

Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott
Åsa EngbergTill Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskotts
ledamöter
Till ersättare för kännedom**Vård- och omsorgsnämndens arbetsutskott****Tid:** Onsdag 5 december 2018, kl. 13:00**Plats:** Sammanträdesrummet våning 2, Marnäsliden

| Ärenden | Dnr |
|---|------------|
| 1 Upprop | |
| 2 Val av justerare | |
| 3 Anmälan om extra ärenden | |
| 4 Enskilda ärenden | |
| 5 Ekonomisk uppföljning | |
| 6 Föreningsstöd 2019 | |
| 7 ICF-Projekt | 2017/32 |
| 8 Uppföljning av internkontroll 2018 | 2017/128 |
| 9 Fastställande av tidplan för Internkontroll 2019 | 2018/105 |
| 10 Omvandla Kvarngatan till seniorboende | 2018/164 |
| 11 Remiss - Motion om bidrag till körkort från kommunen. | 2018/248 |
| 12 Sammanställning av beslut tagna under mandatperioden 2015-2018 | 2018/336 |
| 13 Sjukfrånvaron 2018 | 2018/59 |
| 14 Ej verkställda beslut | |
| 15 Information från förvaltningen | |
| 16 Information från ordförande | |
| 17 Delegationer, redovisas på nämnd | |
| 18 Meddelande, redovisas på nämnd | |

Åsa Bergkvist
ordförande**Åsa Engberg**
nämndsekreterare
Vid förhinder meddela mig på
asa.engberg@ludvika.se eller
ring 0240-866 85



Vård- och omsorgsförvaltningen
Åsa Engberg, 0240-866 85
asa.engberg@ludvika.se

Upprop

Vård- och omsorgsförvaltningen
Åsa Engberg, 0240-866 85/ 76685

Val av justerare



Anmälan om extra ärenden



Enskilda ärenden

Redovisas muntligt vid sammanträdet.



Vård- och omsorgsförvaltningen
Åsa Engberg, 0240-866 85/ 76685

Muntligt ärende

LUDVIKA KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen

Handlingar skickas ut senare eller delas ut vid sammanträdet

Slutrapport – projekt för breddinförande av handläggning och dokumentation enligt ICF, i stödet till äldre och personer med funktionsnedsättning

Förvaltningens förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna slutrapporten för projektet.

Beskrivning av ärendet

Ett projekt har genomförts utifrån vård- och omsorgsnämndens beslut den 6 april 2016 (VON 2016/118). Syftet var att införa en internationellt klassificerad strukturerad dokumentation för att få ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt inom handläggning och dokumentation. Projektet avgränsades till att förbereda lösningar och rutiner för ett implementeringsarbete under 2018.

Projektet har pågått under perioden november 2016 till oktober 2017, under ledning av en projektledare. Slutrapporten beskriver mål, resultat och vad som kvarstår att arbeta vidare med.

De aktiviteter som återstår att göra för att få en fungerande handläggning och dokumentation enligt ICF organiseras i ordinarie verksamhet, under respektive ansvarig chef för biståndshandläggning, hälso- och sjukvård, äldreomsorg, LSS och socialpsykiatri.

Margareta Karlsson
Förvaltningschef

Cecilia Vestergaard
Områdeschef

Bilagor

1. Slutrapport, daterad 2017-10-17, reviderad 2018-10-08

Beslut skickas till

Akt
Områdeschefer
Enhetschef för biståndshandläggning

Enhetschef för kommunrehab
Enhetschef för sjuksköterskor
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Breddinförande av handläggning och dokumentation enligt ICF, i stödet till äldre och personer med funktionsnedsättning

Ändringshistorik

| Datum | Version | Namn | Roll/befattning | Kommentar |
|------------|---------|---------------------|-----------------|----------------------------------|
| 2018-10-08 | | Cecilia Vestergaard | Områdeschef | Tillägg och revideringar av text |
| | | | | |
| | | | | |

Innehållsförteckning

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Projektets bakgrund..... | 4 |
| 1.1 | Uppdragsgivare och projektets uppdrag..... | 4 |
| 1.2 | Bakgrund till projektet..... | 4 |
| 1.3 | Projektets syfte..... | 5 |
| 1.4 | Projektmål..... | 5 |
| 1.4.1 | Kostnader..... | 6 |
| 1.4.2 | Projektets delmål..... | 6 |
| 1.5 | Omfattning..... | 6 |
| 2 | Måluppfyllelse..... | 7 |
| 2.1 | Vad har projektet levererat och vad kvarstår..... | 7 |
| 2.2 | Tid och kostnader..... | 8 |
| 2.3 | Förändring av krav och mål..... | 9 |
| 3 | Projektförloppet..... | 9 |
| 3.1 | Genomförande och organisation..... | 9 |
| 4 | Erfarenheter..... | 10 |
| 4.1 | Organisation, roller och ansvar..... | 10 |
| 4.2 | Förslag till fortsatt arbete..... | 11 |
| 4.3 | Utbildning i projektet..... | 12 |
| 4.4 | Dokumentation..... | 12 |
| 4.5 | Leverans och överlämning..... | 12 |
| 4.6 | Kommunikation och informationsspridning..... | 13 |
| 4.7 | Övrigt..... | 13 |

1 Projektets bakgrund

1.1 Uppdragsgivare och projektets uppdrag

[Ange uppdragsgivare och beskriv uppdraget.]

Beställare av projektet är vård- och omsorgsförvaltningen, Ludvika kommun.

Ett breddinförande av handläggning och dokumentation enligt hälsoklassifikationen International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) som på svenska heter Klassifikation för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ska genomföras i projektform, under ledning och samordning av en projektledare, utifrån vård- och omsorgsnämndens beslut den 6 april 2016 (VON 2016/118)

1.2 Bakgrund till projektet

[Ge en kort bakgrundsbeskrivning, och beskriv resultatet från eventuell genomförd förstudie.]

Vård- och omsorgsnämnden beslutade under 2014 att införa ICF i den databaserade hälso- och sjukvårdsjournalen med början år 2015. För att klara detta krävdes att en ombyggnad av sökordsträdet i verksamhetsstödet Procapita skulle ske. Implementeringen av ICF kodsysteem inom hälso- och sjukvårdsområdet planerades vara klart 2016. Tyvärr så lyckades förvaltningen inte med att genomföra detta då det var brist på sjuksköterskor och det inte gick att avsätta tid.

Det som hittills hade genomförts, på Region Dalarna, var en förstudie där kartläggningen visade behov i kommunerna av gemensamma utbildningsinsatser, samordning och stöd samt start av nätverksgrupper för att stödja en implementering av ICF ute bland kommunerna.

En satsning för både hälso- och sjukvårdsområdet samt socialtjänsten för äldre och personer med funktionsnedsättning skedde på Region Dalarna. Bland annat så arrangerades utbildningsdagar för enhetschefer, biståndshandläggare och legitimerad personal. Övrigt arbete återstod. Det pågick även ett arbete med att ta fram web-utbildningar på regional nivå.

Socialstyrelsen beskriver att en gemensam informationsstruktur som består av dels den nationella informationsstrukturen, dels av det nationella fackspråket, ingår i satsningen på Nationell e-Hälsa, som handlar om hur framtidens vård och omsorg som helhet ska fungera och förbättras. Det ger förutsättningar till en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation och att rätt information kan vara tillgänglig till rätt person vid rätt tillfälle, utifrån legala förutsättningar att dela information.

För Ludvikas del innebar det nya helhetsgreppet att beslutet om att införa ICF som ett kodsysteem inom hälso- och sjukvårdsjournalen behövde utvidgas till att implementera ICF som en tankemodell inom alla tre lagstiftningarna HSL, SoL och LSS. Ett breddinförande krävdes inom handläggning och dokumentation. Även en anpassning av verksamhetsstödet i Procapita måste genomföras.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade i april 2016 att återuppta det tidigare påbörjade arbetet med implementering av ICF att beröra både socialtjänst och den kommunala hälso- och sjukvården och att rekrytera en projektledare under ett år.

Ett förslag på vad som krävdes för att planera och implementera handläggning och dokumentation enligt ICF så skyndsamt som möjligt arbetades fram av en arbetsgrupp. Med förstärkning av en projektledare under en period var grupperna överens om att förvaltningen skulle lyckas planera, implementera och få ett hållbart förändrat synsätt med stöd av tankemodellen och det gemensamma språket i klassifikationen.

Förvaltningen hade sedan tidigare två processledare utbildade inom biståndshandläggarnas användarstöd "Äldres behov i centrum -ÄBIC" som har sin grund i ICF. Ytterligare medarbetare, bland annat två enhetschefer, planerades att genomgå utbildningen. På nationell nivå började ÄBIC förändras till att tala om IBIC "Individens behov i centrum" för att täcka båda lagstiftningarna Sol och LSS. Det är också det begreppet förvaltningen väljer att använda framöver.

1.3 Projektets syfte

[Beskriv vilka effekter som projektresultatet förväntas leda till. Ange när och hur effekterna ska följas upp och av vem.]

Syftet med att införa en internationellt klassificerad strukturerad dokumentation är att få ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt genom att

- skapa ett gemensamt språk och en gemensam ram kring dokumentation
- förändra strukturen i handläggning för en rättssäkrare behovsbedömning
- få bättre underlag för planering och uppföljning
- sätta tydligare mål med insatserna
- främja delaktighet och inflytande för brukare
- få vetenskapliga underlag till jämförelser av resultat internationellt, nationellt och lokalt

1.4 Projekt mål

[Ange projektets mål i termer av projektresultat, tid och kostnad.]

Målet är att ge stöd för kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, i enlighet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Projektet ska också leda till praktiskt stöd för kvalitetssäkring och utveckling av dokumentation i verksamheter som bedrivs med stöd av SoL och LSS (SOSFS 2014:5).

1.4.1 Kostnader

Projektet beräknas pågå under 2016- 2017 till en kostnad på ca 975 tkr, fördelat på två år.

| | |
|--|---------|
| anställning av en projektledare under 12 månader | 600 tkr |
| baspersonalens medverkan i arbetsgrupper på ca 200 tim | 90 tkr |
| konsultstöd ca 16 tim för förändringar i Procapita | 40 tkr |
| fortsatt utbildning för processledare inom ÄBIC (IBIC) | 20 tkr |
| utbildningskostnader vid implementering | 225 tkr |

Övriga deltagares tid i styrgrupp och arbetsgrupper sker inom ramen för respektive ordinarie tjänster men behöver prioriteras av närmaste chefer.

1.4.2 Projektets delmål

Biståndshandläggning

Utveckla biståndshandläggningens användarstöd ”Individens behov i centrum ” IBIC (som i grunden utgår från ICF).

Socialtjänstlagen(SoL) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Utveckla arbetet med dokumentation av sociala omvårdnadsinsatser, genomförandeplaner och medarbetarnas roll i det direkta mötet med brukare.

Hälso- och sjukvård

Utveckla en patientsäker dokumentation vad gäller begrepp och termer med stöd av kodsystem.

1.5 Omfattning

[Beskriv kortfattat krav och förväntningar på projektresultatet samt eventuella avgränsningar.]

Projektet bedrivs på heltid av en projektledare.

Det krävs att samtliga deltagare i arbetsgrupper avsätter tid för att kunna leverera inom projektets tidsramar, samt att processledarna för respektive område får det utrymme vad gäller tid och resurser för att kunna delta.

Projektet skall ej leverera färdiga lösningar eller implementera rutiner under projekttiden november 2016 - oktober 2017. Detta beräknas ske under 2018.

2 Måluppfyllelse

2.1 Vad har projektet levererat och vad kvarstår

Projektet har inte lyckats leverera alla delmål. Fokuset under projekttiden hamnade på en kommunikationsresa med få ett gemensamt synsätt, öka egna kunskaper om ICF och kopplingen till biståndshandläggning, genomförandeplaner och journalföring med individens behov i centrum (IBIC).

| BISTÅNDSHANDLÄGGNING | GENOMFÖRT | KVARSTÅR |
|--|---|---|
| Arbeta fram en utredningsmall och checklistor med utgångspunkt i ÄBIC/IBIC | Ingår i systemstödet Life Care handläggare | |
| Skriva ett förslag till utbildningsplan för biståndshandläggare | Förslag finns | Behöver revideras och uppdateras |
| Utveckling av verksamhetsstödet (BAS) | Ingår i systemstödet Life Care handläggare | |
| Utveckling av användandet av verksamhetsstödet (BAS) i Procapita | Påbörjat att lära sig systemet för att kunna använda dator vid utredningstillfället (hembesöket) | Att använda dator vid utredningstillfället (hembesöket) |
| Introduktionsprogram för nya medarbetare | Ett framtaget material finns | Publiceras på intranätet. Årligen revideras. |
| Handledning/manualer till medarbetare | Påbörjat processkartläggning i IBIC processen | Fortsatt arbete med att kartlägga processer och skriva ned instruktioner |
| SOL / LSS | GENOMFÖRT | KVARSTÅR |
| Arbeta fram genomförandeplaner och nyckelord | Stödpedagogerna har tagit fram en ny <i>genomförandeplan-mall</i> med olika livsområden och omgivningsfaktorer. | Beslut om vilka som ska användas och sedan göra anpassningar i samband med införande av systemstödet Life Care utförare |
| Rutiner för användande av genomförandeplaner | | Instruktioner |

| | | |
|--|---|--|
| Förtydligande av kontaktpersonalens roll och ansvar för genomförandeplaner och dokumentation | Kontaktpersonalens uppdrag har förtydligats i ett dokument | Utbildning behövs för uppdraget, ev web, skriftligt material |
| Arbeta fram modell, rutiner och lättförståeliga instruktioner för social dokumentation | | Modell, rutiner och lättförståeliga instruktioner för social dokumentation |
| Skriva ett förslag till utbildningsplan för omvårdnadspersonal i dokumentation och genomförandeplaner | | Utbildningsplan |
| Introduktionsprogram för nya medarbetare | Web utbildning i röda tråden- från beslut till verkställighet, snart klar för pilottest | Alla genomföra webutbildningen. Fortsatt arbete med webutbildningsavsnitt |
| Handledning/manualer till medarbetare | | Dokument |
| HSL | GENOMFÖRT | KVARSTÅR |
| Arbeta fram en struktur för patientsäker dokumentation av hälso- och sjukvårdsuppgifter i form av sökordsträd enligt ICF och KVÅ i Procapita | Påbörjat uppdrag för statistikinlämnande KVÅ | Dokumentation i HSL journal Ssk och usk kommunicera enl SBAR Frastexter |
| Bygga sökordsträdet i Procapita | Påbörjat förslag till stomme | Genomföra KVÅ först och sedan gå vidare med ICF |
| Skriva ett förslag till utbildningsplan för legitimerad personal | | Utbildningsplan |
| Introduktion för nya medarbetare | | Instruktioner |
| Handledning/manualer för medarbetare | Påbörjat processflöde IBIC för hälso- och sjukvård | Kartlägga processer och skriva ned instruktioner |

2.2 Tid och kostnader

Samtliga kostnader har projektet klarat inom ramen vad gäller projektledarens lön, inbjuden gästföreläsares arvode, samt litteratur för projektarbetet.

2.3 Förändring av krav och mål

[Beskriv eventuella förändringar av krav på projektet och dess konsekvenser för projektets mål.

Projektet ursprungliga inriktning var att genomföra en breddimplementering av ICF i journalföring, genomförandeplaner och social dokumentation. När projektet sedan startade så förändrades den till att omfatta det nya processarbetet med individens behov i centrum, IBC som påverkar övriga arbetssätt hur förvaltningen kan implementera ICF.

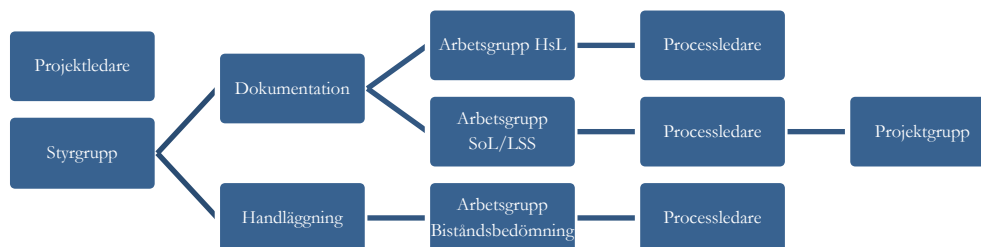
3 Projektförloppet

3.1 Genomförande och organisation

[Beskriv kortfattat hela projektförloppet från början till slut och eventuella förändringar i projektorganisationen.]

Projektet genomfördes under november 2016 till oktober 2017 under ledning av en projektledare som anställdes under samma period.

Projektet var organiserat enligt följande;



Styrgruppen gick igenom projektplanen, tillsammans med projektledaren och möten inplanerades och bokades med styrgruppen, månadsvis, fram till projektavslut hösten 2017.

Projektgruppen träffades tre gånger från november 2016 till januari 2017 innan styrgruppen beslutade att samtliga möten skulle sammanslås med styrgruppens möten i fortsättningen. Anledningen var främst att förkorta ledtiderna i projektet och snabba på processerna, från förslag till beslut, men även att höja kvaliteten på samtliga möten. Det hade förekommit kommunikationssvårigheter vid några tillfällen och genom detta beslut minskade risken för fortsatta missförstånd i projektet.

Styrgruppen träffades vid 8 tillfällen under perioden. Vid två tillfällen träffade styrgruppen en konsult som genomförde ”workshops” i ICF och koppling till genomförandeplaner med individens behov i centrum (IBIC).

Tre arbetsgrupper hade formerats i projektuppdraget och processledarna började arbeta med sina respektive grupper under januari 2017. I arbetsgrupperna deltog olika professioner och en utsedd processledare. Arbetsgrupperna träffades ca 4-8 gånger. Respektive processledare skrev en halvårsvisa sammanställningar.

Projektledaren samordnade arbetsgrupperna och deras uppgifter, såg till att tidplaner följdes och bistod arbetsgrupperna och processledarna med stöd och ansvarade för återrapportering till styrgruppen.

En kickoff var inplanerad i slutet av mars, med föreläsningar, workshop och med en målsättning att alla deltagare i projektet skulle få träffas för att lära känna varandra, men av flera olika orsaker avbokades träffen i tidigt skede.

Det var istället av stor vikt för styrgruppens deltagare att öka den egna kunskapen om ICF och kopplingen till genomförandeplaner med individens behov i centrum (IBIC). En workshop genomfördes uppdelad på två halvdagar under hösten 2017. En extern gästföreläsare och författare av en handbok om ICF, med lång erfarenhet inom vården anlätades.

Projektledaren avslutade projektet med en utvärdering tillsammans med deltagare från förvaltningens ledningsgrupp som ingått i styrgruppen.

4 Erfarenheter

4.1 Organisation, roller och ansvar

[Gör en reflekterande beskrivning av hur organisationen, roller och ansvar har fungerat och hur det eventuellt skulle kunna förbättras.]

Varje möte har dokumenterats och genomgående syns att deltagarna har fokuserat på att försöka hitta ett gemensamt synsätt kring IBIC/ICF och vad som behövs i kunskap och förändringar i arbetssätt. Behovet av dessa samtal har varit det värdefulla för deltagarna för att förvaltningen sedan ska kunna implementera detta på bred front ute i verksamheterna. Alla behövde komma på samma nivå och tala samma språk.

Många gånger blev diskussionerna heta och det var ibland bitvis starka känslor om hur man skall se på ICF-kodernas vara eller icke vara och det internationella klassificeringssystemet. Samtalen har behövts, då man har kunnat dissekera området och förtydligat varför man skall använda ICF i verksamheten. Projektdeltagarna är till stora delar överens om att det har behövts diskuterats och på så sätt skapat större gemensam förståelse för både ICF och IBIC, samt röda tråden från biståndsbedömning till verkställighet

Vad som var tydligt är att det inte fungerar med att ha en heltidsanställd projektledare då övriga deltagare har arbetat med sina ordinarie arbetsuppgifter och inte har samma utrymme i tid att avsätta. Som projektledare är man

utanför vardagliga arbetsuppgifter och emellanåt har det varit en del tid över för andra uppgifter samtidigt som projektdeltagarna har haft för mycket annat att göra. Projektledaren har vid ett flertal tillfällen under resans gång erbjudit sig att utföra administrativa uppgifter åt processledarna men de har avböjt.

Anledningen tycktes vara för mycket att göra – samtidigt som man ber om hjälp har man tackat nej till den hjälp projektledaren har erbjudit.

Arbetsgrupperna kom olika långt i sina uppdrag i projektet. HSL-gruppen har haft svårt att få till sina uppdrag, bl.a. pga sjuksköterskebrist, medan SOL/LSS gruppen har kommit något längre då de enligt egen uppgift har arbetat strukturerat i flera år.

För en extern projektledare tog det tid att komma in i organisationen, både vad gäller förvaltningens verksamheter, olika riktlinjer/tillämpningar/rutiner inom lagstiftningarna men även att lära känna alla projektdeltagare, deras förutsättningar och kompetenser, förmågor och styrkor.

Viktig erfarenhet är att ledningen innan ett projekt startar har en gemensam bild av vad projektet ska leverera och även kommunicerat ut detta. Det krävs ett tydligt uppdrag för att få engagemang hos alla som ska delta att prioritera och avsätta tid.

4.2 Förslag till fortsatt arbete

Utsedda ansvariga chefer ansvarar för fortsatt arbete med breddinförande av handläggning och dokumentation inom respektive område.

En målaktivitetsplan behöver upprättas och tidsättas..

Biståndshandläggning

Ansvarig är enhetschef för biståndshandläggare

- Revidera och uppdatera utbildningsplan för biståndshandläggare
- Utveckla datoranvändningen vid utredningstillfället (hembesöket) för att använda verksamhetsstödet BAS
- Publicera introduktionsprogram för nya medarbetare på intranätet och revidera årligen
- Fortsätta arbetet med att kartlägga processer och skriva ned instruktioner

Sol/LSS

Ansvarig är respektive områdeschef för äldreomsorg och personer med funktionsnedsättningar och personer med psykisk ohälsa

Arbeta fram genomförandeplaner och nyckelord Stödpedagogerna har tagit fram en ny genomförandeplan-mall med olika livsområden och omgivningsfaktorer. Beslut om vilka som ska användas och sedan göra anpassningar i samband med införande av systemstödet Life Care utförare

Rutiner för användande av genomförandeplaner

Instruktioner

Förtydligande av kontaktpersonalens roll och ansvar för genomförandeplaner och dokumentation Kontaktpersonalens uppdrag har förtydligats i ett dokument Utbildning behövs för uppdraget, ev web, skriftligt material

Arbeta fram modell, rutiner och lättförståeliga instruktioner för social dokumentation Modell, rutiner och lättförståeliga instruktioner för social dokumentation

Skriva ett förslag till utbildningsplan för omvårdnadspersonal i dokumentation och genomförandeplaner Utbildningsplan

Introduktionsprogram för nya medarbetare Web utbildning i röda tråden- från beslut till verkställighet, snart klar för pilottest Alla genomföra webutbildningen. Fortsatt arbete med webutbildningsavsnitt

Handledning/manualer till medarbetare Dokument

4.3 Utbildning i projektet

[Gör en reflekterande beskrivning av genomförda utbildningar inom projektorganisationen.]

Projektmedtagarna har fått ta del av en föreläsning kring den ”röda tråden” som lyfter vikten av att följa olika lagar och förordningar.

Samtliga deltagare har fått tillgång till litteratur och material kring Individens behov i centrum (IBIC), dels handbok för ICF-CY, klassifikation från Socialstyrelsen i tryckt utgåva, samt andra material för inläsning individuellt eller i den arbetsgrupp man tillhör.

Under två tillfällen i augusti 2017, hade projektgruppen tillsammans med styrgruppen två halvdagars utbildning med en gästföreläsare, Margareta Adolfsson från Jönköpings Universitet.

4.4 Dokumentation

[Redogör för hur all dokumentation har fungerat och hur den eventuellt skulle kunna förbättras.]

Minnesanteckningar har förts vid varje möte och förvarats i en gemensam mapp på datorn som alla deltagare haft tillgång till..

Det är en stor skillnad i hantering av minnesanteckningar, dokumentation, struktur och innehåll mellan de olika arbetsgrupperna.

Ibland har det glömts bort att använda kommunens mallar, med korrekt layout och det format som kommunen beslutat att man skall använda. Ibland saknas agenda och återkoppling till föregående möte. Frågor ställs på ett möte som skall besvaras till nästa men så har inte skett.

4.5 Leverans och överlämning

[Redogör för hur leveranser och överlämning till intern förvaltande mottagare har fungerat och hur det eventuellt skulle kunna förbättras.]

Slutrapporten överlämnas efter projektavslut till vård och omsorgsnämnden.

4.6 Kommunikation och informationsspridning

[Redogör för hur kommunikationen/informationsspridningen har fungerat inom och utanför projektet samt hur den eventuellt skulle kunna förbättras.]

Information har inhämtats från Socialstyrelsen, dels i form av tryckta handböcker, dels direkt från hemsidan. Informationen har varit tillgänglig för samtliga deltagare i projektet.

Arbetsgrupperna har haft till uppgift att fördjupa sig i dessa olika dokument för att kunna bidra aktivt med synpunkter och frågeställningar på de olika möten som inplanerats.

4.7 Övrigt

Projektledaren vill avsluta med att framföra sitt tack för förtroendet att få leda projektet under den här perioden. Det har varit oerhört givande att få delta i en verksamhet som har högt i tak och där alla deltagarna bidrar på sina personliga sätt till utvecklingen och processförändringarna.

Genom att använda sig av de erfarenheter och kunskaper som finns i kommunen kan implementeringen av ICF bli enklare och IBIC-processen förstås på ett bättre sätt. Det finns stödpedagoger vid vård och omsorgsförvaltningen som bör utnyttjas i arbetet med detta.

Susan Karlkvist
Projektledare

Vård- och omsorgsförvaltningen
Uppdragsgivare

Vård- och omsorgsförvaltningen
Cecilia Vestergaard

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av plan för intern kontroll 2018

Förvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner uppföljning av plan för intern kontroll 2018, enligt bilaga 1 och bilaga 2 daterade 20 november 2018.

Sammanfattning

Kommunstyrelsen fastställde i oktober 2017 en plan för kommunövergripande intern kontroll för 2018 med två gemensamma kontrollpunkter som alla nämnder och helägda bolag ska följa upp.

Vård- och omsorgsnämnden har också fastställt en egen plan för intern kontroll 2018, med nämndspecifika kontrollpunkter som också ska följas upp.

Senast 20 februari 2019 ska nämnderna och bolagen till kommunstyrelsen rapportera sina uppföljningar av 2018 års planer och kontrollpunkter.

På några kontrollpunkter visar vård- och omsorgsförvaltningens uppföljning att det inte finns några anmärkningar, men det finns också några exempel på brister. Exempelvis finns brister i det systematiska säkerhetsarbetet gällande risk- och sårbarhetsanalyser och när det gäller grafiska profilen i användandet av e-postsignaturer och i arbetet med att säkerställa att biståndsbeslut förlängs eller avslutas i tid. För de konstaterade bristerna har förvaltningen antingen redan vidtagit förbättringsåtgärder eller föreslår nu åtgärder att vidta under 2019.

Beskrivning av ärendet

Reglementet anger kommunens syn på intern kontroll och vem som ska göra vad. Enligt reglementet för intern kontroll (KF 2016-08-29 § 137) ska intern kontroll ses som ett verktyg för att styra och utveckla verksamheten så att lagar, förordningar och övriga föreskrifter följs, men också så att de av fullmäktige fastställda målen för verksamhet och ekonomi nås.

Vidare ska intern kontroll stödja att kommunen har och tillämpar system, processer, styrdokument och rutiner som bidrar till att lagar, förordningar och övriga föreskrifter följs och att målen nås.

Intern kontroll handlar därmed om tydlighet, ordning och reda. Det handlar om att säkra att det som ska göras blir gjort, på det sätt som det är tänkt.

Enligt reglementet ska kommunstyrelsen årligen fastställa en plan för kommunövergripande intern kontroll. Planen ska ange kommungemensamma kontrollpunkter som alla nämnder och helägda bolag ska följa upp. Planen ska föregås av en riskanalys.

Även nämnderna och de berörda bolagens styrelser ska årligen fastställa varsin plan för intern kontroll, som ska baseras på den kommunövergripande planens kommungemensamma kontrollpunkter. Även nämndernas och bolagens planer ska föregås av en riskanalys.

Kommunstyrelsens plan med kommungemensamma kontrollpunkter 2018

Vid sitt sammanträde 17 oktober 2017 § 202 antog kommunstyrelsen en plan för kommunövergripande intern kontroll år 2018, med två kommungemensamma kontrollpunkter som alla nämnder och helägda bolag ska följa upp:

1. *Bedrivs det systematiska säkerhetsarbetet med risk- och sårbarhetsanalyser enligt gällande styrdokument?*
2. *Följs den grafiska profilen?*

Vård- och omsorgsnämndens särskilda plan med nämndspecifika kontrollpunkter 2018

Vid sitt sammanträde 20 december 2017 § 116 antog vård- och omsorgsnämnden en särskild plan för intern kontroll år 2018, med 2 nämndspecifika kontrollpunkter:

1. *Säkerställer biståndshandläggarna att beviljade bistånd förlängs/ avslutas i tid, så att den enskilde inte blir utan insatser?*
2. *Ha vikarier anställda >720 dagar fått information om sin lagliga rätt till tillsvidareanställning?*

Resultatet av nämndens uppföljning av 2018 års kontrollpunkter

Senast 20 februari 2019 ska nämnden till kommunstyrelsen rapportera sin uppföljning av 2018 års kontrollpunkter.

På några kontrollpunkter visar vård- och omsorgsförvaltningens uppföljning att det inte finns några anmärkningar, men det finns också några exempel på brister.

För de konstaterade bristerna har förvaltningen antingen redan vidtagit förbättringsåtgärder eller föreslår nu åtgärder att vidta under 2019.

Uppföljningen pekar på följande brister:

- Det som står i riktlinjerna för säkerhetsarbetet gällande risk- och sårbarhetsanalyser är att "Säkerhetsarbetet ska bedrivas systematiskt och omfatta risk och sårbarhetsanalyser".

Förvaltningen har lämnat uppdaterade uppgifter till den risk- och sårbarhetsanalys som kommunen har genomfört daterad 2017-02-22. Vård- och omsorgsnämndens verksamheter är identifierade som samhällsviktig verksamhet. Önskvärt är att det ska framgå tydligare i

styrdokumenten hur och på vilken nivå ett arbete med risk- och sårbarhetsanalyser ska bedrivas och att det ska finna sett gemensamt metodstöd.

Vård- och omsorgsförvaltningen har inte i övrigt arbetat med risk- och sårbarhetsanalyser på någon annan nivå i organisationen. Det som genomförts är enstaka risk- och sårbarhetsanalys vid tex extrem värmebölja och hot- och våldssituationer. I övrigt finns inga dokumenterade planer som är kommunicerade utifrån den kommunövergripande analysen. Förvaltningen behöver genomföra en egen risk- och sårbarhetsanalys och upprätta de rutiner som behövs för att säkerställa att det sker ett fungerande systematiskt säkerhetsarbete.

- Alla nya bilar har försetts med kommunens logotype. När det gäller e-postsignaturer enligt den grafiska profilen så kan vård- och omsorgsförvaltningen konstatera att det krävs ett arbete med att få varje medarbetare att infoga den nya grafiska profilen i sin e-postsignatur. Stickprovsresultatet visar att en del använder den tidigare logotypen, använder fel typsnitt och/eller färg, andra saknar helt eller gör egna e-postsignaturer. Det skulle vara önskvärt om IT enheten på något sätt kunde automatisera detta till varje ny e-postanvändare.
- Resultatet från kontrollen om biståndshandläggarna förlänger eller avslutar biståndsbeslut i tid visade sig inte vara säkerställd. Här behöver det upprättas en åtgärdsplan.

Margareta Karlsson
Förvaltningschef

Cecilia Vestergaard
Områdeschef

Bilagor

- Bilaga 1 Vård- och omsorgsnämndens uppföljning av plan för intern kontroll med kommungemensamma kontrollpunkter för 2018, daterad 20 november 2018.
- Bilaga 2 Vård- och omsorgsnämndens uppföljning av särskild plan för intern kontroll med nämndspecifika kontrollpunkter för 2018, daterad 20 november 2018.

Beslut skickas till

Akt
Vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp
Kommunstyrelsen för kännedom
Verksamhetscontrollern för kännedom
Revisorerna för kännedom

Vård- och omsorgsnämndens uppföljning av plan för intern kontroll med *kommungemensamma* kontrollpunkter för 2018

| Kontrollpunkt | | Kontroll utförd | | Resultat | | Anmärkning | Vidtagna/föreslagna åtgärder |
|---|---|-----------------|-----|----------|----|--|---|
| | | Ja | Nej | UA | MA | | |
| Bedrivs det systematiska säkerhetsarbetet med risk- och sårbarhetsanalyser enligt gällande styrdokument? | | | | | | | |
| - | Arbetas det kontinuerligt, minst årligen, med analyser för att säkerställa att samhällsviktig verksamhet kan bedrivas även vid olika typer av kriser? | X | | | X | Saknas i styrdokument hur och på vilken nivå ett arbete med risk- och sårbarhetsanalyser ska bedrivas | Önskvärt med mer tydlighet i kommunövergripande styrdokument och ett gemensamt metodstöd. Förvaltningen ska genomföra en egen risk- och sårbarhetsanalys och upprätta rutiner för ett systematiskt säkerhetsarbete. |
| - | Finns det dokumenterade och kommunicerade planer för att hantera det som identifieras i analyserna? | X | | | X | Finns enbart enstaka dokument i samband med vissa händelser | Upprätta rutiner utifrån förvaltningens risk- och sårbarhetsanalys |
| Följs den grafiska profilen? | | | | | | | |
| - | För fordon. Avser logotype på nyinköpta och/eller nyleasade fordon samt fordon som tidigare har försetts med logotype. | X | | X | | 100% av 11 nya bilar jan-juni 2018 var försedda med logotype | |
| - | För e-postsignaturer | X | | | X | Stickprovskontroll jan-okt 2018. 42% av 69 personer hade felaktiga eller saknade helt en e-postsignatur enl grafisk profil | Önskvärt med automatisering från IT. Förvaltningen påminner varje medarbetare |

Vård- och omsorgsnämndens uppföljning av särskild plan för intern kontroll med nämnds-specifika kontrollpunkter för 2018

| Kontrollpunkt | Kontroll utförd | | Resultat | | Anmärkning | Vidtagna/föreslagna åtgärder |
|--|-----------------|-----|----------|----|--|--|
| | Ja | Nej | UA | MA | | |
| Säkerställer biståndshandläggarna att beviljade bistånd förlängs /avslutas i tid, så att den enskilde inte blir utan insatser? | X | | | X | Ej förlängda/avslutade LSS jan-okt, 9,2 % av 500 ärenden SoL jan-okt, 11,5% av 1000 ärenden | Månadsvis lista tas ut ur systemet för uppföljning. Biståndshandläggarna behöver upprätta en plan på hur det ska säkerställas |
| Har vikarier anställda >720 dagar fått information om sin lagliga rätt till tillsvidareanställning? | X | | X | | Kontroll april och september 2018 100% av de 4 aktuella har fått den information de ska | |

Vård- och omsorgsförvaltningen
Cecilia Vestergaard

Vård- och omsorgsnämnden

Fastställande av plan för intern kontroll 2019

Förvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden fastställer plan för intern kontroll 2019, enligt bilaga 1 och bilaga 2 daterade 26 november 2018.

Sammanfattning

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår en plan för intern kontroll år 2019. Planen omfattar följande nämndspecifika kontrollpunkter:

1. *Obligatoriska utbildningar. Deltar alla kallade medarbetare i de obligatoriska utbildningarna?*
2. *Medicinsk delegering. Hur många nyanställda vikarier klarar kraven för att få en medicinsk delegering?*

Förslaget har föregåtts av en riskanalys i förvaltningens ledningsgrupp, där risker och tänkbara kontrollpunkter har inventerats, kvantifierats och prioriterats.

Planen anger också hur de kommungemensamma kontrollpunkterna från den kommunövergripande planen ska följas upp:

1. *Leverantörstrohet. Köps varor och tjänster från de leverantörer kommunen har avtal med?*
2. *Redovisas representation enligt interna regler?*

Intern kontroll ska ses som ett verktyg för att styra och utveckla verksamheten så att lagar, förordningar och övriga föreskrifter följs, men också så att de av fullmäktige fastställda målen för verksamhet och ekonomi nås. Intern kontroll handlar därmed om tydlighet, ordning och reda. Det handlar om att säkra att det som ska göras blir gjort, på det sätt som det är tänkt.

Beskrivning av ärendet

Reglementet anger kommunens syn på intern kontroll och vem som ska göra vad. Enligt reglementet för intern kontroll (KF 2016-08-29 § 137) ska intern kontroll ses som ett verktyg för att styra och utveckla verksamheten så att lagar, förordningar och övriga föreskrifter följs, men också så att de av fullmäktige fastställda målen för verksamhet och ekonomi nås.

Vidare ska intern kontroll stödja att kommunen har och tillämpar system, processer, styrdokument och rutiner som bidrar till att lagar, förordningar och övriga föreskrifter följs och att målen nås.

Intern kontroll handlar därmed om tydlighet, ordning och reda. Det handlar om att säkra att det som ska göras blir gjort, på det sätt som det är tänkt.

Enligt reglementet ska kommunstyrelsen årligen fastställa en plan för kommunövergripande intern kontroll. Planen ska ange kommungemensamma kontrollpunkter som alla nämnder och helägda bolag ska följa upp. Planen ska föregås av en riskanalys.

Även nämnderna och de berörda bolagens styrelser ska årligen fastställa varsin plan för intern kontroll, som ska baseras på den kommunövergripande planens kommungemensamma kontrollpunkter. Även nämndernas och bolagens planer ska föregås av en riskanalys.

Förslag till plan för intern kontroll 2019

Förvaltningen föreslår en plan för intern kontroll år 2019, med följande nämndspecifika kontrollpunkter (bilaga 2):

1. *Obligatoriska utbildningar. Deltar alla kallade medarbetare i de obligatoriska utbildningarna?*
2. *Medicinsk delegering. Hur många nyanställda vikarier klarar kraven för att få en medicinsk delegering?*

Förvaltningen föreslår vidare hur de kommungemensamma kontrollpunkterna från den kommunövergripande planen ska följas upp (bilaga 1). Vid sitt sammanträde 29 oktober 2018 § 181 antog kommunstyrelsen en plan för kommunövergripande intern kontroll år 2019, med två kommungemensamma kontrollpunkter som alla nämnder och helägda bolag ska följa upp:

1. *Leverantörstrohet. Köps varor och tjänster från de leverantörer kommunen har avtal med?*
2. *Redovisas representation enligt interna regler?*

Förslaget baseras på en riskanalys

Förslaget till nämndspecifika kontrollpunkter baseras på en riskanalys, där risker och tänkbara kontrollpunkter har inventerats, kvantifierats och prioriterats. Riskanalysen genomfördes i förvaltningens ledningsgrupp där förvaltningschefen, områdeschefer, kostchef, verksamhetsutvecklare, medicinskt ansvarig sjuksköterska och enhetschefer för bemanningsenheten och biståndshandläggning ingår (bilaga 3).

Margareta Karlsson
Förvaltningschef

Cecilia Vestergaard
Områdeschef

Bilagor

- Bilaga 1 Vård- och omsorgsnämndens plan för intern kontroll med kommungemensamma kontrollpunkter 2019, daterad 26 november 2018.
- Bilaga 2 Vård- och omsorgsnämndens särskilda plan för intern kontroll med nämndspecifika kontrollpunkter för 2019, daterad 26 november 2018.
- Bilaga 3 Intern kontroll 2019, riskanalys genomförd i vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp 14 november 2018

Beslut skickas till

Förvaltningens ledningsgrupp
Kommunstyrelsen för kännedom
Kommunstabens verksamhetscontroller för kännedom
Revisorerna för kännedom
Akten

Bilaga 1 Vård- och omsorgsnämndens plan för intern kontroll med kommungemensamma kontrollpunkter för 2019

| Kontrollpunkt | Lag / förordning / föreskrift / styrdoku | Tids- period | Metod | Ansvarig person | Beräknad tidsåtgång | Uppfölj- ningen ska vara klar | Uppföljning- en ska rapporteras till KS |
|--|--|-----------------|---|-----------------------|------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 Leverantörstrohet. Köps varor och tjänster från de leverantörer kommunen har avtal med? | Lagen om offentlig upphandling (LOU) Upphandlingspolicy, 2014-03-12 | Första halvåret | Total- undersökning | Förvaltningsschef/ VD | | 2019-08-15 | 2020-02-20 |
| 2 Redovisas representation enligt interna regler? | Regler för redovisning av representation i Ludvika kommun, 2010-09-10 | Första halvåret | Representativt stickprov av fakturor från leverantörer där representationskostnader kan förekomma | Förvaltningsschef/ VD | | 2019-08-15 | 2020-02-20 |

Bilaga 2 Vård- och omsorgsnämndens plan för intern kontroll med nämndsspecifika kontrollpunkter för 2019

| Kontrollpunkt | Lag / förordning / föreskrift / styrdokument etc | Tidsperiod | Metod | Ansvarig person | Beräknad tidsåtgång | Uppföljningen ska vara klar | Uppföljningen ska rapporteras till KS | |
|---------------|--|--------------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------|
| 1 | Deltar alla kallade medarbetare i de obligatoriska utbildningarna? | Kompetensutvecklingsplan | Första halvåret | Totalundersökning | Ann-cristin Pedersen | 3 tim | 2019-08-15 | 2020-02-20 |
| 2 | Hur många nyanställda vikarier klarar inte kraven för att få en medicinsk delgering? | Delegering inom HSL och kunskapstest | Första halvåret | Totalundersökning | Maj- Britt Bertholdsson | 3 tim | 2019-08-15 | 2020-02-20 |

Vård- och omsorgsförvaltningen
Bilaga 3 Intern kontroll 2019, riskanalys genomförd i vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp
Underlag för tjänstemannaförslag till nämndspecifika kontrollpunkter för 2019

| Risk / negativ händelse / tänkbar kontrollpunkt | System / process / rutin | Lag / förordning / föreskrift / styrdokument etc | Tidsperiod | Metod | Bedömning av risken | | |
|---|--------------------------|--|------------|-------|---------------------|------------------|------------------|
| | | | | | Sannolikhet (1-4) | Konsekvens (1-4) | Riskpoäng (1-16) |
| Alla anställda deltar inte i obligatoriska utbildningar tex brand, förflyttning | Personal och kompetens | Kompetensutvecklingsplan | | | 4 | 4 | 16 |
| Genomförande av skyddsronder | Personal och | AML | | | 2 | 4 | 8 |
| Saknas tillsvidareanställda ssk/dsk | Personal och kompetens | | | | 4 | 4 | 16 |
| Vikarier som inte får delegation | Hälso- och sjukvård | | | | 4 | 4 | 16 |
| Saknas specifik ssk för LSS och psykiatri | Hälso- och sjukvård | | | | 4 | 4 | 16 |
| Sent inkomna avvikelser | Hälso- och sjukvård | | | | 4 | 4 | 16 |
| Palliativ vård fungerar inte enligt evidensbaserat arbete | Hälso- och sjukvård | | | | 3 | 3 | 9 |
| | | | | | | | 0 |

Riskmatris för intern kontroll

| | | | | | |
|-------------------|--------------|--------------------|-----------|-------------|--------------------|
| <i>Konsekvens</i> | | | | | |
| 4. Allvarl | 4 | 8 | 12 | 16 | |
| 3. Kännbar | 3 | 6 | 9 | 12 | |
| 2. Lindrig | 2 | 4 | 6 | 8 | |
| 1. Försumbar | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | 1. Osannolik | 2. Mindre sannolik | 3. Möjlig | 4. Sannolik | <i>Sannolikhet</i> |

Sannolikheten poängsätts från 1 till 4:




1. Osannolik risken är praktiskt taget obefintlig för att händelsen ska inträffa
2. Mindre sannolik risken är mycket liten för att händelsen ska inträffa
3. Möjlig det finns en möjlig risk för att händelsen ska inträffa
4. Sannolik det är mycket troligt att händelsen ska inträffa

Konsekvensen poängsätts från 1 till 4:

1. Försumbar är obetydlig för olika intressenter och kommunen
2. Lindrig uppfattas som liten av såväl intressenter och kommunen
3. Kännbar uppfattas som besvärande för intressenter och kommunen

4. Allvarlig är så stor att händelsen helt enkelt inte får inträffa

Väsentlighetsgrad: riskpoäng = sannolikhet * konsekvens

| | | |
|---|---------|--|
|  | 1 – 4 | Rutinen/processen/systemet <u>behöver inte</u> kontrolleras. |
|  | 6 – 9 | Rutinen/processen/systemet <u>kan</u> kontrolleras. |
|  | 12 – 16 | Rutinen/processen/systemet <u>bör/ska</u> kontrolleras. |

Vård- och omsorgsnämnden

Kvarngatan, omvandlas från ett särskilt boende till ett seniorboende i LudvikaHems regi

Förvaltningens förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att avsluta insatsen särskilt boende på Kvarngatan under första kvartalet 2019 och för de som vill ha fortsatt särskilt boende erbjuda ett särskilt boende på någon av nämndens övriga särskilda boenden.
2. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att uppdra till förvaltningschefen att genomföra en omprövning av beslut om särskilt boende för de som bor på Kvarngatan.
3. Vård- och omsorgsnämnden beslutar att uppdra till förvaltningschefen att hos LudvikaHem säga upp avtalet om blockförhyrning senast 2018-12-31.

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden avslutar insatsen särskilt boende på Kvarngatan och säger upp blockförhyrningen. Kvarngatan övergår till ett seniorboende i LudvikaHems regi. Boende som vill ha sitt beslut om särskilt boende kvar erbjuds särskilt boende i något av nämndens övriga särskilda boenden. De som så önskar erbjuds att bo kvar i seniorboendet på Kvarngatan.

Beskrivning av ärendet

Från olika politiska partier har sedan 2013 framförts i motioner ett förändrat boende. Från särskilt boende till trygghetsboende eller seniorboende. Kommunfullmäktige har beslutat i ”Bostadsförsörjningsplan 2017-2020” att ställa sig positiv till fler senior- och trygghetsboenden i kommunen.

Kvarngatan är ett särskilt boende för äldre med sammanlagt 56 lägenheter fördelade på tre hus med en takad gång mellan husen. Lägenheterna är på 1-3 rum och kök. Boendet är bistandsprövat och för att få ett beslut om rätt till boende krävs att behov av service och omvårdnad finns och som inte kan tillgodoses i det ordinära boendet.

Under det senaste året har ca 10-15 lägenheter varit lediga. Frågan om förändringar av Kvarngatan från särskilt boende till senior- eller trygghetsboende har diskuterats i vård- och omsorgsnämnden under det senaste året. Vård- och omsorgsnämnden blockhyr hela Kvarngatan av LudvikaHem och vård- och omsorgsförvaltningen fördelar alla lägenheter efter biståndsbeslut. Vård- och omsorgsförvaltningen har under våren 2018 kontaktat LudvikaHem om förändringar av hyresavtalet. LudvikaHem ställer sig positiv till detta under vissa förutsättningar. LudvikaHem erbjuder de boende seniorboende på Kvarngatan.

Blockhyresavtalet gäller till och med 2019-12-31 och ska sägas upp senast 2018-12-31.

En förändring av Kvarngatan från särskilt boende till senior- eller trygghetsboende kräver en omprövning av samtliga beslut av de som för närvarande bor på Kvarngatan. Ca 40 beslut. En omprövning är möjlig och då med ett erbjudande om att bo kvar, men då i seniorboende Där LudvikaHem fördelar lägenheterna. För den som vill ha sitt beslut om särskilt boende kvar erbjuds detta på något av nämndens övriga särskilda boenden. Vård- och omsorgsnämnden får då ta på sig kostnader för flytt för de som önskar ett särskilt boende på någon av nämndens övriga boenden.

Margareta Karlsson
förvaltningschef

Beslut skickas till

Motion till kommunfullmäktige i Ludvika:

Omvandla Kvarngatans särskilda boende till seniorboende.


Ludvika kommun är i ett skriande behov av lägenheter. I dagsläget finns endast ett fåtal lediga lägenheter vilket motverkar en positiv befolkningsutveckling, samt motverkar en omflyttning inom befintligt bostadsbestånd.

Boendet på Kvarngatan i Ludvika inrymmer 56 lägenheter och bedrivs idag som ett särskilt boende med personal dygnet runt. Boendet har i dags datum 10 lediga lägenheter och det finns även lediga lägenheter/platser på andra av kommunens särskilda boende. Att göra om Kvarngatan till ett seniorboende skulle frigöra flertalet lägenheter för de äldre att hyra.

Med hänvisning till ovanstående yrkar vi:

Att Kvarngatans särskilda boende görs om till ett seniorboende.

Ludvika den 28 maj 2018



Thorbjörn Tomtlund (m)



Johnny Karlsson (l)



Jan Karlsson (c)



Ann-Christin Anderberg (bop)



Vård- och omsorgsnämnden

Svar på motion om Bidrag till körkort inom vård- och omsorgsförvaltningen

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden föreslår kommunfullmäktige att förslaget är tillgodosett då det som föreslås i motionen är utfört eller håller på att utföras.

Beskrivning av ärendet

Lotta Wedman (MP) föreslår i motion daterad 2018-08-25 att kommunen inför ett bidrag till de som har undersköterskeutbildning men saknar körkort och som har vikariat inom vård- och omsorgsförvaltningen.

Personalenheten, Ludvika kommun har i förslag till "Handlingsplan för tidig lokal omställning TLO-KL" identifierat insatser för uppdragsutbildning till körkort för undersköterskor. Se bilaga 1.

CSN, Centrala StudiestödsNämnden har från juni 2018 gett möjlighet till arbetslösa att söka lån för körkort. Från 2019 föreslås utökade möjligheter att låna till körkort.

Med dessa möjligheter får motionen anses tillgodosedd.

Margareta Karlsson
förvaltningschef

Beslut skickas till
Kommunstyrelsen



Handlingsplan för tidig lokal omställning TLO-KL

1 Bakgrund

Sedan 1 januari 2017 finns medel att avropa från Omställningsfonden till insatser för tidig omställning där medarbetare riskerar uppsägning på grund av arbetsbrist.

Redan tidigare har det varit möjligt att ansöka om medel för omställningskostnader i samband med uppsägningar på grund av arbetsbrist i den kommunala sektorn via avtalet KOM-KL, som hanteras av Omställningsfonden. Men eftersom nyttjandet av dessa medel har varit lägre än vad som kommuner och landsting betalat in till omställningsfonden, tecknades ett kompletterande avtal inom ramen för KOM-KL som heter Tidig Lokal Omställning (TLO-KL). Syftet med TLO-KL är att möjliggöra insatser som stärker medarbetarnas ställning på arbetsmarknaden.

1.1 Medel som Ludvika kommun kan avropa

Avtalet TLO-KL är tidsbegränsat och avsatta medel får nyttjas senast 31 december 2019. Ludvika kommun har 1 447 112 kr att nyttja inom ramen för avtalet. Ansökningar kan göras fortlöpande under perioden för varje aktuell insats. Insatser, till exempel kompetensvalidering och utbildning, kan vara såväl på individ- som gruppnivå.

Insatser inom ramen för TLO-KL, som medel kan beviljas till, gäller medarbetare som är medlemmar av, eller som är i ett yrke där de normalt skulle organiseras av, samtliga fackförbund utom OFRs förbundsområde Lärarnas Samverkansråd. Medel gäller alltså inte insatser för de båda lärarfacken, men det går att använda TLO-medel för utbildningar till yrken som normalt organiseras av de båda lärarfacken.

2 Analys och kompetensbehov

Ludvika kommun står inför utmanande kompetensförsörjningsbehov. Orsakerna är dels förväntade rekryteringsbehov på grund av en ökad efterfrågan av kommunala tjänster framöver, dels den pågående professionaliseringen av yrkena i den offentliga sektorn. I den förra delen handlar mycket av kompetensförsörjningsarbetet om att utveckla kommunen som en attraktiv arbetsgivare, i den senare delen finns både lagmässiga och politiska beslut om vilka kompetenskrav som gäller inom olika yrkesområden.

Inom de pedagogiska verksamhetsområdena är målsättningen att merparten av medarbetarna inom barnomsorgen har förskollärlärolegitimation och att barnskötare har barnskötarutbildning. Inom vård- och omsorg är undersköterskeutbildning ett kvalifikationskrav för tillsvidareanställning, dessutom finns ett körkortskrav för att bli tillsvidareanställd. Inom kostorganisationen finns idag ett stort utbildningsbehov inom kockyrket.

Inom samtliga dessa yrkeskategorier har arbetsgivaren redan idag svårt att rekrytera nya medarbetare med efterfrågad kompetens. I takt med att den

förväntade efterfrågan på kompetens ökar kommer det bli än svårare att rekrytera i den omfattning som motsvarar behovet. Här finns därför ett omgående behov av att arbeta med kompetenshöjande insatser för de medarbetare som inte uppfyller önskad kompetens.

Inom verksamheten HVB föreligger en övertalighet och konstaterad arbetsbrist. Ytterligare förändringar kan komma att krävas framöver. Här föreligger behov av insatser på individnivå för att stödja medarbetare i omställningsprocessen. Dessutom finns ett konstaterat utbildningsbehov för kompetens i stödpedagogik inom kvarvarande verksamhet.

Inom verksamheten Social välfärd pågår en översyn av arbetsfördelningen mellan bidragshandläggare och socialsekreterare där en konsekvens som diskuteras innebär arbetsbrist för berörda bidragshandläggare. Här föreligger i så fall behov av insatser på individnivå för att stödja medarbetare i omställningsprocessen.

Förändringar pågår ständigt i våra verksamheter vilka medför förändrade eller utökade kompetenskrav. Förändringar kommer av ständig utveckling av metoder och teknik inom kommunens olika verksamhetsområden. Dessa förändringar påverkar arbetsuppgifter, kraven på specialistkunskaper, yrkesroller och karriärvägar. Kompetenshöjande insatser behövs därför både på individnivå, för att stärka den enskilde medarbetaren utifrån dennes nuläge, och på bred front, för att matcha berörda yrkesgrupper med förväntningarna på verksamheternas förmåga.

2.1 Nuläge långtidssjukskrivna

I Ludvika kommun har vi medarbetare som på grund av sjukdom och därmed konstaterad arbetsoförmåga i befintligt arbete, får omplaceras till annat arbete eller får avsluta sin anställning i kommunen efter genomförd omplaceringsutredning. För medarbetare som redan är i eller kommer hamna i denna situation finns möjligheten att nyttja medel från TLO-KL, med möjlighet att stödja medarbetare för återgång i arbete hos befintlig eller annan arbetsgivare.

3 Förutsättningar

Vid upplägg och planering av utbildningsinsatser är målsättningen att förläggningen ska ske på sådant sätt att inte verksamheten påverkas negativt. Vidare ska de insatser som planeras vara kostnadseffektiva på så sätt att anlitade genomförare i möjligaste mån är en aktör kommunen redan idag samverkar med.

4 Det partsgemensamma arbetet i Ludvika kommun

Arbetsgruppens arbete med TLO-KL drivs utifrån tre utgångspunkter:

1. Partsgemensamt

TLO-KL betonar delaktighet från fackligt håll vilket innebär att handlingsplanen och arbetet med TLO-KL är beroende av ett partsgemensamt arbete. Förhållningssättet är då att den partsgemensamma arbetsgruppen överenskommer om vilka insatser som medel ska sökas till. Men innan ansökningar görs ska förslagen förankras hos förvaltningschefgruppen.

2. Fortlöpande

Insatser kommer identifieras och föreslås allteftersom arbetsgruppen arbetar med frågan. Arbetsgruppen har haft ett första möte för att organisera sig och sätta sig in i uppdraget. Insatser har diskuterats på ett generellt plan och till träff nr 2 är tanken att gemensamt testa att föränmäla en insats till Omställningsfonden och prata vidare om fler möjliga insatser.

3. Nyttogörande

Syftet med arbetsgruppens arbete är att nyttogöra de pengar som Ludvika kommun har till sitt förfogande och höja personernas anställningsbarhet.

5 Insatser

Nedan sammanfattas de åtgärder som identifierats i inledningsskedet. Ytterligare målgrupper och insatser kan bli aktuella under perioden t.ex. insatser som identifieras succesivt i rehabiliteringsprocessen.

Idag identifierade insatser:

| Berörd förvaltning | Beskrivning av insats | Beskrivning kostnad |
|--------------------|--|--|
| SoU | Validering och utbildning (VBU, barnskötarutbildning) | Genomsnitt 6-7tkr per person inkl. litteratur, material, kollektivtrafik. Enligt Heroma finns det idag 3 tillsv.anst dagbarnvårdare och 2 visstidsanställda barnskötare utbildad. Om utb gäller alla (35tkr) |
| SoU | Validering och uppdragsutbildning till förskollärarkompetens | Enligt Heroma finns det idag 24 personer anst som förskollärare utbildad. Om förskollärarytb. som uppdragsutbildning (330tkr per utb.plats) |

| | | |
|----------|---|--|
| SoU | Validering och uppdragsutbildning till stödpedagog- /socialpedagogkompetens | Genomsnitt 10tkr per person inkl. litteratur, material, kollektivtrafik. Enligt SoU finns det 3 övertaliga idag och 5 ytterligare som inte är övertaliga men saknar utbildning. Om utb gäller alla 8 personer (80tkr*2år=160tkr) |
| SoU | Validering och uppdragsutbildning till annan kompetens (t.ex. socionom) | Enligt SoU finns det 3 övertaliga idag Om socionomutb. som uppdragsutbildning (330tkr per utb.plats) |
| VoU | Validering och utbildning (VBU, Vård- och omsorgscollege) | Genomsnitt 10tkr per person inkl. litteratur, material, kollektivtrafik. Enligt Heroma finns det idag 224 vårdbiträden inom VoO idag. Om utb gäller alla (2240tkr*1,5år=3360tkr) |
| VoU | Uppdragsutbildning till körkort för undersköterskor | Enligt uppgift från VoO så finns det 6 visstidsanst usk som saknar körkort (120tkr) Och 56 tillsv.anst usk som saknar körkort (1120tkr) |
| VoO | Kockutbildning, VBU (inkl. validering) | Genomsnitt 10tkr per person inkl. litteratur, material, kollektivtrafik. Enligt VoO finns det 20 outb kockar (200tkr *2år=400tkr) |
| Kommunen | Uppdragsutbildning till chefer om samtalsmodeller i samband med organisatoriska förändringar som leder till arbetsbrist (t.ex. Lösningfokuserad samtalsmetodik) | Ett exempel från Omställningsfonden är ”Det svåra samtalet” (45tkr för 31 personer) |

6 Ekonomiska förutsättningar

Medel kan sökas av TLO-KL för utbildningsinsatser dock inte för lönekostnader som uppkommer för deltagare på utbildningar.

För lönekostnader som kan uppstå vid utbildning av tillsvidareanställd personal, t.ex. vikariekostnader, hanteras kostnaderna av respektive förvaltning.

UTKAST

Motion

Bidrag till körkort inom vård- och omsorgsförvaltningen

Ludvika kommun har idag brist på sjuksköterskor. Denna brist kan delvis kompenseras av erfarna undersköterskor och idag arbetar flera undersköterskor med utökad delegation för att underlätta för de sjuksköterskor som finns. För att få en långsiktighet är det viktigt att både behålla den personal vi redan har och att kunna rekrytera nya undersköterskor och sjuksköterskor.

För att få fast anställning som undersköterska i kommunen måste den arbetssökande ha körkort. Detta krav bygger på ett behov av att kunna anpassa organisationen och personalen behöver vara rörlig i hela kommunen. Utan körkort kan man idag få ett vikariat, men om man saknar körkort kan man som längst vikariera i 300 dagar (även om man har en undersköterskeutbildning). Sedan kan man inte längre få jobb inom omsorgen. Detta riskerar att bidra till en onödig omsättning av personal.

Falu kommun har nyligen genom Omställningsfonden kunnat införa ett stöd för undersköterskor som saknar körkort, och som därmed riskerar arbetslöshet. För att Ludvika ska stärka sin attraktivitet som arbetsgivare och kunna behålla medarbetare, och samtidigt skapa en bättre kvalitet i omsorgen, tycker vi att Ludvika ska följa Faluns exempel.

Vi yrkar att

- kommunen inför ett bidrag till de som har undersköterskeutbildning men saknar körkort och som har vikariat inom vård- och omsorgsförvaltningen.

Lotta Wedman

Miljöpartiet de gröna i Ludvika

LUDVIKA KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen

Handlingar skickas ut senare eller delas ut vid sammanträdet

Vård- och omsorgsförvaltningen
Margareta Karlsson

Vård- och omsorgsnämnden

Månadsrapport om sjukfrånvaron för vård- och omsorgsförvaltningen

Förvaltningens förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden noterar redovisningen av sjukfrånvaron för oktober 2018.

Beskrivning av ärendet

Redovisning av sjukfrånvaron för personal på vård- och omsorgsförvaltningen. Sjukfrånvaron är redovisad genom procent av sjukfrånvarotimmar av arbetad tid.

Sjukfrånvaron redovisas från personalsystemet efter avslutad månad. Redovisningen jämför med sjukfrånvaron motsvarande månad föregående år.

Margareta Karlsson
Förvaltningschef

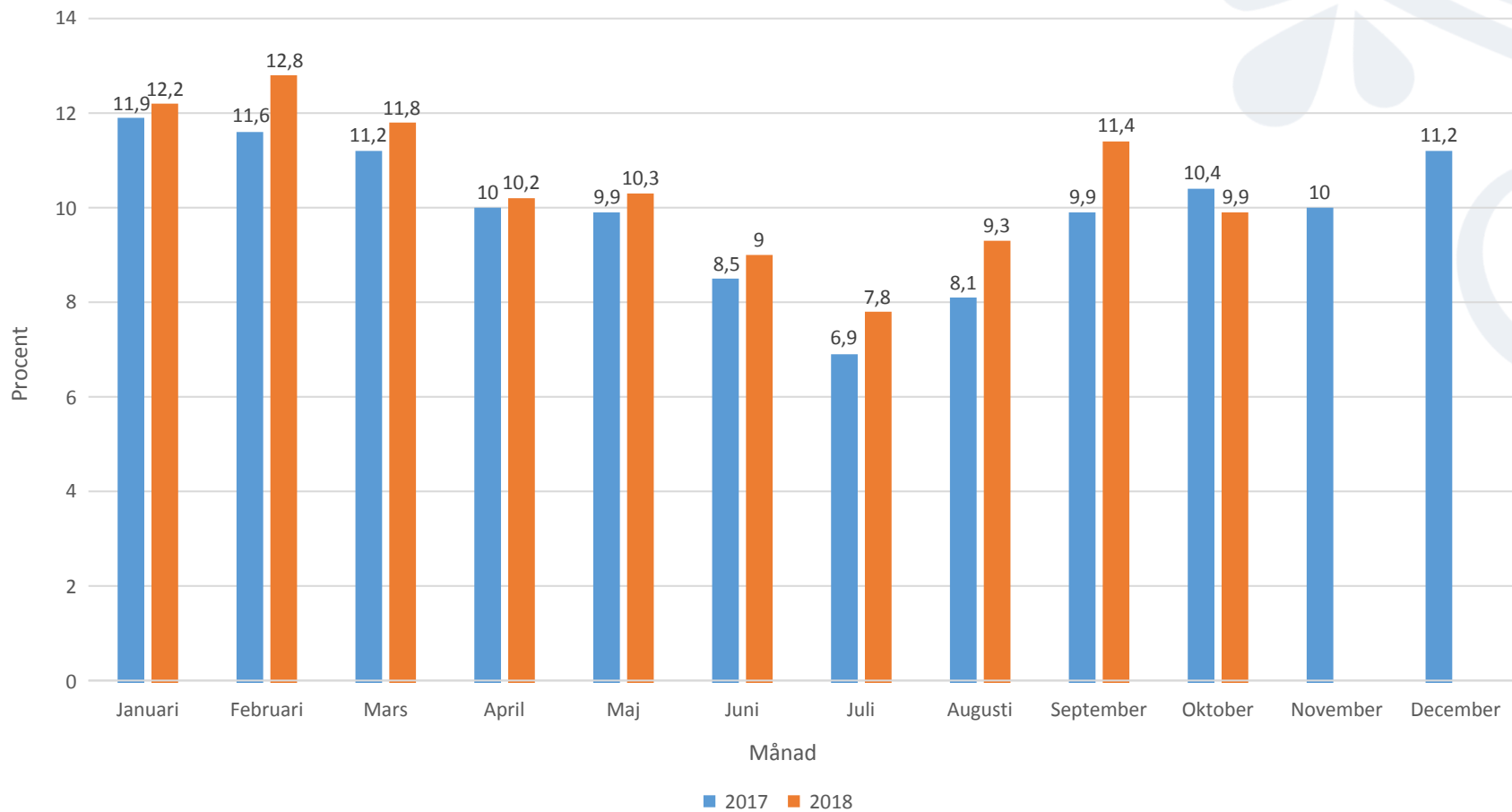
Bilagor

1. Diagram för oktober

Beslut skickas till

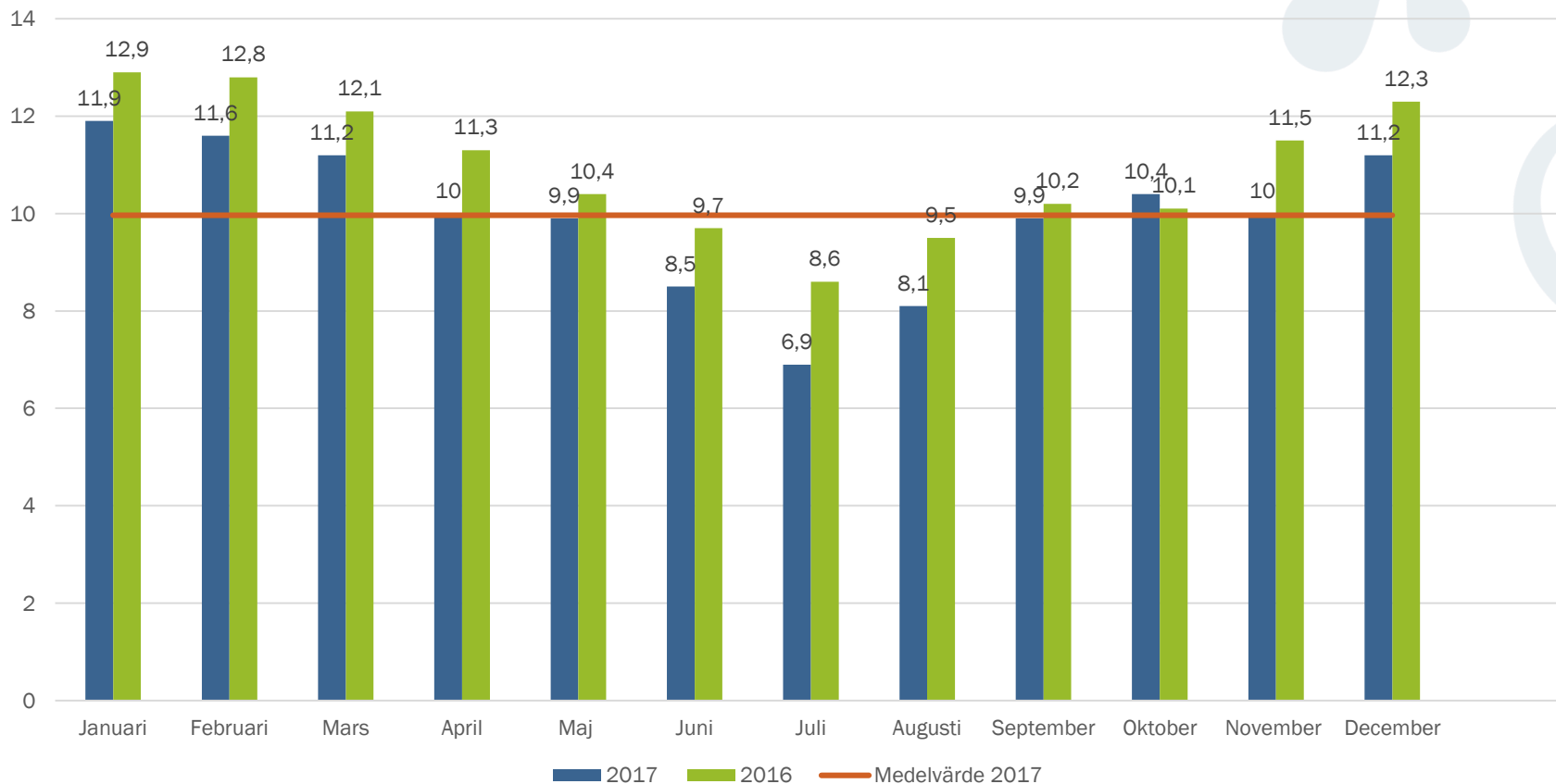
Akt

Sjukstatistik VoO 2017-2018



Vård- och omsorgsförvaltningen

Sjukfrånvaro 2016 -2017 VoO



LUDVIKA KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen

Handlingar skickas ut senare eller delas ut vid sammanträdet



Information från förvaltningen



Information från nämndens ordförande



Redovisning på nämnd



Redovisning på nämnd