| | |
|---|---|
| Organ: | Socialnämnden |
| Plats och tid för sammanträde: | Kommunhuset sammanträdesrum Jupiter, onsdag den 6 mars 2024, kl 13.00 |
| Tid för justering: | Kommunhuset administrativa avdelningen onsdag den 6 mars 2024 |


| Föredragande | Ärenden | Sida |
|---|---|---|
| | 1 Upprop | |
| | 2 Val av protokolljusterare | |
| | 3 Dagordning | |
| | 4 Anmälan av jäv | |
| | 5 Ej fastställa faderskap enligt 1 kap 3 § FB (föräldrabalken) | |
| | 6 Övervägande enligt 13§ LVU | |
| | 7 Övervägande enligt 13 § LVU | |
| | 8 Månadsuppföljning februari 2024 | 2 - 8 |
| | 9 Svar till IVO gällande Nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre som drivs av kommunen | 9 - 32 |


MALÅ KOMMUN

Carina Kostet
Ordf.

Månadsuppföljning, februari 2024

## Bakgrund

Nämnderna ska för februari göra en månadsuppföljning i Stratsys för att redovisa den ekonomiska utvecklingen i verksamheterna samt åtgärder för budget i balans i det fall avvikelser finns.

## Bedömning

Socialnämnden gjorde ett årsbokslut på 101430tkr För 2023. Budget för 2024 är 90783tkr. För 2024 har personalomkostnader (PO) ökat med 3% vilket innebär en förhöjd personalkostnad om ca 1500tkr, till det tillkommer kostnadsökningar för lönerevisionen 2024 samt det makroekonomiska läget med hög inflation vilket driver upp kostnaderna. Prognos för 2024 är i februari en totalkostnad på 106119tkr utan åtgärder. Detta ger en budgetavvikelse på 15336tkr på helår.

För att motverka de ökande kostnaderna behöver en rad åtgärder genomföras.

-Socialnämnden har redan beslutat om nedläggning av Tjamstangården vilket i dagsläget är den största möjliga besparingen om ca 5000tkr per år, målsättningen är att Tjamstangården är stängt innan april.

-Hemtjänsten planerar att byta lokaler innan sommaren i väntan på att byggnationen av nya Miklagård ska färdigställas. De nya lokalerna kommer ligga på Ortvägen i centrala Malå. Denna förändring kommer ge besparingar motsvarande kostnaden för 5 bilar. Vidare kan det antas att kostnader för övertid kommer minska då kravet på körkort för personal inom hemtjänsten inte blir lika strikt.

-Socialnämndens ambition är att bygga ut och bygga om Miklagård och på så sätt samordna kommunens äldreomsorg för långsiktiga ekonomiska och personella effektiviseringar. Detta ärende passerade Kommunstyrelsen i februari och ska tas upp i Kommunfullmäktige i mars.

Utöver ovanstående åtgärder kommer en rad möjliga besparingar utredas. Dessa är:

- Maxtak hemtjänsttimmar.
- Matleveranser till äldreboenden sker idag sju dagar i veckan. Det ska utredas om förändringar kan göras på ett sådant sätt att tillagningsköket kan bemannas måndag till fredag i stället för som

idag måndag till söndag. Vidare kommer även matleveranserna kunna minska med 4 utkörningar per vecka.
- Översyn av kostnadsutvecklingen för inkontinensskydd för att se om det finns förändringar vi kan göra i våra beställningsrutiner för att sänka kostnaderna.
- Översyn av kostnadsutvecklingen för matbeställningar ska genomföras för att se om det finns förändringar vi kan göra i våra beställningsrutiner för att sänka kostnaderna.
- Jobba mer proaktivt med korttidsfrånvaron. Tydligare rutiner kring uppföljning och åtgärder.

*FÖRSLAG TILL SOCIALNÄMNDEN*

*Månadsuppföljning februari 2024 godkänns*

_____
John Olsson

**Bilagor**
Månadsuppföljning februari 2024

**Beslutsexpediering**

- Socialchef
- Marie Hedström
- Marie Önnerlöv Näslund
- Ann Lindmark
- Patrik Stenlund
- Michael Gustavsson

*Postadress* Storgatan 13, 930 70 Malå
*Telefon* 0953 - 140 00 vx
*Telefax* 0953 - 142 98
*E-post* john.olsson@mala.se
*Bankgiro* 5092-2954

# Månadsuppföljning februari 2024

Sociala nämnden

# Innehållsförteckning

5

**1 Driftredovisning ..... 3**

1.1 Driftredovisning ..... 3

**2 Åtgärder för prognos ..... 4**

**3 Kommentarer till driftredovisning ..... 5**

# 1 Driftredovisning

6

## *1.1 Driftredovisning*

**Prognos februari 2024**

| | Budget 2024 | Utfall 2402 | Prognos 2402 | Budgetavvikelse |
|---|---|---|---|---|
| Total | | | | |
| Intäkter | -13 595 | -1 588 | -9 341 | -4 254 |
| Personalkostnader | 75 485 | 15 259 | 86 760 | -11 275 |
| Övriga kostnader | 28 893 | 4 820 | 28 700 | 193 |
| Nettokostnader | 90 783 | 18 491 | 106 119 | -15 336 |

## 2 Åtgärder för prognos

7

Socialnämnden har redan beslutat om nedläggning av Tjamstangården vilket i dagsläget är den största möjliga besparingen om ca 5000tkr per år, målsättningen är att Tjamstangården är stängt innan april.

Hemtjänsten planerar att byta lokaler innan sommaren i väntan på att byggnationen av nya Miklagård ska färdigställas. De nya lokalerna kommer ligga på Ortvägen i centrala Malå. Denna förändring kommer ge besparingar motsvarande kostnaden för 5 bilar. Vidare kan det antas att kostnader för övertid kommer minska då kravet på körkort för personal inom hemtjänsten inte blir lika strikt.

Socialnämndens ambition är att bygga ut och bygga om Miklagård och på så sätt samordna kommunens äldreomsorg för långsiktiga ekonomiska och personella effektiviseringar. Detta ärende passerade Kommunstyrelsen i februari och ska tas upp i Kommunfullmäktige i mars.

Utöver ovanstående åtgärder kommer en rad möjliga besparingar utredas. Dessa är:

- Maxtak hemtjänsttimmar.
- Matleveranser till äldreboenden sker idag sju dagar i veckan. Det ska utredas om förändringar kan göras på ett sådant sätt att tillagningsköket kan bemannas måndag till fredag i stället för som idag måndag till söndag. Vidare kommer även matleveranserna kunna minska med 4 utkörningar per vecka.
- Översyn av kostnadsutvecklingen för inkontinensskydd för att se om det finns förändringar vi kan göra i våra beställningsrutiner för att sänka kostnaderna.
- Översyn av kostnadsutvecklingen för matbeställningar ska genomföras för att se om det finns förändringar vi kan göra i våra beställningsrutiner för att sänka kostnaderna.
- Jobba mer proaktivt med korttidsfrånvaron. Tydligare rutiner kring uppföljning och åtgärder.

## 3 Kommentarer till driftredovisning

8

Socialnämnden gjorde ett årsbokslut på 101430tkr För 2023. Budget för 2024 är 90783tkr. För 2024 har personalomkostnader (PO) ökat med 3% vilket innebär en förhöjd personalkostnad om ca 1500tkr, till det tillkommer kostnadsökningar för lönerevisionen 2024 samt det makroekonomiska läget med hög inflation vilket driver upp kostnaderna. Prognos för 2024 är i januari en totalkostnad på 106119tkr utan åtgärder. Detta ger en budgetavvikelse på 15336tkr på helår.

Nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre som drivs av kommunen

**Bakgrund**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde under 2022 en nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden.

**Bedömning**

IVO uppmärksammade i sin granskning en del brister i verksamheten kopplat till vård och omsorgspersonalens kompetens, vård och omsorgspersonalens brister i svenska språket, Sjuksköterskans förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal avseende hälso- och sjukvård samt delegerade uppgifter såsom läkemedelshantering och vård i livets slutskede. Verksamheten har besvarat IVO kring vilka åtgärder som är vidtagna.

*FÖRSLAG TILL SOCIALNÄMNDEN*

*Informationen noteras*

_____
John Olsson

**Bilagor**
Beslut Malå med återredovisning
Svar Nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling

**Beslutsexpediering**

- Socialchef

*Postadress* Storgatan 13, 930 70 Malå
*Telefon* 0953 - 140 00 vx
*Telefax* 0953 - 142 98
*E-post* john.olsson@mala.se
*Bankgiro* 5092-2954

# Nationell tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av kommunen

Med anledning av det beslut som IVO tillställt nämnden i pågående tillsyn begär IVO med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden redovisar:

- Hur nämnden säkerställer att de åtgärder som vidtagits avhjälper den påtalade bristen/de påtalade bristerna.
- Vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende de brister som finns redovisade i IVO:s beslut.

Redovisningen ska **inkomma till IVO senast det datum som framgår av beslutet den 1 mars respektive den 15 mars 2024**. Om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande, med eller utan vite, att inkomma med de uppgifter som IVO begärt.

## Formulär för redovisning av nämndens åtgärder

I detta formulär kommer IVO ställa ett antal frågor gällande de åtgärder som nämnden redovisat att nämnden/kommunen vidtagit eller planerat att vidta samt följt upp effekten av för att komma tillrätta med de brister som finns beskrivet i IVO:s beslut.

Med vidtagna åtgärder avser IVO att kommunen har informerat, genomfört och implementerat de aktiviteter som finns beskrivet i nämndens redovisning i alla sina delar i samtliga berörda verksamheter.

Med uppföljd åtgärd avser IVO att nämnden säkerställer att ledningen i alla ansvarsled följt upp att redovisade åtgärder fått effekt för patienten. Nämnden ska även säkerställa att vård- och omsorgspersonal och sjuksköterskor har ett arbetssätt som visar på att de arbetar enligt de processer och rutiner som gäller för verksamheten.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivare planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, upprätthålls. Vidare ska vårdgivaren upprätta ett för verksamheten anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet, inklusive aktiviteter som avvikelsehantering och egenkontroll, ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet vilket framgår av 5 kap. 4 § HSL och 3 kap. 1 och 2 §§ samt 5 kap. 2 och 3a §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

När IVO efterfrågar vilka effekter som nämnden sett i sin egenkontroll begär IVO att få uppgifter om vilken reell påverkan för patienterna som åtgärderna bidragit till och hur nämnden kontrollerat detta i verksamheten.

Redan när åtgärderna beslutas ska det bestämmas hur de ska genomföras, vem som ansvarar för åtgärderna, när det ska vara klart, när och hur åtgärderna ska följas upp och till vem det ska rapporteras.

Syftet med en effektuppföljning är att ta reda på om det genomförda arbetet påverkat problemen som det är tänkt och om resultatet är bättre än om åtgärderna inte hade vidtagits. Effektuppföljningen är ett sätt att värdera om arbetet varit framgångsrikt eller inte och i så fall på vilket sätt. Det bör också kontrolleras om en åtgärd haft oönskat resultat.

### Praktisk information

Detta formulär går att spara under tiden ni jobbar med det och det går även att skicka länken vidare till en kollega om fler ska fylla i. Efter att formuläret skickats in går det inte längre att göra några förändringar.

Om ni vill skicka in något utöver det som redovisas i formuläret kan ni skicka handlingarna till IVO via registrator@ivo.se eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer.

Vid eventuella frågor om formuläret kontakta IVO via: tillsyn.mitt@ivo.se



## Hantering av personuppgifter

IVO behandlar personuppgifter såsom namn och funktion på den/de person/ers som är uppgiftslämnare. Uppgifterna används för att kommunicera med tillsynsobjektet och utreda ärendet. IVO behandlar även personuppgifter för att kunna fullfölja sitt ansvar för att planera och genomföra tillsyn med utgångspunkt i egna riskanalyser samt för att utgöra underlag för årliga sammanställningar. Behandlingen är nödvändig som ett led i IVO:s myndighetsutövning och för att utföra en uppgift av viktigt allmänt intresse. Så här behandlar IVO personuppgifter.

**1. IVO:s diarienummer i beslutet**

***Obligatorisk.***

*Ex. 3.5.1-XXXXX/202X*

Dnr 3.5.1-08737/2023-12

**2. Vårdgivarens/kommunens diarienummer**

Dnr 3.5.1-08737/2023-12

**3. Namn och funktion på uppgiftslämnare**

***Obligatorisk.***

*Om flera rapporterat skriv namn och funktion på samtliga*

John Olsson, Socialchef
Marie Ö Näslund, HSL- chef
Oksana Renström, MAS

# Kompetens



## Vård- och omsorgspersonalens kompetens

För att ge god och patientsäker vård är det viktigt att den vård- och omsorgspersonal som finns närmast patienten har förmågan, kunskapen och kompetensen att observera samt signalera när patientens hälsotillstånd förändras.

Av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha:

* Kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer samt hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg.
* Förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs.
* Förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper.

**4. Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att all vård- och omsorgspersonal har den kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras?**

***Obligatorisk.***

- (●) Ja helt
- ( ) Ja delvis
- ( ) Nej

**5. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden strukturerat och systematiskt säkerställt att vård- och omsorgspersonalen har den kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.**



Samordnande undersköterska

Äldreomsorgen har anställt en samordnande specialistundersköterska som jobbar utöver ordinarie bemanning måndag till fredag inom äldreomsorgen. Dennes uppgift är att stödja personalen i det dagliga omvårdnadsarbetet, rapportering, dokumentation, kommunikation, vissa medicinska insatser och genomförandeplaner. Uppföljning av hur arbetet går med samordnande undersköterska genomförs månadsvis tillsammans med enhetschef. Effekt av insatsen är en tydligare styrning av det dagliga arbetet på verksamheten. Majoriteten av alla brukare har sedan införandet av samordnande undersköterska en aktuell genomförandeplan. Loggkontroller visar att personalen efter införande av samordnande undersköterska dokumenterar och tar del av SOL och HSL dokumentation mer frekvent och korrekt i dokumentationssystemet.

Gruppledare kommer att införas under mars/april månad på särskilt boende. Primära arbetsuppgifterna att coacha och arbeta i det dagliga omsorgsarbetet tillsammans med teamet. Ska leda och fördela arbetsuppgifter i teamet och vara en stödjande funktion i det dagliga arbetet. Detta följs upp under APT samt i social avdelnings ledningsgrupp. Avvikelse statistik, följs upp varje vecka på möte där chef, legitimerad personal samt undersköterskor deltar.

Omvårdnadsutbildning samt dokumentationsutbildning genomförda. Dessa görs löpande i varje verksamhet på årsbasis.

Loggkontroll utförs varje månad gällande dokumentation av MAS. Dokumentationsskyldighet och hur man skriver tas upp varje arbetsplatsträff med personalen. Enhetscheferna kontrollerar dokumentationen på sina verksamheter dagligen.  Gjorda insatser visar i loggkontroller att nivån på dokumentationen förbättrats.

Hygienutbildning utförd på samtliga arbetsplatser under. Dessa görs löpande årligen även framåt.

Hygienmätning genomförs 2 gånger per år. Det som framkommer i dessa tas med personalen och hygiensköterska på arbetsplatsträffar och åtgärder vidtas. Hygienrond genomförs årligen eller vid behov. Effekterna av åtgärderna är ökad följsamhet i verksamheten till de hygienföreskrifter som finns. Samanställningen redovisas till nämnd en gång per år.

Utbildningsinsatser

Samtlig personal ska under våren 2024 gå digital utbildning i palliativ vård. Diplom från denna ska ges till ansvarig chef. De utbildningar som genomfördes 2023 har gett ökad kunskap hos personalen. Effekterna följs upp i palliativa registret och redovisas till all personal.



Vi erbjuder samtal till anhöriga efter dödsfall för att följa upp hur de upplever den palliativa vården. Samtal med personal genomförs efter varje palliativt fall för att belysa vad som fungerat bra och vad som behöver förbättras. Information om närståendes upplevelse förs sedan vidare till personalgrupper i teamsträffar och APT.

Utbildning i att jobba säkert med läkemedel löpande vid förnyelse av delegering årligen. Följs upp genom kontroll av läkemedelsavvikelser samt i patientsäkerhetsberättelsen som redovisas i socialnämnden årligen. Delegationsbesluten följs upp inom tre månader.

Förflyttningsutbildning är genomförd under våren 2023 för vissa verksamheter. Plan för utbildning av sommarvikarier under juni är planerad. För övriga kommer utbildningen att genomföras under hösten 2023. Därefter löpande årligen samt fortlöpande för nyanställda. Personal som genomgått och klarat/inte klarat utbildning redovisas till närmaste chef.

Nutritionsutbildning genomförd våren 2023 med dietist, plan finns för nytt genomförande under hösten. Följs upp genom nattfastemätning 2 gånger / år samt på matråd fyra gånger per år där chef, MAS, kostombud och dietist deltar vid behov.

---

**9. Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende vård- och omsorgspersonalens kompetens fått avsedd effekt för patienterna?**

***Obligatorisk.***

- ○ Ja helt
- ● Ja delvis
- ○ Nej

**10. Beskriv vilka effekter för patienterna som nämnden konstaterat i sin egenkontroll efter vidtagna åtgärder avseende vård- och omsorgspersonalens kompetens.**

Samordnande undersköterska 15

Majoriteten av alla brukare har sedan införandet av samordnande undersköterska en aktuell genomförandeplan. Loggkontroller visar att personalen efter införande av samordnande undersköterska dokumenterar och tar del av SOL och HSL dokumentation mer frekvent och korrekt i dokumentationssystemet.

Gruppledare

Avvikelsestatistik, följs upp varje vecka på möte där chef, legitimerad personal samt undersköterskor deltar.

Omvårdnadsutbildning samt dokumentationsutbildning

Gjorda insatser visar i loggkontroller att nivån på dokumentationen förbättrats.

Hygien

Effekterna av åtgärderna är ökad följsamhet i verksamheten till de hygienföreskrifter som finns. Samanställningen redovisas till nämnd en gång per år.

Nutritionsutbildning genomförd våren 2023 med dietist, plan finns för nytt genomförande under hösten. Följs upp genom nattfastemätning 2 gånger / år samt på matråd fyra gånger per år där chef, MAS, kostombud och dietist deltar vid behov.

**11. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de effekter av åtgärder som ännu inte följts upp?**

***Obligatorisk.***

- (●) Ja helt
- ( ) Ja delvis
- ( ) Nej

**12. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp effekten för patienterna för de åtgärder som ännu inte har följts upp.**

Digital utbildning i palliativ vård. 16
Diplom från denna ska ges till ansvarig chef. Effekterna följs upp i palliativa registret och redovisas till all personal.

Anhörigsamtal efter dödsfall
Vi erbjuder samtal till anhöriga efter dödsfall för att följa upp hur de upplever den palliativa vården. Samtal med personal genomförs efter varje palliativt fall för att belysa vad som fungerat bra och vad som behöver förbättras. Information om närståendes upplevelse förs sedan vidare till personalgrupper i teamsträffar och APT.

Jobba säkert med läkemedel
Utbildning i att jobba säkert med läkemedel löpande vid förnyelse av delegering årligen. Följs upp genom kontroll av läkemedelsavvikelser samt i patientsäkerhetsberättelsen som redovisas i socialnämnden årligen. Delegationsbesluten följs upp inom tre månader.

Brukarundersökning görs årligen
Följs upp i verksamheter och i nämnd varje år.

## Vård- och omsorgspersonalens brister i svenska språket

17

För att ge god och patientsäker vård är det viktigt att vård- och omsorgspersonal har tillräcklig språkkunskap i svenska språket för att ha förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt.

Av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha:

* Förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska

---

**14. Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att all vård- och omsorgspersonal har den språkkunskap och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt som krävs för att ge en patientsäker vård?**

***Obligatorisk.***

- ○ Ja helt
- ○ Ja delvis
- ● Nej

---

**16. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de åtgärder som ännu inte följts upp?**

***Obligatorisk.***

- ● Ja helt
- ○ Ja delvis
- ○ Nej

**17. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp de åtgärder som ännu inte har följts upp för att säkerställa att vård- och omsorgspersonalen har den språkkunskap och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt som krävs för att ge en patientsäker vård.**

18

Språkombud
Nya språkombud utbildas under våren 2024. Planerat ett språkombud per avdelning. Utvärdering ska ske löpande på arbetsplatsträffarna var femte vecka samt i sociala avdelningens ledningsgrupp. Utvärdering sker hösten 2024 i verksamheterna och redovisas till nämnd.

Utbildning via äldreomsorgslyftet.
Kompetenshöjande insatser kopplat till språk kommer med hjälp av satsningen äldreomsorgslyftet att genomföras under året. Utvärdering ska ske löpande på arbetsplatsträffarna var femte vecka samt i sociala avdelningens ledningsgrupp. Utvärdering sker vintern 2024.

Nytt inskolningskoncept med metodrum
Utbilda handledare som sköter alla inskolningar mars/april 2024.
Inskolningar sker med hjälp av checklista. Checklistan är uppdaterad 2023.
Inskolning sker parallellt med utbildningar i metodrum. Teori varvat med praktiska övningar. Tex hygien, dusch, matningar, förflyttningar, dokumentation.
Träningssimulator är inköpt och används i utbildningssyfte.
Nya konceptet påbörjas under våren 2024. Ska utvärderas under hösten genom samtal med personal som genomgått utbildningen samt utbildarna.
Utbildningarna genomförs av utvald personal från organisationen. Kompetenta undersköterskor samt utbildade lärare med erfarenhet från vård och omsorg samt pedagogisk erfarenhet.
Jobba med bild stöd. Exempelvis tvättstuga, kök, hjälpmedel
Rutiner - översatt till andra språk.
Utvärdering görs tillsammans med personal som genomfört utbildningarna efter slutförande. Journalgranskning, loggkontroller kommer genomföras av chefer på respektive verksamhet för att kontrollera kvalité och frekvens i dokumentationen.

**19. Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende vård- och omsorgspersonalens språkkompetens fått avsedd effekt för patienterna?**

***Obligatorisk.***

- ○ Ja helt
- ○ Ja delvis
- ● Nej

**21. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de effekter av åtgärder som ännu inte följts upp?**

***Obligatorisk.***

19

- [x] Ja helt
- [ ] Ja delvis
- [ ] Nej

**22. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp effekten för patienterna för de åtgärder som ännu inte har följts upp.**

Språkombud
Nya språkombud utbildas under våren 2024. Planerat ett språkombud per avdelning. Utvärdering ska ske löpande på arbetsplatsträffarna var femte vecka samt i sociala avdelningens ledningsgrupp. Utvärdering sker hösten 2024 i verksamheterna och redovisas till nämnd.

Utbildning via äldreomsorgslyftet.
Kompetenshöjande insatser kopplat till språk kommer med hjälp av satsningen äldreomsorgslyftet att genomföras under året. Utvärdering ska ske löpande på arbetsplatsträffarna var femte vecka samt i sociala avdelningens ledningsgrupp. Utvärdering sker vintern 2024.

Nytt inskolningskoncept med metodrum
Utbilda handledare som sköter alla inskolningar mars/april 2024.
Inskolningar sker med hjälp av checklista. Checklistan är uppdaterad 2023.
Inskolning sker parallellt med utbildningar i metodrum. Teori varvat med praktiska övningar. Tex hygien, dusch, matningar, förflyttningar, dokumentation.
Träningssimulator är inköpt och används i utbildningssyfte.
Nya konceptet påbörjas under våren 2024. Ska utvärderas under hösten genom samtal med personal som genomgått utbildningen samt utbildarna.
Utbildningarna genomförs av utvald personal från organisationen. Kompetenta undersköterskor samt utbildade lärare med erfarenhet från vård och omsorg samt pedagogisk erfarenhet.
Jobba med bild stöd. Exempelvis tvättstuga, kök, hjälpmedel
Rutiner - översatt till andra språk.
Utvärdering görs tillsammans med personal som genomfört utbildningarna efter slutförande. Journalgranskning, loggkontroller kommer genomföras av chefer på respektive verksamhet för att kontrollera kvalité och frekvens i dokumentationen.

## Sjuksköterskans förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal avseende hälso- och sjukvård samt delegerade uppgifter såsom läkemedelshantering



För att ge god och patientsäker vård är det viktigt sjuksköterskor har förutsättningar att säkerställa att vård- och omsorgspersonalen har de teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att fullgöra arbetsuppgiften på ett patientsäkert sätt.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård framgår bland annat att det åligger den som meddelat ett delegeringsbeslut att bevaka att den arbetsuppgift som hen delegerat fullgörs på ett sätt som är förenligt med en god och säker vård. Den som meddelat ett delegeringsbeslut skall vid olika tillfällen under den tid som delegeringen gäller kontrollera att uppgiftsmottagaren fullgör uppgiften på ett riktigt sätt. Hen skall ge den som mottagit delegeringen den handledning som kan behövas.

**24. Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att sjuksköterskorna har förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal i både hälso- och i sjukvård samt delegerade uppgifter?**

***Obligatorisk.***

- (●) Ja helt
- ( ) Ja delvis
- ( ) Nej

**25. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden strukturerat och systematiskt säkerställt att sjuksköterskorna har förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal i både hälso- och sjukvård samt delegerade uppgifter.**

Tjänsteköpsavtal med Region Västerbotten upphörde 2023-06-04. Kommunsjuksköterskor arbetar numera från 07.00-20.30 och har nattlig beredskap samtliga veckodagar, vilket underlättar förutsättningar för kommunens sjuksköterskor att bedöma patientens tillstånd och stötta baspersonal som jobbar patientnära.
Checklista innan kontakt med sjuksköterska är upprättad och används i det dagliga arbetet. Utvärderas på APT legitimerad personal.

**29. Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende sjuksköterskornas förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal fått avsedd effekt för patienterna?**

***Obligatorisk.***

21

- [x] Ja helt
- [ ] Ja delvis
- [ ] Nej

**30. Beskriv vilka effekter för patienterna som nämnden konstaterat i sin egenkontroll efter vidtagna åtgärder avseende sjuksköterskornas förutsättningar att handleda vård- och omsorgspersonal.**

Ökad kontinuitet och patientsäkerhet med egen sjuksköterskebemanning dygnet runt. Förutsättningarna följs upp på varje APT inom HSL-verksamheten

# Vård i livets slutskede



För att uppnå en god och säker vård ska patienten alltid ges möjlighet att vara delaktig i sin vård och behandling. Patienten och i förekommande fall närstående ska vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling. När vården går in i livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett s.k. brytpunktsamtal med patienten och/eller närstående. Vak ska erbjudas och den vård- och omsorgspersonal som är närmast patienten ska ha tillgång till information.

Av 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling framgår att en patient med ett livshotande tillstånd ska få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Denne ska ansvara för planeringen av patientens vård. Vid planeringen ska den fasta vårdkontakten enligt 4 § samma kapitel fastställa målen för vården inklusive delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården, och ta ställning till hur patientens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses.

Enligt 5 kap. 1 och 3 §§ patientlagen (2014:821), PL, ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och om lämpligt med närstående.

**34. Har nämnden följt upp de åtgärder som vidtagits för att säkerställa att patienten får en god och säker vård i livets slutskede?**

***Obligatorisk.***

- (●) Ja helt
- ( ) Ja delvis
- ( ) Nej

**35. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden strukturerat och systematiskt säkerställt att patienten får en god och säker vård i livets slutskede.**

Flera nya KVÅ koder ”deltagande i brytpunktsamtal ” har lagts in i Procapita under rubriken för Läkarkontakten och under Vård i livets slut.

Ny KVÅ kod för bedömning av extravak ”Ständigt närvarande personal (extravak) i 8 timmar eller mer”.

En ny rutin för extravak har tagits fram i organisationen.

Sjuksköterskorna fått utbildning ” Att identifiera palliativt vårdbehov”

Det har lyft på ledningsnivå att patienter i livets slut ska inte behöva avlida ensam.

Rutinen för extravak har tagits upp på APT med anställda som en påminnelse.

I samverkansmöte mellan Malå sjukstuga och Malå kommun har påtalats vikten av att baspersonal och sjuksköterskor ska delta i brytpunktssamtalet.

En ny rutin har tagits fram för att möjliggöra för kommunens personal (sjuksköterska och baspersonal) att kunna delta i brytpunktsamtalen samt arbeta enligt ”Nationell vårdplan för palliativ vård” för att kunna jobba mer strukturerat.

Ändrad sjuksköterskebemanning. Kommunsjuksköterskor arbetar numera från 07.00-20.30 och har nattlig beredskap samtliga veckodagar, vilket underlättar förutsättningar för kommunens sjuksköterskor att bedöma patientens tillstånd och stötta baspersonal. Regionens sjuksköterskor är inte längre involverade i palliativ vård av patienter på särskilda boenden.

**39. Har nämnden följt upp att vidtagna åtgärder avseende patientens vård i livets slutskede fått avsedd effekt för patienterna?**

***Obligatorisk.***

- ○ Ja helt
- ● Ja delvis
- ○ Nej

**40. Beskriv vilka effekter för patienterna som nämnden konstaterat i sin egenkontroll efter vidtagna åtgärder avseende patientens vård i livets slutskede.**

Under v. 46 varje år gör MAS sammanställning från palliativa registret gällande sju kvalitetsindikatorer samt respektive målvärde för palliativ vård i livets slutskede.

Statistiken kommer att tas upp per enhet med de berörda sjuksköterskorna i januari och februari 2024. Eventuella synpunkter kommer att tas vidare till samverkansmöte med regionen (Malå sjukstuga).

Samverkansträff med regionen februari 2024

Ändrad sjuksköterskebemanning från 2023-06-05 haft en positiv inverkan dels att väntetider för äldre minskat, dels baspersonal känner sig mer trygga kvällar, nätter och helger. Ändrad bemanning följ upp regelbundet på ledningsträffar en gång / vecka

**41. Har nämnden en planering för hur uppföljningen ska ske för de effekter av åtgärder som ännu inte följts upp?**

***Obligatorisk.***

- (●) Ja helt
- ( ) Ja delvis
- ( ) Nej

**42. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden planerar att följa upp effekten för patienterna för de åtgärder som ännu inte har följts upp.**

Antalet genomförda brytpunktsamtal är sammanställda av MAS under v. 46 och kommer att redovisas i Patientsäkerhetsberättelse mars 2024

Uppföljningen av webbutbildningen ” Lindring bortom boten” sker av HSL chef och MAS under april och maj 2024. Sjuksköterskorna kommer att lämnat intyg till HSL chef

Tillägg av rutinen för genomförandet av brytpunktsamtal ska följas under februari 2024 med regionen

# Redovisning av ytterligare åtgärder



I IVO:s beslut kan det ha framkommit ytterligare brister än de ni hittills redovisat i detta formulär. Nedan ska nämnden redovisa de åtgärder som vidtagits och hur nämnden följt upp dessa.

Se IVO:s beslut i aktuellt ärende.

**44. Beskriv de åtgärder som nämnden vidtagit.**

Dokumentation av läkemedelsgenomgång

26

På samverkansträff mellan ledningen på Malå sjukstuga (VC och AC) och Malå kommun (omsorgschef, HSL chef samt MAS) informerades regionen om granskningsrapporten från IVO och ny träff med läkaren ansvarig för SÄBO bokades in 23-10-24

Påtalat vikten att jobba med läkemedelsgenomgångar systematiskt för sjuksköterskegruppen och ledningen för Malå sjukstuga under hösten 2023.

23-10-24 Träff med Malå sjukstuga. Deltagare var läkare för SÄBO A. Robert och VC för Malå sjukstuga A. Dahlberg. Från kommunens deltog MAS och HSL chef.

KVÅ koden för läkemedelsgenomgångar har lagts in till Procapita under rubriken för läkarkontakt.

Läkemedelsgenomgångar ska tydligt dokumenteras med KVÅ koder i kommunens HSL journal och i Regionens datajournal.

Läkemedelsgenomgångar ska göras minst en gång per år samt vid behov för samtliga patienter inskrivna på särskilda boenden.

Rutin för läkemedelsgenomgångar och symtomskattningar finns lätt tillgängligt för sjuksköterskor under rutiner/riktlinjer på intranätet.

Antalet genomförda fördjupade läkemedelsgenomgångar med PHASE20 har ökat. Enligt kvalitetsmätningen v. 46–2023 har 90% av patienterna på särskilt boende haft fördjupad läkemedelsgenomgång.

Läkarmedverkans avtalet mellan Malå sjukstuga och Malå kommun har uppdaterades 23-11-16.

Förbättrad schemaläggning för baspersonal för att främja kontinuiteten bland personal med medicindelegering.

Ändrat kommunens sjuksköterskebemanning. Kommunsjuksköterskor arbetar numera från 07.00-20.30 och har nattlig beredskap samtliga veckodagar, vilket underlättar förutsättningar för kommunens sjuksköterskor att bedöma patientens tillstånd och stötta baspersonal som jobbar patientnära.

Uppdaterad rutin för medicindelegering med förtydligande runt uppföljningsansvaret

Utbildning i att jobba säkert med läkemedel löpande vid förnyelse av delegering årligen samt en praktisk genomgång
Ändrad sjuksköterskebemanning från 23-06-05

Möten med legitimerade sjuksköterskor, HSL chef och MAS 1g/mån.

KVÅ koden för läkemedelsgenomgångar har lagts in till Procapita i rubriken läkarkontakt under 2022.

Från 23-10-02 har 2 sjuksköterskor ansvar för att regelbundet se över KVÅ koderna och lägga in nya relevanta KVÅ koder samt kontinuerligt informera sina kollegor.

Information i sköterskegruppen att arbeta systematiskt med läkemedelsgenomgångar

Behov av att jobba kontinuerligt med läkemedelsgenomgångar lyft med VC Malå sjukstuga och med SÄBO läkare 23-09-26

Samtliga kommunens sjuksköterskor kommer att genomgå Socialstyrelsens utbildning ” Läkemedelsgenomgång för äldre” för att öka lärande i arbetet med läkemedelsgenomgångar. Efter genomgången kurs kommer sjuksköterskorna få intyg som ska lämnas in till HSL chef.

Statistiken per boende återkopplas till ansvarig sjuksköterska, HSL chef samt enhetschef på respektive särskilt boende.

Övergripande statistik kommer att redovisas i Patientsäkerhetsberättelse och återkopplas till verksamhetschef, medicinskt ledningsansvarig läkare samt ansvarig läkare för SÄBO ronder vid Malå sjukstuga. Vid Malå kommun kommer omsorgschef, HSL chef samt legitimerad personal att informeras.

---

**45. Beskriv på vilket sätt / hur nämnden följt upp dessa åtgärder.**

Avtalet om Läkarmedverkan följs upp årligen på ledningsnivå enligt överenskommelse mellan Malå sjukstuga och Malå kommun

Nästa uppföljning februari 2024

Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar följdes upp under v. 46 i den årliga kvalitetsmätningen och ska redovisas i PSB

# Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda

28

Kontrollera att alla redovisade uppgifter är korrekta och att inget saknas. Tryck därefter på "Skicka nu". Efter att ni skickat in formuläret kommer ni att få ett mail som bekräftar att svaren skickats in med en pdf-kopia på era svar.

**Observera** att uppgifterna inte kommer gå att justera efter att forumläret skickats in.

Malå kommun
Socialnämnden
939 21 Malå

## Vårdgivare och huvudman

Malå kommun

## Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av socialnämnden i Malå kommun (nämnden).

I tillsynen har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskat följande områden:

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkontinuitet
- Läkemedelshantering
- Vård i livets slutskede

## Beslut

IVO bedömer att nämndens redovisning efter myndighetens beslut den 28 april 2023, i aktuellt ärende inte är tillräcklig inom följande område:

- tillgång till information vid vård i livets slutskede

IVO bedömer även att det saknas uppgifter om när och hur nämndens redovisade åtgärder kommer att följas upp.

Med anledning av IVO:s bedömning begär IVO med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden redovisar:

- Vilka åtgärder nämnden vidtagit utifrån konstaterade brister där IVO:s bedömning är att det delvis saknas redovisade åtgärder.
- IVO begär dessutom att nämnden redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende:

- vård och omsorgspersonalens kompetens
- vård-och omsorgspersonalens brister i svenska språket
- sjuksköterskans förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd
- dokumentation av läkemedelsgenomgång
- tillgång till information vid vård i livets slutskede

- IVO begär även att nämnden inkommer med de redovisningar som IVO begärt avseende områdena dokumentation, läkemedelshantering och vård i livets slutskede som IVO begärde i beslut daterat den 28 april 2023.

Redovisningen ska komma in till IVO senast den 15 mars 2024.

Om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande med eller utan vite att inkomma med de uppgifter som IVO begärt.

## Skälen för beslutet

IVO bedömer att det saknas redovisade åtgärder som är kopplade till de brister som framgår av IVO:s beslut. Vidare finner IVO att det delvis saknas uppgifter om när och hur effekten av nämndens redovisade åtgärder kommer att följas upp. Dessutom saknas de redovisningar IVO begärt avseende dokumentation, läkemedelshantering och vård i livets slutskede.

### Avsaknad av redovisade åtgärder

IVO konstaterar att nämnden inte redovisat tillräckliga åtgärder inom följande område: tillgång till information vid vård i livets slutskede.

Av IVO:s beslut daterat den 28 april 2023 framgår att det inte fullt ut av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen går att utläsa att brytpunktssamtal genomförts när vården övergått till vård i livets slutskede. IVO har konstaterat att brytpunktssamtal erbjuds och utförs av läkare. Brytpunktssamtalet dokumenteras dock inte i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen om sjuksköterska inte deltagit under brytpunktssamtalet. Vid IVO:s journalgranskning framkom att fler än hälften av patienterna som avlidit inte har haft ett dokumenterat brytpunktssamtal. Vid inspektionstillfället framkom att det pågår ett förbättringsarbete gällande dokumentation av brytpunktssamtal och sjuksköterskornas möjlighet att närvara vid dessa. IVO begärde därför att nämnden redovisar hur de följer upp att patienterna erbjuds dokumenterade brytpunktssamtal och att effekten av förbättringsarbetet får förväntat resultat. Av nämndens återrapportering framgår att en ny rutin för extravak utarbetats samt att en lokal plan för palliativ vård ska tas fram, där de eftersträvar att brytpunktssamtalet sker i ett tidigare skede. IVO konstaterar att det inte framgår av nämndens redovisning hur de genom dessa åtgärder ska kunna följa upp att patienterna erbjuds brytpunktssamtal och att resultatet av de brytpunktssamtal som hålls blir kända. En relevant och aktuell dokumentation är av stor betydelse för att bidra till en

god och säker vård av patienten. Om det saknas en tydlig dokumentation och planering för patienten finns risk för att rätt åtgärder inte vidtas om patienten försämras.

Enligt 3 kap. 1 § PSL, ska vårdgivare planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, upprätthålls. Enligt 3 kap. 1–2 §§ patientdatalagen (2008:355), PDL, ska en patientjournal föras när en patient får vård, och syftet med det är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Enligt 6 § samma kapitel ska journalen innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, däribland ställd diagnos och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt om patienten har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

IVO begär därför att nämnden i sin redovisning förtydligar vilka åtgärder som vidtagits utifrån den konstaterade bristen där IVO:s bedömning är att det delvis saknas redovisade åtgärder samt redovisar hur de följer upp att patienterna erbjuds dokumenterade brytpunktssamtal och effekterna av densamma.

IVO begärde även i beslutet att nämnden skulle redovisa hur de följer upp att dokumentationen sker i enlighet med lagstiftningen samt att samtliga patienter har en dokumenterad vårdplan. Nämnden har inte inkommit med någon redovisning. IVO begär därför på nytt att nämnden inkommer med redovisning.

IVO begärde dessutom i beslutet att nämnden skulle redovisa hur nämnden följer upp att samtliga patienter får en läkemedelsgenomgång. Nämnden har inte inkommit med någon redovisning. IVO begär därför på nytt att nämnden inkommer med redovisning.

## Begäran om redovisning av effekter av åtgärder

Vidare bedömer IVO att nämnden behöver säkerställa att de åtgärder som vidtas får avsedd effekt. Att kontrollera effekterna av insatta åtgärder för att komma tillrätta med bristerna ingår som egenkontroll i det systematiska förbättringsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

IVO begär därför att nämnden redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende samtliga konstaterade brister.

Enligt 3 kap. 1 § PSL, ska vårdgivare planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, upprätthålls. Vidare ska vårdgivaren upprätta ett för verksamheten anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet, inklusive aktiviteter som avvikelsehantering och egenkontroll, ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra

verksamhetens kvalitet vilket framgår av 5 kap. 4 § HSL och 3 kap. 1 och 2 §§ samt 5 kap. 2 och 3a §§ SOSFS 2011:9.

---

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen David Efraimsson. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Jennie Larsson och Agneta Sahlberg deltagit. Inspektören Pernilla Wiklund har varit föredragande.

Enligt 10 kap. 13 § PSL får detta beslut inte överklagas.