



Instans: Socialnämnden
Tid: 2017-03-28 kl.13:00
Plats: Nossan (A), Kommunhuset

Samtliga ärenden har beretts av socialnämndens arbetsutskott. I samtliga beslutsärenden föreslår socialnämndens arbetsutskott att socialnämnden beslutar i enlighet med förvaltningens förslag till beslut.

Lennart Ottosson
Ordförande

Marie Nordqvist
Sekreterare

Information:

- SN= slutgiltigt beslut fattas i socialnämnden
- KS = slutgiltigt beslut fattas i kommunstyrelsen.
- KF = slutgiltigt beslut fattas i kommunfullmäktige.
- Info = Information.
- Ett X markerar att handlingar finns bifogade i kallelsen.
- VS markerar att handlingar presenteras vid sammanträdet.

<i>KL</i>	<i>NR</i>	<i>Besluts -organ</i>	<i>Ärende</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>	<i>Föredragande/ Kommentar</i>
13.00			Sammanträdet öppnande			Ordförande
			Upprop			Nämndsekreterare
			Val av justerare och tid för justering			Ordförande
13.05	1	Info	Socialförvaltningen informerar		--	Socialchef
13.20	2	Info	Månadsuppföljning 2017-02-28	SN 1/2017	X	Controller
13.30	3	Info	Förtydligande kring över- och underskott	SN 109/2016	X	Controller
13.35	4	Info	Förtydligande kring ensamkommande	SN 109/2016	X	Controller
13.40	5	Info	Uppdaterad lista över kontaktpolitiker	--	X	Ordförande
13.45	6	SN	Kvalitetsberättelse 2016	SN 15/2017	X	SAS/kvalitets- samordnare
14.00	7	SN	Patientsäkerhetsberättelse 2016	SN 111/2016	X	MAS
14.15	8	SN	Avskaffande av förtätning inom HVB- boende	SN 28/2017	X	Verksamhetschef socialt stöd
14.25	9	SN	Yttrande över inriktningsdokument ungdomsmottagningar, remiss från Västra Götalandsregionen och Västkom	SN 24/2017	X	Stabschef
14.35	10	Info	Rättelse av § 11 Information uppföljning arbetsmiljö chefer	SN 11/2017		Ordförande
14.40	11	SN	Meddelanden		X	Ordförande
14.50	12	SN	Delegeringsbeslut		VS	Ordförande

<i>NR</i>	<i>Meddelandeförteckning</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Domar inkomna under tidsperioden 2017-03-01 -2017-03-28	--	VS
2	Beslut från Regionfullmäktige, § 9 2017-01-31, Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland	SN 57/2016	X
3	KF § 11/2017-02-14 Tillsyn över försäljning av receptfria läkemedel	SN 102/2016	X
4	KF § 4/2017-02-14 Svar på motion om införande av personligt ombud	SN 75/2015	X
5	KS § 30/2017-02-20 Revidering av riktlinjer för kommunövergripande styrdokument	SN 2017:4	X

<i>NR</i>	<i>Delegeringsbeslut</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2017-02-01 - -2017-02-28		X



2017-03-14 Dnr SN 2017-1

HERRLJUNGA KOMMUN

Månadsuppföljning avseende Socialnämnden feb 2017

SAMMANFATTNING

Socialförvaltningen prognosticerar för året 2017 ett positivt resultat på 1 270 tkr. Utgången av 2016 var positiv med 9,6 mkr. Några av orsakerna till detta överskott kvarstår även 2017 som det ser ut just nu. Det är framför allt LSS verksamheten extern regi som inte har de volymer som budgeterats för, något som kan ändras snabbt. IFO Barn och familj som ett antal år har levererat ett överskott prognostiserar redan nu ett underskott. Det är de många placeringarna i slutet av år 2016 som redan nu har förbrukat 2017 års budget avseende placeringskostnader. Även IFO vuxen prognostiserar underskott för 2017, precis som förra året. En felbudgeterad hyra på Hagen 2016 visar sig också som ett överskott 2017 eftersom budget 2017 är baserad på 2016 innan felaktigheten uppdagats. Vakanta tjänster inom olika delar av förvaltningen finns fortfarande och bidrar till en positiv prognos.

Enligt regler för hantering av flyktingbuffert ska eventuellt överskott ett ankomstår lyftas efter 5 år. För 2017 bör ska därför ca 1,5 mkr tillskjutas till resultatet. Denna summa är inte med i prognosen.

Driftredovisning

Utfall/Budget tom 28 feb

RSUM	Ack Utfall	Ack Budget	Ack Diff
1 Intäkter	2 350	-11 602	-13 951
3 Personalkostnader	25 702	28 795	3 093
4 Lokalkostnader, energi, VA	2 497	3 107	609
5 Övriga kostnader	8 685	12 092	3 407
6 Kapitalkostnad	38	79	40
	39 272	32 471	-6 802

Ack, utfall är inte periodiserat, kostnader och intäkter saknas för perioden men är medräknat i prognos. Orsaken till den stora avvikelsen gällande intäkter är att uppbokad fordran 2016 ligger redovisad som en omvänd intäkt till dess pengarna kommit. Utfall gällande personalkostnader är felaktigt då en ny redovisningsprincip gällande inarbetad semester har blivit felbokförd och är ännu inte rättad, totalt ca 2,5 mkr saknas i utfallet.

Vhtområde	Ack Utfall	Ack Budget	Ack Diff
10 Nämnd- och styrelseverksamhet	61	105	44
26 Miljö- och hälsoskydd	-1	18	19
50 Social verksamhet gemensamt	1 457	2 795	1 338
51 Vård och omsorg	16 210	19 547	3 336
52 LSS	5 909	4 968	-941
53 Färdtjänst	355	461	107
59 IFO	4 165	4 062	-104
60 Flyktingmottagande	10 449	20	-10 429
61 Arbetsmarknadsåtgärder	666	495	-171
Summa socialförvaltning	39 272	32 471	-6 802

Prognos

RSUM	År Prognos	År Budget	År Diff
1 Intäkter	-70 477	-69 637	840
3 Personalkostnader	172 976	171 971	-1 005
4 Lokalkostnader, energi, VA	17 647	18 647	1 000
5 Övriga kostnader	71 525	71 960	435
6 Kapitalkostnad	739	739	0
	192 410	193 680	1 270

Vhtområde	År Prognos	År Budget	År Diff
10 Nämnd- och styrelseverksamhet	630	630	0
26 Miljö- och hälsoskydd	110	110	0
50 Social verksamhet gemensamt	16 982	16 782	-200
51 Vård och omsorg	118 416	117 266	-1 150
52 LSS	28 486	29 736	1 250
53 Färdtjänst	2 170	2 770	600
59 IFO	23 007	23 577	570
60 Flyktingmottagande	0	0	0
61 Arbetsmarknadsåtgärder	2 609	2 809	200
Summa socialförvaltning	192 410	193 680	1 270

Ansvarsområde	Ansvar	År Prognos	År Budget	År Diff
40 Nämnd	400 Nämnd	630	630	0
Summa Nämnd		630	630	0
41 Förvaltningsledning	410 Förvaltningsledning	5 591	5 691	100
Summa Förvaltningsledning		5 591	5 691	100
42 Bistånd	420 Bistånd	10 580	11 580	1 000
Summa Bistånd		10 580	11 580	1 000
43 Centralt stöd	430 Centralt stöd	6 845	7 645	800
Summa Centralt stöd		6 845	7 645	800
44 Vård och omsorg	440 Vård och omsorg	5 525	6 025	500
44 Vård och omsorg	441 Hemtjänst Herrljunga	21 540	20 690	-850
44 Vård och omsorg	443 Hemtjänst Ljung	13 955	13 955	0
44 Vård och omsorg	444 Stöd i ord.boende	11 440	11 140	-300
44 Vård och omsorg	445 Hagen säbo	18 570	19 570	1 000
44 Vård och omsorg	446 Hemgården säbo	22 840	22 840	0
44 Vård och omsorg	447 Hälso och sjukvård	18 760	18 760	0
Summa Vård och omsorg		112 629	112 979	350
46 Socialt stöd	460 Socialt stöd	2 685	2 685	0
46 Socialt stöd	461 Funktionshinder	17 950	17 950	0
46 Socialt stöd	463 IFO Barn och familj	11 165	10 935	-230
46 Socialt stöd	464 IFO Vuxen	18 805	17 605	-1 200
46 Socialt stöd	466 Ensamkommande	0	0	0
46 Socialt stöd	467 Sysselsättning	5 530	5 980	450
Summa Socialt stöd		56 135	55 155	-980
Summa socialförvaltning		192 410	193 680	1 270

*För prognos flyktingmottagande, ensamkommande se sid 7

Ytterligare detaljer finns i bilaga 1

Redovisning av orsaker och åtgärder

Socialnämnd

Prognos: enligt budget

Orsak: I dagsläget finns inga indikationer som pekar mot ett över eller underskott

Förvaltningsledning

Prognos: +100 tkr

Orsak: Vakant tjänst beräknas tom april.

Bistånd

Inom verksamheten finns biståndshandläggning, LSS i extern regi i form av boende, daglig verksamhet samt kontaktpersoner.

Prognos: +1 000 tkr

Orsak: Lägre volymer LSS-extern regi än budgeterat. Detta kan dock komma att ändras om nya ansökningar kommer in. Hittills har en ansökan avseende elevhem/internat inför hösten kommit in och beviljats.

Centralt stöd

Inom verksamheten finns stab, administrativ enhet inkl skuldsanering, bemanningsenhet, omsorgsavgifter, färdtjänst

Prognos: +800 tkr

Orsak: Ökade intäkter i form av omsorgsavgifter, för högt budgeterade kostnader för färdtjänst är orsaker till överskott. Bemanningsenheten beräknas leverera ett underskott.

Gemensam verksamhet vård och omsorg

Prognos: +500 tkr

Orsak: Anledningen till överskottet är en del av pengarna som finns budgeterade i Hagen Etapp 4.

Åtgärd:

Hemtjänst, Ljung, Herrljunga tätort och landsbygd

Prognos: -850 tkr

Orsak: 1 planerare utanför budget (ca -450 tkr) samt förstärkning på 2 heltidare under ca 6 månader, pga stor sjukfrånvaro i Herrljunga hemtjänstgruppen.

Åtgärd: Jobbar med att få upp frisknärvaron. Det finns inte möjlighet att ta bort planeraren utifrån behov.

Stöd i ordinärt boende

Verksamheten inkluderar korttidsboende och dagverksamhet.

Prognos: -300 tkr

Orsak: Utökad bemanning i nattpatrullen

Åtgärd: En del av debitering för arbetskläder behöver justeras mot hemtjänsten.

I övrigt ser vi inte möjligheten att justera nattbemanningen. I dagsläget ser behovet ut att vi behöver ha 3 personer / natt (undersköterskor). Skulle insatserna minska, då återgår bemanningen till grunden på 2 personer/natt. Det finns planer på att nattbemanningen ska in i

TES systemet, vilket kommer medföra bättre planeringsmöjligheter och översyn av verksamheten.

Särskilt boende, Hagen och Hemgården

Prognos: +1000 tkr

Orsak: Korrigering av hyran för Hagen som skedde 2016 har effekter på budget 2017 som utgick från ursprunglig hyra 2016

Åtgärd:

Hälso- och sjukvård

Prognos: enligt budget

Orsak:

Åtgärd:

Gemensam verksamhet Socialt Stöd

Prognos: enligt budget

Orsak:

Åtgärd:

Funktionshinder

Inom verksamheten finns personlig assistans, gruppboende, serviceboende.

Prognos: enligt budget

Orsak: Det finns budgetavvikelser inom enheten. En ansökan om personlig assistans finns hos försäkringskassan. Prognosen kan komma att ändras beroende på vilket beslut Försäkringskassan ger.

Sysselsättning

Verksamheten inkluderar Arbetsmarknadsenhet, KTS samt Daglig verksamhet LSS. även ledsagning samt avlastning i hemmet LSS ingår i verksamheten.

Prognos: +450 tkr

Orsak: Anledningen till det prognostiserade överskottet står att finna i tre orsaker; intäkter KTS (250 tkr), att reprimen genererar högre intäkter än budgeterat (100 tkr) samt icke förbrukade projektmedel.

Individ och familjeomsorg, Barn och familj

Verksamheten inkluderar: barn och familj, socialberedskap, familjerätt, familjerådgivning samt socialförvaltningens del i familjecentralen

Prognos: -230 tkr

Orsak: Det prognostiserade underskottet beror på fyra anledningar; ökad tillströmning av ärenden, flera ärenden innehållande våld mot barn, flera nya ärenden med svår problematik som kräver heldygnsvård samt att det har blivit svårare att bereda barn och unga vård och fostran i egna familjehem.

Åtgärd: Använda egna familjehem istället för familjehem i extern regi, så kallad förstärkt familjehemsvård. Vid sidan av detta ska förvaltningen se över om det är möjligt att begära överflyttning av ärenden till annan kommun med anledning av att personen har starkare anknytning till vistelsekommunen.

Individ och familjeomsorg, Vuxen

Verksamheten inkluderar vuxenvård missbruk, psykiatri, försörjningsstöd samt introduktionsenheten

Prognos: -1 200 tkr

Orsak: Det som gör att enheten prognostiserar ett underskott uppgående till är främst kostnader för heldygnsvård psykiatri men även till viss del missbruk. Placeringar (psykiatri) tenderar att bli långvariga. Vi får i dagsläget inte full utdelning gällande delat kostnadsansvar med regionen. Bostäder-svårt att tillhandahålla vård i egen regi (missbruk) när personen saknar någonstans att bo.

Åtgärd:

Ensamkommande

Prognos: enligt budget

Statliga bidragen söks i efterhand. Prognos är nästan omöjlig att göra då flera faktorer måste vägas in (EU, lagar, direktiv, flyktingströmmar, beviljade bidrag mm). Dessa är svåra att förutsäga. Prognosen bygger på oförändrat antal ungdomar resterande delen av året samt ändrade ersättningsnivåer.

Åtgärd: För att kunna hålla budget framöver krävs ett arbete för att minska placeringskostnaden. Per feb hade boenden i egen regi en dygnskostnad på 1300 kr och

Ärende 2

externa placeringar en genomsnittskostnad på 1700 kr/dygn. Till detta kommer kostnader för handläggning mm, ca 120 kr/dygn. Nya ersättningsnivåer gäller från 1 juli 2017. Kommunens avtal upphör 1 april 2017 som idag ger 1600 kr/dygn även för ej belagda platser.

Kostnadsställe	RSUM	År Budget	År Prognos	År Diff Helår
4664 Ensamkomna gemensamt	1 Intäkter	-36 715	-36 715	0
4664 Ensamkomna gemensamt	3 Personalkostnader	2 820	2 820	0
4664 Ensamkomna gemensamt	5 Övriga kostnader	8 150	8 150	0
4664 Ensamkomna gemensamt	6 Kapitalkostnad	52	52	0
Summa 4664		-25 693	-25 693	0
4665 Stationsvägen HvB	3 Personalkostnader	5 025	5 025	0
4665 Stationsvägen HvB	4 Lokalkostnader, energi, VA	390	390	0
4665 Stationsvägen HvB	5 Övriga kostnader	1 415	1 415	0
Summa 4665		6 830	6 830	0
4666 Sveagatan HvB	3 Personalkostnader	6 370	6 370	0
4666 Sveagatan HvB	4 Lokalkostnader, energi, VA	2 665	2 665	0
4666 Sveagatan HvB	5 Övriga kostnader	2 530	2 530	0
Summa 4666		11 565	11 565	0
4667 Verkstadsgatan HvB	3 Personalkostnader	5 025	5 025	0
4667 Verkstadsgatan HvB	4 Lokalkostnader, energi, VA	450	450	0
4667 Verkstadsgatan HvB	5 Övriga kostnader	1 405	1 405	0
Summa 4667		6 880	6 880	0
4668 Träningslägenhet HvB	4 Lokalkostnader, energi, VA	300	300	0
4668 Träningslägenhet HvB	5 Övriga kostnader	118	118	0
Summa 4668		418	418	0
Summa Ensamkommande		0	0	0

Personalkostnader under ensamkomna gemensamt är kostnader både för handläggning samt familjehemsarvoden. Övriga kostnader ensamkomna gemensamt är till största delen köp av platser.

Investeringsredovisning

PROJ	BUDGET År	UTFALL Ack	PROGNOS År	AVVIKELSE År
5420 Inventarier SN	500	139	500	0
5422 Hemgården, hemtjänstlokal	2 000	0	2 000	0
5425 HVB EKB	600	0	0	600
5426 Stödboende EKB	120	0	0	120
5427 Nyckelskåp	500	0	500	0
5428 Hemgården larm	1 000	0	1 000	0
5429 Arkiv SN	300	0	0	300
Summa Socialnämnd	5 020	139	4 000	1 020

2016 års budgetmedel avseende ombyggnad Hemgårdens hygienutrymmen är begärda överflyttade till 2017 men beslut är inte fattat ännu, därför är denna summa inte med i tabellen.

I dagsläget finns inget behov av investeringsmedel för boende Ensamkommande. Investering Arkiv SN gjordes 2016 därav prognos 0.

SOCIALFÖRVALTNING

Magnus Stenmark

Jenny Andersson

Socialchef

Controller

Bilaga 1

SCB3	År Prognos	År Budget	År Diff
100 Nämnd- och styrelseverksamhet	630	630	0
Summa Nämnd- och styrelseverksamhet	630	630	0
267 Alkoholtillstånd	110	110	0
Summa Miljö- och hälsoskydd	110	110	0
500 Social verksamhet gemensamt	16 891	16 691	-200
571 Övriga insatser till vuxna	91	91	0
Summa Social verksamhet gemensamt	16 982	16 782	-200
509 HSL	18 320	18 320	0
510 Vård och omsorg om äldre	93 768	94 618	850
520 Insatser till personer med funktionshinder	6 328	4 328	-2 000
Summa Vård och omsorg	118 416	117 266	-1 150
513 Insatser enl LSS, SFB och HSL	28 486	29 736	1 250
Summa LSS	28 486	29 736	1 250
530 Färdtjänst / Riksfärdtjänst	2 170	2 770	600
Summa Färdtjänst	2 170	2 770	600
513 Insatser enl LSS, SFB och HSL	0	0	0
559 Vård för vuxna med missbruksproblem	2 947	3 397	450
560 IFO gemensamt (fördelas i SCB)	691	691	0
569 Barn och ungdomsvård	10 214	9 984	-230
571 Övriga insatser till vuxna	720	1 070	350
575 Ekonomiskt bistånd	7 985	7 985	0
585 Familjerätt och familjerådgivning	450	450	0
Summa IFO	23 007	23 577	570
600 Flyktingmottagande	0	0	0
Summa Flyktingmottagande	0	0	0
610 Arbetsmarknadsåtgärder	2 609	2 809	200
Summa Arbetsmarknadsåtgärder	2 609	2 809	200
Summa Socialnämnd	192 410	193 680	1 270

Bilaga 2

Flyktingbuffert

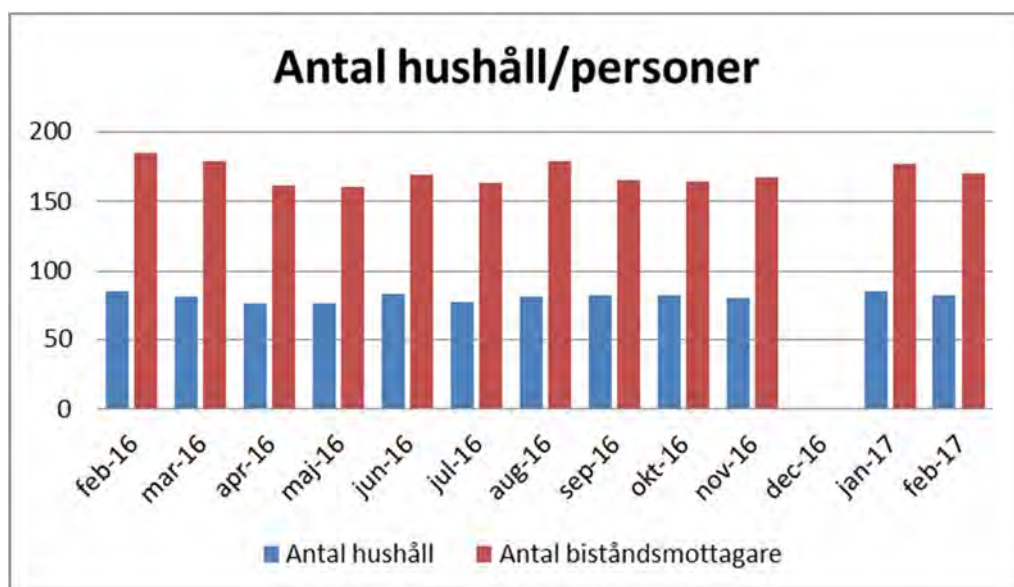
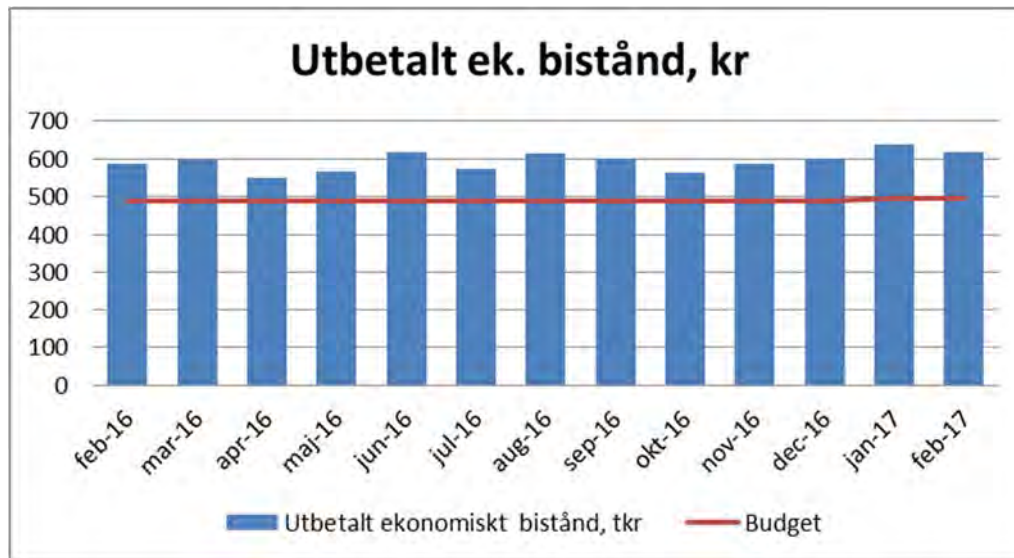
IB 20170101	-25 860 621
varav ensamkomna	-21 339 350
varav flykting	-4 521 271

Prognos UB 20171231	-24 360 621
varav ensamkomna	-21 339 350
varav flykting	-3 021 271

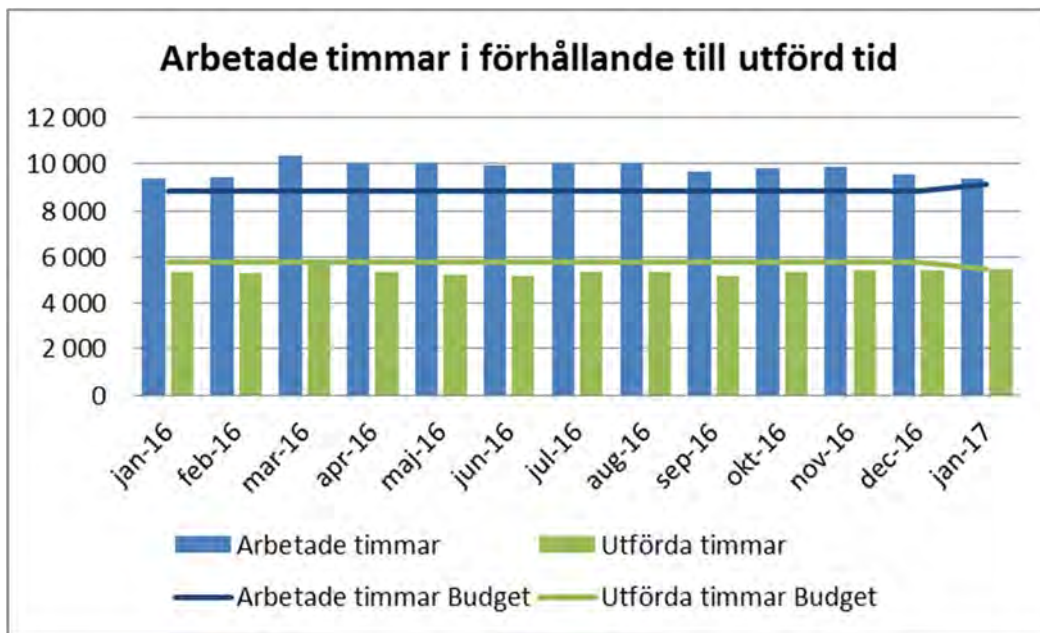
Flyktingbufferten avseende nyanlända redovisar ett överskott på ca 1,5 mkr för ankomna 2012 och tidigare. Enligt beslutade rutiner ska detta eventuellt överskott resultatföras efter 5 år. För 2017 beräknas inget överskott för ensamkommande att göras, främst pga ändrade ersättningsnivåer. Årets prognos är att intäkter och kostnader matchar varandra, dvs prognos enligt budget.

Bilaga 3

Försörjningsstöd



Hemtjänst



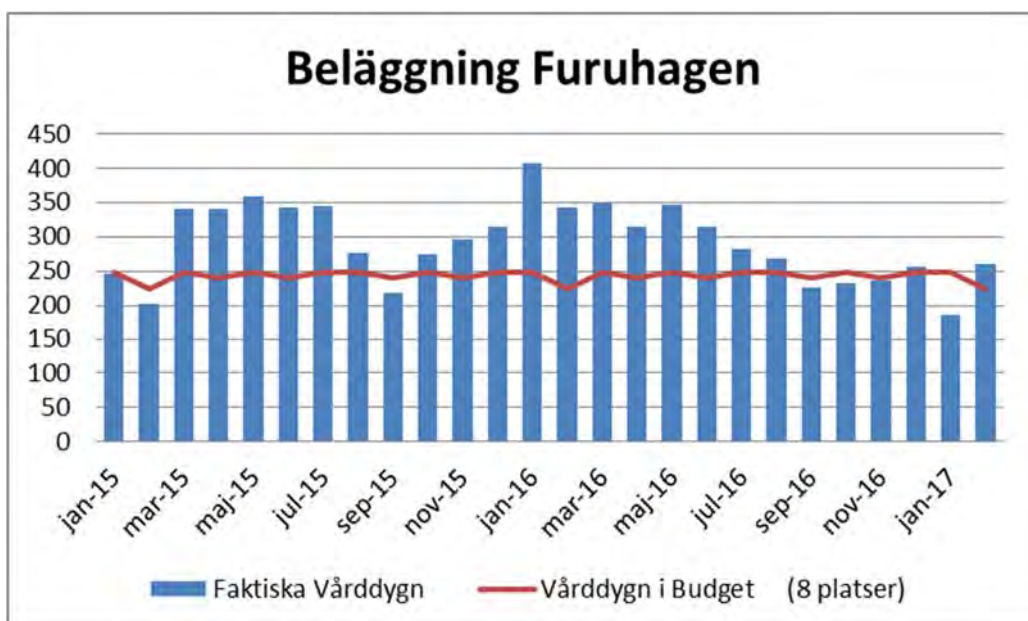
Arbetade timmar är de timmar personalen arbetat och får lön för.

Utförda timmar är de timmar som registrerats hos brukaren, sk direkt brukartid.

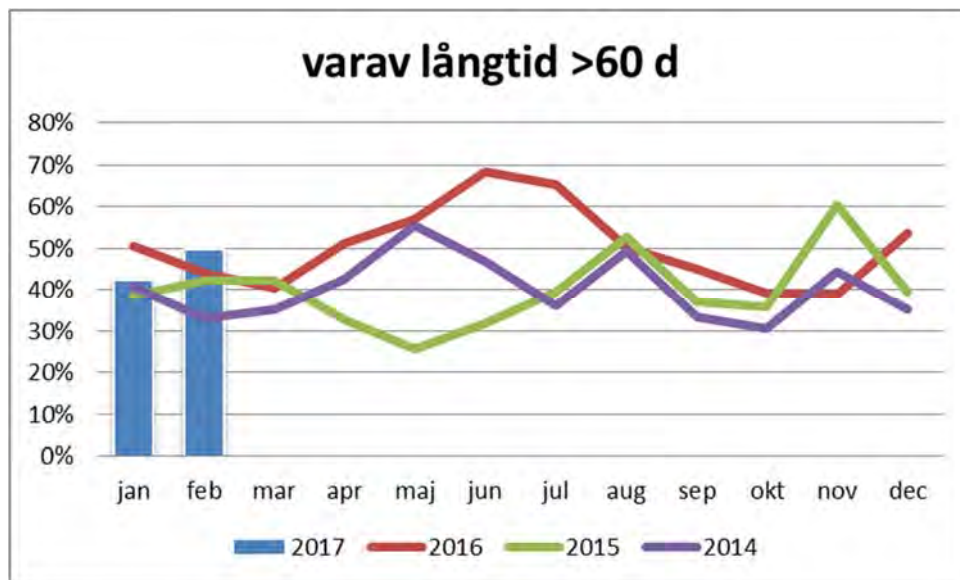
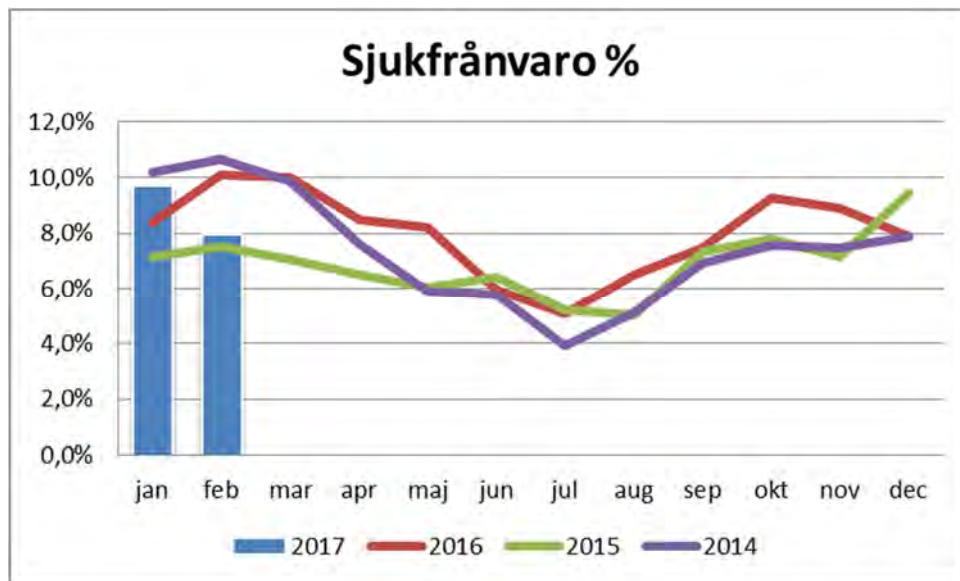
Differensen mellan arbetade timmar och utförda timmar är tid för möten, dokumentation, telefonsamtal, restid mellan brukare, det vi kallar kringtid.

I januari var den direkta brukartiden 59% (dec -16: 57%) av arbetad tid vilket tangerar budgeterad nivå på 60%.

Korttid

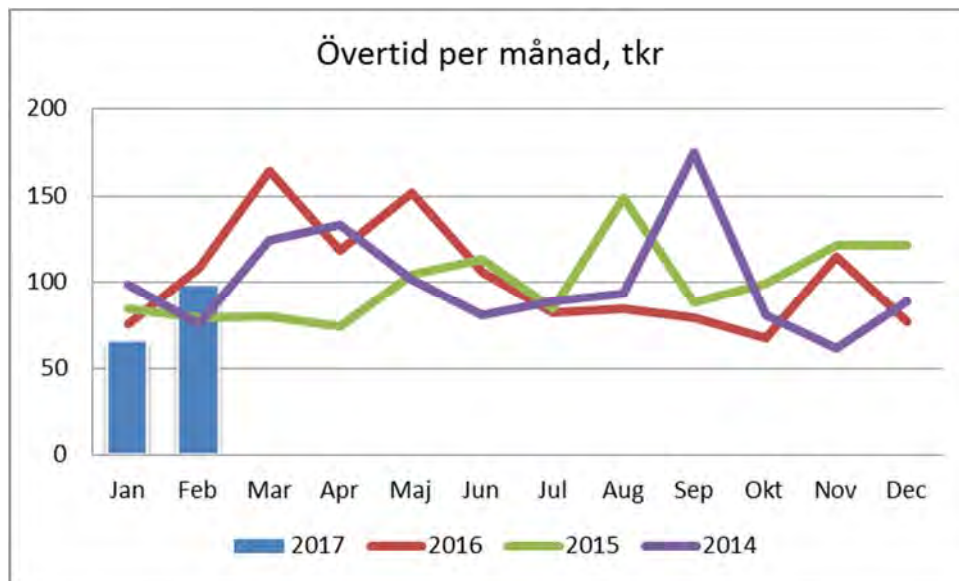


Sjukfrånvaro



Februari månads siffror är preliminära fram till mars månads lönekörning. Uppdatering sker nästa månadsrapport.

Övertid



Kostnaden för övertid följer trenden för tidigare år. Vård och omsorg står för ca 80% av övertidskostnaden årets första månader. Hemtjänsten står för den största delen.



Förtydligande kring socialnämndens överskott

Av redovisat underskott - 4 865 tkr år 2014 beslutades att socialnämnden fick ta med sig 2 433 tkr för att återbetalas inom 3 år. Detta underskott avskrevs under 2015. År 2015 gjorde socialnämnden ett överskott på 1 072 tkr och efter avdrag för tilläggsanslag 1 200 tkr samt tillägg för för låg tilldelning i demografimodellen 1 879 tkr hamnade SN på ett överskott på 1 276 tkr som fick tas med i över- och underskottsmodellen till 2016.

För år 2016 redovisar socialnämnden ett överskott på 9 609 tkr. Ett antal olika faktorer bidrar till överskottet.

För hög tilldelning demografimodellen	360
överskott projektmedel	290
Nämnd	469
ej utnyttjad Budget för att återbetala underskott 2015	370
lägre kostn för nämndsarvoden	99
Förvaltningsledning	2 532
vakanta tjänster	1 145
ej utförd kapitalkostn pott (kostn finns på resp enhet)	550
ej utn. Utbildningsanslag, utbildning har skett med projektmedel samt kostnadsförts på resp enheter till viss del	200
lägre systemkostnader än budgeterat	600
Bistånd	4 263
LSS verksamhet Korttid, avslutade platser	460
Elevhem, inga ansökningar	950
Boende, utebliven placering	500
vakanta tjänster Handläggning	400
Administrativ enhet	410
högre intäkt omsorgsavg (del ramväxlat fr 2017)	630
lägre kostn färdtjänst (avräkning sker vid årsslut)	810
Vård och omsorg	960
VO gem vakanta ec-tjänster	750
VO gem buffert som nyttjats till att täcka underskott	1 410
Hemtjänst	-250
Stöd i ord boende Korttid	-1 320
Dagträff mm	200
Bemannning (timpersonal)	-500
Säbo personalkostn	-250



	felberäkn hyra	770
HSV	personalkostn	-340
	lägre kostn inkontinens (kostnad här beror mkt på vilka behov aktuella brukare har)	115
	lägre kostn hjälpmedel (kostnad här beror mkt på vilka behov aktuella brukare har)	285
	överskott fotvård	70
Socialt stöd		1 095
SS gem	vakanta ec-tjänster	275
Funktionshinder	gruppboende egen regi lägre beläggning=lägre personalkostn	450
	Pers. assistans egen + extern, nya beslut	-650
IFO BoF	vakanta tjänster, handläggning	750
	ej utnyttj budget köpta vårdplatser	850
	social beredskap	-180
IFO vuxen	vakanta tjänster, handläggning	1 000
	underskott vårdplatser	-2 100
	underskott ekonomiskt bistånd	-1 290
Sysselsättning	LSS, Daglig verksamhet + ledsagning personalkostn. Lägre beläggning + sjukskrivningar som inte ersatts	450
	LSS, Daglig verksamhet + ledsagning övriga kostn. Brukare med höga kostn för transport avslutats=> lägre övr. kostn	200
	LSS, DV intäkt försäljning av plats DV	120
	AME ökade intäkter, försäljning + nya jobb	730
	färre bidragsanställningar än budget	530

Sammanfattningsvis beror 4 700 tkr av överskottet på ej tillsatta tjänster, både chefstjänster och handläggning. Behovet av vårdplatser inom IFO ger ett underskott på 1 250 tkr medan förändrade beslut inom LSS bidrar till ett överskott på 2 360 tkr. Ekonomiskt bistånd redovisar ett underskott på 1 290 tkr. AME redovisar överskott bl annat beroende på nya avtal med företag. Flyktingverksamheten är helt borträknad från denna uppställning.

Svårigheter att förutse och budgetera behovet av vårdinsatser gällande LSS samt IFO bidrar till att utfallet kan skilja mycket år från år. Även behovet av ekonomiskt bistånd är svårt att förutse. Ej tillsatta tjänster kan i ett kort perspektiv vara en besparing men på längre sikt är det troligt att andra kostnader ökar, tex sjukskrivningar.

Jenny Andersson
Controller

Expedieras till: kommunfullmäktige
För kännedom: Ekonomiavdelningen
till:



HERRLJUNGA KOMMUN

FÖRVALTNING
Jenny Andersson

Tjänsteskrivelse
2017-03-09
DNR SN 109/2016
Sid 1 av 1

Förtydligande kring ensamkommande

I 2016 års bokslut finns uppbokat 15 529 tkr som en fordran på Migrationsverket för ersättning för boende ensamkommande barn. Uppbokningen avser kv 3 och 4 2016 avseende boende asyl och boende PUT (permanent uppehållstillstånd) samt för kv 4 för den ersättning enligt avtal som kommunen får för emottagande av asylsökande ensamkommande barn.

3 100 tkr avser boende kv 3,

2 156 tkr avser boende kv 4 och

9 274 tkr avser ersättning enligt avtal. (utbetald jan 2017)

Resultat 2016 Enheten för ensamkommande barn

Intäkter: 58 337 tkr (varav 15 529 tkr uppbokat)

Kostnader: 39 940 tkr

Netto: 18 397 tkr

Nettoöverskottet har lagts till flyktingbufferten för ensamkommande barn i enlighet med socialnämndens beslut 2016-10-04§ 115 om hantering av överskott för ensamkommande barn DNR SN 67/2016. Hanteringen grundar sig i ett antagande om att kostnader kommer att uppstå i framtiden som inte täcks av några ersättningar från Migrationsverket. Det finns också en risk att det förslag på förändrat ersättningssystem med lägre ersättningar som finns inte kommer att täcka de kostnader som kommunen har eller kommer att ha för ensamkommande. Då ska medel finnas avsatta för att inte belasta kommunens skattemedel. Ej förbrukade medel aktuellt år hanteras på samma sätt som bufferten för flyktingmedel inom introduktionsenheten, dvs lyfts till resultatet efter 5 år.

I balansräkningen finns avsatt för ensamkommande barn 21 339 tkr varav 18 397 tkr kommer från 2016 års resultat.

Jenny Andersson
Controller

Expedieras till: kommunfullmäktige
För kännedom Ekonomistyrningen
till:



Kontaktpolitiker 2015-2018 – Kontaktlista

Område	Kontaktpolitiker	Ersättare	Chef
Central Administration	Auli Karnehed	Helene Sandqvist Benjaminsson	Linnea Holm, 0513-172 68
Hemtjänsten Ljung/Biståndsenheten	Kerstin Setterberg	Margareta Yngvesson	Samuel Hedin, 0513-172 87 Aniko Andersson Persson, 0513-171 55
Herrljunga vård- och omsorgsboenden	Lennart Ottosson	Åke Henningsson	Siv Hagengrinder, 0513-172 69 Johan Unehed, 0513-172 50 Alexandra Nordberg
Hemtjänsten Herrljunga	Inger Gustavsson	Susanne Ström	Mikael Mann, 0513-172 49
Stöd i ordinärt boende/Demens	Magnus Fredriksen	Cecilia Domeier	Jonas Henrysson, 0513-171 77 (börjar 7 juni)
Hemsjukvård	Pia Bondesson	Gudrun Gustavsson	Agneta Lindberg, 0513-173 43
Funktionsnedsättning	Ragnar Emanuelsson	Magnus Lennartsson	Carin Löfving, 0513-171 47
IFO barn- och familj	Carina Fredriksen	Lilian Fritzby	Christina Mattelin, 0513-171 56
Flyktingmottagning/ Ensamkommande barn	Armina Dzananovic	Kitty Andersson	Paulina Svensson, 0513-171 90
IFO vuxen	Andreas Johansson	Kjell Johansson	Jennie Turunen, 0513-171 87
Arbetsmarknads- enheten	Anette Rundström	Börje Aronsson	Pernilla Nordberg, 0513-173 68



Kvalitetsberättelse 2016

Sammanfattning

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens nya föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Av det allmänna rådet till 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framgår att arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse.

Kvalitetsberättelsen beskriver i korthet de förändringar och händelser som skett under året. Kvalitetsberättelsen har ledningssystemets föreskrift som grund för de områden som finns upptagna i skrivelsen.

Under avsnittet nationella uppföljningar finns bland annat en del av de sammanställningar och färdiga presentationer som Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting, SKL har presenterat. Dessa sammanställningar kan utgöra ett underlag för kvalitetsarbete inom verksamheterna.

Det som både inom särskilt boende och hemtjänsten har fått fler andel positiva svar mellan åren 2014 till 2016 är, de äldres uppfattning om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål. Bedömningen är att nämndens arbete med ständiga förbättringar där avvikelser med synpunkter och klagomål har fått en förankring som gett ringar på vattnet, vilket bör uppfattas positivt. Brukarnas/boendes bedömning i nöjdhet om helheten, har ökat både inom särskilt boende och inom hemtjänsten och ligger över eller väl i jämförelse med riket.

Ett annat avsnitt beskriver den avvikelserapportering som varit under året. Ett mindre antal avvikelser enligt Sol, LSS har rapporterats 2016 än de två tidigare åren. Avvikelser är centralt när det gäller förbättringsarbete och är grund för kommande års egenkontroller. Bedömningen är att det fortfarande förekommer händelser som inte rapporteras. Ett par verksamheter står för majoriteten av rapporteringen. Under året har 15 lex Sarah rapporter skrivits varav 7 bedömts som allvarliga och därmed anmälts till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Det har inkommit fler synpunkter och klagomål 2016 än föregående år.

Socialnämnden har varit föremål för färre externa granskningar utifrån enskildas klagomål till IVO, som valt att inte öppna tillsynsärenden i 3 ärenden.

Förbättringsområden är bland annat brukarinflytande, dokumentation, personalens medverkan i kvalitetsarbete.

Beslutsunderlag
Kvalitetsberättelse 2016

Förslag till beslut
Socialnämnden godkänner Kvalitetsberättelsen för 2016 och lägger den till handlingarna.

Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

DIARIENUMMER: 15/2017

FASTSTÄLLD: 2017-03-07

DOKUMENTANSVAR:

SAS/Kvalitetssamordnare

Heléne Backman Carlsson

Kvalitetsberättelse 2016

Beslutsinstans, Socialnämnden

Omfattar socialförvaltningens olika verksamheter



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

2016-03-07

Sammanställd av: Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	4
2	BAKGRUND	5
2.1	KVALITET I VERKSAMHET	5
3	ORGANISATORISKT ANSVAR OCH ROLLER I KVALITETSARBETET	6
4	VIKTIGA HÄNDELSE R UNDER ÅRET	7
4.1	ORGANISATION	7
4.2	VERKSAMHET	7
4.3	INDIVID	8
5	MÅLUPPFYLLELSE	10
6	RISKANALYS	11
7	EGENKONTROLL	11
8	NATIONELLA UPPFÖLJNINGAR	12
8.1	ÖPPNA JÄMFÖRELSE R	12
8.2	KVALITET OCH RESULTAT I ÄLDREOMSORGEN	13
8.3	KVALITET OCH RESULTAT INOM INDIVID- OCH FAMILJEOMSORG	15
8.4	KVALITET OCH RESULTAT FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING	16
8.5	SOCIALPSYKIATRI	16
9	LOKALA UPPFÖLJNINGAR	17
9.1	INTERNKONTROLL	17
9.2	UPPFÖLJNING	18
9.3	AVVIKELSE R	18
9.3.1	SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL	19
9.3.2	AVVIKELSE R SoL/LSS/lex Sarah	20

9.3.3	LEX SARAH	21
10	EXTERNA GRANSKNINGAR	23
10.1	INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	23
10.1.1	EJ VERKSTÄLLDA BESLUT	23
10.1.2	ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	23
10.1.3	TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG	23
11	PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET	24
11.1	KOMPETENSUTVECKLING	24
12	KVALITETSARBETE	26
12.1	FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	26

1 Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS¹) 2011:9, 7 kap. 1 § bör vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS² varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Detta bör göras med dokumentationen som utgångspunkt.

Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten. Kvalitetsberättelsen omfattar huvudsakligen socialtjänstlagens, SoL och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, område. Kvaliteten inom hälso- och sjukvården redovisas i nämndens patientsäkerhetsberättelse 2016.

Trots hög omsättning på chefer inom främst Vård och omsorg samt vakanser och svårigheter att rekrytera socialsekreterare har verksamheter fortsatt målinriktat arbetat med kvalitet och ständiga förbättringar. Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarenkät inom äldreomsorgen visar på delvis förbättrade resultat och ligger väl i jämförelse både med andra kommuner i regionen som resultat i riket.

Ett fortsatt, ständigt pågående arbete med riktlinjer och rutiner i ledningssystemet har skett under året. Handboken med de styrande dokumenten finns på intranätet tillgänglig för samtlig personal.

Ett fortsatt implementeringsarbete av socialtjänstplanen har genomförts 2016. Förhållningssätt, bemötande och den enskilde brukarens delaktighet är några grundläggande delar som har varit i fokus.

Ständiga förbättringar genom fortsatt arbete och förankring gällande avvikelserapportering med synpunkter och klagomål samt lex Sarah har utförts under året. En minskning totalt av antalet avvikelserapporter enligt socialtjänstlagen, SoL och LSS har skett 2016 dock har synpunkter och klagomål samt lex Sarah rapporten ökat. Några ärenden hos tillsynsmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har förekommit såsom enskildas klagomål samt tillsynsmyndighetens egeninitierade tillsyn. Avvikelse kring läkemedel och fallrapporter redovisas i nämndens patientsäkerhetsberättelse.

Utbildningar och ett fortsatt utvecklingsarbete har genomförts vad gäller dokumentation samt implementering av Individens behov i centrum, IBIC. Återkommande träffar med stöd användare, numera dokumentationsombud, har genomförts under året. En fortsättning sker 2017. Dokumentationsombudens uppdrag är att vara enhetschefens förlängda arm för stöd och handledning, till för sina kollegor, gällande dokumentation men även i verksamhetssystemet Viva.

Kvalitetssamordnarna har arbetat med verksamheternas fortsatta förbättringsarbete, i samarbete med förvaltningsledning och enhetschefer bl.a. genom träffar med enhetscheferna, deltagande på arbetsplaststräffar och nätverk, samt genom utbildning, granskning och kontroll.

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser ligger till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete 2017.

¹ Föreskrifter och Allmänna råd – Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete

² Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

2 Bakgrund

2.1 KVALITET I VERKSAMHET

Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap § 3 säger: *"Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras."*

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. Kravet på god kvalitet gäller både enskild och offentlig verksamhet inom socialtjänsten.

Kvalitetsbegreppet omfattar socialtjänstens verksamhet på alla nivåer: strukturinriktade, allmänt inriktade och individinriktade insatser. Medborgare har rätt att få adekvat stöd och hjälp av god kvalitet. God kvalitet inom socialtjänstens verksamhet innefattar bland annat

- rättssäkerhet
- bemötande
- delaktighet
- socialtjänstens insatser ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som socialtjänstlagen anger.

Kvalitet definieras på följande sätt - att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt:

- lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och
- beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Krav på kvalitet i verksamheten och uppföljning sker på flera nivåer. Det finns en nationell nivå med krav i form av lagstiftning och nationell uppföljning via tillsyner, öppna jämförelser mm. Kommunfullmäktige ställer krav om mål för verksamheten. Enheterna har egna kvalitetsmått som följs upp i egenkontroll. Enskilda brukares uppfattning följs upp via synpunktshantering och avvikelshantering.

Enligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9, 7 kap. 1 § ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamhetens kvalitet dokumenteras.

3 Organisatoriskt ansvar och roller i kvalitetsarbetet

3.1 SOCIALNÄMND

Socialnämnden är ytterst ansvarig för verksamheten.

3.2 SOCIALCHEF

Socialchef har ett övergripande ansvar och rapporterar till socialnämnden.

3.3 VERKSAMHETSCHEF ENL 29 § HSL

Verksamhetschef ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt område och ser till att det fungerar på ett tillfredsställande sätt.

3.4 MAS/KVALITETSSAMORDNARE

MAS³ arbetar fram riktlinjer, ansvarar för att ledningssystemet följs upp, följer aktuell lagstiftning och ser till att uppföljning och utveckling sker inom området hälso- och sjukvård.

MAS och socialchef samt verksamhetschefer ska samverka kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Rapporterar till respektive ansvarig verksamhetschef. MAS arbete sker i nära samarbete med SAS⁴.

3.5 SAS/KVALITETSSAMORDNARE

SAS/Kvalitetssamordnare arbetar fram riktlinjer, ansvarar för att ledningssystemet följs upp, följer aktuell lagstiftning och ser till att uppföljning och utveckling sker inom området socialtjänst. SAS/Kvalitetssamordnare och socialchef samt verksamhetschefer ska samverka kring socialtjänstfrågor. Rapporterar till respektive ansvarig verksamhetschef. SAS arbete sker i nära samarbete med MAS.

3.6 VERKSAMHETSCHEF

Verksamhetschef för bistånd, socialt stöd inklusive individ- och familjeomsorg samt vård- och omsorg har ett övergripande ansvar att leda och utveckla sin verksamhet. Verksamhetschef har ett ledningsansvar tillsammans med socialchef och ska samverka kring socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS/Kvalitetssamordnare och SAS/Kvalitetssamordnare.

3.7 STABSCHEF

Stabschef för bemanningsenhet, administrativ enhet och stab har ansvar för att leda och utveckla sin enhet, som har till uppdrag att stödja övriga verksamheter. Rapporterar till socialchef.

3.8 ENHETSCHEF

Enhetschef har ansvar för att leda och utveckla sin enhet. Har ansvar för att ta fram rutiner på enhetsnivå och se till att dessa följs. Rapporterar till verksamhetschef.

3.9 PERSONAL I VERKSAMHET

Ansvarar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet och följa fastställda riktlinjer och rutiner. Rapporterar till enhetschef.

³ Medicinsk ansvarig sjuksköterska

⁴ Socialt ansvarig samordnare

4 Viktiga händelser under året

4.1 ORGANISATION

Det har under 2016 varit stor omsättning på chefer. Åtta nya chefer har rekryterats, nio chefer har slutat under året. Ny MAS/Kvalitetssamordnare tillträdde tjänsten efter sommaren.

Nämnden har inom en 4 års period både inom äldreomsorg och socialt stöd, utökat antalet enhetschefer vilket har inneburit att enhetscheferna generellt har fått ett mindre ansvarsområde med ett mindre antal medarbetare. Men fortfarande finns det enhetschefer med ett större antal medarbetare. Inom Socialt stöd har verksamhet för ensamkommande barn och unga utökats och att hinna med handläggning av dessa ärenden har varit en utmaning. Stor omsättning på enhetschefer innebär sårbarhet och verksamheter tappar fart i sitt kvalitetsarbete.

Särskilt boende

På Hemgården slutar tre enhetschefer under året. I slutet av 2016 får en av enhetscheferna inom förvaltningen särskilt uppdrag att ansvara för Hemgården och påbörja ett förbättringsarbete.

Stöd i ordinärt boende

Verksamheten byter enhetschef under året. Senare sker en omorganisation där bemanningsenheten flyttas från enhetschefens ansvarsområde.

Hemtjänst

Ett enhetschefsbyte sker i Herrljunga hemtjänst vid halvårsskiftet.

Socialt stöd

Enhetschefsbyte har skett inom Socialt stöd - IFO barn och unga, HVB för ensamkommande, Sysselsättning samt inom LSS. Ny verksamhetschef rekryterades internt.

Inom Individ- och familjeomsorgen, IFO har handläggare slutat och nya har rekryterats under året. Det är svårt att rekrytera erfarna handläggare inom IFOs samtliga verksamheter. Herrljunga kommun är inte ensam om detta problem det är en svår situation även på nationell nivå.

4.2 VERKSAMHET

Med nya fördelningstal från Migrationsverket gällande mottagande av ensamkommande barn, öppnades ett nytt hem för vård eller boende, HVB i Herrljunga tätort i maj 2015 och därmed fanns två boende i drift 2015. Ett tredje boende startades upp vid årsskiftet 2015/2016.

Fortsatt ombyggnation av Hagen etapp tre var klar för inflyttning i mars månad 2016 och därmed ökades antalet med fem lägenheter ytterligare för personer med demenssjukdom. Ombyggnationen av Hagen innebär bland annat nya och mera ändamålsenliga lokaler.

Ett fortsatt målinriktat arbete med implementering av ledningssystem, riktlinjer och rutiner har varit i fokus för kvalitetssamordnarnas arbete under året. Bedömningen är att det har blivit en ökad medvetenhet hos personal i verksamheterna om vikten av ständiga förbättringar. En ökad medvetenhet om bland annat rapportering av händelser vars syfte är att synliggöra, åtgärda och förebygga. Ett fortsatt arbete gällande systematiskt kvalitetsarbete inom en rad områden är nödvändigt gällande t.ex. dokumentation, brukares delaktighet, följsamhet till riktlinjer och rutiner,

avvikelse- synpunkt- och klagomålshantering. Uppföljningar, granskningar, utredningar och redovisningar har varit andra väsentliga arbetsuppgifter under året för kvalitetssamordnarna.

När verksamheter står med vakanta tjänster, innan nya chefer har rekryterats och är på plats, innebär det emellanåt en påverkan på kvalitetssamordnarnas arbete. Det kan påverka möjligheten att få ”tillgång” till enhetschefer och till personalgrupper, för underlag, information, utbildning och för den avstämning som behövs i samband med att vissa arbetsuppgifter ska kunna färdigställas.

4.3 INDIVID

Individens behov i centrum

Ett fortsatt arbete med implementering av IBIC har skett under året. Biståndshandläggare utreder och fattar beslut enligt modellen. Det har varit utbildningstillfällen för dokumentationsombuden gällande IBIC och dess innebörd. Inom hemtjänsten i Ljung har ett närmare samarbete handläggare och verksamhet påbörjats. Ett fortsatt implementeringsarbete med IBIC ska ske 2017.

Utbildningar och stöd för själva användande av systemet Viva men också gällande dokumentationsskyldigheten har genomförts på efterfrågan. Systemförvaltare och SAS/Kvalitetssamordnare har vid flertalet tillfällen gemensamt varit på plats, då själva dokumentationen är en del i SAS ansvar att säkerställa och på vilket sätt i systemet det ska dokumenteras är en annan sak, där systemförvaltaren har kunskaperna.

Kortfattat innebär IBIC:

- stöd för ett behovsinriktat arbetssätt
- systematik för en mer likvärdig handläggning
- gemensamt språk, ICF⁵ för dokumentation och samarbete över professionsgränserna
- strukturerad dokumentation som ger möjlighet att samla in lokal och nationell statistik samt att följa verksamheten över tid.

IBIC är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation av behov, mål och resultat i handläggningen, genomförandet och uppföljningen av vården och omsorgen.

Från insatsstyrd till behovsstyrd verksamhet

Nationella utredningar, tillsynsrapporter under tid visar på att äldreomsorgen i alltför hög grad fokuserar på fysiska och medicinska behov, medan sociala, psykiska och existentiella behov prioriteras bort eller inte uppmärksammas alls.

I **insatsstyrd** verksamhet blir det centrala att försöka passa in den äldre till förutbestämda insatser i den befintliga organisationen. Detta handlande kan medföra att de behov som inte passar in i det befintliga utbudet riskerar att negligeras. Vilket kan bidra till att fysiska och medicinska behov lättare synliggörs än sociala, existentiella och psykologiska behov. Syftet är att fokusera på de individuella behoven och på ett bredare sätt se på hur de kan tillgodoses. Den enskilde ska ges ökade möjligheter att vara delaktiga i utredning, planering och uppföljning av stödet i det dagliga livet.

IVO beskriver i sin rapport för tillsyn 2016 att de uppmärksammat att kommunernas riktlinjer går före den enskildes individuella behov. Även om dessa riktlinjer är mera vägledande riktlinjer så tillämpas de på ett sätt som gör att de i praktiken blir begränsande.

⁵ Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

Att låta behoven vara i fokus för utredning ställer högre krav på hela organisationen.

Socialtjänstplan

Fortsatt implementering av socialtjänstplanen har pågått under året. Det som upptas i socialtjänstplanen gällande socialnämndens grundsyn och inriktning vilken bland annat är att se till den enskildes egen förmåga, att den enskilde ska vara delaktig i hur hjälpen och stödet ges, vid åtgärder som rör barn ska alltid barns bästa komma i första hand, ligger väl i linje med IBIC.

Socialnämndens mål var att implementering skulle ha skett fullt ut i samtliga verksamheter 2016. På grund av chefsbyten i vissa verksamheter har arbetet fördröjts.

Implementeringsarbetet fortsätter 2017.

5 Måluppfyllelse

Se Årsbokslut 2016-12-31

6 Riskanalys

Att analysera risker är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. En riskanalys kan göras på lokal verksamhetsnivå eller på en övergripande organisatorisk nivå. Att arbeta med risk- och händelseanalyser ska också ses som en del i arbetet med ständiga förbättringar. Rutin finns som beskriver detta.

Trots att bedömningen 2015 var att det skett en ökad medvetenhet hos chefer, om vikten att på ett strukturerat sätt göra risk- och händelseanalyser och att vid behov skriva handlingsplaner i det förebyggande arbetet och att detta dokumenteras för att kunna följas upp och utvärderas, så har endast ett fåtal riskanalyser gjorts strukturerat 2016.

Under året har några riskanalyser gjort inom Socialt stöd och äldreomsorg gällande:

- låg bemanning på handläggare Barn och unga
- inför förändring av tjänst inom Barn och unga
- riskanalys gällande bemanning och rekrytering av semestervikarier inom äldreomsorgen inför sommaren 2016.

Riskanalyser ska ses som ett verktyg att på ett strukturerat sätt identifiera, planera och genomföra åtgärder i förebyggande syfte. Det kan gälla utifrån uppmärksammade risker som rapporterats/avvikelser eller inför en till synes liten, med dock förändring t.ex. schemaändringar eller i mindre eller större organisationsförändringar.

Att dokumentera risk- och händelseanalyser möjliggör på ett tydligare sätt planering och åtgärder i ett förebyggande arbete. Att så långt som möjligt tänka innan och minimera situationer där händelser behöver lösas akut. Akuta och oförutsedda situationer kommer alltid ändå att kunna uppstå.

Att arbete strukturerat med risk- och händelseanalyser bör förbättras.

7 Egenkontroll

Under året har ett fortsatt arbete pågått gällande att upprätta riktlinjer och rutiner som är styrande för verksamheterna. Att revidera riktlinjer och rutiner är ett ständigt pågående arbete där kvalitetssamordnarna har ett särskilt ansvar. Detta arbete fortsätter vidare.

I rutinen för egenkontrollen ingår granskning. Kvalitetssamordnarna har i sitt uppdrag att genomföra granskning av verksamheter. Inom ramen för granskning kan inberäknas t.ex. aktgranskning, granskning på plats i verksamheter. Under året har SAS/Kvalitetssamordnare i samband med lex Sarah anmälningar till IVO, följt upp de i lex Sarahn redovisade åtgärderna, innan ärendet avslutas. Den verksamhetstillsyn som gjordes på Hemgården 2015 följdes upp i början av 2016.

SAS/Kvalitetssamordnare har inom socialtjänstens område genomfört en granskning ”Från ansökan till upprättad genomförandeplan”. Resultatet visar:

- generellt utifrån denna granskning är att handläggning med utredningar och beslut görs strukturerat och överskådligt
- inom hemtjänsten upprättas genomförandeplaner och viss dokumentation sker i journal
- i båda verksamheterna finns kvalitetsförbättringar att göra t.ex. ökad tydlighet i dokumentationen, att den enskildes delaktighet framgår och att sätta mål med stödet. Bland annat detta är våra framtida utmaningar i det fortsatta arbetet med IBIC.

Någon ny verksamhetsgranskning gemensamt med MAS med hälso- och sjukvårds inriktning har inte genomförts annat än den uppföljning som gjordes på Hemgården. På grund av byte på MAS-tjänsten innebär det ett visst glapp i vad som var möjligt att genomföra.

8 Nationella uppföljningar

Årligen rapporterar nämnden en mängd uppgifter till bland annat Socialstyrelsen. Redovisningar och sammanställningar finns, i någon omfattning, att ta del av inom de flesta verksamheter. Sådan statistik ger indikationer på förbättringsområden. Att analysera resultat från den nationella statistiken är därför viktig. Kvalitetssamordnarna har en central roll i analysarbetet.

8.1 ÖPPNA JÄMFÖRELSE

Inom äldreomsorgen har Socialstyrelsen under ett flertal år, årligen lämnat ut en omfattande enkät till samtliga personer 65 år och äldre, boende i särskilt boende eller med insatser från hemtjänsten. Denna enkät handlar till stor del om den äldres uppfattning om kvaliteten i vården och omsorgen. Liknande nationella enkätundersökningar finns inte generellt, ännu, för övriga målgrupper.

Inom äldreomsorgen finns därmed ett mera omfattande resultat, med brukarperspektiv, att ta del av än motsvarande för övriga verksamheter. Behovet kan därför finnas inom övriga verksamheter att på lokal nivå följa upp brukares uppfattning om socialtjänsten. Underlag till brukarundersökningar finns på Sveriges kommuner och landsting, SKL. SAS/Kvalitetssamordnare har lyft frågan till verksamhetschef Socialt stöd att 2017 genomföra egna brukarundersökningar.

Kvalitetsberättelsens redovisning av Öppna jämförelser skiljer sig därmed en del gällande äldreomsorg mot övriga verksamheter.

Markerat grönt, gult och rött. Grönt betyder att kommunens värde för indikatorn hör till de 25 procent av kommunerna med bäst värden i förhållande till de andra kommunerna. Rött får de 25 procent av kommunerna som har sämst värde och gult är de 50 procent av kommunerna som ligger mitt emellan.

8.2 KVALITET OCH RESULTAT I ÄLDREOMSORGEN

Brukarundersökning i Hemtjänst

Brukarundersökningen för hemtjänsten har skickats till dem som är 65 år och äldre och som har hemtjänst, dock ej till dem som endast har trygghetslarm och matdistribution. 104 brukare i hemtjänsten, eller deras anhöriga, har svarat på 2016 års enkät från Socialstyrelsen.

Det motsvarar 70 % av brukarna. 49 % (51 personer) av brukarna har uppgett att de själva svarat på enkäten. Tabellen visar **andelen positiva svar** per fråga som följer på socialstyrelsens nationella brukarundersökning.

	2014	2015	2016	Riket
Sammantaget nöjd med hemtjänsten – helhetssyn, andel (%)	87	87	89	89
Känner förtroende för personalen som kommer	94	96	90	91
Får bra bemötande av personalen	98	94	96	97
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	74	72	79	78
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	80	84	86	87
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	47	44	44	61
Personalen kommer på avtalad tid	81	78	75	86
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	51	61	63	63
Personalkontinuitet				
Antal personal som brukare möter under 14 dagar – över 20 stycken, andel (%)	33	44	32	

Brukarundersökning i Särskilt boende

33 boende på särskilt boende, eller deras anhöriga, har svarat på Socialstyrelsens nationella enkät 2016. Det motsvarar 54 % av de boende. 33 % (11 personer) av de boende har uppgett att de själva svarat på enkäten. Tabellen visar **andelen positiva svar** per fråga som följer på socialstyrelsens nationella brukarundersökning.

Den del av särskilt boende som är boende för personer med demenssjukdom, Hagen och delar av Hemgården har generellt lägre antal positiva svar på frågor än övriga boende på Hemgården. Det kan antas att det är anhöriga till dessa personer som stått för den större delen av svaren. Att anhöriga i så fall varit mindre positiva i sina svar kan eventuellt tolkas som att anhöriga inte så väl känner till hur personalen arbetar med tider för stöd eller hur den enskilde kan vara med att påverka etc. Att involvera anhöriga i omsorgen om sina närstående och att se anhöriga som en resurs är viktigt.

	2014	2015	2016	Riket
Sammantaget nöjd med boendet – helhetssyn, andel (%)	81	73	84	83
Känner förtroende för personalen som kommer	93	97	88	87
Får bra bemötande av personalen	90	94	88	94
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	78	76	79	85
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	71	72	86	80
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	42	46	52	61
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	29	32	41	47
Tycker att maten smakar bra	76	74	69	76
Upplever måltiderna som en trevlig stund	73	63	63	70
Väntetid				
Antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	49	40	48	
Väntat längre än 90 dagar (%)			22	

Källa Kolada och Socialstyrelsen

Sammanfattning

Inom flera delar i resultatet inom äldreomsorgen är differenserna inte särskilt stora från år till år. I vissa delar går det upp och ner över åren. Det som både inom särskilt boende och hemtjänsten har fått fler andel positiva svar mellan åren 2014 till 2016 är, de äldres uppfattning om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål. Bedömningen är att nämndens arbete med ständiga förbättringar där avvikelser med synpunkter och klagomål är en central del, har fått en förankring i verksamheterna som gett ringar på vattnet. Tillsynsmyndighetens uppfattning är att det är inom förvaltningen synpunkter och klagomål i första hand ska hanteras och inte hos IVO. Att det för fler brukare/boende är mera känt hur synpunkter och klagomål kan framföras, att det tas om hand i förvaltningen och att återkoppling sker till den klagande. Detta helt enligt nämndens arbete med kvalitetsarbete.

Andelen boende som *alltid eller oftast* är nöjda med personalens bemötande har försämrats något inom särskilt boende och ökat inom hemtjänsten. Ett bra bemötande är avgörande för kvalitet i omsorgen. Kvalitet uppstår där den enskilde möter personalen. Det är viktigt att fortsätta arbetet med förhållningssätt och bemötande. IVO redovisar i sin tillsynsrapport för 2016 att många, främst anhöriga hör av sig till IVO om brister i utförandet och myndigheten får också in många lex Sarah anmälningar om bristande bemötande

Andel positiva svar har ökat vad det gäller brukares uppfattning om att personal tar hänsyn till brukares/boendes egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras. Arbetet med en ökad delaktighet och upprättande av genomförandeplaner får antas vara ett led i detta förbättrade resultat. Brukarnas/boendes bedömning i nöjdhet om helheten, har ökat både inom särskilt boende och inom hemtjänsten och ligger över eller väl i jämförelse med riket.

8.3 KVALITET OCH RESULTAT INOM INDIVID- OCH FAMILJEOMSORG

Ekonomiskt bistånd

	2014	2015	2016
Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%)	25.4	27.6	
Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)		60	70
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	13	13	9
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, väntat längre än 14 dagar (%)		26	33

Missbruk och beroendevård

	2014	2015	2016
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblem 21+, medelvärde		43	21
Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)		59	47

Social barn- och ungdomsvård

	2014	2015	2016
Ej återaktualiserade barn 0-12 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)			79
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)			67
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0-20 år, medelvärde	82	99	81

Källa Kolada

Sammanfattning

I statistiksökning i Kolada finns inte resultat för riket för jämförelse. Färgindikatorerna för respektive resultat kan ge en vägvisning var Herrljunga befinner sig i förhållande till andra kommuner.

Resultatet på ekonomiskt bistånd – ej återaktualiserade – har förbättrats vilket är positivt, trots röd markering. Väntan på beslut längre än 14 dagar har ökat något och speglar väl, den sårbarhet som även varit på handläggarsidan gällande ekonomiskt bistånd 2016. På barn och ungdomssidan har utredningstiden förkortats från föregående år trots vakanser på handläggarsidan.

8.4 KVALITET OCH RESULTAT FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

	2014	2015	2016
Alla på boendet har möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka, andel (%)	100	100	100
Den boende ges möjlighet till aktiviteter med personalstöd efter kl. 21, en gång/månad, andel (%)	71	100	100
Den boende har möjlighet till en individuellt anpassad aktivitet per dag utanför bostaden, andel (%)		30	30
Den boende har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet/lägenheten, andel (%)	71	30	30
Den boende har tillgång till egen brevlåda som posten levererar till, andel (%)	71	70	70
Den boende kan bestämma över vilken mat (huvudmålet) som serveras, andel (%)	100	100	100
Den boende kan ta emot gäster alla kvällar efter kl. 21.00, andel (%)	100	100	100
Boende där hot eller våld mot brukare inte förekommit på boendet under de sex senaste månaderna, andel (%)			30

Sammanfattning

I de avvikande resultaten (mindre än 100 %) i tabellen ovan om boende LSS, är det skillnader i vissa frågor mellan serviceboende, Nästegårdsgatan (utgör 70%) respektive gruppboenden, Ringvägen (utgör 30%):

- möjlighet till en individuellt anpassad aktivitet per dag utanför boendet gäller endast Ringvägen
- möjlighet till internetuppkoppling gäller Ringvägen
- tillgång till egen brevlåda gäller Nästegårdsgatan
- hot eller våld har förekommit på Nästegårdsgatan.

8.5 SOCIALPSYKIATRI

Personer med psykisk funktionsnedsättning

	Intern samordning						Extern samverkan	
	Rutiner för samordning med:						Överenskommelser för samverkan med:	
	Barn & unga	Ekonomiskt bistånd	Missbruk	LSS	Våld i nära relationer	Äldreomsorg	AF	FK
2014	Integ.	Nej	Integ.	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
2015	Ja	Integ.	Integ.	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2016	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

	Brukarinflytande					Meningsfull sysselsättning		
	Brukarinflytes-samordnare (Bisam)	Råd för funktions-hinderfrågor	Brukar-revision	Brukar-under-sökningar	Personligt ombud	Strukturerad syssel-sättning	Socialt kooperativ/Fontänhus	Öppen verksamhet
2014	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
2015	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
2016	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej*	Ja	Nej	Ja

*Personligt ombud införs 2017

	Arbetsmarknad			Boende	Stöd i vardagen	
	Arbetslivs-inriktad rehabilitering	Gått från sysselsättnings-insats till förvärvsarbete	Gått från sysselsättning till skyddat arbete	"Bostad först"	Social färdighets-träning	Stöd i föräldraskap
2014	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
2015	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja
2016	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja

	Tillgänglighet					Trygghet/säkerhet
	Uppsökande verksamhet	Information via:				IT-system som stödjer verksamhets-uppföljning
	Funktion för uppsökande verksamhet	Annonser i massmedia	Kommunens webbplats	Informations-blad	Informations-guide	
2014	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
2015	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
2016	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja

Källa Socialstyrelsen

Sammanfattning

Resultat från Socialstyrelsens öppna jämförelser inom socialpsykiatri handlar bland annat om riktlinjer och rutiner och samverkan. Färgmarkeringarna anger svar ja eller nej (har eller har inte) på frågan. På en del områden har förvaltningen antagit en del rutiner. Andra resultat kan ligga till grund för ett fortsatt förbättringsarbete. Information, kontinuerlig uppdatering av hemsida är viktigt.

9 Lokala uppföljningar

9.1 INTERNKONTROLL

Barnperspektiv

En mindre granskning utifrån barnperspektivet har genomförts av SAS/Kvalitetssamordnare i sex ärenden/tre olika handläggare. Granskningen har gjorts utifrån tre frågeställningar - framgår det av dokumentationen *vilken information* som lämnats till barnet/den unge, framgår det av dokumentationen *när och på vilket sätt* informationen har lämnats samt beskriver utredningen, om möjligt *vilka synpunkter* som barnet/den unge har framfört. Resultatet visar att i två ärenden framgår det vilken information som lämnats till barnet/den unge, i tre ärenden framgår det delvis när och på vilket sätt informationen har lämnats och i ett ärende framgår det inte alls vilka synpunkter barnet/den unge har framfört.

Bedömningen är att dokumentation av barns/ungas synpunkter, vilken information de får, när och på vilket sätt, kan förbättras. Återkoppling har skett till två av de tre handläggarna (en har slutat sin anställning) de uttryckte ett intresse för att utveckla gruppens egen granskning/egenkontroll/kollegial granskning men behöver få hjälp med t.ex. granskningsmallar.

Genomförandeplan

Den internkontroll som genomförts gällande genomförandeplaner visar ett behov av fortsatt utvecklingsarbete. Tydliggöra den enskildes delaktighet i planeringen, tydliggöra när den enskilde får sitt stöd och upprätta mål för olika aktiviteter vilket är viktigt för uppföljning över tid.

Generellt upprättas genomförandeplaner i allt större utsträckning.

Bemötande

Flertalet verksamheter arbetar med bemötandefrågor återkommande. I vissa verksamheter har det pga. flera chefsbyten, inte arbetats med bemötande kontinuerligt enligt arbetsplaner.

Kännedom om och följsamhet till rutiner

Ungefär 75 % av intervjuad personal uppger att de känner till rutiner kring avvikelser med synpunkter och klagomål samt lex Sarah. Det finns verksamheter som inte rapporterar avvikelser.

Ett viktigt arbete fortsättningsvis är att få personalen och cheferna att förstå syftet med att rapportera händelser men också att känna till skyldigheten att rapportera, då detta är centralt i det ständiga förbättringsarbetet, kvalitetsarbete.

9.2 UPPFÖLJNING

På enhetschefs uppdrag genomförde SAS intervjuer med samtliga anhöriga till boende på en av enheterna på Hemgården inför påbörjande av förbättringsarbete. Syftet var att som en grund få information om anhörigas upplevelse av sin närståendes boende på Hemgården.

Frågorna ställdes vid telefonintervjuer och handlade om:

bemötande, delaktighet, trygghet, mat och måltider, social samvaro och aktiviteter, fysiska miljön på boendet samt övriga synpunkter att framföra.

En sammanfattning av de svar som lämnades var bland annat:

Övervägande är alla nöjda med personalens bemötande men vissa kunskapsbrister finns. Några uttrycker önskemål om mer *när* och *hur* stödet ges – mer struktur, ingen av de intervjuade har varit med vid upprättande av genomförandeplan. Synpunkter framkom om bristen på aktiviteter vilket passiviserar, viss information saknas om t.ex. kontakman, om hur/till vem de kan lämna synpunkter och klagomål, flera anhöriga har ingen uppfattning om maten och dess kvalitet. De intervjuade upplever att det är lätt att få tid av personalen om de anhöriga vill prata en stund.

9.3 AVVIKELSER

Enligt socialtjänstlagen ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Beroende av händelsens konsekvens/sannolikhetsgrad att upprepas, hanteras den på olika sätt. Antalet rapporterade händelser enligt SoL/LSS/lex Sarah samt synpunkter och klagomål, har för helår minskat med 18 % (78 rapporter) i jämförelse med år 2015. Bedömningen är att det generellt är relevanta händelser som rapporteras och inte tillbud gällande arbetsmiljö eller när brukare tackar nej till insats. Dessa händelser ska rapporteras/dokumenteras på annat sätt. Men bekymmersamt är att det finns verksamheter som inte rapporterar händelser. Att det på ett boende för personer med demenssjukdom

inte förekommit en enda händelse på ett halvt år, är inte tillförlitligt. Det är viktigt med dialog på arbetsplatserna gällande bl.a. syfte med händelseerapportering, göra analys av händelser, förändringar och förbättringar. Detta kan utvecklas.

Inom IFO rapporteras händelser på blanketter och inte i verksamhetssystemet, möjligen kan det vara en bidragande orsak till att personal uppfattar det mera krångligt att rapportera eller att kopia på skriven händelse inte kommer till SAS för kännedom och på så sätt inte till statistiken och kvalitetsberättelsen.

I Socialstyrelsens handbok för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah illustreras *avvikelse* som ett samlingsbegrepp. Där den större mängden avvikande händelser som sker kan rapporteras/inkomma från enskilda, närstående, personal m.fl. Ett mindre antal avvikande händelser är missförhållanden och risker för missförhållanden och ett mindre antal av dessa missförhållanden är av allvarig art och ska därmed anmälas till tillsynsmyndigheten.

Avvikelse inom socialtjänst och LSS – klagomål och synpunkter samt lex Sarah



Källa: Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah

I förvaltningens verksamhetssystem dokumenteras/rapporteras händelser på olika blanketter som har valts att kallas för *Synpunkter och klagomål*, *Avvikelse rapport* och *Lex Sarah rapport*.

9.3.1 SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL

Återkoppling till brukare/anhörig har skett till samtliga förutom i enstaka fall när synpunkten/klagomålet lämnats av anonym avsändare. Synpunkterna omfattar bland annat följande områden:

- en registrerad rapport gällande inkommen synpunkt från en brukare i hemtjänsten i Ljung som säger sig vara mycket nöjd med hemtjänsten
- flera klagomål om brister i insatsernas utförande gällande tvätt, städning, får ej rätt stöd vid dusch
- brister i bemötande både i boende och i hemtjänst
- inom IFO felaktigt utlämnande av handlingar
- avgifter

Biståndshandläggare har som rutin att lämna blankett och information om hur enskild kan framföra synpunkter och klagomål till förvaltningen.

9.3.2 AVVIKELSER SoL/LSS/lex Sarah

Begreppet avvikelser i redovisningen innefattar:

- avvikelser enligt SoL⁶, LSS⁷
- klagomål och synpunkter SoL, LSS
- lex Sarah

Bakgrund

I verksamhetssystemet Viva inhämtas uppgifterna gällande rapporterade händelser för Vård och omsorg samt verksamheter enligt LSS. Inom Individ och familjeomsorgen samt bistånd och administration dokumenteras händelser på pappersblanketter för sammanställning. I statistiken hämtad från Viva kan det förekomma felaktiga rapporter, vilket bedöms för 2016 vara en liten, begränsad del i sammanställningen (ca ett tiotal). Felrapporteringar kan vara t.ex. personalens arbetsmiljö som i stället ska skrivas som tillbud utanför detta system eller en dubbelrapportering har skett om samma händelse. Synpunkter och klagomål kan även inkomma via Herrljunga kommuns hemsida - synpunktshantering.

I verksamhetssystemets avvikelsemodul finns/kan flera alternativ på brister väljas och även ett alternativ ”annat”. Om statistiken ska kunna visa mera tydligt vad händelsen handlar om, finns det behov av att förfinas rapporteringsunderlaget i mallarna, eventuellt begränsa valen, en utveckling i systemet.

Sammanfattning

Av 2016 års totala antal avvikelser utgör ovanstående punkter, enligt SoL/LSS/lex Sarah ca 23 % av totala antal avvikelser (med HSL) för året, vilket är en minskning med ca 10 %.

Några verksamheter har inte rapporterat några avvikelser, vilket bedöms som inte tillförlitligt. Andra verksamheter arbetar med ständiga förbättringar helt i enlighet med ledningsföreskrift, i den delen som avser avvikelser.

Vissa verksamheter behöver utveckla sitt arbete med avvikelser rapportering och hantering av dessa, enligt upprättade rutiner. Enhetschefernas uppföljningar, analys och åtgärdsarbete utifrån avvikelser kan utvecklas.

Typ	Helår 2014	Helår 2015	Halvår 2016	Helår 2016
Avvikelser enl. SoL, LSS	103	406	193	301
Klagomål och synpunkter SoL, LSS	15	25	31	48
Lex Sarah	2	11	5	15
Totalt	120	442	229	364

Av totala antalet avvikelser står hemtjänsten för den större delen av rapporterna (214). Av dessa handlar ett större antal om ej utförda insatser på grund av resursbrist. Hemtjänsten har även ett antal registrerade rapporter gällande ”annat”, ett flertal av dessa rapporter handlade om icke fungerande

⁶ Socialtjänstlag

⁷ Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

larm. Detta hände flera brukare i samband med byte av trygghetslarm under hösten. Rutiner för kontroll och åtgärder var inte inarbetade. Det blev också en lex Sarah rapport på denna brist.

Särskilt boende för äldre svarar för en mindre del av avvikelser – 46 rapporterade händelser varav större delen handlar om uteblivna insatser utifrån genomförandeplan gällande promenad, städning och ej fått bytt inkontinens hjälpmedel.

Flertalet synpunkter och klagomål handlar om brister i insatsernas utförande. Uteblivna insatser på grund av resursbrist är ett bekymmer i äldreomsorgen. Enhetschefer uttrycker att personalrekrytering, många gånger akut, är den betungande delen i chefsuppdraget.

Inom boendestöd har rapporterats 9 avvikelser (föregående år 68) som de flesta handlar om utebliven insats på grund av resursbrist, två rapporter handlar om händelser som orsakats på grund av brister i informationsöverföring.

När enskild tackar nej till insats ska den avvikelserna dokumenteras i den enskildes journal och inte skrivas som avvikelse i avvikelssystemet.

9.3.3 LEX SARAH

När en händelse har rapporterats enligt lex Sarah vilken går till SAS som utreder missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållande. Det görs en bedömning om det är ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Om bedömningen är att händelsen är ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande skickas, efter beslut i socialnämnden, en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

År 2016 inkom 15 rapporter enligt lex Sarah vilket är en ökning från 2015. Resultatet kan tolkas att det blivit en ökad medvetenhet om rapporteringsskyldigheten i verksamheterna. De flesta lex Sarah rapporterna upprättas av enhetscheferna själva och inte av personal. IVO är den verksamhet som 2016 rapporterat flest händelser, sju stycken. Två rapporterade inom LSS och övriga inom hemtjänst och boende. En händelse har bedömts som inte ett missförhållande enligt lex Sarah. Sju händelser har bedömts som allvarliga och har anmälts till IVO och resterande sju händelser har bedömts inte allvarliga och har inte anmälts till IVO.

Vid lex Sarah anmälningar till IVO, granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen ytterligare eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn. Om IVO bedömer att utredningen följer gällande bestämmelser och att åtgärder har vidtagits och att åtgärder planeras att vidtas för att förhindra att liknande händelser inträffar igen, avslutar IVO ärendet.

Det är mycket viktigt att verksamheten fullföljer de planerade åtgärderna som har redovisats till IVO. SAS följer upp de planerade åtgärderna innan ärendet avslutas.

Sammanfattning

IVO har rapporterat ett antal missförhållanden enligt lex Sarah, vilket får ses som positivt. Att det i verksamheten finns en kunskap om syfte och om rapporteringsskyldighet. I en utredning har framkommit att händelse har upptäckts i ett tidigare skede men det har dröjt med rapportering av händelsen. En händelse ska rapporteras när den upptäcks. Om händelser rapporteras i tidigt skede är

Ärende 6

det också större möjligheter att, genom tidiga åtgärder lindra omfattning av konsekvenser som händelser kan innebära, dels ur ett individperspektiv och dels ur ett verksamhetsperspektiv.

Följande gällande de inkomna lex Sarah rapporterna:

	Verksamhet	Händelse	Bedömning/Beslut	Anmälan IVO	IVO beslut
1	Vård och omsorg	Störningar i växel, telefoni	Påtaglig risk för <i>allvarligt</i> missförhållande	Ja	Avslutat
2	Hemtjänsten	Begränsningsåtgärder, samtycke saknas	Påtaglig risk för missförhållande	Nej	
3	IFO	Beviljad insats ej verkställd	Påtaglig risk för missförhållande	Nej	
4	LSS	Alkoholpåverkad i tjänsten	Påtaglig risk för <i>allvarligt</i> missförhållande	Ja	Avslutat
5	IFO	Personal lämnar arbetspasset utan att fullfölja insatsen	<i>Allvarligt</i> missförhållande	Ja	Avslutat
6	Hemgården	Boendes pengar saknas	Missförhållande	Nej	
7	Hemtjänsten	Nyckelskåp går inte att låsa upp	Påtaglig risk för missförhållande	Nej	
8	IFO	Brister i handläggning/dokumentation	Påtaglig risk för <i>allvarligt</i> missförhållande	Ja	Avslutat
9	IFO	Sekretess	Påtaglig risk för missförhållande	Nej	
10	IFO	Brister i handläggning/dokumentation	<i>Allvarligt</i> missförhållande	Ja	Avslutat
11	IFO	Felaktigt utlämnande av handlingar	<i>Allvarligt</i> missförhållande	Ja	Avslutat
12	Hemgården	Bemötande	<i>Allvarligt</i> missförhållande	Ja	Avslutat
13	LSS	Brukare utan personlig assistent under förmiddag	Missförhållande	Nej	
14	Hemtjänst	Inget fungerande larm ca 3 veckor	Missförhållande	Nej	
15	IFO	Handläggning	Inte missförhållande enligt lex Sarah	Nej	

10 Externa granskningar

10.1 INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

10.1.1 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Siffror inom parentes avser år 2015 för samma insats. Under året 2016 har 28 (21) beslut rapporterats som ej verkställda till IVO. Besluten enligt nedan.

Enligt SoL – ÄO	8 (11)
	Särskilt boende 7 (9)
	Dagverksamhet 1
Enligt SoL – IFO	14 (4)
	Boendestöd 2 (1)
	Kontaktfamilj 3
	Familjehem 1
	Familjebehandling 6 (1)
	Bostad 1
	Trygghetslarm 1 (1)
Enligt LSS	6 (6)
	Kontaktperson 2 (5)
	Korttidsvistelse 3 (1)
	Boende barn och ungdom 1

Resursbrist är den främsta orsaken till ej verkställda beslut. Det har framförallt varit brist på särskilt boende och verkställigheten har dragit ut på tiden. Vid årsskiftet kvarstod ett av ovanstående, rapporterade ärenden gällande särskilt boende för äldre samt ett ärende familjebehandling, som ej verkställda. Av de rapporterade ej verkställda besluten gällande särskilt boende för äldre har väntetiden varit från 4 månader upp till 5 månader och 3 veckor.

10.1.2 ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Under 2016 har fem enskilda anmält sitt ärende till IVO motsvarande siffra 2015 var sex ärenden. Av årets fem ärenden har IVO valt att i tre ärenden inte öppna tillsynsärende. De två återstående handlar om:

- handläggning av ekonomiskt bistandsärende och bemötande
- avvisad vårdplanering.

IVO har i de båda ärendena avslutat utan kritik.

10.1.3 TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Under året har fem tillsyner genomförts av IVO varav tre på HVB. En tillsyn var oanmäld. IVO har bland annat granskat den fysiska boendemiljön och i ett av besluten (Sveagatan) skriver IVO i sitt beslut att de "förutsätter att nämnden snarast planerar för att alla barn vid kommunens HVB ska kunna ha egna rum" vidare att "IVO kommer att följa upp frågan om eget rum vid kommande inspektion". Beslut i den senaste tillsynen har IVO ännu inte kommit med. De avslutade är utan kritik. IVO har aviserat att återkomma med tillsyn på HVB 2017.

Ett tillsynsärende, en uppföljning av en tillsyn som inleddes 2015, gällande riskanalys när det gäller bemanning och rekrytering av semestervikarier inom äldreomsorg. IVO bedömer att nämnden vidtagit adekvata åtgärder och avslutar ärendet utan kritik.

Ett tillsynsärende gäller myndighetsutövning i samband med beslut om insatser enligt LSS. IVO gör bedömningen att myndighetsutövningen uppfyller de kriterier på god handläggning som finns i lagar och föreskrifter och avslutar tillsynen utan kritik.

11 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Av lagstiftningen framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Att aktivt, i varje verksamhet arbeta med avvikelser, synpunkter och klagomål som en del i vardagsarbetet är ett sätt att arbeta förebyggande och kvalitetsförbättrande. I flera verksamheter är detta återkommande på arbetsplatsträffar. I internkontrollen framkom dock att personalens medverkan i ett systematiskt kvalitetsarbete kan förbättras genom ett mera strukturerat och kontinuerligt arbeta med kvalitetsutveckling.

SAS/Kvalitetssamordnare och MAS/Kvalitetssamordnare har kvartalsvisa så kallade kvalitetsmöten med enhetschefer, var och en för sig gällande uppföljningar, analys och åtgärder av avvikelser. SAS och MAS deltar även vid tillfällen på verksamheternas arbetsplatsträffar. Detta arbete har varit fokus under de senaste två åren och har fortsatt under 2016. Ett avbrott med kvalitetsmöten skedde vid halvårsskiftet på grund av vissa vakanser på enhetschefstjänster samt att ny MAS inte tillträdde på heltid förrän hösten 2016.

Inom socialförvaltningen fortsätter arbetet efter behov, med processer, riktlinjer och rutiner som är styrande för arbetet i verksamheterna. Personalens medverkan i detta arbete är nödvändigt och en förutsättning för en god kvalitet. Socialnämnden har valt att samla ledningssystemet på intranätet och en länk för direktåtkomst till *Handboken* finns för samtlig personal. All personal som intervjuats vid internkontroll och granskningar känner till handboken.

11.1 KOMPETENSUTVECKLING

Kompetensutvecklingsplaner på individnivå finns i verksamheterna. Varje enhetschef ska sammanställa behov och önskemål av kompetensutveckling efter genomförda medarbetarsamtal. Prioriteringar sker på förvaltningsledningsnivå. Inom IFO, barn och ungdom har vissa nationella utvecklingsmedel kunna rekvireras vilket har inneburit utbildningssatsningar för handläggargruppen. Inom äldreomsorg och LSS har för år 2016 funnits vissa utvecklingsmedel till kunskapsatsning för dessa grupper.

En rad informationstillfällen och utbildningar har genomförts av SAS och/eller systemförvaltare, för olika grupper under året. Bland annat:

- social dokumentation,
- verksamhetssystemet Viva
- ledningssystem, avvikelser med synpunkter och klagomål samt lex Sarah

Bland annat för grupperna:

- 20 personer från HVB ensamkommande
- nattpersonal på Hagen
- boendestödjare
- medarbetar på nyöppnade HVB
- enhetschefer i äldreomsorg

De statliga stimulansmedlen för kompetensutveckling har använts/delvis finansierat bland annat:

För personal inom äldre- och funktionshinderomsorg samt handläggare

- Etik och värdegrund
- Kompetenshöjande insatser inom hemsjukvård, palliativ vård och demenssjukdom
- Förflyttningsteknik
- Grunder inom LSS lagstiftningen
- Kostens betydelse
- Rättssäkerhet i myndighetsutövning, LSS

För personal inom IFO

Inom socialt arbete och juridik.

- Barns rättigheter, barns utsatthet, risk- och skyddsfaktorer, utredningsmetodik, planering och bedömning av barns behov och föräldrars förmåga, dokumentation, genus och etnicitet
- BBIC
- MI (motiverande samtal)
- Socialrätt
- Familjerätt
- Förvaltningsrätt
- Offentlighet och sekretess
- Offentlig rätt.

12 Kvalitetsarbete

12.1 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

Att arbeta aktivt med ständiga förbättringar innebär bland annat att synpunkter och klagomål som inkommer och att avvikelser som rapporteras, hanteras enligt tillämpliga bestämmelser och rutiner. Det ska finnas en röd tråd från de avvikelser som rapporterats till förbättringsområden och till kommande granskning och kontroll.

Bemötande

I avvikelser under året har förekommit brister i bemötande. Mötet mellan den enskilde och personalen är kärnan i vården och omsorgen inom socialnämndens samtliga verksamheter. Ett gott och professionellt bemötande är en förutsättning för brukares upplevelse av välbefinnande samt möjlighet till delaktighet och inflytande.

- Ett fortsatt arbete med implementering av nämndens antagna socialtjänstplan är en central uppgift.
- En ständigt pågående dialog på arbetsplatserna om förhållningssätt och bemötande.

Brukarinflytande

I 2016 års egenkontroll har framkommit brister kring den enskildes delaktighet i genomförandet av insatser. Inom äldreomsorgen genomför Socialstyrelsen årliga, nationella brukarenkäter. Resultatet för kommunen blir ett bra underlag för inriktning av ett fortsatt arbete med förbättringar. Motsvarighet finns inte inom andra verksamheter i nuläget. Inom Sveriges kommuner och landsting, SKL finns framtaget vissa enkäter för flera verksamheter inom IFO.

- Genomföra egna brukarundersökningar inom IFO verksamheter.
- Ett fortsatt arbete med implementering av IBIC i verkställighet. Individens inflytande genom delaktighet utifrån sina förutsättningar, i när, var och hur stödet ska ges är viktigt.

Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet görs genom risk- och händelseanalyser, egenkontroll, utredning av avvikelser samt förbättrande åtgärder och förbättring av processer och rutiner. Om riskanalysen och/eller utredningen av avvikelser visar på brister ska de åtgärder som krävs vidtas och processerna och rutinerna förbättras så att verksamhetens kvalitet säkras.

- På verksamhetsnivå ska risk- och händelseanalyser upprättas utifrån de risker som identifieras, de händelser som skett eller de förändringar som ska genomföras.
- Ett fortsatt samarbete genom bland annat kvartalsvisa uppföljningar med kvalitetssamordnare och enhetschefer.
- Genom att sprida händelser, analyser, åtgärder, erfarenheter etc. mellan verksamheter ökar möjligheten till förebyggande arbete. De mötesforum som redan finns kan vara lämpliga för dialog och erfarenhetutbyte mellan verksamheter. Socialförvaltningens nyhetsblad är en bra kanal för spridning av erfarenheter och goda exempel.
- Under året bör avvikelserapportering för personal inom IFO:s verksamheter också kunna ske i verksamhetssystemet. Diskussionerna behöver återupptas med systemleverantörerna.

Social dokumentation

Allvarliga brister i dokumentation har uppmärksammats under året, ärenden har anmälts till IVO. För att socialtjänsten ska kunna förbättras och utvecklas och för att det ska gå att systematiskt undersöka om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt är det en grundläggande förutsättning att det i verksamheten dokumenteras på ett tillfredsställande sätt. Att handläggning sker på ett rättssäkert sätt. Att insatser som ges dokumenteras och följs upp på ett tillfredsställande sätt är också en förutsättning för att systematiskt kunna undersöka om de leder till resultat som innebär förbättringar för den enskilde. Det innebär att dokumentationen ska tillgodose flera syften. Dokumentation är viktig för bland annat den enskildes rättssäkerhet dvs. att den enskilde ska få en korrekt handläggning och insats av god kvalitet, att ha ett underlag för den individuella planeringen, att möjliggöra uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, för de anställdas säkerhet och att möjliggöra tillsyn och granskning. I vissa verksamheter uppfylls inte kraven på ett tillfredsställande sätt vilket visat sig i uppföljningar och internkontroll. Dokumentation ingår i ordinarie arbetsuppgifter och måste förbättras.

- Tid för dokumentation måste avsättas. Dokumentationsombud ska vara enhetschefens förlängda arm i handledning och stöd till kollegorna.
- Genomförandeplaner ska upprättas tillsammans med brukaren och vid behov följas upp och revideras.
- Utbildningsinsatser genomförs av SAS vid behov på uppdrag av enhetscheferna.
- Att renodla dokumentationen gällande socialtjänsten och hälso- och sjukvården är ett pågående arbete som fortsätter.

IBIC i verkställighet inom äldreomsorgen

Inom verkställighet t.ex. hemtjänsten har inte implementering av IBIC fortskridits på samma sätt som inom myndighetsutövning. Inom hemtjänsten i Ljung har dock ett ökat samarbete påbörjats mellan handläggare och verksamhet. Det finns bristande kunskaper i arbetssätt med strukturerad dokumentation. Nya enhetschefer på plats har begränsade kunskaper om IBIC.

- Fortsatt implementering av IBIC under 2017. SAS och systemförvaltare samarbetar då det dels handlar om social dokumentation och dels hur man använder verksamhetssystemet Viva.

Interna samarbetsformer och informationsöverföring

I några händelser har brister i samverkan och informationsöverföring framkommit. Inför svåra beslut är det viktigt med ett arbetssätt där professioner samarbetar. Varje profession bidrar med sin kunskap för att nå optimalt resultat för brukaren. Detta är särskilt viktigt när t.ex. särskilda händelser inträffar eller akuta situationer uppstår.

- Ett fortsatt arbete med att identifiera interna processer och utveckla former för den interna samverkan behövs samt att säkerställa information mellan berörda.

Personalens medverkan i kvalitetsarbete

Det ska säkerställas att verksamhetens personal arbetar utifrån de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Personalen är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Enhetschefer har ett ytterst ansvar för att det finns en följsamhet till de tillämpliga bestämmelser som gäller.

- Riktlinjer och rutiner som styr verksamheten behöver ständigt stämmas av, informeras om och aktualiseras. Några riktlinjer/rutiner i taget fördelade över året (även utifrån händelser som sker) kan vara ett sätt för att det ska vara hanterbart.

Vilka personella och ekonomiska resurser krävs

Ovanstående förbättringsarbeten bedöms vara inom ramen för befintlig verksamhet och kräver inte ökade personella eller ekonomiska resurser. Utrymme för dialog på arbetsplatsen bör vara en naturlig del i vardagsarbetet. I vissa avseenden kan t.ex. ökad medverkan ge förståelse och förändring, som i nästa led ger förbättrat resultat. Som stöd finns stabsfunktioner som resurser. Så även för utformning av bland annat enkäter, utföra intervjuer och göra analys och sammanställningar av resultat, vara behjälplig i arbetet med riktlinjer och rutiner.

God kvalitet kräver resurser och behovet är lyft till politikernivå i samband med budgetberedning 2018.

Övrigt

Regeringens nya bestämmelse i frågan om tillgång till personal dygnet runt på äldreboende, som införs i socialtjänstförordningen, kan komma att bli en fråga som uppmärksammas inom tillsynsmyndigheten. De boendes individuella behov av stöd behöver på ett bra sätt kunna ”mätas” över tiden för att personalbemanningen ska kunna fördelas på bästa sätt inom boendet. Bemanningsfrågor kan gälla dagtid men framförallt nattetid.

SKL genomför ett projekt tillsammans med kommuner, Föreningen Sveriges socialchefer, Famna och Vårdföretagarna utifrån bestämmelser i socialtjänstförordningen och den uteblivna bemanningsföreskriften – ”Istället för bemanningsföreskrift”. Rekommendationer kommer att tas fram och under 2017 sker dialog, förankring och seminarier.

Fokus är på nattens arbetssätt, bemanning och teknik.



HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNING
Tomas Bornhall

Tjänsteskrivelse
2016-02-24
DNR 111/2016
Sid 1

Patientsäkerhetsberättelse 2016

Sammanfattning

Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilket det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och
- vilka resultat som uppnåtts

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse 2016

Tjänsteskrivelse i ärendet

Förslag till beslut

Socialnämnden antar 2016 års Patientsäkerhetsberättelse och lägger den till handlingarna.

Tomas Bornhall
MAS/kvalitetssamordnare

DIARIENUMMER:
FASTSTÄLLD:
DOKUMENTANSVAR:

SN-2016-111
2017-02-24
Aniko Andersson Persson
Verksamhetschef Vård och Omsorg
Tomas Bornhall MAS/Kvalitetssamordnare

Patientsäkerhetsberättelse 2016

Socialförvaltningen Herrljunga kommun



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehåll

Sammanfattning 2016.....	3
1. Allmänt	4
2. Övergripande mål och strategier	4
3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhet.....	4
3.1 Kommunens ansvar som vårdgivare.....	4
3.2 Verksamhetschefens ansvar.....	4
3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar.....	4
3.4 Enhetschefens ansvar.....	4
3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	5
4 Struktur för uppföljning/utvärdering.....	5
4.1 Senior alert.....	5
4.2 Svenska Palliativ registret	5
4.3 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).....	5
4.4 Nutrition	6
4.5 Avvikelsehantering.....	6
4.6 Lex Maria	6
4.7 Läkemedelshantering.....	6
4.8 Dokumentation - patientjournal.....	7
4.9 Nationell Patient Översikt (NPÖ).....	7
4.10 Munhälsa	7
4.11 Medicinsk teknik	7
4.12 Rehabilitering	8
4.13 Hygien	8
4.14 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift	9
4.15 Skydds- och begränsningsåtgärder	9
5. Lokal uppföljning genom egenkontroll.....	9
5.1 Internkontroll.....	10
6. Samverkan för att förebygga vårdskador	10
6.1 Samverkan mellan kommuner, primärvård och slutenvård	10
6.2 Värdeskapande samverkan Mittenälvsborg – 9. Gruppen	11
6.3 Palliativa teamet Alingsås lasarett.....	11
6.4 Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett och Närsjukvårdsteam Borås.....	11
6.5 Samordnad vårdplanering - SVPL.....	12
6.6 Läkarmedverkan	12
6.7 Intern samverkan för en god och säker vård.....	12
6.8 Samverkan med externa HVB samt LSS- hem.....	13
6.9 Samverkan med patienter och närstående.....	13

6.10 Samverkan med medborgare i övrigt.....	13
7. Riskanalys.....	13
7.1 Analys och bedömning av risker under 2016	13
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
9. Synpunkter och klagomål	14
10. Sammanställning och analys	14
11. Samverkan med patienter och närstående	15
12. Resultat	15
12.1 Strukturmått.....	15
12.2 Resultat och processmått	16
12.2.1 Förebyggande arbete - Senior alert	16
12.2.2 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD).....	16
12.2.3 Undvikbar slutenvård per diagnosgrupp	16
12.2.4 Munhälsa	16
12.2.5 Palliativa registret	17
12.2.6 Läkemedel.....	17
12.2.7 Hygien	19
12.2.8 Svenska HALT	19
12.2.9 Öppna jämförelser	20
12.2.10 Rehabilitering	20
12.2.11 Nationell patientöversikt (NPÖ).....	20
12.2.12 Avvikelse Fall.....	21
12.2.13 Avvikelse läkemedel	22
12.2.14 Avvikelse övriga Hälso- och sjukvårdsavvikelse (ej fall, läkemedel eller vårdssamverkan)	24
12.2.15 Synpunkter och Klagomål	24
12.2.16 Delegering.....	24
12.2.17 Lex Maria	24
12.2.18 Medicinteknisk avvikelse	25
12.2.19 Avvikelse Närvårdssamverkan Södra Älvsborg	25
13. Sammanfattning inriktning under 2017.....	26

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses (SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §).

Sammanfattning 2016

Patientsäkerhetslagen säger att vårdgivaren har ett tydligt ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Varje medarbetare ska kunna utöva sitt arbete så att en god säker vård kan ges.

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vårdgivaren och vårdgivaren ska underlätta för patient och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet. Samverkan med patienter och närstående sker vid inflyttning på Särskilt boende eller vid inskrivning i hemsjukvård. Information ges hur klagomål och synpunkter kan framföras.

Patientsäkerhetsarbete har under året belysts genom upprättande och revidering av riktlinjer och rutiner.

För att säkerställa och öka kvalitén i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister som Senior alert, BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens), Svenska Palliativregistret och samt Folkhälsomyndighetens HALT- register. Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts.

Vård och omsorgs verksamheter uppvisar ökad måluppfyllelse kring Senior Alert, BPSD, Hygienrutiner och klädregler samt Palliativregistret.

Antal gjorda riskbedömningar Senior alert har ökat med 27 % (från 164 st. till 209 st.) Utav de riskbedömningarna med utfall att risk finns har 66,4 % gjorda åtgärdsplaner med vårdpreventiva åtgärder registrerats.

81 stycken BPSD bedömningar med åtgärder har registreras under året jämfört med sju (7) stycken 2015.

I Svenska Palliativregistret är förbättringar gjorda i 8 av 11 kvalitetsindikatorer.

Resultatet av HALT mätningen 2016 visar för Herrljungas del att inga bekräftade vårdrelaterade infektioner fanns som har förvärvats på Särskilt boende/LSS boende.

Mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts inom kommunens äldreomsorg och LSS med två mätningar under 2016. Höstens mätning visar på ett resultat över det nationella genomsnittet.

Personal inom verksamheten har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser genom att skriva avvikelser. De dominerande rapporterade avvikelserna är fall och läkemedel.

Antal registrerade fall har under 2016 minskat med 157 fall (22,9 %) jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis ingen skada. Konsekvensen fraktur av fallolyckan drabbade 10 patienter (2015 drabbades 19 patienter av fraktur).

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2016 minskat med 118 stycken (21,5 %) jämfört med året innan. Orsak till rapporterade avvikelser är till 60 % glömska.

Under 2016 har 130 st. avvikelser registrerats där beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient. Osäkerhet uppstår om beställd insats är utförd eller inte. Konsekvens blir svårighet att utvärdera träningsinsatsen samt risk för försämrad/utebliven funktion för patient.

1. Allmänt

Vårdgivaren ska enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilket det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och
- vilka resultat som uppnåtts

2. Övergripande mål och strategier

Ett ledningssystem för systematisk kvalitetsarbete enligt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9" ingår i det ordinarie arbetet sedan 2014. Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Herrljunga kommuns vision och politiska mål skall vara vägledande för kommunens verksamheter. Socialnämnden har i en Socialtjänstplan formulerat den grundsyn som utgör basen för socialnämndens arbete. Socialtjänstplanen syftar till att tydliggöra etiska värden och normer som ska vara grunden för arbete inom socialförvaltningen. Planen ska vara ledstjärna för hela socialnämndens verksamhet och allt arbete ska genomsyras av socialnämndens värdegrund.

3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhet

Herrljunga kommun bedriver hälso- och sjukvård under verksamheterna Äldreomsorg (ÄO), Hälso- och sjukvård (HS) samt Funktionshinder (FH). Verksamheterna har en gemensam medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som även har medicinskt ansvar för rehabilitering (MAR) inom kommunen.

3.1 Kommunens ansvar som vårdgivare

Yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) efterföljs av alla utförare i kommunen. Socialnämnden ansvarar för att skapa förutsättningar för och säkerställa att verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt enligt lagar, föreskrifter och beslut.

3.2 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att vården organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och är av god kvalitet och främjar kostnadseffektivitet. Vidare ansvarar verksamhetschefen för att fördela kvalitetsarbetet i enlighet med kommunens direktiv och gällande lagstiftning. Verksamhetschef rapporterar till socialnämnden.

3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas en sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret, MAS. MAS ansvarar för att patienten ska få en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. MAS upprättar riktlinjer och rutiner för att kunna styra, följa upp samt utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar även för att utöva kontroll av verksamheten samt för att samverka med verksamhetschef vid frågor som berör hälso- och sjukvården för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS är ansvarig för bedömning om en HSL- avvikelse är så pass allvarlig (händelse som medfört allvarlig vårdskada eller kunnat medföra allvarlig vårdskada) att den ska anmälas till Inspektion för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

3.4 Enhetschefens ansvar

Enhetschefen ansvarar för att leda och utveckla verksamheten och se till att socialförvaltningens ledningssystem med fastställda riktlinjer och rutiner är väl kända i verksamheten. I arbetet ingår att göra

personalen delaktiga i patientsäkerhetsarbetet och rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschef har att kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt rutin. Utvärdering av avvikelser i verksamheten ska leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten.

3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

I Patientsäkerhetslagen (2010:659) framgår att hälso- och sjukvårdspersonal ska bidra med en hög patientsäkerhet i det dagliga arbetet samt rapportera risker för vårdskador eller händelser som kunnat medföra eller har medfört skada. De ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

4 Struktur för uppföljning/utvärdering

Åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet under 2016 samt föreslagna förbättringar under 2017.

4.1 Senior alert

Senior alert är ett kvalitetsregister som används för patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Varje patient, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion.

Det förebyggande arbetssätt som Senior alert bygger på består av tre grundtankar som består av systematik, struktur och synliggör resultat. Användning av Senior alerts register innebär våldsprevention för alla riskområden där risker identifieras, åtgärdas och följs upp.

Under året har vårdprevention genomförts inom riskområden som trycksår, nutrition, fall och munhälsa. Herrljunga kommun har deltagit i Senior alerts punkt prevalens mätningar (PPM) fall och tryck under våren 2016.

Inriktning 2017

- Att utveckla arbetssättet teammöten inom SÄBO och LSS samt arbetssättet med MiniTeam inom Hemsjukvård i ordinärt boende (kvarstår från 2016, intensifieras)
- Att legitimerad personal dokumenterar en omvårdnadsplan för varje riskområde med åtgärder i Senior alert (kvarstår från 2016, intensifieras)
- Att utbilda omvårdnadspersonal i ROAG – riskbedömning av munhälsa (ny 2017)
- Att starta Senior Alerts femte område; blåsdysfunktion inom SÄBO/LSS (ny 2017)
- Att öka antalet gjorda åtgärdsplaner inom senior alerts samtliga områden (ny 2017)

4.2 Svenska Palliativ registret

Svenska palliativ registret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Palliativ vård ska tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. På patientnivå mäts definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stöds ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till att optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

Inriktning 2017

- Att alla åtgärder/bedömningar/skattningar utförs på palliativ patient för optimal vård (kvarstår från 2016, intensifieras)
- Att personal genomgår webb utbildning ”Allmän palliativ vård” (ny 2017)

4.3 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

BPSD-registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Förekomst av

BPSD innebär en minskad livskvalité och för att nå framgång i behandlingen, krävs det förutom ett gott bemötande och en god omsorg, även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar.

Under året har registreringar gjorts i BPSD registret med symtomskattning, genomförda förebyggande åtgärder uppföljning med förebyggande åtgärder samt utvärdering av genomförda åtgärder genomförts.

Inriktning 2017

- Att personer med demens och demensliknande symtom inom SÄBO och Hemsjukvård i ordinärt boende i högre antal registreras i BPSD-registret med symtomskattningar, genomför förebyggande åtgärder samt utvärderar effekten av genomförda åtgärder (kvarstår från 2016, intensifieras)

4.4 Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Kosten som serveras skall vara anpassad efter näringsbehov.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för att en riskbedömning enligt Senior Alert genomförs samt att vikt och BMI-värden följs regelbundet. För personer i riskzon ska åtgärdsplan upprättas och omvårdnadsplan skrivas.

Tiden från dagens avslutade måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar. Äldre personer och personer med funktionsnedsättning med för lång nattfasta löper risk för undernäring.

Inriktning 2017

- Att fortsätta arbetet med att ofrivillig nattfasta inte är längre än 11 timmar (kvarstår från 2016, intensifieras)

4.5 Avvikelsehantering

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelsehantering. All personal har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhets kvalitét systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet d.v.s. genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelsehantering ska utföras beskrivs i rutin [”Avvikelsehantering”](#).

Inriktning 2017

- Att MAS, SAS och enhetschef har fortsatt genomgång av enhetens avvikelser kvartalsvis (kvarstår från 2016, intensifieras)
- Att enhetschef analyserar och diskuterar därefter tillsammans med sin personal fram lämpliga åtgärder på arbetsplatsträffar. Syftet med detta är att säkra verksamhetens kvalitet t.ex. genom att ständigt förbättra processer och rutiner (kvarstår från 2016, intensifieras)
- Att genomförda åtgärder samt resultat återkopplas till MAS, SAS och verksamhetschef (kvarstår från 2016, intensifieras)

4.6 Lex Maria

Vårdgivaren ska enligt bestämmelserna i Patientsäkerhetslagen (2010:659) anmäla händelser som har eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO).

4.7 Läkemedelshantering

Den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre innebär stor risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Detta är påtagligt för multisjuka äldre i särskilda boendeformer men också multisjuka äldre i ordinärt boende.

I kommunens avtal med Närhälsan i Herrljunga är läkemedel ett prioriterat område med läkemedelsgenomgång. Målet är bättre läkemedelshantering för äldre enligt "LÄR UT" metoden.

Inriktning 2017

- Att alla boende på SÄBO och korttidsenheten erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet ”LÄR UT” vid inflyttning samt därefter minst en gång per år/då behov uppstår (kvarstår från 2016, intensifieras)
- Att alla patienter inskrivna i hemsjukvården erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet ”LÄR UT” vid inskrivning hemsjukvård samt därefter minst en gång per år/då behov uppstår (kvarstår från 2016, intensifieras)
- Att sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård genomgår ”LÄR UT” utbildning om äldre och läkemedel

4.8 Dokumentation - patientjournal

Patientdatalagen SFS 2008:355 reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. En patientjournal är främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för vården. Den utgör ett arbetsverktyg eller underlag för bedömning av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte har träffat patienten tidigare. Patientjournalen är en informationskälla för patienten om erhållen vård. Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljning- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit.

Inriktning 2017

- Att fortsätta arbetet med samstämmighet i dokumentation internt med kodning av International Klassificering Funktion (ICF) och Klassificering av Vård Åtgärder (KVÅ)
- Att genomföra granskning av legitimerad personals dokumentation av patientjournal inom kommunens hälso- och sjukvård (kvarstår från 2016, intensifieras)
- Att öka antalet skrivna omvårdnadsplaner som tar sin utgångspunkt i det förebyggande arbetet efter riskbedömningar i Senior Alert och efter BPSD bedömningar (kvarstår från 2016, intensifieras)

4.9 Nationell Patient Översikt (NPÖ)

Herrljunga kommun är ansluten till Nationell Patient Översikt (NPÖ). Syftet med NPÖ är att få en samlad information av patientens vårdhistorik och vårdbehov för att kunna ge god och säker vård. Endast den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal får ta del av patientinformationen i den sammanhållna journalföringen som har betydelse för vården av patienten i syfte att kunna förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Med sammanhållen journalföring menas ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare. Under 2016 har Primärvården anslutit sig till NPÖ.

Inriktning 2017

- Att öka användandet av NPÖ (kvarstår från 2016, intensifieras)

4.10 Munhälsa

Områdesansvarig sjuksköterska eller biståndshandläggare utfärdar intyg om Särskilt tandvårdsstöd. De patienter som har intyg om särskilt tandvårdsstöd erbjuds årlig munhälsobedömning utförd av Folktandvården i Herrljunga. Folktandvården Herrljunga utbildar omvårdnadspersonal i munhälsa. En överenskommelse är skriven mellan kommunen och folktandvården Herrljunga hur arbetet ska fortlöpa.

Inriktning 2017

- Att omvårdnadspersonal inom kommunens samtliga enheter deltar i Folktandvården Herrljungas munhälsoutbildning (kvarstår från 2016, intensifieras)

4.11 Medicinsk teknik

Medicintekniska produkter, MPT, används inom äldreomsorgen, LSS och socialpsykiatri/missbruk. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut individuellt av paramedicinare eller sjuksköterska och ska dokumenteras i omvårdnadsjournal. Det ska

finnas bruksanvisningar på svenska i hemmet och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. Det skall finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske efter fastställda rutiner.

4.12 Rehabilitering

Alla som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård eller är på LSS daglig verksamhet har möjlighet att vid behov få bedömning/träning av arbetsterapeut, fysioterapeut och/eller Rehabassistent. Hjälpmedel utprovas individuellt av behörig personal och följs upp enligt rutiner och riktlinjer. Kommunen ansvarar för rehabinsatser på särskilt boende, korttidsboende, ordinärt boende, LSS daglig verksamhet och LSS-boende.

Fysioterapeut ansvarar för bedömning och träning av funktionsförmåga, utbildning/handledning samt förskrivning av hjälpmedel. Åtgärderna syftar till att bibehålla, förbättra eller återfå fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träningen delegeras till omvårdnadspersonal. Även TENS behandling, värme/kylbehandling och behandling med tippbräda kan delegeras till omvårdnadspersonal. Alla delegerade uppgifter till omvårdnadspersonal följs upp kontinuerligt.

Arbetsterapeut ansvarar för bedömning och träning av aktivitetsförmåga, utbildning/handledning samt förskrivning av hjälpmedel. Det kan handla om att kunna klä sig, förflytta sig och sköta vardagslivets rutiner i hemmet. Åtgärderna syftar till att bibehålla, förbättra eller återfå aktivitetsförmåga. Arbetsterapeuterna bedömer behov av bostadsanpassning, föreslår åtgärder och skriver intyg på behovet samt bedömer och skriver intyg på funktions- och aktivitetsförmåga inför ansökan om assistans.

Rehabassistent ansvarar för träning av funktion- och aktivitetsförmåga, efter delegering av arbetsterapeut/fysioterapeut. Besiktar kommunalägda hjälpmedel. Utbildar i hjälpmedelsfunktion, felsökning och åtgärder vid fel på hjälpmedel.

Inriktning 2017

- Att genomföra förflyttningsutbildning för nyanställda
- Att instruera personal i manuella förflyttningar, personlyft och lyftsele
- Att implementera/utveckla Hjälpmedelsuppföljning (HUPP) i VIVA (ny 2017)
- Att utveckla hjälpmedelsplan i VIVA (ny 2017)

4.13 Hygien

Socialstyrelsens författning SOSFS 2015:10 Basal hygien i vård och omsorg trädde i kraft 2016-01-01. De hygienregler som redan gäller inom sjukvården ska även gälla vid arbete inom hemtjänsten, SÄBO och LSSboenden. Syftet med hygienregler är att förhindra smittöverföring. Kontaktsmitta via händer är den vanligaste smittvägen inom all vård.

Under senare del av 2016 påbörjades arbetet med införandet av arbetskläder för all personal för följsamhet till SOSFS 2015:10 Basal hygien i vård och omsorg.

Under året har observationer gjorts av hygienombud där personal i patientnära arbete har observerats i sitt arbete avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Observationerna ingår i den återkommande nationella mätning av Basala hygienregler och klädregler som SKL genomför. Herrljunga deltog i vårens mätning. Under hösten har självskattning basala hygienrutiner och klädregler genomförts på boenden och i hemtjänst.

Omvårdnadspersonal har utbildats till hygienombud och utbildning av sjuksköterskor med extra hygienansvar har genomförts under året. Även enhetschefer och verksamhetschefer har utbildats med hjälp av Vårdhygien, Södra Älvsborgs Sjukhus Borås.

För andra året i rad deltog Herrljunga kommun i Folkhälsomyndighetens mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende.

Inriktning 2017

- Att delta i SKL:s nationella mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler

- Att genomföra egen mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler
- Att delta i Folkhälsomyndighetens mätning HALT av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende

4.14 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegering av arbetsuppgift kan exempelvis vara: läkemedelshantering, viss såromläggning, insulingivning, uppgifter enligt skriftliga träningsprogram osv. I Herrljunga kommun delegeras hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal kontinuerligt.

Inriktning 2017

- Att revidera/utveckla delegerings/utbildningsmaterial inom delegerande områden (ny 2017)
- Att uppdatera delegeringsrutinen och delegeringsprocessen (ny 2017)
- Att införa/komplettera interna utbildning med webbutbildningar inom läkemedel (ny 2017)

4.15 Skydds- och begränsningsåtgärder

Varje medborgare är skyddad mot frihetsberövande och andra frihetsinskränkningar utan lagstöd. Med frihetsberövande avses i huvudsak att mot någons vilja beröva hans/hennes rörelsefrihet. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763, 2 §) skall ”vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten” samt ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”.

Beslut om skyddsåtgärd/frihetsinskränkande åtgärd skall dokumenteras i omvårdnads-/rehab-/omsorgsplan så att all involverad personal får tillgång till informationen. Dessa planer skall detaljerat beskriva användning, hur oönskade konsekvenser av skyddsåtgärden skall minimeras och när uppföljning skall ske. Av omvårdnadsplan skall det tydligt framgå vilka åtgärder som är vidtagna och att samtycke har inhämtats. Det är av stor vikt att det finns personal med rätt kompetens i tillräcklig omfattning för att minimera användande av tvångsmedel.

5. Lokal uppföljning genom egenkontroll

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Genom att tidigt identifiera riskområden i vård och omsorg kan man förebygga fel och brister. För att följa verksamheter över tid är det viktigt att regelbundet samla in data och regelbunden, systematisk uppföljning av verksamhetens planering, genomförande, resultat och förbättringsåtgärder.

Under 2016 har loggningsrutin arbetats fram. Loggningskontroll sker regelbundet och systematiskt i syfte att förebygga, konstatera och beivra otillåten eller obefogad åtkomst till uppgifter ur det administrativa verksamhetssystemet VIVA. Genom rutinen säkerställs regelbunden kontroll. Inga avvikelser/överträdelser i genomförda loggningar har förekommit under året i verksamhetssystemet VIVA.

Genom de nationella mätningarna PPM i Basala hygienrutiner- och klädregler, vårdrelaterade infektioner genom nationella HALT- mätningen erhåller kommunen verktyg att följa upp kvaliteten i vården.

Genom egna mätningar i basala hygienrutiner- och klädregler och genom registrerade avvikelser läkemedel, fall och hälso- och sjukvård samt inkomna synpunkter och klagomål i verksamhetssystemet VIVA följs systematiskt verksamhetens kvalitet upp och förbättringsområden identifieras.

Senior alert är ett kvalitetsregister där varje person registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Det förebyggande arbetssätt som Senior alert bygger på består av tre grundtankar som består av systematik, struktur och synliggör resultat. Användning av Senior alerts register innebär våldsprevention för alla riskområden där risker identifieras, åtgärdas och följs upp.

5.1 Internkontroll

Internkontroll har skett på ett antal olika områden och i olika omfattning enligt den internkontrollplan som beslutats av socialnämnden. Under 2015 genomfördes internkontroll inom 1. Följsamheten till Basala hygienrutiner och klädregler samt 2. Läkemedelshantering – kontroll att riktlinje och rutiner läkemedel efterföljs. Nedan redovisas uppföljning av interkontroll gjord 2016.

Resultat - Följsamheten till Basala hygienrutiner och klädregler

Stort ansvar ligger på enhetschefer samt hygienombud på enheterna. Mycket viktigt är att enhetschefer samt hygienombud har en gemensam samsyn på hygienrutiner och klädregler enligt lagar, författningar och rutiner.

Målbild är att förbättra följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, i första hand inom de områden där vi befinner oss under riksgenomsnitt. För resultat 2016 se avsnitt: 12.2.7 Hygien sidan 20.

Läkemedelshantering – kontroll att riktlinje och rutiner läkemedel efterföljs

Kontroll avser sjuksköterskors kännedom om samt följsamheten till Riktlinje Läkemedelshantering inom kommunal Hälso- och sjukvård, Socialförvaltningen, Rutin Akutläkemedelsförråd (KAF) samt Rutin läkemedelshantering kompletterande rutin. Granskning har gjorts genom tillsyn av kommunens tre KAF samt kontroll av hur patientens narkotikaklassade läkemedel (kontrollläkemedel) förvaras i egna hem/rum och/eller i avsett läkemedelsskåp på läkemedelsrum/förråd/expedition.

Riktlinje och rutinerna, som finns i Handboken är uppdaterade och kända bland tillfrågande sjuksköterskor och används vid behov.

Kommunens tre KAF har en sjuksköterska med särskilt läkemedelsansvar. Förbrukningsjournal och kontrollräkning av KAF:s kontrollläkemedel är god. Läkemedel beställs hem i tid och i undantagsfall tas läkemedel ur annat KAF.

Noggrann och tätare kontroll av kontrollläkemedel via förbrukningsjournal för att så tidigt som möjligt upptäcka saknad av läkemedel, skriva avvikelse samt rapportera till EC.

Kontrollläkemedel delas i dosett och dosetten förvaras i patientens egna hem/rum. Vid- behovsläkemedel av kontrollläkemedel får beräknad mängd förvaras i patientens egna hem/rum för maximalt två (2) veckor. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör bedömning av lämplig tidsperiod (maximalt två (2) veckor) och mängd läkemedel med utgångspunkt från patientens behov samt säker hantering av läkemedel. Originalförpackning med resterande kontrollläkemedel förvaras i kommunens läkemedelsförråd- och skåp. Förbrukningsjournal ska föras på kontrollläkemedel på kommunens samtliga enheter. Kontrollräkning ske en gång per månad samt vid uttag av behovsläkemedel.

Överenskommelse med Apoteket Stjärnan har nåtts för lämpliga förvaringskärl/lådor för kasserade läkemedel och för kontrollläkemedel för att säkerställa handhavandet med läkemedel under transport mellan kommunen och apoteket.

6. Samverkan för att förebygga vårdskador

6.1 Samverkan mellan kommuner, primärvård och slutenvård

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur Socialnämndens verksamhet för hälso- och sjukvården samverkar med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i diverse samverkansdokument och överenskommelser.

Närvårdsamverkan Södra Älvsborg omfattas av kommunal vård, omsorg, skola och socialtjänst i Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Ulricehamn och Vårgårda. Regionens närsjukvård inom primärvård, sjukhusvård och habilitering i Södra Älvsborg. Alingsås lasarett, Alingsås och Lerums kommuner valde att inte förlänga avtalet med Södra Älvsborg utan har tillsammans startat en lokal samverkansorganisation med start 2016-01-01.

Närårdssamverkan i Södra Älvsborg sker på politisk-, förvaltnings- och verksamhetsnivå. Målet med samverkan är att över huvudmannagränserna gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser.

Samverkan ska ske kring patienter och grupper i befolkningen som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region. Närårdssamverkan ska möjliggöra utveckling av gemensamma handlingsplaner som resulterar i samordning av olika insatser som ges och berör personer från både kommun och region oavsett ålder och diagnos.

Målet med samverkan är att skapa smidiga övergångar för patienten i kontakten mellan sjukhus, primärvård och kommuner för de patienter som har stor behov av vård- och omsorg.

Analys och bedömning av Samverkan mellan kommuner, primärvård och slutenvård 2017

Närårdssamverkan Södra Älvsborg mål är att göra det bättre för de patienter som har stort behov av vård- och omsorg. Samordning och deltagande från alla parter i arbetet är av mycket stor vikt för att erhålla kvalitetsförbättringar i vårdsamverkan. Från 2016-01-01 har Närårdssamverkan Södra Älvsborgs nya organisation och arbetsformer trätt i kraft. En ny samverkansorganisation har startat mellan Alingsås lasarett, Alingsås och Lerums kommuner. För Herrljunga kommuns del innebär det att delta i och samverka i Närårdssamverkan Södra Älvsborg och att samverka med Alingsås lasarett, Alingsås och Lerums kommuners samverkansorganisation.

Vad konsekvensen av två samverkansorganisationer, Närårdssamverkan Södra Älvsborg och samverkansorganisation mellan Alingsås lasarett, Alingsås och Lerums kommuner innebär för Herrljunga kommuns del är svårt att sätta om. Behov finns från Herrljunga kommuns del att ha mycket god samverkan med alla då kommunens patientströmmar rör sig både mot SÄS och Alingsås lasarett.

6.2 Värdeskapande samverkan Mittenälvsborg – 9. Gruppen

Värdeskapande samverkan i Mittenälvsborg med syfte att säkra hemgång av våra mest sköra äldre från lasarett till kommun startade hösten 2013. Av problem formulerades handlingsplaner som ständigt varit under utveckling. Deltagare i arbetsgruppen från start: Närårdssamverkan Södra Älvsborg, Alingsås lasarett, Närhälsan Västra Götalandsregionen region, privata vårdcentraler och Mittenälvsborg kommuner (Alingsås, Herrljunga, Lerum och Vårgårda). Handlingsplanerna har fortsatt att vara aktiva fram till årsskiftet 2016-12-31. Samverkansgruppen - 9.gruppen har haft kontinuerliga samverkansmöten med uppföljning under 2016. Gruppen kommer under 2017 att ingå i samverkansorganisation mellan Alingsås lasarett, Alingsås och Lerums kommuner (se avsnitt 6.1).

6.3 Palliativa teamet Alingsås lasarett

Vård och omsorg i livets slutskede benämns palliativ vård. Det är en aktiv helhetsvård i ett skede när det saknas möjligheter att bota patienten. Målet är att ge bästa lindrande vård och behandling och förebygga plågsamma symtom så långt som det är möjligt. Palliativ vård ges utifrån den sjukes behov och önskemål oberoende av vem som är vårdgivare. Den palliativa vården indelas i olika faser. En tidig fas som är lång, en sen fas som är kort och kan omfatta dagar, veckor eller någon månad.

Palliativa teamet Alingsås lasarett utgår från Alingsås lasarett. Team arbetar i fyra kommuner: Alingsås, Lerum, Vårgårda och Herrljunga. Arbetet sker över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett.

6.4 Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett och Närsjukvårdsteam Borås

Närsjukvårdsteam vänder sig till patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov där vården kräver en samverkan över organisationsgränserna.

Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett utgår från Medicinkliniken Alingsås lasarett vars team arbetar i 4 kommuner: Alingsås, Lerum, Vårgårda och Herrljunga. Teamet arbetar över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett. Under hösten 2015 har

arbete med Närsjukvårdsteam i Mittenälvborg slutförts och har under 2016 bedrivit verksamhet i full skala.

Närsjukvårdsteamet SÄS samverkar över gränserna mellan kommun, primärvård och sjukhus och utgår från Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås. Herrljunga kommun har under 2016 inte ingått i teamets upptagningsområde. Finns behov av teamets tjänster och plats finns kan alltid diskussion föras – utgångspunkt är patientens behov.

6.5 Samordnad vårdplanering - SVPL

Vid samordnad vård – och omsorgsplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan, vanligtvis i samband med in/utskrivning sjukhus. I Västra Götalandsregionen finns det organisation för samverkan kring dessa frågor på delregional nivå samt regional nivå.

Den delregionala arbetsgruppen (DRAG) i Södra Älvsborg har i uppdrag att ansvara för att samordnad vård- och omsorgsplanering hanteras i enhetligt och i överensstämmelse med regionala krav. Gruppen består av representanter från kommuner, primärvård och slutenvård.

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vård- och omsorgsplanering av utskrivningsklara patienter mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bl.a. krav på information till berörda enheter i samband med in/utskrivning slutenvården. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport i Närvårdssamverkan då rutinerna inte följs. Gemensam rutin Region tillämpning Samordnad vård- och omsorgsplanering, följ länk: [Gemensam rutin samordnad vård- och omsorgsplanering i Västra Götaland samt IT tjänsten SAMSA.](#)

Under 2016 har vård- och omsorgsplanering via videolänk mellan Herrljunga kommun, SÄS, Alingsås lasarett utvecklats och är numera en vanlig och fungerande vårdplaneringsform. Även 2-parts vårdplanering mellan primärvård och kommun gällande in och utskrivning inom hemsjukvård via IT-stödet startade trevande men fungerar numera tillfredställande.

Under hösten har berörd personal utbildats i det nya IT stödet SAMSA för SVPL. Den 6 december infördes IT stödet SAMSA skarpt inom hela Västra Götalandsregionen med gott resultat.

6.6 Läkarmedverkan

Regionen ansvarar för läkarinsatserna i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Samverkansavtal mellan Herrljunga kommun och primärvården Västra Götalands Regionen finns. Avtal finns mellan Herrljunga kommun och Närhälsan Herrljunga. Uppföljning av följsamheten till avtalet sker årligen när avtal påföljande år skrivs.

Analys och bedömning av läkarmedverkan 2016

Samverkansavtalet mellan Herrljunga kommun och Närhälsan Herrljunga har fungerat bra under 2016 och bäge parter är nöjda över följsamheten till avtalet. Avtal för 2017 har skrivits.

6.7 Intern samverkan för en god och säker vård

För resultat i det förebyggande arbetet krävs ökad samverkan mellan olika professioner och verksamheter inom kommunens vård och omsorg. Den vård och omsorg som planeras och som ska ges kräver planering tillsammans med patienten.

Teammöten har genomförts i olika utsträckning i de olika verksamheterna under året. Behov finns att ha en plan för varje SÄBO för kontinuerliga teammöten med möjlighet med delaktighet för patient.

MiniTeam möten innebär att sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kontaktperson tillsammans träffar patienten i sin hemmamiljö. Teamet går tillsammans igenom riskbedömningar enligt Senior Alert och på sittande möte kommer fram till lämpliga åtgärder att förebygga ohälsa och vårdskador för patienten

6.8 Samverkan med externa HVB samt LSS- hem

I kontrakt ingår hälso- och sjukvården som en punkt med tydlighet vad gäller hälso- och sjukvårdsansvar.

6.9 Samverkan med patienter och närstående

Genom följsamhet till SFS 2010:659 3 kap. 4 § sker samverkan mellan patient och dess närstående vid upprättande av omvårdnadsplan/rehabplan och genomförandeplan. Patienten och i förekommande fall närstående tillfrågas om deltagande. Vid problem sammankallas berörda för diskussion och lösning av problem. Vid deltagande i nationella studier tillfrågas patienten eller i förekommande fall närstående om samtycke.

Vid utredning av vårdskada ansvarar patientansvarig sjuksköterska/MAS för att informera patienten om detta. I samband med inskrivning i Hälso- och sjukvårdsorganisationen informeras alltid vart man vänder sig för att framföra klagomål och synpunkter.

6.10 Samverkan med medborgare i övrigt

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att:

- ha lätt tillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer etc.

7. Riskanalys

Att analysera risker är ett proaktivt arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. Riskanalys är en obligatorisk del av det systematiska förbättringsarbetet som ska bedrivas enligt SOSFS 2011:9. Analyser ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter och beslut. Riskanalyserna innebär att sannolikheten för att en händelse ska inträffa uppskattas samt att en bedömning görs av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden.

7.1 Analys och bedömning av risker under 2016

Personalsituationen

Bedömning av risker under 2016 handlar om risker i personalsituationen dvs. svårighet att få tag i personal, att få tag i personal med rätt kompetens såväl för legitimerad personal som omvårdnadspersonal.

Bedömning av risker under 2016 för sjuksköterskor:

- Brist på grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med distrikt, demens eller äldre specialistutbildning kan innebära att optimal vård uteblir
- Extra tjänstgöring för ordinarie sjuksköterskor för att täcka underbemanning kan leda till försämrad arbetsmiljö
- Vid brist på sjuksköterskor, dvs. då ersättare saknas av någon anledning finns risk för att optimal vård uteblir till behövande patienter
- Svårigheter för sjuksköterskor att optimalt kunna utföra och följa upp delegeringar till omvårdnadspersonal

Bedömning av risker under 2016 för omvårdnadspersonal:

- Brist på tillgång av omvårdnadspersonal som har gymnasiekompetens inom vård- och omsorg
- Vikarierande omvårdnadspersonal saknar ofta utbildning inom vård- och omsorg
- Vikarierande omvårdnadspersonal saknar ofta utbildning inom vård- och omsorg samt saknad av yrkesspråket vilket kan leda till svårighet att analysera och bedöma sitt eget arbete, att kunna medverka till insatser av god kvalitet samt svårigheter att bedöma situationer/händelser där annan kompetens än den egna behövs
- Vikarierande omvårdnadspersonal kan sakna kunskap och förmåga att kommunicera med närstående, att kommunicera med olika personer ut olika yrkesgrupper, hur sättet att

kommunicera anpassas till olika situationer och till olika individers förutsättningar och behov samt förmåga att förstå, läsa och skriva svenska

- Svårighet för Rehabiliteringen att ordinera/delegera insatser då personal saknar utbildning. Konsekvens innebär att Rehabpersonal får utföra insatserna själva eller att insatsen uteblir.

Bedömning av personaladministrativa risker under 2016:

- Mindre bra samordning och kontinuitet av vikarierande omvårdnadspersonal på enheterna
- Mindre bra samordning och kontinuitet av vikarierande omvårdnadspersonal med delegeringar på enheterna

Utbildad personal är centralt för optimal patientsäkerhet. Samordning och kontinuitet för vikarierande personal ökar säkerheten i arbetet. Sannolikheten är stor att personalsituationen kan försämra patientsäkerheten med händelser som kan medföra risk för vårdskada eller vårdskada för patienten under ovan påtalade risker.

Bedömning av risker med utebliven träning för patienter under 2016

Signeringslista hos patient för att signera utförd beställd insats från REHAB är bristfälligt/oklart ifyllda eller saknas. Osäkerhet uppstår då om beställd insats är utförd eller inte. Det innebär svårighet att utvärdera insatsens effekt av Rehabs personal. Det kan leda till stor risk för försämrad/utebliven funktion för patient. Brister i signering på signeringslista kan bero på flera olika saker som tidsbrist för personal och/eller att personal har glömt signera utförd träning.

8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal som arbetar inom socialtjänst, verksamhet enligt LSS och Hälso- och sjukvård har en skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens systematiskt utvecklas och säkras. Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna in förslag på förbättringar. I hantering av avvikelser ingår skyldigheten att rapportera händelser som medför vårdskador eller risk för vårdskador inom hälso- och sjukvården.

Vid avvikelse där en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada (lex Maria) utreder och rapporterar MAS avvikelsen till IVO.

9. Synpunkter och klagomål

Förvaltningen har en rutin för att hantera synpunkter och klagomål från både personal, patienter och närstående. Kvartalsvis träffas enhetschefer, MAS och SAS i ett kvalitetsmöte för att analysera bland annat synpunkter och klagomål, i syfte att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet till exempel genom att förändra processer och rutiner. Bedömning görs om det finns grund för att genomföra riskanalys.

När patienter/brukare kommer i kontakt med verksamheten för första gången i samband med inskrivning informeras om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål.

10. Sammanställning och analys

Kvartalsvis träffas enhetschefer, MAS och SAS i ett kvalitetsmöte för att analysera synpunkter, klagomål och avvikelser i syfte att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet t.ex. genom att förändra processer och rutiner. Gruppen bedömer om det finns grund för att genomföra riskanalys.

Enhetschefer ansvarar för uppföljning och utvärdering av avvikelser på arbetsplatsträff. MAS

sammanställer avvikelser inom hälso- och sjukvård halvårsvis och i årlig patientsäkerhetsrapport vilken redovisas för socialnämnden av verksamhetschef och MAS. På ledningsnivå diskuteras och åtgärdas trender och mönster som indikerar brister i kvalitén.

Inriktning 2017

- Att på ledningsnivå fortsätta att diskutera och åtgärda trender och mönster som indikerar brister i kvalitén
- Att möjlighet finns för enhetschefer att ta med omvårdnadspersonal till kvalitetsmöte med MAS och SAS under 2017

11. Samverkan med patienter och närstående

Genom följsamhet till SFS 2010:659 3 kap. 4 § sker samverkan mellan patient och dess närstående vid upprättande av omvårdnadsplan och/eller genomförandeplan. Patient och i förekommande fall anhöriga/närstående tillfrågas om deltagande.

Patient och närstående kan också vara delaktiga vid begäran. Vid deltagande i nationella studier tillfrågas vårdtagaren eller i förekommande fall närstående om samtycke. Patient/närstående ska bli informerade vid utredning av vårdskador.

12. Resultat

12.1 Strukturmått

Andra året med det nya verksamhetssystemet VIVA är avklarat. Att arbeta i ett nytt verksamhetssystem blev mycket mer krävande än tänkt och under 2016 har kunskapen och färdigheten om alla funktioner i verksamhetssystemet börjat kännas mer bekväma. Nya rutiner och tankesätt har krävts under resans gång vilket har krävt mycket av användarna i alla verksamheter. Rutiner har reviderats, nya arbetssätt har införts, allt efter det att behov uppstått. Justeringar och ändringar har utförts på inställningarna i verksamhetssystemet vilket fortfarande pågår men dock i mindre omfattning. Arbetet med att använda verksamhetssystemet går framåt.

Överenskommelser har nåtts med Folk tandvården Herrljunga och Apoteket Stjärnan Herrljunga för att förenkla och underlätta samarbetet.

Nya riktlinjer och rutiner har tillkommit under året samt att riktlinjer och rutiner har uppdaterats/reviderats under året.

Rehabenheten har utbildat all personal inom verksamheten äldreomsorg och LSS i förflyttningsteknik. Fysioterapeuter har deltagit i utbildningar om rörelseförmåga för personer med demenssjukdom. Under året har Rehabenheten höjt kompetensen genom att använda surfplatta i verksamhet som att ta bilder, visa instruktionsfilmer m.m. samt för kommunikation och kognitiv träning

All personal som har del i samordnad vårdplanering (SVPL) har utbildats i nya IT-stödet SAMSA.

Andra utbildningar som har genomförts ute i verksamheterna eller en del av verksamheterna är bl.a. LÄR UT läkemedel, BPSD, Stroke, Etik och bemötande, trycksår, hygien, inkontinens, positionering, stomivård samt web utbildningen Demens ABC.

Under hösten påbörjades leasing av arbetskläder från Alingsås tvätteri.

12.2 Resultat och processmått

12.2.1 Förebyggande arbete - Senior alert

Vårdprevention genom riskbedömningar Senior alert:

Riskbedömningar Senior alert	2014	2015	2016
Antal gjorda riskbedömningar	134	164	209
Antal gjorda riskbedömningar med risk	131	151	193

Källa: Senior Alert 2014, 2015 och 2016

Vårdprevention genom åtgärdsplaner inom riskområden Senior alert:

Andel åtgärdsplaner inom riskområden Senior alert	2014	2015	2016
Andel med åtgärdsplan för fall av de som bedömts ha risk för fall	72 %	59 %	70 %
Andel med åtgärdsplan för trycksår av de som bedömts ha risk för trycksår	70 %	67 %	72 %
Andel med åtgärdsplan av de som bedömts ha risk för undernäring	70 %	69 %	68 %
Andel med åtgärdsplan för ohälsa i munnen av de som bedömts ha risk för ohälsa i munnen	28 %	37 %	54 %

Källa: Senior Alert 2014, 2015 och 2016

12.2.2 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

Under 2015 registrerades sju stycken BPSD bedömningar. Under 2016 har 81 bedömningar gjorts vilket är en markant ökning. Nu är samtliga äldreboenden involverade i att registrera och använda arbetssättet som finns i BPSD- registret.

12.2.3 Undvikbar slutenvård per diagnosgrupp

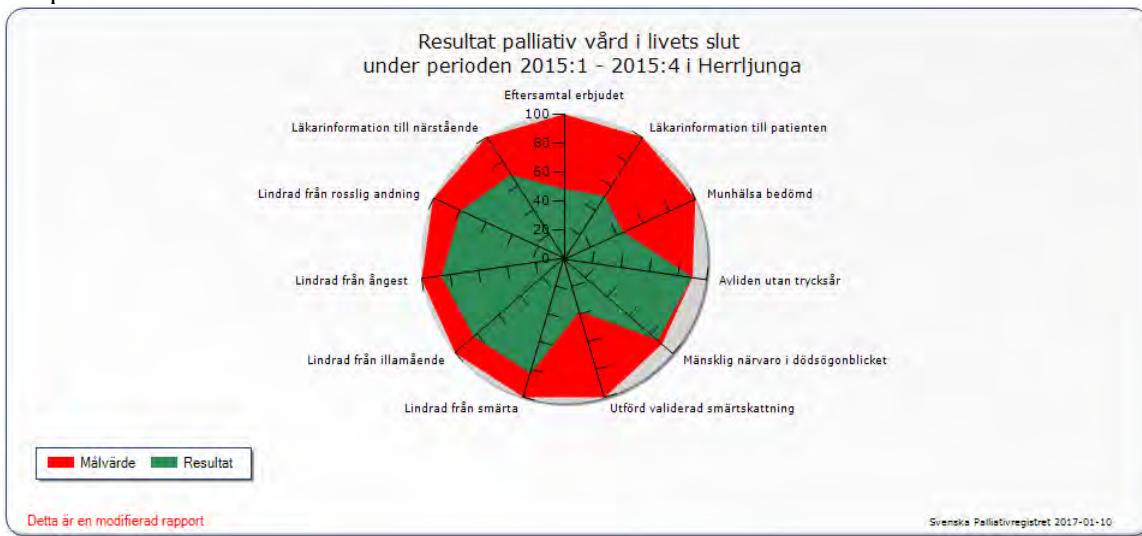
Begreppet undvikbar slutenvård avser slutenvårdstillfällen inom ett antal specifika diagnoser, vilka anses möjliga att förebygga om åtgärder vidtas i ett tidigt skede. Diagnosgrupperna ska i första hand kunna skötas av primärvården utan behov av slutenvården. Resultatet för 2016 visar glädjande på en förbättring vad gäller undvikbar slutenvård då urvalet för 2016 inom alla diagnoser är färre än 10 poster.

12.2.4 Munhälsa

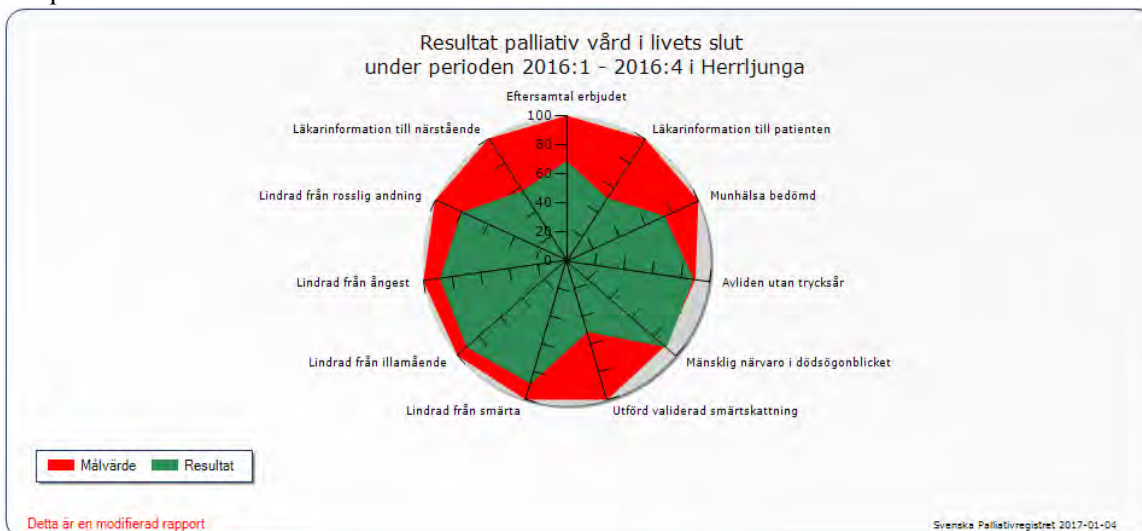
Under 2015 har 8 (åtta) personal deltagit i munhälsoutbildningar genomförda av Folktandvården Herrljunga. Under 2016 deltog 66 personal.

12.2.5 Palliativa registret

Kommunens samtliga enheter i vård och omsorg registrerar i palliativa registret för god vård vid livets slut. Mätperiod 2015:1 – 2015:4:



Mätperiod 2016:1 – 2016:4:



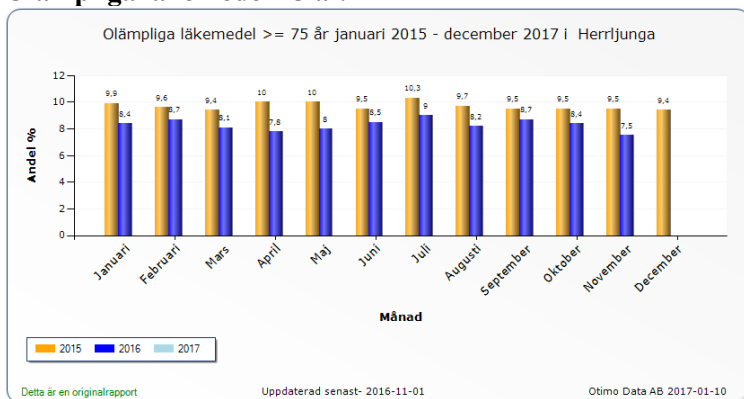
Mätperiod 2016:1 – 2016:4. Finns inget rött i spindeldiagrammet har samtliga 11 kvalitetsindikatorers målvärden nåtts. Från föregående mätperiod har förbättringar skett i 8 av 11 kvalitetsindikatorer. Ett mindre bra värde på indikatorn validerad smärtskattning från 2015 har under 2016 avsevärt förbättrats. Likväl krävs fortsatt fokus under 2017 både i validerad smärtskattning och även övriga kvalitetsindikatorer i spindeldiagrammet.

12.2.6 Läkemedel

Receptbelagda läkemedel som förskrivs och också hämtas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Den 15:e varje månad görs det datauttag som ligger till grund för dessa rapporter. För att tillräckligt många expedieringar skall ha hunnit rapporteras in så omfattar t ex datauttaget den 15 mars läkemedelsuttag mellan den 1 november och 1 februari. Därefter tar själva analysen några dagar vilket gör att tidigast den 20:e kan resultatet publiceras. Analysen innebär att varje förskrivning värderas huruvida det handlar om en stående ordination eller en vid behovsordination. Därefter plockas de individer fram som hämtat ut s.k. olämpliga läkemedel för personer som är 75 år eller äldre. Kvoten mellan individer som har under den aktuella perioden hämtat ut ett eller flera olämpliga läkemedel och alla individer i samma åldersgrupp som hämtat ut läkemedel beräknas.

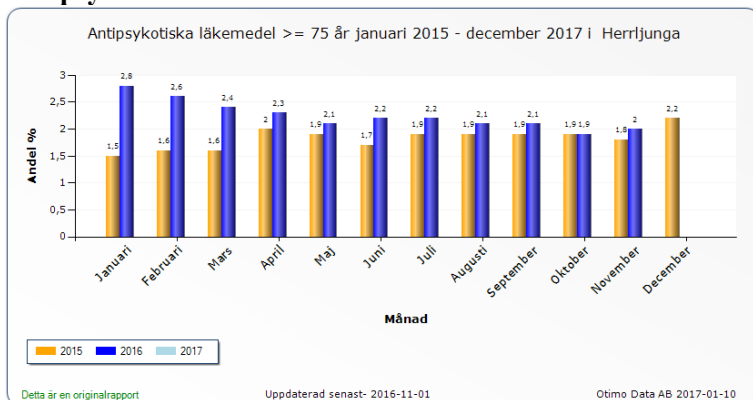
[Länk till Kvalitetsportalen](#)

Olämpliga läkemedel 75 år.



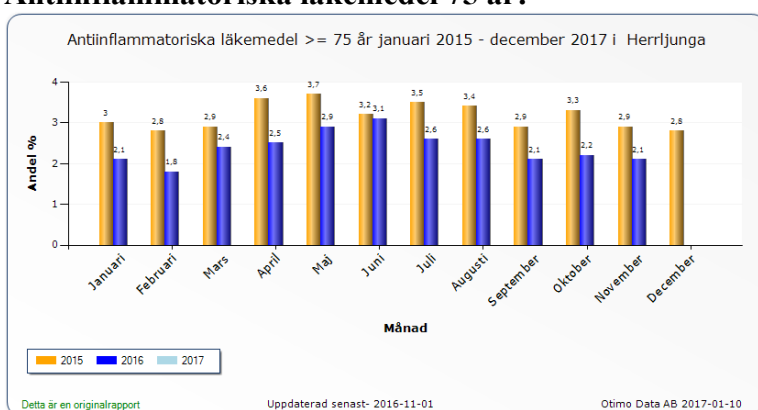
Exempel på de vanligaste läkemedlen (substanser) som generellt bedöms som olämpliga för personer 75 år eller äldre är Tramadol, Propiomazin, Hydroxicin, Amitryptilin, Diazepam, Tolterodin, Solifenacin, Flunitrazepam och Nitrazepam. Aktuell månad jämförs med samma månad föregående år.

Antipsykotiska läkemedel 75 år via dos:



Exempel på de vanligaste läkemedlen (substanser) som tillhör gruppen antipsykotiska är Risperidon, Haloperidol, Olanzapin, Quetiapin, Levomepromacin, Flupentixol, Zuklopentixol, Melperon, Aripiprazol och Klozapin

Antiinflammatoriska läkemedel 75 år:



Resultat från de tre läkemedelsdiagrammen visar på ökad förskrivning av antipsykotiska läkemedel i Herrljunga kommun under 2016. I siffrorna ingår även personer som inte är inskrivna i Herrljunga hemsjukvård.

I kommunens avtal med Närhälsan i Herrljunga är läkemedel ett prioriterat område med läkemedelsgenomgång. Målet är bättre läkemedelshandtering för äldre enligt "LÄR UT" metoden. Arbetssättet introducerades 2015 och har utvecklats under 2016 inom SÄBO och korttidsavdelning och Hemsjukvård.

12.2.7 Hygien

Mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts inom kommunens äldreomsorg med två mätningar under 2016. Herrljunga kommun deltog för tredje året i rad i den nationella punktprevalensmätningen (PPM) som genomförs årligen varje vår av SKL sedan år 2010. Höstens mätning 2016 har genomförts med ett stort antal mätningar, totalt 131 mätningar. Det innebär tre gånger mer mätningar än brukligt vilket säkerställer resultatet.

Nedan visas Herrljunga kommuns resultat för åren 2014 till 2016 samt resultat nationellt (Riket) för våren 2016. Röda siffror visar där Herrljunga kommun har lägre procenttal än genomsnitt i Riket från mätning våren 2016. Observera inga röda siffror för höstens mätning jämfört med Rikets våresultat!

Område steg 1-8	2014 Herrljunga % korrekt	2015 Herrljunga % korrekt	2016 vår Herrljunga % korrekt	2016 höst Herrljunga % korrekt	2016 vår Riket % korrekt
1 Andel desinfektion före patientnära arbete	21 %	65 %	75 %	69 %	68 %
2 Andel desinfektion efter patientnära arbete	95 %	88,4%	100 %	98 %	94 %
3 Andel med korrekt användning av handskar	98 %	100 %	100 %	99 %	96 %
4 Andel använt plastförkläde patientnära arbete	74 %	81 %	100 %	90 %	85 %
Andel med korrekta basala hygienrutiner steg 1-4	19 %	53 %	75 %	68 %	60 %
5 Andel korrekt arbetsdräkt	98 %	95 %	100 %	94 %	93 %
6 Andel med kort eller uppsatt hår	100 %	98 %	100 %	100 %	98 %
7 Andel fria från ringar, klockor armband, bandage och stödskenor	93 %	65 %	82 %	96 %	93 %
8 Andel naglar – korta, fria från nagellack och konstgjort material	-	-	81 %	97 %	94 %
Andel med korrekta klädregler steg 5-8	92,9%	60,5%	75 %	90 %	82 %
Andel med korrekta basala hygienrutiner och klädregler steg 1-8	19 %	60,5%	50 %	67 %	52 %

Länk till: [SKL och resultat från mätning Basala hygienrutiner och klädregler våren 2016 för kommuner](#)

12.2.8 Svenska HALT

Svenska HALT är återkommande mätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige med syfte att stödja det förebyggande arbetet inom området. Den första nationella mätningen genomfördes 2014 och Herrljunga har deltagit i mätningar sedan 2015.

Resultatet av Svenska HALT 2015 och 2016 visar för Herrljungas del att inga bekräftade vårdrelaterade infektioner fanns som har förvärvats på Särskilt boende/LSS boende. Inga terapeutiska eller profylaktiska antibiotikabehandlingar förekom på Särskilt boende vid mättillfället.

För alla patienter som ingår i HALT-mätningen samlas även information in om riskfaktorer. Nedan redovisas mätning av riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner under 2015 och 2016 samt jämförelsetal med riket:

Riskfaktor	2015 Herrljunga n=73	2015 Riket n=13406	2016 Herrljunga n=89	2016 Riket n=18613
Urinkateter	1,4 %	9,2 %	5,6 %	9,4 %

Kärlkatater	0 %	0,3%	0 %	0,3 %
Trycksår	4,1 %	4,3 %	3,4 %	4,4 %
Andra sår	4,1 %	10,1 %	2,2 %	9 %
Kirurgiskt ingrepp de senaste 30 dagarna	2,7 %	2,2 %	4,5 %	2,2 %

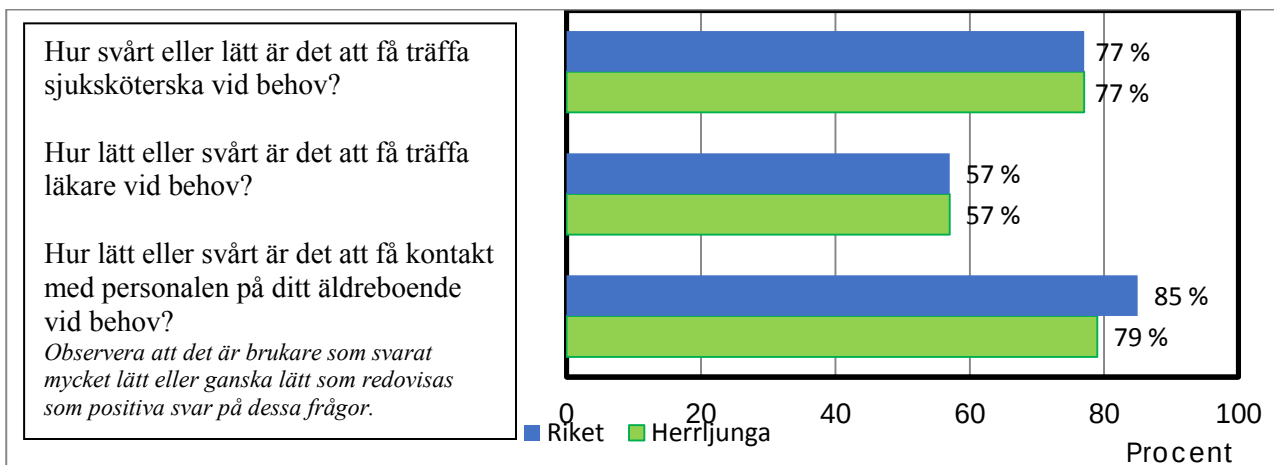
För alla patienter som ingår i HALT-mätningen samlas även information in avseende vårdtyngdsindikatorer. Nedan redovisas fördelning av vårdtyngdsindikatorer i kommunen under 2015 och 2016 samt jämförelsetal med riket:

Vårdtyngdsindikator	2015 Herrljunga n=73	2015 Riket n=13406	2016 Herrljunga n=89	2016 Riket n=18613
Desorienterad (i tid och rum)	71,2 %	60,9 %	58,4 %	63,5 %
Inkontinentet	71,2 %	60,6 %	76,4 %	60,5 %
Sängliggande/rullstolsbunden	49,3 %	39,6 %	48,3 %	39 %

12.2.9 Öppna jämförelser

Syftet med öppna jämförelser är att stimulera landsting och kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvalitén och effektivisera verksamheten. Där finns möjlighet att jämföra information om kvalitet, resultat och kostnader inom vissa verksamhetsområden. Herrljunga kommun lämnar regelbundet uppgifter till registret.

Länk till: [Öppna Jämförelser, Äldre om Särskilt boende 2016](#)



Källa: Öppna Jämförelser, Äldre om SÄBO 2016

12.2.10 Rehabilitering

Rehabenheten utprovar hjälpmedel individuellt, ansvarar för rehab insatser på särskilt boende, korttidsboende, ordinärt boende, LSS daglig verksamhet och LSS-boende. Rehabenheten deltar i vårdplaneringar, teammöten och utbildar omvårdnadspersonal och nyanställda/vikarier i förflyttningsteknik.

12.2.11 Nationell patientöversikt (NPÖ)

Herrljunga kommun är ansluten till Nationell Patient Översikt (NPÖ) vilket gör det möjligt för legitimerad personal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare.

Användare: Användare som varit inne i NPÖ under 1 månad, dvs. om jag gör flera slagningar i NPÖ så räknas jag 1 gång/månad.

Patienter: De patienter som användarna ovan sökt information på. Kan vara fler än användare eftersom användaren kan ha sökt information på flera patienter.

Antal Slagningar: Antalet slagningar som användarna gjort mot patienterna. Denna siffra kan vara högre än patienter eftersom en användare kan ha sökt info på en patient vid flera tillfällen.

Användning av NPÖ under 2015 – 2016:

NPÖ	Antal slagningar	Användare	Patienter
2015	16	-	-
2016	145	51	94

12.2.12 Avvikelser Fall

Avvikelser fall registreras i avvikelssystemet i VIVA enligt rutin. Flera personer faller upprepade gånger och registreras varje gång. Sjuksköterskan analyserar, bedömer vidtar vid behov akuta åtgärder.

Användning av Senior Alerts register innebär att patientsäkerhetsrisker med fall identifieras, åtgärdas och följs upp på teammöten.

Antal registrerade fall 2012 – 2016:

År	2012	2013	2014	2015	2016
Antal registrerade fall	548	499	495	685	528

- Antal registrerade fall har under 2016 minskat med 157 fall (22,9 %) jämfört med 2015
- Under 2016 har 8 (åtta) patienter registrerats för 10 - 30 fall (totalt 139 fall). Under 2015 var motsvarande siffror att 10 patienter registrerats för 10 – 36 fall (totalt 334 fall)
- Antal patienter som registrerats för fall under 2016 var 167 stycken jämfört med 148 stycken under 2015. Det innebär att patient faller mer än en gång. Antal fall delat med antal patienter som faller visar det att patient faller i snitt 3,16 gånger under 2016. Under 2015 var det i snitt 4.63 gånger
- Aktivitet vid fall/fallhändelsen 2016: förflyttning in/utomhus 39 %, toalettbesök 23 %, låg/satt i säng 19 %. Aktivitet under 2015: förflyttning in/utomhus 42 %, toalettbesök 19 %, låg/satt i säng 18 %. Resterande % övrigt.
- Tänkbara orsaker 2016: tappade balansen 57 %, förvirring 12 %, snubblade 12 %, glömt gånghjälpmedel 8 %. Tänkbara orsaker 2015: tappade balansen 62 %, förvirring 13 %, snubblade 10 %, glömt gånghjälpmedel 7 %. Resterande % övrigt.
- Plats 2016: sovrum 46 %, toalett 15 %, kök/matsal 15 % och korridor/hall 11 %. Plats 2015: sovrum 44 %, toalett 12 %, korridor/hall 11 % och kök/matsal 11 %. Resterande % övrigt.

Nedan visas tabell med antal registrerade fall 2015 och 2016, områdesvis med dess enheter.

Område	Enhet	2015	2016
Hagen	Enehagen	61	33
	Björkhagen	22	31
	Ekhagen	23	17
Korttidsboende	Furuhagen	25	46
Hemgården	A1	24	30
	A2	26	27
	C1	32	8
	C2	6	15
	D1	45	4
	D2	26	9
Herrljunga	Hemsjukvård tätort	106	71
	Hemsjukvård landsbygd	116	96
Ljung	Hemsjukvård Ljung	162	125
LSS	Hemsjukvård LSS	9	11
Psykiatri	Hemsjukvård psykiatri	1	4
	Dagträffen	1	1
SUMMA		685	528

I tabell nedan redovisas frakturer och sårskada för år 2015 och 2016.

SKADOR	2015	2016
Fraktur	19 (2,8 %)	10 (1,9 %)
Sårskada	67 (9,8 %)	60 (11,4 %)

- Konsekvens av fallen är vanligtvis ingen skada. Under första halvåret 2016 var konsekvensen av fallolyckan fraktur vilket drabbade 10 patienter jämfört med 2015 då 19 patienter drabbades
- Frakturer fördelning 2016: Bäckén/lår 8 st., axel/överarm 1 st. och fotled 1 st. Frakturer fördelning 2015: bäcken/lår 9 st., hand/handled 4 st., axel/överarm 2 st., armbåge/underarm 2 st., fotled 1 st. och knä/underben 1 st
- Om höftskyddsbyxa används lindrar det konsekvensen av fall. Byxan användes vid 5 fall utav 4 (fyra) patienter under 2016. Ingen av dessa patienter erhöll fraktur

Åtgärder vidtogs av omvårdnadspersonal direkt vid fall/fallhändelsen. Förutom omedelbar omhändertagande kontaktas sjuksköterska i 40 % av fallen (209 stycken).

Tidsperiod	2015	2016
Kontakt med SSK	26 %	40 %

12.2.13 Avvikelse läkemedel

Avvikelse läkemedel registreras i avvikelsemodul i journalsystemet VIVA. Sjuksköterska analyserar, bedömer och registrerar inkomna avvikelser gällande läkemedel och vidtar åtgärder som oftast är samtal med personal samt att enhetschef återkopplar till enhetens personal vid APT. I de fall avvikelser handlar om fel av apoteket i exempelvis Apodos påse skickas avvikelse till apotekstjänst AB. I de fall avvikelse handlar om fel från sjuksköterska exempelvis fel delad dosett följs avvikelserna upp av enhetschef legitimerad personal.

Antal registrerade läkemedelsavvikelse har under 2016 minskat med 118 stycken (21,5 %) jämfört med 2015.

Antal registrerade läkemedelsavvikelse år 2012-2016:

År	2013	2014	2015	2016
Antal registrerade avvikelser läkemedel	365	324	548*	430

* under 2015 registrerades 500 st. läkemedelsavvikelse i verksamhetssystemet samt 48 st. på papper.

Nedan visas tabell med antal registrerade avvikelser läkemedel 2015 och 2016, områdesvis med dess enheter:

	Enhet	2015	2016
Hagen	Enehagen	6	7
	Björkhagen	13	11
	Ekham	7	9
Korttidsboende	Furuhagen	28	29
Hemgården	A1	19	24
	A2	25	17
	C1	9	12
	C2	9	15
	D1	13	8
	D2	21	19
Herrljunga hemsjukvård	tätort	105	64
Herrljunga hemsjukvård	landsbygd	83	58
Ljung hemsjukvård		140	120
LSS		2	12
Psykiatri		19	21

Personlig assistans		0	2
Boendestöd		0	2
SUMMA		500*	430

* under 2015 registrerades 500 st. läkemedelsavvikelser i verksamhetssystemet samt 48 st. på papper. Möjlighet att ta fram statistik per enhet finns enbart med läkemedelsavvikelser registrerade i verksamhetssystemet.

Avglömd dos är den största orsaker till varför patienten inte får sin ordinerade läkemedelsbehandling vid ordinerad/utsatt tid.

Nedan visas avglömd dos som orsak till läkemedelsavvikelse för 2015 och 2016:

	2015	2016
	Avglömd dos	Avglömd dos
Hagen	17	14
Korttidsboende	19	14
Hemgården	59	66
Herrljunga tätort	71	36
Herrljunga landsbygd	40	33
Ljung	82	74
LSS	2	7
Psykiatri	14	11
Personlig assistans	0	1
Boendestöd	0	1
SUMMA = % glömd dos	304/500* = 61 %	257/430 = 60 %

* under 2015 registrerades 500 st. läkemedelsavvikelser i verksamhetssystemet samt 48 st. på papper. Möjlighet att ta fram statistik per enhet finns enbart med läkemedelsavvikelser registrerade i verksamhetssystemet.

Nedan redovisas övriga rapporterade orsaker till läkemedelsavvikelse som: signerad – ej given dos, fel iordningsställd dos av sjuksköterska, icke ordinerad dos given, och fel iordningsställt av dosleverantör:

Tidsperiod	2015	2016
Signerad - ej given dos	19/500* = 4 %	26/430 = 6 %
Fel iordningsställd dos av SSK	24/500* = 5 %	17/430 = 4 %
Icke ordinerad dos given	19/500* = 4 %	12/430 = 3 %
Fel iordningsställt av dosleverantör	7/500* = 1,4 %	3/430 = > 0.01 %

* under 2015 registrerades 500 st. läkemedelsavvikelser i verksamhetssystemet samt 48 st. på papper. Möjlighet att ta fram statistik per enhet finns enbart med läkemedelsavvikelser registrerade i verksamhetssystemet.

Nedan redovisas avvikelser för olika läkemedel som smärtstillande, blodförtunnande läkemedel och insulin:

Typ av läkemedel	2015 1/1-30/6	2016 1/1-30/6
Smärtstillande	105/500* = 21 %	61/430 = 14 %
Blodförtunnande	45/500* = 9 %	30/430 = 7 %
Insulin	31/500* = 6 %	23/430 = 5 %

* under 2015 registrerades 500 st. läkemedelsavvikelser i verksamhetssystemet samt 48 st. på papper. Möjlighet att ta fram statistik per enhet finns enbart med läkemedelsavvikelser registrerade i verksamhetssystemet.

Avvikelser avser smärtstillande läkemedel var 34 av 61 stycken avglömd dos (56 %) 2016.

12.2.14 Avvikelse övriga Hälso- och sjukvårdsavvikelse (ej fall, läkemedel eller vårdssamverkan)

Övriga avvikelser Hälso- och sjukvård avser någon form av avvikelse som avser beställd insats Hälso- och sjukvård, medicintekniska produkter eller intern informationshantering visas för 2015 och 2016:

Tidsperiod	2015	2016
Hälso- och sjukvård	50	167
Medicintekniska produkter	13	7
Informationshantering internt	9	17
Summa:	72	191

Hälso- och sjukvård (ej medicin teknisk produkt eller informationshantering internt)

Under 2015 var 22 st. (44 %) av 50 st. avvikelser registrerade där beställd insats av träning inte registrerats som utförd på signeringslista. Under 2016 var 130 st. (77,8 %) av 167 st. avvikelser registrerade där beställd insats av träning inte registrerats som utförd på signeringslista. Slumpvis utvalda avvikelser (20 st. av 130) visar att varje avvikelse innehöll i snitt 16 st. träningstillfällen per månad som saknade signering på signeringslista som utförd.

Signeringslista hos patient att signera utförd beställd insats är bristfälligt/oklart ifyllda eller saknas. Osäkerhet uppstår om beställd insats är utförd eller inte. Brister i signering på signeringslista kan bero på flera olika saker som tidsbrist för personal och/eller att personal har glömt signera utförd träning eller utfört träning men inte signerat. Det innebär stor risk för försämrade/utebliven funktion för patient.

Medicinsk teknisk produkt

Under 2016 har 7 (sju) avvikelser medicin teknisk produkter registrerats. Grundutrustning fungerar inte som det ska i 3 (tre) fall och i 4 (fyra) fall fungerade inte personligt hjälpmedel som det ska.

Informationshantering internt

Avvikelse rörande informationshantering internt har rapporterats i 17 st. avvikelser. Det handlar om brister i intern kommunikation/information/dokumentation av patient inom kommun i 10 av avvikelserna. Resterande 7 (sju) handlar om brister angående signeringslistor.

12.2.15 Synpunkter och Klagomål

Inga synpunkter och klagomål har inkommit under 2016 av Hälso- och sjukvårdskaraktär.

12.2.16 Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna bör inte vara fler än det finns möjlighet för den legitimerade att regelbundet följa upp. Varje enhet ska enligt § 2d HSL (1972:763) vara bemannad med formellt kompetent personal i erforderlig omfattning. Delegeringsmöjligheter ska användas i undantagsfall.

År	2015	2016
Antal personal som innehar delegering av sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut	368	376
Antal delegeringar	-	420

Tabell: Antal delegerade personal samt antal delegeringar

Av antal utförda delegeringar under 2016, 420 stycken, har sjuksköterska utfört 388 st. och arbetsterapeut eller fysioterapeut utfört 32 stycken. En delegering kan innehålla flera olika delegeringsuppgifter.

13.2.17 Lex Maria

Under 2016 har fyra (4) händelser inträffat vilka lett till anmälan Lex Maria.

12.2.18 Medicinteknisk avvikelse

Under 2016 har två (2) anmälningar gjorts till Läkemedelsverket, tillverkaren samt till IVO som information.

12.2.19 Avvikelser Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg i vilket Herrljunga kommun ingår i en samverkansgrupp tillsammans med övriga kommuner i Södra Älvsborg, primärvård och sjukhusen SÄS. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelse rapport i Närvårdssamverkan då gemensamma rutiner inte följs. Alingsås lasarett arbetar med kvalitetssäkring på liknande sätt som Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Orsak till avvikelse är överhängande brister i informationsöverföring SVPL och aktuella läkemedel.

Vårdgivare	2014	2015	2016
Närhälsan	0	0	2
Alingsås lasarett	13	7	4
Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	6	5	6
Sahlgrenska Universitets Sjukhus	2	0	1

Tabell: Antal avvikelse till annan vårdgivare från Herrljunga kommun

Herrljunga kommun har erhållit två (2) avvikelse i Närvårdssamverkan från Alingsås lasarett där vi brustit. Den ena är om vårdplanering och den andra är om läkemedel.

Från Enhet Tandvård, Västra Götalandsregionen, uppsökande folktandvården har rapport erhållits om patienten som tackar nej till munhälsobedömning trots att patienten står som ja tack i registret samt om personer vilka är registrerade på fel boende/område i kommunen.

13. Sammanfattning inriktning under 2017

Område och inriktning under 2017	Ansvarig	Följs upp
4.1 Senior alert Att utveckla arbetssättet teammöten inom SÄBO och LSS samt arbetssättet med MiniTeam inom Hemsjukvård i ordinärt boende (kvarstår från 2016, intensifieras) Att legitimerad personal dokumenterar en omvårdnadsplan för varje riskområde med åtgärder i Senior alert (kvarstår från 2016, intensifieras) Att utbilda omvårdnadspersonal i ROAG – riskbedömning av munhälsa (ny 2017) Att starta Senior Alerts femte område; blåsdysfunktion inom SÄBO/LSS (ny 2017) Att öka antalet gjorda åtgärdsplaner inom Senior alerts samtliga områden (ny 2017)	EC	PSB 2017
4.2 Svenska Palliativ registret Att alla åtgärder/bedömningar/skattningar utförs på palliativ patient för optimal vård (kvarstår från 2016, intensifieras 2017) Att personal genomgår webb utbildning ”Allmän palliativ vård” (ny 2017)	EC	PSB 2017
4.3 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) Att personer med demens och demensliknande symtom inom SÄBO och Hemsjukvård i ordinärt boende i högre antal registreras i BPSD registret med symtomskattningar, genomför förebyggande åtgärder samt utvärderar effekten av genomförda åtgärder (kvarstår från 2016, intensifieras)	EC	PSB 2017
4.4 Nutrition Att fortsätta arbetet med att ofrivillig nattfasta inte är längre än 11 timmar (kvarstår från 2016, intensifieras)	EC	PSB 2017
4.5 Avvikelsehantering Att MAS, SAS och enhetschef har fortsatt genomgång av enhetens avvikelser kvartalsvis (kvarstår från 2016, intensifieras) Att enhetschef analyserar och diskuterar därefter tillsammans med sin personal fram lämpliga åtgärder på arbetsplatsträffar. Syftet med detta är att säkra verksamhetens kvalitet t.ex. genom att ständigt förbättra processer och rutiner (kvarstår från 2016, intensifieras) Att genomförda åtgärder samt resultat återkopplas till MAS, SAS och verksamhetschef (kvarstår från 2016, intensifieras)	MAS	PSB 2017
4.7 Läkemedelshantering Att alla boende på SÄBO och korttidsavdelning erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet ”LÄR UT” vid inflyttning samt därefter minst en gång per år/då behov uppstår (kvarstår från 2016, intensifieras) Att alla patienter inskrivna i hemsjukvården erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet ”LÄR UT” vid inskrivning hemsjukvård samt därefter minst en gång per år/då behov uppstår (kvarstår från 2016, intensifieras) Att sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård genomgår utbildning ”LÄR UT”	EC	PSB 2017

4.8 Dokumentation • Att fortsätta arbetet med samstämmighet i dokumentation internt med kodning av International Klassificering Funktion (ICF) och Klassificering av Vård Åtgärder (KVÅ) Att genomföra granskning av legitimerad personals dokumentation av patientjournal inom kommunens hälso- och sjukvård (kvarstår från 2016, intensifieras) Att öka antalet skrivna omvårdnadsplaner som tar sin utgångspunkt i det förebyggande arbetet efter riskbedömningar i Senior Alert och efter BPSD bedömningar (kvarstår från 2016, intensifieras)	MAS MAS EC	PSB 2017 PSB 2017 PSB 2017
4.9 Nationell patient översikt (NPÖ) Att öka användandet av NPÖ (kvarstår från 2016, intensifieras)	EC	PSB 2017
4.10 Munhälsa Att omvårdnadspersonal inom kommunens samtliga enheter deltar i Folktandvården Herrljungas munhälsoutbildning (kvarstår från 2016, intensifieras)	EC	PSB 2017
4.12 Rehabilitering Rehab enheten Att genomföra förflyttningsutbildning för nyanställda Att instruera personal i manuella förflyttningar, personlyft och lyftsele Att implementera/utveckla Hjälpmedelsuppföljning (HUPP) i VIVA Att utveckla hjälpmedelsplan i VIVA	EC	PSB 2017
4.13 Hygien Att delta i SKL:s nationella mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler Att genomföra egen mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler Att delta i Folkhälsomyndighetens mätning HALT av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning	MAS	PSB 2017
4.14 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift Att revidera/utveckla delegerings/utbildningsmaterial inom delegerande områden Att uppdatera delegeringsrutinen och delegeringsprocessen Att införa/komplettera interna utbildning med webb utbildningar inom läkemedel	MAS	PSB 2017
6.10 samverkan med medborgare i övrigt Att ha lätt tillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida Att medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer etc.	MAS	PSB 2017
10. Sammanställning och analys Att på ledningsnivå fortsätta att diskutera och åtgärda trender och mönster som indikerar brister i kvalitén Att möjligheten finns för enhetschefer att ta med omvårdnadspersonal till kvalitetsmöte med MAS och SAS	MAS	PSB 2017



HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNINGEN
Robert Rydquist

Tjänsteskrivelse
2017-03-16
DNR SN 28/2017 7791
Sid 1 av 1

Avskaffande av förtätning

Sammanfattning

Det är enligt inspektionen för vård och omsorg, IVO, inte längre tillåtet med förtätning. Socialnämnden har genom ordföranden svarat IVO, efter tillsynen på HVB Verkstadsgatan, att förtätningen inte kommer att hävas genom ombyggnationer, nyetableringar samt externa placeringar, utan genom avflyttning.

Mot bakgrund av att personer som skrivs upp i ålder får stanna kvar på kommunens HVB-hem för ensamkommande, fram till besluten om åldersuppskrivning och avvísningar har vunnit laga kraft, samt att det åligger kommunen att ta emot anvisade barn i den egna kommunen har verksamheten för närvarande en alltför hög beläggning. Dessa motstridiga intressen gör att det kommer dröja åtskillig tid innan förtätningen upphör genom att ungdomar flyttar.

Socialnämnden behöver därför besluta om att förtätningen ska upphöra. Detta kan uppnås genom att barn flyttar från boendena och att inga nya skrivs in på boendena.

Beslutsunderlag

Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg daterad 2016-12-19
Beslut från Inspektionen för vård och omsorg 2017-03-01

Förslag till beslut

Förtätningen på kommunens HVB för ensamkommande ska upphöra.

Robert Rydquist
Verksamhetschef Socialt stöd

Expedieras till:
För kännedom till:

Yttrande enligt begäran

Dnr 8.4.2-37527/2016

SN dnr 98/2016

Inspektionen för vård och omsorg, IVO genomförde den 22 november 2016 en inspektion vid hemmet för vård eller boende, HVB på Verkstadsgatan 11 C i Herrljunga.

IVO begär nu nämndens yttrande över de uppgifter som framkommit i tillsynsärendet, särskilt med avseende på följande:

1. Hur verksamheten arbetar, mot bakgrund att flera ungdomar delar rum, för att erbjuda ungdomar en trygg och säker vård, där integritet respekteras och insatserna anpassas till deras individuella behov och förutsättningar?
2. Hur nämnden ser på ungdomarnas möjlighet till avskildhet i samband med dusch? Finns det några planer att göra ytterligare förändringar avseende hygienutrymmena utöver det som enligt verksamhetens ledning skett efter IVO:s inspektion?
3. Vilka reflektioner gör nämnden med anledning av uppgiften från ungdomarna gällande tryggheten på boendet?

Inte eget rum

För att bryta den alltför rådande förtätningen, att det överlag bor två ungdomar i varje rum, på Verkstadsgatan HVB, diskuteras två alternativa lösningar. Genom att omplacera fyra ungdomar, erbjuda dem plats på något HVB i extern regi, kommer det att finnas utrymme för att alla ungdomar får eget rum. Det andra alternativet är ombyggnad eller nyetablering. Nedan kommer de olika alternativen att redovisas.

När det gäller alternativet omplacering hyser detta flera nackdelar, såsom att ungdomarna bryts upp från aktiviteter och nätverk, nuvarande gynnsamma kontakter med personal upphör samt risken för skolbyte är överhängande. Detta alternativ bryter dock förtätningen. Det finns i dagsläget inga möjligheter att bereda ungdomar från Verkstadsgatan plats på något av kommunens andra boenden för ensamkommande barn på grund av att det inte finns plats.

Utbyggnad eller nyetablering är inte planerad. Anledningen till detta är att antalet nya anvisningar (5 st.) under innevarande år har varit få samt den prognos som Migrationsverket har gjort inför år 2017 visar på fortsatt få anvisningar. Anvisningar, omplaceringar samt att ungdomar fyller 18 år gör att det allt eftersom avflyttar ungdomar från Verkstadsgatan HVB.

Det finns goda skäl att anta att alla ungdomar kommer att ha eget rum under andra halvåret år 2017.

Ärende 8

Nämnden är givetvis medveten om den påfrestning som förtätningen kan utgöra för vissa av de inskrivna ungdomarna. Det är viktigt att det som kan göras för att underlätta för ungdomarna blir genomfört.

Det finns redan idag möjligheter för ungdomar att nå enskildhet. Personalen arbetar aktivt med att få ungdomsgruppen att visa hänsyn till varandra och verka för att konflikter inte uppstår samt att ta tag i konflikter som redan finns. I de fall det är påkallat att någon måste bo i eget rum måste detta lösas, vid sjukdom eller vid psykisk ohälsa. Detta görs redan idag.

Hygienutrymmen

Draperier i duschkabinerna, samt ett draperi mellan duschutrymmet och tvättutrymmet sattes upp omgående efter inspektionen. På så sätt har det blivit mera privat.

Tekniska förvaltningen har fått uppdrag att se över eventuella möjligheter för ombyggnad med kostnadsförslag. Inga beslut av nämnden är tagna.

Upplevd otrygghet

I verksamheten görs ständigt insatser för att förebygga och lindra konflikter. Genom hög grad av närvaro och engagemang undviks konflikter. När konflikt uppstår pratar personal med de inblandade såväl i grupp som enskilt, även med dem som inte var direkt inblandade.

Verksamheten tar in extra personal vid förväntade oroliga situationer samt när det har hänt något som gör att personalstyrkan behöver utökas tillfälligt. Det förekommer och kommer även fortsättningsvis att sättas in vak när någon på grund av psykisk ohälsa är i behov av det.

Verksamheten har ett nära samarbete med Närhälsan och BUP.

I nära samverkan med handläggare på IFO Barn och Familj diskuteras det som händer på boendet och det förs ständigt diskussioner kring enskilda ungdomar, huruvida Verkstadsgatan är rätt boende för den enskilde eller ej.

Rutiner har nyligen reviderats och nya har upprättats för exempelvis vad personalen ska göra vid hot och våld, psykisk ohälsa, beslut om avisning och dylikt. Rutinerna har förankrats i personalgruppen.

Herrljunga 2016-12-19



Lennart Ottosson
Socialnämndens ordförande

Socialnämnden
Herrljunga kommun
Box 201
524 23 Herrljunga

Ärendet

Tillsyn av hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga vid Verkstadsgatan 11 C, Herrljunga

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) avslutar ärendet.

Skälen för beslutet

IVO genomförde den 22 november 2016 en förannämld inspektion av verksamheten Verkstadsgatan 11 C i Herrljunga. Inspektionen var huvudsakligen inriktad på att granska följande områden:

- Personalens kompetens och verksamhetens bemanning
- Registerkontroll av personal
- Hur verksamheten tillgodoser de inskrivna barnens och ungdomarnas rätt till säkerhet, delaktighet och integritet

Verkstadsgatan 11 C är en offentligt driven verksamhet med Socialnämnden i Herrljunga som huvudman. Huvudmannen har till det s.k. omsorgsregistret anmält att verksamheten har 16 platser för ensamkommande pojkar i ålder upp till 18 år. Vid inspektionen framkom att antalet platser i verksamheten i praktiken är 14. Antalet placerade ungdomar var vid tillfället 13 stycken. Dessa var 13-17 år gamla.

IVO:s sammantagna bedömning

Det har när det gäller denna tillsyns ovan angivna fokusområden inte framkommit några omständigheter som ger skäl att ställa krav på åtgärder gentemot Socialnämnden i Herrljunga. IVO gör dock vissa påpekanden när det gäller lokalernas utformning och hur barnens och ungdomarnas rätt till säkerhet och integritet tillgodoses.

Personalens kompetens och verksamhetens bemanning Bedömning

Vad som har framkommit föranleder inte IVO att inom ramen för denna tillsyn ställa några krav på åtgärder i fråga om personalens

kompetens eller bemanningen över dygnet. IVO vill dock erinra om de bestämmelser och allmänna råd avseende personalens kompetens som beskrivs kortfattat nedan.

Verksamheten stod vid tidpunkten för inspektionen inför ett byte av föreståndare inom en snar framtid, varför föreståndarens kompetens inte har granskats närmare i detta ärende.

Redovisning av tillsyn

Vid inspektionen framkom i huvudsak följande. Under dagtid vardagar arbetar normalt en eller två ungdomshandledare samt verksamhetens samordnare. På kvällstid vardagar finns två eller tre ungdomshandledare närvarande och på helgerna lika många. Natttid bemannas verksamheten normalt av en sovande personal, men vid inspektionstillfället hade man dessutom en vaken personal på natten, eftersom tillståndet hos en av de placerade ungdomarna gjorde att det fanns ett behov av det. Såväl ledning som intervjuad personal var av uppfattningen att verksamheten har en tillräckligt hög bemanningsgrad. Verksamheten har nyligen fått en tjänst mer än den hade tidigare, vilket de intervjuade upplevt som positivt. HVB:et lämnas aldrig obemannat när det finns ungdomar hemma.

Det har, enligt ledningen, varit ganska svårt att få tag i personal med rätt kompetens. Personalgruppen är dock stabil. Några har högskoleutbildning, bl.a. som lärare, flera har arbetat med barn tidigare och några har erfarenhet av målgruppen. Rekrytering av ytterligare en person pågår och ledningen hoppas att det ska vara lite lättare att få tag i personal med relevant kompetens nu. Verksamheten satsar en del på kompetensutveckling. All personal ska t.ex. gå MI-utbildning (motiverande samtal) och utbildning i det s.k. Hitta rätt-materialet. Personalen har fått utbildning i traumamedveten omsorg och konflikthantering. De får även extern handledning regelbundet.

Bestämmelser

Enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Av 3 kap. 5 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, framgår att det vid varje hem för vård eller boende ska finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten. Det ska också finnas sådan personal som i övrigt behövs för en ändamålsenlig verksamhet.

Enligt 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende ska ett HVB som tar emot barn vara bemannat dygnet runt. Föreståndaren ska, enligt 5 kap. 1 §, ha en högskoleutbildning vars innehåll är relevant för den verksamhet som bedrivs vid hemmet, erfarenhet av liknande verksamhet och

personlig lämplighet. 2 § samma kapitel stadgar att den övriga personalen ska ha den utbildning, erfarenhet och personliga lämplighet som behövs för att de ska kunna utföra sina arbetsuppgifter. I det allmänna rådet till bestämmelsen sägs att personalen bör ha minst en 2-årig eftergymnasial utbildning och att flertalet bör ha en utbildning med inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap. I kapitlets 3 § finns bestämmelser om huvudmannens ansvar för personalens introduktion, handledning och kompetensutveckling.

*Utdrag ur Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister
Bedömning*

IVO bedömer att kontroll inför anställning eller erbjudande av uppdrag eller liknande samt bevarande av utdrag från Polismyndighetens misstanke- respektive belastningsregister (MR/BR-registren) sker i enlighet med gällande bestämmelser.

Redovisning av tillsyn

Verksamheten har före inspektionen skickat in en personalförteckning till IVO. Vid inspektionen har ledningen redovisat att det finns rutiner för att begära in utdrag ur Polismyndighetens MR/BR-register före anställning eller erbjudande av uppdrag. Det är något som de arbetssökande informeras om i samband med att de kallas till intervju. IVO har vid inspektionen genomfört stickprovskontroll av gjorda registerkontroller och funnit att dessa gjorts före anställning och finns bevarade.

Bestämmelser

Av 1 och 3 §§ lagen (2007:171) om registerkontroll av personal vid vissa boenden som tar emot barn framgår att ett sådant boende inte får anställa någon, alternativt erbjuda uppdrag eller liknande åt någon, om inte kontroll gjorts av de misstanke- respektive belastningsregister som Polismyndigheten för. Utdrag ur registren ska vara högst sex månader gammalt. Utdrag, eller kopia av utdrag, ska bevaras under minst två år från det att anställningen, uppdraget eller liknande påbörjades.

Hur verksamheten arbetar för att tillgodose inskrivna ungdomars rätt till säkerhet, delaktighet och integritet

Bedömning

IVO finner, utifrån vad som har framkommit i tillsynen, inte skäl att kräva åtgärder ifråga om verksamhetens arbete för att upprätthålla en god säkerhet vid hemmet och för att tillgodose den enskildes rätt till delaktighet och respekt för sin integritet. IVO vill dock göra följande påpekanden.

Eftersom flera ungdomar delar rum och lokalerna i övrigt ger begränsade möjligheter till avskildhet anser dock IVO att verksamhetens lokaler utifrån den enskildes rätt till integritet inte kan anses tillräckliga. Den situation som under en period år 2015-2016 rätt

med avseende på antalet ensamkommande barn som sökte asyl i Sverige är inte längre för handen. Socialnämnden har redogjort för att det redan idag finns vissa möjligheter för inskrivna ungdomar att vara i enskildhet och att vid behov bo i eget rum samt att det finns goda skäl att anta att alla ungdomar kommer att ha eget rum under andra halvåret 2017, på grund av att ungdomar av olika skäl flyttar ut från verksamheten efter hand.

IVO bedömer att det inte är fullt tillfredsställande att de tre duschutrymmena för ungdomarna inte är låsbara separat. Socialnämnden har uppgett att utrymmena gjorts lite mer privata genom att duschdraperier numera är uppsatta i duschkabinerna samt mellan duschutrymmet och tvättstugan. IVO vill poängtera att det ur såväl säkerhets- som integritetsaspekten är viktigt att ungdomar på HVB inte bara kan, utan också uppmanas, att vara i enskildhet vid t.ex. dusch. IVO noterar att det går att låsa dörren till tvättstugan om sig och att man då kan vara ensam i utrymmet. Det är angeläget att personalen gentemot ungdomarna är tydlig med hur viktigt det är att måna om både sin egen och andras integritet. IVO anser att verksamheten bör ta fram strategier för hur man ska arbeta med denna fråga fortsättningsvis.

Redovisning av tillsyn

Vid inspektionen, genom kompletterande uppgifter från de intervjuade bland ledning och personal samt i nämndens yttrande har bl.a. följande framkommit.

Föreståndaren beslutar om in- och utskrivningar. Lämplighetsbedömning avseende enskilda placeringar görs av föreståndaren och samordnaren gemensamt. Det har förekommit att den ordinarie föreståndaren sagt nej till förfrågningar om att placera ungdomar i verksamheten.

Inom verksamheten arbetar man förebyggande för att undvika konflikter, hot- och våldssituationer osv. genom att man arbetar mycket med relationer. Man pratar med ungdomarna om hur man ska vara mot varandra. Ungdomar och personal har många relationsskapande samtal och kontaktpersonssamtal. Personalen arbetar med ett lågaffektivt bemötande. Konflikter mellan ungdomar förekommer och man har inom verksamheten pratat mycket om dem som inträffat.

Det finns skriftliga rutiner för det förebyggande arbetet och för hur man t.ex. ska arbeta med ungdomar som får avslag på sin asylansökan. Det finns även rutiner för hur man ska arbeta när det inträffar incidenter, liksom för arbetet med lex Sarah-rapportering. Det förs diskussioner om dessa rutiner bland personalen och ledningen har genomgångar med nyanställda och vikarier.

Ungefär var tredje vecka har verksamheten husmöte i närvaro av tolkar. Där kan ungdomarna ta upp önskemål och synpunkter. Verksamheten arbetar med kontaktpersoner bland personalen och varje eller varannan vecka har varje ungdom samtal med sin kontaktperson. Personalen hjälper ungdomarna att förbereda sig för möten med socialsekreterare och andra. Alla ungdomar har god man. Tolkar ordnas vid behov.

Brandskyddsutrustningen är genomgången och det finns ett brandskyddsombud bland personalen. Både personal och ungdomar vet vad de ska göra om brandlarmet går, var återsamlingsplatsen är osv.

Det finns i verksamheten sju boenderum. De flesta av de placerade ungdomarna delar rum med en ungdom till. En ungdom har eget rum. Rummen är låsbara. Enligt de intervjuade trivs ungdomarna med att dela rum och det är inte en fråga som brukar diskuteras i boendet. Vissa känner trygghet i att dela rum. Vilka som delar rum med varandra har föregåtts av individuella bedömningar.

Förutom matrum och vardagsrum finns ytterligare ett rum som kan användas av den som vill dra sig undan en stund. Där finns också en säng där en skulle kunna sova under kortare perioder om behov uppstår. Rummet får av brandsäkerhetsskäl dock inte låsas. De intervjuade uppfattar lokalerna som ändamålsenliga.

Vid rundvandring i lokalerna noterar IVO att det i verksamheten finns två separata toaletter för ungdomarna. Toalettutrymmena är låsbara. Duschmöjlighet för ungdomarna finns i den gemensamma tvättstugan. Där står tre duschkabiner, varav två vid inspektionstillfället hade trasig dörr. Dörren till tvättstugan är låsbar, men enligt personalen låter många ungdomar bli att låsa om sig. Den som ska in och tvätta i tvättstugan brukar knacka först, för att uppmärksamma den som eventuellt är därinne och duschar om att man är på väg in. Enligt ledningen skulle fastighetsägaren byta de trasiga duschkabinsdörrarna mot duschdraperier. Enligt information till IVO gjordes detta strax efter IVO:s inspektion av verksamheten.

Barnsamtal

Vid samtal med två inskrivna ungdomar framkom bl.a. följande. Den ena av ungdomarna gav uttryck för att han trivs i HVB:et och att personalen är bra. Han uppgav också att det inte är något bråk, utan att stämningen är bra samt att han har ett bra rum och en rumskamrat som han trivs med. Den andra ungdomen tyckte att det kändes osäkert på HVB:et, då personalen inte gjort något åt att vissa ungdomar kastat saker och haft kniv.

IVO har diskuterat den oro som framförts med ledningen, som då redogjort för vidtagna åtgärder i form av bl.a. ökad bemanning samt att socialtjänsten arbetar på att hitta en lösning av situationen.

Yttrande från Socialnämnden i Herrljunga

Socialnämnden anför huvudsakligen följande såvitt gäller lokalernas utformning och den otrygghet som en ungdom kände. Inget av alternativen att omplacera ungdomar till andra verksamheter, bygga om befintligt boende eller etablera ny verksamhet är aktuella i dagsläget. Det finns dock goda skäl att anta att alla ungdomar kommer att ha eget rum under andra halvåret 2017, då ungdomar av olika skäl flyttar ut från verksamheten efter hand. Redan idag finns vissa möjligheter för inskrivna ungdomar att vara i enskildhet och att vid behov bo i eget rum. Duschutrymmena har gjorts lite mer privata genom att duschdraperier numera är uppsatta i duschkabinerna samt mellan duschutrymmet och tvättstugan. Kommunens tekniska förvaltning har fått i uppdrag att se över eventuella möjligheter till ombyggnad. När det gäller den av en ungdom upplevda otryggheten uppger nämnden att verksamheten tar in extra personal vid förväntade oroliga situationer. Vak sätts in när någon på grund av psykisk ohälsa är i behov av det och verksamheten har ett nära samarbete med Närhälsan och BUP.

Telefonsamtal med nytilträd föreståndare

Vid telefonsamtal med den föreståndare som tillträtt i januari 2017 framkom att frågan om säkerhets- och integritetsaspekten i samband med dusch ska diskuteras i verksamheten vid APT den 1 mars samma år. Föreståndaren förklarade sig vara införstådd med vikten av att arbeta med dessa frågor och att hon kommer att följa upp det arbete som tidigare gjorts vad gäller detta och det uppdrag som getts till kommunens tekniska förvaltning.

Bestämmelser

Verksamheten vid HVB ska, enligt 3 kap. 3 § SoF, bygga på förtroende för och samarbete med den enskilde och utformas så att vistelsen i hemmet upplevs som meningsfull. Den enskildes integritet ska respekteras. De insatser som görs ska anpassas till den enskildes individuella behov och förutsättningar.

Enligt 11 § samma kapitel sker inskrivning i ett HVB, som inte drivs av Statens institutionsstyrelse, efter ansökan. Det är föreståndaren som ska besluta om inskrivning, om inte huvudmannen har bestämt annorlunda och då meddelat IVO om annan ordning för inskrivning. Vid inskrivningsbeslutet ska det särskilt kontrolleras att hemmet eller boendet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt.

Hemmets lokaler och utrustning ska, enligt 7 kap. 1 § HSLF-FS 2016:55, vara ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs i hemmet. Lokalerna ska vidare vara anpassade så att de möjliggör en trygg och säker vård samt vara utformade med hänsyn tagen till den personliga integriteten. I det allmänna rådet kopplat till samma bestämmelse anges att den enskilde i ett HVB i regel bör ha ett eget rum. Om de placerade personerna ska dela rum, bör en bedömning

göras av om det är lämpligt. Vid bedömningen av om de kan dela rum bör särskilt beaktas syftet med placeringen, de placerade personernas inställning och de risker som det kan medföra att dela rum. Antalet rum för personlig hygien bör vara anpassade till hur många personer som kan komma att vara placerade i hemmet. Det egna rummet samt rum för personlig hygien bör kunna låsas av den person som är placerad i hemmet.

Underlag

Vid IVO:s inspektion intervjuades ledningen för verksamheten i form av verksamhetschef, samordnare och vikarierande föreståndare. Vidare genomfördes en intervju med en ungdomshandledare. Samtal fördes därefter med två inskrivna ungdomar. Före inspektionen inhämtades uppgifter om verksamhetens beläggning och bemanning samt om verksamhetens anställda ifråga om bland annat utbildning, erfarenhet och registerkontroll. Socialnämnden har yttrat sig över anteckningar förda vid inspektionen.

Ytterligare information

IVO ska enligt 3 kap. 19 § SoF inspektera HVB för barn och unga minst en gång per år. Den som inspekterar verksamheten ska samtala med de barn och unga som samtycker till det.

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Karin Gunnervik. I den slutliga handläggningen har inspektören Claes Björnander deltagit. Inspektören Louise Grönqvist har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Karin Gunnervik



Louise Grönqvist

Kopia till:
Verkstadsgatan 11 C



HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIAL-
FÖRVALTNINGEN
Magnus Stenmark

Tjänsteskrivelse
2017-03-17
DNR SN 24/2017 700
Sid 1 av 1

Remissvar: Inriktningsdokument ungdomsmottagningar

Sammanfattning

Socialnämnden har fått möjlighet att yttra sig över nytt förslag på Inriktningsdokument för Ungdomsmottagningar i Västra Götaland 2018-2022. Förvaltningen föreslår nämnden att anta bifogat remissvar.

Beslutsunderlag

Remissvar Herrljunga kommun, 2017-03-17

Inriktningsdokument för UNGDOMSMOTTAGNINGAR i Västra Götaland 2018-2022

Förslag till beslut

Remissvaret antas.

Magnus Stenmark
Socialchef

Expedieras till:
För kännedom till:

Västra Götalands regionen

Svarsformulär

REMISS

Inriktningsdokument för ungdomsmottagningar i Västra Götaland 2018-2022

Detta formulär skickas till hss@vgregion.se senast den 15 april 2017. Ange dnr HS 2016-00258

Synpunkter på följande avsnitt:

2 Värdegrund

3 Övergripande mål

4 Inriktning

Inga synpunkter

Synpunkter på följande avsnitt:

5 Verksamhetens innehåll

Inga synpunkter

Synpunkter på följande avsnitt:

6 Resursnivå

Inga synpunkter

Synpunkter på följande avsnitt:

7 Samverkan

8 Huvudmannaskap och samverkansavtal

Inga synpunkter

Synpunkter på följande avsnitt:

9 Avgifter

10 Verksamhetschef och medicinskt ledningsansvar

11 Dokumentation och kvalitetssäkring

9. Avgifter – att besöka en ungdomsmottagning bör vara gratis för den enskilde för att inte hindra besök. Detta bör även stå i inriktningsdokumentet.

Synpunkter på följande avsnitt:

12 Uppföljning och resultat

13 Utvecklingsarbete

Inga synpunkter

Datum: 2017-02-23
Dnr: HS 2016-00258

Till

Ansvarig styrelse/nämnd i kommunen för ungdomsmottagning
Hälso- och sjukvårdsnämnderna VGR
Styrelsen för beställd primärvård VGR
Berörda sektorsråd inom VGR

Inriktningsdokument för ungdomsmottagningar i Västra Götaland 2018-2022

Inriktningsdokumentet är gemensamt för länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Syftet med inriktningsdokumentet är att ge ungdomar jämlika förutsättningar att få tillgång till de resurser och det stöd som ungdomsmottagningar kan ge i hela länet. Inriktningsdokumentet är ett samverkansdokument som visar på ungdomsmottagningars gemensamma inriktning och utveckling och är en grund i att stärka samverkan mellan huvudmännen.

Bakgrund

Tidigare Inriktningsdokument har löpt ut och ersätts med ett nytt som är anpassat till dagens förhållanden, då kommunerna och Västra Götalandsregionen fortsatt konstaterar behovet av ett väl förankrat Inriktningsdokument för en god och sammanhållen verksamhet riktad till unga i Västra Götaland.

Det nya förslaget har tagits fram av en partsammansatt arbetsgrupp bestående av representanter från de fyra kommunalförbunden, Koncernkontoret inom Västra Götalandsregionen samt Närhälsan.

Innehåll

Förslag till inriktningsdokument 2018-2022 beskriver ungdomsmottagningens mål, uppdrag och vårdnivå och ger en grund för lokala samarbetsavtal mellan huvudmännen. Nytt i dokumentet är:

- Ungdomsmottagningens psykosociala uppdrag har lyfts fram som ett gemensamt uppdrag för huvudmännen.
- Ett nyckeltal för jämlik bemanning och kompetens i länet har tagits fram.
- Nivåstrukturering av ungdomsmottagningar i huvud-, bas- och närmottagningar för en jämlik vård i länet. Mindre mottagningar kan ta del av större mottagningars resurser.

- Förslag till finansieringsprincip mellan kommun och VGR i samverkansavtalen utifrån uppdrag, bemanning och ansvar har tagits fram, för en ökad jämlik vård i länet.
- Inriktningsdokumentet omfattar fyra år för att öka förutsättningarna för kommuner och VGR att teckna fleråriga samverkansavtal.

Remissomgång

Som ett led i beredningen önskas synpunkter på förslaget till gemensamt inriktningsdokument för ungdomsmottagningar.

Länets 49 kommuner och hälso- och sjukvårdsnämnderna, Styrelsen för beställd primärvård samt berörda sektorsråd inom VGR ges härmed tillfälle att inkomma med synpunkter på bifogat förslag till Inriktningsdokument för ungdomsmottagningar i Västra Götaland 2018-2022

Synpunkter på inriktningsdokumentet önskas senast den 15 april.

Svar på remissen skickas till hss@vgregion.se

Använd bifogat formulär och ange diarienummer HS 2016-00258.

Fortsatt process

Inriktningsdokumentet kommer att bearbetas utifrån inkomna synpunkter och överlämnas sedan till det politiska samrådsorganet (SRO) för ställningstagande. Därefter återgår ärendet i respektive huvudmans berednings- och beslutsprocess, för kommunerna via VästKom och för VGR hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

För frågor om inriktningsdokument eller om svarstiden kontakta:

Lena Ekeröth, koncernstad hälso- och sjukvård, VGR, e-post:

lena.ekeroth@vgregion.se, tel. 076-8430681

Gunilla Bothén, VästKom, e-post: gunilla.bothen@borasregionen.se, tel. 0706-395950

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Thomas Jungbeck
Direktör Västkom



Inriktningsdokument för
UNGDOMSMOTTAGNINGAR i Västra Götaland
2018 – 2022

Rekommenderat av samrådsorganet för
Västra Götalandsregionen och VästKom
2017-

1 Inledning

Folkhälsan i Sverige utvecklas generellt positivt för befolkningen som helhet. Trots detta ökar skillnader i livsvillkor och hälsa mellan olika grupper i samhället. Utvecklingen av unga människors hälsa och välbefinnande skiljer sig från utvecklingen av hälsan befolkningen i övrigt. Sedan 1990-talet har ungdomsgenerationen haft en sämre hälsoutveckling än övriga åldersgrupper framför allt när det gäller den psykiska hälsan.

Första ungdomsmottagningen i Sverige startades 1970, därefter spred sig idén om en mottagning särskilt inriktad mot ungdomars fysiska och psykiska hälsa snabbt över landet. Målet med ungdomsmottagningarna har allt sedan starten varit att arbetet ska präglas av en helhetssyn på ungdomar. Området kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är en viktig del av arbetet. Mottagningarna har genom åren också fått en allt större utmaning i att arbeta tydligare med psykisk hälsa och ungdomars levnadsvanor och livsvillkor. Idag är det tvärprofessionella arbetssättet väl etablerat och fördelningen mellan medicinskt och psykosocialt uppdrag relativt jämnt fördelat.

Målet för ungdomspolitikerna i Sverige är att alla ungdomar ska ha goda levnadsvillkor, makt att forma sina liv och inflytande över samhällsutvecklingen. Ungdomstiden är en brytningstid mellan barndom och vuxenlivet. Med rätt förutsättningar kan unga både forma sina egna liv och bidra till en positiv samhällsutveckling. Ungdomsmottagning är en viktig arena för att kunna uppfylla det nationella målet och för att skapa jämlik hälsa inom Västra Götaland.

Ungdomar kan inte ses som en homogen grupp med lika uppväxtvillkor och förutsättningar. Kunskap om vilka ungdomarna är och deras livsvillkor, behöver utvecklas ur flera aspekter och ur ett ungdomsperspektiv. Behov av ökade och anpassade insatser för nyanlända måste beaktas i ungdomsmottagningarnas uppdrag.

Detta inriktningsdokument är gemensamt för Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner. Inriktningsdokumentet kan ligga till grund för lokala avtal och överenskommelser om ungdomsmottagning och ska vara känt av personalen vid ungdomsmottagningen. Inriktningsdokumentet grundar sig på Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) handbok.

2 Värdegrund

Mänskliga rättigheter

Vägledande för verksamheten är FN:s förklaring om mänskliga rättigheter.

Barnkonventionen

Barnkonventionens fyra grundprinciper är vägledande för verksamheten: barnets rätt att inte diskrimineras, barnets bästa i främsta rummet, barnets rätt till liv och utveckling samt barnets rätt att få uttrycka sina åsikter.

Diskrimineringsgrunderna

Alla ungdomar är välkomna till ungdomsmottagningen. Ungdomar som söker sig till mottagningen ska känna sig sedda, trygga och tillitsfulla i mötet samt att deras frågor och problem respekteras och tas på allvar. Ungdomarna ska uppleva att de bemöts och behandlas på ett likvärdigt sätt och får likvärdig tillgång till mottagningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsförmåga, sexuell läggning och ålder.

Normmedvetet förhållningssätt

Ett normmedvetet förhållningssätt ska prägla verksamheten. Det innebär att personalen är medveten om och ifrågasätter de normer som påverkar uppfattningar om vad som är ”normalt” och därmed oreflekterat kan uppfattas som önskvärt. Målet med normmedvetenheten är att alla unga ska känna sig inkluderade och välkomna.

Hälsofrämjande arbete och förhållningssätt

Ett hälsofrämjande, eller salutogent, perspektiv innebär att utgå ifrån det friska hos individen och se till hens styrkor och förutsättningar för en god hälsa. Hälsofrämjande arbete och förhållningssätt bör ständigt lyftas och vara ett utvecklingsområde.

3 Övergripande mål

- Ungdomsmottagningen ska stärka och hjälpa ungdomar i övergången mellan ungdom och vuxenliv.
- Ungdomsmottagningen ska ha god tillgänglighet anpassad att möta ungdomar utifrån lokala förutsättningar
- Arbetet ska utgå utifrån en psykosocial, psykologisk och medicinsk helhetssyn, och utifrån ett rättighetsperspektiv där unga har rätt till information, kunskap, stöd och behandling.
- Ungdomsmottagningen ska främja fysisk och psykisk hälsa.
- Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) för unga.

4 Inriktning

Ungdomsmottagningen ska vara en lågröskelverksamhet. Det innebär att det ska vara lätt för alla ungdomar att söka hjälp och få hjälp med alla slags frågor. Tillgängligheten ger stora möjligheter till tidiga insatser. Ungdomsmottagningen ska ses som ett komplement till övrig hälso- och sjukvård och övrigt hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Ungdomsmottagningarna behövs som ett led i att tillgodose ungdomars och unga vuxnas rätt till hälsa. Ett av ungdomsmottagningens grundfundament är att ungdomar under 18 år kan söka sig till verksamheten utan vårdnadshavarens kännedom eller godkännande.

Ungdomsmottagningen har till uppgift att på den unges uppdrag förmedla kunskap, ge information, stöd och behandling inom området sexuell, reproduktiv och psykosocial hälsa. Ungdomsmottagningen ska uppmärksamma och medvetandegöra riskfyllda levnadsvanor.

Ungdomsmottagningen är ingen remissinstans.

Verksamheten vid ungdomsmottagning ska utgå från lokala förutsättningar och ungdomars behov. Kunskaper om ungdomars hälsa/ohälsa, omvärld, levnadsvanor, livsvillkor och demografi identifieras dels på strukturell/övergripande nivå, dels utifrån lokal kunskap.

5 Verksamhetens innehåll

5.1 Målgrupp

Ungdomsmottagningarnas målgrupp är ungdomar och unga vuxna, med de likheter och olikheter som var och en i denna heterogena grupp uppvisar. Ungdomsmottagningen är till för alla unga 13 till 24 år.

5.2 Ungdomsmottagningens huvudområden:

- Levnadsvanor och livsvillkor
- Samlevnad och relationer
- Sexuell reproduktiv hälsa och rättigheter
- Psykisk hälsa

5.3 Insatser vid ungdomsmottagning:

- rådgivande, stödjande och behandlande arbete på mottagningen, individuellt eller i grupp
- utåtriktat arbete på gruppnivå, t.ex. besök av klasser, besök på skolor och andra arenor för unga
- erbjuda adekvat kunskap om sexualitet
- stärka ungdomar i deras naturliga nyfikenhet kring sexualiteten samt stödja deras självkänsla och integritet
- erbjuda kondomsamtal, preventivmedelssamtal och förskrivning av preventivmedel
- förebygga och ge stöd vid oplanerad/oönskad graviditet samt vid abort
- STI - samtal, detta sker i det utåtriktade arbetet och vid individuella besök
- Smittspårning
- arbeta med ungdomars fysiska och psykiska utveckling samt kroppsuppfattning och självbild
- uppmärksamma och erbjuda korttids råd-, stödsamtal kring sociala problem, psykisk ohälsa samt risk- och missbruk
- korttids behandlande samtal för att motverka utveckling av psykisk ohälsa
- remittera till annan aktör/vårdgivare/vårdsnivå vid behov

5.4 Verksamhetsformer

- Drop-in - mottagning
- Individuella besök
- Gruppverksamhet
- Telefonrådgivning
- Utåtriktat arbete och informationsarbete
- Samverkan med andra verksamheter på orten
- Samverkan i individärenden med annan berörd aktör
- Ungdomsmottagningar bör ha webbtidbokning
- Hemsidor skall uppdateras kontinuerligt och mobilvänliga sidor bör införas.
- Ungdomsmottagningarna ska vara kopplade till Ungdomsmottagningen på nätet www.umo.se
- Sociala medier
- Öppenhet för digitala lösningar

5.5 Utåtriktat arbete och informationsarbete

Ungdomsmottagningarna ska i sitt utåtriktade arbete eftersträva att finnas där ungdomarna är. Alla ungdomar ska känna till var ungdomsmottagningen finns och ha vetskap om vad de kan få hjälp med på mottagningen. Minst en gång under högstadietiden ska alla elever få göra ett besök på ungdomsmottagning för att få information om verksamheten. Utöver detta är det angeläget att på högstadie- och gymnasienivå arbeta i en strukturerad form där ungdomarna

aktivt får möjlighet att diskutera olika ämnen inom sexuell och reproduktiv hälsa samt psykisk hälsa. Ungdomsmottagningens utåtriktade arbete kan även inkludera yngre åldrar.

5.6 Kompetens

En förutsättning för att definieras som ungdomsmottagning är att personalgruppen består av barnmorska, kurator och/eller psykolog samt läkare. Ungdomsmottagning ska ha terapeutisk kompetens på steg ett-nivå/grundläggande terapiutbildning och kunna erbjuda korttids terapeutiska samtal med specifikt fokus, exempelvis krissamtal och bearbetande samtal.

Ungdomsmottagningarnas verksamhet utgår ifrån lokala behov och förutsättningar och kan därför ha tillgång till andra personalkategorier som till exempel sjuksköterska, undersköterska och/eller administrativ personal.

En central förutsättning för ungdomsmottagningens verksamhet är att företrädare för de medicinska, sociala och psykologiska kompetenserna har nära samarbete och tvärprofessionellt arbetssätt.

Fördelningen mellan de psykosociala och de medicinska kompetenserna ska vara jämnt fördelade. För att kunna möta ungdomar utifrån deras behov och förutsättningar kräver uppdraget specifik kompetens om ungdoms- och genusperspektiv, biologiska, psykologiska, sociala aspekter på tonårsutveckling, sexualitet och könsidentitet.

5.7 Valfrihet

Ungdomar kan fritt välja vilken ungdomsmottagning de vill besöka inom Västra Götaland.

6 Resursnivå

Den resursnivå där en lägsta service och kvalitetsnivå uppnås, upprätthålls vid ett befolkningsunderlag på 3250 ungdomar i målgruppen, när ungdomsmottagningen bemannas med motsvarande:

- Barnmorska 1,0 tjänst
- Kurator/och eller psykolog 1,0 tjänst
- Läkare 0,1 tjänst

6.1 Organisationsmodell

För öka förutsättningarna för unga i hela länet att få tillgång till en ungdomsmottagning i sin hemkommun och för att nå ovanstående resursnivå, byggs i Västra Götaland en organisationsmodell för ungdomsmottagningar i tre nivåer: huvud-, bas och närmottagning. Syftet är att en jämlik vård.

Huvudmottagning

- öppet 5 dgr/veckan, erbjuder drop-in och tidsbokning
- egen lokal anpassad för UM
- kompetens på mottagningen med uppdrag att även vara en resurs för mindre mottagningar; barnmorska, kurator, psykolog, allmänläkare, gynekolog

Vid en huvudmottagning kan även andra yrkeskategorier finnas t.ex. psykoterapeut, sjuksköterska med vidareutbildning såsom psykisk hälsa, STI, andrologi och sexologi.

Basmottagning

- öppet minst 3 dgr/vecka, erbjuder drop-in och tidsbokning
- lokal anpassad för UM

- kompetens med uppdrag att även vara en resurs för mindre mottagningar; barnmorska, kurator, tillgång till psykolog och övriga kompetenser som finns vid huvudmottagningar, allmänläkare, tillgång till gynekolog

Närmottagning

- öppet minst en dag i veckan, erbjuder drop-in och tidsbokning.
- erbjuda lokaler som passar de unga
- kompetens ska minst bestå av barnmorska och kurator
- kan ske mobilt

Detta är lägsta nivå. Då läkarkompetens inte finns kan vid behov sker samverkan med annan ungdomsmottagning eller vårdcentral där den unge är listad.

7 Samverkan

Ungdomsmottagningens verksamhet förutsätter ömsesidig samverkan både lokalt och regionalt med andra aktörer som berörs i frågor om barn och ungdomars välbefinnande. Samverkan mellan ungdomsmottagning och aktörer som socialtjänst, hälso- och sjukvård, skola, folkhälsoråd och föreningsliv med flera är en förutsättning. För ungdomsmottagningens verksamhet bör samverkan och samordning prioriteras för att nå speciellt utsatta ungdomar.

8 Huvudmannaskap och samverkansavtal

Kommun och region har genom Socialtjänstlagen (SOL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ett befolkningsansvar. När det gäller ungdomsmottagningarna innebär detta ett gemensamt ansvar för psykisk hälsa, förebyggande, uppsökande och utåtriktade insatser för barn och ungdomar. Ungdomsmottagningen har genom sin lågtröskelprofil möjligheten att vara en resurs i att förebygga fysisk och psykisk ohälsa samt främja vuxenblivandet. Att samverka i ungdomsmottagningarna är en del av kommunernas och Västra Götalandsregionens gemensamma arbete med att minska skillnader i hälsa och socioekonomiska förutsättningar.

Huvudmannskapet för ungdomsmottagningen kan innehas av kommun, region eller privat vårdgivare. För att reglera och förankra varje ungdomsmottagning lokalt, skrivs avtal mellan respektive kommun och hälso- och sjukvårdsnämnd.

8.1 Lokala avtal

Lokala avtal bör innehålla:

- verksamhetens innehåll (t ex kompetenssammansättning, öppettider och tilläggsuppdrag)
- driftansvar (ledning, planering, uppföljning och redovisning av verksamheten)
- hälso- och sjukvårdsansvaret (om annan än Västra Götalandsregionen är driftansvarig)
- former för samverkan och ledning av verksamheten
- redogörelse för hantering då parterna inte är överens
- hänvisning till föreliggande inriktningsdokumentet som styrdokument för verksamheten
- finansiering

8.2 Ekonomisk fördelningsprincip i lokala avtal

Enligt ovan bör de lokala avtalen redogöra för samverkansparternas respektive finansiering för varje ungdomsmottagning. En princip på finansiell fördelning mellan parterna bör spegla

respektive parts ansvar och ambition. Varje avtalspart är suverän och kan genom förhandling komma överens om lämplig fördelning efter lokal anpassning
Syftet med en fördelningsprincip är att ge parterna stöd i den lokala dialogen.

En riktlinje för ekonomisk fördelningsprincip gällande region- och kommunersättning i de lokala samverkansavtalen om ungdomsmottagningar kan vara 75/25. En sådan fördelningsprincip grundas på respektive organisations ansvar, nyckeltal för bemanning samt ungdomsmottagningens uppdrag, enligt följande:

- **Uppdrag och åtagande.**
Ungdomsmottagningarnas uppdrag och åtagande beskrivs under punkten 5.3: ”Insatser på ungdomsmottagning”. Insatserna fördelas mellan ca 50 procent medicinskt uppdrag och ca 50 procent psykosocialt uppdrag.
- **Bemanning**
Måltal för bemanning beskrivs under punkt 6: ”Resursnivå”, och följer beskrivningen av ”Insatser på ungdomsmottagning”, det vill säga 50 procent medicinsk personal och 50 procent psykosocial personal.
- **Ansvar**
Västra Götalandsregionen ansvarar för medicinsk personal och uppdrag. Den psykosociala personalen och uppdraget är delat 50/50 mellan kommun och region.

Sammantaget ger beräkningarna ovan den finansiella fördelningsprincipen 75/25.

Kostnader för lokalhyra, laboratorie/provtagning, preventivmedel, tolk, verksamhetutvecklare, chef, IT, OH ingår i den totala finansieringen.

9 Avgifter

För besök hos hälso- och sjukvårdspersonal på ungdomsmottagning ska patientavgift erläggas i enlighet med beslut i Västra Götalandsregionen.

10 Verksamhetschef och medicinskt ledningsansvar

Verksamhetschef ska finnas för varje ungdomsmottagning. Verksamhetschefen ska svara för att verksamheten har en personal- och kompetensstruktur som tillgodoser god vårdkvalitet, hög patientsäkerhet och främjar kostnadseffektivitet. Den huvudman som är arbetsgivare ansvarar för att verksamhetschefen har kompetens för uppgiften och att medicinskt ledningsansvarig finns.

11 Dokumentation och kvalitetssäkring

Dokumentation ska ske enligt gällande lagstiftning. Arbetsuppgifterna avgör om dokumentation i patientjournalen ska ske. All personal oavsett huvudman som ger råd, stöd eller behandling individuellt är skyldiga att dokumentera i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen, eftersom ungdomen då är att betrakta som patient. I de fall personal anställda av kommunen utför arbetsuppgifter som rådgivning och samtal kring psykisk ohälsa, abortsamtal, STI-rådgivning etc. kan tillgång till patientjournalen säkerställas genom tecknandet av ett uppdragsavtal om tillgång till vårdgivarens vårddatasystem.

Ungdomar ska informeras om sekretessreglerna och på vilket sätt deras besök dokumenteras. Information ska lämnas på det sätt som anges i patientdatalagen och personuppgiftslagen.

12 Uppföljning och resultat

Ungdomsmottagningarna ska analysera och synliggöra verksamhetens kvalitet och resultat. Uppföljningen ska ske utifrån det som gäller i överenskommelser och/eller avtal. Besöks- och åtgärdsregistrering ska redovisas i regionens vårddatabas.

Kundenkäter ska redovisas och ungdomars synpunkter ska belysas och beaktas.

Uppföljning och resultat ska årligen redovisas för de samverkande parterna.

13 Utvecklingsarbete

Fortsatta utvecklingsarbeten behöver göras för ungdomsmottagningarna.

- Enhetlig avtalsmall för samtliga samverkansavtal inom Västra Götaland
- IT samt dokumentation ur juridisk synvinkel behöver klargöras
- Parterna behöver inom ramen för ungdomsmottagningarnas uppdrag kontinuerligt utveckla samverkan och anpassa sin verksamhet utefter målgruppens behov idag och framgent. Det kan gälla arbetsmetoder och tillgänglighet vid riktade nationella satsningar till ungdomsmottagningar mm

14 Referenser

Hälso- och sjukvårdslagen
Socialtjänstlagen
Skollagen

Abortlagen
Smittskyddslagen

Personuppgiftslagen 1998:204
Lag om behandling av personuppgifter inom socialtjänst 2001:454
Patientdatalagen 2008:355

Ledningssystem för kvalitet
SOSFS 2011:9

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar
FSUM Handbok och Riktlinjer, 2015

Meddelande 2

Från: Britt-Marie Gustafsson <britt-marie.gustafsson@vgregion.se>
Till: "kommun@essunga.se" <kommun@essunga.se>, "kommunen@falkoping.se" <kommun...>
Datum: 2017-02-08 11:18
Ärende: RF beslut om avtal hälso- och sjukvårdsansvaret
Bifogade filer: RF § 9-2017 Avtal h-o-s vårdavtal.pdf

För kännedom översändes här regionfullmäktiges beslut om avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.

Med vänlig hälsning
Britt-Marie Gustafsson
Nämndsekreterare
Styrelse & nämndsekretariat
Avdelningen Ärendesamordning & kansli
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen
Telefon: 010-441 01 42
Mobil: 0708-922 876
Epost: britt-marie.gustafsson@vgregion.se<mailto:britt-marie.gustafsson@vgregion.se>



Protokoll från regionfullmäktige, 2017-01-31

§ 9

Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland

Diarienummer RS 2016-00501

Beslut

1. Regionfullmäktige godkänner Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland, avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, med giltighet från den 1 april 2017 till den 31 december 2020. Avtalet ersätter nuvarande avtal som därmed upphör att gälla från och med den 1 april 2017.
2. Regionfullmäktige godkänner underavtalet Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk, med giltighet från den 1 april 2017 till den 31 december 2020. Underavtalet ersätter nuvarande överenskommelse som därmed upphör att gälla från och med den 1 april 2017.
3. Regionfullmäktige godkänner ändrad avtalstid i underavtalet Ramavtal om läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård, till samma avtalstid som Hälso- och sjukvårdsavtalet som är huvudavtal.

Sammanfattning av ärendet

Inför ny avtalsperiod för Hälso- och sjukvårdsavtalet har Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland genomfört en gemensam översyn av nuvarande avtal. Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och Västra Götalandsregionen har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt § 3 och § 18 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). För patienter som får kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan landstinget ansvarar för läkarresurser och övriga kompetenser.

Såväl sjukhusvården som primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården är i ständig förändring och utveckling. För att en patient med insatser från båda huvudmännen ska få en patientsäker, sammanhållen och en god vård med god kvalitet krävs en välfungerande samverkan mellan verksamheterna. Patientens perspektiv ska alltid sättas i första rummet. Alla medarbetare måste ha kunskap om Hälso- och sjukvårdsavtalet och dess underavtal och tillämpa dessa med fokus på patientnyttan.

En delprocess i översynen av Hälso- och sjukvårdsavtalet var att ta fram ett förslag till ny överenskommelse mellan parterna kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk. Målsättningen är att

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:



Protokoll från regionfullmäktige, 2017-01-31

överenskommelsen ska ge praktiskt stöd för samverkan mellan huvudmännen och deras företrädare. Förutom representanter från VGR och kommunerna har deltagare från brukarorganisationer deltagit i utarbetat förslag.

Beredning

En gemensam politisk styrgrupp har inrättats inför översynen av Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Förhandling enligt **MBL § 11** har avslutats i enighet med arbetsgivarens förslag den 5 december 2016.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har behandlat ärendet den 19 december 2016.

Regionstyrelsen har behandlat ärendet den 17 januari 2017 och för egen del, under förutsättning av regionfullmäktiges beslut, gett regiondirektören uppdraget att ta fram en kommunikations- och implementeringsplan som stöd för avtalens genomförande tillsammans med VästKom.

Yrkanden på sammanträdet

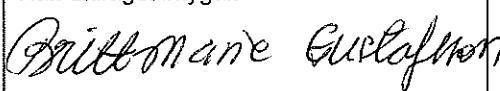
Jonas Andersson (L), Helén Eliasson (S), Kerstin Brunnström (S), Tony Johansson (MP), Eva Olofsson (V) och Inga-Maj Krüger (SD) yrkar bifall till regionstyrelsens förslag.

Beslutsunderlag

- Regionstyrelsens beslut 2017-01-17, § 1
- Tjänsteutlåtande daterat 2017-01-03.
- Förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal i Västra Götaland med bilaga
- Överenskommelse om samarbete mellan VGR och kommunerna kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk
- Ramavtal om läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut 2016-12-19, § 198
- Tjänsteutlåtande daterat 2016-11-30

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, hss@vgregion.se + underlag
Ann Söderström, hälso- och sjukvårdsdirektör för genomförande
Utförarstyrelserna inom hälso- och sjukvård – för kännedom och implementering + underlag
Marie Gustafsson, Ann-Marie Olhede och Barbro Hedin för vidarebefordran till vårdgivare med avtal med VGR – för kännedom - + underlag
Samtliga kommuner i Västra Götaland – för kännedom
VästKom – för kännedom
Tobias Nilsson
Rose-Marie Nyborg
Petteri Lackeus

Justerare: 	Justerare: 	Justerare: 	Rätt utdraget intygar: 
---	---	---	--



KF § 11
KS § 6

DNR KS 290/2016 711

Tillsyn över försäljning av receptfria läkemedel

Sammanfattning

Socialnämnden föreslår för kommunfullmäktige att uppdra åt nämnden att ansvara för kontrollen av försäljning av receptfria läkemedel enligt 20 § lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel.

Idag ansvarar bygg- och miljönämnden för dessa ärenden men såväl bygg- och miljöförvaltningen som socialförvaltningen ser samordningsvinster i att socialnämnden tar över ansvaret. Uppgiften skulle ingå i alkoholhandläggarens uppdrag. Nämndens alkoholhandläggare innehar detta uppdrag i övriga kommuner inom det kommunala samarbete som finns avseende alkoholhandläggning och har en god kunskap om uppdraget. Tillsynen kommer att ske i samband med att handläggaren gör tillsyn av folköl och tobak.

Hanteringen av receptfria läkemedel finns idag inte inskrivet i något reglemente. Förvaltningen föreslår därför att detta ska tas i beaktande vid nästa revidering av nämndernas reglementen.

Beslutsunderlag

Socialnämnden § 142/2016-11-29

Förslag till beslut

Socialnämndens förslag till beslut:

1. Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att uppdra åt nämnden att ansvara för kontrollen av försäljning av receptfria läkemedel enligt 20 § lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel.
2. Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att skriva in ansvaret för receptfria läkemedel vid nästa revidering av reglementena.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige

1. Kommunfullmäktige uppdrar åt socialnämnden att ansvara för kontrollen av försäljning av receptfria läkemedel enligt 20 § lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel.
2. Kommunfullmäktige skriver in ansvaret för receptfria läkemedel i socialnämndens reglemente.

I kommunfullmäktige frågar ordföranden om kommunstyrelsens förslag till beslut antas och finner att så sker.



Fortsättning KF § 11

KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Kommunfullmäktige uppdrar åt socialnämnden att ansvara för kontrollen av försäljning av receptfria läkemedel enligt 20 § lagen (2009:730) om handel med vissa receptfria läkemedel.
2. Kommunfullmäktige skriver in ansvaret för receptfria läkemedel i socialnämndens reglemente.

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande


 KF § 4
 KS § 2

DNR KS 091/2015 700

Svar på motion om införande av personligt ombud

Sammanfattning

Följande motion inkom 2015-04-01 från Elin Hegg (MP):

*"Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning
 Miljöpartiet de gröna i Herrljunga och Vårgårda föreslår att kommunen tillsammans med Vårgårda respektive Herrljunga kommun startar verksamheten med ett personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning.
 Gärna i samarbete med annan kommun med personliga ombud.*

Vi vet att många personer med psykiska funktionsnedsättningar far illa i samhället på grund av att de är en svag grupp som har svårt att framföra sina behov av vård och stöd från samhället. Detta gäller även för den målgruppen i Herrljunga och Vårgårda liksom i alla andra kommuner. En person som mår psykiskt dåligt har ofta en svag självkänsla eller har svårt med relationer som gör att de ofta står tillbaka med sina behov eller inte blir trodda. I ett citat från boken Personligt ombud skriven av FoU i väst säger en klient "Mitt största problem som jag upplever, är att ingen lyssnar på mig. Jag har känslan av att det jag har att säga, om mitt liv, om mina bekymmer, inte är någonting värt."

Personligt ombud har funnits först under en provotid från 1996 och permanentades 2000 i Sverige för att ge stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning i kontakt med myndigheter. En person med psykisk funktionsnedsättning har ofta behov av stöd från flera olika verksamheter och myndigheter och det har visat sig att den enskilde inte klarar att söka det stöd han eller hon behöver. Därför har Regeringen och Socialstyrelsen beslutat om att ge ett ekonomiskt stöd till de kommuner som inför personligt ombud på 302 400.- per ombud och år. Dessutom har Länsstyrelsen och Socialstyrelsen ansvar för utbildning och uppföljning av personligt ombud.

Exempel på inrapporterade brister för målgruppen ur Socialstyrelsens senaste uppföljning av verksamheten med personligt ombud är: dåligt bemötande och bristande kompetens och förståelse för målgruppens problematik från myndigheter. Brister i samverkan, både mellan förvaltningar inom kommuner men också mellan olika myndigheter. Problem för klienter att få försörjningsstöd för tandvård. Svårigheter i att synliggöra barn som bor med föräldrar med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning. Brist på gode män och förvaltare. För lite tillgång till boendestödjande insatser. Långa väntetider och bristfällig tillgång till läkare inom psykiatrin.



Fortsättning KF § 4

Fortsättning KS § 2

Dålig samordning mellan somatisk och psykiatrisk vård. Svår tillgänglig psykiatrisk öppenvård. Oro och osäkerhet kring Försäkringskassans regler om försörjning för målgruppen. Svårt att få tid hos Arbetsförmedlingen och klienter har svårt att förstå informationen som de får därifrån.

Miljöpartiet de Gröna föreslår härmed att kommunerna tillsammans i första hand gemensamt inrättar personligt ombud eller i andra hand var för sig."

Socialförvaltningen fick i uppdrag av nämnden att utreda möjligheterna till ett införande av personligt uppdrag.

Förvaltningen har varit i kontakt med Vårgårda kommun som idag har ett personligt ombud. Kommunerna kan gemensamt ha ett personligt ombud. Förvaltningen föreslår att nämnden beslutar om att införa personligt ombud på 50 % under en ettårsperiod. Utvärdering ska göras innan utgången av 2017 och presenteras för nämnden för beslut om kommunen ska fortsätta att erbjuda personligt ombud eller inte.

Beslutsunderlag

Socialnämnden § 143/2016-11-29

Förslag till beslut

Socialnämndens förslag till beslut:

1. Personligt ombud införs.
2. Förvaltningen får i uppdrag att genomföra en utvärdering av personligt ombud innan utgången av 2017.
3. Motion om inrättande av personligt ombud beviljas.

Elin Hegg (MP) föreslår att punkt två ersätts med: Förvaltningen får i uppdrag att genomföra en utvärdering av personligt ombud i samband länsstyrelsens utvärdering för 2017 som grund och kompletterar med kommunens egna frågeställningar.

Anette Rundström (S) bifaller Elin Hegg (MP) förslag till beslut.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut med Elin Hegg (MP) ändringsförslag antas och finner att så sker.

Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige

1. Personligt ombud införs.
2. Förvaltningen får i uppdrag att genomföra en utvärdering av personligt ombud i samband länsstyrelsens utvärdering för 2017 som grund och kompletterar med kommunens egna frågeställningar.
3. Motion om inrättande av personligt ombud beviljas.



Fortsättning KF § 4

I kommunfullmäktige frågar ordföranden om kommunstyrelsens förslag till beslut antas och finner att så sker.

KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Personligt ombud införs.
2. Förvaltningen får i uppdrag att genomföra en utvärdering av personligt ombud i samband länsstyrelsens utvärdering för 2017 som grund och kompletterar med kommunens egna frågeställningar.
3. Motion om inrättande av personligt ombud beviljas.



KS § 30

DNR KS 28/2017 109

Revidering av riktlinjer för kommunövergripande styrdokument

Sammanfattning

Kommunstyrelsen antog 2013-03-04, § 24, Riktlinjer för kommunövergripande styrdokument. Dokumentets giltighetstid är till 2017-03-01 och behöver därför aktualiseras. Sedan 2013 har en del lagförändringar gjorts som också motiverar en revidering av styrdokumentet, även vissa beslut tagna av kommunfullmäktige motiverar detta.

En tydlig definition av de olika styrdokumenten gör det lättare för verksamheten att ta till sig informationen och agera därefter. Tydligheten är även en förutsättning för att kunna följa upp att styrdokumenten har efterlevts. Att rätt nivå beslutar om respektive styrdokument skapar ökad rättssäkerhet och förtroende för dokumenten.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2017-02-02

Riktlinjer för kommunövergripande styrdokument

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- De reviderade riktlinjerna för kommunövergripande styrdokument antas.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Kommunstyrelsens beslut

1. De reviderade riktlinjerna för kommunövergripande styrdokument antas.

Expedieras till: Samtliga nämnder och förvaltningar

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande

DIARIENUMMER:	KS 28/2017 109
FASTSTÄLLD:	KS § 24/2013
VERSION:	2
SENAS T REVIDERAD:	2017-02-20
GILTIG TILL:	2021-04-01
DOKUMENTANSVAR:	Kanslichef

Riktlinje

Riktlinje för kommunövergripande styrdokument

Dokumentet gäller för samtliga förvaltningar



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehåll

Definition av styrdokument.....	3
Inledning.....	3
Kommunövergripande styrdokument	3
Övriga nämnder	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Herrljunga kommuns styrdokument	4
Tillgänglighet, utformning och revidering.....	6

Definition av styrdokument

Inledning

Styrdokumentens tydliga definition och beslutsnivå är en förutsättning för styrning och ledning av kommunen. En tydlig definition av de olika styrdokumenterna gör det lättare för verksamheten att ta till sig informationen och agera därefter. Tydligheten är även en förutsättning för att kunna följa upp att styrdokumenterna har efterlevts. Att rätt nivå beslutar om respektive styrdokument skapar ökad rättssäkerhet och förtroende för dokumenten.

Effektiv och relevant revision av styrdokumenterna förutsätter en tydlig definition av styrdokumenterna.

Kommunövergripande styrdokument

Kommunallagen är själva ramverket för en kommuns befogenheter. Utöver kommunallagen och annan lagstiftning styrs en kommun av ett antal styrande dokument som den själv har antagit.

Kommunens viktigaste övergripande styrdokument är reglementen och kommunfullmäktiges budget. Inom vissa områden är lagstiftningen starkt styrande för den verksamhet som en kommun bedriver och ställer där krav på att kommunen upprättar vissa styrdokument som exempelvis översiktsplan.

Kommunövergripande styrdokument är ett generellt dokument som berör alla nämnder och styrelser. Dokumenten ska vara styrande i sin utformning och beslutas av kommunfullmäktige, kommunstyrelsen, nämnder eller chef.

Denna text syftar till att definiera betydelse och beslutsnivå för respektive styrdokument som kommunen själv beslutar om.

Detta dokument är en riktlinje då det inte i detalj går att reglera alla styrdokument utan viss bedömning kan behöva göras.

Dokumentet är trots detta bindande och ska följas så långt det går utifrån dokumentets intentioner.

Herrljunga kommuns styrdokument

Alla dokument är bindande.

Styrdokument	Beslutsnivå	Revideras
Vision Vision anger ett framtida önskat tillstånd och kommunen har en gemensam vision som ska vara en ledstjärna för all kommunal verksamhet och visa på en gemensam färdriktning. (Ex Växtkraft 10 000 Utvecklingsplan för Herrljunga kommun fram till år 2020)	Kommunfullmäktige	Årtal anges på respektive dokument
Budget (och verksamhetsplan) Budget och verksamhetsplan är det viktigaste styrdokumentet för kommunen. Kommunens budgetarbete handlar om hur kommunen ska utvecklas och hur kommunens resurser ska fördelas. I budget anges även mål för respektive verksamhet.	Kommunfullmäktige	Årligen
Reglemente Får endast användas avseende kommunfullmäktiges delegation av ansvar till respektive nämnd och kommunstyrelsen.	Kommunfullmäktige	Vid behov
Strategi Strategin pekar ut handlingsinriktningar och långsiktiga mål, men går inte in på hur en praktiskt ska agera. Det återstår att tolka och bryta ner detta dokument i mera detaljerade skrivningar eller handlingar. Strategier behöver organisationen endast ha några få av eftersom de naturligt handlar om de stora sammanhangen.	Kommunfullmäktige	Vid behov
Policy En policy anger vilka värderingar och grunder som ska styra arbetet inom avgränsade områden. En policy innebär värderingar, principer, politik eller inriktning. En policy ska vara kortfattad. För att en policy ska fungera effektivt bör den sedan konkretiseras i andra styrdokument.	Kommunfullmäktige	Vid behov dock minst varje mandatperiod
Program Ett program är ett styrande dokument som ska bidra till uppfyllande av visionen och/eller budget och verksamhetsplan. Programmet talar om vad kommunen ska uppnå inom ett visst område. I programmet anges de övergripande prioriteringarna som ska göras inom en viss enskild verksamhet, eller inom ett område som berör många verksamheter. Programmet tar inte i detalj ställning till utförande, prioriteringar eller metoder. Programmet ska besvara frågan: Vad vill kommunen uppnå inom det här området under mandatperioden eller på längre sikt? Programmet ska ha en begränsad giltighetstid.	Kommunfullmäktige	Minst varje mandatperiod

Styrdokument	Beslutsnivå	Revideras
Plan En plan ska ange vad som ska uppnås inom ett visst område på en detaljerad nivå. Planen ska beskriva <i>önskade åtgärder</i> och ange <i>vem som ansvarar</i> för att åtgärderna genomförs, <i>när de ska vara genomförda</i> samt vilka <i>prioriteringar</i> som ska göras. Planen omsätter programmets inriktning till konkreta åtgärder, i de fall planen föregås av ett program. Planen ska ha en begränsad giltighetstid.	Kommunstyrelsen beslutar om kommunövergripande planer. En plan ska antas av kommunfullmäktige i de fall planen är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt. Nämnd kan upprätta en plan enligt det ansvar som fördelats genom reglementet, exempelvis skolplan.	Anges på dokumentet Ska vara begränsad. Minst årligen
Riktlinjer Riktlinjer avser främst frågor som rör ren verkställighet. Riktlinjer kan betraktas som en slags handbok som ska ange ramarna för vårt handlingsutrymme i en viss fråga. Riktlinjer kan ange både vad som ska uppnås och hur det ska uppnås. Syftet med riktlinjer är att reglera den befintliga verksamheten så att den bedrivs effektivt och med god kvalitet. Riktlinjer är trots detta bindande och ska följas så långt det går utifrån dokumentets intentioner.	Kommunstyrelsen beslutar om kommunövergripande riktlinjer. Riktlinjer som bara berör tjänstemannaorganisationen, det vill säga ren verkställighet kan beslutas av nämnd alternativt chef utifrån hur ansvaret reglerats i reglemente och delegeringsordning.	Vid behov
Föreskrift Detaljerade regler för hur en viss fråga ska hanteras utöver och med utgångspunkt i gällande lagstiftning. Regler anger absoluta normer för vårt agerande. De ska liksom lagtext vara tydliga och inte innehålla formuleringar som låter den enskilde göra egna tolkningar. Reglernas roll är att sätta gränser och förbjuda vissa beteenden. De är den mest konkreta formen av styrdokument. Fullmäktige upprättar föreskrifter för allmänheten, exempelvis beslutar fullmäktige om lokala föreskrifter enligt Ordningsslagen. Föreskrifter som har förvaltningsövergripande karaktär beslutar kommunstyrelsen om. Nämnder och förvaltningar beslutar själva om föreskrifter inom den egna förvaltningen. Stadgar är ett äldre begrepp för föreskrifter. Ordet lever kvar på områden där det har funnits kommunala regler under mycket lång tid, t.ex. torgstadga och ordningsstadga. Ett annat och mer modernt ord för stadgar är lokala föreskrifter.	Fullmäktige upprättar föreskrifter för allmänheten, exempelvis beslutar fullmäktige om lokala föreskrifter enligt Ordningsslagen. Föreskrifter som har förvaltningsövergripande karaktär beslutar kommunstyrelsen om. Nämnder och förvaltningar beslutar själva om föreskrifter inom den egna kompetensen enligt reglemente.	Vid behov, ex. lagförändringar.

Styrdokument	Beslutsnivå	Revideras
Regler Regler anger absoluta normer för vårt agerande. De ska liksom lagtext vara tydliga och inte innehålla formuleringar som låter den enskilde göra egna tolkningar. Reglernas roll är att sätta gränser och förbjuda beteenden.	Respektive nämnd/ ansvarig chef beroende på hur ansvaret reglerats i reglemente och delegeringsordning.	Vid behov
Rutiner Enklare grad av detaljerade anvisningar, och instruktioner för hur en viss fråga ska hanteras. Rutiner avser främst frågor rörande ren verkställighet. Rutiner är att betrakta som handböcker som anger ramarna för hur en viss fråga ska hanteras. Anvisningar och instruktioner mm samlas under den föreslagna officiella benämningen rutiner som ska användas.	Normalt anses rutiner, anvisningar och instruktioner vara en verkställighetsfråga, det vill säga beslutas av förvaltningschef. Kommunchef beslutar om kommunövergripande rutiner.	Vid behov

Tillgänglighet, utformning och revidering

Vid beslut om nytt styrdokument ska styrdokumentet finnas tillgängligt på kommunens externa eller interna webbplats. Vid publicering på hemsidan bör skillnad göras på rent interna dokument som rör personalfrågor och externa dokument som rör kommunens verksamhet

Förutom detta ska styrdokumentet:

- Följa Herrljunga kommuns grafiska profil – mallar finns på Komnet samt i det centrala ärendehanteringssystemet.
- Utvärderas och revideras vid behov.

Dokumentansvarig ansvarar för att styrdokumentet förs in i ~~dianet~~ det centrala ärendehanteringssystemet och att det tas bort från kommunens webbplats när det upphör att gälla.

Vid allt arbete med styrdokument ska ~~kansliet~~ administration- och kommunikationsenheten kopplas in för stöd med att säkerställa att dokumentet ur formell synvinkel uppfyller kraven och överensstämmer med riktlinjer för Herrljunga kommuns styrdokument.

Checklista för framtagande av styrdokument

För att kunna säkerställa att kommunens olika styrdokument får en bred förankring bland politiker och tjänstemän finns det ett par grundregler som gäller vid utformning och upprättande av styrdokument.

Att tänka på innan och under framtagandet av styrdokument:

1. Är ett styrdokument den bästa lösningen?
2. Blanda inte ihop exempelvis policy-formuleringar och riktlinjer i samma dokument. Finns behov skapa i så fall fler styrdokument utifrån indelningen ovan.
3. Varje beslut om styrdokument ska föregås av en tjänsteskrivelse som förklarar styrdokumentets behov och sammanhang. Tjänsteskrivelsen ska besvara bland annat följande frågor:
 - Vilken beslutsinstans ska ta beslut om styrdokumentet?
 - Behöver ett kommunövergripande dokument ut på remissrunda?
 - Finns det andra styrdokument som ska upphävas eller revideras, på grund av det nya styrdokumentet?
 - Vilken lagstiftning finns på det aktuella området? Om frågan är reglerad genom lagstiftning behövs kanske inget styrdokument, utan istället en anvisning av handbokskaraktär eller kanske en föreskrift till gällande lag.
 - Kostnadsberäkna styrdokumentet (ekonomiska konsekvenser).
4. De styrdokument som upprättas ska vara förenliga med överordnade dokument.
5. Vid formulerande av ett styrdokument (biläggs tjänsteskrivelsen) bör följande framgå:
 - Hur ska styrdokumentet benämnas?
 - Vilken giltighetstid ska dokumentet ha?
 - Skriv kort och tydligt – dokumenten ska präglas av enkelhet, tydlighet och kommunicerbarhet.
 - Ansvarsfördelningen ska vara tydlig. Det ska framgå vilka uppdrag som delas ut och vilka som är berörda av dem.
 - Hur ska dokumentet följas upp och när ska det följas upp?
6. Styrdokumentet ska även granskas utifrån ett jämställdhetsperspektiv:
 - Står jämställdhet utskrivet någonstans i texten?
 - Står det något om kvinnor, män, kön och genus?
 - Står det att verksamheten ska fungera likvärdigt för alla som verksamheten finns till för, oavsett kön?
 - Står det att ett jämställdhetsperspektiv ska genomsyra hela verksamheten?
 - Är kön utskrivet på målgrupper (medborgare, unga, klienter med mera) när det är relevant?
 - Finns särskilda mål för jämställdhet?
 - Framgår att måluppfyllelse ska redovisas utifrån kön?
 - Framgår att resultat och indikatorer ska följas upp på kön?
 - Redovisas statistik och resultat könsuppdelat?
 - Är den könsuppdelade statistiken beskriven i text och analyserad?