

Socialnämnden

Plats och tid Gröna rummet, Socialförvaltningen, Östhammar, kl. 10.00-16.00

Beslutande Enligt särskild närvarolista

Övriga deltagande Nämndsekreterare Fitim Kunushevc
§§ 35-39 Verksamhetschef Barn- och ungdomssektionen Anna Engqvist
§§ 33-34 Familjerättssekreterare Ing-Marie Hugg och Jenny Sundberg
§§ 31-53 Individ- och familjeomsorgschef Yvonne Wahlbeck
§§ 30-31, 40-53 Socialchef Håkan Dahlqvist, administrativ chef Torbjörn Nyqvist
och vård och omsorgschef Carina Kumlin
§ 45 Utredare Oskar Johansson
§ 46 HR-Generalist Gabriella Westerberg
§ 49 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Anette Frode
§ 53 Områdeschef VoO Johan Steinbrecher

Utses att justera Anna-Lena Söderblom (M) §§ 31-49, 51, 53
Julia Andersson (L) §§ 50, 52

Justeringens plats och tid Socialkontoret, Östhammar, 2019-03-13 kl. 15:00

Underskrifter Sekreterare

Omedelbart justerade paragrafer 33-34,
50, 52

Fitim Kunushevc

Ordförande

Lisa Norén (S)

Justera §§ 31-49,
51, 53

Anna-Lena Söderblom (M)

Justera §§ 50, 52

Julia Andersson (L)

ANSLAG/BEVIS

Organ

Justeringen har tillkännagivits genom anslag
Östhammars socialnämnd

Sammanträdesdatum

2019-03-13

Datum för anslags uppsättande

2019-03-13

Anslags nedtagande

2019-04-04

Förvaringsplats för protokollet

Socialkontoret, Östhammar

Underskrift

Fitim Kunushevc

Utdragsbestyrkande

Socialnämnden

Plats och tid Gröna rummet, Socialförvaltningen, Östhammar, kl. 10.00-16.00

Beslutande Enligt särskild närvarolista

Övriga deltagande Nämndsekreterare Fitim Kunushevc
§§ 35-39 Verksamhetschef Barn- och ungdomssektionen Anna Engqvist
§§ 33-34 Familjerättssekreterare Ing-Marie Hugg och Jenny Sundberg
§§ 31-53 Individ- och familjeomsorgschef Yvonne Wahlbeck
§§ 30-31, 40-53 Socialchef Håkan Dahlqvist, administrativ chef Torbjörn Nyqvist
och vård och omsorgschef Carina Kumlin
§ 45 Utredare Oskar Johansson
§ 46 HR-Generalist Gabriella Westerberg
§ 49 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Anette Frode
§ 53 Områdeschef VoO Johan Steinbrecher

Utses att justera Anna-Lena Söderblom (M) §§ 31-49, 51, 53
Julia Andersson (L) §§ 50, 52

Justerings plats och tid Socialkontoret, Östhammar, 2019-03-21 kl. 13:00

Underskrifter Sekreterare _____ Paragrafer 31-32, 35-49, 51, 53

Ordförande Fitim Kunushevc

Lisa Norén (S)

Justerande §§ 31-49,
51, 53

Anna-Lena Söderblom (M)

Justerande §§ 50, 52

Julia Andersson (L)

ANSLAG/BEVIS

Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ	Östhammars socialnämnd
Sammanträdesdatum	2019-03-13
Datum för anslags uppsättande	2019-03-21
Anslags nedtagande	2019-04-12
Förvaringsplats för protokollet	Socialkontoret, Östhammar

Underskrift

Fitim Kunushevc

Ärendelista

§ 31.	Tillkommande ärenden	4
§ 32.	Redovisning av delegationsbeslut.....	5
§ 33.	Väcka talan avseende tillsättande av särskilt förordnad vårdnadshavare	6
§ 34.	Väcka talan avseende tillsättande av särskilt förordnad vårdnadshavare	7
§ 35.	Övervägande vid hemlighållande av vistelseort	8
§ 36.	Övervägande av umgängesinskränkning.....	9
§ 37.	Övervägande av umgängesinskränkning.....	10
§ 38.	Övervägande av umgängesinskränkning.....	11
§ 39.	Övervägande vid hemlighållande av vistelseort	12
§ 40.	Information och anmälningsärenden februari och mars 2019.....	13
§ 41.	Ekonomisk uppföljning per januari och februari 2019	15
§ 42.	Nyckeltal för kvartal 4, 2018	16
§ 43.	Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut fjärde kvartalet 2018	17
§ 44.	Förteckning över delegationsbeslut i personalfrågor	18
§ 45.	Fastställande av internkontrollplan; Internkontroll 2019.....	19
§ 46.	Uppföljning; Systematiskt arbetsmiljöarbete till och med fjärde kvartalet 2018	20
§ 47.	KPMG granskning av personalförsörjning och planering av äldreomsorg.....	21
§ 48.	Verksamhetsberättelse VoO 2018.....	22
§ 49.	Patientsäkerhetsberättelse 2018	23
§ 50.	Svar på skrivelse angående oro kring uttalande från ledamot i socialnämnden om muslimer.....	24
§ 51.	Rapporter.....	25
§ 52.	Svar på skrivelse från tjänstemän på socialförvaltningen om socialnämndsledamots uttalande	26
§ 53.	Information om ekonomi och verkställighet inom vård och omsorg.....	28

§ 31. Tillkommande ärenden

Socialnämndens beslut

Socialnämnden fastslår ärendelistan.

Ärendebeskrivning

Följande ärenden läggs till dagordningen:

- Svar på skrivelse från tjänstemän på socialförvaltningen om socialnämndsledamots uttalande
- Information om ekonomi och verkställighet inom vård och omsorg

Dnr SN-2019-34	Dpl 904
Dnr SN-2019-35	Dpl 904
Dnr SN-2019-36	Dpl 904

§ 32. Redovisning av delegationsbeslut

Socialnämndens beslut

Redovisning av delegationsbeslut godkännes.

Ärendebeskrivning

Föreligger delegationslistor:

1. Arbetsutskottets protokoll 2019-02-20.
2. Beslut i vård- och omsorgsärenden 2019-02-01 t.o.m. 2019-02-28.
3. Beslut i individ- och familjeomsorgsärenden 2018-02-01 t.o.m. 2019-02-28.
4. Beslut i övriga ärenden registrerade 2019-02-01 t.o.m. 2019-02-28.

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Nämndsekreterare/utredare Fitim Kunushevci föredrar ärendet.

§ 33. Väcka talan avseende tillsättande av särskilt förordnad vårdnadshavare

§ 34. Väcka talan avseende tillsättande av särskilt förordnad vårdnadshavare

§ 35. Övervägande vid hemlighållande av vistelseort

§ 36. Övervägande av umgängesinskränkning

§ 37. Övervägande av umgängesinskränkning

§ 38. Övervägande av umgängesinskränkning

§ 39. Övervägande vid hemlighållande av vistelseort

Dnr SN-2019-12

Dpl 904

§ 40. Information och anmälningsärenden februari och mars 2019

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av informationen.

Ärendebeskrivning

Ärendet omfattar muntlig information från socialförvaltningens tjänstemän, skriftlig information som nämnden tar del av via sitt digitala arbetsrum och skriftlig information som omfattas av sekretess och som redovisas i pärm.

Ärendets behandling

Muntlig information från socialförvaltningens tjänstemän under arbetsutskottets sammanträde 2019-02-20:

- Inställt sammanträde gemensam nämnd för kunskapsstyrning på grund av att inplanerade beslutsärenden fortfarande är under beredning. Nytt datum kommer meddelas.
- Nytt samverkansavtal med kommunerna som samrådet HSVO har fått i uppdrag att arbeta fram.
- Samverkansträffar mellan barn- och utbildningsförvaltningen, kultur- och fritidsförvaltningen och socialförvaltningen. Första möte inplanerat måndag.
- Fortsatt arbete med lokalförsörjningsplan för socialförvaltningen.
- Möte med länsstyrelsen, där Östhammars kommun har fått beröm gällande framförhållning och probleminsikter i genomförd bostadsförsörjningsenkät.
- Fortsatt kvalitetsutvecklingsarbete inom individ- och familjeomsorgen.
- Minskning av utredningstider. Arbete framöver med konsulter. Ny konsult på försörjningsstöd
- Större koordinering inom öppenvården BoU. Uttalat behov av hemterapeut.
- Fortsatt arbete med avveckling av nuvarande HVB-verksamhet i egen regi.
- Förvaltningsövergripande budgetarbete inför 2020.
- Ekonomi i balans för VoO. Omställning av schema och organisation inom VoO.
- Positivt möte med fackorganisationerna och deras fortsatta involvering i det dagliga arbetsmiljöarbetet.
- Möte med Anhörigföreningen Edsvägen. Överenskommelse om att specialstudera avdelning för att bedöma hur det ser ut. Återkoppling i maj till Anhörigföreningen.
- Östhammars återansökan till vård- och omsorgscollege är inlämnad. Olika typer av avtal framtagna i samarbete med barn- och utbildningsförvaltningen.
- Kvinnojouren Freja har lämnat in ansökan om ekonomiska medel för 2019. Verksamhetsberättelse och revisionsberättelse 2018 inskickat. Kommer upp för beslut under socialnämndens sammanträde i april.

Socialnämnden

- Fortsatt arbete med revidering av dokumenthanteringsplanen. Kontakter har initierats med arkivarie och IFO samt VoO. Planerat att presenteras inför socialnämnden i april.
- Sammanträde mellan kultur- och fritidsnämndens, barn- och utbildningsnämndens och socialnämndens respektive arbetsutskott 3 april.

Dagens sammanträde

Muntlig information från socialförvaltningens tjänstemän:

- Organisationsförändringar inom socialförvaltningen. Ny organisationsskiss kommer presenteras framöver.
- Torbjörn Nyqvist är tillträdande administrativ chef och ersätter Eva Gryding.
- Fortsatt arbete med organisationsförändringar inom Vård och omsorg.
- Arbete med budget och genomgångar av tidigare genomförda beslut inom IFO.
- Rekryteringsarbete med socionomer fortskrider.

Skriftlig information som nämnden tar del av via sitt digitala arbetsrum:

1. Socialnämndens studiedag 2019-01-28
2. Presentation verksamhetsberättelse 2018
3. Beslut KS 2019/§ 20. Yttrande om laglighetsprövning utbyggnad av nya platser i särskilt boende
4. Yttrande om laglighetsprövning utbyggnad av nya platser i särskilt boende
5. Socialtjänstens framtidsfrågor 2019-02-14 - Program
6. Att leda med tillit inom socialtjänsten - fungerar det i praktiken? 2019-02-28 - Program
7. Mötesanteckningar Trygg i Östhammars kommun 15 februari 2019
8. Protokoll samverkansgrupp socialförvaltningen
9. Beslut KS 2019/§ 6 Mål och riktlinjer för kommunen med arbetet att förverkliga den reviderade "Lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk"
10. Beslut KS 2019/§ 30 Skrivelse från Anhörigföreningen Edsvägen 16 angående ekonomiska villkor för verksamheten vid äldreboendet Edsvägen 16
11. Beslut KS 2019/§ 64 Samverkansöverenskommelse mellan Polisen och Östhammars Kommun för tiden 2019-01-01 till 2021-12-31
12. Program 11 mars utbildning förtroendevalda

Skriftlig information som omfattas av sekretess och som redovisas i pärm:

- Domar från Förvaltningsrätten i Uppsala:
 - o Förvaltningsrätten i Uppsala bifaller Socialnämnden i Östhammars kommuns ansökningar om vård med avl och §§ LVU.
 - o Förvaltningsrätten i Uppsala avslår överklagan om bistånd i form av ekonomiskt bistånd för juli 2018 enligt socialtjänstlagen (2001:453) SoL.
 - o Förvaltningsrätten i Uppsala avslår överklagan om bistånd i form av ekonomiskt bistånd för april 2018 enligt socialtjänstlagen (2001:453) SoL.

Muntlig föredragning

Socialchef Håkan Dahlqvist, vård och omsorgschef Carina Kumlin och individ- och familjeomsorgschef Yvonne Wahlbeck föredrar ärendet.

Dnr SN-2019-43

Dpl 042

§ 41. Ekonomisk uppföljning per januari och februari 2019

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av redovisningen.

Ärendebeskrivning

Redovisas ekonomisk uppföljning per januari och februari 2019.

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Socialchef Håkan Dahlqvist och administrativ chef Torbjörn Nyqvist föredrar ärendet.

Dnr SN-2018-129

Dpl 701

§ 42. Nyckeltal för kvartal 4, 2018

Socialnämndens beslut

Socialnämnden godkänner redovisningen. (Bilaga 1)

Ärendebeskrivning

Föreligger nyckeltal för individ- och familjeomsorgen, handläggning vård och omsorg samt närvårdsenheten, kvartal 4, 2018.

Beslutsunderlag

- Nyckeltalsstatistik för kvartal 4, 2018

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Vård och omsorgschef Carina Kumlin och individ- och familjeomsorgschef Yvonne Wahlbeck föredrar ärendet.

Dnr SN-2018-130

Dpl 701

§ 43. Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut fjärde kvartalet 2018

Socialnämndens beslut

Statistikrapporten överlämnas till kommunfullmäktige. (Bilaga 2)

Ärendebeskrivning

Enligt 16 kap § 6 Socialtjänstlagen (SoL) ska socialnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till fullmäktige över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden ska vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller och hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller för beslut som inte verkställs på nytt efter avbrott i verkställigheten. Det ska också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män. Enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 28h gäller en motsvarande rapporterings-skyldighet för beslut om insatser enligt 9 § LSS.

Beslutsunderlag

- Statistikrapport av ej verkställda gynnande beslut fjärde kvartalet 2018.

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Vård och omsorgschef Carina Kumlin och individ- och familjeomsorgschef Yvonne Wahlbeck föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

Dnr SN-2019-53

Dpl 029

§ 44. Förteckning över delegationsbeslut i personalfrågor

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av sammanställningen och överlämnar den till kommunstyrelsen.

Ärendebeskrivning

Enligt kommunallagen ska delegerade beslut återrapporteras. Därför ska en sammanställning över de anställningar som skett överlämnas till kommunstyrelsen. Under perioden 2018-08-01 till 2018-12-31 har 39 personer anställts i Socialförvaltningen.

Beslutsunderlag

- Tillsvidareanställningar under perioden 2018-08-01–2018-12-31

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Socialchef Håkan Dahlqvist föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Dnr SN-2019-54

Dpl 701

§ 45. Fastställande av internkontrollplan; Internkontroll 2019

Socialnämndens beslut

Socialnämnden fastställer interkontrollplanen för 2019. (Bilaga 3)

Ärendebeskrivning

I kommunallagen anges att nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Socialnämnden antar årligen en internkontrollplan där kontrollområden och kontrollfrekvens anges.

Föreligger förslag till internkontrollplan för 2019.

Beslutsunderlag

- Förslag till internkontrollplan 2019
- Tjänsteutlåtande

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Utredare Oskar Johansson föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Administrativ chef Torbjörn Nyqvist
Socialförvaltningens ledningsgrupp

Dnr SN-2018-128

Dpl 701

§ 46. Uppföljning; Systematiskt arbetsmiljöarbete till och med fjärde kvartalet 2018

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av informationen. (Bilaga 4)

Ärendebeskrivning

Föreligger uppföljning av socialförvaltningens arbetsmiljöarbete till och med fjärde kvartalet 2018.

Beslutsunderlag

- Rapport systematiskt arbetsmiljöarbete kvartal 4 2018

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

HR-Generalist Gabriella Westerberg föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

HR-Generalist Gabriella Westerberg
Socialförvaltningens ledningsgrupp

Dnr SN-2018-221

Dpl 007

§ 47. KPMG granskning av personalförsörjning och planering av äldreomsorg

Socialnämndens beslut

Socialnämnden beslutar att uppdra till socialförvaltningen vidta de åtgärder som kommunrevisionen rekommenderat i uppföljningen. (Bilaga 5)

Ärendebeskrivning

KPMG har på uppdrag av kommunens revisorer genomfört en uppföljning av de revisionsrapporter som genomfördes under revisionsår 2016. Uppdraget ingår i revisionsplanen för 2018.

KPMG:s bedömning är att kommunen arbetat aktivt med rekommendationer som lämnades i samband med tidigare granskningar. Kommunen ska utvärdera dessa åtgärder för att se om de gett önskad effekt, samt säkerställa att ändamålsenliga åtgärder har vidtagits utifrån varje rekommendation.

Beslutsunderlag

- Reviderad revisionsgranskning
- Tjänsteutlåtande

Ärendets behandling

Under arbetsutskottets sammanträde 2018-11-21 kom ärendet upp på dagordningen, men eftersom reviderad revisionsgranskning inte hade inkommit ännu utgick ärendet.

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Vård och omsorgschef Carina Kumlin föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Dnr SN-2019-55

Dpl 042

§ 48. Verksamhetsberättelse VoO 2018

Socialnämndens beslut

Ärendet bordläggs och återupptas på socialnämndens sammanträde 2019-04-10.

Ärendebeskrivning

Föreligger verksamhetsberättelse för vård och omsorg 2018.

Beslutsunderlag

- Verksamhetsberättelse 2018

Beslutet skickas till

Vård och omsorgschef Carina Kumlin
Områdeschefer vård och omsorg

Dnr SN-2019-56

Dpl 738

§ 49. Patientsäkerhetsberättelse 2018

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av patientsäkerhetsberättelsen för 2018. (Bilaga 6)

Ärendebeskrivning

Varje vårdgivare är skyldig att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL 3 kap. 10 §. Patientsäkerhetsberättelsen syftar bland annat till att säkerställa att rutiner finns för att identifiera och analysera och vidta åtgärder mot risker i vården, samt att ge vårdgivaren kontroll över det patientsäkerhetsarbete som pågår i verksamheten. Riktlinjer och rutiner ses över och revideras årligen för att åstadkomma detta.

Föreligger patientsäkerhetsberättelse för 2018.

Beslutsunderlag

- Patientsäkerhetsberättelse 2018

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Anette Frode föredrar ärendet.

Beslutet skickas till

Vård och omsorgschef Carina Kumlin

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Anette Frode

Dnr SN-2019-63

Dpl 709

§ 50. Svar på skrivelse angående oro kring uttalande från ledamot i socialnämnden om muslimer

Socialnämndens beslut

Socialnämnden antar förslag till svar på skrivelse. (Bilaga 7)

Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Jäv

På grund av jäv deltar inte Anna-Lena Söderblom (M) i handläggningen av detta ärende.

Ärendebeskrivning

Ett familjehem under utredning har inkommit med en skrivelse till socialnämnden angående ett uppmärksammat uttalande från en ledamot i socialnämnden om muslimer. I skrivelsen uttrycker familjehemmet oro och obehag för att deras utredning kan komma att påverkas av de värderingar och den människosyn som förmedlades fram från socialnämndsledamotens Facebooksida.

Beslutsunderlag

- Inkommen skrivelse/synpunkt
- Socialnämndens svar på inkommen skrivelse/synpunkt

Beslutet skickas till

Person som lämnat skrivelsen
Socialchef Håkan Dahlqvist
Nämndsekreterare/utredare Fitim Kunushevci

Dnr SN-2019-7

Dpl 904

§ 51. Rapporter

Ingeborg Sevastik (V) rapporterar från kvinnojouren Frejas årsmöte 2019-02-12.

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av rapport.

Dnr SN-2019-63

Dpl 709

§ 52. Svar på skrivelse från tjänstemän på socialförvaltningen om socialnämndsledamots uttalande

Socialnämndens beslut

Socialnämnden antar förslag till svar på skrivelse. (Bilaga 8)

Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Jäv

På grund av jäv deltar inte Anna-Lena Söderblom (M) i handläggningen av detta ärende.

Ärendebeskrivning

Tjänstemän från socialförvaltningen har inkommit med en skrivelse 2019-03-04 till socialnämnden angående ett uppmärksammat uttalande från en ledamot i socialnämnden om muslimer. I skrivelsen vill tjänstemännen få svar på om det är möjligt för socialnämnden att utesluta ledamoten från arbetsutskottet och i sådana fall, om detta ska göras. Vidare vill man ha svar på hur socialnämnden ställer sig till ledamotens uttalande och vad som görs för att tjänstemän och kommuninvånare får kännedom om socialnämndens inställning.

Beslutsunderlag

- Inkommen skrivelse
- Socialnämndens svar på inkommen skrivelse/synpunkt

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Socialchef Håkan Dahlqvist föredrar ärendet.

Yrkanden

Majoritetsgruppen yrkar på ett tillägg i svar till skrivelse under sista meningen andra stycket. Tillägget lyder enligt följande formulering: Förtroendet för enskild förtroendevald person är en fråga för den enskildes politiska parti.

Socialnämnden

Propositionsordning

Ordförande Lisa Norén (S) ställer proposition på yrkandet och finner att socialnämnden beslutar att bifalla tilläggsyrkandet.

Protokollsanteckning

Oppositionsgruppen (M, KD, L och SD) yttrar sig i sakfrågan enligt följande: Socialnämnden är en del av den demokratiskt valda organisationen i Östhammars kommun. Det är partierna som föreslår ledamöter till nämnderna och fullmäktige utser desamma. Ett förtydligande från förvaltningscheferna gällande uppdraget som tjänsteman i förhållande till politisk nämnd bör vara en konsekvens av denna skrivelse.

Beslutet skickas till

Tjänstemän som lämnat skrivelsen
Socialchef Håkan Dahlqvist
Nämndsekreterare/utredare Fitim Kunushevci
Kommunikationsavdelningen

Dnr SN-2018-197

Dpl 730

§ 53. Information om ekonomi och verkställighet inom vård och omsorg

Socialnämndens beslut

Socialnämnden godkänner redovisningen.

Ärendebeskrivning

Redovisning och beskrivning av aktiviteter och åtgärder inom området hemtjänst, med anledning av det ekonomiska läget. Information om nuläge, målbild och aktiviteter för att nå målbild ekonomi i balans.

Föreligger sammanställning av information om hemtjänsten. Redovisas pågående arbete inom verksamheten inom Edsvägen 16 (särskilt boende, hälso- och sjukvård samt hemtjänst).

Dagens sammanträde

Muntlig föredragning

Områdeschef vård och omsorg Johan Steinbrecher föredrar ärendet.

Socialnämnden

Närvarande

Ja	Nej
-----------	------------

Tjänstgörande ersättare

Ärenden: Ärenden:

Ja	Nej	Avstår	Ja	Nej	Avstår
----	-----	--------	----	-----	--------

[illegible]

Verksamhetens nyckeltal

Socialnämnden, Kvartal 4 2018

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	3
2 Statistik.....	4

1 Sammanfattning

Utredningstid över fyra månader på BoU fortsätter att minska successivt. Ärenden där det misstänks att barn bevittnat eller utsatts för våld ökar.

Antal barn i HVB har minskat under kvartalet.

Antal placeringar på institutionsvård missbruk är lågt, satsning sker på öppenvård. Antal placeringar inom socialpsykiatri har varit stabil under en längre tid. Boendestöd ökar vilket bland annat beror på förändring i riktlinjer.

Någon markant förändring har inte skett inom äldreomsorgen. Finns ett ökat behov av demensplatser. Omvårdnadsplatser har omvandlats till demensplatser 2018 men fler kommer behövas.

Beläggningsgraden för LSS-boende har ökat. Det finns flera överkända beslut. Ytterligare ett serviceboende och en gruppboende kommer behövas för att täcka behovet. Inga större förändringar vad gäller personlig assistans.

Under år 2018 har det förskrivits mer HUL-hjälpmedel jämfört med samma period 2017. Dock blev kostnaderna 2018 lägre än mot 2017. Detta beror på att mycket HUL-hjälpmedel har skrotats under 2017 och det köptes in mycket nya produkter sista kvartalet 2017.

På närvårdsenheten är det inga större förändringar gällande beläggning, antal vård dagar har ökat något. Ökad bruttokostnad dock har personalkostnaderna minskat under samma period.

2 Statistik

IFO BoU

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Utredningstid >4 mån	64	51	49	47	33	
Antal placeringar vid kvartalets slut:						
Familjehem	13	10	13	14	17	
Konsulentstödda familjehem	9	8	11	8	8	
HVB		4	5	8	4	
Snittkostnad per vård dygn:						
Familjehem		754	654	679	688	
Konsulentstödda familjehem		1 910	1 886	2 425	1 900	
HVB		3 539	5 333	4 555	5 249	

Kommentar

Antalet utredningar längre än fyra månader minskar successivt. Vid periodens slut finns 9 pågående utredningar längre än fyra månader varav en utredning har beslut om förlängd utredningstid. Det bedrivs ett aktivt arbete för att få ner antalet utredningar, inflödet av nya utredningar är fortfarande stort. Ärenden där det misstänks att barn bevittnat eller utsatts för våld ökar. Flera omhändertagande enligt LVU har gjorts under perioden. Antalet barn i HVB har minskat under kvartalet, dygnskostnaden är hög, bl.a. beroende på en placering på SIS-institution. En barn/förälder-placering i konsulentstöttat familjehem har avslutats under perioden vilket medfört att dygnskostnaden har minskat. Under perioden har en genomlysning påbörjas av samtliga placeringar utifrån kostnad, behov och insatsens genomförande.

IFO Ensamkommande barn och unga

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Antal placeringar vid kvartalets slut:						
Familjehem	9	6	7	7	9	
Konsulentstödda familjehem	13	10	6	6	3	
HVB		28	24	19	16	
Snittkostnad per vård dygn:						
Familjehem		856	870	870	760	
Konsulentstödda familjehem		2 076	1 912	1 927	1 875	
HVB		2 078	2 235	2 133	2 844	

Kommentar

Antalet placerade barn fortsätter att minska successivt. Vid periodens slut var det totalt 28 barn. Två HVB-placeringar är externa varav en avser placering enligt LVU. I antalet HVB-placeringar ingår också stödboende. Omställningen från HVB-placeringar i egen regi till stödboende har genomförts.

IFO Vuxen

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Antal placeringar:						
Institutionsvård/Missbruk	0	1	1	1	3	
-Snittkostnad per dygn	0	1 763	1 530	1 530	1 652	
InstitutionsvårdPsykiatri	6	6	5	4	4	
-Snittkostnad per dygn	1 799	1 799	1 742	1 697	1 697	
Familjehem	0	0	0	0	0	
-Snittkostnad per dygn	0	0	0	0	0	
Antal hushåll med ekonomiskt bistånd	110	107	96	96	110	
-Snitt betalt per hushåll under kvartalet	16 136	15 105	14 813	14 344	15 964	
Antal personer med Boendestöd	68	67	64	71	73	

Kommentar

Antalet placeringar på institutionsvård missbruk är lågt då det satsas på öppenvård och att öppenvård tillämpas i första hand. Öppenvård erbjuds i form av 12-stepsprogram, återfallsprevention och individuella samtal. Arbetet med anhörigstöd har kommit igång. Antalet placeringar inom socialpsykiatri har varit stabil under en längre tid. Syftet med vården har i flera fall uppnåtts och dessa personer är nu placerade på grund av att det saknas någon annan boendelösning. Boendestödet ökar, förändring i riktlinjer och samarbetet med vård och omsorg har nu resulterat i att nio personer har fått beslut om boendestöd genom vård och omsorg. Ekonomiskt bistånd har ökat något jämfört med föregående kvartal men har minskat i jämförelse med samma kvartal föregående år. Under perioden konstateras att antalet ärenden med våld i nära relationer ökar vilket är både tidskrävande och kostnadskrävande.

VoO Äldreomsorg

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Antal personer i ordinärt boende med Hemtjänstbeslut	483	494	545	510	505	
Beviljad tid hemtjänst	38 750	36 509	31 997	37 243	36 020	
Utförd tid hemtjänst		17 976	25 159	27 558	27 792	
Belägningsgrad SäBo, kvartalets slut		97	91	100	97	
Väntetid SäBo, dagar		17	21,5	18	17	

Kommentar

Viss ökning av antal personer med hemtjänst har skett sedan kvartal 4 2017. Den beviljade tiden har minskat sedan kvartal 4 2017. Belägningsgrad och väntetid till särskilt boende har legat på ungefär samma nivå under 2018. Någon markant förändring har inte skett inom äldreomsorgen. Behovet av demensplatser ökar. Sju omvårdnadsplatser har omvandlats till demensplatser under 2018 men fler kommer att behövas.

VoO Funktionshinder

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Beläggningsgrad, LSS boende, vid kvartalets slut	100	90	100	117	123	
DV, antal brukare		92	98	102	104	
- Egen regi		79	83	89	90	
-LOV		13	13	13	14	
P-ass LSS						
-personer		5	6	8	7	
-timmar		5 723	5 702	6 993	7 087	
P-ass SFB						
Antal ärenden vid kvartalets slut		22	22	22	21	
-varav utförs av egen regi		10	10	10	9	

Kommentar

Beläggningsgraden för LSS-boende har ökat. Vi har flera överkända beslut och kommer att behöva ytterligare ett serviceboende och en gruppboende för att täcka behovet.

En viss ökning av antalet deltagare i daglig verksamhet har skett. Störst ökning inom egen regi (11 personer).

Inga större förändringar har skett vad gäller personlig assistans. Försäkringskassan har gjort en förändring i sin bedömning av personlig assistans som gjorde att vi förväntade oss att kommunen skulle få fler ärenden. Förändringen har dock inte lett till förväntad effekt.

VoO Hjälpmedel

	Kvartal 4, 2017	Kvartal 1, 2018	Kvartal 2, 2018	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Procentuell förändring/år
Kostnad för A-hjälpmedel	1 125 019	343 881	877 485	661 262	400 458	
-antal föreskrivningar		89	98	112	187	
Kostnad för B-hjälpmedel	424 777	380 790	373 681	311 522	115 942	
-antal föreskrivningar		648	530	372	432	

Kommentar

Hjälpmedelsverksamhetens underskott förväntas bli 1,3 miljoner kronor under år 2018. Enligt senaste rapport från HUL har de ett underskott på 2,3 miljoner kronor vilket kommer att debiteras kommunerna inom HUL-samarbetet. Kommunerna kommer att debiteras utifrån 2018 års fördelningsnyckel, vilket för Östhammars kommun innebär 6,38 % av den totala summan, totalt 187 tkr. Detta har inte räknats med i prognosen för hjälpmedelsverksamheten 2018. Analys från HUL gällande deras underskott beror främst på ett stort sortiment på lagervaror och en ökad sänghantering.

Under år 2018 har det föreskrivits 5 % mer HUL-hjälpmedel jämfört med samma period 2017. Inköp av HUL-hjälpmedel 2018 blev dock 637 tkr lägre mot år 2017 vilket beror på att mycket HUL-hjälpmedel har skrotats under 2017 och det köptes in mycket nya produkter sista kvartalet 2017. Nya produkter som köps in och sedan säljs till annan kommun har också ett högre andrahandsvärde vilket innebär att även hjälpmedlen som Östhammar köper på begagnatmarknaden har ett högre inköpspris. Under år 2019 kommer kommunerna se över skrotningsrutinen tillsammans med HUL.

Mer skrotning av HUL-hjälpmedel innebär även högre intäkter, eftersom vi inte bara köper utan också säljer nyare produkter till övriga kommuner. Intäkterna förväntas därmed bli högre än vad vi lagt prognos för. Redan sista september i år uppfyllde verksamheten den prognostiserade intäktsbudgeten, och prognosen för året är intäkter på 1,7 miljoner kronor vilket är ca 400 000 kr mer än förväntat.

En annan anledning till ökade hjälpmedelskostnader är att under år 2017 och 2018 har nya upphandlingar inom de flesta produktområden skett, se bilaga 1. Utbudet av hjälpmedel inom vissa produktområden har även utvidgats för att kunna tillgodose fler individers behov. Även uppfylla Patientlagen (2014:821) som säger att den enskilde ska ges möjlighet att välja det alternativ den enskilde föredrar, om det finns flera alternativ tillgängliga som fyller den enskildes behov och kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat. Nytt sortiment, speciellt av HUL-hjälpmedel, innebär även ökade kostnader av tillbehör och reservdelar. När det gäller K-hjälpmedel så har vi jämfört antalet nyinköp av rollatorer (nytt avtal fr.o.m. 1/9 2017) och dynor (nytt avtal fr.o.m. 1/7 2017) vilka förmodas vara produktområden som kan föranleda ökade kostnader. Under år 2018 ökade kostnaderna för K-hjälpmedel med cirka

100 000 kr per kvartal jämfört med 2017. Kvartal 4 har dock betydligt lägre kostnader för K-hjälpmedel i jmf med kvartal 4 2017 då det efter skrotning av hjälpmedel fanns behov av nyinköp.

En aktivitet för 2019 är att se över lagret i hjälpmedelsförrådet (K-hjälpmedel) i syfte att minska antalet lagervaror och istället öka antalet beställningsvaror. Det för att minska förrådets lagersaldo. Lagervärde för K-hjälpmedel: 474.658 kr och lagervärde för HUL-hjälpmedel: 631.214 kr, totalt lagervärde 1.105.872 kr.

Tyvärr är statistik för antal förskrivna K-hjälpmedel fortfarande inte fullt tillförlitlig även om det blivit mycket bättre de senaste åren. Vi kan därför inte utifrån statistiken utläsa om antalet förskrivna K-hjälpmedel har ökat vilket skulle kunna vara en anledning till ökade kostnader. I Uppsala har man t.ex. sett en trend av att antalet förskrivningar av rollatorer och dynor ökat för varje år. Under år 2019 kommer vi tillsammans med förskrivarna fortsätta arbeta med målet att samtliga förskrivna hjälpmedel ska registreras i Förskrivarportalen vilket skulle innebära bättre underlag för statistik.

Nya upphandlingar sker via HUL var fjärde år, se tabell nedan. Under år 2017 och 2018 har det genomförts nya upphandlingar inom nästan alla hjälpmedelskategorier. Genom att planera budget efter kommande upphandlingar framöver kan vi lägga bättre prognoser för hjälpmedelsverksamheten. Även genom att planera efter aktuell skrotningsrutin. T.ex. skrotas manuella rullstolar efter tio år och aktivrullstolar efter 7 år (enligt nuvarande skrotningsrutin). Detta infördes under 2017 vilket innebär att vi bör kunna förvänta oss ökade kostnader av manuella rullstolar igen år 2027 och aktiva rullstolar år 2024. Även ökade intäkter åren därefter.

Närvårdsenheten

Närvårdsenheten	Kvartal 3, 2018	Kvartal 4, 2018	Kvartal 4, 2017
Bruttokostnad tkr	5 377	5 719	4 756
Personalkostnad tkr	4 480	3 970	3 719
Beläggning, procent	88	80	85
Totalt antal personer	132	142	153
SoL	10	0	24
HSL	122	142	129
Totalt antal vård dagar	1 104	1 328	1 245
SoL	259	0	481
HSL	845	1 328	764
Kostnad per vård dag	4 188	4 306	3 820
Medelvärde vård dag	8,4	9	8,1
SoL	25,9	0	20
HSL	6,9	9	6
Median vård dagar	6	7	6
SoL	20	0	19
HSL	6	7	5
Antal inskrivningar	122	126	153
Från eget boende	122	126	135
via husläkare	60	72	56
via akutmottagning	51	54	67
via SAH	1	0	2
via biståndsbeslut	8	0	10
Från sjukhus	2	0	13
Från SäBo	0	0	3
Inom enheten	0	0	2
från SoL till HSL	0	0	-
från HSL till SoL	0	0	2

Antal utskrivna	116	136	150
till eget boende	80	102	88
till sjukhus	11	10	20
till SäBo	11	9	21
till kommunens korttidsenhet	3	5	7
Inom enheten	11	10	3
från SoL till HSL	1	0	1
från HSL till SoL	0	0	2
Avliden	10	10	8

Kommentar

Jämfört med kvartal 3 2018 är det inga större förändringar gällande beläggning i %, antal vård dagar ökat något.

Bruttokostnaden ökat jämfört med kvartal 3, personalkostnaderna minskat under samma period. Svårigheter att rekrytera sjuksköterska främst till natten, har under hösten haft en vakant nattjänst.

Har under hösten hyrt in sjuksköterska från bemanningsföretag för att klara av att bemanna natten med sjuksköterska.

Enligt nya avtalet som trädde i kraft den 1 juli 2018 har biståndshandläggaren inte rätten att besluta om inläggning enligt SoL-beslut. Beslut om inläggning fattas av närvårdenhetens läkare, primärvårdens läkare eller mobila närvårdsteam, verksamheten har idag endast HSL-platser.

Arbetet med att ta fram nya nyckeltal påbörjats och kommer att kunna redovisas från och med kvartal 2 2019.

Statistikrapport av ej verkställda beslut

Socialnämnden, Kvartal 4 2018

Innehållsförteckning

1 Statistikrapport av ej verkställda beslut	3
---	---

1 Statistikrapport av ej verkställda beslut

Socialförvaltningens förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår socialnämnden besluta att överlämna redovisningen till fullmäktige

Beslutsfattare/delegat: Socialnämnden

Bakgrund

Enligt 16 kap § 6 h Socialtjänstlagen (SoL) skall socialnämnden kvartalsvis lämna en statistikrapport till fullmäktige över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Nämnden skall vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut. Samma rapporteringsskyldighet gäller för beslut som inte verkställs på nytt efter avbrott i verkställigheten. Det skall också framgå hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller bistånd till kvinnor respektive män.

Enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 28h gäller en motsvarande rapporteringsskyldighet för beslut om insatser enligt 9 § LSS.

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

LSS Beslut

Beslutsdatum/Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte verkstälts	Vidtagna åtgärder	Kön
2016-05-03	9.9 § Bostad för vuxna	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet	Erbjudet 180828 och 181010	Man
2018-05-03	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad		Man
2018-06-27	9.3 § Ledsagarservice	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Frånsagt sig beviljad insats, avslutat 181210	Kvinna
2018-04-24	9.9 § Bostad för vuxna	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet	Erbjudet 180613	Man
2018-04-24	9.10 § Daglig verksamhet	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet	Erbjudet 180613	Man
2018-05-28	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad		Man
2018-05-15	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad		Man
2018-07-26	9.9 § Bostad för vuxna	Resursbrist, t ex saknar ledig bostad		Man
2018-06-19	9.4 § Kontaktperson	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet	Erbjudet 180619 och 181106	Man
2018-05-03	9.4 § Kontaktperson	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Man

SoL Beslut

Beslutsdatum/Avbrott	Beslut	Orsak till att beslutet inte verkställts	Vidtagna åtgärder	Kön
2018-05-31	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181101	Kvinna
2018-06-19	Kontaktperson (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181106	Man
2017-11-14	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181001	Kvinna
2017-12-08	Kontaktperson (OF)	Den enskilde har tackat nej till erbjudandet	Erbjudet 180924	Man
2018-09-04	Kontaktfamilj (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Man
2018-09-04	Kontaktfamilj (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Man
2018-07-13	Kontaktperson (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181026	Man
2018-07-01	Kontaktperson (IFO)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181105	Kvinna
2018-06-28	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare		Man
2018-04-11	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 181115	Kvinna
2018-05-08	Kontaktperson (OF)	Resursbrist, saknar lämplig personal/uppdragstagare	Verkställt 180901	Man

Socialnämnden

Internkontrollplan 2019

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden fastställer internkontrollplanen för 2019.

Bakgrund

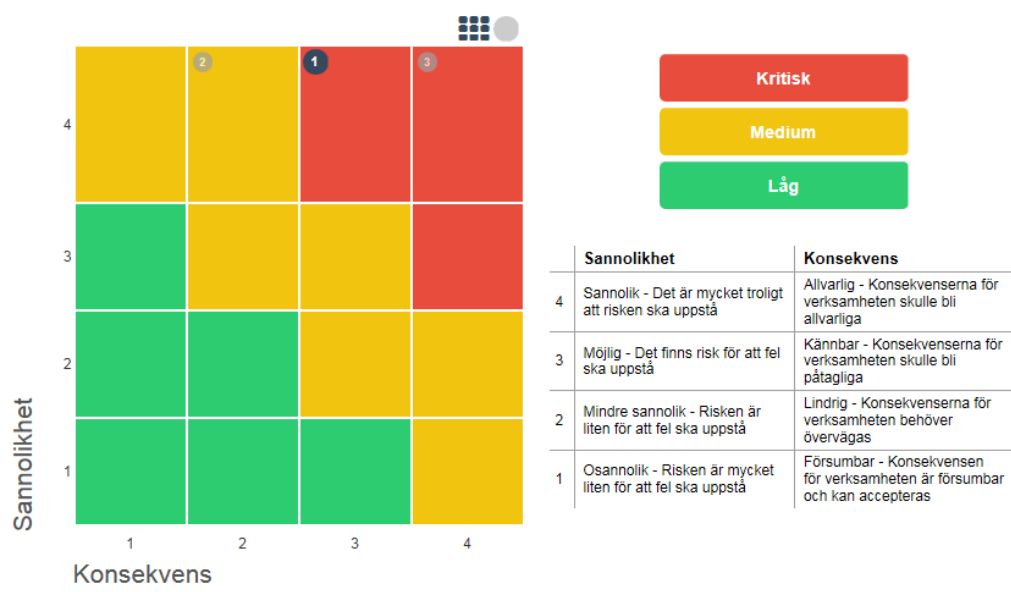
I kommunallagen anges att nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt. Socialnämnden fattar årligen beslut om en internkontrollplan för att fastställa områdena som ska kontrolleras i årets internkontroller.

Sammanfattning av ärendet

Urvalsarbetet har utgått från sannolikhet och konsekvens samt socialnämnden mål och befintliga nyckeltal. Kommunfullmäktiges reglemente och socialnämndens reglemente för internkontroller har varit vägledande i arbetet med utformandet av internkontrollplanen vilket innebär att principen rimlig grad av säkerhet har varit rådande. De övergripande utgångspunkterna har varit:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheterna
- Efterlevnad av tillämpliga lagar och föreskrifter

Modellen nedan har använts för att skatta riskerna. För varje kontrollområde tilldelas ett siffervärde för sannolikhet respektive konsekvens. Dessa värden multipliceras med varandra för att erhålla ett riskvärde. Med hjälp av modellen placeras riskvärdena in i en av tre kategorier, kritisk medium eller låg. I bedömningen som gjorts har samtliga kontrollområden som valts fått ett riskvärde som klassats som medium eller kritisk.



Beslutet skickas till

Socialchef, Håkan Dahlqvist
Administrativ chef, Eva Gryding
Utredare, Oskar Johansson

Process (rutin/system)	Risk	Ansvarig för genomförande av åtgärder	Frekvens	Metod	Rapportering till	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Riskbedömning
Uppföljning av familjehem	Att uppföljning inte sker enligt riktlinjer	IFO chef	1 ggr/år	Stickprov	Förvaltningschef	3	4	12	Sannolikheten bedöms vara medel mot bakgrund av hög personalomsättning. Konsekvensen bedöms hög då det gäller barnärenden.
Kontroll av att användarna i Combine endast gör det de har rätt att göra	Att data otilbörligt hämtas	IFO chef, VoO chef, administrativ chef	2 ggr/år	Stickprov	Administrativ chef	2	4	8	Då Combine är tätt integrerat med våra kringsystem för bland annat insatsplanering, personalplanering och tidsrapportering, så finns det en risk att personal har högre behörigheter i Combine än de egentligen skall ha. Detta då arbetet att godkänna tidsrapportering delegeras ut vilket medför att, personal som blir delegerad arbetsuppgiften, måste ha högre behörighet i Combine till följd av hur integrationen ser ut för närvarande.
Säkerställande av samtal med barn i utredningsprocessen	Att samtal inte hålls med barnet	IFO chef	1ggr/år	Stickprov	Förvaltningschef	4	4	16	Sannolikheten bedöms vara hög med bakgrund av bristerna som framkom under 2018 års internkontroll. Konsekvensen bedöms hög eftersom samtalen är avgörande för utredandet av barn i utsatta situationer.
Rehabiliteringsprocessen	Att riktlinjer angående dokumentation inte följs	IFO chef, VoO chef, administrativ chef	1ggr/år	Stickprov	Förvaltningschef	3	3	9	Sannolikheten bedöms vara hög med anledning av de brister som framkommit under 2017 och 2018 års internkontroller. Konsekvensen bedöms vara medel eftersom det är avgörande för att säkerställa att rehabilitering genomförs.
Antalet godkända samverkansdokument kopplat till öppna jämförelser	Att antalet godkända samverkansdokument sjunkit eller stagnerat sedan 2018	IFO chef, VoO chef, administrativ chef	1 ggr/år	Stickprov	Förvaltningschef	2	3	6	Med anledning av att uppföljning inte tidigare har gjorts är det svårt att skatta risken.
Social dokumentation i enlighet med SOSFS 2014:5 inom VoO	Att dokumentationen i genomförandeplaner inom VoO inte lever upp till kraven i SOSFS 2014:5	VoO chef	1 ggr/år	Stickprov	Förvaltningschef	4	3	12	Med nytt verksamhetssystem bedöms risken till hög att delar i dokumentationen brister. Konsekvensen bedöms till medel.

Socialförvaltningens arbetsmiljöarbete



Sjukstatistik, Socialförvaltningen

Total sjukfrånvaro (i procent), inkl. sjukersättning och rehabilitering, i förhållande till ordinarie arbetstid									
	160101-161231			170101-171231			180101-181231		
	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor
Total sjukfrånvaro	8,3	5,3	8,6	8,6	5,4	8,9	9,6	9,7	9,6
Ålder									
< 29 år	6,6	7,4	6,5	6,4	4,7	6,7	9,8	12,7	9,1
30 - 49 år	8,2	6,3	8,4	7,9	4,3	8,5	8,8	8,3	8,9
> 50 år	8,9	2	9,3	9,8	9,2	9,9	10,2	9,1	10,3
Långtidsfrånvaro >59 dgr i i relation till total sjukfrånvaro	49,6	1,7	47,9	47,9	1,6	46,3	52,1	6,5	45,6



Kommentarer till statistiken

Statistiken visar socialförvaltningens totala sjukfrånvaro under perioderna 160101–161231, 170101–171231 och 180101–181231.

Den totala sjukfrånvaron varierar kraftigt mellan enheterna, vilket även innebär att frånvaron är relativt låg på vissa enheter.

Sjukstatistik, Vård och omsorg

Total sjukfrånvaro (i procent), inkl. sjukersättning och rehabilitering, i förhållande till ordinarie arbetstid									
	160101-161231			170101-171231			180101-181231		
	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor
Total sjukfrånvaro	8,7	7,2	8,8	8,7	5,4	8,9	10,0	11,5	9,9
Ålder									
< 29 år	6,8	7,7	6,7	6,6	5,2	6,8	10,6	14,5	9,7
30 - 49 år	8,2	9,5	8,1	8,2	5,6	8,4	9,1	8,3	9,2
> 50 år	9,8	0,9	10,0	9,9	5,2	10,0	10,7	14,8	10,6
Långtidsfrånvaro >59 dgr i relation till total sjukfrånvaro	50,4	1,5	48,9	46,9	0,4	46,5	52,8	6,3	46,5

Kommentarer till statistiken

Statistiken visar socialförvaltningens totala sjukfrånvaro under perioderna 160101–161231, 170101–171231 och 180101–181231.

Orsaker till sjukfrånvaro är bland annat psykisk ohälsa och smärta i leder.

Sjukstatistik, Individ- och familjeomsorg

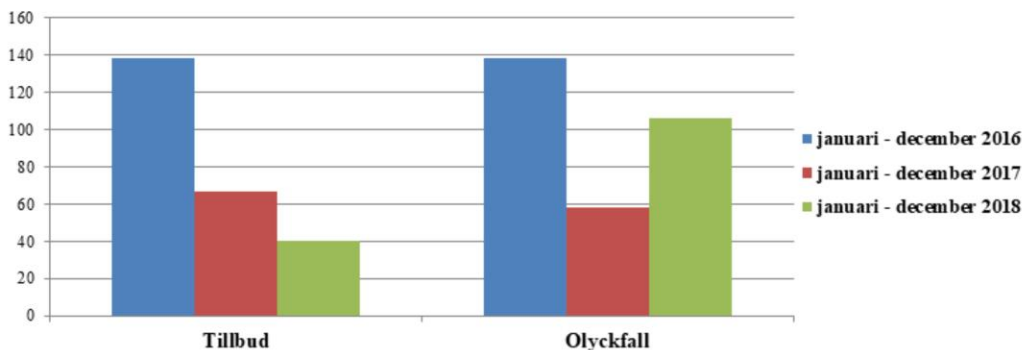
Total sjukfrånvaro (i procent), inkl. sjukersättning och rehabilitering, i förhållande till ordinarie arbetstid									
	160101-1612301			170101-171231			180101-181231		
	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor	alla	män	kvinnor
Total sjukfrånvaro	6,4	3,2	7,5	8,4	5,3	9,5	7,8	8,7	7,6
Ålder									
< 29 år	5,2	5,3	5,2	4,9	2,9	5,8	4,3	6,0	3,9
30 - 49 år	9,0	3,9	11,8	7,8	3,8	9,7	8,6	14,9	7,0
> 50 år	4,0	1,6	4,6	10,0	9,2	10,1	7,9	2,4	8,7
Långtidsfrånvaro >59 dgr i relation till total sjukfrånvaro	45,8	3,7	42,1	53,8	5,9	47,9	47,5	8,8	38,7

Kommentarer till statistiken

Statistiken visar socialförvaltningens totala sjukfrånvaro under perioderna 160101–161231, 170101–171231 och 180101–181231.

Orsaker till sjukfrånvaron är bland annat operationer och psykisk ohälsa.

Rapporterade tillbud och olycksfall januari - december



Kommentarer till statistiken

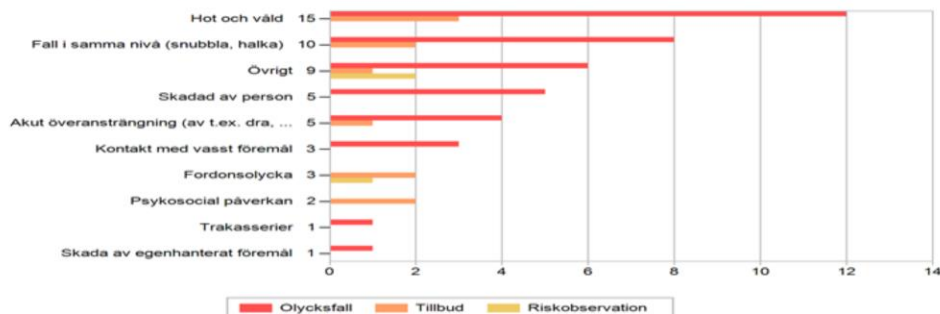
Statistiken visar de anmälningar som skett i KIA (kommunernas informationssystem om arbetsmiljö) under januari-december år 2016, år 2017 och år 2018.

Att antalet olyckor nu är fler än antalet tillbud tyder på att fler lärt sig känna skillnad på de två begreppen.

De vanligaste skadeorsakerna/riskerna 2018

Skadeorsak/risk

Diagrammet visar de vanligast förekommande. Antal händelser där det inte är angivet: 103



Kommentarer till statistiken

Statistiken visar de tio vanligaste skadeorsakerna/riskerna till att man har valt att göra en anmälan i KIA. I 103 av de anmälda fallen är detta ej angivet.

Vanligast är att händelserna har inträffat på särskilt boende där rivningar, slag och bespottningar är vanligt förekommande. Smärta och/eller rivsår är följden i flera av ärendena.

Arbetsmiljöarbetet 2018

Förvaltningsövergripande

- Ledningsgruppens ansvar för chefers arbetsmiljö
- Chefsfrukost en gång per kvartal
- Utbildning ”Trygg på jobbet” – hantera konflikter, hot och våld



Kommentarer

- Vid arbetsmiljöverkets besök 2018 uppmärksammades chefers arbetsmiljö. Förvaltningen, främst genom ledningen, behöver systematiskt arbeta med frågan.
- Med syfte att knyta förvaltningens verksamheter och chefer närmre varandra och förbättra chefernas arbetsmiljö, ska förvaltningen en gång per kvartal anordna med s.k. chefsfrukostar. Vid dessa frukostar ska bland annat chefernas arbetsmiljö diskuteras.
- Utbildningen ”Trygg på jobbet” har anordnats för biståndshandläggare och medarbetare inom individ- och familjeomsorgen.

Arbetsmiljöarbetet 2018

Vård och omsorg

- Ny organisation med tydligare ledningsstruktur
- Möjlighet till reflektion
- Personaldagar - dialog med medarbetare
- Ny planering inom hemtjänsten med syfte att minska medarbetarnas stress och öka kontinuiteten för brukaren



Kommentarer

- Ny organisation där respektive enhetschef ska ansvara för antingen hemtjänst, eller för särskildt boende/LSS. Tre enhetschefer ska ansvara för HSL (sjuksköterskor, arbetsterapeuter, samt sjukgymnaster/ fysioterapeuter). Detta innebär en tydligare ledning och en tydligare organisationsstruktur.
- Cheferna inom vård och omsorg har idag tid för reflektion tillsammans. Nu tas det fram rutiner för hur samtliga medarbetare ska ha möjlighet till reflektionstid.
- Inom vård och omsorg anordnas s.k. personaldagar på de olika enheterna. Syftet med dessa dagar är att medarbetarna skulle få chansen att diskutera frågor, lämna anonyma synpunkter och förslag men framförallt känna sig uppmärksammade. Det erbjuds även tävlingar, lotterier, fika och små presentpåsar.
- Hemtjänsten ska organiseras om från många korta till fler långa besök. Nytt planeringssystem ska ge möjlighet.

Arbetsmiljöarbetet 2018

Individ- och familjeomsorgen

- Tydligare ledningsstruktur
- Genomförda exitsamtal på barn- och ungdomssektionen
- Arbetsmiljökartläggning, barn- och ungdomssektionen
- Prioriteringslistor och arbetstyngdsmätning (Göteborgsmodellen)



Kommentarer

- Med syfte att skapa en tydlig ledningsstruktur har barn- och ungdomssektionen delats upp i "myndighetsutövning" och "öppenvård". Respektive del leds av en chef. Totalt har barn- och ungdomssektionen således två chefer.
- De senaste åren har det varit stor personalomsättning inom barn- och ungdomssektionen och på grund av detta har förvaltningen HR-generalist kontaktat medarbetare som slutat år 2016-2018. 10 av 12 kontaktade valde att delta i samtal som utgick från 24 frågor. En rapport är skriven.
- Under hösten 2018 genomförde företagshälsovården Länshälsan en kartläggning gällande arbetsklimatet inom barn- och ungdomssektionens arbetsgrupp "myndighet".
- Göteborgsmodellen är en metod för att mäta socialsekreterares arbetstyngd. Metoden mäter mängden arbete och inte kvaliteten på utfört arbete. Syftet med metoden och skapande av prioriteringslistor är att förbättra arbetsmiljön.

Pågående arbete

- Påbörjat fastställande av mål för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (OSA-mål)
- Pågående kartläggning gällande orsakerna till sjukfrånvaro
- Återansökan till Vård- och omsorgscollege
- Arbetsmiljöverket inspekterar att de förtroendevalda följer upp



Kommentarer

- Mål ska, i enlighet med AFS 2015:4, sättas upp för den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Arbetet är påbörjat men målen är ej fastställda ännu.
- En kartläggning gällande orsaker till sjukfrånvaro genomförs på samtliga enheter under januari – mars 2019. Syftet med detta är att öka möjligheterna att vidta rätt åtgärder för att minska sjukfrånvaron.
- Östhammars kommun ingår i Vård- och omsorgscollege, vilket innebär att vi har kvalitetsstämpel som ställer krav på arbetsliv och utbildning. Återansökningar behöver göras regelbundet och den lokala, respektive den regionala återansökningen för år 2019-2024 är inskickade. Certifieringsbesöket genomförs den 10 april.
- Arbetsmiljöverkets tillsyn av kommuner och regioner kommer framöver att fokusera på hur förtroendevalda följer upp det systematiska arbetsmiljöarbetet. Fokus kommer bland annat att vara på hur politiken arbetar med den årliga uppföljningen. Arbetsmiljöverket ska inom ramen för strategin informera politiker för att göra de förtroendevalda medvetna om deras ansvar i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Socialnämnden

Uppföljning av 2016 års revisionsrapporter

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att uppdra till socialförvaltningen vidta de åtgärder som kommunrevisionen rekommenderat i uppföljningen

Beslutsfattare: Socialnämnden

Bakgrund

KPMG har på uppdrag av kommunens revisorer genomfört en uppföljning av de revisionsrapporter som genomfördes under revisionsår 2016. Uppdraget ingår i revisionsplanen för 2018.

Sammanfattning av ärendet

KPMG:s bedömning är att kommunen arbetat aktivt med rekommendationer som lämnades i samband med tidigare granskningar. Kommunen ska utvärdera dessa åtgärder för att se om de gett önskad effekt, samt säkerställa att ändamålsenliga åtgärder har vidtagits utifrån varje rekommendation.

För socialnämnden har granskning av personalförsörjning och planering inom äldreomsorg ingått i uppföljningen. Uppföljningen har visat att kommunen arbetat aktivt med att minimera antalet medarbetare som brukaren möter, men att mer kan göras för att öka kontinuiteten.

Socialnämnden kommer att följa rekommendation att förändra arbetssätt och vid schemaläggning säkerställa antalet medarbetare som brukare möter vid kritiska tidpunkter. Socialnämnden kommer också följa KPMG:s bedömning gällande riskbedömningar och utvärdering av risker inför varje planerad omorganisation, innan beslut fattas.

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen
Socialförvaltningen

Patientsäkerhetsberättelse

Vård och omsorg, 2018

Författat av:

Anette Frode, MAS

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning.....	3
3	Struktur.....	4
3.1	Övergripande mål och strategier	4
3.2	Organisation och ansvar	5
3.3	Samverkan för att förebygga vårdskador	5
3.4	Patienters och närståendes delaktighet	6
3.5	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
3.6	Klagomål och synpunkter	6
3.7	Egenkontroll.....	7
4	Åtgärder för att öka patientsäkerheten	9
4.1	Utredning av händelser - vårdskador	10
4.2	Informationssäkerhet	10
5	Resultat och analys	11
5.1	Egenkontroll.....	11
5.2	Avvikelser	18
5.3	Klagomål och synpunkter	20
5.4	Händelser och vårdskador	20
5.5	Risikanalys	20
6	Mål och strategier för kommande år	20

1 Sammanfattning

Fortbildning och uppföljning har under året skett genom granskning av journaldokumentation på superanvändarträffar. Granskning av läkemedelsförråd och läkemedelshantering har gjorts av extern farmaceut. Nytt från och med 2018 är att delegerad personal fick svara på ett antal frågor i en enkät som sedan sammanställdes och genomgång av svaren var en del av granskningen. Riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen har genomförts i nationella kvalitetsregistret, Senior alert. Utbildning i munhälsovård för omvårdnadspersonal och utbildning för sjuksköterskor och undersköterskor i sårvård genomfördes under året.

BPSD-registreringar som leder till tvärprofessionella vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Vårdhygienutbildningar har genomförts varje termin. Återrapportering av vårdpreventiva processer har skett från uppgifter tagna från Senior alert och svenska palliativ registret till verksamheten. Ett annat viktigt led i förbättringsarbetet är teamträffar på enheter där man tvärprofessionellt systematiskt analyserar och åtgärdar avvikelser. I år har verksamheterna på samtliga orter kommit igång med tvärprofessionella teamträffar.

Samverkansmöten har skett kontinuerligt under året med region Uppsala och kommunerna i länet. Länsgemensamma samverkansrutiner har arbetats fram för utskrivningsprocessen från slutenvården, med anledning av den nya lagen, samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (2017:612) som började gälla från 1 januari 2018. Östhammars kommun har, tillsammans med regionens vårdcentraler, gemensamt startat upp hemtagningsteam på varje ort. Varje dag samordnas insatser så att de patienter som behöver insatser, får rätt insatser och en trygg hemgång. Tillsammans har vi uppnått målet att få en bra organisation. Nu fortsätter arbetet framåt i en flerårig plan då den ständigt behöver utvecklas och förbättras.

Arbetet med att utbilda och få säkerhet i det nya dokumentationssystem Combine har pågått under året. Det kommer att vara ett arbete som hela tiden måste finnas med för att utveckling och säkerhet ska hållas aktuellt. För att få en ökad patientsäkerhet framåt så kommer Combine att kompletteras med ett nytt avvikelssystem DF-respons och ett digitalt signeringssystem i Appva.

2 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

3 Struktur

3.1 Övergripande mål och strategier

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

- Fortsatt arbete i de lokala tvärprofessionella teamen med att förebygga vårdskador genom att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt Senior alert. Det är ett mycket viktigt arbete för att vända trenden med fallavvikelser.
- God vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD. Utveckla återkoppling och användandet av utdata på kvalitetsmått inom verksamheten. BPSD-utbildning erbjuds till alla professioner i teamen som arbetar med personer som har demenssymtom eller demensdiagnos. Två utbildningstillfällen ordnas under året.
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin. Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Uppföljning att spol-och diskdesinfektorer köps in enligt handlingsplan. På varje särskilt boende ska en handlingsplan för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa finnas.
- God vård i livets slutskede – alla dödsfall registreras, och vårdkvaliteten på de väntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.
- Implementering av validerad smärtskattning genomförs kontinuerligt.
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning. Färdigställa riktlinjen.
- Utveckling av rutiner kring läkemedelshantering skall ske utifrån de brister som påvisats. Uppföljning genom utvärdering av de lokala granskningsprotokollen från farmaceut för att säkerställa en fortsatt god läkemedelshantering.
- Analysera faktorer bakom avvikelser framförallt gällande uteblivna läkemedelsdoser och falltillbud. I Combine har omvårdnadspersonalen under 2018 inte kunnat signera läkemedel direkt i telefonen som det var planerat. Leverantören har ännu inte klarat att leverera detta, från 2019 kommer digital signering att ske via Appva, för en säker överföring av signering för utförda ordinationer för exempel läkemedel mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.
- Hjälpmedelsenheten bjuder in alla rollatoranvändare i kommunen till rollatorcafé. Syftet är att minska risken för att trasiga och slitna rollatorer används och därmed minska risken för skada.
- Fortsatt utveckling av orternas lokala samverkansgrupper mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för patienten. Äldreprocessgruppen är ett samarbetsforum mellan primärvård, öppenvård psykiatri, SAH och kommunen. Fortsatt samarbete är viktigt för att patienten ska få en trygg och säker vård vid gemensamma vårdinsatser och vårdövergångar.

3.2 Organisation och ansvar

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

Ytterst har Socialnämnden som vårdgivare ansvaret för patientsäkerheten. Ansvaret innebär att fastställa övergripande mål för verksamheten samt att följa upp dessa. Uppdrag utifrån detta delegeras till ledningen för socialförvaltningen.

Vårdgivaren ansvarar för att det utses verksamhetschefer med tydliga och anvisade ansvarsområden för den hälso- och sjukvård som vårdgivaren har ansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 4 kap. 2§.

Socialchefen och vård- och omsorgschefen har tillsammans med verksamhetscheferna ansvar för att följa upp och analysera verksamheten inom patientsäkerhetsområdet.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). MAS ansvarar på uppdrag av vårdgivaren för att det i samråd med verksamhetschefer, upprättas övergripande riktlinjer och rutiner för kvalitet och säkerhet i verksamheten avseende den vård och behandling som patienterna ges. Ansvaret omfattar även att utöva tillsyn och kvalitetsgranska verksamheten. MAS har på uppdrag av vårdgivaren ansvar för att anmäla allvarliga händelser till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt Lex Maria.

Enhetschefer ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens och rätt befogenheter för att utföra sina uppdrag på ett säkert sätt samt att det skapas operativa mål för patientsäkerhet i verksamheten utifrån vårdgivarens mål.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet med förbättringar och utveckling av den egna kompetensen. Omvårdnadspersonal som biträder legitimerad personal genom delegering har ansvar för att dessa hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs korrekt.

3.3 Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9, 4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Den övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län, tjänstemannaberedningen inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO), där bland annat kommunernas socialchefer och region Uppsalas ledning finns representerade, beslutar om de gemensamma dokument som styr samverkan mellan länets kommuner och Region Uppsala. På Region Uppsalas hemsida finns de framtagna styrdokumentet – vård i samverkan (ViS) som reglerar samverkan inom länet.

I samarbetet med Region Uppsala finns en rutin som beskriver hanteringen av avvikelshantering i samband med in- och utskrivning, så att identifierade brister ska kunna återrapporteras och åtgärdas. Skriftlig återkoppling sker i eventuella avvikelser i informationsöverföringen.

Utvecklingsgrupper arbetar med bland annat utveckling av det elektroniska kommunikationsverktyget Prator samt för att det finns en riktlinje och övergripande samverkansrutiner för att bland annat säkra och utveckla in- och utskrivning av färdigbehandlade patienter till och från slutenvården.

I Östhammar kommun har den partsammansatta politiska styrgruppen beslutat om en handlingsplan 2019 för det fortsatta närvårdsarbetet. Exempel från några områden som prioriteras är bland annat utbildning av instruktörer för satsningen "Första hjälpen i psykisk hälsa" och grundutbildning i BPSD (beteendepsykiska demenssymtom).

Hemtagningsteam med representanter från primärvård, hemsjukvård, chefer och biståndshandläggning arbetar lokalt på varje ort gemensamt för trygg och säker utskrivning för patienter som ska hem från slutenvården.

Mobila närvårdsteam erbjuder hembesök hos äldre personer med omfattande behov och personer med svår funktionsnedsättning. Under hösten har de utökat med att de gör lika insatser för de som bor på särskilda boenden som till de som bor i ordinärt boende.

3.4 Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid allvarliga händelser ska alltid den som drabbats och i förekommande fall dennes närstående informeras. Närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och riskbedömningar i de fall patienten så önskar/samtycker. Information till närstående sker efter överenskommelse och i samråd med patienten. Målsättningen är att patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling och att de professionella besluten grundar sig på delaktighet i den mån det är möjligt.

3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning i enheternas tvärprofessionella team. Allvarliga händelser rapporteras till verksamhetschef och MAS för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys och att anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria

Personal rapporterar avvikelser och risk för avvikelser i Combine. Rapporten skickas sedan vidare till chef.

3.6 Klagomål och synpunkter

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

Ärenden kan lämnas direkt till en enhet eller genom kommunens gemensamma system för klagomål och synpunkter. Om ärendet berör patientsäkerhet så tar ansvarig chef kontakt med MAS alternativt verksamhetschef för rådgörande/granskning. Detta avgör också vem/vilka som ansvarar för utredning samt svar till anmälaren.

3.7 Egenkontroll

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

Mätning BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens)

BPSD drabbar någon gång ca 90% av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående. Genom tvärprofessionella vårdåtgärder kan vi minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär, åtgärderna leder till ökad livskvalité för personen med demenssjukdom. BPSD registreringar genomförs när behov uppstår kontinuerligt och skrivs in i BPSD registret av speciellt utbildad omvårdnadspersonal, BPSD-administratörer. 170 registreringar har genomförts under året.

Livskvalitet vid demens (Qualid)

Qualid är ett amerikanskt instrument för att mäta livskvalitet vid svår demenssjukdom. Personer med demenssjukdom i sent stadium har ofta svårt att själva berätta hur de mår. Därför görs bedömningen av personal som är väl förtrogen med personens normala beteende och har tillbringat en betydande del av den senaste veckan tillsammans med den sjuke. Testet består av elva frågor om observerbart beteende och om sinnesstämning som skattas efter förekomst under den senaste veckan. Den mätningen görs en vecka varje år på de personer som bor på särskilt boende och har en demensdiagnos. 124 personer var med i årets mätning.

Senior alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.

Det förebyggande arbetssättet och logiken i Senior alert bygger på vård- och omsorgsprocessens steg:

- Identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktnedgång, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
- Planera och genomföra förebyggande åtgärder
- Följa upp åtgärder och utvärdera resultat

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och varje vårdgivare ges möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individnivå till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och kan som en följd även minska uppkomna vårdskador. Antal riskbedömningar under året som genomförts är 246 st. Rutinen har reviderats och ska nu ut till alla enheter för implementering under nästa år.

Registrering palliativ vård

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Sedan använder personalen resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultat från Svenska palliativregistret för uppföljning. Antal registrerade dödsfall är 60 st.

Redovisning egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per kvartal	Infektionsregistrering Region Uppsala
Hygienronder	Vart 4:e år	Protokoll från Vårdhygien
Patientsäkerhetsgrupp region & kommuner	kontinuerligt	vårdkedjeavvikelser
Avvikelser	4 ggr/år	Combine
Trycksår	1 ggr/år	Combine
Patientens klagomål och synpunkter	2 ggr/år	Kommunens synpunktshantering, Combine, Patientnämnden, IVO
Beteendeförändringar vid demens	Löpande under året	BPSD-registret
Livskvalitet vid demenssjukdom	Punktprevalensmätning (PPM) 1 vecka per år	Qualid
Riskbedömning trycksår, fall, nutrition & munhälsa	Löpande under året	Senior Alert
Palliativa registreringar	Löpande under året	Palliativa registret

4 Åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2

Granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvården samt lokala rutiner har utförts med hjälp av farmaceut. Delegerad omvårdnadspersonal deltog och fick inför granskningen svara på ett antal frågor i en enkät som sammanställdes och genomgång av inkomna svar från enkäterna skedde vid granskningstillfället gemensamt. Skriftlig återrapporering med synpunkter och förbättringsförslag från farmaceut till enhetschefer, läkemedelsförrådsansvariga sjuksköterskor och MAS har skett. Farmaceutens rapporter delges även verksamhetschefer. Läkemedelsrutinen och blanketter har reviderats för att säkerställa läkemedelshantering. För att minska risken med förväxling av läkemedel till patienter, ska läkemedel förvaras i hemmet. I de ärenden där det inte är möjligt att patient eller närstående kan införskaffa eget låsbart medicinskåp har möjligheten att låna ett portabelt låsbart medicinskåp från varje hemtjänstområde fungerat bra.

Personal som får delegering av sjuksköterska för läkemedel och insulingivning genomför en webbutbildning inför delegering av läkemedel och insulin. Det innebär att lika information ges till all delegerad personal. Sedan ges lokalt anpassad information av sjuksköterska på hemsjukvårdsområdet.

Fortbildningsmöten mellan hygienombud och avdelningen för mikrobiologi och vårdhygien har skett vid fyra tillfällen under året. Fortbildningstillfällen inom området har även hållits för legitimerad personal samt chefer under året. MAS tillsammans med hygiensjuksköterskan från vårdhygien sammankallade områdeschefer och enhetschefer för särskilt boende för genomgång av vilka åtgärder som inte genomförts 2017 utifrån resultat från hygienronderna. Arbetet med att säkerställa de hygienrutiner som behövs för en patientsäker vårdmiljö har påbörjats och kommer att fortsätta 2018 med inköp av spol- och diskdesinfektorer.

Arbetet för en fortsatt utveckling av avvikelshantering har pågått under hela året. Vissa enheter har precis kommit igång med teamträffar. Därför kommer arbetet att fortsätta med att strukturera avvikelseprocessen på enhets- och verksamhetsnivå.

Basala hygienrutiner

För att följa upp och förbättra följsamheten gällande basala hygienrutiner finns en hygienombudsorganisation samt en självskattningsmetod av följsamhet gällande basala hygienrutiner. Enhetsspecifika rutiner för självskattnings 4 gånger per år finns vid varje enhet. Utfall av självskattnings ska beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser. Under året har 4 träffar genomförts med hygienombud, MAS och Vårdhygiens sjuksköterska från region Uppsala.

Hygienronder med hjälp av vårdhygienisk expertis och MAS ska ske kontinuerligt vid särskilt boende, dock minst var fjärde år.

Läkemedel

Kontrollräkning av narkotika ska utföras regelbundet och svinn ska rapporteras till MAS. Vid kontrollräkning av narkotika har en stöld ur läkemedelsförråd påvisats. Det finns ingen misstanke om att enskilda patienter blivit utan läkemedel. Stölden har polisanmälts och utredning med loggkontroller av passage till läkemedelsförråden har genomförts.

4.1 Utredning av händelser - vårdskador

HSLF-FS 2017:40, 3 kap. 1§ och SOSFS 2011:9 7 kap sista stycket

Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning i enheternas tvärprofessionella team. Allvarliga händelser rapporteras till verksamhetschef och MAS för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys och att anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria.

Alla avvikelser rapporterades i specifik modul i dokumentationssystemet Combine. Avvikelsesystemet omfattar både avvikelser och risker oavsett lagrum. De rapporter som går att ta ut ur systemet har inte kunnat redovisa allvarlighetsgrad och av den anledningen så är resultaten i tabellerna en beskrivning av antal och var någonstans händelsen inträffade. Ny modul kommer att användas från 2019 som då blir mer användarvänlig för personal.

4.2 Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Journalföring

En grupp av superanvändare och objektspecialister inom hemsjukvården har träffats under året. Ny granskningsmall för hälso- och sjukvårdsjournal i Combine har under året tagits fram i gruppen. Gruppen består av legitimerad personal som tillsammans med förvaltningsledare (förvaltningsledare avser en roll inom kommunens IT-styrmodell) och MAS tar fram och följer upp rutiner och förslag på utbildning för förbättrad journalföring. Journal- och logggranskning ingår i det kvalitetsarbetet. Det som varit ett problem under året är att granskning och loggkontroller har fått genomföras i samband med att det förekommit en hel del fel i överföringar, svårt att hitta och fokus har då varit att åtgärda dessa och rapportera vidare. Tre utbildningstillfällen i dokumentation för legitimerad personal har erbjudits.

Dessutom har en arbetsgrupp med representanter från legitimerad personal tillsammans med medicinsk ansvarig arbetat med HSL-omvårdnadsjournal i Combine. Ett omfattande arbete pågår för att få alla delar att fungera i journalsystemet Combine. Fortfarande har vi inte lyckats få behörigheter mellan SOL och HSL att fungera. Vi har inte nått målet få en säker avvikelserapportering, digital signering och säkerhet med dokumentation där vi kan läsa det som är viktigt från SOL och HSL dokumentationen för en säker vård via digital journal. Dokumentation måste fortfarande ske på papper, det innebär att det blir dubbel dokumentation både på papper och i digital journal till stor del, vilket inte är acceptabelt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Därför är åtgärder för att säkerställa dokumentationen med bland annat behörigheter prioriterade.

Händelse- och riskanalys har sammanställts och åtgärder är påbörjade för att komma till rätta med problemen.

5 Resultat och analys

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Hjälpmedel

Hjälpmedelsenheten har samordnat rollatorcaféer på varje tätort, 28 besökare deltog. Sjukgymnaster/arbetsterapeuter tillsammans med personal från kommunservice har erbjudit rollatoranvändare tips, råd och service på plats.

Under socialstyrelsens kampanjvecka Balansera mera har flera enheter och organisationer deltagit och tillsammans har vi på olika sätt spridit information och kunskap om hur en fallolycka kan förebyggas. Veckan arrangerades i samverkan med Socialstyrelsen, Region Uppsala, Frivillighandtaget, Studieförbundet Vuxenskolan, Svenska kyrkan, en skoaffär, Sandras Piruettklubb, Öregrunds gymnastikförening, SRF Östhammar, Friskis och Svettis, Neuroförbundet, RSMH och Öregrunds vårdcentral. Statistik från Kolada visar att Östhammars kommun under år 2017 hade lägst antal fallolyckor som leder till slutenvård i länet (40 st), och sjuätte lägst antal i landet. Detta trots att Östhammars kommun har en hög andel äldre invånare jämfört med riket, vilka är de som drabbas värst av fallolyckor.

5.1 Egenkontroll

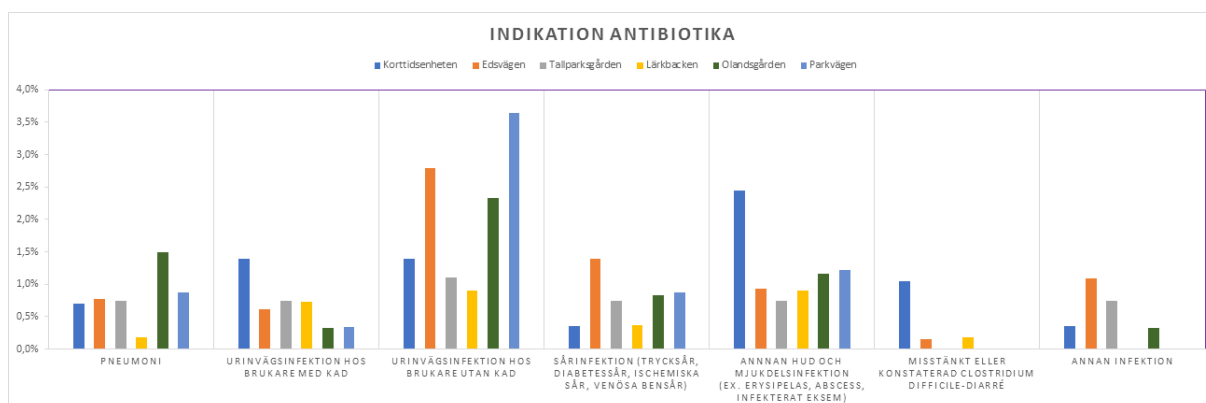
Vårdrelaterade infektioner

Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten

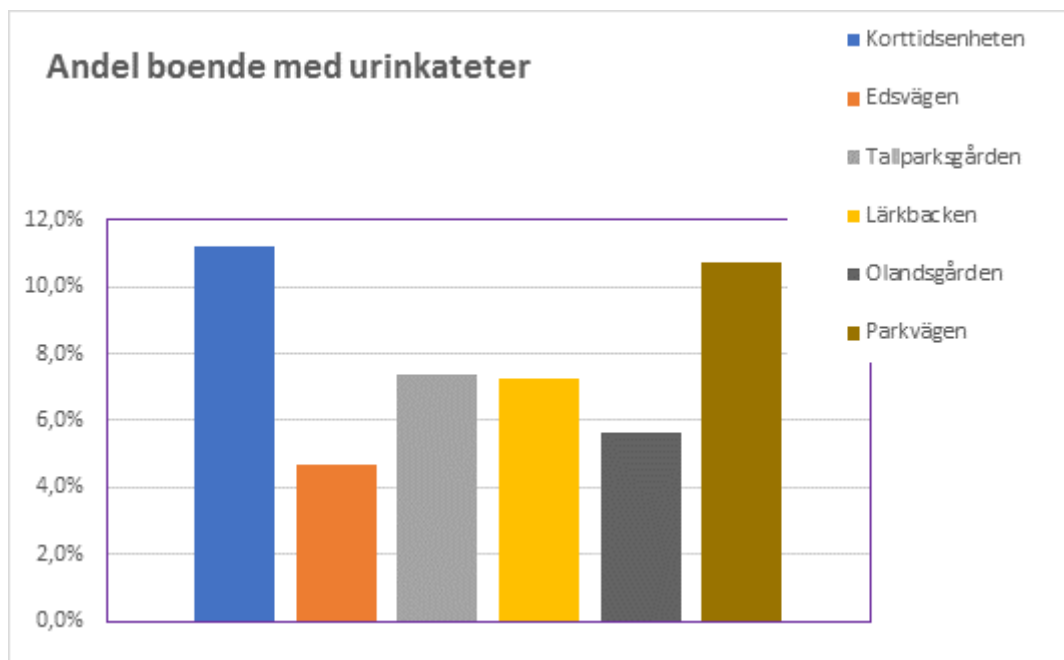
Infektionsregistreringen har gjorts på SÄBO och korttidsenheten. Registreringen har gjorts av ansvarig sjuksköterska. Från korttidsenheten och varje SÄBO har registreringarna sammanfattats av MAS kommunvis den 15:e månaden efter varje kvartal. Vårdhygien har sammanställt resultatet i form av en helårsrapport i mars. Återkoppling av resultat sker från MAS till ansvariga för varje SÄBO.

Lite korta fakta utifrån data:

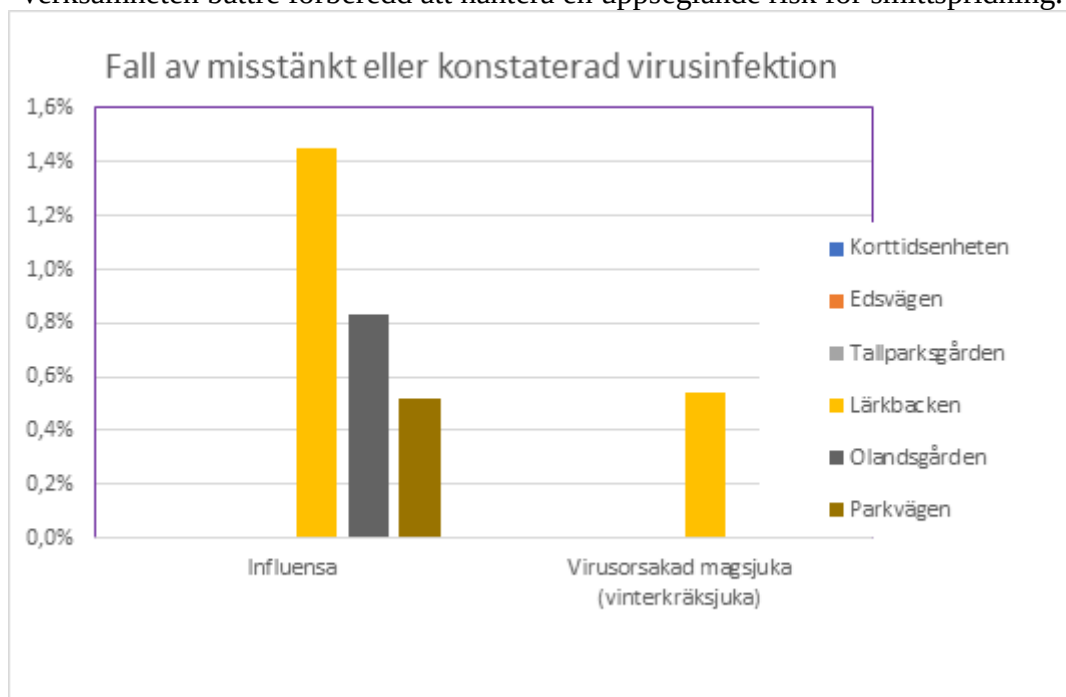
- Underlaget: 2929 registreringar
- Samtliga SÄBO och korttidsenheten representerade med statistik från alla kvartal.
- Parkvägen, Edsvägen och Olandsgården avviker då procentuellt fler får antibiotika här för urinvägsinfektion för de utan kvarliggande kateter i urinblåsan.



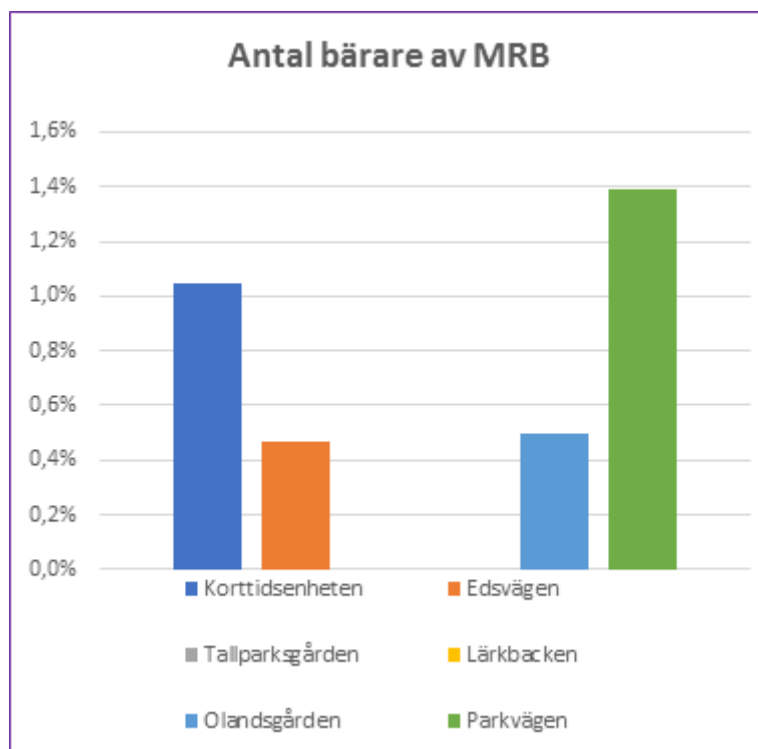
Andel boende med urinkateter har på korttidsenheten minskat från 2017 då 26 % hade urinkateter mot årets 11 %.



Från 2018 finns på varje särskilt boende en handlingsplan för att tidigt kunna sätta in de åtgärder som motverkar risken för utbrott med magsjuka och influensa. En mall för handlingsplan finns framtagna på Vårdhygiens hemsida. En kopia på handlingsplanen skickades till Smittskyddsläkar-n. Syftet var att en i förväg upprättad strategi skulle göra verksamheten bättre förberedd att hantera en uppseglade risk för smittspridning.



Infektionsregistreringen fångar förekomsten av vårdtagare med känt bärarskap av multiresistenta bakterier såsom MRSA, ESBL och VRE vilket redovisas i bild nedan. Gällande förekomsten av vårdtagare som bär på multiresistenta bakterier så är mörkertalet sannolikt stort då man inte provtar alla vårdtagare.



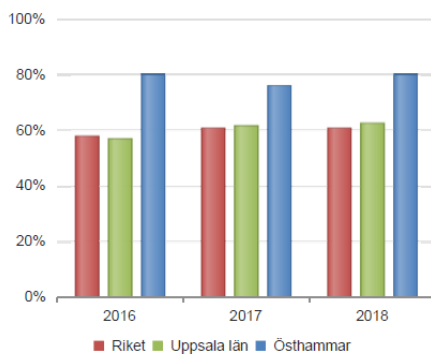
5.1.1 Resultat BPSD

Genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga psykiska symtom vid demens (BPSD). Det leder till ökad livskvalitet för personer med demens. Utbildning av BPSD-administratörer (är ett krav att ha för att göra registreringar i BPSD registret) vid två tillfällen under 2018 då utbildades ca 15 st.

Att förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) enligt nationella kvalitetsregistret BPSD. Under 2017 utfördes 206 registreringar i registret och 2018 utfördes 170 registreringar. Nytt from i år är grundutbildning i BPSD för samtliga professioner och även demenssjuksköterskor från vårdcentralerna erbjuds att delta. ca 70 personal deltog. Den utbildningen har sammanställts av en specialistsjuksköterska som är certifierad utbildare i BPSD registret och en silviasyster som också är kursledare ifrån vår egen verksamhet.

Andelen personer med Alzheimers sjukdom som har symptomlindrande demensläkemedel

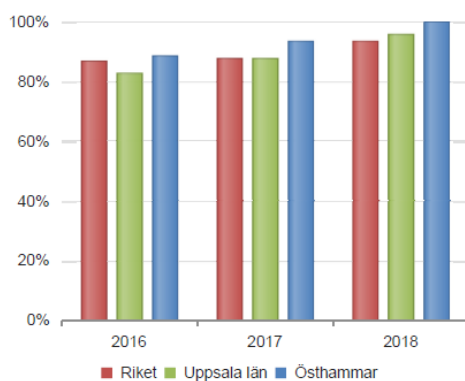
Andel i procent av de personer i registret med Alzheimers sjukdom som har kolinesterashämmare och/eller memantin.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	58% (4027 av 6940)	57% (154 av 271)	80% (33 av 41)
2017	61% (4592 av 7545)	62% (152 av 247)	76% (38 av 50)
2018	61% (4931 av 8076)	63% (150 av 237)	80% (39 av 49)

Andelen personer som har bemötandeplan

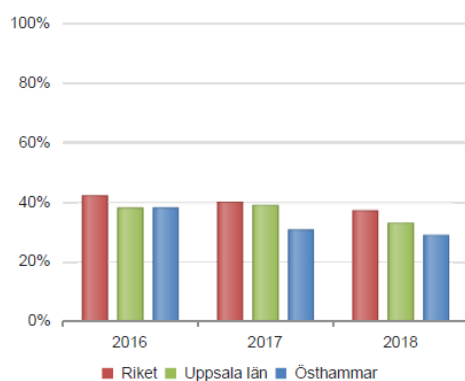
Andel i procent av de personer i registret som har en upprättad bemötandeplan.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	87% (17531 av 20067)	83% (487 av 580)	89% (91 av 102)
2017	88% (19700 av 22271)	88% (507 av 571)	94% (130 av 137)
2018	94% (21433 av 22789)	96% (469 av 487)	100% (108 av 108)

Andelen personer som har olämpliga läkemedel

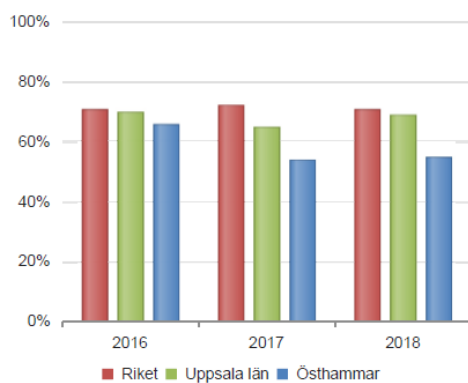
Andel i procent av de personer i registret som har neuroleptika och/eller lugnande läkemedel.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	42% (8376 av 20067)	38% (223 av 580)	38% (39 av 102)
2017	40% (8943 av 22271)	39% (221 av 571)	31% (43 av 137)
2018	37% (8491 av 22789)	33% (159 av 487)	29% (31 av 108)

Andelen personer som verkar smärtfria

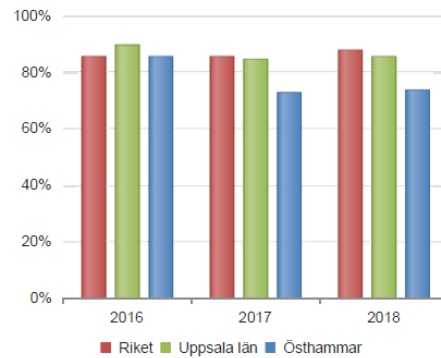
Andel i procent av de personer i registret som uppvisar smärtfrihet.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	71% (14257 av 20067)	70% (408 av 580)	66% (68 av 102)
2017	72% (16037 av 22271)	65% (376 av 571)	54% (75 av 137)
2018	71% (16340 av 22789)	69% (339 av 487)	55% (60 av 108)

Andelen personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd

Andel i procent av de personer i registret som årligen fått en läkemedelsöversyn.



	Riket	Uppsala län	Östhammar
2016	86% (17423 av 20067)	90% (524 av 580)	86% (88 av 102)
2017	86% (19350 av 22271)	85% (491 av 571)	73% (101 av 137)
2018	88% (20131 av 22789)	86% (422 av 487)	74% (80 av 108)

5.1.2 Resultat Qualid

För att kunna mäta livskvalitet hos personer med demensdiagnos och utveckla förståelse och kunskap används Qualid som mätinstrument. Det innebär att under en vecka så observerar omvårdnadspersonal en person med demens på sin enhet och får svara på ett antal frågor som sedan sammanställs. Qualid-mätning har genomförts en gång i år.

Boende	Antal boende med diagnos	Medeltal	Högsta grad av livskvalitet	Lägsta grad av livskvalitet
Edsvägen 16	41	25,2	19,8	35,8
Tallparksgården	9	23,4	15,3	32,6
Parkvägen 9-11	28	20,5	14,5	31,8
Olandsgården	27	23,5	13	36
Lärkbacken	19	22	11	37
Totalt:	124	22,9	14,72	34,64
11 poäng = Högsta grad av livskvalitet 55 poäng = Lägsta grad av livskvalitet				

Tabell Resultat Qualid-mätning särskilt boende 2018

5.1.3 Resultat Senior Alert

Alla som flyttar in på särskilt boende och de som bedöms som riskpersoner i ordinärt boende eller har tre eller flera insatser/dygn och trygghetslarm ska erbjudas riskbedömning enligt Senior alert för att trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen kan förebyggas.

Utvecklingsgrupp för HSL har tillkommit och startat sitt arbete under hösten. Första området som påbörjades att se över var, hur rutinen för riskbedömning av fall, undernäring, trycksår och munhälsa i Senior alerts kvalitetsregister har genomförts. Vi har inte uppnått målet med att alla som bor på särskilt boende och de som har tre eller fler insatser och larm i ordinärt boende ska erbjudas riskbedömning i Senior alert. Rutinen reviderades därför med förtydliganden som nu ska implementeras i alla verksamheter.

	År 2017	År 2018
Unika personer	250	246
Riskbedömningar med risk	95%	98%
Bakomliggande orsaker vid risk	79%	92%
Åtgärdsplan vid risk	96%	95%
Utförda åtgärder vid risk	73%	85%
Trycksår	52	64
BMI < 22	94	82
Fall	18	8
Munhälsa grad 2	44	72

Tabell Resultat Senior Alert jämförelse år 2017 med 2018.

Utbildning till omvårdnadspersonal i munhälsovård har erbjudits från folktandvården i Östhammar och från särskilda boenden deltog 117 st. av omvårdnadspersonalen vid 10 utbildningstillfällen och från hemtjänsten deltog 51 st omvårdnadspersonal vid 5 tillfällen det är en stor kompetenshöjning med att 168 st fick utbildning 2018 mot 0 st 2017.

5.1.4 Resultat palliativa registret

Alla dödsfall ska registreras i svenska palliativregistret. Alla närstående ska erbjudas efterlevandesamtal enligt rutin. En vårdplanering med brytpunktssamtal och behandlingsstrategi är en förutsättning för god vård i livets slut. För att få en förbättring i det arbetet har tre tillfällen med representanter från Region Uppsalas palliativa konsultteam varit med på nätverksträffar för chefer och legitimerad personal.

Kvalitetsindikator	Resultat	Målvärde	Antal utförda	Antal väntade dödsfall
Dok. brytpunktssamtal	81,7	98	49	60
Ord. inj stark opioid vid smärtgenombrott	100	98	60	60
Ord. inj ångestdämpande vid behov	100	98	60	60
Smärtskattats sista levnadsveckan	55	100	33	60
Dok. munhälsobedömning sista levnadsveckan	50	90	30	60
Utan trycksår (grad 2–4)	80	90	48	60
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	88,3	90	53	60

Tabell Resultat palliativa registret år 2018.

5.2 Avvikelser

Sammanställning avvikelser

Sammanställning av avvikelser oavsett lagrum, har gjorts för år 2017 och 2018. Det som kan konstateras är att antal avvikelser har minskat. Antal fall med nästan 500 det behöver analyseras närmare med teamen på orterna.

Vårdkedjeavvikelser

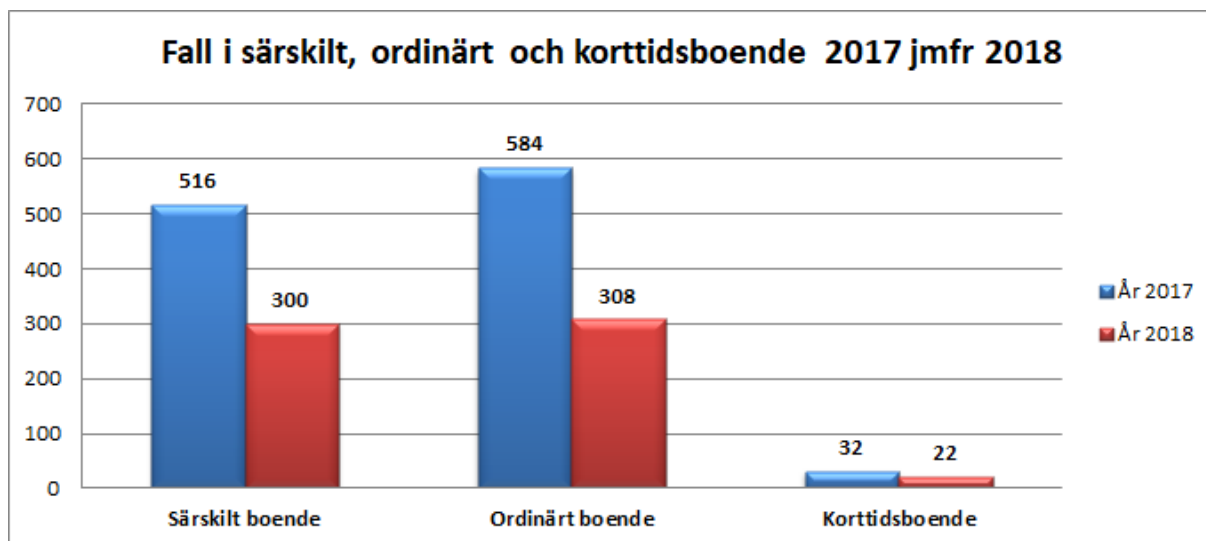
Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/region Uppsala) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring, läkemedelshantering och hjälpmedelsförskrivning vid utskrivning från slutenvården. Avvikelser från annan huvudman bestod i huvudsak av brist i informationsöverföringen.

Typ av avvikelse	2017	2018
Fall	1132	628
Läkemedel	431	351
Informationsbrist	9	17
Hjälpmedel	2	7
Tryckskada	5	
Bristande dokumentation	14	3
Utebliven ordination	24	10
Självmod/självmodsförsök	0	0
Kost/Nutrition	0	0
Våld/Övergrepp	5	
Bristande omsorg/ej utförd insats	346	167
Annan	12	0
Summa:	1980	1206
Vårdkedja till (annan huvudman)	21	28
Vårdkedja från (annan huvudman)	8	10

Tabell . Fördelning inrapporterade avvikelser 2017 och 2018.

Avvikelser kring fall

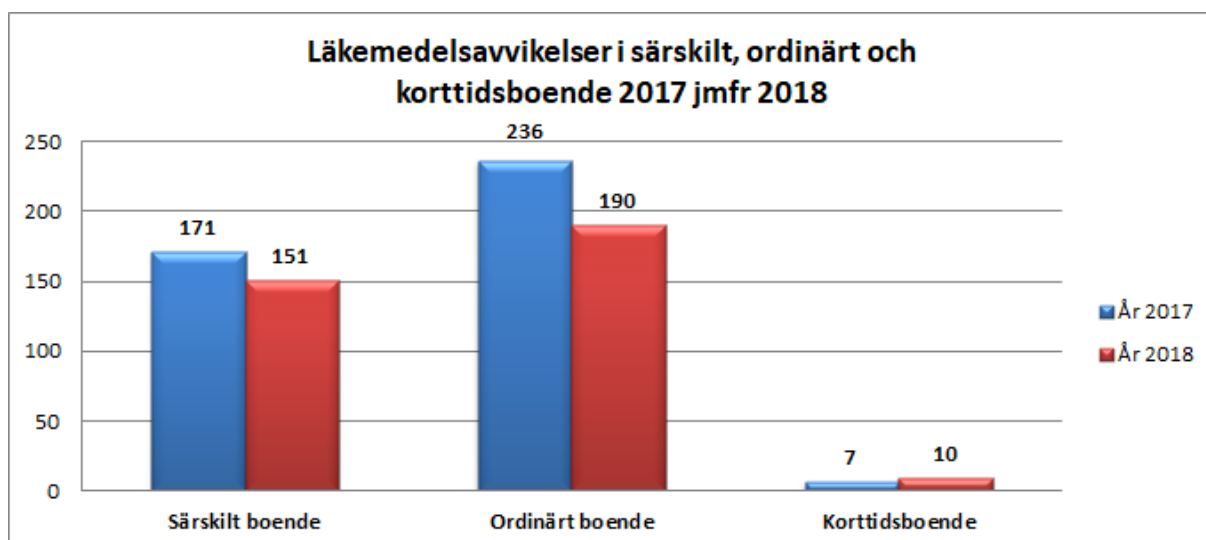
fall med allvarlighetsgrad 3 (frakturer, sårskada) var 2017 24 st totalt och 2018 17 st totalt.



Tabell . Fördelning inrapporterade fallavvikelser 2017 och 2018.

Läkemedelsavvikelser

läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 var 2017 19 st totalt och största delen av dessa avvikelser var utebliven dos waran och 2018 4 st totalt de var utebliven insulindos och förväxling av läkemedel.



Tabell . Fördelning inrapporterade läkemedelsavvikelser 2017 och 2018.

5.3 Klagomål och synpunkter

Under året har tre ärenden anmälts till patientnämnden. Ett ärende har kommit från IVO.

Fyra synpunkter från närstående där möten med chef, brukare, närstående och aktuell personal samt MAS för att nå fram till ett så bra resultat som möjligt för brukaren. 2 lex Maria ärenden.

5.4 Händelser och vårdskador

Ett Lex Maria-ärende inkom 2018 där dokumentationen varit bristfällig. En ny mall togs fram som används vid kollegial granskning av legitimerads personal dokumentation. Det beslutades och genomfördes dokumentationsutbildning vid tre tillfällen för legitimerad personal.

5.5 Riskanalys

Riskanalys i samband med en synpunkt inkommit. Vid utredning framkom att beställning kunde läggas på en enhet som inte hade någon mottagare i Combine. Fler risker på grund av brister i verksamheten identifierades och detta har resulterat i att rutiner tagits fram för att säkra att behov av bedömda och beställda insatser genomförs. En hälso- och sjukvårdsinsats som är ordinerad får inte tas bort utan att det återrapporteras anledning och bedömning i journal.

6 Mål och strategier för kommande år

- Fortsatt arbete i de lokala tvärprofessionella teamen med att förebygga vårdskador genom att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt Senior alert.
- God vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD. Utveckla återkoppling och användandet av utdata på kvalitetsmått inom verksamheten. BPSD-grundutbildning erbjuds till alla professioner i teamen som arbetar med personer som har demenssymtom eller demensdiagnos. Genomförs på alla orter. Två BPSD-administratörsutbildningar .
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin. Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Uppföljning att spol-och diskdesinfektorer köps in enligt handlingsplan. Upprättade handlingsplaner för särskilda boenden för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräksjuka och influensa uppdaters och hålls aktuella enligt anvisning från vårdhygien..
- God vård i livets slutskede – alla dödsfall registreras, och vårdkvaliteten på de väntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.
- Palliativa ombudsrollen utvecklas.
- Implementering av validerad smärtskattning genomförs kontinuerligt.

- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning. Färdigställa riktlinjen.
- Utveckling av rutiner kring läkemedelshantering ska ske utifrån de brister som påvisats. Uppföljning genom utvärdering av de lokala granskningsprotokollen från farmaceut för att säkerställa en fortsatt god läkemedelshantering.
- Införa skriftlig rutin på samtliga särskilda boenden om nyckelhanteringen till de läkemedelsskåp som finns i lägenheterna på särskilda boende.
- Analysera faktorer bakom avvikelser framförallt gällande uteblivna läkemedelsdoser och falltillbud. Digitalisering av att kunna signera läkemedel direkt i telefonen. Sjuksköterskan, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut kan se att delegerad uppgift och instruktion är utförd. Inte klart ännu, därför behövs fortsatt utveckling så en säker överföring av signering för utförda ordinationer för exempel läkemedel mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal snarast löses, för att patientsäkerhet i dokumentationen ska uppnås i det nu gällande journalsystemet Combine.
- VISAM beslutsstöd är ett bra stöd anser sjuksköterskorna att använda vid bedömningar till vilken vårdnivå patienten ska. Uppföljning kontinuerligt att beslutsstödet enligt rutin efterföljs.
- Framtagande av en utbildningsplan för vårdpersonal
- Hjälpmedelsenheten bjuder in alla rollatoranvändare i kommunen till rollatorcafé. Syftet är att minska risken för att trasiga och slitna rollatorer används och därmed minska risken för skada.
- Utveckling av orternas lokala samverkansgrupper/hemtagningsteam mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för Patienten.
- Äldreprocessgruppen är ett samarbetsforum mellan primärvård, öppenvård psykiatri, SAH och kommunen. Fortsatt samarbete är viktigt för att patienten ska få en trygg och säker vård vid gemensamma vårdinsatser och vårdövergångar. Medicinska vårdplaneringar med läkemedelsgenomgångar fortsatt gemensamt arbete för att öka i antal.



Socialförvaltningen
Håkan Dahlqvist
Fitim Kunushevci

Datum
2019-03-13

Dnr SN-2019-63

Sid
1 (1)



Socialnämndens svar på inkommen skrivelse rörande Anna-Lena Söderbloms uttalande i UNT

Socialnämnden har tagit del av inkommen skrivelse och vill betona att samtliga uttalanden som Anna-Lena Söderblom har gjort speglar varken socialnämndens eller socialförvaltningens värderingar.

Vad gällande er oro för granskningen av och påverkan på er familjehemsutredning sker bedömning och insamling av underlag alltid av tjänstemän inom socialförvaltningen. Utredning av blivande familjehem sker enligt standardiserade arbetsmetoder och innehåller ett antal kontrollområden, exempelvis utdrag ur belastningsregistret och skattekontroll. Efter genomförd utredning går ärendet vidare på delegation från socialnämnden till arbetsutskottet för beslutsfattande. Ledamöterna i arbetsutskottet är medvetna om att alla myndighetsbeslut som tas ska präglas av en opartiskhet och saklighet i bedömningen utifrån underlaget för utredningen.

Socialförvaltningens personal arbetar utifrån de riktlinjer och den värdegrund för likabehandling och mångfald som fastställts av Östhammars kommun. Som offentlig förvaltning är man bunden av de åtagande som Sverige har fastställt i samband med undertecknandet av Konventionen om mänskliga rättigheter och barnkonventionen. Dessa genomsyrar även de lagar och andra föreskrifter som förvaltningen arbetar utifrån.

För socialnämnden

Lisa Norén

Socialnämndens ordförande

Berörda tjänstemän socialförvaltningen

Socialnämndens svar på inkommen skrivelse rörande Anna-Lena Söderbloms uttalande

Socialnämnden har tagit del av inkommen skrivelse från tjänstemän på socialförvaltningen rörande en ledamot i Socialnämnden och dess arbetsutskott. Tjänstemännen vill ha svar på om det är möjligt för socialnämnden att utesluta ledamoten från arbetsutskottet, hur nämnden ställer sig till ledamotens uttalande, samt hur det skall kommuniceras till tjänstemän och kommuninvånare.

I kommunallagen finns förtroendevaldas utträddande ur nämnd och styrelse reglerat. 4 kap. 9 § KL reglerar när en viss förtroendevald får entledigas. Den förtroendevalde ska ha valts av fullmäktige och antingen ha vägrats ansvarsfrihet eller dömts för ett brott på vilket fängelse i lägst två år kan följa och domen har vunnit laga kraft. Socialnämnden bedömer att det inte finns underlag som stödjer en uteslutning i detta fall. Förtroendet för enskild förtroendevald person är en fråga för den enskildes politiska parti.

Socialnämnden vill betona att ledamotens uttalanden varken speglar nämndens eller dess arbetsutskotts värdegrund. Socialnämnden främjar lika rättigheter och möjligheter för alla, oavsett kön, ålder, etisk tillhörighet, sexuell läggning, religion eller funktionsvariation. Socialnämnden ska motverka diskriminering och är öppen för olikheter som en styrka och tillgång.

Detta svar kommer publiceras på vårt intranät och externa webbplats, samt kommuniceras till media.

För socialnämnden

Lisa Norén
Socialnämndens ordförande

Cecilia Bernsten
Socialnämndens vice ordförande