



Omsorgsnämnden

Plats och tid

Digitalt via Netpublicator, kl 15:00-16:45

Beslutande ledamöter

Robert Lindén SD
Lisa Österbladh SD (i Anders Franssons frånvaro)
Daniel Berg S
Jörgen Larsson S
Frida Fräs Nygren SD (i Monia Kress frånvaro)
Marion Lundh S
Diana Sjöström M
Bo Persson V (i Viveka Söderdahls frånvaro)
Gertrud Kärnerup SD
Deborah Lind KD
Pär Milton C

Ej beslutande ersättare

Faire Baubec S
Madelene Ekstrand KD

Övriga närvarande

Susanne Nyborg, LOV-handläggare, §§ 36-37
Irene Bengtsson, regionchef Frösunda, § 37
Dusanka Reljanovic, blivande regionchef Frösunda, § 37
André Jönsson, verksamhetschef HSL
Camilla Ryrstedt, verksamhetschef hemtjänst
Malena Sylvan, verksamhetschef särskilt boende och funktionshinder, §§ 37-46
Annelie Kjellström, omsorgschef
Lena Wilson-Ericsson, verksamhetschef myndighet och öppen verksamhet
Hanna Johansson, kvalitetsutvecklare
Camilla Eriksson, nämndsekreterare

Justerare

Daniel Berg

Justeringens plats och tid

Stadshuset, Sölvesborg, 2021-04-27

Underskrifter

Sekreterare

Camilla Eriksson

Paragrafer 36-46

Ordförande

Robert Lindén

Justerare

Daniel Berg

Omsorgsnämnden**ANSLAG/BEVIS**

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ

Omsorgsnämnden

Sammanträdesdatum

2021-04-22

Datum då anslaget publiceras

2021-04-27

Datum då anslaget avpubliceras 2021-05-19

Förvaringsplats för protokollet

Omsorgsnämndens kansli

Underskrift


.....
Camilla Eriksson

Omsorgsnämnden**Ärendelista**

§ 36	Redovisning av kontrollarbete gällande privata utförare	2020/156	4 - 9
§ 37	Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse från Timansstenar	2020/156	10 - 27
§ 38	Ekonomi- och verksamhetsinformation	2021/21	28 - 41
§ 39	Information med anledning av covid-19	2020/47	42 - 43
§ 40	Omställningen särskilt boende	2020/46	44 - 45
§ 41	Remiss - Bredbandsstrategi för Sölvesborgs kommun för år 2020-2025	2021/35	46
§ 42	Remiss - Digitaliseringsstrategi Sölvesborgs kommun 2021	2021/38	47
§ 43	Kö- och beläggningsstatistik 2021	2021/15	48
§ 44	Anmälan av delegationsbeslut	2021/12	49
§ 45	Meddelanden	2021/13	50
§ 46	Övriga frågor	2021/14	51



Omsorgsnämnden

ON § 36

Dnr 2020/156

Redovisning av kontrollarbete gällande privata utförare

BESLUT

Omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendet i korthet

Susanne Nyborg, LOV-handläggare, redovisar uppföljningsprocessen gällande kontrollarbetet av privat utförare.

Beslutsunderlag

Presentation, Susanne Nyborg, LOV-handläggare, 2021-04-22

LOV-lagen om valfrihet

Information om uppföljningsprocessen
210422

LOV-Handläggare Susanne Nyborg

DN
RB

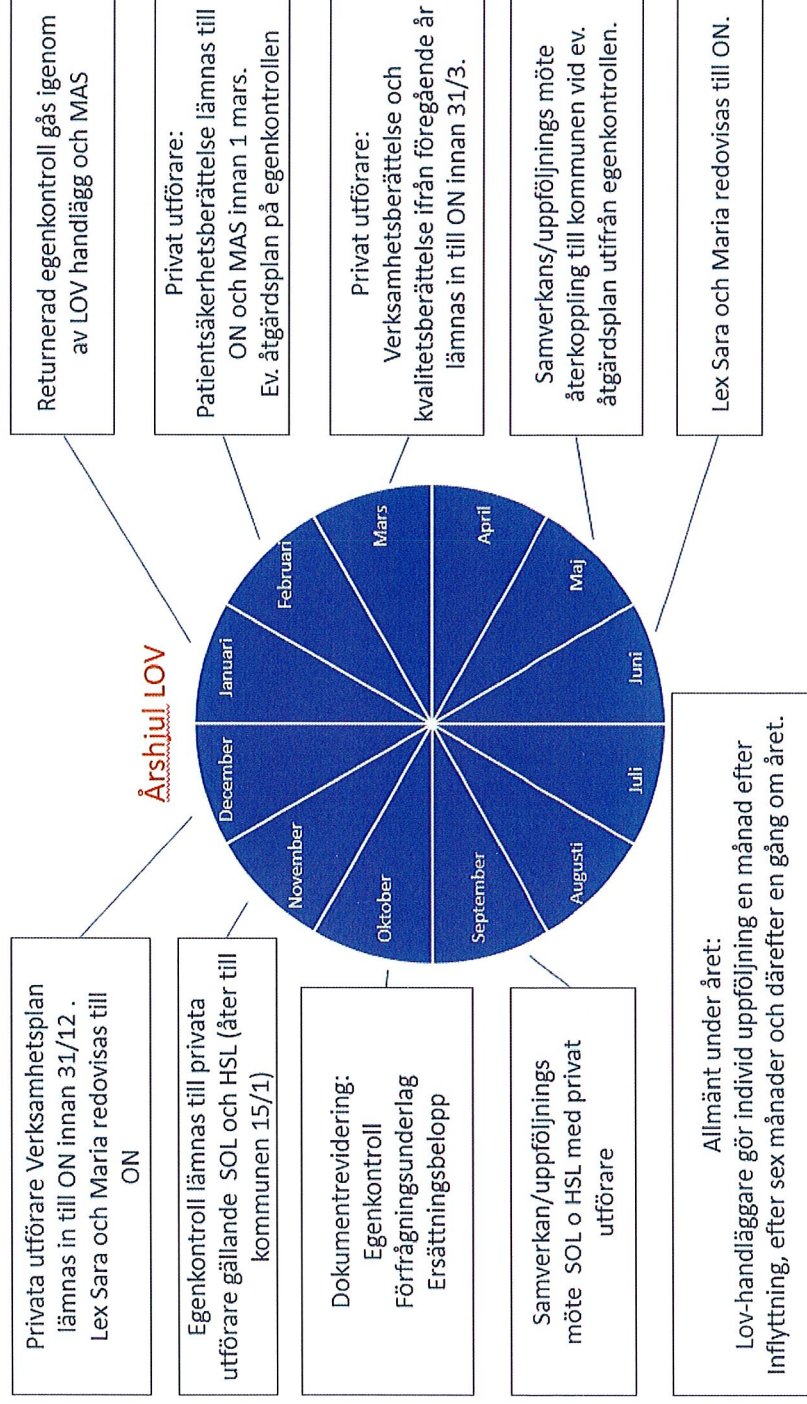
Uppföljning individnivå

- Första uppföljningen sker efter en månad. Kontroll av kvalitetsfrågorna.
- Nästa uppföljning efter 6 månader. Genomförandeplan och målsättningar går igenom.
- Sedan uppföljning av ärendet en gång om året eller vid större förändringar av brukarens behov.
- Möte på plats hos brukaren på boendet samt tillsammans med anhörig och kontaktman.

Uppföljning verksamhetsnivå

- Uppföljningar enligt upprättat kontroll årshjul.
 - Egenkontroll lista gällande SOL och HSL. Görs av LOV-handläggare och MAS.
 - Kontroll av inlämning av dokument som t ex patientsäkerhetsberättelse och verksamhetsberättelse.
- Genomgång av förfrågningsunderlag och bilagor
- Ta fram beslutsunderlag gällande ny dygnersättning i särskilt boende samt timersättning gällande hemtjänst.
- Allmän kontroll av verksamheten genom kontinuerliga besök.
- Kontroll att rätt ersättning utgår utifrån avtalet i månadsfakturan ifrån privat utförare.

Kontrollhjul



sölvesborg.se



Omsorgsnämnden

ON § 37

Dnr 2020/156

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse från Timansstenar

BESLUT

Omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Ärendet i korthet

Irene Bengtsson, regionchef och Dusanka Reljanovic, blivande regionchef, redovisar kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse från Timansstenar.

Beslutsunderlag

Kvalitetsberättelse 2020

Patientsäkerhetsberättelse 2020

Exp.

Irene Bengtsson, regionchef Frösunda äldreomsorg

Dusanka Reljanovi, blivande regionchef Frösunda äldreomsorg

Kvalitetsberättelse 2020

Timansstenar

Michaela Brolin, Tf. verksamhetschef



2021-03-03

Organisatoriskt ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet

Enligt Socialtjänstlagen 3 kap 3 § ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Verksamhetschefen ansvarar för:

- Inom sin enhet bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete
- Kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sin enhet och involvera medarbetarna i det systematiska förbättringsarbetet
- Ytterst ansvara för de aktiviteter som är aktuella för den enskilda enheten och som är beskrivna i processerna
- Ha huvudansvar för att utreda de avvikelser som sker inom enheten
- All social dokumentation inom sin enhet.

Medarbetarens ansvar:

- skapa förtroende och god kvalitet genom att visa Respekt, Engagemang och Nyfikenhet i varje möte med kunder, närstående och varandra
- delta i det systematiska kvalitetsarbetet
- tillämpa gällande rutiner

Risikanalys

Verksamheter inom SoL ska enligt SOSFS 2011:9 5 kap 1§ fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

En viktig del av det preventiva arbetet är riskanalys. En riskanalys kan påvisa sannolikheten för att en händelse inträffar och om den gör det – negativa konsekvenser som kan bli en följd av händelsen.

- Riskanalys gjord inför sommaren 2020
- Riskanalys gjord i samband med att besöksförbud r/t Covid-19 hävs
- Riskanalys r/t kund

Vi kommer under 2021 att fortsätta att arbeta aktivt med riskanalyser i situationer som kan innebära en risk för verksamheten

Uppföljning genom egenkontroll

Under 2020 har Timansstenar arbetat aktivt med egenkontroller. De egenkontroller som utförts under året är

- Nattfastemätning
- Loggkontroll SoL journal, sker månadsvis
- Egenkontroll HSV, har utförts en gång under hösten
- Egenkontroll miljö har utförts under november månad
- Internrevision EKP utfördes i september
- Egenkontroll för kvalitet, kund och verksamhet, utfördes i december

Då verksamheten startades upp i mitten på 2020 har inte alla egenkontroller under året utförts men av de egenkontroller som gjorts under 2020 kan vi utläsa att miljöarbetet behöver förbättras under 2021. Mätningar av nattfastan visar på att förbättring kan ske.

Avvikelser

Vård- och omsorgsavvikelser (inkl. missförhållanden/påtaglig risk för missförhållanden)

All personal informeras om avvikelshantering och tillbud, och att alla avvikelser ska registreras i Caneas avvikelshantering. Medarbetarna på Timansstenar är bra på att skriva avvikelser och tillbud. När medarbetaren skrivit en avvikelse hanteras den av verksamhetschef eller sjuksköterska beroende på om det är en omsorgsavvikelse eller HSL. Vid hantering hämtas uppgifter in från berörd personal. Alla avvikelser tas upp på kvalitetsråd 1 gång/månad, där förbättringsarbete kan påbörjas. Avvikelser diskuteras även på verksamhetsmöten.

Hantering av klagomål och synpunkter

Alla klagomål och synpunkter hanteras via skriftligt svar eller enskilt möte. I svaret bemöter vi de åsikter som kommit in och vad vi aktivt gör för att förbättra och minska risken för att problemet ska uppstå igen. Dessa registreras även i ledningssystemet Canea. Anhöriga informeras om klagomål och synpunkter vid inflytt, blankett har även skickats hem till anhöriga tillsammans med månadsbrev.

Under 2020 har Timansstenar mottagit

- Tre klagomål
- Två beröm
- En synpunkt

Klagomål som inkommit handlar om insatser, information och inköp. Klagomål har hanterats via enskilda möten samt samtal.

Under året har inga Lex Maria eller Lex Sarah registrerats.

Ingen inspektion från Ivo har skett under 2020

Sammanställning och analys

Av de klagomål som inkommit under 2020 berörs ofta insatser och information från personal.

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Förbättringsarbeten har påbörjats. Omorganisering av personal har skett för att skapa bättre gruppdynamik med ökad möjlighet till stöd och hjälp från kollegor. Aktivt arbete med skapande av lokala rutiner samt förbättring av befintliga rutiner.

Samverkan

Timansstenar har ett nära samarbete med Valjehälsans läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut.

Rond sker en gång/vecka tillsammans med läkare från Valjehälsan. Om kund ej tillhör Valjehälsan kontaktas aktuell vårdcentral vid behov.

Sjuksköterska bemannar Timansstenar dagtid, övrig tid har sjuksköterskor från Valjehälsan beredskap.

Fysioterapeut och arbetsterapeut från Valjehälsan vid behov.

Timansstenar har ett nära samarbete med biståndshandläggare från Sölvesborgs kommun.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Omvårdnadspersonal bidrar till kvalitetsarbetet på Timansstenar genom att skriva avvikelser och tillbud. Aktivt arbete med förbättring av verksamheten genom att införa och bearbeta rutiner. Genomförandeplaner upprättas tillsammans med kunder och/eller anhöriga när ny kund flyttat in. Medarbetare arbetar efter fastslagna rutiner. Genom kontaktmannskapet skapar vi en ökad förutsättning för att ge trygga kunder som får vara med att påverka sin omsorg.

Sammanfattning och resultat

Under våren 2020 öppnade Timansstenar. Arbetet påbörjades men arbetet med rutiner stannade av. Detta har resulterat i att personal känt sig osäker i sitt arbete. Under hösten har flera nya rutiner skapats och utvecklats för att skapa trygga medarbetare och kunder.

Övergripande mål för verksamhetens kvalitetsarbete kommande år

Under 2021 är de övergripande målen för Timansstenar att arbeta med

- Miljöarbete
- Kundnöjdhet
- Trygg personal genom kompetensutveckling
- Brandskyddsarbete

Frösunda Äldreomsorg AB

Patientsäkerhetsberättelse 2020

Timansstenar

Michaela Brolin, Vik verksamhetschef
210217



Innehållsförteckning

Timansstenar	0
Sammanfattning	2
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	4
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	4
Uppföljning genom egenkontroll	5
Samverkan för att förebygga vårdskador	5
Riskanalys	5
Informationssäkerhet	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet, Avvikelser,	6
Hantering av klagomål och synpunkter SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6, samt 6§	7
Samverkan med patienter och närstående	8
Resultat	8
Övergripande mål och strategier för kommande år	9

Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten

- Arbetat med att lokalt anpassa Frösundas centrala rutiner gällande HSL
- Aktivt arbetat med avvikelshantering-händelser ska ses som en möjlighet till förbättring
- Användning av Sekoia, digitalt signeringssystem där vi signerar ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser
- Om möjligt ansluta kund till dosdispensering av läkemedel
- Fortlöpande utbildning i Frösunda akademien för alla personal gällande bland annat basala hygienrutiner, trycksår och undernäring hos äldre
- Kontinuerlig utbildning och stöd i användandet av skyddsutrustning relaterat till pågående pandemi.
- Besöksförbud under pandemi enligt rådande riktlinjer
- Löpande samverkan med vårdcentral genom bl.a. kontakt med läkare, fysioterapeut och arbetsterapeut
- Delegeringsutbildning för läkemedelsadministrering och injektionsgivning av insulin
- Kontinuerlig utbildning och handledning av personal

Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll

- Genomför nattfastamätningar enligt rutin.
- Genom att avvikelser löpande hanteras såväl i verksamheten som på kvalitetsråd.
- Genom egenkontroller av basala hygienrutiner samt under rådande pandemi, kontroll av skyddsutrustning.
- Genom kommunens egenkontroll för uppdraget utifrån LOV

Hur risker för vårdskador identifierats och hanterats

- Användning av kvalitetsregister som Senior Alert vid inflyttning, för att säkerställa att vi redan från start kan identifiera risk för fall, undernäring och munhälsa och vidta lämplig förebyggande åtgärd.
- Risker utvärderas och i tvärprofessionellt team planeras åtgärder för att förebygga dessa risker.
- Risker och händelser i vardagen rapporteras i ledningssystemet Canea och hanteras löpande i såväl verksamhetens kvalitetsråd där ledningsgrupp och omvårdnadspersonal ingår.
- Fortlöpande dialog mellan omvårdnadspersonal och patientansvarig sjuksköterska kring eventuella risker och åtgärder.

Hur informationssäkerhet har säkerställts

- Vid inflyttning på Tåmansstenar får kunden fylla i samtyckesblankett för informationsöverföring, mellan till exempel kommun och region samt samtycke till kvalitetsregister. Samtyckes registreras sedan i journalsystem och uppdateras 1 gång/år.
- Loggkontroll av patientjournal utförs 1 gång/månad enligt Frösundas Årshjul.
- HSL-personal journalför i ProCapita enligt styrande riktlinjer. SOL-personal har läs och skriv behörighet i LifeCare.

Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser

- Avvikelser och tillbud rapporteras i ledningssystemet Canea där även sannolikhetsgraden för att hända igen bedöms.
- Kvalitetsråd 1 gång/månad där avvikelser hanteras och förbättringsarbeten diskuteras i team.
- Tydliggör *riskområden* genom att via avvikelser/tillbud rapportera händelser så att åtgärder vidtas.

Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats

- Patienter och anhöriga tillhandahåller blankett för synpunkter och klagomål.
- Samtliga klagomål och synpunkter besvaras skriftligt samt vid behov genom planerat möte med aktuella parter.
- Synpunkter och klagomål tas upp på verksamhetsmöten där förbättringsarbeten diskuteras i team.
- I samband med inflyttning sker en samverkan med anhöriga gällande upprättande av genomförandeplan.

Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet

- Information vid inflyttning
- Tillsammans med patient och närstående upprätta ett nära samarbete med kontaktperson och patientansvarig sjuksköterska enligt rutin

De viktigaste resultaten som uppnåtts

- Arbete enligt lokala rutiner har förtydligats och förbättrats.
- Förtydligat och förbättrat rutinen angående kontaktmannaskap. Lokal rutin har förbättrat samarbetet mellan patientansvarig sjuksköterska och kontaktman, vilket vi upplever har skapat en ökad trygghetskänsla hos patient

Övergripande mål och strategier

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

Beskriv Frösundas mål och strategier för säkerhetskultur och patientsäkerhetsarbetet

Målet för verksamheten är att arbeta förebyggande så att vårdskada eller risk för vårdskada inte uppstår, detta genom att alla medarbetare är trygga med att rapportera händelser samt att alla medarbetare ansvarar för att utifrån uppsatta riktlinjer och rutiner arbeta på ett patientsäkert sätt.

Verksamheten startade i egen regi i maj 2020 och fokus har varit att implementera rutiner och Frösundas arbetssätt. Vi har också arbetat aktivt med basala hygienrutiner, hantering av skyddsutrustning för att minimera risk för spridning av Covid-19.

Påbörjat arbete med riskbedömningar och registrering i Senior Alert.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Ansvar och krav på verksamhetens patientsäkerhets- och kvalitetsarbete är beskrivet för varje yrkesfunktion som direkt har ett ledningsansvar för patientsäkerheten i verksamheten. De som omfattas är verksamhetschef enligt 29 § HSL, och för respektive legitimerad yrkesfunktion, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Alla sjuksköterskor har särskilt ansvar för kvalitetsarbete och patientsäkerhet. På kvalitetsavdelningen arbetar medicinskt ansvarig sjuksköterska som även är sakkunnig och stöd till sjuksköterska och verksamhetschef i det praktiska patientsäkerhetsarbetet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

En gång per månad utförs kvalitetsråd. På kvalitetsrådet går verksamhetschef, legitimerad personal och omvårdnadspersonal igenom de avvikelser och eventuella vårdskador som skett under föregående månad. Där diskuteras sedan förbättringsarbeten och nya rutiner för att minska risk för avvikelser och vårdskador.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

- Arbete med rutiner
- Utbildning inom BPSD
- Utbildning inom Frösunda akademien
- Utbildning inom palliativ vård av PAL
- Nattfastemätning
- Aktivt arbete i kvalitetsregister
- Delegeringsutbildning för omvårdnadspersonal
- Utbildning basala hygienrutiner, hantering av skyddsutrustning utifrån rådande pandemi.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Verksamhetschef följer upp verksamheten och säkerställer kvalitet genom egenkontroll och resultatet sammanställs för att sedan tas upp i kvalitetsråd. Verksamheterna ska utföra egenkontroll inom följande områden: jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister Senior Alert, Palliativa registret och BPSD.

- PPM- följsamhet till basala hygienrutiner
- Nattfastemätning

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

För att förebygga vårdskador har verksamheten arbetat med rutiner för möten och samverkan med andra vårdgivare.

- Regelbundna team-möten kommer påbörjas 2021
- Samarbete med Valjehälsans rehab-enhet vid utprovning av hjälpmedel samt information om användningsområden för personliga hjälpmedel
- Ett avtal finns med Valjehälsan för beredskap av sjuksköterska kväll, natt och helg
- Avtal finns med Vårdcentral som reglerar hur samarbetet med PAL och verksamheten är organiserad
- Frösunda Akademien har utbildningar för personalen
- Avvikelsesystemet används för utredning om eventuella brister eller risker för vårdskador
- Genomförandeplaner för kunder belyser eventuella riskområden

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

- Verksamheten registrerar i Senior Alert för riskanalyser på kundnivå gällande nutrition, munhälsa, fall och trycksår
- Sjuksköterskor finns i verksamheten dagtid på vardagar, under kvällar, nätter och helger har Valjehälsans sjuksköterskor beredskap
- En rutin för kontakt med sjuksköterska finns, SBAR används vid kontakt
- Alla kunder får en årlig hälso- och läkemedelsgenomgång
- Utprovning, förskrivning och användning av medicintekniska produkter och utrustning sker av legitimerad personal
- Medarbetare rapporterar vård- och omsorgsavvikelser, legitimerad personal och verksamhetschefen utreder. Kvalitetsrådet behandlar alla avvikelser en gång i månaden

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

- Verksamheten använder dokumentationssystemet LifeCare.
- Verksamhetschefen ansvarar för att kontakta Sölvesborgs kommun för att erhålla inloggning och behörigheter till LifeCare.
- Behörighet ges samt avslutas efter bedömning av verksamhetschef.
- En gång i månaden utförs loggkontroll på SOL journal av verksamhetschef.
- Sölvesborgs kommun fördelar patientjournal i Procapita vilket innebär att HSL-personal på Timansstenar ej kan komma åt andra journaler. Vi har endast tillgång till de patienter som bor hos oss.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet, Avvikelser,

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

På Timansstenar har vi en gång per månad kvalitetsråd där vi går igenom månadens avvikelser och vårdskador.

På kvalitetsråden går vi igenom alla avvikelser, diskuterar förbättringsarbeten samt hur vi kan förändra rutinerna för att minska risken för att problemet uppstår igen. Detta diskuteras sedan på verksamhetsmöten som sker 1 gång/månad. Alla medarbetare förväntas skriva avvikelser och detta uppmuntras även på arbetsplatsen.

Vårdskador

Vårdskada	Antal
Sårinfektion	2
Calici	0
Covid -19	9
Clostridium difficile	0
UVI	2
Pneumoni	0
Maginfluensa	0
Fallskada med behov av sjukhusvård	0
Trycksår som uppstått på boendet	1
Trycksår som uppstått på sjukhus eller innan inflytt	2

Avvikelser

Avvikelse	Antal
Läkemedel	41
Fall	12
Omvårdnad	9
Hot och våld	3
MTP	0
Larm	18
Synpunkter	2
Information	8
Övrigt	41
Hjälpmiddel	5
Rutiner	3

Idag använder Frösunda ledningssystemet Canea där alla avvikelser skrivs. Under februari kommer ett nytt system användas. All personal ska inför detta utbildas i det nya systemet TQM.

Hantering av klagomål och synpunkter

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

Kunder och närståendes synpunkter och klagomål har stor betydelse för patientsäkerhetsarbetet. Detta försäkras bland annat genom att verksamheten har tydligt anslagna rutiner för hur kunder, närstående och medarbetare ska rapportera synpunkter och klagomål och hur verksamheten arbetar för att åtgärda eventuella fel och brister. Frösunda har även en kundombudsman som finns till hands för kunder och närstående som behöver ett personligt stöd i att rapportera sina synpunkter och som kan delta som personligt stöd under utredningsarbetet. Vid välkomstsamtalet, när en ny kund flyttar in, informeras kunden och närstående om klagomåls- och synpunktshantering. Blankett finns i entrén på Timansstenar och har även skickats ut till anhöriga tillsammans med månadsbrev. Verksamheten har arbetat mycket med återkoppling och information av åtgärder till kund och närstående när klagomål eller synpunkt har inlämnats. Kvalitetsrådet, där verksamhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och värderingsledare deltar, är det samordnade stödet för att genomföra förbättringar i organisationen och synpunkter och klagomål tas upp vid varje möte.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

- Samtliga kunder har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Den namngivna sjuksköterskan och kontaktuppgifter informeras till alla kunder och närstående vid inflyttning. I samband med inflyttning lämnas både skriftlig och muntlig information som rör äldreboendet.
- Samverkan med kunder och närstående har skett regelbundet under året genom enskilda möten och anhörigråd. Verksamheten uppmuntrar till kontakter genom månadsbrev som skickas till närstående varje månad.
- Patientansvarig sjuksköterska har kontinuerlig kontakt med närstående, om kunden så önskar, vid förändrat hälsotillstånd. Vi tillämpar också efterlevandesamtal.
- Brytpunktssamtal genomförs med kund och närstående tillsammans med patientansvarig läkare.
- Levnadsberättelsen används som underlag för genomförandeplan för kunden
- En kontaktman utses vid inflyttning och en vice kontaktman finns tillgänglig. Dessa två omsorgspersonal har en fördjupad kunskap om kunden och dennes hälsotillstånd och behov av omsorg och vård.
- Team-möten kommer påbörjas och där framför kontaktman kundens önskemål och behov vilket alltid styr vårt arbete

Resultat

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

- Alla kunder har en riskbedömning enligt Senior Alert
- Tre personal har genomgått BPSD utbildning
- Lokala rutiner har bearbetats, förbättrats och förtydligats
- Fyra personal har genomgått värderingsledarutbildning
- Förekomsten av trycksår är lågt
- Resultat från nattfastemätning visade en snitt tid på 11 och en halv timma. På vår demensavdelning var snittet under 11 timmar och på den somatiska avdelningen uppnåddes inte målet på 11 timmar.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Läkemedel

Mål:

Minska antalet händelser/avvikelser vad gäller läkemedelshantering.

Strategi:

Fortsätta redovisa antal händelser samt att utreda händelser i större utsträckning tillsammans med medarbetarna på våra kvalitetsråd.

Handledning av personal.

Utbildning i läkemedelshantering och utbildning inför delegering.

Uppföljning:

Antal avvikelser och typ av avvikelse samt utifrån resultat eventuella förändringar i rutiner.

Vårdhygien

Mål:

Fortsatt hög följsamhet till basal hygien.

Strategi:

Att all personal genomför en webbaserad utbildning inom hygien och håller sig uppdaterad med senaste informationen från MAS.

Delta i PPM av följsamhet till basala hygienrutiner via SKR.

Uppföljning:

Uppföljningar efter utförd egenkontroll samt resultat från PPM på kvalitetsråd

Munvård

Mål:

Att munhälsobedömning utförs av Region Blekinge till alla patienter som samtycker

Bedömningar ROAG enligt Senior alert.

Strategi: Att utbilda all personal i munhälsa och skapa engagemang för bättre munhälsa.

Uppföljning: Sjuksköterskan följer upp munhälsa tillsammans omvårdnadspersonal.

Dokumentation angående riskbedömning- åtgärder och uppföljning sker i åtgärdsplaner och i Senior alert.

Vård i livets slut

Mål: Att ge personcentrerad vård och omsorg vid vård i livets slut och att följa nationella riktlinjer vid palliativ vård i livets slutskede.

Strategi: Upprätta vårdplan vid palliativ vård

Dokumentera alla dödsfall som sker i verksamheten i palliativa registret.

Uppföljning: Uppföljning i palliativa registret.

Fall

Mål:

Minska fall.

Minska fallskador.

Strategi: ADL bedömningar av arbetsterapeut

Arbeta med bedömningar och åtgärder från resultat i Senior Alert.

Hjälpmedel förskrivning från arbetsterapeut

Läkemedelsgenomgång

Uppföljning:

Uppföljning av åtgärder genom kvalitetsråd samt registrerade händelser i TQM och Procapita.

Medicintekniska produkter

Mål:

Att ingen patient ska skadas eller riskera att skadas p.g.a. en felaktig hantering av personlyft eller andra hjälpmedel.

Årlig utbildning i förflyttningsteknik samt personlyft.

Strategi: All personal ska få utbildning och handledning i hjälpmedelshantering för optimalt användande av hjälpmedel.

Uppföljning:

Uppföljning genom avvikelser och på kvalitetsråd

Nutrition

Mål: Arbeta aktivt med att nutritionsprocessen för att motverka undernäring.

Nattfasta ska aldrig överstiga 11 h.

Strategi: Nutritionsplan ska upprättas för alla patienter med risk enligt Senior Alert.

Återkommande nattfaste mätningar enligt ordination och rutin som planeras enligt årshjulet.

Näringsdryck och näringsberikning tillagas och erbjuds patienten enligt ordination.

Uppföljning: Följa resultat och viktkontroller enligt nutritionsplan, nattfastemätning samt riskbedömning enligt Senior Alert.

Trycksår

Mål: Att ingen patient ska ha trycksår från grad två och uppåt.

Strategi: Förebyggande åtgärder sätts in vid inflyttning omgående. Teambaserat samarbete med fokus på kost och aktivitetsnivå genom kvalitetsråd

Uppföljning: Senior Alert och avvikelshantering med genomgång på kvalitetsråd

Senior alert

Mål:

Riskbedömningar enligt Senior Alert ska göras efter inflyttning inom 48 timmar.

Strategi:

Teamet träffas och beslutar om åtgärder.

Uppföljning:

Var månad på kvalitetsråd och av teamet var annan vecka

-



Omsorgsnämnden

ON § 38

Dnr 2021/21

Ekonomi- och verksamhetsinformation

BESLUT

Behov av tillskott nationellt eller i kompletteringsbudget finns på grund av att skyddsutrustning kostar förvaltningen ca 1 miljon kr per månad, vilket det inte finns budget för.

Informationen tas till handlingarna.

Ärendet i korthet

Budgetuppföljning t o m mars 2021. Förvaltningschef och verksamhetschefer redovisar siffror, prognoser och vad som är på gång för respektive verksamhet,

Beslutsunderlag

Månadsuppföljning t o m mars 2021

Uppföljning hemtjänstkurva t o m februari 2021 samt beviljade timmar och utfördelade timmar ur resurspotten t o m mars 2021.

Presentation, 2021-04-22



Omsorgsnämnden

ON § 39

Dnr 2020/47

Information med anledning av covid-19

BESLUT

Informationen tas till handlingarna.

Ärendet i korthet

Omsorgschef och verksamhetschefer informerar om arbetet som gjorts och görs med anledning av Corona - covid-19.

Beslutsunderlag

Presentation, 210422

Information med anledning av covid-19

- Personalförsörjningen ok
- Skyddsutrustning används som tidigare förutom visir och långärmat förkläde, leveranser inga problem
- Duvans mötesplats streamar olika aktiviteter
- Uppsökande verksamhet
- Skärpta interna riktlinjer med anledning av nya regionala råd

AK
PB



Omsorgsnämnden

ON § 40

Dnr 2020/46

Omställningen särskilt boende

BESLUT

Informationen tas till handlingarna.

Ärendet i korthet

Information om arbetet med omställningen särskilt boende.

Beslutsunderlag

Presentation, 210422

Omställning särskilt boende

- Svalan har en somatisk plats och en demensplats kvar att ställa om. Då har Svalan ställt om från 46 boendeplatser till 27, dvs. 19 platser.
- Falkalyckan har 12 boendeplatser kvar 210601 av 31, dvs. 19 platser har ställts om.
- Ingen övertalighet utan allt fungerar bra.
- Enheterna Boken och Björken på Gerbogården kommer att ställas om till demensplatser från maj månad.
- 16 personer bor nu på Timanstenar. Sex demensplatser och tio somatiska.





Omsorgsnämnden

ON § 41

Dnr 2021/35

Remiss - Bredbandsstrategi för Sölvesborgs kommun för år 2020-2025

FÖRSLAG - Kommunstyrelsen

Omsorgsnämnden anser remissen besvarad.

Ärendet i korthet

Omsorgsnämnden har getts möjlighet att i remissvar lämna synpunkter på föreslagen bredbandsstrategi för åren 2020-2025.

Föreslagen bredbandsstrategi täcker upp de områden och de behov av utveckling som finns inom omsorgsnämnden. Omsorgens IT-samordnare har också varit delaktiga i framtagandet av bredbandsstrategin varför nämnden ställer sig positiv till den framtagna strategin. En synpunkt finns dock gällande årsangivelsen i dokumentets rubrik om att den bör korrigeras till år 2021 eftersom dokumentet beslutas 2021 och därmed inte kan gälla från år 2020.

Bakgrund

Föreslagen bredbandsstrategi är framtagen i syfte att skapa attraktion för boende och företag samt utveckla en god IT-infrastruktur i Sölvesborgs kommun.

Beslutsunderlag

Verksamhetschef Lena Wilson-Ericssons tjänsteskrivelse 2021-03-30
Remiss - Bredbandsstrategi för Sölvesborgs kommun 2020-2025

Exp.

Kommunstyrelsen



Omsorgsnämnden

ON § 42

Dnr 2021/38

Remiss - Digitaliseringsstrategi Sölvesborgs kommun 2021

FÖRSLAG - Kommunstyrelsen

Omsorgsnämnden anser remissen besvarad.

Ärendet i korthet

Omsorgsnämnden har getts möjlighet att i remissvar lämna synpunkter på föreslagen digitaliseringsstrategi.

Föreslagen digitaliseringsstrategi täcker upp de områden och de behov av utveckling som finns inom omsorgsnämnden gällande e-tjänster. Avsnittet identifiera digitaliseringsinitiativ borde möjligen identifierat de digitaliseringsinitiativ som respektive förvaltning har pågående samt planerade eftersom digitaliseringsinitiativ innefattar ett stort område förutom e-tjänster. Omsorgsnämnden ställer sig dock bakom den framtagna strategin och lämnar remissvar med den synpunkten gällande avsnitt identifiera digitaliseringsinitiativ.

Bakgrund

Föreslagen digitaliseringsstrategi är framtagen i syfte att förbättra Sölvesborgs kommuns förutsättningar för digital utveckling. Genom att göra det tydligt för chefer och medarbetare om vad som är kommunens prioriterade utvecklingsområden inom digitalisering och hur digitalisering ska användas för att leva upp till de krav som ställs på kommunen.

Beslutsunderlag

Verksamhetschef Lena Wilson-Ericssons tjänsteskrivelse, 2021-03-30.
Remiss - Digitaliseringsstrategi Sölvesborgs kommun 2021.

Exp.

Kommunstyrelsen



Omsorgsnämnden

ON § 43

Dnr 2021/15

Kö- och beläggningsstatistik 2021

BESLUT

Informationen tas till handlingarna.

Ärendet i korthet

Information av nämndsekreterare Camilla Eriksson angående disponibla platser/lägenheter i särskilda boende, antal sökande samt kostnader för institutionsplacerade och utskrivningsklara under mars 2021.

Beslutsunderlag

Köstatistik mars 2021

Beläggningsstatistik mars 2021



Omsorgsnämnden

ON § 44

Dnr 2021/12

Anmälan av delegationsbeslut

BESLUT

Anmälningarna läggs till handlingarna.

1. 437 st meddelade delegationsbeslut rörande hemtjänst och särskilda boenden under mars 2021.
 - o Biståndshandläggare - 424 bifall
 - o Enhetschef - 12 bifall, 1 avslag
 2. 28 st meddelade delegationsbeslut rörande lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade under mars 2021.
 - o LSS-handläggare - 25 bifall, 1 avslag
 - o Arbetsutskottet - 2 bifall
 3. Erika Englin, bostadsanpassningshandläggare meddelar att ärende 2021/029 kommer att kosta ca 135 tkr.
 4. 24 st meddelade delegationsbeslut gällande bostadsanpassningsbidrag under tiden den 16 mars till och med den 15 april 2021.
 - o Erika Englin, handläggare - 21 bifall, 2 delvis bifall och 1 avslag
-



Omsorgsnämnden

ON § 45

Dnr 2021/13

Meddelanden

BESLUT

Meddelandena läggs till handlingarna.

1. Dom 2021-03-24 från Förvaltningsrätten i Växjö gällande överklagat beslut om personlig assistans enligt LSS. Förvaltningsrätten bifaller överklagandet delvis på så sätt att sökanden ska vara berättigad personlig assistans under skoltid. Överklagandet avslås i övrigt. Dnr 2021/2.
 2. Dom 2021-04-06 från Förvaltningsrätten i Växjö gällande överklagat beslut om kontaktperson enligt SoL. Förvaltningsrätten avslår överklagandet. Dnr 2019/180.
 3. Dom 2021-04-06 från Förvaltningsrätten i Växjö gällande överklagat beslut om personkretstillhörighet enligt LSS. Förvaltningsrätten upphäver omsorgsnämndens beslut. Målet överlämnas till omsorgsnämnden för fortsatt handläggning. Dnr 2020/104.
 4. Dom 2021-04-06 från Förvaltningsrätten i Växjö gällande överklagat beslut om biträde av kontaktperson enligt LSS. Förvaltningsrätten avslår överklagandet. Dnr 2021/1.
 5. Beslut 2021-04-13 från Förvaltningsrätten i Växjö gällande överklagat beslut om personlig assistans enligt LSS; nu fråga om interimistiskt beslut. Förvaltningsrätten beslutar att sökanden från den 14 maj 2021 till dess att målet avgörs slutligt, har rätt till personlig assistans. Dnr 2021/2.
 6. Dom 2021-04-20 från Förvaltningsrätten i Växjö gällande överklagat beslut om biträde av kontaktperson enligt LSS. Förvaltningsrätten avslår överklagandet. Dnr 2019/168.
-



Omsorgsnämnden

ON § 46

Dnr 2021/14

Övriga frågor

BESLUT

Informationen tas till handlingarna.

Ärendet i korthet

Lena Wilson-Ericsson, verksamhetschef, informerar gällande:

- Ej verkställda beslut

Inom SoL var det den 31 mars 2021 2 st ej verkställda beslut gällande särskilt boende och 2 st gällande dagverksamhet på Sunnanbo.

Avbruten verkställighet på grund av covid-19 var inom SoL 7 st dagverksamhet Sunnanbo och 3 dagverksamhet socialpsykiatri.

Inom LSS var det 1 st ej verkställt beslut gällande bostad vuxna.

Avbruten verkställighet var 12 st daglig verksamhet och 1 kontaktperson.

Daniel Berg S ställer fråga om vi har hälsoschema i kommunen.

Malena Sylvan, verksamhetschef svarar att det har vi. Flera enheter har fått hjälp att lägga schema av bemanningen, som är utbildade i att lägga hållbara hälsosamma schema.