



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

Plats och tid Ugglan, Sölvesborg, 2022-06-02 kl 08:30-11:20

Beslutande ledamöter Robert Lindén SD
Anders Fransson M
Daniel Berg S
Diana Sjöström M (i Monia Kress frånvaro)
Viveka Söderdahl V (på vakant plats), §§ 34-35
Deborah Lind KD (på vakant plats), §§ 36-41

Ej beslutande ersättare Deborah Lind KD, §§ 34-35

Övriga närvarande Kate Olsson, verksamhetschef särskilt boende och bemanning, § 34
Anneli Lysö, enhetschef, § 34
Elin Kulle, enhetschef, § 35
André Jönsson, verksamhetschef, § 36
Joakim Vobern, MAS, § 36
Annelie Kjellström, förvaltningschef
Hanna Johansson, kvalitetsutvecklare
Camilla Eriksson, nämndsekreterare

Justeringsperson Daniel Berg

Justerings plats och tid Stadshuset, Sölvesborg, 2022-06-07

Underskrifter

Sekreterare Paragrafer 34-41
Camilla Eriksson

Ordförande
Robert Lindén

Justerare
Daniel Berg



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ

Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

Sammanträdesdatum

2022-06-02

Datum då anslaget publiceras

2022-06-07

Datum då anslaget avpubliceras 2022-06-29

Förvaringsplats för protokollet

Vård- och omsorgsnämndens kansli

Underskrift

.....
Camilla Eriksson



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

Ärendelista

§ 34	Information från verksamhet särskilt boende	2022/7	4 - 7
§ 35	Information om IBIC	2022/7	8 - 21
§ 36	Redovisning av verksamhetsbesök på Timansstenar	2022/27	22 - 43
§ 37	Redovisning av intern kontroll - Samverkan	2021/123	44 - 45
§ 38	Ansökningar om medel ur Turid och Torstens stiftelse 2022	2022/43	46
§ 39	Ansökningar om medel ur Nils och Gulli Svedings stiftelse 2022	2022/44	47
§ 40	Anmälan av delegationsbeslut	2022/11	48
§ 41	Meddelanden	2022/12	49



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 34 Dnr 2022/7

Information från verksamhet särskilt boende

BESLUT

Informationen tas till handlingarna.

Ärendet i korthet

Kate Olsson, verksamhetschef och Anneli Lysö, enhetschef informerar om korttids- och växelvård.

Bakgrund

På arbetsutskottet i februari beslutades om ett informationsprogram för fortsatta arbetsutskott 2022. På detta sammanträde är det särskilt boende som informerar om del i sin verksamhet.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse, Information på arbetsutskottet 220602, Anneli Lysö, enhetschef



Vård- och omsorgsförvaltningen

Kate Olsson
Verksamhetschef
Särskilt boende

Anneli Lysö
Enhetschef
Utsikten

Information på Vård- och omsorgsförvaltningens arbetsutskott 2022-06-02

Utsikten

Utsikten är ett korttidsboende med 15 platser.

Under pandemin har verksamheten endast använt 14 platser då det inte varit aktuellt med dubbelrumsplacering.

Av dessa 15 platser används 4 rum till växelvård. I dagsläget är det 11 personer som har verkställda växelvårdsplatser. En person som har beslut och väntar på verkställighet.

Personalresurser

Enhetschefen har ett bemanningstal på 0,65 åra per plats och en personal per natt. Detta innebär att Utsiktens personalgrupp består av 15 medarbetare varav tre arbetar natt. (Utsikten har en sjuksköterska som arbetar 100 % och en -undersköterska som arbetar 100 %). Därtill har utsikten 20 % kvalitetsundersköterska.

Brukare

De brukare som vanligtvis kommer till Utsikten på korttidsbeslut är:

- Brukare som vistats på sjukhus och behöver rehabiliteras innan hemgång
- Brukare som kommer från sjukhus eller hemifrån för att utredas för vidare boendeform
- Brukare som kommer i palliativt slutskede
- Akutplacerad pga ohållbar hemsituation, ofta brukare med kognitiv svikt

IBIC (individens behov i centrum), har Utsikten med i sitt dagliga arbete. De som kommer till Utsikten har i dag IBIC-utredningar och alla insatser som ska utföras är bedömda och beviljade av biståndshandläggare. Detta gäller även den rehabiliterande träning som ligger utanför det verksamheten kallar vardag-rehab.

Exempel på vardags-rehab är att verksamheten så långt det går arbetar med händerna på ryggen. Varje enskild brukare ska själv utföra det denne kan för att bibehålla funktioner.

Utsikten jobbar med genomförandeplaner där biståndshandläggaren har beskrivit insatsen och målet med insatsen och där verksamheten beskriver HUR insatsen utförs i samråd med brukaren.

Beslut om korttid

De brukare som kommer på korttidsplats får beslut 14 dagar i taget. Genomsnittstiden på vistelsen var under 2021 34 dagar. Totalt 109 unika brukare vistades på Utsikten under 2021.

Växelvårdsdelen

De brukare som är beviljade växelvård är ofta personer med kognitiv svikt eller multisjuka med stort omvårdnadsbehov som vårdas i hemmet. De kommer då i första hand för att deras anhöriga ska få avlastning och återhämtning.

Brukaren blir beviljad via biståndshandläggare på samma sätt som vid korttidsbesluten. Skillnaden är att ett växelvårds-beslut kan vara upp till ett par år med omfattning 7 eller 14 dagar i månaden.

Växelvården har under en provperiod haft en separat växelvårdsavdelning. I samband med att nuvarande enhetschef tog över Utsikten togs även beslut om att slå ihop korttids- och växelvårdsverksamheten igen.

Det finns både för- och nackdelar med detta. I de flesta växelvårds-ärendena är det mindre belastning på medarbetarna genom att det är samma person som återkommer, medarbetarna lär sig hur man bäst hanterar brukaren, lär känna brukaren och dennes anhöriga. Arbetet blir mer lättflytande.

Samtidigt är en stor avdelning med korttidsplatser inte den mest optimala miljön för personer med kognitiv svikt som kommer på avlastning. På Utsikten är det alltid mycket rörelse och inte den lugnaste miljön.

Teamträffar

Utsikten har teamträffar en gång i veckan. På teamträffen deltar biståndshandläggare, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, undersköterska, HSL- undersköterska och enhetschefen. På dessa träffar följer man upp status på varje brukare. Teamet informerar varandra, bokar in uppföljningar, informerar om nya ärenden och planerar hemgångar

Varför vi har äskat pengar till högre bemanning?

Under de senaste åren har verksamheten sett en tydlig förändring av vårdens omfattning. I dag kommer brukarna snabbare från sjukhusen, vilket innebär mer avancerad medicinsk vård på Utsikten. Utsikten har brukare med trach, syrgas, dropp, sondmat och dialys vilket var mer ovanligt tidigare. Verksamheten ser en ökning av sår som kräver regelbundna omläggningar, många gånger kommer brukaren med sår från sjukhuset. Därutöver är brukare med kognitiv svikt överrepresenterade.

Brukare på Utsikten har även varje vecka flera sjukhusbesök där medarbetare följer med som ledsagare

De träningsprogram som medarbetarna är behjälpliga med att utföra är ordinerade av fysioterapeut och här tror teamet att de kan få ett bättre resultat på sikt.

På natten har Utsikten en undersköterska i tjänst. För att klara av de ärenden verksamheten har behövs det i flera fall vara två medarbetare. Utsikten samarbetar då med övriga avdelningar på Slottsgården men framförallt med Bv2c som rent lokalmässigt ligger närmst.

Framtidens korttidsboende

På framtidens korttidsboende finns det fysioterapeut och arbetsterapeut på plats. Verksamheten har en bemanning som beräknas efter beviljade insatser. Verksamheten har mer och regelbunden kompetenshöjning av medarbetargruppen. Och det bästa är nog att ha växelvård avskild från korttidsboende för brukarnas skull.

Anneli Lysö
Enhetschef Utsikten



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 35 Dnr 2022/7

Information om IBIC

BESLUT

Informationen tas till handlingarna.

Ärendet i korthet

Hanna Johansson, kvalitetsutvecklare och Elin Kulle, enhetschef och processledare informerar om vad individens behov i centrum (IBIC) är och hur arbetssättet och processen ser ut.

Beslutsunderlag

Presentation, 2022-06-02, Elin Kulle, enhetschef.

IBIC

Individens behov i centrum



Processledare

- Emelie Thorén – Utförare hemtjänst
- Elin Kulle – Utförare särskilt boende
- Elin Elofsson – Handläggare SoL - föräldraledig
- Susanne Nyborg Handläggare SoL
- Emelie Karlsson – Handläggare SoL



IBIC – Individens behov i centrum – vad är det?

Individens behov i centrum, IBIC, är ett **behovsinriktat** och **systematiskt arbetssätt** för de som arbetar med personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning utifrån **Socialtjänstlagen (SoL)** och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

IBIC är en vidareutveckling av **Äldres behov i centrum, ÄBIC**.



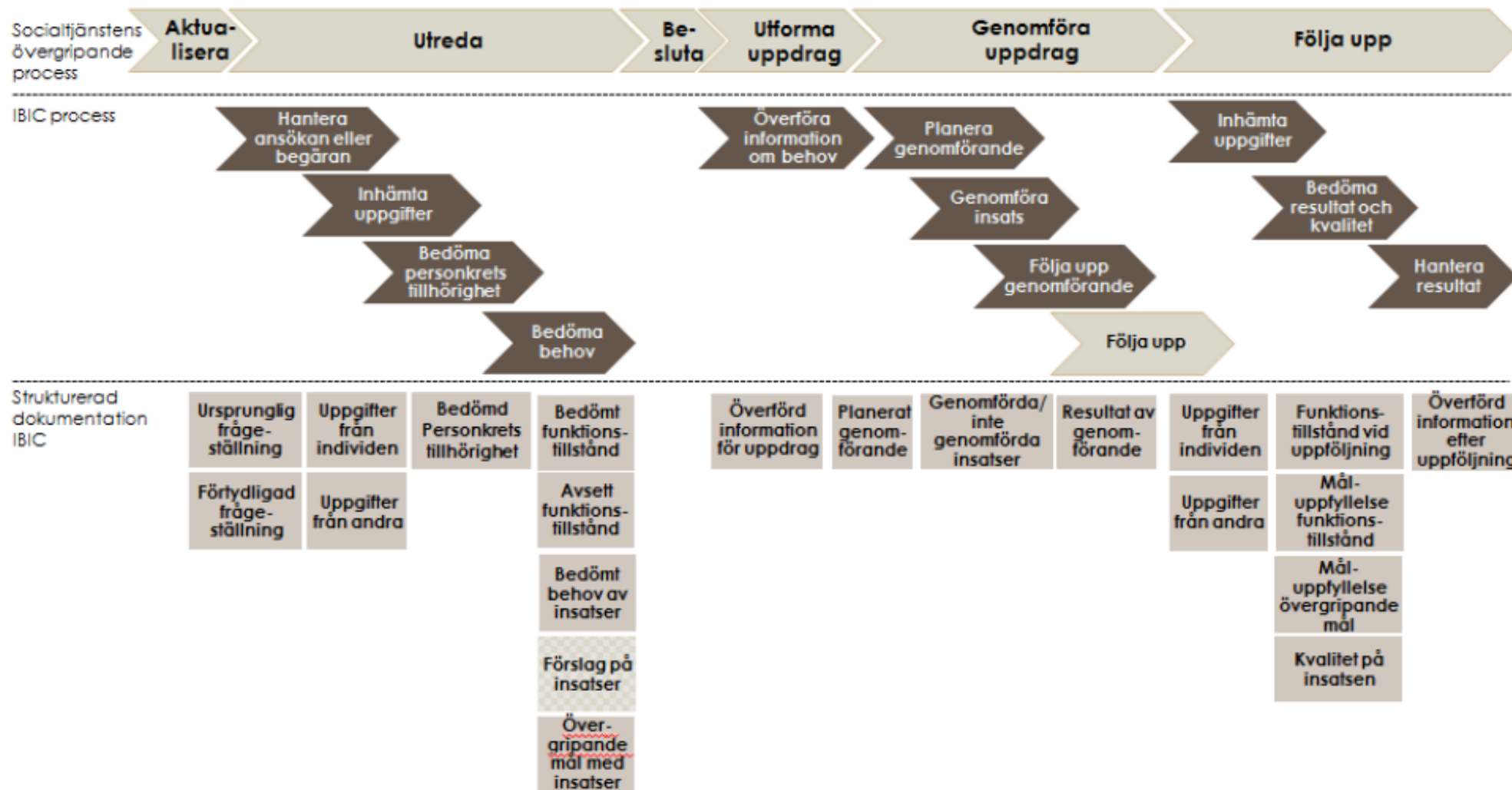
IBIC – ett arbetssätt

- Behovsinriktat
- Systematiskt
- Salutogent arbetssätt
 - Brukaren i fokus
 - Värna om det friska

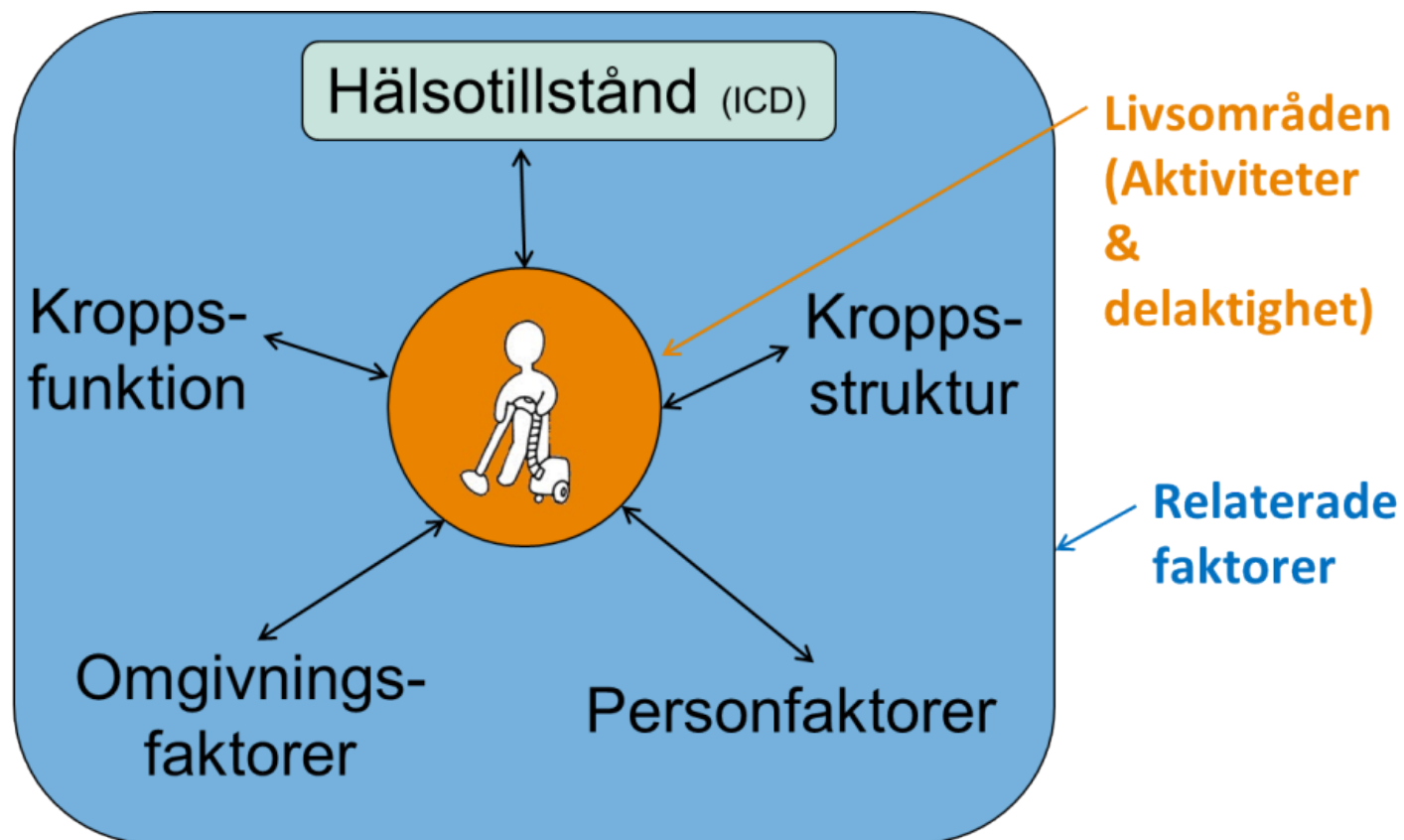
Varför är det viktigt att arbeta utifrån individens behov i centrum (IBIC)

- Stärker individens delaktighet
- Underlättar samarbete
- Mer likvärdigt och rättssäkert, arbetar systematiskt
- Strukturerad dokumentation, gemensamt språk ICF
- Gör det tydligt för utföraren vilket stöd individen behöver
- Gör det lättare att följa upp behov och mål

Processen



ICF modellen



Figuren med dammsugaren: Illustrations copyright by TAI TAKAHASHI, International University of Health and Welfare.

LIVSOMRÅDE

Lärande och tillämpa kunskap – lösa problem, fatta beslut

Allmänna uppgifter och krav – genomföra daglig rutin, hantera stress

Kommunikation – ta emot meddelanden, konversera, använda kommunikationsutrustning

Förflyttning – ändra kroppsställning, lyfta och bära, gå, röra sig omkring på olika platser

Personlig vård – tvätta sig, klä sig, äta, dricka, sköta sin hälsa, sköta toalettbehov

Hemliv – hushållsarbete, skaffa varor och tjänster

Mellanmänniskliga interaktioner och relationer – skapa och behålla formella, sociala eller familjerelationer

Arbete, sysselsättning, utbildning och ekonomiskt liv – ex betala räkningar

Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv – samhällsgemenskap, rekreation och fritid, religion, rösta

Känsla av trygghet (kroppsfunktion)

Personligt stöd från person som vårdar eller stödjer en närstående (omgivningsfaktor)



Funktionstillstånd

- Ingen begränsning
- Lätt begränsning
- Måttlig begränsning
- Svår begränsning
- Total
- Ej specificerat



Avsett funktionstillstånd = MÅL

Avsett funktionstillstånd

Att kunna gå ut själv

Genomförandeplan

Avsett funktionstillstånd = Mål

Att kunna gå ut själv

Rubrik ^

Delmål

Linda ska börja gå själv från sängen med stöd från personal till köket för att sätta sig vid köksbordet

Mål

Att kunna gå ut själv

När

Varje morgon

Hur

Linda använder befintliga hjälpmedel för att kunna ta sig upp självmant ur sängen, personalen finns bredvid och stöttar genom att ha en hand på ryggen. Linda går sedan med stöttning av personal till köksbordet.

Resursfördelning enligt IBIC

- De behov som våra brukare har blir tydliga och möjliggör därmed att vi kan få fram vilka resurser som behövs utifrån brukarnas behov på en enhet.
- Detta ger en likvärdig vård oavsett var individen bor eller vilka funktionsnedsättningar individen har.
- Olika funktionsnedsättningar i kombination med varandra ger olika förutsättningar vilket fångas upp av IBIC.

Ett lyckat införande bygger på att:

- Alla vill
- Alla engagerar sig
- Alla förstår
- Alla = alla nivåer/delar/yrkesroller i verksamheten – alla är lika viktiga.
- Några områden att uppmärksamma:
 - Kunskap kring IBIC och arbetssättet till alla
 - Hur det ser ut i lokaler, fysiska förutsättningar
 - Hur vi i dagsläget förvaltar våra personalresurser
 - Handläggarnas möjlighet att använda sin kompetens och se till varje brukares behov



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 36 Dnr 2022/27

Redovisning av verksamhetsbesök på Timansstenar

BESLUT

Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att begära en åtgärdsplan från Timansstenar utifrån innehållet i bilagan "Egenkontroll med kommentarer från MAS och kvalitetsutvecklare". Åtgärdsplanen ska inkomma senast den 16 juni 2022.

Förvaltningen får i uppdrag att undersöka eventuella avvikelser från gällande avtal med bakgrund av dagens information och tidigare händelser.

Ärendet i korthet

Hanna Johansson, kvalitetsutvecklare och Joakim Vobern, MAS redovisar vad som framkommit vid verksamhetsbesöken på Timansstenar.

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden tog den 24 mars 2022 beslut om att kvalitetsutvecklare och MAS skulle göra oanmälda besök på Timansstenar för att följa upp begärd åtgärdsplan på plats.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse, Hanna Johansson, kvalitetsutvecklare, 2022-06-01
Egenkontroll med kommentarer från MAS och kvalitetsutvecklare

Exp.

Anette Andersson, verksamhetschef Timansstenar
Camilla Kallentoft, tf verksamhetschef Timansstenar
Conny Mathiesen, affärsområdeschef, Norlandia Care
Dusanka Reljanovic, regionchef Norlandia Care
Susanne Nyborg, LOV-handläggare
Annelie Kjellström, förvaltningschef
Joakim Vobern, MAS
Hanna Johansson, kvalitetsutvecklare

Handläggare
Hanna Johansson, kvalitetsutvecklare

Återrapportering gällande Timansstenar

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott beslutar att begära en åtgärdsplan från Timansstenar utifrån innehållet i bilagan "Egenkontroll med kommentarer från MAS och kvalitetsutvecklare". Åtgärdsplanen ska inkomma senast den 16 juni 2022.

Förvaltningen får i uppdrag att undersöka eventuella avvikelser från gällande avtal med bakgrund av dagens information och tidigare händelser.

Ärendet i korthet

Granskning och rapport är utförd och sammanställd av Joakim Vobern, MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och Hanna Johansson, kvalitetsutvecklare i vård- och omsorgsförvaltningen. Detta utifrån beslutet som togs på vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2022-03-23.

Vård- och omsorgsnämndens beslut 2022-03-23:

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Återrapportering ges av LOV-handläggare på arbetsutskottet vecka 18.

Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsutvecklare och MAS kommer att göra oanmälda besök på Timansstenar för att följa upp åtgärdsplanen på plats.

Granskningen har genomförts under april och maj månad 2022.

Granskningen har utgått från egenkontrollsfrågor vid både oanmälda och planerade besök. Insamlandet av uppgifter har delvis gjorts tvärprofessionellt med personal som innehar fördjupad kännedom och specialistkompetens i sakfrågor. Exempel på professioner som också deltagit i granskningen är MAR (medicinskt ansvarig rehab), farmaceut, demenssjuksköterska och hygiensjuksköterska.

Insamlande av uppgifter har också skett genom:

- Granskning av journaler.
- Granskning av förekomsten utav skriftliga rutiner kopplat till hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
- Granskning av följsamhet till nationella riktlinjer kopplade till den vård som bedrivs.
- Dialog med anställda.

I bilagan presenteras MAS och kvalitetsutvecklares kommentarer på egenkontrollsfrågorna jämte de kommentarer som Timansstenar lämnat under början av 2022.

Bakgrund

Sedan öppnandet av särskilda boendet Timansstenar 2020 har det inkommit flertal klagomål på vården och omsorgen från anhöriga till de som bor där. Det har också inkommit anonyma klagomål från anställda på Timansstenar som berört arbetsmiljön och omsorgen som utförs.

LOV-handläggare har vid flertalet tillfällen begärt åtgärdsplaner kopplade till klagomålen. Under första delen av 2022 har Timansstenar utifrån årshjulet svarat på egenkontrollen utifrån fastställd mall. Nämnden upplever ett glapp mellan den bild Timansstenar presenterat utifrån sin egenkontroll och de åtgärdsplaner som är redovisade och de klagomål som kommit nämnden tillkänna.

Tidslinje över inkomna klagomål, begärda åtgärdsplaner och beslut i nämnd/arbetsutskott:

210521 Klagomål inkom till IVO då anhörig ringt och förhört sig om agerande. Två skrivelser har tidigare lämnats till IVO med synpunkter från anonym personal.

210614 Begäran om åtgärdsplan.

Regionchef och verksamhetschef för boendet kallas in till omsorgsnämnden som hålls den 17 juni 2021 för att svara på frågor.

Ytterligare två klagomål inkom till omsorgskontoret den 8-9 juli 2021.

Dialogmöte hölls med representanter från Frösunda omsorg AB den 22 juli 2021.

210811 Inkom tre stycken handlingsplaner.

210819 beslut på arbetsutskottet:

Omsorgsnämndens arbetsutskott har tagit del av handlingsplanerna och beslutar att åtgärdsplan ska redovisas av representanter för Timansstenar på arbetsutskottets nästa sammanträde den 9 september 2021.
210831 Åtgärdsplan inkom.

210909 Beslut på arbetsutskottet:

Omsorgsnämndens arbetsutskott godkänner redovisningen av åtgärdsplan för Timansstenar. Åtgärdsplan och handlingsplaner ska revideras till att bli ett sammanhållet dokument.

Representanter från Timansstenar bjuds in till arbetsutskottet i november för en ny redovisning.

LOV-handläggare kommer att genomföra planerade och oplanerade kontroller i syfte att säkerställa att planerade åtgärder har genomförts.

211015 Kompletterad åtgärdsplan in 211015 med 2 bilagor i forma av handlingsplaner.

211104 Beslut Au:

Omsorgsnämndens arbetsutskott godkänner redovisningen av åtgärdsplan för Timansstenar.

220304 Klagomål inkommer

220307 Begäran om åtgärdsplan

220316 Inkommande skrivelse/klagomål med anledning av klagomål

220322 Timansstenar inkommer med åtgärdsplan/handlingsplan

220324 Beslut vård- och omsorgsnämnden:

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen.

Återrapportering ges av LOV-handläggare på arbetsutskottet vecka 18.

Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsutvecklare och MAS kommer att göra oanmälda besök på Timansstenar för att följa upp åtgärdsplanen på plats.

220407 Klagomål inkommer

220411 Begäran om åtgärdsplan

220426 Timansstenar inkommer med handlingsplan

Åtgärdsplan/handlingsplan ska redovisas på vård- och omsorgsnämndens sammanträde 220519

MAS och kvalitetsutvecklare ska redovisa sina iakttagelser vid de oanmälda besöken på arbetsutskottet 220602

Hanna Johansson
Kvalitetsutvecklare

Bilagor

Bilaga 1 Egenkontroll med kommentarer från MAS och
kvalitetsutvecklare

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
Område SoL									
	Följs kostpolicyn?	X				X			
	Finns 2 rätter att välja på vid lunch?	X			Om brukaren inte tycker om eller ej vill ha någon rätt finns alltid andra rätter att erbjuda.	X			
	Hålls nattfastan med 11 timmar?	X			Individuella bedömningar görs utifrån ev. risker	X			
	Serveras extra mellanmål vid önskemål?	X				X			
	Anordnas matråd?	X			Ja på borådet tas mat och måltids frågor upp med brukarna. För kostansvariga finns det kostråd.	X			
Boendet	Anlitas tolk vid behov?	X				X			
	Utförs ledsagning utanför boendet?	X				X			
	Fungerar trygghetslarmen?	X							
	Är kontaktman utsedd för alla på boendet och hur jobbar hen?	X			Bil. 1				
	Är boendet öppet ut eller låst?						X		Låst! Brukarna har inte möjlighet att själva kunna gå ut utan att be personal släppa ut dem.
	Har ni under året haft olika råd där de boende är delaktiga, vilka råd isåfall?	X			Vi har haft boenderåd, där mat, aktiviteter och trivsel diskuteras.				
Dokumentation	Finns det genomförandeplaner på alla boende?	X					X		Vid granskning av genomförandeplaner uppmärksammas behovet av att höja kvaliteten i genomförandeplanernas utformning. I flera av genomförandeplanerna saknas tydliga

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
									beskrivningar om hur behoven ska tillgodoses.
	Görs social dokumentation i verksamhetssystemet?	X					X		I den sociala journalen dokumenteras även det som utförs via delegation enligt hälso- och sjukvården. Enligt föreskrift ska dokumentationerna utifrån de olika lagrummen hållas åtskilda.
Aktiviteter	Arbetar ni efter nationella värdegrunden för äldreomsorgen enligt Socialtjänstlagen?	X					X		I journalgranskningen hittas formuleringar som inte är förenliga med den nationella värdegrunden. Kvalitetsutvecklaren har under observationerna hört medarbetare uttrycka sig på sätt som inte är förenligt med äldreomsorgens värdegrund.
	Följs rutiner angående privata medel?	X							
	Erbjuds dagliga planerade aktiviteter?	X			De planerade blandas med spontana för att stimulera och för att tillgodose den enskildes önskemål.	X			
	Erbjuds spontana aktiviteter?	X					X		Spontana aktiviteter är ytterst svåra att genomföra, enligt medarbetare, speciellt på enheten där medarbetare arbetar ensamma.
	Följs rutiner angående nycklar till boendet?	X			Verksamheten hanterar inte nycklar. Brukaren öppnar hotellåsen med sitt trygghetslarm och medarbetarna har en tagg som de kommer in och ut med i verksamheten.				
Personal	Utförs systematiskt brandskyddsarbete (SBA) med regelbundenhet?	X							
	Tillämpas önskad sysselsättningsgrad?	X			Medarbetare tillfrågas och kan även önska.				
	Behärskar personalen det svenska språket?	X							
	Har personalen undersköterskekompetens?	X							

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
	Erbjuds kompetensutveckling?	X				X			Vid fråga till usk så på demensboende så har hon inte gått någon utbildning, hon har inte bett om nån iofs men det borde vara obligatoriskt för att jobba på demensboende!
	Är personalbemanningen anpassad så att varje boende får den omsorg och omvårdnad som anges i uppdraget?	X							
	Finns tillgång till arbetsledning dygnet runt?	X							
	Har all personal namnbrickor?	X							
	Har personalen den sysselsättningsgrad som de önskar?	X			Ja, de flesta har det. Alla scheman är dock inte klara.				
	Har någon önskat utökad sysselsättningsgrad?								
Avvikelse/ Lex Sarah	Rapporteras risk för missförhållande gällande enskild omgående till omsorgsnämnden?	X							
	Anmäls beslut om Lex Sara omgående till omsorgsnämnden?	X							
Område HSL	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/kvalitetsutvecklare
Personal	Finns tillgång till sjuksköterska.	X				X			2 dagtid, jour ssk från Valjehälsan kväll, natt, helg
	<i>Hur stort patientansvar har respektive legitimerad personal.</i>				I dagsläget är ssk patientansvarig för 15 pat. Vid full beläggning 60 patienter fördelas detta på 3 ssk, 20 vardera. Sjuksköterskorna arbetar heltid.				Inget anmärkningsvärt

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
	<i>Följs samarbetsavtalet beträffande läkarmedverkan? Specificera antal LM-genomgångar, årliga läkarbesök, AMP, ställningstagande HLR</i>	X			I dagsläget fungerar det då det är en ny läkare anställd. Fungerade ej optimalt tidigare med endast en läkare tillgänglig på VC. Antal läkemedelsgenomgångar: Förenklad läkemedelsgenomgång genomförs vid inflyttning, SIP och vid förnyande av läkemedels-ordinationer. Årliga läkarbesök: Svårt att ge ett antal. Alla nyinflyttade får läkarbesök och genomgång av läkemedel. Hembesök bokas utifrån behov eller önskemål från patient och eller närstående. Läkarbesök kan även göras på sjukhus eller annan specialistmottagning AMP: 0 ej påbörjat. Arbetar med fokus på SIP ar. Ställningstagande HLR: 8 st som har tagit ställning till 0 HLR.	X			
	Erbjuds ledsagning till vårdcentral om vårdtagaren väljer att ha kvar sin primärvårdsläkare?	X				X			
	<i>Får patient som väljer annan VC än Valjehälsan samma kvalitet på vården?</i>	x			Vid behov kontaktas den läkare där patienten är listad. Sjuksköterskorna har samma arbetssätt oavsett var patienten är listad.	X			
	<i>Har varje vårdtagare en namngiven patientansvarig sjuksköterska (PAS) samt patientansvarig läkare (PAL)?</i>	X			PAL - Ja.	X			
	Har varje vårdtagare en namngiven arbetsterapeut och fysioterapeut?	X					X		Finns en AT sedan augusti förra året, FT lånas in av Valjehälsan vb, rekrytering pågår.

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
	Följs lag, förordningar och föreskrifter avseende bemanning inom äldreomsorgen?	X						X	Det står ej angivet i lagtext hur bemanningen ska se ut på en demensavdelning, det är dock upptaget i text att boendet ska säkerställa att samtliga avdelningar där personer med demenssjukdom befinner sig, är bemannade under hela dygnet på ett sådant sätt att personalen har uppsikt över och utan dröjsmål kan hjälpa och stödja de boende. Vite har delats ut från IVO då detta brustit (prejudicerande). Bemanningen Timansstenar natttid är 4 personer fördelat på 5 avdelningar, fördelat på idag tre olika plan. Dagtid är bemanningen 0,47 på 10 brukare.
	Hur många procent av personalen har undersköterskekompetens?	X			Alla TV-tjänster är usk. Finns en del timvik som inte har usk utbildning. Korrigering: Två tillsvidare anställda medarbetare är vårdbiträde.				Här svarade en tillfrågad anställd att hen läste till usk
Dokumentation	Förs patientjournal enligt Patientdatalagen SFS 2008:355?	X			Bil. 2		X		Journal förs på ett bra sätt av SSK men brister gällande AT. Kontakter med anhöriga finns ej dokumenterat i den omfattning som anges.
Följdfråga för att säkerställa svar kopplad till Dokumentation	Journalföring – rutin, system? Vem granskar dokumentationen? (Loggkontroller?)						X		Vid fråga till en HSL personal är svaret, ingen som hen känner till.

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
Följdfråga för att säkerställa svar kopplad till Dokumentation	Är dokumentationen säkerställd med skriftliga rutiner?						X		Nej. Det finns ingen rutin, allt görs efter eget huvud.
Samverkan	Följs överenskommelser om samverkan mellan Region Blekinge och Sölvesborgs kommun?	X			NPÖ. Frisk, Prator. MAS deltagande: Har deltagit i ett samverkans möte men har inte fått några fler kallelser till andra samverkans möten. Får protokoll från Läke-medels kommittén. Har ingen kännedom om andra samverkansformer.		X		MAS har detekterat brist kopplat till vården gällande svårläkta sår. Rutin saknas för när kontakt med sårcentrum region Blekinge ska tas och när patient bör remitteras. Övrig samverkan finns till läke-medelskommittén i Blekinge, någon mer har MAS inte sett. Kännedomen om regionala riktlinjer är låg. AT har inte vetskap om Sbg rutiner och har inte frågat efter dem. Sammantaget har ingen frågat efter rutiner.
Följdfråga för att säkerställa svar kopplad till samverkan	Beskriv er samverkan i olika plattformar. Deltar inte er MAS i Region Blekinges samverkans möte alternativt att få protokoll?							X	

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
Följdfråga för att säkerställa svar kopplad till samverkan	Är detta tillräckligt då de har en egen MAS? Delta i regional samverkan alternativt få protokoll							X	
Rehabilitering	Erbjuds vårdtagaren individanpassad träning och rehabilitering enskilt eller i grupp?	X				X			
	Finns tillgång till grundutrustning avseende hjälpmedel? Fördelning mellan grundutrustning och individuellt förskrivna hjälpmedel?	X				X			
	Finns skötselplan för medicintekniska produkter? Förebyggande underhåll, besiktning av lyftar, rutiner för rekonditionering, periodisk inspektion lyftsalar?	X				X			
	Följs Sölvesborgs kommuns rutin för förskrivning av individuella hjälpmedel? Rutin för förskrivning samt uppföljning av hjälpmedel?	X				X			
	Handleder fysioterapeut och arbetsterapeut övrig personal för att implementera ett rehabiliterande förhållningssätt? Uppföljning av HSL-ordinationer? Signering??	X				X	X		Uppföljning av HSL-ordinationer saknas i HSL dokumentation
	Upprättas rehabiliteringsplan i patientjournalen då vårdtagaren har behov av det? Målformulering, delaktighet?	X				X			

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
Smittskydd	Följs vårdhygiens och smittskyddsenhetens rutiner (Region Blekinge)? Genomförs regelbundna hygienronder? Beskriv hur ni jobbar.	X			Handledning av ssk sker dagligen. Utbildningar i basala hygienrutiner genomfört. Hygienrond inplanerad i juni månad enligt årshjul.		X		Timansstenar saknade vetskap om regionens hygiensjuksköterska. Timansstenar visste ej heller att hygienrond ska genomföras med minst treårsintervall. TS saknade hygienombud på respektive avdelning. I stort såg ändå hygien bra ut på TS men ett antal korrigeringar är rekommenderade. Under observationerna har kvalitetsutvecklaren uppmärksammat att basal hygien föreskriften inte följts då den lyder: naglarna ska vara korta och fria från konstgjort material. Vid journalgranskning upptäcks det att covid-19 ruinen version 42, vilken var gällande vid det aktuella tillfället, inte följts fullt ut. Full skyddsutrustning har inte använts vid symptom, utan först vid konstaterad smitta.
	Tillhandahålls och bekostas personalens arbets- och skyddskläder?	X				X			
	Genomförs PPM hygienmätningar regelbundet?	X			Inloggning via kommunen. Inte genomfört år 2021. Genomfört våren år 2022.		X		Gjordes ej under hela 2021! Här följdes inte SOS rekommendationer.
	Hur jobbar ni för att förbättra kvalitén/följsamheten?	X			Regelbunden genomgång på APT samt webbaserad utbildning vid anställning. Lokal ledningsgrupp startad som kan identifiera förbättringsområden.			X	

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
Demens Övergripande	De nationella riktlinjerna för demenssjukvård: ”Bedrivs vården och omsorgen för personer med demenssjukdom i enlighet med de sex kriterierna för en god vård och omsorg, det vill säga är vården och omsorgen kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig?”				Förbättringsarbete pågående. Film med diskussion genomförd på APT om skydds och begränsningsåtgärder. Är ett fortlöpande arbete allt eftersom nya medarbetare anställs. Noll vision ej implementerad ännu.				
Demens	Har personal den särskilda kompetens som krävs för att ge bästa möjliga vård och omsorg vid demenssjukdom? Arbetar ni enligt BPSD? Hur många registreringar gjordes under 2021 i BPSD-registret?	X			Finns 2 st BPSD-administratörer, fler kommer att utbildas allteftersom huset fylls på. Utveckling och repetition behöver göras under -22. Antal registreringar: År 2021 gjordes 4 st i systemet.		X		Kompetensen på demensavdelningar är bristande. Den med flest boende för stunden är bemannad med 2 baspersonal dagligen. Endast en av all tillgänglig baspersonal är utbildad i BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens). Den andra avdelningen har i dagsläget 3 boende och bemannas av en ensam undersköterska utan relevant utbildning för demenssjukvård
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Antal registreringar i BPSD-registret								I dagsläget var 8 av 11 som idag bor på demensavdelning registrerade i BPSD-registret enligt personal.

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Hur är kunskapen om kognitiv svikt och demenssjukdom? Olika demenssjukdomar?								Bristande. Endast en baspersonal har dokumenterad kunskap.
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Hur ser kännedomen om demenssjuksköterska ut?					X			Timansstenar har vetskap om demenssjuksköterska eftersom denna själv gett sig tillkänna via nyinflyttade som utretts av eller varit i kontakt demenssjuksköterska.
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	När tas kontakt med demenssjuksköterska?								Ingen rutin finns. Dock har SSK tagit kontakt med demenssjuksköterska nu för att utreda en hel avdelning! Timansstenar vill dessutom utföra minnestester själva trots ej certifierade eller kunskap om hur man läser resultatet! Demenssjuksköterska har upplyst om olämpligheten i detta.

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Hur ser kännedomen ut om nationella, regionala och kommunala riktlinjer för vård- och omsorg vid demens?							X	Viss kännedom om nationella fanns, ej regionalt eller kommunalt.
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Hur ser kunskapen ut om bemötande vid demenssjukdom?							X	Bristfällig.
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Någon som gått BPSD-utbildning? Viktigt att även ssk går den utbildningen					X			Endast en baspersonal.

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Finns kännedom om lågaffektivt bemötande?						X		Nej.
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Har någon gått utbildning i lågaffektivt bemötande?						X		Ev en baspersonal.
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Hur ser delegeringsutbildningen ut? Demens inkluderat?							X	Delegeringsutbildningen gällande läkemedel görs av en ssk, ingen fastställd rutin finns, detta görs godtyckligt efter egen bedömning och ej rutinmässigt standardiserad. Demensutbildning är ej inkluderad.

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Hur ofta delegeringsutbildning? Rutiner för sommarvikarier?							x	Utbildning en gång endast, ingen årlig uppföljning.
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Har personalen gått Demens-ABC? (utb. finns på Svenskt demenscentrum).						x		En som gått relativt nyligen.
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Finns det speciella krav/riktlinjer vid anställning för usk:or på demensavd.? Erfarenhet inom demens? Visa gärna en anställningsannons.						x		Nej.

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom demens	Arbetar personalen med levnadsberättelse? Ur levnadsberättelsen kan mycket information hämtas om patienten, bl.a. yrkesliv, familj och intressen som kan vara bra att använda vid omvårdnaden för att t.ex. minska oro hos patienten (att avleda med).					X			
Vård i livets slutskede	Är vården alltid individuellt anpassad med upprättad vårdplan för vård i livets slutskede?	X						X	Kan ej besvaras då inget relevant fall kunnat mätas.
	Följs nationella riktlinjer för palliativ vård i livets slutskede? (enligt rekommendationer gällande målnivåer nedan)	X						X	Kan ej besvaras då inget relevant fall kunnat mätas.
	1. Smärtskattas 100 % under sista levnadsveckan (enligt SoS nationella målnivåer för palliativ vård)?	X						X	Kan ej besvaras då inget relevant fall kunnat mätas.
	2. Har opioder vid behov-ordinerats mot smärta hos >98 % (enligt SoS nationella målnivåer för palliativ vård)?	X						X	Kan ej besvaras då inget relevant fall kunnat mätas.
	3. Har läkemedel vid behov-ordinerats mot ångest hos >98 % (enligt SoS nationella målnivåer för palliativ vård)?	X						X	Kan ej besvaras då inget relevant fall kunnat mätas.
	4. Är förekomsten av trycksår under sista levnadsveckan < 10 % (enligt SoS nationella målnivåer för palliativ vård)?	X						X	Kan ej besvaras då inget relevant fall kunnat mätas.

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
	5. Ligger genomförda brytpunktssamtal på > 98 % (enligt SoS nationella målnivåer för palliativ vård)?	X						X	Kan ej besvaras då inget relevant fall kunnat mätas.
Omhändertagande av avlidna	Finns en skriftlig rutin för omhändertagande av avlidna samt transport och förvaring enligt HSL (2017:30)?	X				X			
Delegering	Finns en skriftlig rutin för delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård?	X			Bil 3		X		Nej.
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom delegering	Delegeras vissa arbetsuppgifter av fysioterapeut resp arbetsterapeut – vilka & hur ser rutinen ut?					X	X		Ja, men det finns ingen rutin, allt görs efter eget huvud.
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom delegering	Hur kommer ärenden till ft/at? Rutin för vårdmöten? Vilka deltar?					X			AT, SSK, USK
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom delegering	Är delegationsprocessen säkerställd av medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt sjukvårdsförordningen (2017:80)?	X					X		Delegationsprocessen är inte säkerställd av medicinskt ansvarig sjuksköterska enligt sjukvårdsförordningen (2017:80).

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
Följdfråga ställd för att besvara egenkontrollens fråga inom delegering	Är läkemedelshanteringen säkerställd med skriftliga rutiner enligt gällande lagar och föreskrifter?	X					X		Det framkommer under granskning av farmaceut att det finns flera förbättringsåtgärder som måste vidtas för en mer patientsäker läkemedelshantering. Det saknas lokala rutiner för läkemedelshanteringen och sjuksköterskor är inte tillräckligt insatt i Frösundas övergripande riktlinjer, dokument och system, t ex Sekoia, vilket säkert beror på otillräcklig introduktion och stor omsättning av sjuksköterskor och chefer. Viljan och ambitionen att ha en god ordning med hög kvalitet finns hos sjuksköterskor men förutsättningarna är en rimlig bemanning och tydlighet i form av rutiner och riktlinjer."
	Genomförs årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen?	X			Bokat 21/2- 22		X		Aldrig innan egenkontrollen påpekade.
Medicintekniska produkter	Tillhandahålls och bekostas medicinsk utrustning, förbrukningsartiklar såsom såromläggningmaterial, personligt utprovade hjälpmedel samt övrig utrustning?	X				X			
	Tillhandahålls och bekostas all utrustning för ADL-träning och fysioterapi som inte Region Blekinge bär kostnadsansvar för?	X				X			
	Finns lokala rutiner för handhavande av medicinteknisk utrustning samt tillhörande föreskrifter och förordningar?	X			Är under uppdatering.		X		Nej.
Avvikelse HSL	Bedrivs ett systematiskt arbete med risk- och avvikelshantering enligt Patientsäkerhetslagen?	X				X			

2022-06-01

	Fråga inom egenkontroll	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer/åtgärder från Timansstenar	Ja	Nej	Ej aktuellt	Kommentarer från MAS/ kvalitetsutvecklare
	Rapporteras händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada enligt Lex Maria omgående till omsorgsnämnden?	X					X		Med stöd av anonyma vittnesmål, nej.
Sårvård	Har ni etablerad kontakt med sårcentrum i region Blekinge?						X		Nej.
	Följdfråga, följer ni sårcentrums rekommendationer för remittering vid svårläkta sår? (Remiss om sår ej läkt på 6v)						X		Nej.
	Finns kännedom om regionens sårcentrum?						X		Nej.

Följdfrågor är ställda för att klargöra och besvara de olika egenkontrollfrågorna. Punkten Sårvård har tillkommit på förekommen anledning i syfte att säkerställa god vård.



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 37 Dnr 2021/123

Redovisning av intern kontroll - Samverkan

BESLUT

Informationen tas till handlingarna.

Ärendet i korthet

Hanna Johansson, kvalitetsutvecklare redovisar intern kontroll gällande samverkan.

Bakgrund

Enligt beslutad intern kontroll 2022 ska kontrollområde samverkan redovisas i juni och oktober.

Identifierad risk: Att teamträffar inte fungerar enligt gällande rutin inom särskilt boende och hemtjänst.

Kontrollmoment: Följsamhet till rutin.

Metod för kontroll: Förbättringsarbete och revidering av rutin.

Kontrollfrekvens: Avstämning ska genomföras två gånger under året.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse, rapportering 220602, Hanna Johansson, kvalitetsutvecklare.

Datum
2022-06-01Handläggare
Hanna Johansson

Intern kontroll - Samverkan

Identifierad risk:

Att teamträffar inte fungerar enligt gällande rutin inom särskilt boende och hemtjänst.

Metod för kontroll:

Förbättringsarbete och revidering av rutin.

Rapportering:

- Arbetet uppdelat mellan särskilt boende och hemtjänst.
- Arbetsgrupp inom särskilt boende aktiv sedan i mars 2022.
- Inventering av arbetssätt pågår.
- Insamling av exempel från verksamheten pågår.
- Observationer genomförs i verksamheten.
- Samverkansgrupper uppstartade för att utveckla samverkan inte enbart i forumet teamträffar.



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 38 Dnr 2022/43

Ansökningar om medel ur Turid och Torstens stiftelse 2022

FÖRSLAG – Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att Tärnan, Svalan och Timansstenar erhåller 8 683 kr vardera att använda till trivselfrämjande åtgärder enligt respektive ansökan. Återredovisning av beviljade medel ska göras på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2023.

Ärendet i korthet

Ansökan om medel ur fonden har inkommit från Tärnan, Svalan och Timansstenar. I år finns det 26 049,54 kr att dela ut av avkastningen. Tärnan och Svalan ansöker gemensamt om 20 000 kr att användas till förtäring, underhållning och utsmyckning vid anordnande av höstfest, Nobelfest och julfest för alla boende. I ansökan från Timansstenar är inget belopp angivet men medel är tänkta att användas till temafest för alla som bor på Timansstenar och personal.

Bakgrund

Ändamålet med stiftelsen är att del av avkastningen ska gå till trivselfrämjande aktiviteter för personer på särskilda boenden eller motsvarande inom kommunen, vilket boendena årligen ska kunna ansöka om. Genomförda aktiviteter ska redovisas.

Beslutsunderlag

Ansökan från Tärnan och Svalan, Anette Olsson och Frida Einarsson Sundin, enhetschefer, 2022-04-26

Ansökan från Timansstenar, Anette Andersson, verksamhetschef och Christina Sigvant, leg arbetsterapeut, 2022-05-23

Tjänsteskrivelse, Camilla Eriksson, nämndsekreterare, 2022-05-27



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 39 Dnr 2022/44

Ansökningar om medel ur Nils och Gulli Svedings stiftelse 2022

FÖRSLAG – Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att Slottsgården/Utsikten och Gerbogården beviljas 50 500 kr vardera. Återredovisning av beviljade medel ska ske på vård- och omsorgsnämndens sammanträde i mars 2023.

Ärendet i korthet

Slottsgården/Utsikten och Gerbogården har lämnat in ansökningar om att få ta del av stiftelsens avkastning att använda till festligheter.

Avkastningen ur stiftelsen att ansöka om är 101 167,98 kr.

Bakgrund

Stiftelsens avkastning ska användas till sådana åtgärder som medför en för vårdsynpunkt lämplig stimulans för de gamla. Vidare säger testamentet att varje vår och höst bör en dagsutflykt med kulturella inslag anordnas. Samt att en glädjeskapande fest varje år arrangeras med god mat och dryck, inkl. snaps och vin med underhållning från orten.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse, Camilla Eriksson, nämndsekreterare, 2022-05-27

Ansökan Slottsgården/Utsikten, Elin Kulle och Anneli Lysö, enhetschefer, 2022-05-16

Ansökan Gerbogården, Filip Mathisson och Jennika Grimmesjö, enhetschefer, 2022-05-24



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 40 Dnr 2022/11

Anmälan av delegationsbeslut

FÖRSLAG – Vård- och omsorgsnämnden

Anmälningarna läggs till handlingarna.

-
1. 345 st meddelade delegationsbeslut rörande hemtjänst och särskilda boenden under maj 2022.
 - o Biståndshandläggare – 329 bifall och 2 avslag
 - o Enhetschef – 7 bifall
 - o Extern beslutsfattare – 7 bifall
-



Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott

ONAU § 41 Dnr 2022/12

Meddelanden

FÖRSLAG – Vård- och omsorgsnämnden

Meddelandena läggs till handlingarna.

-
1. Protokoll från Samverkansnämnden i Blekinges sammanträde 2022-05-20.
-