningen ska spegla hela den verksamhet som bedrivs. Dessutom kan avsaknaden av ett mål för en verksamhet uppfattas som ett tecken på avsaknad av politisk styrning. Att en verksamhet omfattas av ett mål signalerar att området är politisk prioriterat. Risker är dock att detta leder till en inflation av mål. Ett stort antal mål ger snarare en svagare styrkraft än en starkare, vilket brukar kallas för *detaljeringsparadoxen*. För varje mål som läggs till urholkas styrkraften i redan befintliga mål. Ju fler mål, desto otydligare blir signalen till verksamheten kring vad som egentligen är politiskt prioriterat. Med många mål finns dessutom risken att verksamheten kan företa sig i princip vad som helst, eftersom nästan alla möjliga tänkbara aktiviteter kan sägas omfattas av ett eller annat mål.

Ett vida uppmärksammat problem med mål- och resultatstyrning är *uppdragsglidning*. Detta problem står delvis i kontrast till detaljeringsparadoxen eftersom det understryker risken av att uppdrag inte prioriteras om det inte omfattas av ett mätbart mål. Uppdragsglidning innebär att prioriteringar tenderar att skifta från de uppdrag som inte mäts, till de uppdrag som mäts och följs upp. Det kan få till följd att de områden som är svåra att mäta, prioriteras i lägre uträkning.

Komplexiteten i politiskt styrda organisationers uppdrag kan i vissa fall göra det svårt att hitta lämpliga resultatindikatorer. Resultatindikatorer som på ett bristfälligt sätt speglar de resultat som uppnåtts är snarare att betrakta som *uppskattningar* än faktiska reflektioner av verksamhetens resultat. Att använda uppskattningar av resultat är riskfyllt eftersom det riskerar att ge missvisande information om verksamhetens prestationer.

Framtagandet av målen är ett viktigt moment för att styrningen ska få avsedd effekt. Om målen inte uppfattas som relevanta för de som ska följa dem, det vill säga

⁴ Behn, Robert (2003).

⁵ Texten bygger på Susanna Alexius (2017). Att styra uppdrag mot mål och resultat – En forskningsöversikt.

förvaltningsorganisationen, är risken att målen tappar styrkraft. Ett sätt att undgå detta är att *integrera förvaltningen i framtagandet av mål* och resultatindikatorer. Det behöver dock ske en avvägning kring hur stort inflytande som överlämnas till förvaltningen. För att balansera den politiska styrningen mot professionens verksamhetsexpertis kan man låta den politiska ledningen formulera övergripande mål, som i ett senare led konkretiseras av förvaltningen i form av egna mål eller aktiviteter.

Slutligen visar tidigare erfarenheter av mål- och resultatstyrning att den information som styrinstrumentet genererar inte alltid används. Mål- och resultatstyrningen tjänar i dessa fall inget annat syfte än att skänka legitimitet till organisationen, till priset av *ökad administration*.

3.2. Kommunens ramverk för målstyrning

3.2.1. Styrmodellen utgör ramverket för nämndernas styrning

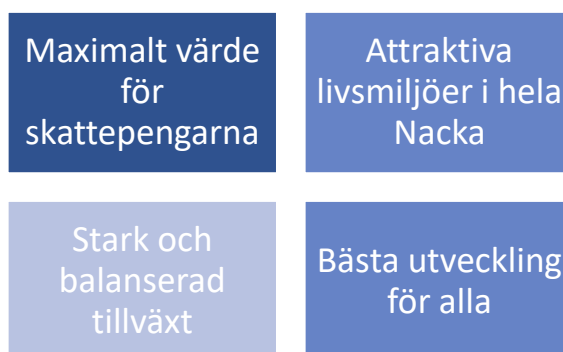
Nackas styrmodell är antagen av kommunfullmäktige och utgör det ramverk, vilket nämnderna har att förhålla sig till i sin styrning. Styrmodellen består av fem delar: en vision, värdering, ambition, övergripande mål och styrprinciper. Flera av dessa delar har bäring på utformningen av nämndernas målstyrning.

Nackas vision är öppenhet och mångfald. Det innebär att vara nyfiken på nya idéer och att kommunen ska vara transparent. Den grundläggande värderingen handlar om förtroende och respekt för människors kunskap och egen förmåga samt för deras vilja att ta ansvar. Värderingen speglar tron på att människor kan och vill själva, att de fattar rationella beslut utifrån sin situation och sina behov.

Kommunens ambition är att "vara bäst på att vara kommun" och slår fast att Nacka ska ägna sig åt sina kärnupdrag samt att verksamheterna ska hålla en hög kvalitet. Med en ambition som är av jämförande art tillkommer vikten av att resultat mäts och jämförs med andra. Att Nacka ska vara bäst på att vara kommun är konkretiserat till att kommunen ska vara bland de 10 procent bästa i kommunala jämförelser⁶ och vara bland de 25 procent mest kostnadseffektiva kommunerna i landet per verksamhetsområde.

Styrningen av verksamheten ska utgå från fyra principer. Av kommunens fyra styrprinciper är det en som har särskild bäring på mål- och resultatstyrningen, vilken är att ansvar och befogenheter ska ligga på lägsta effektiva nivå.

Den sista delen i ramverket är kommunens övergripande mål, vilka beskrivs i figuren nedan. De övergripande målen konkretiseras för respektive nämnd i fokusområden och indikatorer. Nämndernas fokusområden och indikatorer beskrivs i kommande kapitel.



⁶ Ambitionen om att tillhöra de 10 procent bästa kommunerna avser samtliga möjliga verksamhetsområden.

3.2.2. Formerna för målstyrningen definieras i reglemente

Grunderna för kommunens målstyrning framgår av kommunfullmäktiges reglemente för mål- och resultatstyrning. Målstyrningen består av övergripande mål med fokusområden och rambudget för respektive nämnd samt resultatuppföljning avseende måluppfyllelse och ekonomiskt utfall.



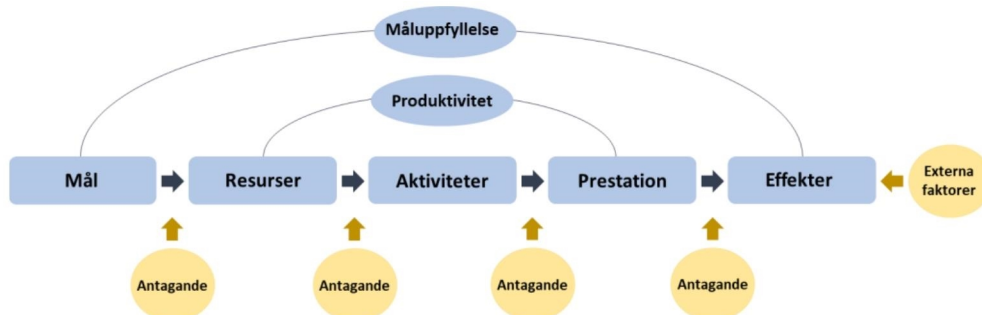
Kommunfullmäktige beslutar om övergripande mål utifrån visionen, värderingen och ambitionen. Inom ramen för de övergripande målen och nämndernas ansvarsområden fastställer kommunfullmäktige nämndernas fokusområden, utifrån nämndernas förslag.

Utifrån de identifierade fokusområdena ska varje nämnd ta fram förslag till resultatindikatorer. Med resultatindikator avses resultatmått som kan användas för att bedöma framgång i förhållande till de övergripande målen och vad nämnden inom dessa har identifierat som fokus. Nämnden ska för varje resultatindikator föreslå målnivå för de tre närmaste åren. Nämnderna ska besluta om hur målen ska uppnås och följas upp. Måluppfyllelsen ska följas upp i tertial- och helårsbokslutet. Det finns däremot inga krav på hur måluppfyllelsen ska bedömas.

I kommunen används verksamhetssystemet Stratsys för administrering och uppföljning av målstyrning på verksamhetsnivå. Det är upp till respektive nämnd att besluta om i vilken utsträckning systemet ska användas i den egna verksamheten.

3.3. Vår förståelse av mål- och resultatstyrningens effektkedja

Målstyrningens underliggande logik kan förenklat beskrivas enligt figuren nedan. Figuren visualiserar effektkedjan avseende hur mål omsätts i verksamheten och mynnar ut i effekter. För att uppnå målen behöver verksamheten tillsätta resurser för att genomföra aktiviteter. Det kan exempelvis röra finansiella medel eller tid. Genomförda aktiviteter resulterar i någon form av prestation. Det kan till exempel vara expedierade ärenden, rapporter eller inspektioner. Det som presterats resulterar i sin tur i effekter. Effekter kan både vara omedelbara samt långsiktiga och genomgripande.



Det finns i regel många felkällor från att ett mål formuleras till att den förväntade effekten realiserar. En god måluppfyllelse bygger på antaganden, både kring externa och interna faktorer. Lite förenklat kan man säga att rörelse till höger i effektkedjan innebär större extern påverkan. Hur betydande externa faktorer är beror också på hur målen är formulerade: mål som är formulerade långt ut på effektkedjan, exempelvis på samhällsnivå, påverkas i regel av flera faktorer än dem som nämnden har rådighet över, medan rådigheten är större för mål

som ligger inom den egna verksamheten. Det finns också mål som snarare rör prestationer än effekter, vilket innebär lägre påverkan från externa faktorer.

För att målen ska realiseras krävs att samtliga steg i kedjan utförs och att antagandena håller. En del av att säkerställa de förväntade effekter är att analyserna riskerna som potentiellt kan störa effektkedjan samt vidta åtgärder som mildrar dessa risker. Enligt kommunens reglemente för intern kontroll som antogs i juni 2020 ingår att identifiera risker som kan påverka verksamhetens möjlighet att nå kommunfullmäktiges fastställda mål. Det tidigare reglementet för intern kontroll, som var gällande under den tidpunkt då nämnderna antog sina internkontrollplaner för 2020, innehöll inte samma krav på nämnderna.

4. Miljö- och stadsbyggnadsnämnden

Miljö- och stadsbyggnadsnämnden fullgör, i den mån uppgifterna inte åligger kommunstyrelsen eller annan nämnd, kommunens uppgifter inom plan- och byggnadsväsendet. I detta ingår bland annat att upprätta förslag till detaljplaner, fullgöra uppgifter enligt plan- och bygglagen samt fullgöra de uppgifter som åligger kommunen som tillsynsmyndighet enligt miljöbalken och livsmedelslagen.

4.1. Planeringen sker i samverkan mellan nämnd och tjänstepersoner

Inför varje nytt år revideras nämndens mål- och resultatstyrning. Arbetet genomförs i samband med kommunens budgetberedning, när uppgifter om utfallet för innevarande år inte är tillgängligt. Det innebär att nivån på målvärden i regel behöver fastställas utifrån föregående års resultat, i detta fall 2018 års resultat.

I samband med planeringen av kommande verksamhetsår träffas nämnden och representanter från enheterna i workshoppar. Vid dessa tillfällen diskuteras formuleringen av fokusområden, resultatindikatorer och målvärden. Arbetet med att utveckla målstyrningen betraktas som ständigt pågående och en lärandeprocess. Intervjuade i nämnden anser att det överlag råder enighet kring frågor kopplade till målstyrningen. Intervjuade uppger också att samspelet mellan nämnden och tjänstemannaorganisationen är välfungerande.

I samband med kommunens budgetberedning lämnar nämnden sitt förslag på fokusområden, resultatindikatorer och målvärden till kommunstyrelsen, som bereder ärendet vidare till kommunfullmäktige. Den 29 januari 2020 beslutade nämnden att på egen hand fastställa ytterligare fokusområden och indikatorer för året. Dessa anknyter till kommunfullmäktiges övergripande mål.

Det genomförs ingen riskanalys kopplat till målstyrningen i den bemärkelsen att det explicit anges vilka antaganden som ligger till grund för en god måluppfyllelse eller vilka interna och externa risker som kan rubba dessa antaganden. Av det följer att det inte heller har planerats aktiviteter med mildrande effekt på riskerna. Däremot genomförs det andra typer av riskanalyser kontinuerligt i det ordinarie arbetet, enligt miljö- och bygglovsdirektör. Riskanalys av måluppfyllelse görs även vid nämndens planeringsworkshoppar och specifikt när målvärden bestäms.

4.2. Nämndens målstyrning utgår från tio fokusområden

För miljö- och stadsbyggnadsnämnden mynnade planeringsarbetet ut i tio fokusområden och 32 resultatindikatorer. Kommunfullmäktige har fastställt tio av dessa resultatindikatorer och resterande har antagits av nämnden på egen hand. Vi har, för de resultatindikatorer som använts under flera år, analyserat målvärdena i relation till tidigare års målvärden och utfall samt hur väl fokusområden och resultatindikatorer överensstämmer. Nedan kommenterar vi ett urval av fokusområden och indikatorer.

Som tidigare nämnts hade nämnden inte tillgång till 2019 års utfall vid tidpunkten för beredningen till kommunfullmäktiges mål och budget 2020. De senaste tillgängliga uppgifterna om utfall är således från 2018. Noterbart är att ambitionen (målvärdet) för två av nämndens resultatindikatorer understiger 2018 års utfall, det vill säga det senast kända utfallet för nämnden vid budgetberedningen. Bland nämndens målvärden finns även exempel på det motsatta förhållandet, nämligen målvärden som i det närmaste kan betraktas som ouppnåeliga. Ett exempel är resultatindikatorn *mediantiden för detaljplaner för förnyelseområden*. Sedan 2017 har utfallet aldrig understigit 100 månader. Trots det har målet under samtliga av dessa år varit 36 månader. Enligt uppgift är inte målet ouppnåeligt men förutsätter förbättringsåtgärder. Dessutom påverkas utfallet av faktorer utom planens kontroll – både kommunstyrelsen samt miljö- och stadsbyggnadsnämnden ansvarar för planprocessen. Exempelvis kan externa utredningar förlänga handläggningstiden för handläggningsprocessen som helhet. Nämnden har i år föreslagit att komplettera indikatorn med effektiv handläggningstid, det vill säga ett mått som exkluderar den tid som ligger utanför planens kontroll.

Indikator	Mål/utfall 2017	Mål/utfall 2018	Mål/utfall 2019	Mål 2020
Andel verksamheter inom miljötillsynen som genom egna insatser påverkat sin taxenivå (sänkt avgift).	15% / 8 %	10 % / 14 %	10 % / 14 %	10 %
Mediantid detaljplaner för förnyelseområden (månader)	36/110	36/102	36/104	36

När verksamhetsåret ska sammanfattas i verksamhetsberättelsen görs en utvärdering av nämndens måluppfyllelse. Utvärderingen görs utifrån utfallet av nämndens resultatindikatorer. För att bedömningen av måluppfyllelsen ska spegla verksamhetens faktiska prestation är det, utifrån given utvärderingsmetod, väsentligt att resultatindikatorerna mäter det som fokusområdet avser. Granskningen visar att resultatindikatorerna i vissa fall speglar fokusområdet väl medan kopplingen i andra fall kan ifrågasättas.

Nacka utvecklas med hög kvalitet, stor variation och i samklang med nackabornas intressen. Framtagna detaljplaner stödjer en utveckling av bostäder, infrastruktur och näringslivet i Nacka. Nackaborna är delaktiga i stadsutvecklingsprocessen.

Ett exempel på där kopplingen mellan mätmetod och fokusområde kan ifrågasättas är nämndens fokusområde som beskrivs ovan. Berörda resultatindikatorer mäter mediantiden för olika handläggningsprocesser, bland annat bygglovsärenden, planbesked och detaljplaner. Det är tveksamt om resultatindikatorerna fångar det som beskrivs i fokusområdet. Mediantiden för utvalda handläggningsprocesser mäter varken medborgarnas delaktighet i stadsutvecklingsprocessen eller om kommunen utvecklas med hög kvalitet och stor variation. Det mäter inte heller i vilken grad framtagna detaljplaner stödjer en utveckling av bostäder, infrastruktur och näringsliv. Enligt uppgift är resultatindikatorerna kopplade till att Nacka utvecklas i samklang med Nackabornas intressen, vilket är en del av fokusområdet.

Myndighetsutövningen är effektiv, rättssäker, serviceinriktad och kundorienterad.

För fokusområdet ovan är det tydligare hur resultatindikatorerna svarar mot fokusområdet. Fokusområdet ställer krav på att myndighetsutövningen är effektiv, rättssäker, serviceinriktad och kundorienterad. Eftersom de två sistnämnda värdeorden i det närmaste kan betraktas

som synonymer kan fokusområdet sägas kretsa kring tre nyckelbegrepp. Rättssäkerheten och servicen mäts genom index för kundnöjdhet och andelen överprövade plan-, bygglov- och miljöärenden som ändrats i sista instans. Däremot mäts inte myndighetsutövningens effektivitet.

Två av nämndens resultatindikatorer rör livsmedelskontrollen samt miljötillsynen, och mäter andelen verksamheter som genom egna insatser reducerat sin avgift. För handläggarna finns två möjliga sätt att påverka utfallet: ge rådgivning som bidrar till att förbättra aktörernas egenkontroll eller göra "generösare" bedömningar av riskerna i verksamheterna. Om resultatindikatorn skapar ett handlade i enlighet med det senare fallet riskeras rättssäkerheten i myndighetsutövningen. Enligt intervjuuppgift upplevdes målet bland livsmedelsinspektörerna som ett ifrågasättande av deras professionella bedömningar och möjligtvis en signal från nämnden att göra generösare bedömningar.

4.3. Målstyrningen förankras på enhets- och individnivå

Nämndens målstyrning förankras i det operativa arbetet både på enhetsnivå och individnivå. Styrningen mot enheterna sker via planering av åtgärder i början av året samt via uppföljning av resultatindikatorer. Målstyrningen mot individnivån förankras genom resultatkontrakt och medarbetarsamtal.

I samband med budgetberedningen fastställer nämnden hur enheterna ska arbeta för att nå målen. Det sker ingen planering av åtgärder för respektive resultatindikator. Däremot sker en övergripande planering av åtgärder per fokusområde. Planering av åtgärder är en del av det kontinuerliga utvecklingsarbetet.

Enheterna har regelbundet under året möten kring måluppfyllelsen i relation till resultatindikatorerna. Vid dessa tillfällen diskuteras möjliga förklaringar till utfallet och åtgärder. Inom miljöenheten upprättas åtgärdsplaner under hösten då utfallet från Nöjdkundindex presenteras. Ansvar för respektive resultatindikator dokumenteras inte i verksamhetssystemet Stratsys. Ansvarsfördelningen sker vid sidan av Stratsys och nämndens controller har i uppgift att samla in rapporter kring utfall och prognos från respektive ansvarig enhetschef vid tertialrapporteringen och årsredovisningen.

Utfallet för nämndens mål om mediantid för detaljplaner har som tidigare nämnts understigit målet under flera år. Utgångspunkten inför 2020 var att en betydlig förbättring var nödvändig för att nå upp till de uppsatta målen. Enligt uppgift har det länge funnits en ambition att vidta förbättringsåtgärder men det var först i samband med årets budgetberedning som åtgärder har konkretiserats. Stadsutvecklingschefen i Nacka tillträdde vid årsskiftet och det bedömdes att det var först efter detta som det fanns möjlighet att driva utvecklingsarbetet fullt ut. Enligt uppgift kommer det framöver att finnas ett tydligare mandat och ansvar för budget, prognos och uppföljning eftersom planenheten kommer ansvara för delprojekt detaljplan, som sedan lämnas över till huvudprojektledare. Det ger möjlighet att på ett tydligare sätt prioritera vilka projekt som ska drivas och därmed förkorta ledtiderna

Målstyrningen som riktas mot den individuella nivån antar formen av resultatkontrakt för enhetschefer och direktör samt genom medarbetarsamtal för övriga medarbetare. Resultatkontrakten ska innehålla de mål som är relevanta för respektive enhetschef/direktör samt vilka individuella åtgärder som ska vidtas för att uppnå målen. Utfallet utifrån resultatkontraktet är kopplat till lönerevisionen. De enhetschefer som arbetar inom miljö- och stadsbyggnadsnämndens ansvarsområde har vid tiden för denna granskning inte upprättat resultatkontrakt. Miljö- och bygglovsdirektörens resultatkontrakt färdigställdes under våren. Kopplingen mellan nämndens mål och enskilda medarbetare sker på ett liknande sätt, men utan resultatkontrakt. Vid medarbetarsamtalen och löneöversynen ska överordnad chef bedöma medarbetarens prestation bland annat utifrån kommunens styrmodell, i vilken de

övergripande målen ingår. Inom miljöenheten följs även enskilda resultatindikatorer upp under medarbetarsamtalet. Exempelvis genomförs uppföljning av hur många tillsynsbesök respektive livsmedelsinspektör har genomfört under året.

4.4. Uppföljning sker huvudsakligen vid tertial- och årsbokslutsrapportering

Nämndens mål- och resultatstyrning följs i huvudsak upp genom tertialrapporter och i årsbokslutet. I rapporteringen ingår utfallsredovisning, bedömningar av måluppfyllelse och beskrivningar av omständigheter kopplade till utfallet. I slutet på året görs en slutlig bedömning av måluppfyllelsen.

Rapporteringen av utfallet kopplat till nämndens resultatindikatorer sker på ett likartat sätt i de båda delårsrapporterna. Utöver utfall beskrivs även interna och externa omständigheter som påverkar resultatet. Bland annat beskrivs för vissa områden vilka åtgärder som vidtagits för att förbättra resultatet.

I årsbokslutet ges en beskrivning av resultatindikatorerna, hur årets resultat förhåller sig till föregående år och vilka påverkansfaktorer som kan förklara resultatet. Det sker ingen sammanvägd bedömning av måluppfyllelsen för fokusområdena eller fullmäktiges övergripande mål. Resultatindikatorerna analyseras istället var för sig.

4.5. Vår bedömning

Vår övergripande bedömning är att miljö- och stadsbyggnadsnämndens målstyrning är i enlighet med *Reglemente för mål- och resultatstyrning*. Vidare är vår uppfattning att nämndens tillämpning av målstyrningen har flera förtjänster men också utvecklingsområden.

Framtagandeprocessen av fokusområden och resultatindikatorer präglas av nära samarbete mellan tjänstemannaorganisationen och nämnden. Att berörda enheter är *integrerade* i framtagandet borgar för målstyrningens relevans. I nämndens måldokument beskrivs arbetet för att nå målen och det finns etablerade vägar för att kanalisera målstyrningen från strategisk nivå till den operativa nivån. Styrkedjan som löper från upprättande av mål till effekter i verksamheten och samhället kan dock tydliggöras.

Ett syfte med målstyrning är att *motivera* medarbetare till att prestera bättre. Det förutsätter för det första att målen inte understiger utgångsläget men samtidigt att de är realistiska, det vill säga inte orimligt ambitiösa. Enligt vår bedömning behöver nämnden säkerställa att målen för resultatindikatorerna uppfyller dessa två krav. Risken med mål som är allt för högt ställda är att de snarare tjänar syftet att externt kommunicera politisk handlingskraft än att internt skicka verkningsfulla styrsignaler. Vi vill samtidigt understryka att målen inte ska justeras nedåt för att säkerställa en god måluppfyllelse. Målen bör vara utvecklingsdrivande samtidigt som de är realistiska.

Det kan konstateras att det inför 2020 inte fanns tydliga planerade åtgärder för att förkorta handläggningstiden för detaljplaner, varken på nämnd- eller enhetsnivå. Utifrån att konkretiserade åtgärder inte var planerade framstår nämndens mål som än mer orealistiska att uppnå. Det är positivt att åtgärder på området konkretiserades under hösten 2020.

Målstyrningen kan vara ett kraftfullt styrmedel och det är väsentligt att resultatindikatorerna riggas på ett sätt som undviker oavsiktliga styreffekter. Vår bedömning är att två av nämndens resultatindikatorer skickar mängtydiga och icke önskvärda styrsignaler till verksamheten. Det bekräftas dessutom av intervjuuppgifter. I detta fall bör nämnden överväga om det finns andra mer lämpliga styrmedel för att uppnå avsedd styreffekt.

Vissa av nämndens fokusområden är så allomfattande att i princip allt kan rymmas inom dess gränser, samtidigt som inga resultatindikatorer är tillräckliga för att mäta dess måluppfyllelse. Ett av syftena med målstyrning är att signalera vad som är politiskt *prioriterat*. Allt för breda fokusområden ger ingen sådan vägledning till verksamheten.

Reglementet för mål- och resultatstyrning gör gällande att nämnderna ska lämna förslag på resultatindikatorer till kommunfullmäktige som därefter fastställer dem. Utöver denna procedur som är fastställd i reglementet antar nämnden egna resultatindikatorer. Att nämnden fastställer egna resultatindikatorer är inte oförenligt med reglementet men vi vill däremot understryka risken med många resultatindikatorer och hänvisa tillbaka till den så kallade *detaljeringsparadox*en. För varje mål som läggs till urholkas styrkraften i redan befintliga mål och risken är att kommunfullmäktiges styrsignal försvagas av att ytterligare resultatindikatorer tillkommer. Nämnden bör ta detta i beaktning i kommande budgetberedning.

Nämndens uppföljning sker i enlighet med reglementet för mål- och resultatstyrning. Granskningen visar dessutom att uppföljningen av utfall används i arbetet med att *förbättra* verksamheten. För att tydliggöra styrkedjan finns dock skäl att ändra inriktningen på uppföljningen, från nuvarande fokus på resultatindikatorerna, till att fokusera på kommunfullmäktiges övergripande mål och nämndens fokusområden. Risken med nuvarande tillvägagångssätt är att resultatindikatorernas status uppgraderas från indikatorer till mål. Dessutom är risken att verksamhetens prioriteringar skiftar från de uppdrag som inte kan mätas kvantitativt, till de uppdrag som kan mätas kvantitativt. Detta fenomen beskrevs tidigare och benämns som *uppdragsglidning*.

5. Äldrenämnden

Äldrenämnden ansvarar för kommunens socialtjänst, vård och omsorg samt de uppgifter som enligt lag eller författning ankommer på socialnämnd avseende personer över 65 år. Inom dessa ansvarsområden ska nämnden planlägga, samordna och utveckla verksamheten. Dessutom är nämnden system- och finansieringsansvarig för berörda kundvalssystem.

5.1. Verksamhetsstyrningen sker i två parallella processer

Nämndens verksamhetsstyrning har i huvudsak två olika utgångspunkter: dels målstyrningen som utgår från kommunfullmäktiges övergripande mål, dels kvalitetsplanen som utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete. Båda delar tillhör nämndens övergripande ledningssystem.

I början av hösten träffas nämnden och tjänstemannaorganisationen i ett budgetseminarium. Vid detta tillfälle diskuteras nämndens fokusområden och resultatindikatorer utifrån tidigare års resultat samt den omvärldsbevakning som presenteras för nämnden. Processen för att utforma målstyrningen beskrivs som välfungerande med hög delaktighet från hela nämnden. Utgångspunkten är att definiera målvärden som är realistiska att uppnå medan fokusområdena har en mer visionär inriktning. Syftet är att fokusområdena snarare ska fungera som visioner än konkreta målbilder. Under 2019 genomfördes ett omtag av målstyrningen inom äldrenämnden. Vid detta tillfälle reviderades fokusområden, resultatindikatorer som upplevdes som omätbara plockades bort och målvärden som ansågs som orealistiska korrigerades. Intervjuade uppger att det fortfarande finns aspekter som behöver revideras i 2020 års upplaga av nämndens målstyrning, bland annat i form av att stärka kopplingen mellan fokusområden och resultatindikatorer samt anpassa antalet resultatindikatorer.

Utifrån budgetseminariet lämnar nämnden ett förslag på fokusområden, resultatindikatorer och målvärden som fastställs av kommunfullmäktige. Kommunens budget gör gällande att nämnden ska arbeta utifrån fyra fokusområden och nio resultatindikatorer. Därtill beslutade nämnden i samband med fastställandet av internbudgeten att ytterligare tio resultatindikatorer ska ingå i nämndens målstyrning.

I början på varje år upprättar nämnden en kvalitetsplan. Den tar sin utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete. Utifrån en riskanalys definieras prioriterade verksamhetsområden. Styrningen mot förbättringar inom dessa områden sker inte genom mål utan snarare genom riskmildrande åtgärder. De prioriterade områdena överlappar i viss utsträckning med fokusområdena och resultatindikatorerna. Intervjuade företrädare för nämnden är medvetna om att de två olika styrsystemen inte är ömsesidigt uteslutande och det diskuteras huruvida kvalitetsplanen borde integreras i målstyrningsprocessen.

Det genomförs ingen riskanalys kopplat till målstyrningen i den bemärkelsen att det explicit anges vilka antaganden som ligger till grund för en god måluppfyllelse eller vilka interna och externa risker som kan rubba dessa antaganden. En mer strukturerad riskanalys upprättas kopplat till kvalitetsplanen.

5.2. Kopplingen mellan fokusområde och indikatorer behöver stärkas

Nämndens budgetberedning resulterade i fyra fokusområden med 19 resultatindikatorer. I likhet med övriga nämnder har vi analyserat målvärdena i relation till tidigare års mål och utfall, samt hur väl fokusområden och resultatindikatorer överensstämmer. Nedan kommenterar vi ett urval av fokusområden och indikatorer.

Det är relativt få av nämndens resultatindikatorer som har använts kontinuerligt under flera år. Utifrån tillgängliga data kan dock konstateras att nämnden i ett fall antagit ett målvärde som är lägre än det senaste kända utfallet. Målet 2020 var att 78 procent av brukarna ska vara nöjda med sitt äldreboende, men utfallet för 2018 var 80 procent. Samma förhållande mellan målvärde och tidigare utfall var rådande föregående år.

Indikator	Mål/utfall 2017	Mål/utfall 2018	Mål/utfall 2019	Mål 2020
Andel kunder som är nöjda med sitt äldreboende	- / 82 %	- % / 80 %	75 % / 86 %	78 %

I övrigt har vi inga noteringar kring nämndens målvärden. Det förekommer resultatindikatorer där målvärdet är detsamma som referensåret. Nämnden har i dessa fall bedömt det som rimligt att ha som mål att bibehålla samma kvalitetsnivå utifrån rådande omständigheter. Vidare förekommer även ett fall där målvärden under flera år har överstigit utfallet markant. Även i detta fall fanns rimliga skäl för nämnden att anta det målvärde som fastställdes.

Välfrärd för Nackas seniorer utvecklas i nära samarbete mellan kunder, anordnare, hälso- och sjukvård samt civilsamhället. Tillsammans utvecklar vi effektiva arbetssätt för att möta det ökade antalet seniorers behov.

Äldrenämndens fokusområden och resultatindikatorer hänger ihop relativt väl. Det förekommer emellertid även exempel på när delar av fokusområden som inte fångas av resultatindikatorer på ett tydligt sätt. Fokusområdet ovan följs upp genom två resultatindikatorer: andel personer som beviljats särskilt boende och får plats inom 90 dagar samt antal personer som har fallskador bland personer 80+ per tusen invånare. För det första mäts inte den första delen av fokusområdet, nämligen i vilken utsträckning

verksamheten utvecklas i samarbete med olika intressenter. För det andra kan visserligen antalet fallskador sägas utgöra en indikator på lämpligheten i använda arbetssätt, men samtidigt är det inte givet varför just arbetssätt för att minska fallskador på egen hand ska representera hela fokusområdet.

Nacka är en äldrevänlig kommun som ger goda förutsättningar för hälsosamt åldrande och som möjliggör välbefinnande hela livet. Seniorer har möjlighet att välja mellan attraktiva särskilda boenden. Det finns lättillgängliga dagverksamheter och mötesplatser som stimulerar till god fysisk, psykisk och social hälsa.

Problematiken enligt ovan berör resultatindikatorer som inte fångar hela fokusområdet. Ett annat problem är när resultatindikatorer mäter något som inte ingår i fokusområdet. Fokusområdet ovan följs upp genom ett antal indikatorer. En av dem mäter andelen verksamheter som arbetar med sin miljöpåverkan. I fokusområdet finns dock ingen formulering med tydlig bäring på miljö- och hållbarhetsarbete.

Ett annat perspektiv är i vilken utsträckning nämnden har möjlighet att påverka utfallet av resultatindikatorerna. Äldrenämnden är en så kallad myndighetsnämnd som ansvarar för finansieringen och regleringen av utförarverksamheten inom äldreområdet. Ett exempel, som lyftes upp av en intervjuperson, är resultatindikatorn kring fallskador bland personer över 80 år. Ansvaret för frågan är uppdelat mellan olika aktörer och nämnden har enbart i begränsad utsträckning möjlighet att kontrollera de faktorer som påverkar resultatet.

5.3. Målstyrningen förankras tydligt på enhetsnivå

Nämndens fokusområden och resultatindikatorer inkorporeras i det operativa arbetet genom planering och uppföljning på både enhetsnivå och individnivå. I planeringen av åtgärder används kommunens verksamhetssystem.

Respektive grupp inom enheterna har varje år planeringsdagar där nämndens fokusområden och resultatindikatorer diskuteras. Vid dessa tillfällen fastställs vilka aktiviteter som ska genomföras för att nå nämndens mål. Aktiviteterna dokumenteras i Stratsys tillsammans med ansvarig person och tidplan. När aktiviteten implementerats markeras aktiviteten som genomförd i systemet. Intervjuade tjänstepersoner upplever att berörda enheter har kommit långt i arbetet med att göra nämndens målstyrning till en angelägenhet för samtliga medarbetare.

Kommunens styrmodell uppges vara en närvarande del av styrningen även på operativ nivå. Styrmodellen är också, i likhet med inom övriga kommunen, en utgångspunkt för personalens medarbetarsamtal. Målen för enskilda medarbetare utgår bland annat från nämndens fokusområden och följs upp i samband med medarbetarsamtal och lönerevision. Utifrån likande principer upprättas resultatkontrakt med enhetschefer och gruppchefer.

5.4. Uppföljning sker på både enhets- och nämndnivå

Verksamhetens arbete enligt fastställda mål följs på aktivitetsnivå upp regelbundet och på övergripande nivå vid tertial- och årsbokslutsrapporteringen. Åtgärder initieras vid avvikelser från nämndens mål.

Förutom att det på operativ nivå sker en kontinuerlig uppföljning av aktiviteter genomförs även en samlad analys av utfallet i samband med tertialrapporterna och årsbokslutet. Uppföljning av aktiviteter sker i kontakt mellan controller och gruppchefer.

Det är i huvudsak vid tertial- och årsbokslut som nämnden följer upp målstyrningen. Vid tertialrapporteringen redovisas de utfall som vid dessa tillfällen finns tillgängliga, tillsammans med förklaring till utfallet och vilka åtgärder som genomförts inom respektive fokusområde. I nämndens årsbokslut görs en samlad uppföljning av måluppfyllelsen under året. I relation till miljö- och stadsbyggnadsnämnden skiljer sig äldrenämndens uppföljning genom att uppföljningen inbegriper fler aspekter än enbart resultatindikatorerna. I uppföljningen redovisas även andra omständigheter som inte fångas av indikatorerna. Det sker ingen sammanvägd bedömning av måluppfyllelsen för fokusområdena eller fullmäktiges övergripande mål.

Ett exempel på åtgärd som vidtagits med anledning av avvikelser i måluppfyllelsen rör hemtjänsten. Brukares nöjdhet med hemtjänsten har under ett antal år försämrats. Som en del av att vända den negativa trenden gav nämnden social- och äldredirektören i uppdrag att genomföra en översyn av kundvalet av hemtjänst. I rapporten som presenterades för nämnden i augusti 2020 lämnades förslag på utvecklingsarbete och ändringar i villkoren för utförare.

Enligt intervjuade nämndledamöter finns det många delar av verksamheten som är väsentliga att följa upp. Det kan av den anledningen vara svårt att begränsa antalet resultatindikatorer. Nya resultatindikatorer är ofta en konsekvens av nya politiska prioriteringar. De kan dock sedan vara svåra att skiljas från, även när andra områden är mer politiskt angelägna. Det är dock resultatindikatorerna inom de för tillfället politiskt prioriterade områdena som tilldelas mest uppmärksamhet.

5.5. Vår bedömning

Vår övergripande bedömning är att äldrenämndens målstyrning i allt väsentligt är i enlighet med *Reglemente för mål- och resultatstyrning*. Verksamheten arbetar strukturerat utifrån nämndens mål och det finns rutiner för att förankra målstyrningen på operativ nivå. Det finns dock delar i nämndens målstyrning som kan stärkas.

Nämnden tillämpar en *integrerad* framtagandeprocess som inbegriper dialog och samarbete mellan nämnden och tjänstemannaorganisationen. Denna form av process stärker förutsättningarna för att målstyrningen landar väl i verksamheten. Det finns också rutiner som på ett ändamålsenligt sätt införlivar målstyrningen i det operativa arbetet. Även om styrkedjan från mål till effekter är tydligare inom äldrenämnden än inom andra nämnder, kan den fortfarande utvecklas, och framförallt gällande vilka underliggande antaganden som styrkedjan bygger på.

Ett syfte med målstyrning är att *motivera* medarbetare till att prestera bättre. Ett av nämndens målvärden innebär en ambitionssänkning utifrån referensvärdet och vi rekommenderar därför att nämnden säkerställer att målvärden ses över kontinuerligt. Vi rekommenderar även nämnden att säkerställa kopplingen mellan fokusområden och resultatindikatorer. I ett fall fångas enbart en bråkdel av fokusområdet och i ett annat fall mäter en resultatindikator något som inte ingår i fokusområdet.

Varje styrinstrument bär på någon form av kostnad. Att följa upp och analysera resultatindikatorer som inte används innebär en administrativ tidskostnad och dessutom riskerar de att urholka styrkraft från andra prioriterade områden. Vi uppfattar inte att detta är ett väsentligt problem inom nämndens målstyrning men noterar att intervjuade lyfter att det kan vara svårt att överge resultatindikatorer kopplade till tidigare aktuella politiska prioriteringar. Om nämnden vill undvika inflation av resultatindikatorer men samtidigt vill

erhålla information om verksamhetens resultat kan nämnden överväga att omvandla resultatindikatorer till nyckeltal.⁷

Det sker ingen sammanvägd bedömning av måluppfyllelsen per fokusområde. Däremot redovisas omständigheter som inte fångas av indikatorerna. Enligt vår bedömning är detta ett ändamålsenligt tillvägagångssätt eftersom kvantitativa mätmetoder sannolikt behöver kompletteras med kvalitativa för att fånga helheten.

6. Natur- och trafiknämnden

Natur- och trafiknämnden ansvarar för kommunens vägar, gator och övrig allmän platsmark samt park- och naturmark. Däri ingår bland annat att utöva kommunens huvudmannaskap för allmänna anläggningar, ansvara för drift och underhåll av konst i offentliga rum samt följa trafikförhållandena samt verka för förbättrad trafiksäkerhet. Nämnden ansvarar också för delar av kommunens uppgifter inom avfallsområdet.

6.1. Planeringsprocessen involverar hela organisationen

I likhet med övriga granskade nämnder reviderar natur- och trafiknämnden sin målstyrning vid ett årligt budgetseminarium. Tjänstemannaorganisationen tar inför seminariet fram ett underlag som grund för diskussionen kring målstyrningen. I underlaget ingår förslag på fokusområden och resultatindikatorer utifrån tidigare års utfall och andra omständigheter. I framtagandet av underlaget deltar både enhetschefer och enskilda medarbetare. Intervjuade beskriver samarbetet inom nämnden samt mellan nämnden och enheterna som välfungerande.

Nämndens framtagandeprocess mynnade ut i ett förslag till kommunfullmäktige om fyra fokusområden och 16 resultatindikatorer. Därutöver har nämnden inte antagit egna resultatindikatorer.

I intervjuer med nämndledamöter och tjänstepersoner understryks att fokusområdena ska vara tydliga, att resultatindikatorerna ska vara mätbara och dess målvärden realistiska att uppnå. Därför genomfördes under 2019 ett stort omtag i nämndens målstyrning. Tidigare fokusområden uppfattades som otydliga och flera av resultatindikatorerna gick inte att mäta på ett adekvat sätt.⁸

Det genomfördes ingen riskanalys till 2020 års målstyrning i den bemärkelsen att det explicit anges vilka antaganden som ligger till grund för en god måluppfyllelse eller vilka interna och externa risker som kan rubba dessa antaganden. Av det följer att det inte heller har planerats aktiviteter med mildrande effekt på riskerna. Intervjuade uppger att internkontrollplanen för 2021 kommer inbegripa risker kopplat till målstyrningen.

Intervjuade uppger att nämndens och hela kommunens målstyrning har tydliggjorts under senare år och att styrkedjan från fullmäktiges mål till nämndernas resultatindikatorer har stärkts. Sedan kommunens omtag av målstyrningen under 2015 och 2016 har nämnderna också börjat arbeta mer likartat med målstyrningen.

⁷ En resultatindikator är ett verktyg för att ta reda på om fastställda mål är uppnådda eller är på väg att nås. Ett nyckeltal är ett mått, som utan att vara kopplat till ett mål, mäter en viss aspekt av en verksamhet. Skillnaden dem emellan är med andra ord att ett nyckeltal självständigt kan uttrycka förhållanden, medan en resultatindikator alltid är kopplat till ett övergripande mål.

⁸ Ett exempel på en resultatindikator som uppfattades som svår att mäta var besöksutvecklingen i naturreservat.

6.2. Överensstämmelsen mellan fokusområden och mätmetod är god

Natur- och trafiknämnden har under senare år kontinuerligt bytt ut sina resultatindikatorer. Som tidigare nämnts genomfördes dessutom ett större omtag av målstyrningen under 2019. Detta omöjliggör jämförelser mellan årets indikatorer och tidigare års indikatorer.

Överlag är överensstämmelsen mellan nämndens fokusområden och resultatindikatorer god. Resultatindikatorer fångar i flera fall förtjänstfullt nämndens fokusområden. Ett exempel som kan lyftas upp är fokusområdet nedan. Fokusområdet mäts genom resultatindikatorer som på ett tydligt sätt omfattar hela fokusområdet.

God framkomlighet och hållbart resande

Utgångspunkten för nämndens målstyrning är att målvärdena ska vara realistiska. Vid intervjuer framkommer att det av olika anledningar ändå förekommer mål som inte ligger i linje med vad som är rimligt att förvänta sig. Det kan i ett fall härledas till kommunens styrmodell, vilken gör gällande att kommunen ska vara bland de 10 procent bästa i kommunala jämförelser. Därmed upplevs det som svårt att sätta en annan målsättning än just 10 %, trots att det inom alla områden inte är helt realistiskt. Samma problematik finns kring indikatorn *andel sjöar med god status gällande övergödning*. Enligt uppgift är målet om 75 procent inte realistiskt på kort sikt men utgår från kommunens övergripande miljömål.

6.3. Indikatorer formuleras även på enhetsnivå

Inom natur- och trafiknämndens verksamhet finns rutiner för att bryta ner nämndens målstyrning på operativ nivå. På enhetsnivå görs detta med hjälp av kommunens verksamhetssystem och på individnivå sker förankringen, i likhet med övriga nämnder, genom resultatkontrakt och medarbetarsamtal.

Efter att nämnden bestämt fokusområden och resultatindikatorer följer ett arbete på enhetsnivå med att bryta ned målstyrningen. Enheterna formulerar ytterligare indikatorer och aktiviteter som svarar mot nämndens fokusområden. Tillsammans med nämndens fokusområden och resultatindikatorer läggs enheternas indikatorer och aktiviteter in i verksamhetssystemet Stratsys. Exempelvis följer enheterna 15 nöjd kundindex för olika ärendekategorier. Intervjuad enhetschef uppger att dessa typer av indikatorer sporrar medarbetare till att förbättra verksamheten och konkretiserar varje enskild medarbetares bidrag till nämndens övergripande fokusområden. På enheterna har det genomförts ett antal åtgärder för att förbättra kundnöjdheten. Bland annat har personalen gått bemötandeutbildning och det pågår ett arbete med att kartlägga ärendeprocesserna. Ett exempel på åtgärd som nämnden vidtagit med utgångspunkt från målstyrningen är att uppberedningsgraden i de tio mest väsentliga investeringsprojekten redovisas i relation till målvärdet vid varje tertiärrapportering.

Strukturen för att förankra målstyrningen på individnivå är densamma som för övriga nämnder. Resultatkontrakt upprättas med enhetschefer och ansvarig direktör. Resultatkontrakten innehåller de mål som är relevanta för respektive enhetschef/direktör samt åtgärder som ska vidtas för att uppnå målen. Utfallet utifrån resultatkontraktet är kopplat till lönerrevisionen. Övriga medarbetare följs upp utifrån de övergripande målen men utan att upprätta resultatkontrakt. Målsättningarna följs upp vid medarbetarsamtal och ligger till grund för lönesättningen.

6.4. Uppföljning sker av fokusområdet som helhet

Nämndens måluppfyllelse för året som helhet följs upp i årsbokslutet. Utvärderingen av måluppfyllelsen grundas dels på resultatindikatorer, dels på andra omständigheter som bedöms vara relevanta. Det sker en sammanvägd bedömning av fokusområdena som helhet.

Natur- och trafiknämndens senaste årsbokslut fastställdes den 18 februari 2020. Nämnden skiljer sig från övriga granskade nämnder genom att det görs en bedömning av måluppfyllelsen för fokusområdet som helhet. Bedömningen utgår inte enbart från använda resultatindikatorer. I bedömningen tar nämnden även hänsyn till omständigheter som inte fångas av resultatindikatorerna. Enligt intervjuade kan inte hela nämndens uppdrag mätas kvantitativt, varför mer kvalitativa aspekter lyfts fram i uppföljningen som ett komplement till resultatindikatorerna. På så vis fångas helheten på ett bättre sätt, enligt intervjuade.

På enhetsnivå sker uppföljning av indikatorer och aktiviteter en gång i månaden. Utfallet diskuteras bland medarbetarna både på enhets- och gruppnivå. Uppföljningen dokumenteras i Stratsys och används som en del i det kontinuerliga förbättringsarbetet.

6.5. Vår bedömning

Natur- och trafiknämndens målstyrning är i allt väsentligt i enlighet med kommunfullmäktiges *Reglemente för mål- och resultatstyrning*. Nämndens fokusområden fångas väl av valda resultatindikatorer och det finns en tydlig struktur för att bryta ner målstyrningen på enhetsnivå.

Under föregående år genomfördes ett större omtag av nämndens målstyrning. Arbetet med att ta fram förslag och fatta beslut om målstyrningen inbegriper enskilda medarbetare, tjänstemannaledningen och nämnden. Vår bedömning är att detta *integrerade* tillvägagångssätt borgar för målens relevans samt legitimitet på tjänstemannanivå.

Vår bedömning är att kopplingen mellan fokusområden och resultatindikatorer är ändamålsenlig. Däremot finns skäl att se över målvärdena för vissa resultatindikatorer. Nacka har som ambition att tillhöra de 10 procent främsta kommunerna i kommunala jämförelser. Det torde inte tolkas som att detta mål behöver uppnås på kort sikt om utgångsläget är ogynnsamt. Däremot bör det långsiktiga målet överensstämma med de kommunövergripande målen.

Det finns etablerade rutiner för att bryta ner nämndens mål till indikatorer och aktiviteter på operativ nivå. Nedbrytningen tydliggör värdet av insatser på den operativa nivån för att nå nämndens övergripande mål. Tillsammans med kopplingen till målstyrningen i resultatkontrakt och medarbetarsamtal tjänar nedbrytningen på enhetsnivå till att *motivera* verksamheten till prestationshöjande insatser.

Nämndens bedömning av måluppfyllelsen skiljer sig från övriga granskade nämnder genom att bedömningen rör fokusområdet som helhet.

7. Sammanfattande bedömning

Granskningens syfte är att bedöma om granskade nämnder arbetar ändamålsenligt med målstyrningen. Bedömningen bygger på i huvudsak på kommunfullmäktiges antagna styrdokument samt tillämplig forskning. I granskningen ingår äldrenämnden, natur- och trafiknämnden samt miljö- och stadsbyggnadsnämnden.

Vår övergripande bedömning är att följsamheten gentemot kommunfullmäktiges reglering av målstyrningen i allt väsentligt är god. Vi noterar också att det inom nämnderna finns flera förtjänster i hur målstyrningen tillämpas. Bland annat finns etablerade vägar för att kanalisera målstyrningen från strategisk till operativ nivå och utformningen av målstyrningen sker i nära samarbete mellan enheter samt nämnder. Vi har dock även identifierat ett antal utvecklingsområden.

Det inledande steget i nämndernas målstyrningsprocess är framtagande av fokusområden och resultatindikatorer. Nämnderna tillämpar en integrerad framtagandeprocess som inbegriper dialog och samarbete med tjänstemannaorganisationen. Enligt vår bedömning borgar denna process för målstyrningens relevans och att den landar väl i verksamheten.

Frågan om verksamheternas arbete utifrån målen berörs av reglementet för mål- och resultatstyrning, vilket gör gällande att nämnderna ska besluta om *hur* målen ska uppnås. Vår granskning visar att det enbart är miljö- och samhällsbyggnadsnämnden som för respektive fokusområde fattat beslut om detta. De andra två granskade nämnderna avviker sålunda från kraven i reglementet. På verksamhetsnivå sker dock, i olika utsträckning, en nedbrytning av nämndens mål till aktiviteter och åtgärder. Vi bedömer att det för vissa mål är naturligt för nämnden att lämna vägledning kring *hur* målen ska uppnås medan det i andra fall är naturligt att tjänstemän/verksamhetsexpertis bedömer *hur* målen ska uppnås. Det kan finnas skäl att antingen se över om reglementet behöver tydliggöras i detta avseende eller så behöver den interna kontrollen utvecklas så att det säkerställas att nämnderna följer kraven enligt reglementet.

Vidare är vi av uppfattningen att nämnderna bör säkerställa att styrkedjan, från mål till förväntad effekt, är tydlig och realistisk. Det är inte tydligt vilka antaganden som ligger till grund för en god måluppfyllelse. Ingen granskad nämnd har genomfört en riskanalys kopplat till måluppfyllelsen. Detta noterades även i revisionens granskning av intern kontroll (2019). Kommunen har sedan dess upprättat ett nytt reglemente för intern kontroll som inbegriper kravet på att risker som kan påverka måluppfyllelsen ska analyseras. Enligt uppgift kommer budgetprocessen inför 2021 inbegripa tydligare riskanalyser kopplat till just måluppfyllelsen.

Det finns skäl för nämnderna att se över kopplingen mellan fokusområden och resultatindikatorer samt säkerställa att målvärdena är realistiska. I vissa fall fångas enbart en bråkdel av fokusområdet och i andra enstaka fall mäter en resultatindikator något som inte omfattas av fokusområdet. Vidare förekommer å ena sidan indikatorer med målvärden som understiger det senaste kända utfallet och å andra sidan mål som i det närmaste uppfattas som omöjliga att uppnå.

Merparten av intervjuade anser att nämndernas fokusområden snarare ska utgöra visioner än mål som är realistiska att uppnå. Det finns inget i fullmäktiges bestämmelser som säger att denna ordning är felaktig. Vi vill ändå understryka att det finns risker kopplade till nuvarande praktik. Om fokusområdena inte är möjliga att uppnå faller det sig naturligt att uppföljningen kommer att kretsa kring resultatindikatorerna. Sådan är uppföljningen inom miljö- och stadsbyggnadsnämnden utformad. Risken med ett alltför stort fokus på resultatindikatorerna är att dessa i praktiken uppgraderas till mål. Då har resultatindikatorns syfte ändrats från att vara ett *verktyg* för att ta reda på om fastställda mål är uppnådda, till att tillägnas ett oberoende *egenvärde*.

Vidare vill vi understryka att kvantitativa mått på egen hand sällan fångar hela det komplexa uppdrag som offentliga organisationer ofta har. Därför är det vanskligt att i allt för stor utsträckning förlita sig på resultatindikatorer i bedömningen av måluppfyllelse. Vår uppfattning är att det bör ske en sammanvägd analys och bedömning av kvalitativa och kvantitativa faktorer som grund för måluppfyllelsen. Oaktat om kommunen delar denna uppfattning bör reglementet för mål- och resultatstyrning innehålla vägledning i hur

nämnderna ska förhålla sig till bedömningen av måluppfyllelse. Annars är risken att bedömningarna sker utifrån olika grunder.

Nämnderna följer upp måluppfyllelsen vid minst tre tillfällen per år i enlighet med reglementet för mål- och resultatstyrning. Enligt vår bedömning vidtas i allt väsentligt åtgärder vid lämpliga tillfällen – då det skett återkommande eller betydande avvikelser samt inom områden som är av särskild betydelse för nämnden. Beroende på vilken mätmetod som används och hur långt ut på effektkedjan målet befinner sig, kan det vara vanskligt att reagera alltför starkt på små utfallsavvikelser. Exempelvis förekommer i regel vissa osäkerheter kring det verkliga utfallet inom enkätundersökningar och även externa faktorer kan påverka. Ju längre ut på effektkedjan målet är formulerat, desto större är sannolikheten att externa faktorer påverkar resultatet. I nämndernas uppföljningar genomförs enligt vår bedömning ändamålsenliga analyser av utfallet, vilket är väsentligt för att kunna fatta väl avvägda beslut om åtgärder.

8. Svar på revisionsfrågor

Fråga	Svar
<p>Är satta resultatindikatorer och målvärden styrande?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Är resultatindikatorerna utformade på ett sätt så att de mäter det som de är avsedda att mäta? - Är målvärdena för resultatindikatorerna rimliga utifrån tidigare års resultat och rådande omständigheter? 	<p>Delvis. Granskade nämnder har i flera fall fastställt resultatindikatorer som överensstämmer med fokusområdet och målvärden som är rimliga utifrån tidigare års resultat och rådande omständigheter. Granskningen visar även att det förekommer exempel där kopplingen mellan fokusområde och resultatindikatorer är svag. Den visar också att fastställda målvärden inte alltid är realistiska och i vissa fall till synes inte verkar vara uppdaterade utifrån föregående års resultat.</p>
<p>Har nämnden gjort en riskbedömning avseende vilka mål och uppdrag som kan vara svåra att uppnå och genomföra?</p>	<p>Nej. Nämnderna har inte gjort en dokumenterad riskanalys av måluppfyllelsen den bemärkelsen att det explicit anges vilka antaganden som ligger till grund för en god måluppfyllelse eller vilka interna och externa risker som kan rubba dessa antaganden. Av det följer att det inte heller har planerats aktiviteter med mildrande effekt på riskerna. Däremot genomförs i samband med budgetplaneringen en form av indirekt riskanalys när nämnderna ska besluta om målvärdena. I juni 2020 antogs kommunens nya reglemente för intern kontroll, vilken innehåller nya krav på att risker kopplade till måluppfyllelsen ska analyseras, och enligt uppgift kommer sådana risker finnas med i nämndernas internkontrollplaner som avser 2021.</p>
<p>Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig planering av åtgärdernas/aktiviteternas genomförande?</p>	<p>Delvis. På det stora hela har nämnderna säkerställt en ändamålsenlig planering av aktiviteternas genomförande. I regel finns det etablerade vägar för att kanalisera målstyrningen från strategisk nivå till den operativa nivån. Som tidigare nämnts bedömer vi att riskanalysen i samband med planeringen kan stärkas. Vi är också av uppfattningen att nämnderna på ett tydligare sätt bör säkerställa att det verkligen sker en ändamålsenlig planering av målen på verksamhetsnivå.</p>
<p>Genomför nämnden åtgärder/aktiviteter som är i linje med fullmäktiges mål och fokusområden?</p>	<p>Delvis. Enligt kommunens reglemente för mål- och resultatstyrning ska nämnderna besluta om <i>hur</i> målen ska uppnås. Granskningen visar att enbart en av tre nämnder har fastställt vilka aktiviteter/åtgärder som ska genomföras för att nå målen. För denna nämnd är vår bedömning att åtgärderna ligger i linje med både fullmäktiges mål och nämndens fokusområden.</p>
<p>Följs måluppfyllelsen och genomförda åtgärder/aktiviteter upp i nämnden och vidtas åtgärder utifrån resultaten?</p>	<p>Delvis. Nämndernas måluppfyllelse följs upp i tertialrapporter och i årsredovisningen i enlighet med reglementet för mål- och resultatstyrning. Vår bedömning är att åtgärder i regel vidtas vid avvikelser i större skala och inom områden som är av särskild betydelse för nämnden. Det förekommer dock undantag.</p>

	<p>Enligt vår bedömning gör nämnderna överlag rimliga bedömningar kring när särskilda åtgärder behöver vidtas utifrån brister i måluppfyllelsen. Dessa bedömningar är i många fall komplexa. Utfallet behöver tolkas utifrån påverkande externa faktorer och i vissa fall är resultatindikatorerna förenade med möjliga mätfel. Vi noterar att uppföljningarna i regel innehåller ändamålsenliga utfallsanalyser.</p> <p>Miljö- och stadsbyggnadsnämndens måluppfyllelse avseende handläggningstiden för detaljplaner har under flera år varit bristande. Vi noterar att det inför 2020 inte fanns konkreta förbättringsåtgärder inplanerade för att förbättra måluppfyllelsen, trots ambitiösa mål som förutsatte markanta förbättringar.</p>
<p>I de fall målen inte nås vidtas då tydliga åtgärder från nämnden?</p>	<p>Delvis. Som ovan beskrivits är vår bedömning att åtgärder i regel vidtas vid avvikelser i större skala och inom områden som är av särskild betydelse för nämnden. Beroende på omständigheterna är det inte alltid relevant att vidta särskilda åtgärder vid bristande måluppfyllelse. Enligt vår bedömning fanns dock skäl för miljö- och stadsbyggnadsnämnden att inför 2020 säkerställa tydligare planering av åtgärder för att förkorta handläggningstider för detaljplaner. Inför 2020 hade varken nämnden eller planenheten beslutat om konkreta åtgärder för att nå målen.</p>
<p>Fungerar målstrukturen på ett sätt som stödjer styrningen och ledningen på operativ nivå?</p>	<p>Ja. Nämnderna tillämpar en integrerad framtagandeprocess som inbegriper dialog och samarbete med tjänstemannaorganisationen. Enligt vår bedömning borgar denna process för målstyrningens relevans och att den landar väl i verksamheten. Det finns också rutiner som på ett ändamålsenligt sätt införlivar målstyrningen i det operativa arbetet, både på enhets- och individnivå.</p>

Nacka den 25 november 2020

Herman Rask, EY

9. Källförteckning

Intervjupersoner

- ▶ 1:e vice ordförande, miljö- och stadsbyggnadsnämnden
- ▶ 1:e vice ordförande, natur- och trafiknämnden
- ▶ 1:e vice ordförande, äldrenämnden
- ▶ 2:e vice ordförande, miljö- och stadsbyggnadsnämnden
- ▶ 2:e vice ordförande, natur- och trafiknämnden
- ▶ 2:e vice ordförande, äldrenämnden
- ▶ Biträdande social- och äldredirektör
- ▶ Controller, miljö- och stadsbyggnadsnämnden
- ▶ Controller, natur- och trafiknämnden
- ▶ Enhetschef för drift – offentlig miljö
- ▶ Enhetschef för äldreheten
- ▶ Gruppchef inom kvalitet och stöd inom äldreheten
- ▶ Gruppchef biståndshandläggargruppen inom äldreheten
- ▶ Livsmedelsinspektör
- ▶ Miljö- och bygglovsdirektör
- ▶ Ordförande, miljö- och stadsbyggnadsnämnden
- ▶ Ordförande, natur- och trafiknämnden
- ▶ Ordförande, äldrenämnden
- ▶ Social- och äldredirektör
- ▶ Trafik- och fastighetsdirektör

Dokumentation

- ▶ Internbudget för miljö- och stadsbyggnadsnämnden 2017
- ▶ Internbudget för miljö- och stadsbyggnadsnämnden 2018
- ▶ Internbudget för miljö- och stadsbyggnadsnämnden 2019
- ▶ Internbudget för miljö- och stadsbyggnadsnämnden 2020
- ▶ Internbudget för natur- och trafiknämnden 2017
- ▶ Internbudget för natur- och trafiknämnden 2018
- ▶ Internbudget för natur- och trafiknämnden 2019
- ▶ Internbudget för natur- och trafiknämnden 2020
- ▶ Internbudget för äldrenämnden 2017
- ▶ Internbudget för äldrenämnden 2018
- ▶ Internbudget för äldrenämnden 2019
- ▶ Internbudget för äldrenämnden 2020
- ▶ Internkontrollplan 2019 för miljö- och stadsbyggnadsnämnden
- ▶ Internkontrollplan 2019 för natur- och trafiknämnden
- ▶ Internkontrollplan 2019 för äldrenämnden
- ▶ Kvalitetsplan för äldrenämnden 2020
- ▶ Nacka kommuns budget 2017
- ▶ Nacka kommuns budget 2018
- ▶ Nacka kommuns budget 2019
- ▶ Nacka kommuns budget 2020

- ▶ Nacka kommuns årsredovisning 2019
- ▶ Reglemente för miljö- och stadsbyggnämnden
- ▶ Reglemente för mål- och resultatstyrning
- ▶ Reglemente för natur- och trafiknämnden
- ▶ Reglemente för äldrenämnden
- ▶ Tertialbokslut 1 2020 för miljö- och stadsbyggnämnden
- ▶ Tertialbokslut 1 2020 för natur- och trafiknämnden
- ▶ Tertialbokslut 1 2020 för äldrenämnden
- ▶ Tertialbokslut 2 2020 för miljö- och stadsbyggnämnden
- ▶ Tertialbokslut 2 2020 för natur- och trafiknämnden
- ▶ Tertialbokslut 2 2020 för äldrenämnden
- ▶ Årsbokslut 2017 för miljö- och stadsbyggnämnden
- ▶ Årsbokslut 2017 för natur- och trafiknämnden
- ▶ Årsbokslut 2017 för äldrenämnden
- ▶ Årsbokslut 2018 för miljö- och stadsbyggnämnden
- ▶ Årsbokslut 2018 för natur- och trafiknämnden
- ▶ Årsbokslut 2018 för äldrenämnden
- ▶ Årsbokslut 2019 för miljö- och stadsbyggnämnden
- ▶ Årsbokslut 2019 för natur- och trafiknämnden
- ▶ Årsbokslut 2019 för äldrenämnden

Revisorerna

Till: Kommunstyrelsen, miljö- och stadsbyggnadsnämnden, natur- och trafiknämnden samt äldrenämnden

För kännedom: Kommunfullmäktige

Granskning av verksamhetsstyrningen/målstyrningen

Vi revisorer har låtit EY genomföra en granskning med syftet att bedöma om miljö- och stadsbyggnadsnämnden, natur- och trafiknämnden samt äldrenämnden, arbetar ändamålsenligt med verksamhetsstyrningen/målstyrningen.

Vår sammanfattande bedömning är att nämnderna i allt väsentligt arbetar i enlighet kommunfullmäktiges reglemente för mål- och resultatstyrning. Det finns flera förtjänster i det arbetssätt som tillämpas i kommunen men det finns också utvecklingsområden.

Fullmäktiges reglemente för mål- och resultatstyrning förutsätter att KF fastställer de övergripande målen för hela den kommunala verksamheten samt därefter i dialog med nämnderna fastställer de nämndspecifika målen och den ekonomiska ramen för respektive nämnd. Nämnderna har sedan ett stort mått av frihet att besluta om hur målen ska nås.

Vi anser det viktigt att nämnderna har den rådighet som reglementet medger och därmed på ett nämndspecifikt sätt kan välja arbetsmodell för hur målen ska uppnås. Vi finner denna ordning väl avvägd och transparent vad gäller var ansvar ligger och kan utkrävas.

Nämnderna har inte gjort en dokumenterad riskanalys av måluppfyllelsen för 2020. I budgetprocessen inför 2021 ställs dock krav på att detta ska göras, genom det nyligen reviderade reglementet för intern kontroll. Vi ser positivt på att kommunen stärker riskanalysarbetet kopplat till måluppfyllelsen.

Komplexiteten i politiskt styrda organisationers uppdrag kan i vissa fall göra det svårt att hitta lämpliga resultatindikatorer. Det är dock väsentligt att i möjligaste mån säkerställa en rimlig koppling mellan nämndernas fokusområden och resultatindikatorer – särskilt om resultatindikatorerna har stor betydelse för bedömningen av måluppfyllelsen. Därtill bör målen både vara realistiska och utvecklingssträvande. Granskningen visar att kopplingen mellan fokusområde och resultatindikator kan stärkas och att målen i vissa fall är orealistiska. I andra fall har de inte uppdaterats.

Frågan om det eventuellt behövs övergripande riktlinjer för hur utvärdering av måluppfyllelse ska ske överlämnar vi till kommunstyrelsen att överväga.

Vi rekommenderar:

a) miljö- och stadsbyggnadsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att det genomförs en riskanalys kopplad till måluppfyllelsen.
- ▶ Säkerställa en god överensstämmelse mellan fokusområde och resultatindikatorer samt se till att målen är realistiska och uppdaterade.
- ▶ Säkerställa att resultatindikatorerna inte medför oavsiktliga styreffekter.

b) natur- och trafiknämnden att:

- ▶ Säkerställa att nämndens mål är realistiska i ett kortsiktigt perspektiv.

c) äldrenämnden att:

- ▶ Säkerställa att det genomförs en riskanalys kopplad till måluppfyllelsen.
- ▶ Säkerställa en god överensstämmelse mellan fokusområde och resultatindikatorer samt se till att målen är uppdaterade.

Vi önskar svar på rekommendationerna från berörda nämnder/styrelse senast 2021-02-22.

För revisorerna i Nacka kommun


Yvonne Wessman
Ordförande


Lars Berglund
Vice ordförande

Bilaga: Revisionsrapport 4/2020 Granskning av verksamhetsstyrning/målstyrning

Beslut om verksamhetsbidrag
för 2021 till föreningen
Fisksätra Folkets Hus

10

ÄLN 2020/146

2020-02-04

TJÄNSTESKRIVELSE
Dnr ÄLN 2020/146

Äldrenämnden

Beslut om verksamhetsbidrag för 2021 till föreningen Fisksätra Folkets Hus

Förslag till beslut

Äldrenämnden bifaller delvis ansökan om verksamhetsbidrag för 2021, till Fisksätra Folkets Hus (FFH), med 50 000 kronor. Verksamhetsbidragets användning ska redovisas skriftligen senast den 1 november 2021.

Sammanfattning av ärendet

Fisksätra Folkets Hus förening (FFH) har ansökt om 401 500 kronor i verksamhetsbidrag för 2021 från äldrenämnden. Ansökan avser utveckling av Seniorlabb som seniorerna själva i området har efterfrågat. Seniorlabbet ska bidra till att seniorer lär sig bruka digitala verktyg samt förebygga och bryta social isolering genom att vara en social mötesplats för områdets äldre. Äldrenämnden har redan fördelat statliga stimulansmedel till föreningen för uppstartskostnader och material.

Enheten bedömer att satsningen på Seniorlabb är lovvärd och i linje med nämndens ambition att vara en äldrevänlig kommun. Enheten bedömer däremot inte att Seniorlabb kan finansieras som en professionell verksamhet genom verksamhetsbidrag. Seniorlabb bör istället kunna drivas med större ideella inslag. Enheten beviljar därför ett verksamhetsbidrag om 50 000 kronor. Bidraget ska kunna ge ett stöd till att pröva verksamhetsidén när det blir möjligt utifrån de restriktioner som alltjämt råder utifrån pandemin.

Ärendet

Fisksätra folkets hus (FFH) är en religiöst och politiskt obunden ideell förening som bildades 2003. FFH beskriver att de är en mötesplats för Fisksätrabor där alla välkomnas. FFH:s ambition är att vara ett nav för en positiv utveckling i området. Genom föreningens organisation, kontaktnät och övriga resurser vill FFH vara en naturlig samarbetspartner för personer eller sammanslutningar som har idéer för projekt som gynnar de boende i Fisksätra.

FFH ingår i det nationella projektet Kreativa platser som Kulturrådet ansvarar för. Detta har medfört att allt fler föreningar verkar i FFH:s lokaler; så som ungdoms- och idrotts-, kvinno- och kulturföreningar.



Föreningen har ett löpande lokalupplåtelseavtal om 1 200 000 kr med Nacka kommun, ett avtal med arbets- och företagsnämnden om 675 000 kronor gällande kvällsverksamhet samt söker årliga bidrag från kulturnämnden och Stena fastigheter. Föreningen har också många år fått verksamhetsbidrag från socialnämnden för socialt förebyggande aktiviteter riktade mot barn, ungdomar och vuxna i området.

Ett Seniorlabb för de äldre ska fungera på samma sätt som det som är inriktad mot barn, unga och vuxna. Föreningen vill med Seniorlabb öka seniorers förmåga i Fisksätra att kunna bruka digitala verktyg genom ”meningsfullt skapande”. Seniorlabb kommer ha ett långsammare tempo i jämförelse med det som är för barn och vuxna och den ska också vara mer av en social mötesplats. Genom att öppna ett Seniorlabb skulle FFH inte bara öka de äldres digitala kunskaper, men också bryta och förebygga social isolering. Seniorlabb är även tänkt att vara en länk i det uppsökande arbete i att nå till äldre med olika sociokulturella bakgrunder som finns representerade i Fisksätra och lotsa dem till kontakt med kommunen.

Föreningen ansöker om bidrag för att finansiera:

- Personal: 90 000 kr
- Lärare 220 000 kr
- Lokalkostnad 60 000 kr
- Material 30 000 kr
- Marknadsföring 1500 kr

Enhetens bedömning

Fisksätra folkets hus gör ett viktigt socialt arbete för boende i Fisksätra. Föreningen fick statliga stimulansmedel under 2020 som bidrog till uppstartskostnader och inköp av material. Eftersom verksamheter för seniorer hålls stängd på grund av pandemin har föreningen inte kunnat starta upp verksamheten riktad mot seniorer.

Verksamhetsbidrag för frivilligt socialt arbete ska vara ett stöd till föreningens verksamhet. Det ska engagera ideella krafter. Fisksätra folkets ansöker om finansiering av en insats där bidraget kommer att gå till löner och material, vilket inte primärt är syftet med bidraget.

Enheten bedömer att satsningen på Seniorlabb är lovvärd och i linje med nämndens ambition att vara en äldrevänlig kommun. Enheten bedömer däremot inte att Seniorlabb kan finansieras som en professionell verksamhet genom verksamhetsbidrag. Seniorlabb bör istället kunna drivas med större ideella inslag. Förslagsvis skulle ledare som är seniora volontärer kunna utbildas. Äldreenheten kan också hjälpa till med marknadsföring via nacka.se och i enhetens andra kontakter med civilsamhällets aktörer. Enheten beviljar därför ett verksamhetsbidrag om 50 000 kronor. Bidraget ska kunna ge ett stöd till att pröva verksamhetsidén när det blir möjligt utifrån de restriktioner som alltjämt råder utifrån pandemin.



Ekonomiska konsekvenser

Förslaget inför inga ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för barn

Förslaget medför inte några konsekvenser för barn.

Handlingar i ärendet

1. Ansökan om verksamhetsbidrag för år 2021
2. Verksamhetsberättelse 2019

Ellinor Egefors
Enhetschef
Äldreenheten

Taija Sayegh
Kvalitetsutvecklare
Äldreenheten

Beslut om verksamhetsbidrag
2021 till Röda Korset
Nackakretsen

11

ÄLN 2020/129

2021-02-04

TJÄNSTESKRIVELSE
Dnr ÄLN 2020/129

Äldrenämnden

Beslut om verksamhetsbidrag 2021 till Röda Korset Nackakretsen

Förslag till beslut

Äldrenämnden bifaller delvis ansökan om verksamhetsbidrag för 2021 till Röda Korset Nackakretsen organisationsnummer 814000–4444 med 60 000 kronor.

Verksamhetsbidragets användning ska redovisas skriftligen till äldrenämnden senast den 1 november 2021.

Sammanfattning av ärendet

Röda Korset Nackakretsen har ansökt om totalt 245 950 kronor i verksamhetsbidrag för år 2021 från både äldrenämnden och socialnämnden. Föreningen har cirka 840 medlemmar och frivilligarbetare. Aktiviteterna som verksamheten bedriver är bland annat anhörigstöd, Kupan (träffpunkt och second hand-affär) och volontärverksamhet i form av Röda Kors-vårdar på särskilda boenden för äldre, vårdcentraler och sjukhus.

Social- respektive äldrenämnden har sedan många år tillbaka tillsammans givit föreningen ett årligt verksamhetsbidrag om 76 500 kronor, där varje nämnd har stått för hälften av den totala summan. Röda Korset har valt att använda bidraget till lokalhyra. Då hyran nu höjs för en av föreningens tre lokaler, ansöker föreningen om bidrag motsvarande den nya hyreskostnaden. Syftet med verksamhetsbidraget för socialt frivilligt är emellertid inte att finansiera en hyreskostnad, utan att stötta föreningens sociala verksamhet.

Föreningens aktiviteter riktade mot kommunens seniorer utgör ett viktigt komplement till äldrenämndens hälsofrämjande verksamhet och bidrar i arbetet utifrån strategin om Nacka som äldrevänlig kommun. Äldrenämnden föreslås bevilja föreningen hälften av 120 000 kronor, vilket innebär 60 000 kronor i verksamhetsbidrag för år 2021. Ökningen gentemot tidigare år motiveras av det värdefulla arbete som föreningen utför för nackaborna under pandemin, samt utifrån planeringen av riktade insatser under 2021 som ska bidra till att motverka ensamhet och isolering.

Ärendet

Röda Korsets krets i Nacka har cirka 840 medlemmar och frivilligarbetare. Föreningens arbete drivs helt och hållet på frivillig basis. I ansökan om föreningsbidrag beskrivs att föreningslokalen Kupan i Finntorp har en viktig roll i att möjliggöra för föreningen att



fortsätta sitt sociala arbete riktad för nackaborna. Föreningen har även en lokal i Forum Nacka och en annan i Orminge.

Röda Korsets Nacka-krets arrangerar bland annat följande aktiviteter:

- Mötesplatser
- Anhörigstöd
- Second handbutiker
- Röda Korsets insamlingar
- Läxstöd och Träna svenska
- Hjälp att hitta rätt i samhället
- Sjukhusvårdar
- Besök på äldreboenden/sjukhus i vår kommun
- Lokal beredskap - är samarbetspartner med kommunens Kris- och beredskapsgrupp
- Första hjälpen-utbildningar
- Handarbetsgrupper

Flera äldre är involverade i föreningens aktiviteter som volontärer, bland annat i grupper för nyanlända i att träna svenska och läxhjälp, men också för att kunna bidra i olika typer av krissituationer. Under pandemin har Röda Korset på uppdrag av Myndigheten för samhällsberedskap bidragit med inhandling av matvaror och apoteksvaror till personer över 70 år, som blev ofrivilligt isolerade.

I föreningens lokal Kupan i Finntorp genomförs vanligtvis föreningens styrelsemöten. Allt administrativt arbete, planering samt arbetsledning sker också i denna lokal. Den används också som lokal för krisberedningsgrupp och krisberedningsförvar med lager av bland annat filter, mat och första hjälpen-material.

Krisberedningsgruppen skall vara beredd att kunna rycka ut om det skulle inträffa en krissituation i kommunen eller dess närområde. I föreningens lokal ska finnas utrustning som kan behövas för uppdraget och vid behov skall Röda Korsets Mötesplats i Finntorp kunna användas som samlingsplats. Det finns en även en hjärtstartare som finns med i hjärtstartarregistret så att den ska gå att hitta för allmänheten.

Med bidraget vill föreningen fortsätta bedriva verksamheter i föreningens hyrda lokal i Finntorp. Hyran är fram till och med 1 april 2021, 76 500kr per år. Hyran på föreningens lokaler kommer att höjas från och med den 1 juni 2021 i samband med att det blir en ny hyresvärd. Årshyran för 2021 kommer då att väsentligt höjas till 245 950 kronor.

I sin ansökan anger Röda Korset att de utöver Kupan i Finntorp har två andra mindre lokaler som används som butiker, en i Forum Nacka och en i Orminge. Butikerna betalar för sina kostnader själva med inkomster från de produkter de säljer och överskottet går till Röda Korset. Hyresvärden Röda Korset hyr lokalerna från i Finntorp uppges inte ha varit mottaglig för förhandling av den förhöjda hyran och har inte specificerat varför de höjer hyran. Röda Korset söker efter andra lokaler och vill gärna hitta större och luftigare lokaler. Om föreningen inte hittar andra lokaler och inte får verksamhetsbidrag från Nacka kommun anser föreningen att de kommer att behöva lägga ned de aktiviteter som erbjuds i Finntorp. Lokalerna i Orminge och Nacka Forum uppges vara för små för att kunna användas för dessa aktiviteter och för förvaring av krisberedskapsmaterial.



Organisation och verksamhet

Röda Korset är världens största humanitära nätverk. Röda Korset finns i 192 och är Sveriges största humanitära organisation med närvaro i flertalet kommuner, där den genom väl fungerande lokala föreningar driver den lokala verksamheten. Röda korsets arbete styrs av deras grundprinciper, i dessa ingår bland annat humanitet, opartiskhet och frivillighet.

Röda Korset i Nacka

2021 planerar föreningen att så snart som det är möjligt utifrån pandemirestriktionerna, att åter starta sina aktiviteter. Föreningen samarbetar även med andra verksamheter så som Seniorsurf, Hållplats Forum och Boo hembygdsförening. Ett av syftena med verksamhetsbidrag för frivilligt socialt arbete är att inspirera till förnyelse och utveckling. Under 2021 vill de utveckla utbildning för de äldre inom digitalisering med målsättning att hjälpa dem ur digitalt utanförskap. De planerar att införa en "gratisdag" i sin klädbutik för personer med svag ekonomi där de skulle få tillfälle att förnya sin garderob kostnadsfritt. Föreningen planerar också att börja med musikkvällar, bingo och en ökad kommunikation via telefon till sina medlemmar för att ge social kontakt och bjuda in till aktiviteter som deltagare eller som volontär.

Enhetens bedömning

Röda Korset bedriver en viktig social förebyggande verksamhet riktad till nackabor i alla åldrar och med alla etniciteter. Föreningens aktiviteter riktade mot kommunens seniorer utgör ett viktigt komplement till äldrenämndens hälsofrämjande verksamhet och bidrar i arbetet utifrån strategin om Nacka som äldrevänlig kommun. Röda Korset har under Coronapandemin anpassat sina aktiviteter i den mån det har varit möjligt och har även bidragit med handling av mat och apoteksvaror till personer över 70 år. Socialrespektive äldrenämnden har sedan många år tillbaka tillsammans givit föreningen ett årligt verksamhetsbidrag. Röda Korset har valt att använda bidraget till lokalhyra. Syftet med verksamhetsbidraget för socialt frivilligt är emellertid inte att finansiera en hyreskostnad, utan att stötta föreningens sociala verksamhet.

Utifrån att föreningens ansökan för 2021 främst var riktad mot ansökan om hyresbidrag ombads föreningen komplettera sin ansökan utifrån riktlinjen om verksamhetsbidrag för frivilligt socialt arbete. Föreningen inkom med en komplettering 2021-01-29. Att hyran av lokalen i Finntorp nu höjs så mycket är olyckligt. Eftersom föreningen sammanlagt har tre lokaler menar enheten att föreningen behöver göra en samlad ekonomisk analys av sina intäkter och kostnader och ta ställning till hur de på bästa sätt kan hantera den kostnadsökning som hyran av lokalen i Finntorp innebär.

Förslaget är att äldrenämnden beviljar föreningen ett verksamhetsbidrag om 60 000 kronor, vilket är en ökning med 21 750 kronor jämfört med tidigare. Socialnämnden föreslås bevilja detsamma, vilket i så fall innebär totalt 120 000 kronor i verksamhetsbidrag. Föreningen föreslås få bidraget utifrån det värdefulla arbete som föreningen utför för nackaborna under pandemin, samt utifrån planeringen av riktade insatser under 2021 som ska bidra till att motverka ensamhet och isolering.



Ekonomiska konsekvenser

Röda Korset i Nacka bedriver ett hälsofrämjande arbete som kan bidra till att en svår livssituation hindras eller minskar. Ett verksamhetsbidrag till Röda Korset i Nacka innebär ekonomiskt stöd till förebyggande, stödgivande och hälsofrämjande insatser med koppling till äldrenämndens ansvarsområden.

Konsekvenser för barn

Förslaget medför inte några konsekvenser för barn.

Handlingar i ärendet

1. Ansökan om verksamhetsbidrag 2021
2. Redovisning av bidraget för 2020
3. Verksamhetsberättelse 2019

Ellinor Egefors
Enhetschef
Äldreenheten

Taija Sayegh
Kvalitetsutvecklare
Äldreenheten

Verksamhetsberättelse 2019, Nacka rödakorskrets

Styrelse, revisorer och valberedning efter årsmötet den 17 februari

Styrelse

Ordförande	Peter Rosell
Vice ordförande	Anders Dyrberg
Kassör	Annevi Kant
Sekreterare	Carolina Vigo. Avgick i förtid.
Övrig ledamot	Anette Skoog
Suppleant	Börje Karlsson

Styrelsen har under året hållit 10 protokollförda sammanträden.

Revisorer

Peter Inser
Anette Falk Johnsson
Maj Simonsson-Cyrus (suppleant)

Valberedning

Ingen valberedning utsågs vid stämman. Styrelsen fick i uppdrag att antingen själva utgöra valberedning eller att tillsätta en sådan.

Kretsstämma

Kretsstämman hölls den 17 februari i Second hand-butiken, Finntorp. Mötet inleddes med att Åsa Sandberg från Röda Korset berättade om Röda Korsets Nordkorea- projekt och visade bilder från besök där. Efter denna information hölls ordinarie kretsstämma.

Medlemsantal och frivilliga

Vid årets slut hade kretsen 966 medlemmar, vilket är en ökning med 22 sedan föregående år. Omkring 140 aktiva frivilliga har deltagit i kretsens olika verksamheter under året.

Ekonomi

Kretsens ekonomiska ställning är god. Vi har under året bidragit med sammanlagt 258.159 kr till Svenska Röda Korsets insamlingar: ”Rätten till skydd” och ”Kris och katastrof”. En del av den summan samlades in genom försäljning av Gåvokort i vår Pop up-butik i Nacka Forum. Till Radiohjälpens insamling Världens Barn har vi bidragit med 15 182 kr. Vidare har vi, från Sandhénsfondens fria del, bidragit med 1 990 kr till Boo församlings hjälparbete inför julen.

Möten med frivilligledare och övriga frivilliga för erfarenhetsutbyte

Under året har ett möte med frivilligledare genomförts. Temat för detta var ”Att representera Röda Korset” med fokus på hur vi kan tänka och agera när vi leder frivilliga och vilka verktyg och stöd vi har. Vi gick också igenom vilka kurser och utbildningar som rekommenderas av Röda Korset.

I början av hösten bjöd vi in frivilliga i kretsen till ett gemensamt besök på Skansen med rundvandring och guidning. Inträdet var avgiftsfritt. Vi använde de ”Skansenkort” som vi fått av Stockholms rödakorsregion. Omkring 15 frivilliga deltog.

Alla frivilliga bjöds in till vårfest i butiken i Finntorp före sommaruppehållet. På samma sätt som tidigare år ordnade frivilligledarna och styrelsen någon form av avslutning inför juluppehållet för sina respektive grupper.

VÅRA VERKSAMHETER

Bössinsamlingar

Vi har fått ungefär lika mycket mynt och sedlar i de bössor som står i butiker i år som förra året. Däremot har vi inte stått med bössor i samband med Radiohjälpens insamling för Världens Barn, vilket syns i årets totalsumma, som är lite lägre än förra årets. Röda Korset centralt har också i år haft aktiv värvning av månadsgivare i kommunen, vilket sannolikt också påverkar.

Bössor har funnits i följande butiker:

Boo: Blomster-Boo, Apoteket och ICA i Björknäs.

Saltsjöbaden: ICA, biblioteket och Tonis Järnhandel.

Fisksätra: Matvärlden

Nacka övrigt: Systembolaget Forum, ICA Maxi, ICA Henriksdalsberget, Claes Olsson, Tempo i Finntorp och Blomsterlandet.

Mötesplatser och Second hand-butiker i Boo och Finntorp

Försäljningen i våra butiker, Kupan i Finntorp och Lilla Boosalen i Boo, har **ökat med 22%** under året. Vilket är mycket bra med tanke på att butikerna, som tillsammans bara var öppna 12 timmar/vecka under januari till maj och september till december plus ytterligare fyra timmar under sju lördagar, inte ligger optimalt vad gäller synlighet och dessutom har stark konkurrens från två Second hand-butiker i Sickla Köp kvarter.

Lördagen före första advent hölls traditionsenliga Julmarknader i båda butikerna. Coop Extra i Orminge bidrog med en fruktkorg till Lilla Boosalens lotteri. Blomsteraffären i Finntorp och Nacka te- och kaffehandeln i Forum bidrog med vinster till lotteriet i Finntorp. Trots att man bara kan ta emot gåvor att sälja under öppettiderna så har båda butikerna kunnat erbjuda ett stort och varierat utbud.

Kupan i Finntorp, social mötesplats och second handbutik med café

Butiken har varit öppen fyra timmar varje helgfri onsdag och lördag från september t.o.m maj. I år har den, till skillnad från tidigare år, även hållit öppet fyra timmar fyra onsdagar i juli månad. Vi ville undersöka om det finns behov av att ha öppet under sommaren. En utvärdering pågår.

4 400 besökande har tagits hand om av 13 frivilliga. Tre nya frivilliga har börjat under våren. En hjärtstartare har installerats i lokalen. Butiken deltar i Röda Korsets ”Second hand-koncept”.

Lilla Boosalen – Second handbutik och social mötesplats i Boo

Lilla Boosalen har varit öppen fyra timmar varje helgfri torsdag från januari till maj och från september till december samt fyra timmar åtta lördagar under samma tidsperiod. Åtta frivilliga har arbetat i butiken. Två praktikanter från Jobblotsen, Arbetsförmedlingen i Nacka, har deltagit för att träna svenska.

Pop Up butik i Nacka Forum

Under hösten undersökte vi om det skulle kunna vara möjligt för oss att öppna en tillfällig butik i Nacka Forum. Förhandlingarna ledde till ett avtal om att hyra en butikslokal under fyra månader. Måndagen den 25 november, på den s.k. ”White Monday” öppnade vi en tillfällig Second hand-butik i Nacka Forum, en s.k Pop up-butik.

Dagen började med att Sophie Gripenberg, som är hållbarhetsansvarig i Svenska Röda Korset, höll ett uppskattat frukostseminarium i butiken och berättade om textilindustrins påverkan på klimatet och om Röda Korsets hållbarhetsarbete. Butikens sortiment är huvudsakligen insamlade kläder, skor och accessoarer. Även stickade produkter från kretsens egen handarbetsgrupp finns att köpa.

Svenska Röda Korset (SRK) har en digital Gåvoshop. Där kan man skänka pengar genom att klicka på olika ’paket’ t.ex. Matpaket. Inför julhandeln lät vi, som första krets, trycka upp fysiska Gåvokort på vilka det stod Barnmorska, Rent vatten, Vinterkläder och Matpaket, som vi sålde i den här butiken. Kortet blev en fin present för kunden att köpa och ge bort och samtidigt bidra till Röda Korsets insamling Kris och katastrof. Kortförsäljningen genererade över 22.000 kr.

Butiken har lockat till sig många nya frivilliga, t ex från Tjejcompaniet i Nacka och ungdomar som är intresserade av hållbart mode. Den här butiken ligger i ett köpcentrum och måste därför hålla samma öppettider som övriga butiker där. Med en bemanningen på nio frivilliga och inhyrd personal motsvarande 1,5 tjänster har vi klarat att hålla öppettiderna.

Genom vår verksamhet har vi erbjudit ett första möte med arbetslivet för nya svenskar där de fått möta både kollegor och kunder. Även för ungdomar har vi skapat möjligheter till arbetserfarenhet och ansvarstagande och en generationsintegrering mellan volontärsarbetande ungdomar och pensionärer.

Kommunikation

Marknadsföring

Strategin inför 2019 var att öka närvaron i våra sociala kanaler med fokus på Facebook, Instagram och Instagram story samt i lokaltidningen Nacka Värmdöpostens (NVP) digitala kalendarium och kretsens Hemsida. Antalet införanden i de sociala kanalerna har ökat markant. Dessa, tillsammans med förbättrad annonsering i NVPs digitala kalendarium, har resulterat i ökat kundantal i våra butiker och vi nådde också en yngre målgrupp och skapade en ökad kunskap om oss som krets.

Totalt ökades införandena i de sociala kanalerna från 34 år 2018 till 220 år 2019 förutom de ”stories” som läggs upp tillfälligt på Facebook och Instagram under 24 timmar. Ett flertal av införandena har även marknadsförts genom sponsrade riktade inlägg, vilket gett bred spridning lokalt i Nacka. I genomsnitt har inläggen varje gång visats för 2 100 personer.

Under rubriken ”medverkan i verksamheter utanför kretsen” framgår i vilka övriga sammanhang frivilliga har deltagit i syfte att marknadsföra vår verksamhet.

Rekrytering

Rekryteringen har huvudsakligen skett genom annonser i Volontär i Nacka, Volontärbyrå, Röda Korsets rekryteringsdatabas samt i Facebook. I samband med etableringen i Nacka Forum anlätades för första gången också STHLM Rekrytering som främst vänder sig till ungdomar via Instagram. I början av året gjordes en riktad insats genom ett brev till alla i Nacka som under året fyllde 65 år, omkring 800 personer. I slutet av året öppnade vi en butik i Nacka Forum. Den etableringen ökade vår synlighet markant, vilket vi har märkt på ett ökat intresse för våra verksamheter.

Våra annonser på rekryteringsdatabaserna har lett till 35 sökanden. Till dessa kommer de som har kontaktat frivilligledarna direkt. Resultatet har blivit 40 nya frivilliga inom våra verksamheter.

Studiestöd, Träna Svenska och Läxhjälp

Vår verksamhet med läxhjälp och träna svenska pågår från september till och med maj på tre bibliotek och i vår lokal i Finntorp.

Merparten av de som kommer till våra fyra Läxhjälp/Studiestöd och Träna svenska grupper deltar också i SFI-kurser i svenska språket och vissa även i undersköterskeutbildningen. Den erfarenhet våra handledare har är att det studiematerial som används av kommunens SFI-skolor till stor del inte är anpassat till nybörjare i svenska.

Resultatet av en statlig utredning, ”På väg – mot stärkt kvalitet och likvärdighet inom komvux för elever med svenska som andraspråk” (U2019/02278/GV), har presenterats hösten 2019. När Ormingegruppen fick information om utredningen skickade de den 24 februari 2019 ett brev till registrator i regeringskansliet där de genom exempel från den egna verksamheten ville bidra med information behovet av en total översyn av de studiematerial som våra invandrare utsätts för. De fick också svar från Utbildningsdepartementet. Däri står bl a följande: ”... det finns inga lagar eller förordningar som styr vad ett läromedel ska innehålla eller vilka läromedel som skolor ska använda....” Det var ju ju ganska förskräckande.

Kretsens företrädare för Läxhjälp/Studiestöd och Träna svenska har träffats flera gånger under året för att gemensamt diskutera utredningen, Nacka kommuns svar på densamma och svaret från departementet. Man har diskuterat hur vi i kretsen skulle kunna påverka vilka krav kommunen ställer i sina avtal med SFI-anordnare. De avtalstexter som finns just nu ställer inga kvalitetskrav på studiematerialet. Arbetet med att i alla fall försöka påverka vår kommun att ställa kvalitetskrav på läromedlen inom deras SFI-skolor kommer att fortsätta.

Biblioteket i Orminge centrum

Att få hjälp med läsläsningen och i att träna svenska på Orminge bibliotek är en populär aktivitet. De flesta får individuell hjälp med sina studier på olika nivåer. Vi har varit på plats två dagar i veckan, tisdagar 16:00–18:30 och lördagar 11:00–13:00. Även denna sommar erbjöd vi möjlighet att Träna svenska en timme i veckan, på torsdagar. Några elever har fått särskilt stöd via e-post eller på andra tider än ordinarie tisdagar och lördagar.

203 olika individer har deltagit i våra verksamheter vid 87 tillfällen. Vissa har kommit ofta och andra enstaka gånger med specialuppdrag. 34 frivilliga har varit handledare under sammanlagt 680 timmar. Vi har både fått nya medhjälpare och även haft de som slutat på grund av sjukdom eller tidsbrist. Vid behov har även de ”egna” eleverna fått ställa upp tillfälligt som handledare.

I september startade vi en ny verksamhet med tillfälle att träna sin erfarenhet av att tala engelska under en timme i veckan på lördagar, direkt efter läxhjälp.

Språkcaféet i lokalen i Finntorp

Språkcaféet har varit öppet 36 gånger under året, på onsdagar mellan 18:00 och 20:00. Vi har haft ett sextiotal olika deltagare, med i genomsnitt nio personer vid varje tillfälle. De har främst kommit från Syrien, Somalia och Afghanistan. Många återkommer regelbundet. 11 frivilliga har varit handledare under sammanlagt 490 timmar. Det har genomsnittligt varit sex handledare per gång. Flera av de frivilliga ger stöd till deltagarna även utanför caféets tider. Vi har alltid gemensamt fika som ger deltagarna tillfälle att samtala och diskutera med varandra på svenska.

Många frågar om hjälp med myndighetskontakter och sökande efter jobb och bostad. Vi samarbetar därför med andra aktörer inom kommunen och hänvisar våra besökare till rätt instans efter behov.

Vi har fortsatt våra informationsträffar hos SFL-skolorna i Nacka och ordnat studiebesök på Kupan för elever och lärare. Det är ett bra tillfälle för de nyanlända att få kunskap om Röda Korsets verksamhet i Nacka och stifta bekantskap med Kupans Second hand-butik.

Biblioteket i Fisksätra centrum

På torsdagar, mellan 15:00 och 17:00, har fem till sju frivilliga hjälpt fem till tio besökare med deras läxor och träning i svenska. Under hösten har en person arbetstränat med frivilliggruppen. Mellan 17:00 och 18:00, samma dag, har två frivilliga organiserat samtal på svenska om svenska företeelser tillsammans med två till tio deltagare. De som kommit är vuxna personer från olika länder och som saknar talträning på SFI. Antalet varierar mycket varje gång.

Sommartid har två till tre frivilliga tränat svenska med upp till åtta deltagare varje onsdag mellan 16:00 och 18:00.

Biblioteket i Saltsjöbadens centrum

Varje torsdag klockan 15:30 till 17:30 har det funnits möjlighet att träna sig i att tala svenska eller få hjälp med läxor på biblioteket i Saltsjöbaden. Tre till fyra frivilliga har med stort engagemang tagit sig an uppdraget att få ge möjlighet till samtal på svenska och ge hjälp med läxor till elever från SFI eller grundskolan. Nivåerna på kunskap i svenska och i att kunna läsa har varierat hos deltagarna och ställt stora krav på de frivilliga. Glädjen i att lära och att samtala har varit mycket givande från båda håll och biblioteket har varit mycket tillmötesgående.

Hållplats Nacka Forum

I oktober startade Hållplats Nacka Forum i samarbete med Volontär Nacka. Varje tisdag 17:30–18:30 ges möjlighet till samhällsinformation och vägledning i att kunna läsa och förstå texter från myndigheter, kommun, försäkringsbolag mm. Vi hjälper också till att fylla i blanketter och till att hitta rätt instans i juridiska, ekonomiska och konsumentfrågor. En jobbcoach bistår också med kontakter med Arbetsförmedlingen och ger bistånd för att skriva CV. Hjälper också för att hitta rätt i föreningslivet. Nio volontärer och två jobbcoacher har vid 11 tillfällen bistått 36 besökare.

Besöksverksamheten

Våra frivilliga har under året gjort en mycket efterfrågad och uppskattad insats för de boende på olika äldreboenden i kommunen. Följande boenden har besökts: Sofiero och Sarvträsk i Orminge, Tallidsgården och Vardaga i Lillängen, Sjöträppan och Saltsjöbadens sjukhusboende i Saltsjöbaden.

De frivilliga insatserna görs i samråd med personalen och kan innebära många olika aktiviteter som t.ex. att vara tillgängliga för samtal, högläsning, sång, bingo, promenader, ledsagning till läkarbesök och annat som är till glädje och stöd för de boende.

I Saltsjöbaden har tre till fyra frivilliga gjort insatser på Saltsjöbadens sjukhus, Vardaga. Insatserna har inneburit besök på olika avdelningar för samtal och sångstunder.

Social samvaro

Tisdagsklubben

På Sjöträppan i Saltsjöbaden har fem frivilliga vid 40 tillfällen under året bakat kakor och bjudit in de boende på kaffe med dopp. Vid kaffestunderna har det funnits tid till samtal om aktuella händelser och små föredrag. Det är en mycket uppskattad verksamhet som lockar mellan 15 till 25 personer varje gång.

Varannan torsdag under våren och hösten har vi bjudit intresserade boenden till syjunta på Sjöträppan, där de haft möjlighet att sticka, virka eller göra ”pynt” till påsk och jul. Det har blivit ett uppskattat utbyte av tekniker och idéer.

Torsdagsträffen

Gruppen, som består av åtta personer, har träffats i lokalen i Finntorp, varannan helgfri torsdag mellan klockan 13:00 och 15:00. Träffarna pågår även under sommarmånaderna.

Handarbete

Måndagar, udda veckor från september till och med maj, mellan klockan 10:00 och 13:00 har ca 12 frivilliga träffats för att handarbete tillsammans. Vi stickar tröjor, raggsockor, vantar mm och syr väskor mm till försäljning i våra second hand-butiker.

Träffpunktens vänförening

Även för snart 20 år sedan hade kretsen en verksamhet för invandrare och flyktingar. Den kallades ”Internationella träffpunkten”. Besökarna kom främst från Nacka men även från andra trakter runt Stockholm. Mötena var välbesökta och man ordnade olika program. Först möttes man en gång i veckan och senare var 14:e dag. Efter 10 år lades verksamheten ner och istället skapades en ”vänförening” av de mest intresserade deltagarna.

Vänföreningen träffas två gånger om året. Den vänskap som grundades i träffpunkten är djup och viktig för besökarna. På mötena talas gärna de språk som är modersmål för de flesta och en iakttagelse som gjorts är att det skämtas och skrattas mycket, en upplevelse som inte märkts när besökarna talar svenska. De som kommer till de här mötena ser verkligen fram emot att få träffas igen.

(Det nuvarande Språkcaféet i Finntorp och våra Träna svenska aktiviteter är efterföljare till Int. träffpunkten)

Rödakorsvärdar Nacka Närsjukhus

Under våren har sex frivilliga regelbundet funnits till hands och två som gjort punktinsatser. Under hösten har nyrekrytering skett och nu är vi 8 frivilliga. Vårdarna har funnits på plats måndagar, tisdagar och onsdagar. Vi har kunnat bemanna över 600 timmar. Uppdragen för vårdarna har fördelats utifrån sjukhusets behov och vårdarnas önskemål. Tyngdpunkten har legat på medmänskligt stöd på akutmottagningen och den palliativa vårdavdelningen.

Bemanning med en frivillig på **akutmottagningen** under våren och ytterligare en under hösten har slagit mycket väl ut. Vid personalens utvärdering veckan före jul är vi omnämnda som ”Perfekt värdskap. Rödakorsvårdarna har gjort att det är lugnare på mottagningen”. Vår bemanning med frivilliga har i första hand varit på måndagar och onsdagar.

Under våren har en frivillig, en gång i veckan, deltagit vid **äldrepsykiatriska** klinikens gemensamma fikastund och därefter också följt upp med individuella samtal vid behov. Vi har fört regelbundna samtal på de **geriatriska vårdavdelningarna** på plan 5 och 6 under våren och hösten och vi har också kunnat medverka vid andakter i samarbete med sjukhuskyrkan.

Vårt uppdrag på den **palliativa avdelningen** har kontinuerligt varit på tisdagar med en frivillig vid anhörigfikat tillsammans med sjukhuskyrkans diakon och/eller präst. Varje onsdag har en till två frivilliga funnits för medmänskligt stöd och samtal under ca fyra timmar. Under hösten har vi gjort besök även under måndagar. Därutöver har två frivilliga en gång i månaden under våren serverat våfflor med sylt och gräddor till patienter och besökare. Två frivilliga har vid fyra tillfällen bakat bullar och kakor. Ca 15 personer har deltagit per gång.

Under våren hade vi flera avhopp av frivilliga och det såg svårt ut att uppnå vårt mål att bemanna fler dagar, i första hand på akuten och den palliativa avdelningen. Vid nyrekrytering under hösten lyckades vi och nu har vi utökat med måndagar på den palliativa avdelningen.

Genom att vi syns mer på sjukhuset har vi också fått mycket lovord på alla plan. Fler intresseanmälningar har inkommit och nu pågår intervjuer och nyrekrytering av två frivilliga.

Hjälp till vårdcentraler vid vaccinering

Frivilliga från kretsen gjorde en mycket uppskattad insats på vårdcentralerna i Forum Nacka och Ektorp i samband med influensavaccineringen under november och december. Vi var sammanlagt 10 frivilliga som ställde upp.

Första hjälpen, hjärt- och lungräddning barn

Målgruppen för våra utbildningar är småbarnsföräldrar. Vi sprider information om våra kurser genom barnvårdscentraler i Nacka och på vår egen hemsida. Kurserna är mycket uppskattade av nyblivna föräldrar.

Vi genomförde tre kurser under våren och en kurs under hösten. Totalt utbildade vi 56 personer. Kurserna är gratis och vi håller dessa i våra lokaler i Finntorp. Lärarna utbildas av Röda Korset centralt. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) står för lärarkostnaderna.

Lokal beredskap

Vi deltar aktivt i samhällets beredskap för att kunna möta olyckor och kriser genom att i första hand ge psykologiskt och medmänskligt stöd i händelse av att Kommunens krissamordnare kallar på vår hjälp. Vi samarbetar med Röda Korset Värmdö. Det är för närvarande ca 20 utbildade krisstödare i vår grupp. Två gånger om året inbjuds dessa till olika studiebesök.

Under vecka 19 deltog vi i Röda Korsets vårkampanj som i år handlade om ”Kris och Beredskap” med informationsmaterial i butikerna i Finntorp och Orminge men också genom att diskutera med besökande i dessa butiker.

Medverkan i verksamheter utanför kretsen

Förtroendevalda i kretsen har deltagit i:

- Fyra frivilliga från kretsen har varit Rödakorsvärdar vid entréerna och på akuten på Södersjukhuset, en uppskattad verksamhet.
- Peter Rosell ingår i Röda Korset Regionråd för Stockholmsområdet.
- Ormingekarnevalen, försäljning av lotter, första hjälpen material och kläder.
- Frivilliga från Lilla Boosalen deltog med lotteri i Boo Hembygdsförenings vår- och höstmarknader i Koldalen.
- Haft en monter på Nacka Företagsmessa i februari.
- Julmarknad i Diesilverkstan med tema återbruk.
- Lastning av säckar med kläder mm i Frihamnen för transport till återvinning.
- Frivilliga i Språkcaféet har, tillsammans med Nacka Kommun och Nacka församling, deltagit i ett projekt som syftar till att hitta bostäder till de migranter som förlorar sin rätt till bostad genom kommunen när etableringsperioden efter två år upphör.
- Läxhjälp/Träna svenska Orminge, har bidragit till boken "Vi gör vad vi kan" med ett kapitel i antologin: Träffpunkt och Läxhjälp. Det handlar om verksamheten med Internationell träffpunkt i Lilla Boosalen och utvecklingen till dagens aktiviteter.

Vi förvaltar två donationer

Gunilla Hedströms minnesfond

Den tidigare Nackakretsen mottog 2004 en penninggåva på 28 000 kr för att förvalta i Gunilla Hedströms minnesfond. Ändamålet är att årligen betala ut pengar till barn och ungdomar under 18 år med funktionshinder, boende i Nacka, för aktiviteter utanför den dagliga verksamheten. Under 2019 har inga bidrag betalats ut. Fondens bokförda värde uppgår vid årets slut till 13 807 kr.

Signe och Åke Sandhéns minnesfond

Nackakretsen förvaltar denna fond och av den årliga avkastningen ska enligt testamentet 75 procent gå till hjälpverksamhet. Under 2019 har vi betalat ut 1 990 kr till Boo församlings hjälparbete inför julen. En utredning pågår för att tydligare klara ut möjligheterna för fondens användning. Fondens bokförda värde uppgår vid årets slut till 731 136 kr.

SLUTORD

Nu lägger vi det gamla året bakom oss och siktar framåt mot nya mål. Under året som gått har vi haft fokus på att synas med syfte att värva nya medlemmar och frivilliga till verksamheten. Som framgår av visionen och vårt fokus som vi redogjorde för i kallelsten till kretsstämman kan inriktningen av vårt arbete sammanfattas i tre fokusområden, där de största humanitära behoven finns, att kunna agera snabbt i en krissituation och att samla bidrag till Röda Korsets verksamhet. För att nå framgång måste vi ha resurser. Det är styrelsens uppfattning att våra aktiviteter, information och rekrytering skall utvecklas ytterligare och att det skall göras tillsammans med kretsens frivilligledare och frivilliga.

Slutligen sänder vi ett stort tack till alla frivilliga som finns med i vårt viktiga arbete för de som behöver oss och hoppas att vårt fokus skall leda till att vi växer än mer där vi behövs.

Nacka den 16 februari 2020

Peter Rosell

Anders Dyrberg

Annevi Kant

Anette Skoog

Börje Karlsson

Sjukvård på äldreboenden och inom hemtjänsten

12

ÄLN 2020/181

2021-01-31

TJÄNSTESKRIVELSE
Dnr ÄLN 2020/181

Äldrenämnden

Sjukvård på äldreboenden och inom hemtjänsten

Politikerinitiativ den 10 december 2020 av Päivi Dahlin och Carin Larsson (Nackalistan)

Förslag till beslut

Äldrenämnden avslår förslagen i politikerinitiativet utifrån att det redan pågår ett arbete som uppfyller intentionerna i förslaget.

Politikerinitiativet är med detta färdigbehandlat.

Sammanfattning av ärendet

Enligt politikerinitiativet behöver kunder få läkarbedömning och sjukhusvård när det finns behov av det, sjuksköterska ska finnas på plats på boendet dygnet runt. Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom äldreomsorgen ska inneha en specialistkompetens. Dessutom behöver anordnarna säkerställa att kunderna får kontakt med sina anhöriga via digitala hjälpmedel.

Enhetens bedömning är att önskemålen i politikerinitiativet tillgodoses på de områden enheten bedömer att de är möjligt. Dels utifrån hälso- och sjukvårdslagen och Region Stockholms avtal som läkarorganisationerna. Och dels utifrån äldrenämndens arbete med uppföljning av anordnare och förslag som lades i samband med utredningen Hemtjänst 2.0.

Förslagen i politikerinitiativet

Nackalistan föreslår att:

- Att alla äldre i behov av sjukhusvård ska få sjukvård och kontakt med sin läkare
- Att varje äldreboende och hemtjänstenhet ska ha läkare och sjuksköterska, samtliga specialister inom geriatrik, knutna till sig
- Att majoriteten av personalen inom äldreboenden ska ha minst undersköterskeutbildning med specialistkompetens inom äldreboende
- Att det ska finnas en sjuksköterska närvarande dygnet runt på varje äldreboende
- Att en individuell bedömning av en fysiskt närvarande läkare i samförstånd med patient och anhöriga ska ligga till grund för ordination av större sjukvårdsinsatser, vid avbrott av sjukvård och vid ordination av palliativ vård. Detta ska journalföras



- Att boende på äldreboenden samt hemtjänstkunder ska ha möjlighet att få hjälp av personal med att hålla digital kontakt med sina närstående (t ex med Skype eller Zoom via mobiltelefon, PC eller läsplatta)

Enhetens utredning och bedömning

Äldreenhetens bedömning är att frågorna i politikerinitiativet kan besvaras enligt nedan motivering. Arbetet att uppfylla kraven i politikerinitiativet pågår redan på de områden enheten bedömer att de är möjligt.

- Individer som är i behov av kontakt med läkare eller sjukhusvård får det.
- En individuell bedömning av en fysisk närvarande läkare görs när det finns behov av det. Kund och anhöriga är alltid delaktiga i besluten om förändring av vårdinriktning eller vårdnivå. Detta journalförs.
- Kunder på äldreboenden får hjälp av personal med att hålla digital kontakt med sina anhöriga. I utredningen Hemtjänst 2.0 föreslås ändringar i hemtjänstvillkoren för att möjliggöra detta även för hemtjänstkunder.
- Under coronapandemin har många anordnare haft behov av extra sjuksköterskebemanning. Äldreenhetens mas följer utvecklingen av detta och om behov kvarstår kommer äldreenheten föreslå ändringar i villkoren för särskilda boenden för äldre.
- Äldreenheten menar att varje äldreboende har läkare, sjuksköterska och rehabpersonal knuten till sig och hemtjänsten har den vårdcentral som de själva valt.
- Det råder brist på undersköterskor och det är därmed inte möjligt att ställa krav på undersköterskeutbildning med specialistkompetens inom äldrevård.

Läkarinsatser

Kunderna som bor på äldreboendena i Nacka har god tillgång till läkarinsatser. De har tillgång till sjukhusvård om behovet uppstår. Kunderna har en namngiven läkare och de träffar samma läkare under hela sin vårdtid på boendet. Läkarkontinuiteten och kundkännedomen är hög. I enlighet med avtalet som läkarorganisationerna har med Region Stockholm är det ett krav att läkare som arbetar på äldreboendena är specialister inom geriatrik, alternativt inom allmänmedicin och under handledning av en geriatiker. Samtliga läkare har en särskild kompetens inom den palliativa vården. Att lindra symtomen i livets slutskede är en av de viktigaste åtgärderna inom den goda palliativ vården. I samband när Coronakommissionens delrapport om brister i äldreomsorgen presenterades uppdrog regeringen åt en utredare att föreslå en äldreomsorgslag. Syftet med utredningen är att äldreomsorg behöver definieras och ges ett tydligare uppdrag och innehåll. Utredaren ska bland annat utreda och lämna förslag om hur den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen behöver förstärkas.

Kunder som bor på särskilda boendena som har akut behov av en medicinsk bedömning av en läkare får det inom två timmar. I Icke akuta fall sker bedömningen inom en vecka. Har kunden behov av sjukhusvård sker detta efter en läkarbedömning. Vid urakuta



tillstånd kan transport till sjukhuset ske även på sjuksköterskans initiativ. Även under pandemin har kunderna på våra särskilda boenden fått sjukhusvård utifrån deras behov och önskemål. Uppföljning av överenskommelsen mellan särskilda boendena och läkarorganisationerna sker i vanliga fall minst två gånger per termin men under pandemin har uppföljning skett på veckovisa möten. Inga avvikelser har rapporterats på Nackas särskilda boenden på dessa möten.

Individuella bedömningar av läkare sker vid uppföljningar eller förändringar i kundernas hälsotillstånd samt om sjuksköterskan påkallar behovet. I vissa fall, om läkaren har en god kännedom om kundens hälsa och önskemål, kan läkarkontakt ske utan ett fysiskt möte. Ofta sker planeringen om vårdnivån vid försämrat medicinskt tillstånd i samråd med kunden redan före försämring av tillståndet. Rutinerna gällande de medicinska ställningstaganden följs och kunderna får den medicinska vården som de är i behov av. Kunden och vid behov anhöriga är alltid delaktiga i besluten om förändring av vårdinriktning eller vårdnivå. Samtal mellan läkare och kund/anhörig sker vid ställningstagandet om att övergå till palliativ vård i livets slutskede, om inte kunden uttryckligen nekar till kontakten.

Underlaget till Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) granskning, som nämns i politikerinitiativet, var selektiv och begränsat. Granskningen har genomförts vid 15 av de 313 särskilda boendena inom Region Stockholm där det har uppmärksammat brister i vården. IVO har i sin journalgranskning tagit del av en begränsad del av patientjournaler. Vilket innebär att i många fall har de inte tagit del av den planeringen runt vården som har gjorts före insjuknandet i covid-19. Eftersom underlaget inte är representativt för äldreboendena i Region Stockholm eller i Riket är det svårt att generalisera slutsatserna som IVO presenterar. Att var femte kund i de granskade boendena inte hade fått en medicinsk bedömning ger inte heller en representativ bild om hur äldreomsorgen fungerar i Nacka. Ingen av de boendena i Nacka är inkluderade i IVO:s granskning. Inte heller har något annat boende som inte har haft kända brister inkluderats i granskningen.

I Region Stockholm finns ett vårdval för husläkarverksamhet, vilket innebär att kunden själv har rätt att välja vilken läkare eller vårdcentral de vill lista sig hos. Läkare på vårdcentralen är oftast specialister i allmänmedicin. Hemtjänstanordnarna samverkar med samtliga hälso- och sjukvårdsaktörer kring den enskilda kunden.

Vård- och omsorgspersonal

I nuvarande auktorisationsvillkoren för hemtjänsten behöver minst 50 procent av omvårdnadspersonalen ha godkänd utbildning. Förslaget som presenterades för äldrenämnden i samband med utredningen Hemtjänst 2.0 var att höja detta. Personalens utbildning har stor betydelse för kvaliteten inom äldreomsorgen. Inspektionen för vård och omsorg har bland annat konstaterat att kompetensbrist hos personal är en vanlig anledning till missförhållanden. Motsvarande krav på andel personal med godkänd utbildning på särskilda boenden är 90 procent. Inom utbildningen kan man välja



inriktning inom äldreomsorg. Det finns få undersköterskor som har läst specialistutbildning inom äldreomsorgen på yrkeshögskola. Enheten bedömer att det därför inte är genomförbart att ställa krav på specialistutbildning för undersköterskorna inom äldreomsorgen. I november 2020 hade 10 av de cirka 60 sjuksköterskor som är anställda på kommunens auktoriserade särskilda boenden specialistutbildning i geriatrik eller demensvård. Eftersom det även råder brist på specialistsjuksköterskor bedömer enheten att det inte är genomförbart att ställa krav att alla sjuksköterskor ska ha en specialistutbildning. Äldreenheten uppmanar anordnare att möjliggöra specialistutbildning för undersköterskor och sjuksköterskor på arbetstid med hjälp av statliga stimulansmedel.

Under pandemin har flera av anordnare identifierat behovet av ökad medicinsk kompetens, särskilt på helgerna. Det har resulterat i att de flesta anordnare har utökat sin sjuksköterskebemanning under jourtid. Detta har lett till ökad patientsäkerhet och ökad trygghet för omsorgspersonalen. Flera forskningsrapporter visar att ökad sjuksköterskebemanning minskar risken för vårdskador och dödlighet. Sedan pandemin startade har äldreenheten särskilt följt upp hälso- och sjukvården och behoven som finns inom särskilt boende. Om behovet kvarstår gällande utökade tider för sjuksköterska på plats på äldreboendena kommer äldreenheten ge förslag till nämnden om att revidera villkoren för särskilt boende för äldre. Även i Coronakommissionens delrapport presenteras att tillgången till sjuksköterska på särskilda boenden behöver ses över och utökas. Utredaren av äldreomsorgslagen ska bland annat utreda och lämna förslag om hur den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen behöver förstärkas. En eventuell lagförändring kan komma att påverka äldrenämndens ansvar och uppdrag.

Digital hjälp i hemmet

Enligt äldreenhetens årliga uppföljning av anordnarna erbjuder samtliga särskilda boenden kunderna hjälp av personalen med att hålla digital kontakt med sina anhöriga. I över ett halvt år rådde det besöksförbud på äldreboendena på grund av pandemin. Det är fortsatt stark avrådan för onödiga besök. Utifrån dessa ovanliga omständigheter har boendena haft särskild fokus på att hjälpa kunderna att hålla digital kontakt med sina anhöriga i stället. Flera boenden har beviljats stimulansbidrag i inköp av och stöd vid installation av digitala hjälpmedel. Detta arbete kommer följas upp under 2020.

Under 2020 infördes en ny insats i hemmet, *digital Tryggve*, för att möjliggöra att de äldre som bor i ordinärt boende ska få hjälp med att få igång sin teknik. Kunderna erbjuds även undervisning i hur tekniken fungerar. Kunder som har hemtjänst kan i vissa fall få hjälp av hemtjänsten med digital kontakt med anhöriga. I utredningen som kallas Hemtjänst 2.0 föreslås ändringar i hemtjänstvillkoren för att möjliggöra detta för alla hemtjänstkunderna.

Förslagets ekonomiska konsekvenser

Förslaget medför inte några ekonomiska konsekvenser.



NACKA
KOMMUN

Konsekvenser för barn

Förslaget medför inte några konsekvenser för barn.

Handlingar i ärendet

Politikerinitiativ – Sjukvård på äldreboenden och inom hemtjänsten

Ellinor Egefors

Enhetschef

Äldreenheten

Elisa Reinikainen

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Äldreenheten

Sjukvård på äldreboenden och inom hemtjänst

Nackalistan är mycket bekymrade över behandlingen av äldre, som har drabbats av COVID-19. Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) granskningsrapport samt tillsynsbeslut 2020-11-24 för Region Stockholm har påvisat att boende på äldreboenden (s k *särskilda boenden*) i Region Stockholm inte har fått adekvat sjukvård.

Den allvarligaste uppgiften i IVOS tillsynsbeslut är att patienter på särskilda boenden i Region Stockholm har ordinerats palliativ vård. Bl a har morfin som orsakar andnöd ordinerats i syfte att lindra ett dödsförlopp. Detta har skett istället för kurativ vård med syrgas, dropp och mediciner i syfte att bota patienten. Dessa ordinationer har i vissa fall skett utan att läkare fysiskt undersökt patient, ofta med bristande journalföring, samt i vissa fall helt utan att patient fått någon individuell bedömning. IVO har inte granskat någon särskilt boende i Nacka, varför det f n är oklart om någon av dessa felslut har inträffat i Nacka kommun. En läkarmottagning som anlitas av flera särskilda boenden ingår dock i IVOs rapport och har fått allvarlig kritik.

Det har också framkommit en del brister i äldreomsorgen, t ex avsaknad av skyddsutrustning, bristande kompetens hos personal gällande basal vårdhygien och avsaknad av syrgas på särskilda boenden. Listan kan göras ännu längre.

Snart kommer boende på särskilda boenden samt de som har hemtjänst sannolikt att kunna vaccineras emot COVID-19. Innan detta har gett adekvat skydd kan det dock ta ett halvår. Vi kommer att få leva med pandemin i samhället längre än så.

Nackalistan anser att vi i Nacka ska blicka framåt och vara beredda på nya sjukdomsutbrott och pandemier. Därför ska vi vidta åtgärder som är framåtblickande.

Nackalistans vill att Äldrenämnden beslutar

- Att alla äldre i behov av sjukhusvård ska få sjukvård och kontakt med sin läkare
- Att varje äldreboende och hemtjänstenhet ska ha läkare och sjuksköterska, samtliga specialister inom geriatrik, knutna till sig
- Att majoriteten av personalen inom äldreboenden ska ha minst undersköterskeutbildning med specialistkompetens inom äldreboende
- Att det ska finnas en sjuksköterska närvarande dygnet runt på varje äldreboende
- Att en individuell bedömning av en fysiskt närvarande läkare i samförstånd med patient och anhöriga ska ligga till grund för ordination av större sjukvårdsinsatser, vid avbrott av sjukvård och vid ordination av palliativ vård. Detta ska journalföras.
- Att boende på äldreboenden samt hemtjänstkunder ska ha möjlighet att få hjälp av personal med att hålla digital kontakt med sina närstående (t ex med Skype eller Zoom via mobiltelefon, PC eller läsplatta)

Nackalistan, 2020-12-10

Päivi Dahlin

Carin Larsson

Anmälan av delegationsbeslut

14

ÄLN 2021/44

2021-02-12

TJÄNSTESKRIVELSE
Dnr ÄLN 2021/44

Äldrenämnden

Anmälan av delegationsbeslut

Förslag till beslut

Äldrenämnden tar del av utsända delegationsbeslut.

Sammanfattning av ärendet

Äldrenämnden tar del av följande delegationsbeslut:

Utnämning av dataskyddsombud för äldrenämnden, ÄLN 2021/8

Revidering av informationshanteringsplanför kvalitets- och stödgrupperna inom sociala omsorgsprocessen, ÄLN 2021/7

Ansökan om godkännande enligt LOV i kundvalet hemtjänst, ledsagning och avlösning, ÄLN 2020/159

Genomförda direktupphandlingar, enligt bilaga till tjänsteskrivelsen

Bostadsanpassningsbidrag, enligt bilaga till tjänsteskrivelsen

LSS för äldre, Riksfärdtjänst, Äldreomsorg, enligt bilaga till tjänsteskrivelsen

Handlingar i ärendet

Handlingar och förteckningar i sin helhet.

Anneli Drakenberg
Nämndsekreterare
Juridik- och kanslienheten

Anmälningar till
äldrenämnden

15

ÄLN 2021/45

2021-02-12

TJÄNSTESKRIVELSE
Dnr ÄLN 2021/45

Äldrenämnden

Anmälningar till äldrenämnden

Förslag till beslut

Äldrenämnden tar del av utsända anmälningar.

Sammanfattning av ärendet

Äldrenämnden tog del av följande anmälningar:

Beslut från IVO (Dnr 3.5.1-22292/2020), ÄLN 2021/32

Rapportering av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade – kvartal 4, år 2020

Rapport och utredning Lex Sarah, ÄLN 2021/4, Natt- och larmpatrull

Rapport och utredning Lex Sarah, ÄLN 2020/185, NSC Sjötäppan

Rapport och utredning Lex Sarah, ÄLN 2021/34, Lindalens Omsorg AB

Rapport och utredning Lex Sarah, ÄLN 2020/186, Natt och larmpatrull

Anmälan och utredning Lex Sarah, ÄLN 2021/31, Villa Båthöjden

Anmälan och utredning Les Maria, ÄLN 2021/35

Klagomål från personal samt svar från Sarahemmet, ÄLN 2021/23

Handlingar i ärendet

Bilaga med samtliga anmälningar i dess helhet.

Anneli Drakenberg
Nämndsekreterare
Juridik- och kanslienheten

**BESLUT**

2021-02-03

Dnr 3.5.1- 22292/2020

1(1)

Nacka kommun
Äldrenämnden
131 81 Nacka

NACKA KOMMUN
2021-02-04
Dnr
Dpl

Ärendet

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

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO har i tillsynen intervjuat medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt utsedda representanter från Region Stockholm.

De uppgifter som framkommit vid intervjuerna föranleder inte IVO att vidta någon ytterligare granskning av aktuell kommun. Underlaget har kommunicerats med berörda parter.

Ytterligare information

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

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

För mer information om tillsynen se IVO:s hemsida; www.ivo.se.

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Jan-Erik Ingwall. I den slutliga handläggningen har inspektören Ann Bergman deltagit. Inspektören Birgitta Carlander har varit föredragande.

2021-01-28

SOCN 2020/30
ÄLN 2020/50
AFN 2020/24
KFKS 2020/105

Socialnämnden
Äldrenämnden
Arbets- och företagsnämnden
Kommunfullmäktige
Kommunens revisorer

Rapportering av ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade – kvartal 4, år 2020

Nedan följer en sammanfattad rapport över gynnande beslut socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som ej verkställts inom tre månader från beslut. Även avbrott i verkställigheten som varat längre än tre månader rapporteras. Rapporten avser uppgifter per den sista december 2020 och gäller beslut som socialnämnden, äldrenämnden och arbets- och företagsnämnden ansvarar för.

Bakgrund

Nämnderna är skyldig att kvartalsvis rapportera till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om beviljade insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som inte har verkställts senast tre månader efter beslutet togs. Nämnderna ska på motsvarande sätt också rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader. Rapportering ska även ske till kommunens revisorer och kommunfullmäktige. Om IVO bedömer att insatsen inte verkställts inom skälig tid ska IVO ansöka hos förvaltningsrätten om utdömning av en särskild avgift. Innan beslut fattas om utdömning av särskild avgift får nämnden yttra sig om skälen till dröjsmålet med att verkställa insatsen. Denna rapportering omfattar kvartal 4, 2020.

Sammandrag av rapporteringen av ej verkställda beslut enligt SoL och LSS i Nacka för kvartal 4, år 2020

Omsorgsenheten har rapporterat 12 beslut om insatser enligt LSS samt två beslut enligt SoL, som ej verkställda under kvartal 4, 2020.

Individ- och familjeenheten samt Arbets- och företagsnämnden har inte rapporterat något icke verkställt beslut för aktuellt kvartal.



Äldreheten har rapporterat åtta beslut som icke verkställda inom tre månader och beslut verkställda efter tre månader för kvartal 4, 2020. Orsakerna till dröjsmålen framgår av redovisningen nedan.

Nedan redovisas de beslut som ännu inte har verkställts inom tre månader och som rapporterats vidare till IVO den 28 januari 2021. Det rör sig både om beslut som rapporterats för första gången och sådana som rapporterats på nytt. Besluten fördelar sig enligt följande.

Omsorgsenheten

Kön	Beslutsdatum	Insats	Verkställighetsdatum	Skäl till dröjsmål
Kvinna	2020-01-07	Daglig verksamhet LSS	2020-09-14	Den enskilde valde att pausa beslut på egen begäran.
Man	2018-10-18	Bostad med särskild service för vx LSS	-	Har erbjudits boende flertalet gånger, senast 201229, tackat nej. Befinner sig på behandlingshem enligt SoL.
Pojke	2019-11-01	Korttidsvistelse LSS	-	Den enskilde påbörjade inskolning i januari 2020, men har sedan tackat nej till verkställighet, önskar avvakta på grund av Covid-19
Kvinna	2016-01-01	Daglig verksamhet LSS	-	Den enskilde har på egen begäran pausat beslutet 200908 pga Covid -19
Man	2020-10-01	Daglig verksamhet LSS	-	Den enskilde har inte kunnat besöka dagliga verksamheter av



				intresse pga rådande pandemi. Smitta både på boende respektive daglig verksamhet.
Flicka	2019-06-01	Korttidsvistelse LSS	-	Ny korttidsfamilj under rekrytering från 201001. Vårdnadshavares förslag 200930 godkändes inte. Rekrytering pågår.
Pojke	2019-11-07	Ledsagarservice	-	Verkställigheten avbröts 200401 på egen begäran pga Covid -19, då den enskilde tillhör riskgrupp.
Pojke	2019-11-07	Korttidsvistelse LSS	-	Verkställigheten avbröts 200401 på egen begäran pga Covid -19, då den enskilde tillhör riskgrupp.
Pojke	2019-11-07	Avlösarservice LSS	-	Verkställigheten avbröts 200401 på egen begäran pga Covid -19, då den enskilde tillhör riskgrupp. Beslut avslutades 201021.
Man	2020-01-01	Ledsagarservice LSS	2020-12-01	Den enskilde föreslog egen ledsagare. Denne kunde ej åta sig uppdraget. Ny ledsagare i april 20, svårt att finna tid för ledsagning. Ny



				anordnare i september påbörjade ny rekrytering. Erbjudits annan insats med tackat nej.
Flicka	2020-01-27	Korttidsvistelse LSS	-	Den enskilde har från 200401 valt att avstå från insatsen pga Covid -19. Åter tackat nej till insats 201129. Beslutet avslutades därefter.
Man	2020-05-07	Bostad med särskild service vx LSS	-	Den enskilde har tackat nej till erbjudande 200519, 200902, 201113.
Kvinna	2020-10-16	Sysselsättning SoL	-	Den enskilde önskar avvakta pga Covid -19.
Kvinna	2020-09-10	Hemtjänst, SoL	-	Den enskilde haft kontakt med 4 hemtjänstföretag som ej har kunnat verkställa insatsen pga covid 19. Den enskilde vill inte ha "ickevals-alternativet".



Äldreenheten

Kön	Beslutsdatum	Insats	Verkställighetsdatum	Skäl till dröjsmål
Kvinna	2020-09-11	Permanent bostad SoL	-	Den enskilde har tackat nej till erbjudande 2020-12-09. Önskar specifikt boende.
Kvinna	2020-09-22	Permanent bostad SoL	-	Den enskilde har tackat nej till erbjudanden 2020-10-16, 2020-11-09, 2020-12-01, 2020-12-16. Önskar specifikt boende.
Kvinna	2020-09-29	Permanent bostad SoL	-	Den enskilde önskar specifikt boende där maken bor
Kvinna	2019-10-23	Permanent bostad SoL	-	Den enskilde har tackat nej till erbjudanden 2019-11-19, 2020-03-10, 2020-03-31, 2020-09-08 och 2020-12-07. Den enskilde önskar specifikt boende.
Kvinna	2020-03-12	Permanent bostad SoL	-	Den enskilde önskar specifikt boende, men önskar även avvakta på grund av Covid-19. Har tackat nej till erbjudanden 2020-04-27, 2020-07-14, 2020-09-08, 2020-12-29.
Man	2020-01-03	Permanent bostad SoL	-	Den enskilde önskar specifikt boende. Bor på särskilt boende utanför Stockholms län. Tackat nej till erbjudanden 2020-02-28, 2020-09-08.
Man	2020-06-30	Permanent bostad SoL	2020-07-28	Den enskilde önskar specifikt boende. Den enskilde har tackat nej till boendebjudande 2020-07-07, 2020-09-01, 2020-12-11.



Man	2020-09-15	Permanent bostad SoL	Avvaktar även på grund av Covid-19. Önskar specifikt boende. Bor för närvarande på Särskilt boende i Sundbyberg. Tackat nej till erbjudanden 2020-09-21 och 2020-12-01.
-----	------------	-------------------------	---

Camilla Rosér
Kvalitetsutvecklare
omsorgsenheten

Maja Stojanovic
Kvalitetsutvecklare
äldreheten



**Rapport enligt lex Sarah (14 kap. 3-6 §§ SoL samt 23 e och 24 b-e §§ LSS)
om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande**

Dnr. KFKS 2021/51

Rapporten avser:

- Missförhållande
 Påtaglig risk för missförhållande

Beskrivning av missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande:

Medarbetare i nattpatrullen glömmar nyckel i kundens dörr vid besöket ca kl 5.30 på morgonen den 201220. Uppmärksammades när hemtjänsten kommer ca tre timmar senare.

Tänkbara orsaker:

Utredningen får visa.

Konsekvenser:

Inga konsekvenser för kund. Vid samtal med kunden så berättar hen att ingen varit in i lägenheten och hen mår bra. Hen vill att verksamhetschefen ska vidta åtgärder så att det inte upprepas.

Vidtagna åtgärder:

210111 Verksamhetschef rapporterar enligt lex Sarah efter samtal med kund.

210111 Samtal med berörd medarbetare.

Rapporten upprättad av:

Namn: Nina Regetti

Titel: Verksamhetschef Natt- och larm

Arbetsställe: Nattpatrullen

Datum: 210111



Utredning lex Sarah

Dnr: KFKS 2021/51

Utredningen avser

- Missförhållande
 Påtaglig risk för missförhållande

Datum rapport 2021-01-11	
Utredning inledd (datum) 2021-01-11	Utredning inledd av (namn och befattning) Nina Regetti, verksamhetschef Natt- o larmpatrull
Lagrum <input checked="" type="checkbox"/> SoL <input type="checkbox"/> LSS	

Utredningen berör

Verksamhetens namn Nattpatrullen Valfärd samhällsservice	
Ansvarig chef Nina Regetti	Rapporten upprättad av Nina Regetti

Beskrivning av vad missförhållandet (eller risken för) har bestått av

Vid morgonbesöket ca kl 5:30 den glömmar medarbetare i nattpatrullen nyckel i kundens dörr. Uppmärksammades när hemtjänsten kommer till kunden cirka tre timmar senare.

Beskrivning av vilka konsekvenser det har fått (eller kunde ha fått) för den enskilde

Vid samtal med kunden den 11 januari berättar hen att ingen varit in i lägenheten och hen mår bra. Hen vill att verksamhetschefen ska vidta åtgärder så att det inte upprepas.

När missförhållandet (eller risken för missförhållandet) har inträffat

Morgonen den 2020-12-20

När missförhållandet (eller risken för missförhållandet) uppmärksammas

2021-01-11 när verksamhetschef får ett brev från kunden med information om händelsen.

Tänkbara orsaker

Troligen trötthet vid slutet av natten och ouppmärksamhet på grund av tröttheten.

Namn: Nina Regetti

Titel: Verksamhetschef

Datum: 210118



Om det har inträffat tidigare och i så fall varför det har inträffat igen

Liknande situation då en annan medarbetare glömde att låsa dörren hos en annan kund utspelades i januari 2020. Efter larmutryckningen låser Larmpatrullens medarbetare ej kunds dörr, enbart stänger. Händelsen då visade på att medarbetaren glömde nyckeln men att detta uppmärksammades då kunden larmar igen.

Bedömning av om något liknande skulle kunna inträffa igen

Ja, om medarbetarna inte är observanta och dubbelkontrollerar att dörren är låst och nyckeln sitter på ringen.

Namn: Nina Regetti

Titel: Verksamhetschef

Datum: 210118

Omedelbara åtgärder

(vad, av vem och när)

20210111 Samtal med berörd medarbetare av undertecknad.

20210111 Samtal med kund genomfördes av undertecknad.

20210111 Kontroll av nyckelkvittering av undertecknad.

20210119 Samtal med medarbetare som hämtade nyckeln av undertecknad.

Övriga åtgärder

(vad, av vem och när)

Medarbetaren som hämtar nyckeln hos kunden säger att hen skrev en avvikelse på det inträffade.

Övrigt som framkommit i utredningen

Vid samtal med medarbetare som hämtade nyckeln hos kunden att hen inte hittar nyckeln till kunden och att flera medarbetare letat nyckeln men inte hittat den. Medarbetaren lånar då nattpatrullens nyckel till kunden för att kunna utföra besöket.

Vid besöket är kunden vaken och lämnar över nattnyckeln till medarbetaren.

Enligt medarbetaren skrivs avvikelsen om detta men det är oklart vart den läggs då verksamhetschef inte fått den.

Berörd medarbetare som lämnade nyckeln i kundens dörr kan inte beskriva varför hen glömde den.

Men då medarbetaren inte följde rutinen för nyckelkvittering så försenades upptäckten.

Medarbetaren har förståelse för att hen har brustit i hanteringen av nycklar och har nu gått igenom rutinen med verksamhetschefen.



Utredande chefs sammanfattning och bedömning

Det är av största vikt att medarbetare följer rutin för nyckelkvittering. Kunds nyckel är en värdesak och skall hanteras som en sådan. Rutinen är till stöd för medarbetare och är uppbyggd som egenkontroll för att säkerställa att samtliga nycklar finns på plats och är inlåsta i kodskåp.

Min uppfattning är att risken för liknande händelser är låg. Natt- och larmpatrullen utför cirka 60 000 besök per år och händelsen kan då ses som väldigt ovanlig.

Fattade beslut

Beslut	Ansvar (namn)	Klart datum
Rappport och utredning enligt Lex Sarah	Nina Regetti	210118
Samtal med berörd medarbetare	Nina Regetti	210111
Information om händelsen och att den rapporterats enligt lex Sarah via email till nattpatrullens medarbetare	Nina Regetti	210111
Genomgång av händelsen och utredningen på APT	Nina Regetti	210126

Namn: Nina Regetti

Titel: Verksmahetschef

Datum: 210125

Kvalitetsutvecklarens bedömning

Min bedömning är att händelsen har inneburit en påtaglig risk för missförhållande för kunden men inte så pass allvarlig så det motiverar en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo).

Utredningen visar att trolig orsak är ett misstag då nyckeln glömdes i dörrlåset men att verksamheten uppmärksammade att nyckeln saknades senare än nödvändigt då medarbetaren inte följde rutinen för nyckelhantering. Berörd medarbetare har nu förståelse för att hen brustit i sin hantering av nycklar. Att ta för vana att alltid känna på dörren att den är låst och se så man har med sig nyckeln innan man går från kunder gör att man kan minimera att händelsen sker igen.

Beslut

Ärendet avslutas.

Namn: Eva Persson

Titel: Kvalitetsutredare

Datum: 2021-01-26



**Rapport enligt lex Sarah (14 kap. 3-6 §§ SoL samt 23 e och 24 b-e §§ LSS)
om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande**

Dnr. KFKS 2020/1191

Rapporten avser:

- Missförhållande
 Påtaglig risk för missförhållande

Beskrivning av missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande:

Kunden avviker från Sjötäppan på natten mot torsdag (den 17 december) och hjälps tillbaka närstående.

Tänkbara orsaker:

Medarbetaren som arbetade det aktuella passet uppmärksammade inte att kunden avvek från boendet. Hen tog inte sitt ansvar och såg till att kunden var kvar i huset, hen såg heller inte till att kunden hade sitt passagelarm på sig.

Konsekvenser:

När kunden kom tillbaka till boendet var hen kall och trött men mådde för övrigt bra. Temperatur och blodtryck var utan anmärkning.

Vidtagna åtgärder:

Kunden kontrollerades av sjuksköterska, fick omvårdnad och serverades frukost.
Närstående informerades om händelsen.

.

Rapporten upprättad av:

Namn: Izabell Söderström

Titel: bitr.verksamhetschef

Arbetsställe: NCS Sjötäppan

Datum: 201217



Utredning lex Sarah

Dnr: KFKS 2020/1191

Utredningen avser

- Missförhållande
 Påtaglig risk för missförhållande

Datum rapport 20201217	
Utredning inledd (datum) 20201217	Utredning inledd av (namn och befattning) Izabell Söderström Bitr. verksamhetschef
Lagrum <input checked="" type="checkbox"/> SoL <input type="checkbox"/> LSS	

Utredningen berör

Verksamhetens namn NSC Sjötäppan	
Ansvarig chef Katarina Centerdal	Rapporten upprättad av Izabell Söderström

Beskrivning av vad missförhållandet (eller risken för) har bestått av

Kunden avviker från Sjötäppan på tidig morgon och får hjälp tillbaka av närstående. Medarbetare uppmärksammar inte att kunden lämnat boendet.

Beskrivning av vilka konsekvenser det har fått (eller kunde ha fått) för den enskilde

När kunden kom tillbaka till boendet var hen kall och trött men mådde för övrigt bra. Sjuksköterska träffar kunden och temperatur och blodtryck var utan anmärkning.

När missförhållandet (eller risken för missförhållandet) har inträffat

20201217 tidig morgon.

När missförhållandet (eller risken för missförhållandet) uppmärksammas

20201217 på morgonen

Tänkbara orsaker

Medarbetaren som arbetade det aktuella passet uppmärksammade inte att kunden avvek från boendet. Hen tog inte sitt ansvar och såg till att kunden var kvar i huset, hen såg heller inte till att kunden hade sitt passagelarm på sig.

Det uppmärksammades att kundens passagelarm sitter fast på hens GPS sändare som laddas nattetid, vilket kan vara orsaken till att båda två togs av nattetid.



Namn: Izabell Söderström Titel: Bitr. verksamhetschef Datum: 20210112

Om det har inträffat tidigare och i så fall varför det har inträffat igen

Denna typ av händelse har inte inträffat förut.

Bedömning av om något liknande skulle kunna inträffa igen

När man arbetar med kunder som har en minnessjukdom eller demensdiagnos finns det alltid risk att kunderna utsätter sig själv för fara. Vår huvudsakliga arbetsuppgift är att hjälpa och ge stöd till kunderna så att de är trygga i sitt boende. Vi arbetar kontinuerligt med att säkerställa att personalen förstår sitt uppdrag och arbetar enligt gällande ordinationer och rutiner. Min bedömning är att det är en liten risk att det inträffar igen

Namn: Izabell Söderström Titel: bitr. verksamhetschef Datum: 20210118

Omedelbara åtgärder

(vad, av vem och när)

20201217 Närstående hjälper kunden tillbaka till boende. Medarbetare hjälper omedelbart kunden.

20201217 Sjuksköterska träffar kunden och gör bedömningen att hen mår efter omständigheterna bra.

20201217 Biträdande verksamhetschef får information om händelsen och upprättar en rapport enligt lex Sarah.

20201217;

-Biträdande verksamhetschef startar utredning enligt lex Sarah och tar kontakt med nattpersonalen som arbetar på den aktuella avdelningen.

-Larmlistor på den aktuella natten dras ut

-Samtal med vårdpersonalen bokas in

- Telefonsamtal med närstående om information om lex Sarah och information om att kunden mår bra.

- Kontroll och granskning av ordination och genomförandeplan.

- Samtal med HSL teamet om ev. ytterligare åtgärder som går att göra för kundens trygghet.

- Förfrågan skickas till brandförsvaret om vi får låsa ytterdörrar på natten som "skalskydd.

Övriga åtgärder

(vad, av vem och när)

20201221- Arbetsterapeut felsöker GPS:en som inte alltid ger utslag på promenaderna. Undersöker andra GPS:er på marknaden.



20201222- Vaktmästare förser flera möjliga utgångar med passagelarmfunktion.
20210105- Genomförandeplanen förtydligas med fler instruktioner om GPS och passagelarm.
20210111- Bitr verksamhetschef kontaktar IVO med förfrågan om verksamheten kan låsa dörren nattetid eller om det är en skydds- tvångs- och begränsningsåtgärd som inte är tillåten. Detta för att minska risken att kund avviker från boendet på natten. IVO meddelar att inga begränsningar är tillåtna. Ytterdörren får alltså inte låsas varken på dagen eller på natten.
20210112- Bitr verksamhetschef har samtal med den enskilda medarbetaren som arbetade den aktuella natten.

Övrigt som framkommit i utredningen

Kunden mådde bra efter händelsen, hen åt sin frukost som vanligt och tog sedan en promenad på dagen med personalen. Hen har inte på något sätt visat att hen ändrat sina vanor eller beteende.

Kundens passagelarm måste bäras om halsen för att larma när hen passerar en utgång. GPS sändaren och Passagelarmet sitter på samma nyckelband och måste tas isär på natten för att GPS:en ska kunna laddas och passagelarmet behållas på.

GPS sändaren ger inte det exakta utslaget som vi skulle önska. Undersökning av andra GPS:er på marknaden visar att denna ändå är den bästa.

Efter samtal med IVO framgår det tydligt att vi inte har brustit i passagefunktionerna nattetid. Vi som utövare får inte begränsa en kund med alternativa lås, knappar eller koder så det försvårar att dörren kan öppnas, inte heller nattetid. Kund som vill gå ut, oavsett sjukdom eller minnesproblematik skall och får inte hållas kvar om hen önskar gå ut.

Verksamheten fortsätter därför att arbeta med bland annat passagelarm och individuellt anpassade hjälpmedel och aktiviteter så att kunder med minnesproblematik eller demenssjukdom, som vill gå ut kan fortsätta göra det. De kunder som vill gå ut ska uppmärksammas av personalen och får då stöd och hjälp i detta. Vi fortsätter arbetet med att förtydliga genomförandeplanen och ordinationer i den sociala akten.

Kunder som har denna typ av problematik har alltid en individuell plan om personalen ska följa om kunden vill gå ut. Den individuella planen är alltid en ordination från legitimerad personal och innehåller information vad personalen skall göra om kunden går ut. Även på nattetid har kunder individuellt anpassade tillsyner och besök och en del även anpassade larm som kontinuerligt följs upp enligt rutin och kundernas behov.

Utredande chefs sammanfattning och bedömning

Att arbeta med kunder som har en demensdiagnos eller annan minnessjukdom ställer stora krav på oss som utförare. Balansen mellan att skydda en person utifrån dennes vilja och egna förmågor är hårfin.



Utredningen visar att verksamheten har rutiner och riktlinjer som fungerar och att de inte finns brister i dessa som kan orsakat denna händelse.

Vi har kompletterat så att det i genomförandeplanen är tydligare information om GPS-larm och passagelarmet. Efter utredning ser vi att det inte föreligger någon otydlighet i varken ordination, genomförandeplan, beskrivning eller annan dokumentation.

Den enskilda medarbetaren har inte följt de rutiner och ordinationer som finns på plats för att skydda den enskilda personen. Medarbetare har förklarat att hen inte förstått skillnaden på GPS-larm och passagelarm men har inte bitt om någon förklaring utan gjort som hen trott. Detta är något som vi måste ta upp till diskussion i hela gruppen på arbetsplatsträffar så det blir tydligt för samtliga medarbetare. Arbete med fortsatt nollvision inom demensvård fortsätter också. Nollvisionen handlar om att ha en demensvård utan tvingande åtgärder.

Fattade beslut

Beslut	Ansvar (namn)	Klart datum
Arbetsrättsliga åtgärder för ansvarig medarbetaren.	Katarina Centerdal	210112
Genomgång av utredning på APT	Izabell Söderström	210126
Genomgång av larm och GPS på APT	Izabell Söderström	210126
Fortsätta arbetet med nollvisionen årligen i och med vår Stjärnmärkning (kontinuerligt)	Izabell Söderström	forts

Namn: Izabell Söderström Titel: bitr.verksamhetschef Datum: 20210118

Kvalitetsutredares bedömning

Min bedömning är att händelsen har inneburit ett missförhållande för kunden men inte så pass allvarlig så det motiverar en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo).

Utredningen har identifierat att bakomliggande orsaker återfinns inom efterlevnad av rutin på grund av brister i kunskap om olika larm. Om medarbetare inte förstår skillnader i olika larmtyper har denne ett eget ansvar för att fråga en kollega eller påtala detta till sin arbetsledning.

Kunden fick hjälp av närstående att komma tillbaka till boendet och mår efter omständigheterna bra.

Beslut

Ärendet avslutas.



Namn: Eva Persson Titel: Kvalitetsutredare Datum: 2021-01-20

Rapport om missförhållanden enligt lex Sarah

Rapporten avser:  Påtaglig risk för missförhållande Missförhållande

Uppgifter om berörd enhet, person/personer som utsatts. Kortfattad beskrivning av händelseförloppet

Var och när har missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande uppmärksammats?

15/12 ringer  till kontoret och berättar att kunden inte svarar i telefon. Hon har försökt ringa hela fm och klockan är 14.30 när hon kontaktar oss på kontoret.  åker till kunden då hon har nyckel till lägenheten men kommer inte in då kunden låst från insidan med nyckeln kvar i låset. Låssmed tillkallas som inte är behjälplig att öppna. Polis tillkallas som då går in i lägenheten, kund sitter då avliden i sin fåtölj.

Rapport lämnad av: Sandra Bettoschi

Rapport lämnad till Verksamhetsansvarig Vd chef Socialförvaltningens stab

Rapport lämnad av:

Namn: Sandra Bettoschi

Befattning: Arbetsledare

Underskrift, datum:

2020-12-16



Stabens noteringar

Utredning av missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden enligt lex Sarah
Mottagare av rapport och ansvarig för utredningen

Namn Georgios Antonopoulos	Datum 2021-02-05
Befattning Verksamhetsansvarig	

Beskrivning av händelseförloppet

15/12 ringer [redacted] till kontoret och berättar att kunden inte svarar i telefon. Hon har försökt ringa hela fm och klockan är 14.30 när hon kontaktar oss på kontoret. [redacted] åker till kunden då hon har nyckel till lägenheten men kommer inte in då kunden låst från insidan med nyckeln kvar i låset. Låssmed tillkallas som inte är behjälplig att öppna. Polis tillkallas som då går in i lägenheten, kund sitter då avliden i sin fåtölj.

Beskrivning av åtgärder som vidtagits för att undanröja, avhjälpa missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden

Företaget har uppdaterat rutinen "När kund inte öppnar/svarar". Vi har pratat med all personal om att vi absolut inte får släppa ärendet om en kund inte öppnar eller svarar vid planerat besök, kliver man av sitt pass ska ärendet rapporteras till nästkommande pass, man släpper inte ärendet förrän man fått kontakt med kunden eller någon som vet vart kunden befinner sig.

Identifiering och analys av bakomliggande orsaker

Kunden var fysiskt aktiv, hon var ibland ute vid planerade besök och meddelade inte hemtjänsten om detta, det var svårt att få kontakt med henne på mobiltelefonen.

Personalen hade inte kunskap om rutinen "När kund inte öppnar/svarar", detta bidrog till att arbetspass lämnades utan kontakt med kunden, det hade inte heller blivit överrapporterat till nästa kollega som kunde vidta åtgärd.

Åtgärder som vidtagits eller planeras vidtas för att förhindra att liknande händer igen

Vi har pratat om incidenten och kommer att fortsätta prata om den tills all personal har kunskap om att inte släppa ett ärende ouppklarat. Rutinen är reviderad och mer lättförståelig. Vi lyfter denna och flera rutiner på våra APT-möten, arbetsledarna pratar dagligen med personalen om rutiner samt lägger ut dem på vår slutna Facebook-sida. Vi ska planera in att dela med oss av våra rutiner via ett digitalt gränssnitt som personalen ska kunna nå via sin arbetsmobil. Vi kommer införa ett systematiskt uppföljningsarbete då vi inför ett helt nytt sätt att göra egenkontroller där vi kommer upptäcka om personal saknar kunskap om rutiner.

Har det framkommit något övrigt under utredningen?

Det har framkommit att viss personal saknar kunskap om en del rutiner, detta ska vi lösa genom att dela med oss av våra rutiner via ett digitalt gränssnitt som personalen ska kunna nå via sin arbetsmobil, samt att vi lyfter rutiner på våra APT-möten, arbetsledarna pratar dagligen om rutiner med personalen och vi lägger ut rutinerna på vår slutna Facebook-sida.

Utredningen gjord av: Georgina Artochlopuh Marika Råberg

Datum: 2021-02-05

Beslut och ställningstagande som avslutar utredningen

Enhetschef avslutar utredningen med beslut i samråd med Vd/Verksamhetsansvarig, (ersättare Driftschef).

Vid konstaterande av **allvarligt** missförhållande eller **påtaglig** risk för missförhållande ska anmälan till Socialstyrelsen göras. Anmälan görs på särskild blankett.

Utredningen ska avslutas senast två månader efter att anmälan gjorts till Socialstyrelsen

Utredningen avslutad av: *Georgina Nilsson*

Namnförtydligande: _____





Rapport enligt lex Sarah (14 kap. 3-6 §§ SoL samt 23 e och 24 b-e §§ LSS) om missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande

Dnr. KFKS 2020/1200

Rapporten avser:

- Missförhållande
 Påtaglig risk för missförhållande

Beskrivning av missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande:

Medarbetare kom till arbetet med förkylningssymtom och arbetade i sju timmar. Hög smittorisk för kunder och medarbetare i verksamheten.

Tänkbara orsaker:

Troligen otydlig kommunikation från ledningen. Svårighet i att fatta beslut då operativa ledningen inte var på plats.

Konsekvenser:

Att kunder och övriga medarbetare utsätts för Covid-19 smitta. .

Vidtagna åtgärder:

- 201217 Rapporten enligt Lex Sarah upprättad av undertecknad chef
- 201217 Information till gruppen om pågående sjukdom
- 201217 Kontakt med smittskyddsläkare om eventuella åtgärder

Rapporten upprättad av:

Namn: Nina Regetti

Titel: Verksamhetschef Natt- och larm

Arbetsställe: Larmpatrullen

Datum: 201217



Utredning lex Sarah

Dnr: KFKS 2020/1200

Utredningen avser

- Missförhållande
 Påtaglig risk för missförhållande

Datum rapport 201217	
Utredning inledd (datum) 201217	Utredning inledd av (namn och befattning) Nina Regetti, verksamhetschef
Lagrum <input checked="" type="checkbox"/> SoL <input type="checkbox"/> LSS	

Utredningen berör

Verksamhetens namn Natt- och larmpatrull	
Ansvarig chef Nina Regetti	Rapporten upprättad av Nina Regetti

Beskrivning av vad missförhållandet (eller risken för) har bestått av

Medarbetare kom till arbetet med förkylningssymtom och arbetade i sju timmar. Hög smittorisk för kunder och medarbetare i verksamheten.

Beskrivning av vilka konsekvenser det har fått (eller kunde ha fått) för den enskilde

Några medarbetare blev sjuka i Covid19.
 Undertecknad har ej kännedom om att någon av kunderna blivit smittade.

När missförhållandet (eller risken för missförhållandet) har inträffat

Den 201212.

När missförhållandet (eller risken för missförhållandet) uppmärksammats

Den 201217 meddelar medarbetare i Larmpatrullen att hen är Covid19 positiv.

Tänkbara orsaker

Troligen otydlig information ut i verksamheten.

Namn: Nina Regetti

Titel: Verksamhetschef

Datum: 201217



Om det har inträffat tidigare och i så fall varför det har inträffat igen

Utredande chef har ej kännedom om att medarbetare vid natt och larmpatrullen avvikit från att följa rutinen och riktlinjer från Folkhälsomyndighet eller övriga myndigheter tidigare.

Bedömning av om något liknande skulle kunna inträffa igen

Det finns väldigt litet utrymme för att liknande skulle kunna ha instäffat igen.

Namn: Nina Regetti

Titel: Verksamhetschef

Datum: 201217

Omedelbara åtgärder

(vad, av vem och när)

201217 Rapporten enligt lex Sarah upprättad av undertecknad chef.

201217 Verksamhetschef kontrollerar vilka arbetspass berörd medarbetare haft.

201217 Kontakt med smittskyddsläkaren i Region Stockholm av undertecknad chef.

Övriga åtgärder

(vad, av vem och när)

201217 -- 210121 Undertecknad chef har utredande samtal med berörd medarbetare som arbetat 11-12 december och med de medarbetare som arbetat tillsammans med hen.

Övrigt som framkommit i utredningen

Inga kunder blev smittade.

Verksamhetschef har kontakt med organisationens MAS och får rådet att ringa smittskyddsläkaren för information om händelsen och beslut om ev åtgärder. I kontakt med smittskyddsläkaren säger läkaren att smittspårning ej sker inom hemtjänst, därav ska ingen smittspårning göras.

Vid samtal med berörd medarbetare så har denne arbetat både de 11 och 12 december. Medarbetare säger att hen kände sig frisk och inte haft några symptom. Den 12 december jobbade medarbetaren kvällspass och kände trötthet. Hen frågade då en annan medarbetare om denne skulle kunna ta arbetspasset i stället men kollegan kunde inte.

Nästkommande dag, den 13 december, mår medarbetaren inte bra och beställer Covid19-test hem. Den 17 januari meddelar medarbetaren att hen är Covid19 är positiv.

Vid samtal med de andra medarbetarna så framkommer att en uppmärksammat att kollegan hostat. Den kollega som arbetade sista kvällspasset har inte alls upplevt att kollegan haft några symptom annat än att hen varit trött. Hen kopplade inte ihop tröttheten med att kollegan var på väg att bli sjuk. En tredje medarbetare har påtalat att kollegan borde gå hem om denne inte mädde bra men då fått till svar att hen orkar jobba och ska känna efter hur det känns. Ingen har tänkt att tröttheten kunde vara tecken på att hen började bli sjuk.

I och med pandemin har informationen från Folkhälsomyndigheten och övriga myndigheter varit tydlig om att man ska stanna hemma vid minsta symptom. Information fördes över till samtliga



medarbetare via email och vid möten. I rutin från MAS 200526 framgår att vid uppkomna symptom på arbetsplatsen skall medarbetare lämna arbetsplatsen omedelbart.

Det har inte gått att utreda varför berörd medarbetare eller hans kollegor inte har tänkt tanken på att medarbetaren kunde vara smittad.

Utredande chefs sammanfattning och bedömning

Det är svårt för mig att dra slutsats om medarbetaren hade symptom när medarbetaren var i tjänst den 201211-201212, då medarbetaren själv upplever att hen var symptomfri. Medarbetarens kollegor har olika uppfattningar också. Medarbetaren upplevde dock trötthet och två av medarbetarna säger också att de upplevde att kollegan var trött. Min bedömning är att det inte går att utreda vidare då ord står mot ord. Däremot är riktlinjer tydliga och trötthet är en symptom vid Covid 19 enligt 1177.se

Fattade beslut

Beslut	Ansvar (namn)	Klart datum
Kontinuerlig information om att stanna hemma vid minsta symptom i veckobrev samt vid morgonmöte	Nina Regetti	pågår

Namn: Nina Regetti

Titel: Verksamhetschef

Datum: 210128



Kvalitetsutvecklare/-utredares bedömning

Min bedömning är att händelsen har inneburit en påtaglig risk för missförhållande för de kunder som medarbetaren träffade under sina arbetspass men inte så pass allvarligt så det motiverar en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo).

Utredningen visar att det funnits brister i informationen runt symptom och hur viktigt det är att information som används måste vara komplett och tydlig. I detta fall har inte alla uppmärksammat att trötthet är ett av de symptom som finns.

Det är viktigt att verksamheten kompletterar informationen och säkerställer att alla medarbetare har rätt information om symptom. Verksamheten behöver också arbeta vidare med vikten av att medarbetarna kontaktar arbetsledning vid frågor för att få råd och stöd även helger och kvällar. I en sådan situation som nu råder är det viktigt att alla är extra lyhörda på symptom och att man ger stöd till varandra. En kontakt med arbetsledningen skulle i detta fall troligtvis gjort att medarbetaren åkt hem och inte arbetat sista arbetspasset.

Beslut

Ärendet avslutas

Namn: Eva Persson

Titel: Kvalitetsutredare

Datum: 2021-01-21

lex Sarah - Anmälan av allvarligt missförhållande/påtaglig risk för allvarligt missförhållande

Uppgifter	
Avsändarens diarienummer	5488
Anmälan avser	Ett allvarligt missförhållande
Anmälan görs av	Enskild verksamhet
Enskild verksamhet	Vardaga Nytida Omsorg AB
Kontaktperson	Kristina Alexandersson
Titel/funktion	Kvalitetsutvecklare
Arbetsplats	Ambea
Utdelningsadress	Evenemangsgatan 21 Box 1565
Postnummer	171 29
Postort	Solna
Telefonnummer	+46 733775121
E-post	kristina.alexandersson@ambea.se
IVOs avdelning	Öst – Stockholm
Var och när har det allvarliga missförhållandet inträffat eller den påtagliga risken för ett allvarligt missförhållande förelegat.	
Enhet/avdelning	Villa Båthöjden
Typ av verksamhet	Äldreomsörg Särskilt boende
Postnummer	133 43
Postort	Saltsjöbaden
Telefonnummer	+46 734367947
Ange när det inträffade	2020-12-22
Veckodag och klockslag	Tisdag, kl 03:00

Berörda enskilda har underrättats om anmälan gällande det allvarliga missförhållandet eller den påtagliga risken för allvarligt missförhållande. **Ja**

Beskrivning

Kortfattad beskrivning av det allvarliga missförhållandet eller risken för ett allvarligt missförhållande och konsekvenserna för den enskilde

En boende faller efter att ha fått lite nattmål av nattmedarbetare och de gått för att hjälpa annan boende. Den enskilde blir liggande med skador i ansiktet tills dess att medarbetarna blir kontaktade och kommer till den enskildes undsättning. Ambulans tar den enskilde till slutenvården för undersökning av skadorna, vilket är fysiska konsekvenser för den enskilde.

Beskrivning av verksamhetens organisation och bemanning

Verksamheten har 56 lägenheter fördelat på sex avdelningar. Ev avdelning har inriktning för samatik och övriga fem har inriktning demens. Nattmedarbetarna arbetar mellan 20.50 -07.05 och de fördelar sig genom att vara två per våningsplan men hjälps åt över hela huset.

Vid händelsen var fem avdelningar öppna (en stängd pga minskad beläggning i Covid-tider). Det var för stunden 11 tomma lägenheter, nio på stängs avdelning och övriga på andra avdelningar.

Uppgifter om personalens utbildning, tjänstgöringstid och anställningsform på den berörda enheten

Under natten var det tre ordinarie medarbetare och en vikarie.

Åtgärder som har vidtagits eller planeras i verksamheten för att förhindra att liknande missförhållanden inträffar igen

Individuella samtal med alla nattmedarbetare direkt i anslutning till händelsen. Obligatoriskt nattmöte där man tillsammans reviderar rutinen för tillsyn på natten. Gruppchef säkerställer att genomförandeplanerna är uppdaterade. Verksamheten implementerar den reviderade natrutinen. Verksamhetschef planerar in tid för kontroll av efterlevnad av natrutinen. Regelbundet uppföljning på kommande nattmöten

Bilagor

Slutförd utredning enligt 14 kap. 6 § SoL

Utredning med ställningstagande Villa Båthöjden.pdf

22 januari 2021

Villa Båthöjden Nacka Dnr: 5488

Vidare utredning	Jag vill rapportera ett missförhållande/påtaglig risk för missförhållande
Händelsen rapporterades	2020-12-21
Händelseförlopp och Konsekvenser	<p>Vid klockan 03 var två boende i vardagsrummet på avd Gåsö. De fick serverat nattmål. Uppskattningsvis efter ca 15-20 minuter lämnar personalen de båda boende utan tillsyn på avdelningen.</p> <p>Vid klockan 04 blir nattkollega uppringd av sos-alarm och hen går direkt ner till medarbetaren som nu befinner sig på Älgö och frågar efter var boende 1 är, och berättar att hen fallit. Båda beger sig till Gåsö.</p> <p>De finner den boende på golvet i korridoren vid lägenhet 113.</p> <p>Boende hade fallit och slagit upp sår i ansiktet. Boende blöder från ansiktet. Medarbetaren får stöd av 112 via telefon under hela förloppet. Ambulans kommer cirka 05.00 och tar med den boende till sjukhus.</p>
Den enskilde/patientens upplevelse	<p>Under händelseförloppet är den boende vid medvetande, jämrar sig och svarar på tilltal.</p> <p>Den boende avled i plötsligt hjärtstopp i samband med röntgen på sjukhuset och kan därför inte redogöra upplevelsen i efterhand.</p>
Information till berörda	<p>Närstående informerades av sjuksköterska från mobilt team att den boende skickats in till sjukhus.</p> <p>E-post för information till uppdragsgivare Nacka kommun Elisa Reinikainen MAS samt Carina Smith</p> <p>Kvalitetsutvecklare ansvarig för SoL</p>
Rapporterat av	Annika Sillian, verksamhetschef
Redogörelse personal	<p>Medarbetare 1 kommer till avdelningen Gåsö cirka klockan 03.00. Boende 1 och boende 2 sitter uppe i vardagsrummet i soffan och samtalar tillsammans. Medarbetaren erbjuder sänggång med de avböjer. Erbjuder dem då nattmat vilket de båda tackar ja till. Serverar dem smörgås och dricka.</p> <p>Medarbetaren lämnar därefter avdelningen efter ca 15-20 minuter för att gå till Älgö där annan boende är uppe och</p>



orolig och vandrar runt. Ännu en boende vaknar och tas om hand.

Medarbetare 2 redogör för att hen blir uppringd av sos-alarm vid klockan 04.00. De uppger att de blivit uppringda av boende 3 till boende 1 som meddelat att hen fallit.

Medarbetare 2 har under hela händelseförloppet sos-alarm i telefon. Medarbetare 2 går direkt till medarbetare 1 som befinner sig på avdelning Älgö. Medarbetare 1 och 2 beger sig skyndsamt till avdelning Gåsö.

Boende 1 ligger på golvet i korridoren utanför boende 3 som var den som larmade sos-alarm. Rollator finns bredvid.

Medarbetare 2 tar hand om boende 1 med stöd och handledning av sos-alarm. Boende 1 blöder i ansiktet från munnen. Medicinlistan går igenom. Ambulans är väg.

Boende 1 jämrar sig, svarar på tilltal och är vaken.

Ambulans kommer vid cirka klockan 05.00.

Arbetets utförande

Det framkommer i riskbedömning att boende 1 har fallrisk.

Det framkommer i hälsoplan att boende är uppegående med rollator. Behöver påminnas om att använda den. Inga fall sedan inflytt i juli 2020.

Det framgår inte av genomförandeplan hur tillsyn natttid ska ske samt hur ofta.

Bedömning av orsaken till händelsen

I samband med händelsen framkommer att medarbetaren lämnat avdelningen ca 40-45 minuter. Det går dock inte att utesluta att fallet helt hade kunnat elimineras då fallrisk förelåg.

Med anledning av inträffad händelse har verksamheten uppmärksammat ett behov av att se över nuvarande nattrutin.

Under nattmötet framkommer osäkerhet hos vissa medarbetare hur de ska röra sig i verksamheten samt hur de ska kommunicera med varandra.

Tidigare liknande händelser? Inga kända fall.

Bedömning av risker

Efter vidtagna åtgärder så minimeras risken att liknande händelser upprepas, men kan inte helt elimineras.

Åtgärder

1. Individuella samtal med all nattpersonal som arbetade vid händelsen.

vardaga

2. Obligatoriskt nattmöte för alla nattmedarbetare där vi tillsammans reviderade rutin för tillsyn nattetid.

3. Gruppchefer säkerställer att genomförandeplanerna uppdateras

4. Implementera rutin för tillsyn nattetid för att säkerställa att tillsyn sker enligt genomförandeplan och för att minimera tid då boende lämnas utan tillsyn.

5. Planera in tillsyn av chef nattetid för att säkerställa att rutin efterlevs.

6. Uppföljning regelbundet vid nattmöten

Tidsplan och ansvar

1. Genomfört 2020-12-22: Verksamhetschef och enhetschef och gruppchef ansvarar.

2. Genomfört 2020-12-28 Verksamhetschef ansvarar. Följs upp på nattmöte 2021-02-17 samt kvalitetsråd 2021-01-13 samt APT 2021-01-26.

3. Påbörjade 2020-12-28 verksamhetschef och enhetschef ansvarar. Uppföljning fortlöpande.

4. Påbörjas vecka 2 av verksamhetschef och enhetschef och uppföljning fortlöpande.

5. Uppföljning vid nattmöte 2021-02-17 samt 2021-04-21

Information till personal

Berörda nattmedarbetare fick information 2020-12-21 muntligt via telefon.

Datum:

2021-01-25

Annika Silljan

Verksamhetschef/utredare

vardaga

Ställningstagande av
anmälningsansvarig

Av utredningen framkommer det att medarbetarna brustit i att ha tillsyn över avdelningen under en tid på natten. Den enskilde har vid händelsen inte kunnat förmedla sig utan legat en tid, skadad på golvet. Den enskilde hade kunnat falla även om medarbetarna varit på avdelningen.

Dock kan det inte uteslutas att tiden som den enskilde fick ligga på golvet efter fallet bidrog till de allvarliga fysiska konsekvenser och därför bedöms händelsen som ett allvarligt missförhållande enligt 2 kap. 3 § SOSFS 2011:5 och är därmed anmälningspliktig enligt 6 kap. 1 § SOSFS 2011:5.

De bakomliggande orsaker till händelsen bedöms vara att medarbetarna på natten upplevt att det varit otydligt hur de ska fördela sig på avdelningarna och cirkulera i huset. Det var heller inte tydligt i genomförandeplanen hur den enskilde skulle få sitt stöd och tillsyn under natten.

Verksamheten visar på att de vidtagit omedelbara åtgärder och åtgärder på kort- och lång sikt för att förhindra liknande händelse.

Ställningstagande
Vårdskada/Missförhållande

Allvarligt missförhållande

Datum: 2021-01-25



Kristina Alexandersson
Kvalitetsutvecklare/
anmälningsansvarig

lex Maria - Anmälan av allvarlig vårdskada/som kunnat medföra allvarlig vårdskada

Vårdgivare	
Vårdgivare	
Vårdgivarens organisationsnummer	556492-9148
Vårdgivarens organisationsnamn	Vardaga Graniten AB
Vårdgivarens utdelningsadress	Evenemangsgatan 21 Box 1565
Vårdgivarens postnummer	171 29
Vårdgivarens postort	Solna
Vårdgivarens e-postsadress	kristina.alexandersson@ambea.se
Vårdgivarens diarienummer	2834
IVOs avdelning	Öst - Stockholm
Anmälaren	
Anmälarens förnamn	Kristina
Anmälarens efternamn	Alexandersson
Anmälarens telefonnummer	+46 733775121
Anmälarens e-postadress	kristina.alexandersson@ambea.se

lex Maria - Anmälan av allvarlig vårdskada/som kunnat medföra allvarlig vårdskada

Händelse	
Händelse som...	har medfört allvarlig vårdskada
Namn på verksamhet som anmälan gäller	
Verksamhet - 1	
Verksamheter som anmälan gäller	Saltsjöbadens Sjukhus
Verksamhetsområde	Äldreomsorg
Verksamhetstyp	Korttidsboende (ÄO)
Namn på vårdenhet	Saltsjöbadens sjukhus Utsikten
Period	
Datum då händelsen inträffade eller för inträffat händelseförlopp	Från 2020-12-20 till 2021-01-03
Datum då händelsen uppmärksammades	2021-01-03
Datum då händelsen rapporterades	2021-01-05
Patientens eller patienternas personnummer och namn	
Konsekvens av händelsen	
Kortfattad beskrivning av konsekvenserna eller möjliga konsekvenser för patienten eller patienterna	Nedsatt allmäntillstånd efter Covid infektion och smärtor av upptäckt revbensfraktur, troligen efter fall 25/12-20
Konsekvens	Övergående men
Riskområde	Fallskada
Händelseförlopp	
Sammanfattning av händelseförloppet	Den 25/12 förmedlar den enskilde till en undersköterska att han fallit. Undersköterskan dokumenterar detta som en information till sjuksköterskorna. Den tjänstgörande sjuksköterskan

noterar inte anteckningen och undersöker inte den enskilde vid tidpunkten. Träffar dock den enskilde vid flera tillfällen efteråt och noterar inget ovanligt. Den enskilde försämras i sitt allmäntillstånd pga pågående Covidinfektion och sjuksköterskorna följer den enskildes utveckling med vitalparametrar och vätskekontroll. Sjuksköterkorna har ingen kontakt med läkare under perioden för eventuella nya ordinationer. Läkaren ska komma till verksamheten för "rond" den 4/1 (23/12 har verksamheten kontakt med läkaren) men de närstående tar hem den enskilde den 3/1 pga oro för hans hälsa. Närstående tar den enskilde till sjukhus och röntgen där man finner revbensfraktur.

Arbetsprocess - 1

Arbetsprocess/aktivitet	Dokumentation
Typ av felhändelse	Fördröjd
Bakomliggande orsaksområde	Kommunikation och information
Åtgärd	Administrativ barriär
Typ av åtgärd	Strukturering av kommunikation

Arbetsprocess - 2

Arbetsprocess/aktivitet	Informationsöverföring
Typ av felhändelse	Utebliven
Bakomliggande orsaksområde	Kommunikation och information
Åtgärd	Administrativ barriär
Typ av åtgärd	Strukturering av kommunikation

Arbetsprocess - 3

Arbetsprocess/aktivitet	Undersökning
Typ av felhändelse	Utebliven
Bakomliggande orsaksområde	Kommunikation och information
Åtgärd	Symbolisk barriär
Typ av åtgärd	Visuella eller andra varningssignaler

Huvudansvarig för att samtliga åtgärder vidtas Verksamhetschef Linda Wetterberg

Slutdatum när samtliga åtgärder ska vara vidtagna 2021-02-10

Huvudansvarig för uppföljning av samtliga åtgärder Verksamhetschef Linda Wetterberg

lex Maria - Anmälan av allvarlig vårdskada/som kunnat medföra allvarlig vårdskada

Övrig information	
Hur hälso- och sjukvårdspersonalen har informerats eller ska informeras om vårdgivarens analys och bedömning av händelsen i syfte att bidra till lärande och ökad patientsäkerhet	Verksamhetschefen har veckovis sedan händelsen informerat om åtgärderna och följt dem tillsammans med leg personal och respektive avdelning teammöten där hela teamet tar del av händelsen och åtgärderna. Vidare har verksamheten Kvalitetsråd varje månad där verksamhetschefen tar händelsen och åtgärderna med medlemmarna i rådet.
Patientens beskrivning och upplevelse av händelsen	Den enskilde har inte lämnat sin beskrivning. Däremot har närstående lämnat sin redogörelse och haft kontinuerlig kontakt med verksamhetschefen.
Har en medicinteknisk produkt varit involverad i händelsen?	Se bifogad fil.
Har rapporterad händelse helt eller delvis sitt ursprung i en annan vårdgivares verksamhet?	Nej
Har läkemedel varit involverat i händelsen?	Nej

lex Maria - Anmälan av allvarlig vårdskada/som kunnat medföra allvarlig vårdskada

Bilagor	
Kopia av patientens eller patienternas journal(er) för Bakgrundsfakta aktuellt vårdtillfälle i de delar som är relevanta för utredningen	Hälsoplan Covid 3 feb Saltsjöbadens sjukhus.docx Redogörelse ssk.1.docx.docx Redogörelse ssk 2.docx Redogörelse ssk 3.docx Redogörelse ssk 4.docx Redogörelse ssk.5.ocx.docx
Vårdgivarens utredning	
Tillämpliga rutiner eller övriga handlingar som är relevanta för utredningen	Närståendes redogörelse för på Vardaga utsikten.docx



Saltsjöbadens sjukhus Dnr: 2834

Vidare utredning
Händelsen
rapporterades

Jag vill rapportera en vårdskada/risk för vårdskada
2021-01-05

Händelseförlopp och
Konsekvenser

På enheten Utsikten finns 9 korttidsplatser för personer med demenssjukdom.
2020-12-20 konstateras den boende covidpositiv och vårdplan för covid upprättas av ssk och vitalparametrar följs.
Har febertoppar och blir trött och äter mindre. Under sjukdomsförloppet trött, orkeslös och mindre självständig i förflyttning och behöver särskilt de sista dagarna av vistelsen mer hjälp med ADL. Klarar inte alltid att äta själv utan behöver matas av personal.

Anhöriga känner oro för s hälsa och tar hem honom en dag tidigare än först planerat. Vid utskrivning har feber och orkar inte gå utan får förflyttas med rullstol.

Vid hemkomst uppmärksammar anhöriga 1) märke och utbuktning vid höger revbensbåge. Det visar sig senare på rtg vara revbensfraktur. 2) handflatestor rodnad/mörkt område baktill över sacrum, inte sår utan hel hud. 3) anhöriga känner sig inte trygga med att under vistelsen fått i sig tillräckligt med kalorier utifrån vad som är rekommenderat vid covid-19.

Anhöriga har samtal med ssk per tel och begär också kopior på journal och vätskelistor vilket de får.

Efter utskrivning kontaktar anhöriga ssk för att meddela att skickats in till sjukhus (akuten SÖS och senare till geriatrik/Löwenströmska).

Anhöriga önskar samtal med läkare vilket sker den 4/1
Anhöriga önskar samtal med Vc vilket sker den 7/1.

Vc förmedlar löpande till anhörig hur arbetet med utredningen fortskrider. Redogörelser från berörd omsorgspersonal kan inhämtas av Vc den 12/1 och nedtecknas i utredningen. Pga sjukskrivning och semester kan redogörelser fr berörda legitimerade sjuksköterskor först sammanställas den 26/1, dessa redogörelser bifogas till utredningen.

Utifrån samtal med anhörig får Vc information om s mående under sjukhusvistelsen samt att han blivit utskriven från geriatrisk avdelning till hemmet.

Den enskilde/patientens
upplevelse

Då har vistats på sjukhus har hans upplevelse inte kunnat tas med i utredningen. Dock har samtal med hans anhöriga skett x flera för att få en bild av vistelsen och omsorgen från deras perspektiv.

Information till berörda

7/1 Vc kontaktar närstående/svärdotter, Mas/Vardaga samt MAS/Nacka kommun per tel för att informera om påbörjad utredning och att vc kommer att återkoppla under nästkommande vecka (vecka 2).



Rapporterat av Linda Wetterberg, verksamhetschef

Redogörelse personal 1) Synpunkt fr anhöriga: anhöriga har inte fått information om något fall under vistelsen. Sonen sänder bilder till ssk på ett märke på ena sidan om ryggen, likande bananform. Handflate stort. Det smärta kraftigt enligt sonen. Pappa har skrikit av smärta.

Svar på synpunkt/skriftlig dokumentation: det finns ingen fallrapport upprättad under vistelsen men i "Rapport Hälso-och sjukvård" 2020-12-25 kl. 05:40 har usk noterat "han haltar lite när han går, säger själv att han hade ramlat". Utöver detta finns inget ytterligare dokumenterat om ett ev fall eller smärta utav ett ev fall.

2020-12-26 uppger att han har ont i knän och ben. ssk kontaktas och är Alvedon mot smärta.

2020-12-27 uppger att han har ont i fötterna.

31/12 + 1/1 har anhöriga varit på besök och i samtal med personalen har inte heller anhöriga tagit upp att uttryckt annan smärta till dem.

Svar på synpunkt/Redogörelse personal:

2020-12-26 uppger att han har ont i knän och ben och usk kontaktar ssk. Vid detta tillfälle noterar usk att har svårare att ta sig ur sängen och frågar då om han har ont någon annanstans (utöver benen som han har återkommande smärta ifrån) och svarar då "nej men det brinner i knäna".

2020-12-26 har duschat (med hjälp) och inget tecken fanns då på smärta fr revbenen/sidan. kunde stå med gåbord och gick med stöd av en person till och från badrum.

25+26/12: har gått till och från toaletten med stöd av en person. Suttit uppe i fåtölj i det egna rummet.

31/12: suttit uppe i fåtölj i rummet, hustrun var på besök. Gick till och från toalett med stöd av en person. Hjälpt med av-påklädning av en person.

1/1: gick till och från toalett med stöd av en person. Suttit uppe i sin fåtölj på rummet.

2/1: suttit på sängkant, ej orkat gå utan får hjälp med hygien i sängen. På em får besök av sin son och enligt sonen så har gått 2 m med honom.

3/1: ej kunnat gå till toaletten utan fått skötas i sängen. På morgonen konstateras att har feber och usk informerar ssk. Ssk ringer sonen och meddelar att har feber.

Den 3/1 lämnar avdelningen och gruppchef hjälper tillsammans med sonen honom att sätta sig i rullstol samt ta på jackan. Vid det tillfället uppger inte någon smärta fr sidan/revbenen och kan enligt gruppchef också lyfta armarna för att få på sig jackan.

2) Synpunkt fr anhöriga: Tryckmärken i sacrum, ev handflate stora. Mörka partier som skulle kunna bero på nyligen uppkommen tryckskada eller



äldre mörka partier efter äldre sår. Även där svårt att avgöra enligt bilden. Hel hud enligt sonen.

Svar på synpunkt/skriftlig dokumentation: finns inget i den skriftliga dokumentationen gällande mörka partier i sacrum.

Svar på synpunkt/redogörelse personal: Ingen av personalen har noterat att det uppkommit en rodnad/mörkt parti vid sacrum. Enl ssk går det inte att fastställa när det uppkommit och huden är hel. Då personal inte noterat detta har inte heller anhöriga kunnat informeras.

3) Synpunkt fr anhöriga: sonen har gått in och läst om Covid-vård och vidhåller att deras far inte fått vård och omsorg här på Saltsjöbaden på ett korrekt sett.

För lite mat och dryck. För låga vätskemängder och för lågt kaloriintag under vistelsen.

Svar på synpunkt/skriftlig dokumentation: när positivt covid-test konstateras 2020-12-20 upprättar tjänstgörande ssk vårdplan utifrån covid innehållande vitalparametrar som ska följas, temp/saturation/puls/andningsfrekvens. Vätskelista sätts in.

25/12 ssk noterar pigg och alert, äter och dricker u a.

26/12 usk noterar äter mindre, blir matad äter halv portion. Dricker mindre.

27/12 ssk noterar mår bra m stabila parametrar.

27/12 -29/12 usk noterar om sömn (god), fått Alvedon för feber.

1/1 usk noterar att inte äter själv utan behöver matas för att få i sig annars somnar han om. Äter lite yoghurt till frukost och mindre än en halv portion till middag.

2/1 usk noterar att inte ville äta mycket till lunch, en tallrik yoggi + en näringsdryck.

3/1 ssk noterar att sonen önskar ta hem har temp 38.2 och är trött och orkeslös.

3/1 ssk dokumenterar en summering över antal ml intagit perioden 22/12 - 3/1 (till utskrivning).

Enligt usk på avdelningen har det alltid funnits tillgång till näringsdryck men det är inte alltid som tagit emot utan hellre druckit annan vätska.

3/1 Ssk skriver ut journal Hälso- och sjukvård samt tar kopia på b-glucos och vätskemätning och ger till sonen.

Sonen efterfrågar matlista och ssk ger info om att vätskelista är insatt enligt rutin men ingen matlista.

Sonen önskar samtal med läkare, läkare kontaktar son per tel den 4/1.

7/1 Social journal skrivs ut och skickas med bud hem till hustrun, enligt ökning med närstående.

Gällande redogörelser från legitimerad personal/sjuksköterskor som har tjänstgjort under perioden 27/12 - 3/1 se bilaga.



Arbetets utförande

- 1) Ingen personal har sett att [redacted] har ramlat. Det finns en notering att vid ett tillfälle haltat och att han då till usk uppgivit att han ramlat.

Enligt redogörelse fr avdelningspersonal har [redacted] under vårdtiden inte sagt att han har ont i sidan/ryggen el annat som tytt på revbensskada. Usk har kontaktat ssk vid ett par tillfällen under vistelsen för att [redacted] uppger smärta i fötter och knän men någon specifik uppföljning från ssk av det fall som [redacted] uppger ha inträffat görs inte.

- 2) Vc har haft samtal med samtliga av tjänstgörande avdelningspersonal men ingen har lagt märke till tryckmärket i sacrum. Det är svårt att avgöra när i tiden märket uppkommit.

- 3) Det finns dagliga noteringar kring parametrar och vätskeintag. [redacted] har haft enstaka febertoppar men i stort utan feber för det mesta. Beskrivits som trött. Har fått i sig cirka en liter dryck dagligen både vatten och näringsdryck. Under ett dygn 600 ml som minst men övriga dagar över 1000 ml vid flera tillfällen. Läkare har bedömt [redacted] den 23/12 och ssk har under vistelsen bevakat vitalparametrar, insatt vätskelista och B-glukoskurva. Ingen av dessa parametrar har föranlett ytterligare läkarkontakt. Avd personalen har informerat till ssk att [redacted] äter sparsamt och näringsdryck har satts in.

Utifrån den skriftliga Hälso- och sjukvårdsdokumentationen kan konstateras att tjänstgörande sjuksköterska from den 27/12 fram till utskrivning den 3/1 inte i tillräcklig omfattning bedömt eller följt upp patientens hälsotillstånd. [redacted] har under senare delen av sin vistelse ätit mindre och blivit mer orkeslös. B-glukos och vätskeintag har följts upp men det går inte att utläsa om det är sjuksköterska som ordinerat näringsdryck och ej heller att någon sjuksköterskebedömning av [redacted] har gjorts och därmed har det inte heller kunnat säkerställas att relevanta insatser blivit utförda. De redogörelser som inlämnats av tjänstgörande sjuksköterskor har kompletterat den skriftliga dokumentationen till viss del men ändock kan det konstateras att följande brister i arbetets utförande kan identifieras:

- otillräcklig uppföljning av sjuksköterska gällande det fall som uppger har inträffat till undersköterska den 25/12 och som undersköterska dokumenterar i "Rapport Hälso- och sjukvård" för sjuksköterska att ta del av. Informationen till sjuksköterska skulle ha lett till att sjuksköterska snarast möjligt gör en egen bedömning av [redacted] och om huruvida fallet kan ha orsakat någon skada. Att denna bedömning har gjorts kan inte styrkas av varken skriftlig dokumentation eller av sjuksköterskas redogörelse.
- otillräcklig sjuksköterskebedömning av patienten under perioden 27/12-3/1 vilket kan ha försenat alt förhindrat att ytterligare Hälso- och sjukvårdsinsatser kunnat sättas in för att säkra vården och omsorgen av [redacted]
- Sjuksköterskans informationsöverföring gällande [redacted]



hälsotillstånd till ansvarig läkare har ej varit tillräcklig gällande uppföljning av nutrition. Detta kan ha förhindrat att ytterligare Hälso- och sjukvårdsinsatser inte har satts in/ordinerats för att säkra vården och omsorgen av

Bedömning av orsaken till händelsen	<p>Vid tillfället för s vistelse hade verksamheten 15 st boende med konstaterad covid-19. Under december var också sjukfrånvaron högre bland personal än brukligt (8,2%).</p> <p>Så situationen kan konstateras ansträngd.</p> <p>I sina respektive redogörelser uppger omsorgspersonal och sjuksköterskor att detta inte ska ha hindrat dem från att ha kunnat upprätthålla de rutiner som finns i verksamheten men utifrån vad som framkommit i utredningen kan konstaterats att alla relevanta och befogade insatser gällande vården och omsorgen om inte har satts in under hans vistelse här.</p>
Tidigare liknande händelser?	Nej
Bedömning av risker	Utifrån de åtgärder som kommer att genomföras med anledning av som framkommit i denna utredning anses risken för att något liknande ska kunna inträffa igen som låg.
Åtgärder	<p>Säkerställa följsamhet till verksamhetens befintliga rutin vilken innefattar att tjänstgörande sjuksköterska direkt får information om att en boende kan ha ramlat och därefter agerar utifrån den informationen. Även om inte avdelningspersonalen själva hört el sett fallet. Om en patient uppger att hen ramlat ska ssk meddelas och ssk ska skyndsamt träffa den boende och bedöma om ev. skada och om ev. åtgärd behöver vidtas. Oavsett om skada kan identifieras el ej eller om åtgärd behöver vidtas el ej ska bedömningen dokumenteras.</p> <p>Säkerställa följsamhet till verksamhetens befintliga rutin vilket innefattar att det dokumenteras i social journal vid förändringar i den boendes mående (ADL, förflyttning m m) samt att vid dusch/omvårdnad hålla särskilt koll på områden där det lätt uppstår tryck och direkt meddela ssk om något upptäckts.</p> <p>Detta för att snabbt kunna vidta åtgärder för att hindra uppkomst av skada (såsom tex ett trycksår) och därtill för att kunna ge anhöriga fullständig information om hälsoläget så att de kan känna sig trygga med den vård- och omsorg som ges.</p> <p>Säkerställa att verksamhetens befintliga rutin efterföljs innebärande att relevanta bedömningar av sjuksköterska görs för att säkra vården och omsorgen om den enskilde samt att samtliga insatser som görs för den enskilde dokumenteras i Hälso- och sjukvårdsjournal.</p> <p>Säkerställa följsamheten till verksamhetens befintliga rutin gällande informationsöverföring från sjuksköterska till läkare så att läkare ska erhålla relevant information och utifrån den ges förutsättningar att ta beslut om</p>



de medicinska ordinationer som kan anses vara befogade utifrån den enskildes hälsotillstånd.

Tidsplan och ansvar

Ovan beskrivna åtgärder har påbörjats och följs upp löpande, initialt veckovis vid respektive avdelnings teammöte, ansvarig sjuksköterska ansvarar tillsammans med avdelningens gruppchef.

Utvärdering/övergripande uppföljning av åtgärder görs månadsvis vid verksamhetens Kvalitetsråd, verksamhetschef ansvarar.

Uppföljning av dokumentation av Hälso- och sjukvård kommer att ske på månadsvisa sjuksköterskemöten mellan februari-maj, utbildningsansvarig sjuksköterska håller i genomgången och verksamhetschefen deltar och deltar vid utvärdering av resultat.

Information till personal

Vc informerar om gjord utredning för samtliga i arbetsgruppen på avdelning Utsikten den 12/1.

Information om händelsen, genomförd utredning samt resultat av utredning kommer att ges till legitimerad personal vid möte vecka 6.

Utredning och resultat av utredning kommer att redogöras för vid verksamhetens Kvalitetsråd den 10/2.

Datum:

Linda Wetterberg

Verksamhetschef/utredare

**Ställningstagande av
anmälningsansvarig**

Av utredningen enligt 3 kap. 3 § PSL (patientsäkerhetslagen) framkommer att verksamheten brustit i att följa upp en anteckning i "rapport för hälso- och sjukvård" från en undersköterska till legitimerad sjuksköterska där det förmedlas att den enskilde uppger att han fallit. Vidare har verksamheten inte tagit kontakt med läkare för eventuella vidare ordinationer då den enskilde successivt försämras i sitt allmäntillstånd. Läkaren ska besöka den enskilde under "rond" den 4/1 men närstående tar hem den enskilde den 3/1 pga av oro för sin närståendes hälsa. Vid besök på röntgen konstateras revbensfraktur som inte helt kan uteslutas vara från det dokumenterade fallet den 25/12. Konsekvensen för den enskilde är onödigt lidande i form av smärtor.

De bakomliggande orsakerna bedöms vara påverkan av den medicinska belastningen för verksamheten då flera boende insjuknat i Covid vid samma tidpunkt som händelsen. En annan bakomliggande orsak är informationsöverföringsbrist mellan kollegor.

Då den enskilde drabbas av konsekvenser bedöms händelserna sammantaget vara så allvarliga att de anmäls till Inspektionen för vård och omsorg enligt 3 kap. 5 § PSL som allvarlig vårdskada.

Verksamheten har vidtagit och planerat åtgärder för att liknande händelser inte ska ske igen. Verksamhetschefen ansvarar för att dessa åtgärder genomförs, efterlevs och följs upp.

Vårdskada

Allvarlig vårdskada

Datum: 2021-02-04

Kristina Alexandersson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska/ Anmälningsansvarig

KOPIA

Anna Hagelbäck

Från: Registrator VSS
 Skickat: den 14 oktober 2020 20:37
 Till: Registrator Öst
 Ämne: VB: IVO:s tillsyn av äldreomsorgen under covid-pandemin äldreboendet Sarahemmet i Älta / Nacka kommun / Stockholm /
 Bifogade filer: 20201014_142447[1].jpg

m>

ator@ivo.se>

covid-pandemin äldreboendet Sarahemmet i Älta / Nacka kommun /

...kommunikationer inom äldreomsorgen med koppling till covid-19, genomför vi nationella granskningar av verksamheter inom äldreomsorgen. <https://www.ivo.se/tillsyn/ivos-tillsyn-av-aldreomsorgen-under-covid-pandemin/>

Skickades från E-post för Windows 10

Jag arbetade på datum 09-03-2020

under kris runt maj månaden ,de flytta mig till avdelning 1A , från 2a som jag har jobbat ofta ,jag fick besked från Maria.

Jag vägrade inte, tvärtom, jag sa till henne att vi har en kris och jag kommer att ge upp allt jag kan för att rädda boendet , oavsett vilken är fara.

Det var kaos i procedurerna, många anställda personal de har jobbat i olika avdelning samt tid de också har jobbat på avdelning som finns flera boendet de har (korona) , Isolerade avdelning. De som arbetade har inte eller otydlig information om skyddsåtgärderna , till exempel är vi anställda ansvariga för att laga mat, tvätta kläder, ta hand om de skadade och blanda med andra anställda på kontoret i avdelningen , och vi använde samma badrummet ,vi fick inte struktur eller hur vi ska deluppgifter eller skyddade oss själva eller patienter, och varje anställt har gjort vad han eller hon torr .

Jag har pratade med Maria och jag har sagt till henne att jag har jag hade ett förslag /planering / som jag skulle vilja prata med dig om för att skydda patienter och personal men hon har inte reagera alls och gick utan att säga ingenting .

Den 05/06 fick jag besked om att jag skulle jobba men en boende (dam) i 1A och mitt uppgift att jag ska isolerade henne och inte lämna henne att gå ut från hennes rum alls och jag ska inte på något sätt att tillåter henne ska lämna rummet . *går ej att låsa dörren.*

Och jag gjorde det, men jag vart onöjd med det som hänt förfarandet, men jag trodde att chef hade en tillstånd att göra det, men boendet fick stark panik /gråt /skräcka /slå dörren med handen hård / slå dörren med kroppen /hon hade svårt andas / ,och jag gick i hennes rum flera gång och med olika tider och ibland 20 minuter eller 40 minuter för att jag vill att hon ska bli lugnare .(alla personal som har jobbat med mig de vet om det) , Jag pratade med Maria om den här boendet och det här situation och jag har sagt till henne att jag vill gå ut med patienten till innergården och jag kommer att vidta skyddsåtgärder när jag lämnar rummet till innergården och i innergården i när vi ska till backa . *De var ute.*

för att boendet känner illa ,Svaret var ett kategoriskt avslag även utan diskussion

Jag blev i ångest för att jag såg patienten skrika hysteriskt och det här var väldigt farligt eftersom hon redan led av (covid 19) och slog dörren med sin kropp kraftigt eller med händerna.....

Jag hade personligt skydd förkläder på morgonen till cirka kl 22:00 jag har hade och jag kunde inte ta av mig på grund av jag har kontakta med boendet hela tiden

Jag fick inte rast och jag fick inte heller vatten att dricka, men kl 13:00 fick jag en mugg vatten från min kollega (~~Isabelle Linné 0707952680~~), och gick på toaletten en gång.

andra dag jag har skrivet avvikelse till chefen om vad hänt men de har gjort någotingenting.

Samma dag fick jag besked att de ville att jag ska fortsätta arbeta fram till andra dag det betyder ska 24 timmar , och jag kunde inte tas bort över kläder skydd hela dagen eftersom hon försökte hela tiden att gå ut hennes rum .

om nån ska fråga mig varför jag har inte inte vägrade detta , det är svårt att förklara , om nån ska vägrade eller säga nej, kommer de att avsluta ge jobb mer .

Det finns inget möjlighet att säga nej eller när man trött eller känner lite ont t.ex i handen det går inte alls t.ex jag inte varit sjuk under cirka 7 månader .

Det hänt 2020-05-06 .

Och eftersom de inte informerade oss om tydliga instruktioner för att skydda mot infektion, var jag tvungen att skydda från sopp påsa ,utöver andra skyddsåtgärder, för jag var i direktkontakt med patienten och jag ville inte på något sätt överföra sjukdomen till mina kollegor och samtidigt skulle jag inte överge patienterna vård och hjälp .

Jag tänkte inte på mig själv ett ögonblick, mitt mål var att hjälpa patienter under mitt sista ögonblick .

Och jag fotograferade mig själv med en bild för att jag trodde att jag skulle bli smittade , och det kan vara min sista bild, och jag befoga bilden till dig .

Ingen chef besökte oss medan vi arbetade på platsen som vi jobbade , men de kom bara snabbt för att ge oss skyddsmaterialet och lämna Johanna eller Maria .därför fanns ingen möjligt het att diskuteras om vad hänt eller va behöver vi

Efter flera dagar tillät de patienten att lämna rummet, samtid hon sjuk med korona !!!! och jag förstod inte förrän varför de isolerade henne några dagar och efter det låta henne i gå i avdelning och hon samtid förfarande sjuk med covid 19 , och hon fick gå runt och blanda sig med andra som inte har covid 19 .

De sagt för oss att hon kunde vandra på avdelningen, men inte tillåta henne att blanda sig med andra, och hon rörde sig alltid - ingen förstod hur vi kan och på vilken sätt att hinder henne att kontakta med andra som friskaoch varför de isolerade henne och hon hade lidande mycket under några dag ,(vi förstod ingenting).

men kollega (~~Isabelle 0704926465~~) berättade för mig att de använde våld mot en boendet (Inez) för att tvinga henne att duscha ,hon skrek högt för att hon var gammal och inte kunde se och de kasta vatten på henne direkt dar för hon fick panik ,och person som gjorde det

hon heter Eve , en annan anställd hon heter Barghita var närvarande och nästa dag frågade jag Barghita om det händelse att IFY använde våld med henne. , hon svarade att att hon kunde inte göra något för att det jack snabbt ,jag har sagt till henne om jag ska hör igen att IFY använde våld med ~~Isabelle~~ jag ska kontakta chefen direkt .

2020-09-03 jag har anmärkt att lilla mor(boende) hennes magen svullen och finns mycket gas (över luft i magen)som gör magen stor och hård ,SSK vet om det , jag försökte att lämna henne i toa (att hon sitt) cirka 10 minuter och efter det jag gör till henne mages massage cirka 10 minuter ,och det gick jätte bra och blivit mindre ont och hon kunde äta (SSK hon vet om det) ,och när man matta henne man måsta tåla mod och försöka flera gång och alltid gick bra och hon fick näring som hon behöveroch alltid jag hade kontakta med arbetsterapi och SSK varje dag om lilla mor eller om andra och SSK och varit arbetsterapi jätte bra de hjälpte mig alltid och de diskutera med mig och om jag har fråga eller jag behöver tips eller råd de SSK och arbetsterapi det kommer och hjälp mig direkt ,och alltid de försökt att hittade något åtgärd för att boendet de ska känner braSSK Jessica ,och arbetsterapi Maria .

Men jag anmärkte att när jag varit ledighet och efter det jag kommer till jobbet kl 07:15 att ~~Lilla mor~~, hennes blöjan är torr inga kis eller sköta magin, hennes tunga är vitt färgig och hennes läpp är torr och finns sprickor och torr slemhinnor (näsan), och blekt ansikte

det betyder för mig att hon fick inte mat eller drick eller något vätska därför jag har koncentrera mig att mata henne och ge henne något att dricka för att rädda hennes liv och alla mina kollegor de vet om det och SSK.

Den 02-10-2020 kom sjuksköterskan och arbetsterapi Maria och de frågade min kollega IFY om boendet i avdelningen, jag har inte pratade alls men jag lyssna, och IFY gav de fel information om mat och drink angående (~~Lilla mor~~), men efter mötet jag har sagt till IFY att jag kommer att mata henne, Jag var osäker att IFY ska gör det som ska, samtidigt jag vill inte gå till chef (jag säker att hon ska inte lösa eller lyssna), självklart det ska bli mer jobb för mig men jag har inte annan val, hon IFY sa varför bara du ska gör det att mata henne jag har sagt till henne att jag misstänk att ~~Lilla mor~~ fick inte så bra mat, hon blivit mot mig på grund av hon vill att vissa chefen att hon också har gjort någon (spel), för mig spiller inga roll om chef eller annat se, jag gör mitt uppgift och jag ansvarig om boendet, och hopp lös att prata med min kolleger (de tar det i personlig sätt), att ~~Lilla Mor~~ inte fick tillräckligt med mat och jag är mycket orolig för det här ämnet, och jag har sagt till IFY att du gav fel information till SSK och arbetsterapi, efter det jag har sagt att jag ska gå och prata med chefen om det.

chefen hon har kommet och jag har sagt att IFY inte låta mig att mata ~~Lilla mor~~ och jag vill det på grund jag jätte orolig om det, medan jag prata med chefen kommit SSK Jessica, jag har sagt till SSK snälla vänta med oss och jag har sagt till chefen att de också gav boendet dubbel medicin, direkt(chefen) Maria sagt så vi ska inte prata mer om det och jag ska gör en möta, det varit stort fel att SSK lyssna det som de tänka, men med dig spiller inga roll jag vill att chef ska hjälp mig att låsa problemet.

efter det jag gick från plats men jag har sagt till de att NI har inga hjärtat i och gick jag. (själv klart jag inte menar SSK), med hög röst och jag var väldigt spänd och jag sa till chef Maria att jag ska tar en paus. chefen har kommit bakom mig och började ställa en frågor till mig, jag har sagt till henne att de mina kollega, och det finns inget personligt problem men jag är ansvarig för patienternas liv och jag är ingenting bara att rädd deras liv,, och hon sa till mig kan du försätta jobba jag har sagt naturligtvis, detta är inte ett personligt problem utan att det handla om patienten, och hon arbetade under. Och den andra dagen kunde jag inte gå till jobbet eftersom jag tänkte hela natten vad jag skulle göra och hur jag skulle nå hjälp eller till vem jag ska kontakta, och jag kände värme i kroppen och jag har sagt till dem att jag är sjuk och jag behöver behövde vila.

Den 2020-10-05 Maria kommit och sa att hon vill prata med mig, och Johnna, klockan 14:05, och Maria började prata och sa att jag inte litar på mina kollegor och att jag avslöjar information och tre gång hon sa det, och jag förstår inte till vem jag har avslöjar va hänt i samhället !!!! Maria och Johanna de varit väldigt nervösa.

efter det jag har förstår va menar Maria (på grund av jag har pratade fram för SSK).

Johanna varit jätte arg på mig och hon sa att jag har sagt bara ja ja ja hon menar att jag har gjort allt och andra de gört ingenting, jag har sagt till henne snälla jag prata om min uppgift och de vill vände det till personlig,

och cfetr det jag har förklara till henne att Lilla mor fick inte tillräckligt mat eller dricka men hon vänta hennes ansikte mot vägg ...

Jag har sagt att nu det är över och ni vill att jag ska sluta jobb frågan när Ni vill imorgon? Johanna sa `` ja Jag pratar om arbete och de tar det personligen.

jag vill gå ut rummet hon sa att hon betala till mig två veckor fram

Jag har sagt till henne att jag vill inte ha något och hon sanej jag ska betalar till dig.

och under mötas tiden hon har inte frågat alls om boendet !!!!!

de inte låta mig svara eller ropa på min kollega och fråga de fram för chefen men maria sa, nej, nej trots min kollega jobba den här dagen men Johanna sa nej.

Det här är information

2020-03-09 jag fick jobba som timlön .

2020-05-24 de har byte kontrakt till provanställt med 70 %

2020-09-14 de har byte kontrakt till provanställt men med 79,2

och jag har haft full jobb fast och extra jobb under Oktober .

Jag är så ledsen att de förolämpning mig .

Och eftersom jag talade i närvaro SSK ,och chefen anser att jag gjorde ett avslöjande av hemligheter .

Jag ber att inte avslöja mina kollegers namn eftersom de kan få sparkas från jobbet .

ett arbetsintyg jag behöver från min chef under hur jag har jobbat under cirka 7 månader , och om du vill ha mina kollegers vittnesmål för att jag ska försöka arbeta i någon annanstans.

Jag skrev den här informationen för att jag ser stora misstag och de inte seriös alls .

Enligt kontraktet Ni kan ser att de vill att jag ska försatte och de höjda present ,det betyder de nöjda men allt blivit med annat bild på en dag ...!!!!

Jag har skrivet till Er mitt mål är inte att diskrediterar karaktären någon eller jag har ett personligt problem, men jag känner att jag är ansvarig för de sjuka och jag har en princip att hjälp de som nödvändigt

och jag har frågade maria att vi behöver träna och gör öva om ska vi få brand ,3 gånger men hon sa ok ok ,bara och det för mig och andra jätte viktigt (jag har frågade henne under 4 månader en gång i en möta) . och finns annat punkt som de viktig de handla om mat och genomförandeplan Maria sa att måste jag gör det och mitt namn stor på ,jag försökte att undvika gör det ,på grund av de har inte gjort för ettårs och ett halv år ,och vi måste gör det värja 6 månader ,och de gav mig bara halvtimme att gör det som extra tid och när jag har läst det behöver 3 timmer för varje boendet ,hur jag kan gör 2 boendet(vård handlingsplan).....

tack och jag är klart och bered att hjälp med att





Inspektionen för vård och omsorg

BEGÄRAN

2020-10-23

Dnr 3.5.1-49081/2020-2

1(1)

Öst/Socialtjänst 2
Anna Hagelbäck
anna.hagelback@ivo.se

Ersta Diakoni
Box 4619
116 91 Stockholm

8/12

S

Begäran om yttrande

IVO har den 6 oktober 2020 tagit emot en anmälan som gäller Ersta Sarahemmet i Nacka kommun. Enligt anmälan har brukare med befarad eller bekräftad smitta (Covid-19) blivit inlåsta på sina rum 24 timmar i sträck. De har inte fått mat eller dryck i tillräcklig omfattning. Vidare har brukare behandlats bryskt genom att på ett forcerat och hårdhänt sätt fått hjälp att klä av sig kläder samt tagits till badrum för att duscha. Enligt anmälan framkommer även att personal har varit rädda att skriva avvikelser på det som inte har fungerat på boendet för att inte mista sitt arbete (kopia på anmälan bifogas).

IVO begär att få ta del av

- rutiner för hur personalens arbete organiseras i förhållande till brukare med befarad eller konstaterad smitta
- rutiner för avvikelshantering, inklusive lex Sarah
- rutiner för hur huvudmannen, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, implementerar och följer upp att de rutiner som finns upprättade i verksamheten är ändamålsenliga och följs

IVO vill att huvudmannen särskilt redogör för de delar i anmälan som avser begränsningsåtgärder, att brukare med befarad eller konstaterad smitta låses in på sina rum. Huvudmannen ombeds även i övrigt att yttra sig över anmälan.

Ni ska ha kommit in med det som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) begär senast den 23 november 2020. IVO kan förelägga er, med eller utan vite, att lämna vad som begärs.

Vid kontakt med IVO i detta ärende bör diarienummer 3.5.1-49081/2020-2 anges.


Anna Hagelbäck

KOPIA

Registrator Öst

Från: IVO <upplysning@ivo.se>
 Skickat: den 6 oktober 2020 16:31
 Till: Registrator Öst
 Kopier: Noreply Registrator
 Ämne: VB: Vill lämna tips om brister på Sarahemmet

IVO AVD ÖST	
Ink	2020 -10- 06
Doss	3.4.2
Dnr	46153 / 2020-1



Inspektionen för vård och omsorg

Forwarded By: Moa

Comments: Hej!

Skickar vidare för registrering i p360.

Med vänliga hälsningar
 Moa Sundelin
 Upplysningstjänst

Subject

Vill lämna tips om brister på Sarahemmet

Contact Information

Email Address: anonym@ivo.se
 First Name: anonym@ivo.se
 Last Name: .

Question Reference # 201006-000092

Assigned: Moa Upplysningstjänst
 Date Created: 2020-10-06 16:30
 Date Last Updated: 2020-10-06 16:30
 Status: Öppet
 Verksamhet annan: Ersta Sarahemmet
 Kommun: Stockholm
 Synpunkten gäller: Socialtjänst
 Verksamhetsområde/-typ: Särskild boendeform
 för äldre

Telefon

Inringare vill lämna information om ett
 företag, Ersta Diakoni, Sarahemmet i Nacka.



Ersta diakoni

2020-11-16

Inspektionen för vård och omsorg

Avdelning Öst/ Socialtjänst 2

Att. Anna Hagelbäck

Adress: Box 6202, 10234 Stockholm

Svar på begäran om handlingar och uppgifter gällande anmälan om klagomål på Ersta Sarahemmet. Dnr. 3.5.1–49081/2020-2

Härmed inkommer Ersta Sarahemmet med följande handlingar och uppgifter gällande anmälan med klagomål på boenden som befarad eller bekräftat smitta (Covid-19). Vi beklagar att Ivo mottagit denna anmälan då det rör sig om en medarbetare som inte mått bra och som fått avsluta sitt uppdrag vid verksamheten.

Om verksamheten

Ersta Sarahemmet är ett boende med permanentplatser och har inget tillstånd för placering av korttidsplatser. Boendet har 54 lägenheter för boende med vårdbehov dygnet runt. Verksamheten har avdelningar för både de med demenssjukdom och de med somatiskt sjukdom.

Alla lägenhetsdörrar har ett så kallat hotell lås vilket innebär att det alltid går att öppna dörren från insidan.

Begränsningsåtgärder – yttrande från huvudman

Vid verksamheten har det aldrig förekommit att någon boende blivit inneslängt i sin lägenhet eller blivit utan mat. Vi har heller aldrig haft någon rapporterad avvikelse om att boenden hos oss blivit behandlat på ett sätt som skulle utsätta dem för smärta, kränkande behandling eller avsaknad av god omvårdnad och respekt för den enskilde. Vi arbetar aktivt utifrån Erstas värdegrund: Se människan. Vi bedriver ett aktivt arbete kring avvikelsehanteringsprocessen och uppmuntrar till ökad rapportering.

Verksamheten fick konstaterad Covid-19 först i maj månad och vi hann då förbereda samtliga medarbetare i hantering av skyddsutrustning i form av muntlig och praktisk genomgång av sjuksköterskor. Samtliga medarbetare genomförde också Socialstyrelsen utbildning i basal hygien samt tog del av filmer som tagits fram gällande hantering av skyddsmaterial och arbetsätt för att minska smittspridning.

Då en boende är misstänkt eller konstaterad smittad med Covid-19 har vi ett arbetsätt där berörda medarbetare får en genomgång med chef eller sjuksköterska gällande hantering av skyddsutrustning och förhållningssätt kring den boende. Detta arbetsätt tillämpades också vid den tidpunkt som anmälan gäller. Arbetsätt utgår från bifogad rutin samt bemötande/-och hantering utifrån den enskildes situation och behov.

Som ni ser i vår rutin för hantering av personer med misstänkt/konstaterad covid-19 så använder vi oss av begreppet isolering, vilket betyder i den mån det går att ha den boende i sin lägenhet så ska den vistas där, går det inte, använder vi oss av omvänd kohort. (se Rutin vid misstänkt eller konstaterad Covid-19 smitta inklusive kohortvård) I den situation som anmälan gäller så finns en journalanteckning gjord av sjuksköterska som beskriver att det finns svårighet att ha den boende isolerad i sin lägenhet. Som stöd i vårt arbete med använder vi av socialstyrelsens dokument- arbetsätt vid covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer. Avstämningsmöten sker regelbundet under dagen med närmaste chef och/-eller sjuksköterska.

En grundlig personalplanering genomförs dagligen av verksamhetschef och bemanningsansvarig för att säkerställa att medarbetare inte går mellan avdelningar och att de som arbetat med sjuka inte ska arbeta med friska boenden under samma arbetspass. Under tiden som anmälan gäller "isolerade" vi även medarbetare till att arbeta endast på sjuk avdelning.

Under den helg som anmälaren uppger att inläsning har skett var verksamhetschef vid flertalet tillfällen i kontakt med koordinators gällande bemanning och fördelning av arbetsuppgifter. Koordinators arbetade på samma avdelning där anmälan gäller och var väl insatt i avdelningens arbete. Verksamhetschef kommunicerade även då hanteringen av den omvända kohorten och att den boende kan vistas utomhus. Under den helgen framkom också problem att få avlösning vid rast. En avvikelserapport upprättades av medarbetare gällande problem vid raster. Avvikelsen besvarades av mig som verksamhetschef och jag återkopplad också till berörd medarbetare. Avvikelsen ledde till en bättre styrning av raster och en tydlighet för alla medarbetare i verksamheten.

En uppföljning av arbetet genomfördes i juni månad. Uppföljningen skedde individuellt för den som önskade men också på grupp nivå. Vid utvärdering gick vi igenom vad som fungerat bra och vad som vi behöver förbättra utifrån de rutiner som verksamheten har gällande covid-19.

Verksamheten har bra rutiner vid palliativ vård och använder sig av de beslutsstöd som finns i den Nationella vårdplanen för palliativ vård. Det är inte ovanligt att en person som befinner sig i slutet av livet minskar sitt mat- och vätskeintag, dessa parametrar

följs alltid upp av den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan, som beslutar om åtgärder tillsammans med läkaren.

I all vård- och omsorgsarbete är teamet runt den boende viktigt. Alla ska arbeta tillsammans för att ge den boende den vård- och omsorg som finns i genomförandeplan och vårdplaner. Medarbetare har stöd i detta arbete av en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som följer upp parametrar och arbetsleder i det dagliga arbetet kring omvårdanden. Det är också sjuksköterska som medarbetare pratar med om är orolig för en boendes situation och sjuksköterska som gör bedömning och åtgärder kring den boendes intag av bland annat vätska och mat. I det fall som nämns i anmälan så var den boende palliativ och fick i sig den mat och vätska som den boenden ska ha i det palliativa stadiet som hen befann sig i.

Sammanfattningsvis

Vi beklagar att Ivo mottagit denna anmälan som rör sig om en medarbetare som inte mått bra och som fått avsluta sitt uppdrag vid verksamheten.

Verksamheten har goda rutiner gällande Covid-19. Utvärdering av verksamhetens arbetssätt under tiden som anmälan gäller är genomförd med berörda personalgrupper.

Det finns ett system som hanterar avvikelser och verksamheten har ett snitt på ca 40 inkomna avvikelser i månaden. Avvikelserna är en viktig del i verksamhetens förbättringsarbete och därför uppmuntras medarbetare att skriva avvikelser.

Verksamheten har ett närvarande ledarskap som dagligen vistas på avdelningarna.

Verksamhetschef, enhetschef och sjuksköterska har haft samtal med berörd medarbetare gällande samverkan i arbetsgrupp, den palliativa vården, vikten att hålla sig till arbetsordning, arbetsfördelning, dokumentation och de ordinationer som ges. Jag som verksamhetschef har också haft samtal med honom gällande de brister som han upplever hos sina kolleger och då bett honom behöva berätta vad det handlar om för att jag ska kunna åtgärda, något han inte vill göra. När jag eller enhetschef undersökt frågan så handlar det om missförstånd eller det som han upplever att andra inte gör, är det han inte själv genomför.

För att ge den boende en god omvårdnad och leva vår värdegrund: se människan, är teamarbete en viktig del. Teamet ska komplettera varandra, lita på varandra, utföra arbetsuppgifter utifrån genomförandeplan och vårdplan, inte prata illa om varandra och samarbeta. Då detta inte fungerar och ingen förändring sker så behöver vi som arbetsgivare tyvärr avsluta anställningar.

Datum:

2020/12/04

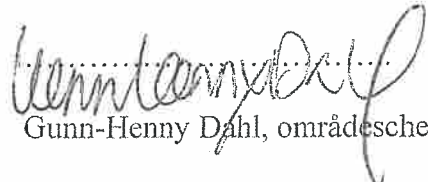


Johanna Karlsson verksamhetschef

Johanna.karlsson@erstadiakoni.se

Datum:

2020/12/04



Gunn-Henny Dahl, områdeschef

gunn-henny.dahl@erstadiakoni.se

Bilagor

1. Rutin vid konstaterad smitta (Covid 19)
2. Rutin för avvikelshantering
3. Rutin för ständiga förbättringar, avvikelser, Lex Maria och Lex Sarah