



Instans: Socialnämnden  
Tid: 2019-03-26 kl. 12:30  
Plats: Nossan (A) Kommunhuset

Förslag på justerare: Inger Gustavsson (L)  
Dag för justering: 2019-03-28 kl. 15.30

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

**Observera att sekretesshandlingar delas ut för genomläsning innan sammanträdet i enlighet med beslut på socialnämndens sammanträde den 21 maj 2013, § 60/2013.**

Eva Larsson  
Ordförande

Moa Andersson  
Sekreterare

*Information:*

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

<i>KL</i>	<i>NR</i>	<i>Besluts -organ</i>	<i>Ärende</i>	<i>DNR</i>		<i>Handlingar bifogas</i>	<i>Föredragande/ Kommentar</i>
13.00			Sammanträdet öppnande				Ordförande
			Upprop				Nämndsamordnare
			Val av justerare och tid för justering				Ordförande
13.05	1	SN	Sekretess - Begäran om yttrande från IVO avseende ej verkställt beslut	SN 34/2019		VS	SAS/Kvalitetssamordnare
13.15	2	INFO	Socialförvaltningen informerar	--		--	Socialchef
13.55	3	SN	Månadsuppföljning per 2019-02-28	SN 7/2019		X	Controller
14.10	4	SN	Patientsäkerhetsberättelse 2018	SN 38/2019		X	MAS/Kvalitetssamordnare
14.20	5	KF	Revidering av socialnämndens reglemente	SN 46/2019		X	Stabschef
14.30	6	KF	Revidering av taxor och avgifter för socialnämnden	SN 45/2019		X	Stabschef

<i>NR</i>	<i>Meddelandeförteckning</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Domar inkomna under tidsperioden 2019-02-26- -2019-03-25	--	VS
2	KF § 10/2019-02-12 Äskande om ramförstärkning från socialnämnden	SN 43/2018	X
3	Information från Arbetsmiljöverket om förtroendevaldas arbetsmiljöansvar	Postlista SN 2019:7	X
4	Ungdomsmottagningen i Herrljungas årsrapport 2018	SN 39/2019	X
5	Verksamhetsberättelse för Tillståndsenheten i Samverkan 2018	Postlista SN 2019:9	X
6	KF § 13/2019-02-12 Förslag till digitaliseringsstrategi efter remissvar	Postlista SN 2019:10	X

<i>NR</i>	<i>Delegeringsbeslut</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2019-02-01- -2019-02-28	--	VS



## Månadsuppföljning per 20190228

### Sammanfattning

Socialförvaltningen har sammanställt en rapport med budget och prognos för helåret 2019.

Socialförvaltningen prognostiserar ett resultat för 2019 på +200 tkr. I denna prognos ingår resultatföring av flyktingbuffert för nyanlända med 200 tkr. Prognos för ordinarie verksamhet +-0 tkr.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2019-03-13

Månadsrapport per 2019-02-28

### Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner månadsrapporten.

Jenny Andersson

Controller

Expedieras till:  
För kännedom Kommunstyrelsen  
till:



## Bakgrund

Enligt gällande verksamhets- och ekonomistyrningsprinciper ska förvaltningen upprätta en månadsuppföljning som ska presenteras nämnden. Uppföljningen ska för driften redovisa budget och utfall för perioden, budget och prognos för helår samt budget och prognos helår för investeringar. Vid prognostiserat underskott ska åtgärder presenteras för att korrigera förväntat underskott. Konsekvenser av presenterade åtgärder ska redovisas. Månadsuppföljning ska göras per februari, april, juli och oktober.

## Ekonomisk bedömning

I januari gjordes en första prognos som pekade mot ett underskott. Förslag till åtgärder presenterades för nämnden vid sammanträdet i februari, några beslut fattades ej. Denna prognos pekar mot en budget i balans men tillåter inga oförutsedda utgifter. Förvaltningen arbetar vidare med att hushålla med tilldelade resurser.

## Samverkan

Samverkas i FSG 14 mars

## Motivering av förslag till beslut

Ekonomistyrningsprinciperna anger att nämnden ansvarar för att tilldelade resurser inte överskrids. Det ligger i förvaltningschefens ansvar att rapportera avvikelser till nämnd samt att upprätta förslag till åtgärder. Så snart avvikelse befaras eller har konstaterats är nämnd skyldig att vidta åtgärder så att budgetramen kan hållas. Åtgärder kan innebära kostnads-/intäktsjustering men även omdisponeringar inom verksamheter. Om sådana åtgärder inte bedöms tillräckliga är nämnd skyldig att till kommunstyrelsen rapportera befarad avvikelse. Vid befarat underskott är kommunstyrelsen skyldig att rapportera avvikelser till kommunfullmäktige samt uppmana nämnd att lämna förslag till åtgärder så att budgeten kan infrias.

Lagd prognos visar på ett överskott varför någon vidare rapportering inte är nödvändig, men eftersom nämnden i januari flaggade för ett underskott som också rapporterades till KS lämnas även denna rapport till KS för kännedom.

# Ärende 3

DIARIENUMMER: SN 2019-7  
FASTSTÄLLD/INSTANS: Socialnämnden  
VERSION:  
SENAST REVIDERAD:  
GILTIG TILL:  
DOKUMENTANSVAR: Socialchef

# Månadsrapport

per den 2019-02-28

***Med prognos för 2019-12-31***

*Socialnämnden*



HERRLJUNGA KOMMUN

*Våga vilja växa!*

## SAMMANFATTNING

Socialförvaltningen redovisar en positiv prognos om 200 tkr. Det är de flyktingmedel avseende 2014 års nyanlända som ska resultatföras år 2019. Övriga verksamheter redovisar på totalen en prognos enligt budget. Verksamhet myndighet redovisar -1 000 tkr beroende på högre personalkostnader samt placeringar än budgeterat. Vård och omsorg redovisar +-0 även om det inom verksamheten förekommer både över- och underskottsprognoser. Socialt stöd redovisar +400 tkr beroende på kommande på vakanta chefstjänster. Centralt stöd redovisar -100 tkr och förvaltningsledning +700 tkr där 500 tkr är den buffert som finns samt 200 tkr för kommande vakant verksamhetschefstjänst.

## Driftredovisning

### Prognos

Som belastar resultatet

RSUM	År Budget	År Prognos	År Diff
1 Intäkter	-76 134	-77 663	1 529
3 Personalkostnader	170 539	171 836	-1 297
4 Lokalkostnader, energi, VA	10 209	10 209	0
5 Övriga kostnader	96 263	96 295	-32
6 Kapitalkostnad	559	559	0
<b>Nettokostnad</b>	<b>201 436</b>	<b>201 236</b>	<b>200</b>

Vhtområde	År Budget	År Prognos	År Diff
10 Nämnd- och styrelseverksamhet	581	581	0
26 Miljö- och hälsoskydd	100	100	0
50 Social verksamhet gemensamt	19 070	18 120	950
51 Vård och omsorg	122 260	122 310	-50
52 LSS	28 284	28 184	100
53 Färdtjänst	2 465	2 765	-300
59 IFO	25 677	26 377	-700
60 Flyktingmottagande	0	-200	200
61 Arbetsmarknadsåtgärder	2 999	2 999	0
	<b>201 436</b>	<b>201 236</b>	<b>200</b>

Ansvarsområde	År Budget	År Prognos	År Diff
40 Nämnd	581	581	0
41 Förvaltningsledning	7 421	6 721	700
42 Myndighet	38 412	39 412	-1 000
43 Centralt stöd	7 683	7 783	-100
44 Vård och omsorg	116 300	116 300	0
46 Socialt stöd	31 039	30 439	600
	<b>201 436</b>	<b>201 236</b>	<b>200</b>

\*För prognos flyktingmottagande, ensamkommande se sid 6-7

Ytterligare detaljer finns i bilaga 1

## Redovisning av orsaker och åtgärder

### *Socialnämnd*

**Prognos:** enligt budget

**Orsak:** I dagsläget finns inget som tyder på en avvikelse från budget

**Åtgärd:**

### *Förvaltningsledning*

**Prognos:** +700 tkr

**Orsak:** Buffert 500 tkr lyfts som överskott samt 200 tkr kommande vakant tjänst verksamhetschef

**Åtgärd:** Överskottet används till att täcka underskott i andra verksamheter

### *Myndighet*

Inom verksamheten handläggs all myndighetsutövning. Verksamheten är helt lagstyrd och handlägger ärenden efter ansökan från enskild eller efter anmälan om oro. Verksamheten har det yttersta ansvaret för samtliga personer som vistas i Herrljunga kommun. Ärenden som handläggs rör Barn och familj, försörjningsstöd, missbruk, bistånd, LSS, socialpsykiatri, våld i nära relation, familjerätt samt har del i Familjecentralens verksamhet. Verksamheten beviljar bistånd enligt SoL och LSS till placering i familjehem, försörjningsstöd, hemtjänst, SÄBO, behandlingshem, kontaktpersoner, vuxenbehandlare, mm. Alla förekommande ärenden inom Socialförvaltningen går via Verksamhet myndighet som efter ansökan eller anmälan och utredning tar beslut om att bevilja bistånd/insats eller besluta om avslag. Ett beslut om avslag kan gå vidare till Förvaltningsrätt och Kammarrätt för avgörande. Beslut kan även tas mot den enskildes vilja enligt LVU och LVM, då det finns en påtaglig risk för den enskildes hälsa och liv. Ansökan om vård beslutas av Förvaltningsrätten.

**Prognos:** -1 000 tkr



**Orsak:** Prognosen beror främst på överanställning av personal. Detta är en medveten strategi för att minska kostnaderna för placeringar. Idag finns inga konsulter i verksamheten. Placeringar av barn och unga beräknas överskrida budgeten medan placeringar av vuxna beräknas ge ett överskott. Från 2019 har ett antal administrativa tjänster flyttats till verksamheten från centralt stöd då dessa tjänster har en bättre samhörighet med myndighet.

År 2018 efter omorganisationen flyttades ansvaret för att verkställa beslut om bistånd i form av kontaktperson från Verksamhet socialt stöd, som verkställer biståndsbeslut såsom familjebehandlare, vuxenbehandlare, boendestöd, mm, till Verksamhet myndighet men någon överföring av budgetmedel gjordes inte. Det är en anledning till varför personalbudgeten på Verksamhet myndighet går minus, då den omvandlade socialsekreterartjänsten idag handlägger och verkställer beslut om kontaktpersoner och ansvarar för rekrytering och all administration kring dessa såsom att avtal blir skrivna och arvode och omkostnadsersättning blir utbetald, detta är en uppgift som borde ligga på Verksamhet socialt stöd som verkställer Verksamhet myndighets beslut.

**Åtgärd:** De dyra placeringarna som påverkade budgeten under år 2018 är avslutade. Stor restriktivitet råder vid placering på HVB utan i första hand ska placering i "våra egna" familjehem övervägas och innan dess ska hemmaplanslösningar ha prövats. När det gäller personalbudgeten så räknar vi med ett underskott för år 2019 men en omfördelning av medel motsvarande en tjänst från Socialt stöd till Myndighet för verkställighet av beslut kontaktpersoner skulle reducera underskottet med 600 tkr. Verksamhet myndighet har under år 2018 haft studerande från Socionomprogrammet på praktik, vilket har fallit väl ut och de är nu timanställda på Myndighet. Det innebär att risken för att behöva köpa konsulttjänster framgent minskar.

### *Centralt stöd*

Inom verksamheten finns stab, administrativ enhet, bemanningsenhet, omsorgsavgifter, färdtjänst samt alkoholhandläggning.

**Prognos:** -100 tkr.

**Orsak:** Prognosen beror på ökade färdtjänstkostnader utifrån budget. Detta då kostnaden för resorna har ökat i jämförelse med tidigare år.

**Åtgärd:** Se över färdtjänstbesluten där det är möjligt.

### *Gemensam verksamhet vård och omsorg*

**Prognos:** +600 tkr

**Orsak:** Vakanta tjänster som bara till viss del ersätts bidrar till ett överskott

**Åtgärd:** Överskottet används till att täcka underskott i övriga verksamheter under Vård och omsorg

### *Hemtjänst, Ljung, Herrljunga tätort och landsbygd*

**Prognos:** -300 tkr

**Orsak:** En planerare över budget finns kvar i verksamheten, svårigheter att komma upp i budgeterad effektivitet bidrar till befarat underskott

**Åtgärd:** Arbete pågår med förslag till att komma i balans

## *Stöd i ordinärt boende*

Verksamheten inkluderar korttidsboende och dagverksamhet.

**Prognos:** -100 tkr

**Orsak:** på korttiden finns budgeterat 8 platser, beläggningen tom februari har varit i snitt 11 platser

**Åtgärd:** Se till att hålla beläggning enligt budget. Se över scheman och försöka använda personalresurser på ett effektivt sätt.

## *Särskilt boende, Hagen och Hemgården*

**Prognos:** enligt budget

**Orsak:**

**Åtgärd:**

## *Hälso- och sjukvård*

**Prognos:** -200 tkr

**Orsak:** Bemanning över budget

**Åtgärd:** Arbete pågår med att se över bemanningen, både inför sommaren och övriga året

## *Gemensam verksamhet Socialt Stöd*

Socialt stöd består av tre enhetschefsområden. Sysselsättningsenheten med arbetsmarknadsenhet, Daglig verksamhet enl LSS samt korttidstillsyn, avlösarservice och ledsagning. Verkställighet består av Introduktionsenheten, Boendestöd och Stödboende, Träffpunkten (öppen verksamhet) samt Familjebehandlare och Vuxenbehandlare. Funktionshinderverksamheten består av Gruppboende enl LSS Serviceboende enl LSS, samt personlig assistans både intern och extern. Socialt Stöd är en utförarverksamhet och styrs av inflödet av nya ärenden vilka då påverkar budget direkt.

**Prognos:** +350 tkr

**Orsak:** Då två enhetschefer har sagt upp sig på Socialt Stöd prognostiseras idag ett överskott på ca 350 tkr för ej utbetalda chefslöner under rekryteringsperioden maj-aug.

**Åtgärd:** Socialt Stöd arbetar internt med att hålla budget i balans och kommer göra vissa förändringar i enhetsfördelningen mellan enhetschefsområdena under 2019 för att optimera resurserna och hitta fler samordningsvinster.

## *Funktionshinder*

Inom verksamheten finns personlig assistans, gruppboende, serviceboende.

**Prognos:** enligt budget

# Ärende 3

**Orsak:** Funktionshinderenheten hade en ökning på personalkostnader i januari månad på grund av hög sjukfrånvaro. Funktionshinderområdet är svår prognosticerat nu med tanke på ersättningar som släpar i de personliga assistansärenden och som då bokförs in i efterhand. Enheten prognosticerar ett plus/minus noll resultat på helår om inga yttre förändringar sker, tex nya personliga assistans ärenden.

**Åtgärd:**

## *Syssetsättning*

Verksamheten inkluderar Arbetsmarknadsenhet, Daglig verksamhet, korttidstillsyn, ledsagning samt avlastning i hemmet.

**Prognos:** enligt budget

**Orsak:** Enheten ser på helår ett ev överskott i budgetposten för arbetsmarknadsanställningar som minskat där enheten satt högre krav på den ”remitterande” myndigheten.

**Åtgärd:**

## *Verkställighet*

Verksamheten inkluderar: Boendestöd och Stödboende för ensamkommande, Öppen verksamhet Träffpunkten, Familjebehandlare, Vuxenbehandlare och Introduktionsenheten.

**Prognos:** +50 tkr

**Orsak:** Verkställighet ser ett litet överskott på 50 tkr som kommer från en delvis vakant tjänst.

**Åtgärd:**

## *Ensamkommande*

**Prognos:** 300 tkr lägre belopp kommer behövas tas från bufferten för ensamkommande

**Orsak:** Enheten som helhet går 300 tkr plus där tidigare in-tecknat belopp ej kommer användas på grund av ändrade rutiner. Där enheten tidigare utbetalade bidrag i barnärenden nu istället hanteras genom att de enskilda får ansöka om ekonomiskt bistånd.

**Åtgärd:**

RSUM	Ack Budget	Ack Utfall	Ack Diff	År Budget	År Prognos	År Diff Helår
1 Intäkter	-810	-271	-540	-3 620	-3 620	0
3 Personalkostnader	333	459	-126	1 982	1 982	0
4 Lokalkostnader, energi, VA	110	89	21	660	660	0
5 Övriga kostnader	370	88	282	2 221	1 921	300
	<b>3</b>	<b>365</b>	<b>-362</b>	<b>1 243</b>	<b>943</b>	<b>300</b>
till+/från- buffert	-3	-365	362	-1 243	-943	-300
<b>Summa redovisat resultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## Investeringsredovisning

PROJ	URSPR BUDGET År	OMBUD År	BUDGET År	UTFALL Ack	AVVIK Ack	PROGN År	AVVIK År
5420 Inventarier SN	500	0	500	0	500	500	0
5429 VIVA-app	300	0	300	0	300	300	0
5428 Hemgården larm	0	0	0	0	0	0	0
<b>Socialnämnd</b>	<b>800</b>	<b>0</b>	<b>800</b>	<b>0</b>	<b>800</b>	<b>800</b>	<b>0</b>

Socialnämnden begär ombudgetering med 1 260 tkr för Hemgården larm samt ombyggnad kök Ringvägen. Dessa är inte beslutade av kommunfullmäktige ännu och därför inte med i denna prognos. Årets investeringsbudget beräknas användas.

### SOCIALFÖRVALTNING

Magnus Stenmark

Jenny Andersson

Socialchef

Controller

## Bilaga 1

Ansvarsområde	Ansvar	År Budget	År Prognos	År Diff
40 Nämnd	400 Nämnd	581	581	0
<b>Summa Nämnd</b>		<b>581</b>	<b>581</b>	<b>0</b>
41 Förvaltningsledning	410 Förvaltningsledning	7 421	6 721	700
<b>Summa Förvaltningsledning</b>		<b>7 421</b>	<b>6 721</b>	<b>700</b>
42 Myndighet	420 Myndighet	38 412	39 412	-1 000
<b>Summa Myndighet</b>		<b>38 412</b>	<b>39 412</b>	<b>-1 000</b>
43 Centralt stöd	430 Centralt stöd	7 683	7 783	-100
<b>Summa Centralt stöd</b>		<b>7 683</b>	<b>7 783</b>	<b>-100</b>
44 Vård och omsorg	440 Vård och omsorg	41 671	41 071	600
44 Vård och omsorg	441 Hemtjänst Herrljunga Landsbygd	804	1 004	-200
44 Vård och omsorg	442 Hemtjänst Herrljunga tätort	4 537	4 637	-100
44 Vård och omsorg	443 Hemtjänst Ljung	721	721	0
44 Vård och omsorg	444 Stöd i ord.boende	7 346	7 446	-100
44 Vård och omsorg	445 Hagen säbo	20 349	20 249	100
44 Vård och omsorg	446 Hemgården demens	14 478	14 478	0
44 Vård och omsorg	447 Hälso och sjukvård	18 449	18 649	-200
44 Vård och omsorg	448 Hemgården omvårdnad	7 945	8 045	-100
<b>Summa Vård och omsorg</b>		<b>116 300</b>	<b>116 300</b>	<b>0</b>
46 Socialt stöd	460 Socialt stöd	1 680	1 330	350
46 Socialt stöd	461 Funktionshinder	18 191	18 191	0
46 Socialt stöd	463 IFO Verkställighet	5 156	4 906	250
46 Socialt stöd	466 Ensamkommande	0	0	0
46 Socialt stöd	467 Sysselsättning	6 012	6 012	0
<b>Summa Socialt stöd</b>		<b>31 039</b>	<b>30 439</b>	<b>600</b>
<b>Summa Socialnämnd</b>		<b>201 436</b>	<b>201 236</b>	<b>200</b>

## Bilaga 2

### Flyktingbuffert (tkr)

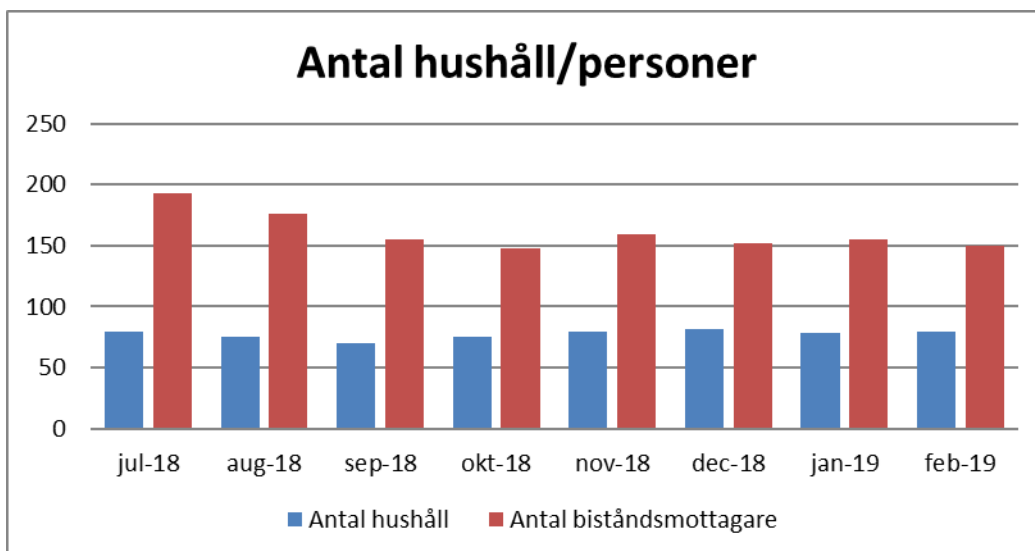
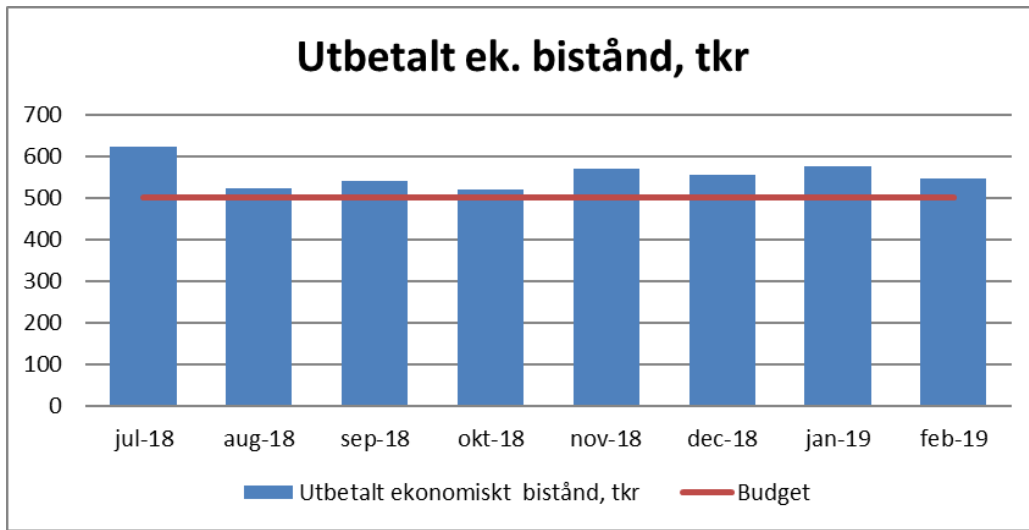
<b>IB 20190101</b>	<b>-19 364 138</b>
varav ensamkomna	-10 201 588
varav flykting	-9 162 550
Prognos utfall 2019	1 147 036
varav ensamkomna	943 000
varav flykting	204 036
<b>Prognos UB 20191231</b>	<b>-18 217 102</b>
varav ensamkomna	-9 258 588
varav flykting	-8 958 514

För 2019 är budgeterat att använda flyktingbufferten för ensamkommande med 1 243 tkr. Senaste prognos visar att 943 tkr måste tas från bufferten.

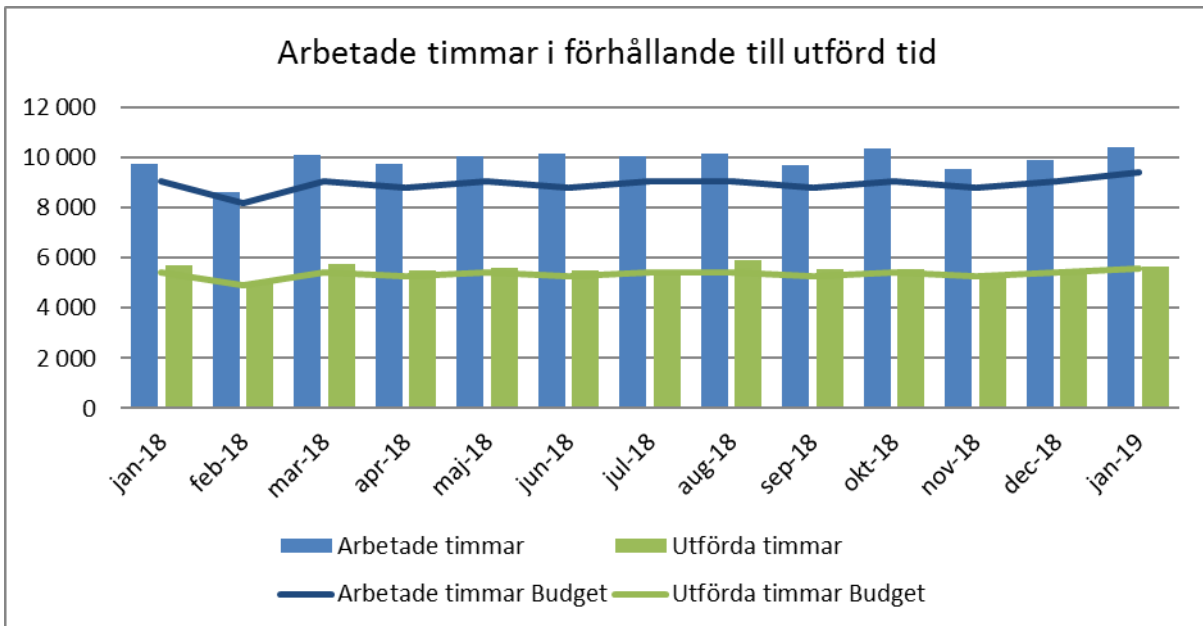
Flyktingbufferten avseende nyanlända redovisar ett överskott på ca 200 tkr för ankomna 2014. Enligt beslutade rutiner ska detta överskott resultatföras efter 5 år, vilket innebär att detta resultat ska redovisas år 2019.

## Bilaga 3

### Försörjningsstöd



## Hemtjänst



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

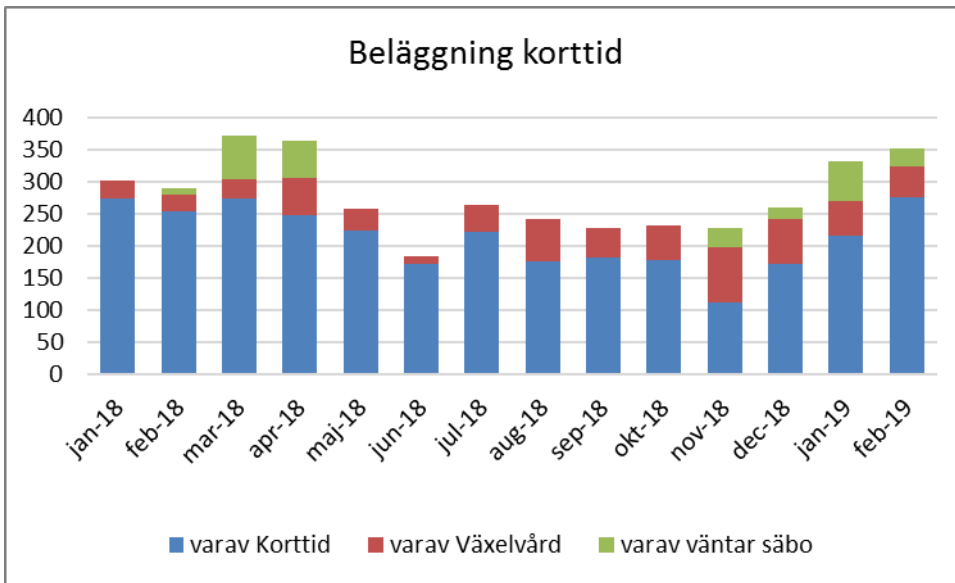
Utförda timmar är de timmar som registrerats hos brukaren, sk direkt brukartid.

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

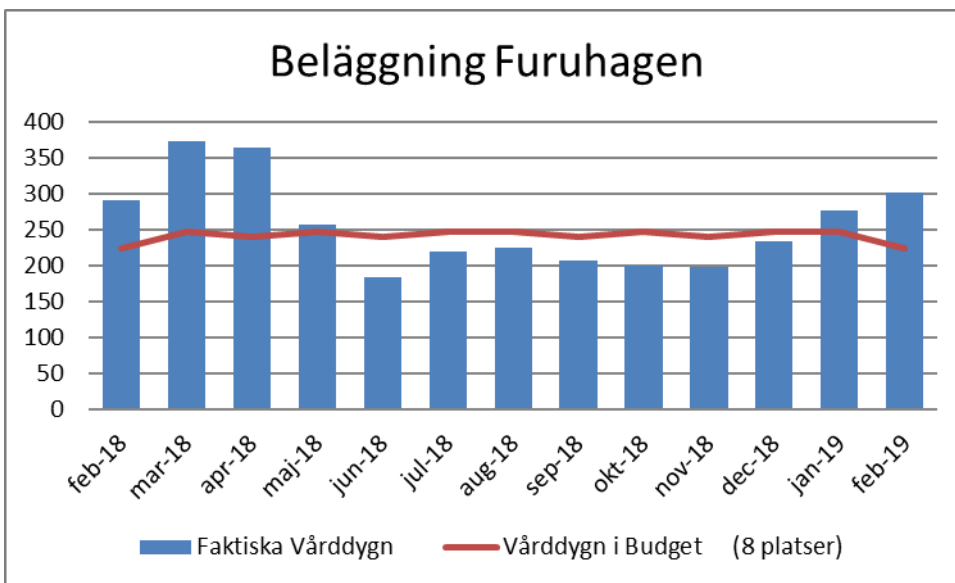
Den utförda tiden har legat något över budgeterad och ser ut att fortsätta på en högre nivå. För att den ekonomiska budgeten ska hållas krävs att arbetad tid inte ökar i samma omfattning som utförd tid, dvs effektiviteten måste hålla budget och helst ligga något över. Effektiviteten för januari 2018-januari 2019 har legat på i snitt 56%, budgeterat är 60%.



## Korttid

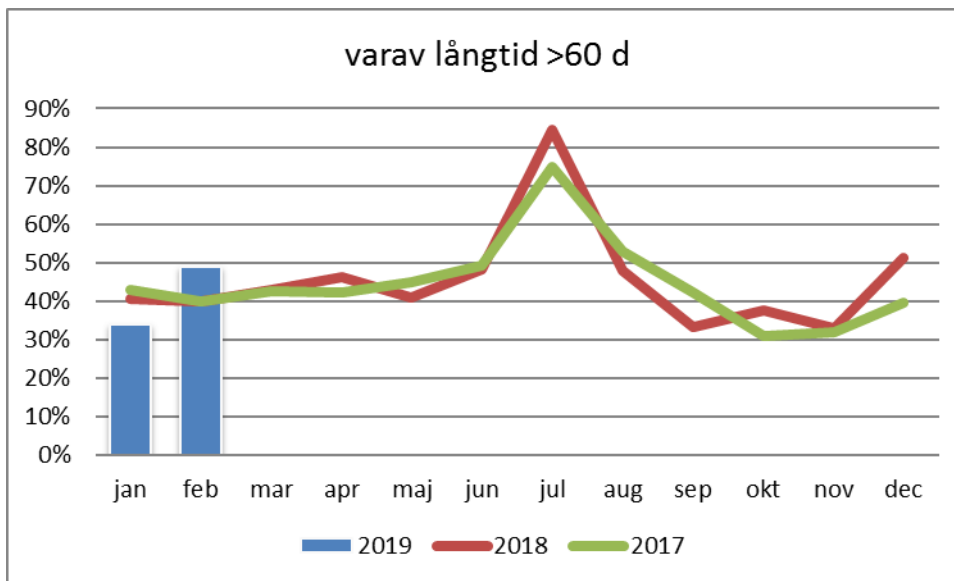
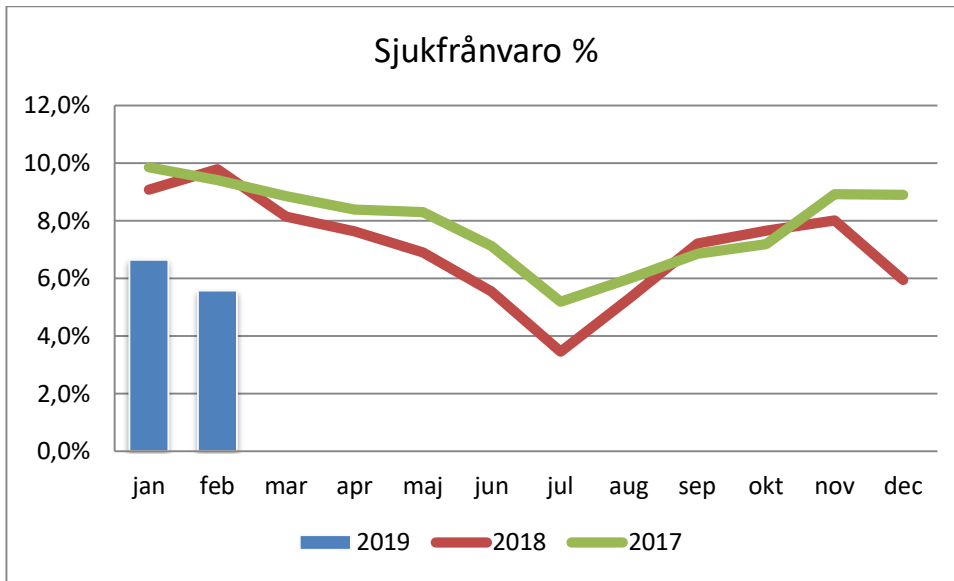


Antal platser visar inklusive de platser som förlagts till Hagen och Hemgårdens säbo.



Endast platser på Furuhaugens korttid

## Sjukfrånvaro



Februari månads siffror är preliminära

## Statsbidrag –Visa utfall / vad de använts till per statsbidrag

För 2019 har följande statsbidrag rekviderats:

<b>Statsbidrag</b>	<b>Söks/rekvideras hos</b>	<b>Projekt</b>	<b>Ansökt/ Rekviderat /Beviljat</b>
Stärkt bemanning inom sociala barn och ungdomsvården	Socialstyrelsen	1467	904 094
Kvalitetsutveckla arbetet mot hot och våld i nära relation...	Socialstyrelsen	1469	107 808
Psykisk ohälsa hos barn och unga	Socialstyrelsen	1468	251 137
AME			
PULS	Sjuhäradssamordningsförbund	1461	Söker varje månad efter arbetad tid i projektet, 50 %
DUA	Arbetsförmedlingen	1460	50 000



## Patientsäkerhetsberättelse

### Sammanfattning

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

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

Patientsäkerhetsarbetet har under året belysts genom upprättande av nya rutiner samt revidering av befintliga riktlinjer och rutiner. Patientsäkerhetsarbetet har under 2018 följts upp på olika sätt i verksamheterna, bland annat genom analyser och reflektioner av inkomna avvikelser.

Statistik av avvikelserna visar ett tydligt behov av att verksamheterna ökar sin följsamhet till rutin för avvikelshantering. Ett flertal verksamheter har anmärkningsvärt låga siffror för inkomna avvikelser gällande exempelvis läkemedelsavvikelser.

För att säkerställa och öka kvalitén i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister bland annat Senior alert, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), Svenska Palliativregistret. Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts samt egenkontroll enligt egenkontrollplan.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2019-03-06  
Patientsäkerhetsberättelse 2018

### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut. Socialnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2018 och lägger den till handlingarna.

Berith Källerklint  
MAS/MAR/kvalitetssamordnare

# Ärende 4

DIARIENUMMER: 38/2019  
FASTSTÄLLD: 2019-03-26  
DOKUMENTANSVAR: Aniko Andersson Persson  
Verksamhetschef Vård och Omsorg  
Berith Källerklint MAS/Kvalitetssamordnare  
2018-02-28

## Patientsäkerhetsberättelse 2018

*Socialförvaltningen Herrljunga kommun*



HERRLJUNGA KOMMUN

*Våga vilja växa!*

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
<b>Struktur</b> .....	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	4
<i>Verksamhetschefens ansvar</i> .....	5
<i>Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar</i> .....	5
<i>Enhetschefens ansvar</i> .....	5
<i>Medarbetarens ansvar</i> .....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	6
<i>Samverkan mellan kommuner, primärvård och slutenvård</i> .....	6
<i>Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett</i> .....	7
<i>Samverkan Närsjukvårdsteamet Alingsås lasarett och SÄS</i> .....	7
<i>Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare</i> .....	7
<i>Samverkan Samordnad vård- och omsorgsplanering – SVPL</i> .....	8
<i>Samverkan Läkarmedverkan</i> .....	8
<i>Intern och extern samverkan för en god och säker vård</i> .....	9
Patienters och närståendes delaktighet.....	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	9
Klagomål och synpunkter .....	10
Egenkontroll.....	10
Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheter.....	11
Riskanalys.....	11
Utredning av händelser – vårdskador.....	12
Informationssäkerhet.....	12

Resultat och analys.....	12
<i>Nationell punktprevalensmätning basala hygienregler.....</i>	12
<i>Svenska HALT.....</i>	13
Senior alert.....	13
<i>Svenska palliativ registret.....</i>	14
<i>BPSD.....</i>	14
<i>Delegering.....</i>	15
Egenkontroll.....	15
<i>Skydds- och begränsningsåtgärder.....</i>	16
Avvikelse.....	16
<i>Avvikelse i Närvårdssamverkan.....</i>	17
Klagomål och synpunkter.....	18
Händelser och vårdskador.....	18
Riskanalys.....	18
Mål och strategier för kommande år.....	18

## Sammanfattning

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

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

Patientsäkerhetsarbetet har under året belysts genom upprättande av nya rutiner samt revidering av befintliga riktlinjer och rutiner. Patientsäkerhetsarbetet har under 2018 följts upp på olika sätt i verksamheterna, bland annat genom analyser och reflektioner av inkomna avvikelser.

Statistik av avvikelserna visar ett tydligt behov av att verksamheterna ökar sin följsamhet till riktlinjen för avvikelshantering. Ett flertal verksamheter har anmärkningsvärt låga siffror för inkomna avvikelser gällande exempelvis läkemedelsavvikelser.

För att säkerställa och öka kvalitén i vården och patientsäkerheten används nationella kvalitetsregister så som Senior alert, BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), Svenska Palliativregistret samt Folkhälsomyndighetens Svenska HALT-register, en årligt återkommande mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende. Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts samt egenkontroll enligt egenkontrollplan.



## Struktur

### Övergripande mål och strategier

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

Enligt 3 kap 1§ i patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård och en vård på lika villkor för hela befolkningen i hälso- och sjukvårdslag (2017:30) upprätthålls.

Ledningssystemet ska tydliggöra och synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för patienter, personal och övriga medborgare. Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. För varje år beskrivs ett antal mål inom de olika verksamhetsgrenarna på olika detaljerad nivå. Gemensamt för samtliga verksamhetsgrenar är att upprätthålla och utveckla kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som finns i verksamheten samt att ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.

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

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

### Organisation och ansvar

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

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

Yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren som skall planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) efterföljs av alla utförare i kommunen. Socialnämnden ansvarar för att skapa förutsättningar för och säkerställa att verksamheten arbetar med kvalitet på ett systematiskt sätt enligt lagar, föreskrifter och beslut.

## ***Verksamhetschefens ansvar***

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

## ***Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar***

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) skall det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas en sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret, MAS. MAS ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. MAS upprättar riktlinjer och rutiner för att kunna styra, följa upp samt utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. MAS ansvarar även för att utöva kontroll av verksamheten samt för att samverka med verksamhetschef vid frågor som berör hälso- och sjukvården för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS är ansvarig för bedömning om en HSL-avvikelse är så pass allvarlig (händelse som medfört allvarlig vårdskada eller kunnat medföra allvarlig vårdskada) att den skall anmälas till Inspektion för Vård och Omsorg (IVO) enligt lex Maria.

## ***Enhetschefens ansvar***

Enhetschefen ansvarar för att leda och utveckla verksamheten och se till att socialförvaltningens ledningssystem med fastställda riktlinjer och rutiner är väl kända i verksamheten. I arbetet ingår att göra personalen delaktiga i patientsäkerhetsarbetet och rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschef har att kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt rutin. Utvärdering av avvikelser i verksamheten skall leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som skall öka patientsäkerheten.

Enhetschef för respektive område har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav, utifrån Hälso- och sjukvårdslagen, Socialtjänstlagen samt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), som ställs utifrån att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård. I enhetschefens hälso- och sjukvårdsansvar ingår att göra personal delaktig i patientsäkerhetsarbetet, rapportering av avvikelser samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. Enhetschef har att kontinuerligt följa upp avvikelser som rör verksamheten enligt riktlinjen för avvikelsehantering. Utvärdering av avvikelser i verksamheten ska leda till reflektion samt ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten i kommunen.

## ***Medarbetarens ansvar***

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

Alla medarbetare ska aktivt medverka i och bidra till utveckling av det systematiska kvalitetsarbetet som är en integrerad del i den dagliga verksamheten genom att följa de riktlinjer och rutiner som styr samt genom att uppmärksamma och rapportera avvikelser. Personal som utför delegerade uppdrag efter att erhållit delegering av legitimerad personal är, enligt Hälso- och Sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdspersonal och har det särskilda yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att hälso- och sjukvården följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla anställda som utför hälso- och sjukvård är skyldiga till att bidra så att hög patientsäkerhet upprätthålls.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Vårdskador kan förebyggas genom att arbeta strukturerat med avvikelshantering. Förvaltningen hanterar interna och externa avvikelser. Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå men kan också ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp.

Externa avvikelser hanteras enligt en framtagen instruktion mellan huvudmännen eller annan utförare av vården. Framför allt hanteras avvikelser mellan sjukhuset, vårdcentralerna och kommunen.

## ***Samverkan kommuner, primärvård och slutenvård***

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

Närvårdsamverkan (NVS) Södra Älvsborg omfattas av kommunal vård, omsorg, skola och socialtjänst i Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Ulricehamn och Vårgårda. Regionens närsjukvård är inom primärvård, sjukhusvård och habilitering i Södra Älvsborg.

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

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

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

## ***Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett***

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

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

## ***Samverkan Närsjukvårdsteamet Alingsås lasarett och SÄS***

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

Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett utgår från Medicinkliniken Alingsås lasarett. Teamet arbetar över gränserna mellan vårdgivarna, det vill säga mellan kommunen, primärvården och Alingsås lasarett. Herrljunga kommun ingår i Alingsås lasarettets upptagningsområde.

Närsjukvårdsteamet SÄS samverkar över gränserna mellan kommun, primärvård och sjukhus och utgår från Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås.

## ***Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare***

Avtal finns mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun om Mobil hemsjukvårdsläkare. Målgruppen för mobil hemsjukvårdsläkare är vuxna patienter som är inskrivna i kommunal hemsjukvård i eget boende, med omfattade vård- och omsorgsbehov av teambaserad vård i hemmet. Teamet består av en eller flera yrkesprofessioner i kommunal hemsjukvård samt läkare från vårdcentral. Teamet arbetar personcentrerat och proaktivt, det vill säga arbetar bland annat med riskbedömningar, vårdplaner, och läkemedelsgenomgångar för att förhindra undvikbara försämringar och komplikationer. Hemsjukvårdsläkaren ska vara patientens fasta vårdkontakt.

## ***Samverkan Samordnad vård- och omsorgsplanering - SVPL***

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

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vård- och omsorgsplanering av utskrivningsklara patienter mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bland annat krav på information till berörda enheter i samband med in/utskrivning slutenvården. Rutin för vårdplanering mellan primärvård och kommun gällande in och utskrivning inom hemsjukvård. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport i Närvårdsamverkan då rutinerna inte följs.

Under 2018 har vård- och omsorgsplanering via videolänk gjorts mellan SÄS eller Alingsås lasarett och Herrljunga kommun. Det är en väl fungerande vårdplaneringsform. Även 2-parts vårdplanering mellan primärvård och kommun gällande in och utskrivning inom hemsjukvård via IT-stödet är nu en fungerande vårdplaneringsform.

Den delregionala arbetsgruppen (DRAG) har 2018-01-01 övergått till uppdragsgrupp Samordnad vård- och omsorgsplanering (SVOP) och syftar till att stötta och utveckla vårdprocessen samordnad vård- och omsorgsplanering. Uppdragsgruppen är en arbetsgrupp åt Styrgrupp Närvård samt den tillfälliga uppdragsgruppen gällande den nya lagen ”Samverkan vid utskrivning”, 2017:612 som gäller från 1 januari 2018.

Uppdragsgruppens SVOP prioriterade områden under 2018 var:

- öka följsamheten till regiongemensam rutin
- medverka vid införandet av ny IT-tjänst för samordnad vård- och omsorgsplanering samt
- följa följsamheten till de rutiner som skapats gällande den nya Samverkanlagen 2017:612

## **Samverkan Läkarmedverkan**

Regionen ansvarar för läkarinsatserna i de verksamheter som ligger inom kommunens ansvarsområde. Avtalen reglerar samarbetsformer och gemensamma mål för samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Samverkansavtal mellan primärvården Västra Götalands Regionen och Herrljunga kommun finns. Avtal finns mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård. Uppföljning av följsamheten till avtalet sker halvårsvis och när avtal påföljande år skrivs.

Samverkansavtalet mellan Närhälsan Herrljunga och Herrljunga kommun har fungerat bra under 2018 och bägge parter är nöjda över följsamheten till avtalet

## ***Intern och extern samverkan för en god och säker vård***

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

Teammöten har genomförts på särskilda boenden i olika utsträckning i de olika verksamheterna under året. Teamet som består av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kontaktperson går tillsammans igenom riskbedömningar enligt Senior Alert och BPSD och på sittande möte kommer fram till lämpliga åtgärder att förebygga ohälsa och vårdskador för patienten.

## **Patienters och närståendes delaktighet**

*SFS 2010:659 3 kap. 4 §*

I Patientsäkerhetslagen 2010:659 sker samverkan mellan patient och dess närstående vid upprättande av omvårdnadsplan/rehabplan och genomförandeplan så långt som möjligt. Patienten och i förekommande fall närstående tillfrågas om deltagande. För att uppnå optimal delaktighet för patient och närstående sammankallas berörda till vårdplanering eller SIP (Samordnad Individuell Plan).

Vid deltagande i nationella studier tillfrågas patienten eller i förekommande fall närstående om samtycke. Vid deltagande i kvalitetsregister tillfrågas patienten eller i förekommande fall närstående.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet**

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

All personal som arbetar inom socialtjänst, verksamhet enligt LSS och Hälso- och sjukvård har en skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens systematiskt utvecklas och säkras.

Personal inom verksamheten har bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser genom att skriva avvikelser. De dominerande rapporterade avvikelserna handlar om fallincidenter och läkemedel. Arbetet med avvikelser är grunden för patientsäkerhetsarbetet och innebär att utveckla den kommunala vården och omsorgen, därför uppmuntras all personal att registrera avvikelser och händelser.

Antal registrerade fallolyckor/fallavvikelser har under 2018 ökat med 197 fall jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis skrubbsår, blåmärken, sårskada, svullnad och i tre av fallen har det uppstått frakturer.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2018 ökat jämfört med året innan. Vanligt förekommande orsak är avglömd given läkemedelsdos.

# Ärende 4

Under 2018, tillika 2017 har det skett en ökning av avvikelser där beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient jämfört med tidigare år. Osäkerhet uppstår om beställd insats är utförd eller inte. Konsekvens blir svårighet att utvärdera träningsinsatsen samt stor risk för försämrad/utebliven funktion för patient.

Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna in förslag på förbättringar. I hantering av avvikelser ingår skyldigheten att rapportera händelser som medför vård skador eller risk för vård skador inom hälso- och sjukvården.

Då patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada utreder och rapporterar MAS avvikelser till IVO. MAS tar beslut om en Lex Maria-anmälan skall upprättas.

Inkomna avvikelser utreds och sammanställs. Under året analyseras och återkopplas till enhetschefer vid gemensamma sittningar tillsammans med SAS och MAS kontinuerligt. Här söker man efter mönster eller trender som kan ge indikation på brister i verksamhetens kvalitet, det vill säga systematiskt kvalitetsarbete.

<b>Verksamhet</b>	<b>Antal avvikelser rapporter HSL</b>	<b>Antal avvikelser ej givna läkemedelsdoser</b>	<b>Antal avvikelser fallolyckor</b>	<b>därav antal allvarliga fallolyckor</b>
Hemsjukvård 2018	785	784	887	3

## Klagomål och synpunkter

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

Förvaltningen har en rutin för att hantera synpunkter och klagomål från både personal, patienter och närstående. När patienter/brukare kommer i kontakt med verksamheten för första gången i samband med inskrivning informeras om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål.

Inkomna klagomål kan även leda till att avvikelser skrivs in i avvikelshanteringssystemet. Återkoppling ges så fort som möjligt till den som lämnat synpunkt eller klagomål. Beroende på vad som har hänt görs förbättringsåtgärder och uppföljning på ändrat arbetssätt/rutin.

Under 2018 har inkommit ett klagomål/synpunkt inom HSL.

## Egenkontroll

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

Som ett led i egenkontroll har under året genomförts mätning av vårdrelaterade infektioner och profylaktisk antibiotikabehandling genom Svenska HALT, Folkhälsomyndigheten.

Resultatet av Svenska HALT-mätningen 2018 visade inga bekräftade vårdrelaterade infektioner eller profylaktiskt antibiotikabehandling under mättillfället. Mätning genomfördes på särskilda boende samt korttidsenhet.

## Process – Åtgärder för att öka patientsäkerheten

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 2*

Arbetet med kvalitetsregistren BPSD samt Senior alert har under 2018 visat en nedgång i inrapportering och ny satsning på detta kvalitetsarbete kommer att genomföras under 2019.

Under året har det på samtliga enheter införts arbetssättet SBAR. Det är ett strukturerat sätt att kommunicera inom vården. SBAR står för: Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation. SBAR ger en säkrare överrapportering mellan vårdgivare såsom sjukhus och ambulans men även inom den egna kommunen. Risken för att information glöms bort eller misstolkas minimeras. Därmed minskar också risken för vårdskador.

Bemanningen har utökats under året med demenssjuksköterska.

Arbetet under 2018 har varit inriktat på att få till en kultur där patientinformation i första hand söks via NPÖ (Nationell PatientÖversikt). Nationell patientöversikt gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.

## Risikanalys

*SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap 2§ p 4*

En riskanalys ska alltid genomföras vid:

- organisationsförändringar
- personalförändringar: vid väsentliga förändringar av kompetens och/eller resurser

En riskanalys kan också behöva göras:

- på resultat från olika analyser
- på uppgifter som framkommer genom omvärldsbevakning på uppgifter som kommer från Personal Ekonomi Genomgång (PEKG)
- på processer som bedöms innehålla många risker vid införande av ett nytt arbetssätt
- när en ny metod eller teknik ska införas

För att förebygga risk för att patient drabbas av vårdskada samverkas med flertal vårdgrannar. Uppkomna händelser har bedömts utifrån sannolikhet att händelsen ska inträffa igen samt vilka negativa händelser som skulle kunnat bli följderna av händelsen.



## Utredning av händelser – vårdskador

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

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

Det finns kritiska punkter som återkommer generellt oavsett inom vilket område för händelsen. De kritiska punkterna för vårt förbättringsarbete som vi behöver jobba vidare med och säkerställa är brister i information, kommunikation och dokumentation.

Ingen avvikelse har under 2018 varit föremål för utredning som kunde lett till vårdskada.

## Informationssäkerhet

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§*

Systemförvaltare har ansvar för att loggning sker enligt rutin i nätverket och dokumentationsprogram.

Slumpmässiga systematiska loggkontroller görs kontinuerligt sex gånger per år av systemförvaltare och enhetschef i dokumentationsprogrammet VIVA för hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal enligt rutin. Under 2018 inrapporterades inga incidenter .

För vårdtagares samtycke i NPÖ (Nationell PatientÖversikt) inregistreras underskriven blankett i VIVA, anpassad enligt GDPR.

## Resultat och analys

*SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3*

MAS sammanställer rapporterade avvikelser efter första halvåret samt i årlig patientsäkerhetsberättelse vilken redovisas för nämnden.

Enhetschefer ansvarar för uppföljning och utvärdering av avvikelser på arbetsplatsträff, samt framtagande av handlingsplan i ett förbättringsarbete.

En halvårsrapport gällande avvikelser sammanställdes av MAS och SAS och rapporterades till nämnden under hösten 2018.

### ***Nationell punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler***

På uppdrag av Sveriges kommuner och landsting (SKL) har landsting och kommuner medverkat i mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvård mm. (SOSFS 2007:19). Herrljunga kommun har inte deltagit i dessa mätningar under 2018 på grund av vakans på MAS-tjänst.

# Ärende 4

Mätning har gjorts under året på enheterna angående basala hygienrutiner och klädregler med gott resultat och påvisat god följsamhet i verksamheterna.

## **Svenska HALT**

Nationell punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på särskilda boenden. Herrljunga kommun deltog i denna mätning hösten 2018.

Under mätveckan uppmättes inga vårdrelaterade infektioner eller antibiotikaanvändning.

## **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 är fem områden som hänger ihop och berör alla som möter den äldre inom hälso- och sjukvård. Med hjälp av Senior alert kommer den äldres perspektiv och teamets roll i fokus. Varje enskild äldre person som möter vård och omsorg ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för att säkerställa att åtgärderna gör skillnad. Senior alert ska användas inom alla de vård- och omsorgsenheter som möter äldre personer med behov av vårdprevention, både inom kommunal- privat- och landstingsverksamheter. Enheterna kan vara särskilda boenden, korttidsboenden, hemvård, LSS, sjukhusavdelningar och vårdcentraler.

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

- identifiera risker och analysera orsaker för fall, trycksår, viktminskning, 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.

<b>Verksamhet</b>	<b>Antal patienter</b>	<b>Riskbedömda tryckskada</b>	<b>Riskbedömda fall</b>	<b>Riskbedömda malnutrition</b>	<b>Riskbedömda munhälsa</b>
Särskilt boende/LSS	46	8	19	17	14
Demens	15	2	0	2	5
Korttidsenhet	6	2	0	3	0
Hemvård	28	12	6	14	12

## Svenska palliativ registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister vars syfte är att successivt förbättra vården i livets slutskede. På patientnivå mäts definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stöds ett kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Palliativ vård ska enligt Världshälsoorganisationen (WHO) tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga eller existentiella behov. Patienten, de närstående och vårdpersonal kan gemensamt, utifrån patientens önskemål, komma fram till vad som är viktigast för den enskilda patienten och dennes livskvalitet. Ett gemensamt mål sätts upp. Oavsett sjukdom så är det kvalitetsregistrets mål att alla som dör en av sjukvården väntad död skall känna en trygghet inom följande punkter

Jag...

- och mina närstående är informerade om min situation
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån mina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att mina närstående får stöd

Verksamhet	Antal registreringar i pall reg	Munhälso-bedömning sista levnadsveckan	Ordinerat ångestdämpande vid behov	Närvarande vid dödsögonblicket <i>Förväntat dödsfall</i>
Herrljunga kommun	22	54,5 %	100 %	95,5 %
Målvärde	-	90 %	98 %	90 %

## BPSD-registret

BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. BPSD drabbar någon gång c:a 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Symptom på BPSD kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

För verksamheter med inriktning för personer med demenssjukdom ska det beskrivas hur verksamheten arbetar med registrering i BPSD-registret, för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD.

18 stycken BPSD-bedömningar med åtgärder registreras under 2018 jämfört med 42 stycken 2017.

Verksamhet	Antal patienter som är skattade	Antal skattningar	Antal bedömningar som lett till åtgärder
Herrljunga kommun	27	38	18

## ***Delegering***

**SOSFS 1997:14.**

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Den som är legitimerad och delegerar ska vara såväl formellt som reellt kompetent, vilket t.ex. innebär att man inte delegerar en arbetsuppgift man inte själv kan praktisera (utföra). Delegering av arbetsuppgift kan exempelvis vara: läkemedelshantering, viss såromläggning, insulingivning, uppgifter enligt skriftliga träningsprogram, viss hantering av hjälpmedel och TENS- behandling (transkutan elektrisk nervstimulering).

Legitimerad personal i Herrljunga kommun har under året kontinuerligt delegerat omvårdnadspersonal enligt ledningssystemets rutin för delegering. Tillfällen för teoretisk utbildning har funnits jämnt fördelat över året.

Första delen av delegationsutbildning består av en webbutbildning, vilken ska göras av varje ny personal innan delegering kan ges. Personal erhåller diplom som intyg på avklarad webbutbildning. Därefter kan steg II i delegationsutbildning gå, utbildningen ges av legitimerad sjuksköterska.

Revidering av delegerings/utbildningsmaterial för ny personal, vikarier och sommarvikarier har genomförts enligt mål för året. Webbutbildning läkemedel har lagts till som obligatoriskt moment inför delegering.

## **Egenkontroll**

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

Loggningskontroll sker regelbundet och systematiskt i syfte att förebygga, konstatera och beivra otillåten eller obefogad åtkomst till uppgifter ur det administrativa verksamhetssystemet VIVA. Inga avvikelser/överträdelser i genomförda loggningar har förekommit under året i verksamhetssystemet VIVA.

Genom att delta i den nationella Svenska HALT- mätningen erhåller kommunen verktyg att följa upp kvaliteten i vården. Egna mätningar i basala hygienrutiner- och klädregler har genomförts under året och genom registrerade avvikelser läkemedel, fall och hälso- och sjukvård samt inkomna synpunkter och klagomål i verksamhetssystemet VIVA följs systematiskt verksamhetens kvalitet upp och förbättringsområden identifieras.

Senior alert är ett kvalitetsregister där varje person registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områden fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Användning av Senior alerts register innebär våldsprevention för alla riskområden där risker identifieras, åtgärdas och följs upp.

Egna mätningar till följsamheten till hygienrutiner och klädregler har genomförts samt egenkontroll enligt egenkontrollplan.

Internkontroll har skett på ett antal olika områden och i olika omfattning enligt den internkontrollplan som beslutats av socialnämnden. Under 2018 genomfördes internkontroll inom skydds- och begränsningsåtgärder.

## ***Skydds- och begränsningsåtgärder***

Svensk grundlag förutsätter att ingen medborgare ska kunna utsättas för samhälleligt tvång utan lagstöd. Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad enligt grundlag mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande och andra frihetsinskränkningar.(2 kap. 6 och 8 §§ RF). Med frihetsberövande avses i huvudsak att mot någons vilja beröva hens rörelsefrihet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall ”vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten” samt ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”.

HSL, SoL och LSS bygger på frivillighet och innebär att man inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Verksamheten ska utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Beslut om skyddsåtgärd/frihetsinskränkande åtgärd dokumenteras i vård/rehabplan samt genomförandeplan så att all involverad personal får tillgång till informationen. Dessa planer skall detaljerat beskriva användning, hur oönskade konsekvenser av skyddsåtgärden skall minimeras och när uppföljning skall ske. I vårdplaner skall också tydligt framgå vilka åtgärder som är vidtagna och att samtycke har inhämtats. Det är av stor vikt att det finns personal med rätt kompetens i tillräcklig omfattning för att minimera användande av tvångsmedel.

Internkontroll har gjorts under hösten 2018 på skydds- och begränsningsåtgärder för boende på särskilt boende och korttidsenheten. Mätningens resultat visar att vi använder oss av få skydds- och begränsningsåtgärder på boende och korttid. Dokumentationen runt beslut om begränsningsåtgärder är inte tillfredsställande då det ej dokumenterats orsak till beslut om begränsningsåtgärd likaså uppföljning under tid då begränsningsåtgärd används.

## **Avvikelser**

Avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser och tillbud som sker i verksamheten. Rapportering av avvikande händelser är en av grundpelarna i arbetet med att förbättra kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg. Avvikelserapportering bidrar till att undvika att negativa händelser upprepas samt att rutiner förbättras för att höja kvaliteten.

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelshantering. All personal inklusive studenter/elever och volontärer har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhets kvalité systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras genom att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet d.v.s. genom att skriva avvikelser. Hur arbetet med avvikelshantering skall utföras beskrivs i rutin ”Avvikelshantering”. rapportera sådant som motverkar eller utg r hot mot att brukaren:

F r att minimera avvikelser krävs att de uppmärksammas, att orsakerna analyseras och att det sker ett systematiskt arbete för att, så långt det  r möjligt, förebygga att liknande avvikelser sker igen. Det är viktigt att sammanställa och återföra erfarenheter från avvikelshantering till verksamhetens personal och andra berörda samt att använda erfarenheterna vid förebyggande arbete.

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

Antal registrerade falloolyckor/fallavvikelser har under 2018 ökat med 197 fall jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis skrubbsår, blåmärken, sårskada, svullnad och i tre av fallen har det uppstått frakturer.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2018 ökat jämfört med året innan. Vanligt förekommande orsak är avgl md given läkemedelsdos.

Under 2018, tillika 2017 har det skett en ökning av avvikelser där beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient jämfört med tidigare  r. Osäkerhet uppstår om beställd insats  r utförd eller inte. Konsekvens blir svårighet att utvärdera tr ningsinsatsen samt stor risk för försämrad/utebliven funktion för patient.

Patientsäkerhetsarbetet har under året belysts genom upprättande och revidering av en del riktlinjer och rutiner.

Enhetschefer, SAS och MAS har under hösten kvalitetsmöte (analysverkstad) för att analysera bland annat avvikelser, i syfte att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet till exempel genom att förändra processer och rutiner.

## ***Avvikelserapportering i Närvårdssamverkan***

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering (SVPL) mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bl.a. krav på information till berörda enheter i samband med in/ut skrivning slutenvård. Orsak till avvikelser i vårdsamverkan skulle kunna vara exempelvis brister i informationsöverföring SAMSA och aktuella läkemedel.

All personal ska rapportera händelser som kunnat leda till eller har lett till negativ händelse f r brukaren, där leverantörer och andra huvudmän exempelvis statliga myndigheter, kommunal förvaltning, sjukhus, primärvård eller annan likartad organisation helt eller delvis har ansvaret för händelsen. Vård- och omsorgsförvaltningen har utrett händelser påtalade av ovanstående aktörer.

Under 2018 har det skrivits 34 avvikelser i samverkan. Mottaget en avvikelse till Herrljunga kommun.

## Klagomål och synpunkter

Förvaltningen har en rutin för att hantera synpunkter och klagomål från både personal, patienter och närstående. Enhetschefer, SAS och MAS har under hösten kvalitetsmöte (analysverkstad) för att analysera bland annat avvikelser, i syfte att uppmärksamma brister i verksamheten samt att föreslå åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet till exempel genom att förändra processer och rutiner. Bedömning görs om det finns grund för att genomföra riskanalys. När patienter/brukare kommer i kontakt med verksamheten för första gången i samband med inskrivning informeras om möjligheten att framföra synpunkter och klagomål.

## Händelser och vårdskador

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

## Riskanalys

Legitimerad personal har observerat flertalet risker som man signalerat/skrivit avvikelser till enhetschef och MAS där arbete nu pågår i olika samverkansgrupper t.ex. med landstinget. Exempelvis

- patienten är inte färdigbehandlad från landstinget trots hemgångsklar
- det saknas plan för fortsatt vård från landstinget
- SIP behöver göras på fler patienter innan ankomst till korttids
- brister i informationsöverföring/rapport från landstinget
- brister i ordinationer, utsättning, maxdoser
- avsaknad av/felaktiga läkemedelslistor

## Mål och strategier för kommande år

### *Egenkontroller*

Vi behöver utarbeta en struktur och tydlighet i egenkontroller för att få bättre underlag för analys och utveckling av verksamheten.

## **NPÖ**

Under året förväntas att vi går in som producenter i NPÖ (Nationell PatientÖversikt).

## **Analysverkstad**

utöka arbetet tillsammans med enhetschefer och omvårdnadspersonal analysera brister i verksamheten för att förebygga vårdskador

## **Munvård**

- att all omvårdnadspersonal utbildas i ROAG – riskbedömning av munhälsa samt munhälsoutbildning
- att utöka samarbetet ytterligare mellan tandvård och utfärdare

## **Kvalitetsregistren**

- att öka bedömningar i kvalitetsregistren BPSD och Senior alert.
- öka antalet utbildade inom BPSD

## **Avvikelser**

- minska antal fallincidenter. Alla ska ha riskbedömning samt ordentlig vårdplan med åtgärder som ska vara väl kända och jobbas efter av omvårdnadspersonal. Fallavvikelser ska utredas enligt ledningssystem för kvalitet.
- att enhetschefer, SAS och MAS har fortsatt gemensam uppföljning av avvikelser
- sänka antalet avvikelser, fall. Läk, ej signerat

## **Nattfasta**

Att kartlägga så att ofrivillig nattfasta inte är längre än 11 timmar för boende/brukare.

## **Skydds- och begränsningsåtgärder**

Ökad medvetenhet och dokumentation enligt riktlinje i ledningssystemet samt kontinuerlig uppföljning av skydds- och begränsningsåtgärder.





## Revidering av socialnämndens reglemente

### Sammanfattning

Den 1 juli 2019 träder en ny tobakslag i kraft, lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter. Den nya lagen ersätter den tidigare tobakslagen (1993:581) och lagen om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare (2017:425) och beslutades av riksdagen 12 december 2018.

Med anledning av den nya lagen behöver reglementet för socialnämnden ändras för att omfatta den nya lagen med undantag från de bestämmelser som behandlar tillsyn av rökfria offentliga miljöer som sedan tidigare är delegerat till bygg- och miljönämnden.

Utifrån dessa föreslås följande ändring under 2 § Socialnämndens ansvarområde:

*Punkten Tobakslagen samt punkten kontrollen av försäljning av elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare enligt lag (2017:425 om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare stryks och följande punkt läggs till: Ärenden enligt lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter. Dock inte tillsyn av rökfria offentliga miljöer (delegerat till bygg- och miljönämnden)*

### Beslutsunderlag

Socialnämndens reglemente, KF § 110/2018-09-04

### Förslag till beslut

Kommunfullmäktige föreslås revidera 2 § i socialnämndens reglemente i enlighet med upprättat förslag

Linnea Holm  
Stabschef

Expedieras till: Kommunfullmäktige  
För kännedom till: Tillståndsenheten i samverkan, Lidköpings kommun



## Bakgrund

Den 1 juli 2019 träder en ny tobakslag i kraft, lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter. Den nya lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter ersätter den tidigare tobakslagen (1993:581) och lagen om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare (2017:425) och beslutades av riksdagen 12 december 2018.

Med anledning av den nya lagen behöver reglementet för socialnämnden ändras för att omfatta den nya lagen.

## Ekonomisk bedömning

Regeringen har bedömt att de ekonomiska konsekvenserna av den nya lagstiftningen är så marginella att kompensation i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen inte är aktuell (prop. 2017/18:156). Kommunen har rätt att ta ut avgift för tillstånd och tillsyn och tillståndsenheten i samverkan, Lidköpings kommun, som kommunen har avtal med avseende alkohol- och tobakshandläggning, har räknat ut vilken taxa som föreslås gälla för att täcka verksamhetens kostnader för handläggningen.



## Revidering av taxor och avgifter för socialnämnden

### Sammanfattning

Ärendet avser avgifter för ansökningar om tobakstillstånd och avgifter för tillsyn med anledning av en ny lag som träder i kraft 1 juli 2019. Den nya lagen innebär nya obligatoriska uppgifter för kommunen vad gäller att pröva tillstånd för försäljning av tobak samt ett utökat ansvar vad gäller tillsyn.

De nya reglerna om att den som säljer tobaksvaror måste ha tillstånd för sin försäljning gäller både för den som säljer tobak till konsumenter (detaljhandel) som den som ägnar sig åt annan försäljning av tobak (partihandel). Huvudsyftet med tillståndsplikten är att stävja den illegala handeln med tobaksprodukter och ligger även i linje med flera direktiv och rådsrekommendationer från EU liksom regeringens ANDT-strategi för perioden 2016-2020 där ett av målen är att tillgång till tobak ska minska (prop. 2017/18:156).

I den nya lagen är det kommunen som har ansvar för att lämna tillstånd för tobaksförsäljning och kommunen har enligt den nya lagen rätt ta ut avgift för uppgiften enligt de grunder som beslutas av kommunfullmäktige liksom rätt att ta ut skälig avgift för sin tillsyn. Avgifterna ska spegla kommunernas faktiska kostnader för hantering av tillståndsansökningar. Tillståndsenheten i samverkan, Lidköpings kommun, som Herrljunga kommun köper tjänsten avseende tobakslagen idag, har med utgångspunkt från de faktiska kostnaderna räknat ut ett förslag till taxa. Revideringen av taxan föreslås börja gälla i samband med att lagen träder i kraft 1 juli 2019.

### Förslag på revidering:

- Ansökan om försäljningstillstånd tobak; 7 200 kronor
- Ansökan om tillfälligt försäljningstillstånd; 5 600 kronor
- Anmälan om ändrade ägar- eller bolagsförhållanden; 4 400 kronor
- Anmälan om förändrat försäljningstillstånd; 2000 kronor
- Tillsyn av försäljningstillstånd; 6000 kronor

### Beslutsunderlag

Ansöknings- och tillsynsavgifter enligt alkohollagen, tobakslagen och lag om handel med vissa receptfria läkemedel, KF §179/2015-11-10



## Förslag till beslut

Kommunfullmäktige föreslås fastställa tillägg och revidering av taxan: ”Ansöknings och tillsynsavgifter för alkohol, tobak och receptfria läkemedel” enligt upprättat förslag.

Linnea Holm  
Stabschef

**Expedieras till:** Kommunfullmäktige  
**För kännedom till:** Tillståndsenheten i samverkan, Lidköpings kommun



### Bakgrund

Den nya lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter ersätter den tidigare tobakslagen (1993:581) och lagen om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare (2017:425) och antogs av riksdagen 12 december 2018. Syftet med lagen är enligt § 1 att begränsa de hälsorisker och olägenheter som är förbundna med bruk av tobak och liknande produkter samt med exponering för rök från tobak och utsläpp från liknande produkter. Den nya lagen innebär nya obligatoriska uppgifter för kommunen vad gäller tillståndsprövning och ett utökat tillsynsansvar för tobak och träder i kraft 1 juli 2019.

De nya bestämmelserna om tillståndsprövning innebär att den som säljer tobaksvaror måste ha tillstånd för sin försäljning. Det gäller såväl för den som säljer tobak till konsumenter (detaljhandel) som den som ägnar sig åt annan försäljning av tobak (partihandel). Tillståndsplikten ersätter den nuvarande anmälningsplikten. Huvudsyftet med tillståndsplikten är att stävja den illegala handeln med tobaksprodukter och ligger i linje med flera direktiv och rådsrekommendationer från EU liksom med regeringens ANDT-strategi för perioden 2016-2020 där ett av målen är att tillgång till tobak ska minska (prop. 2017/18:156). Enligt den nya lagen är det kommunen som ska ansvara för att lämna tillstånd för tobaksförsäljning och ansvara för tillsynen.

### Ekonomisk bedömning

Regeringen har bedömt att de ekonomiska konsekvenserna av den nya lagstiftningen är så marginella att kompensation i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen inte är aktuell (prop. 2017/18:156). Verksamheten behöver därför finansieras genom tillstånds- och tillsynsavgifterna. Tillståndsenheten i samverkan, Lidköpings kommun, har räknat ut vilken taxa som föreslås gälla för att täcka verksamhetens kostnader för handläggningen.

Tillståndsenheten i Samverkan, Lidköpings kommun, hanterar genom samverkansavtal tillstånd och tillsyn enligt den nya lagstiftningen för elva (11) kommuner, inklusive Herrljunga kommun, i dagsläget och eventuellt ytterligare två inom kort. Idag finns 148 registrerade försäljningsställen i dessa kommuner. Den nya lagstiftningen innebär att samverkansavtalen med kommunerna nu ses över. Den nya lagstiftningen innebär att samtliga säljare av tobaksprodukter måste ansöka för att få tillstånd vilket kommer innebära en tillfällig arbetsbelastning för Tillståndsenheten. Det finns dock anledning att tro att inte alla försäljningsställen kommer att ansöka om tillstånd med anledning av den avgift som ansökan medför vilket också är intentionerna med lagstiftningen. Tillståndsenheten har planerat för en tillfällig ökning av handläggare för att klara ansökningarna. Kostnaderna kommer att finansieras av ansökningsavgifterna.

Den utökade tillsynen jämfört med idag kommer också innebära en ökad arbetsbelastning på tillståndsenheten. Det är i dagsläget svårt att uppskatta hur stor den arbetsbelastningen



blir då den är beroende av hur många försäljningsställen som söker tillstånd. Tillståndsenheten kommer behöva följa utvecklingen.

I förarbetet till lagen anser lagstiftaren att det föreslagna tillståndsförfarandet för tobaksförsäljning har klara beröringspunkter med det förfarande som gäller vid tillståndsgivning enligt alkohollagen men med något färre bedömningskriterier och inte fullt lika komplex. Lagstiftaren bedömer därför att kommunernas kostnad för att hantera ansökningar om tillstånd för tobaksförsäljning därför generellt kan vara något lägre än motsvarande kommunala kostnader för serveringstillstånd (prop 2017/18:156). Vid uträkning av taxan har Tillståndsenheten tagit hänsyn till dessa aspekter. Tillståndsenheten har även tagit del av Göteborg stads uträkningar i beredningen av ärendet.

För att kommunens kostnad för tillstånd- och tillsynsverksamhet ska vara självfinansierad har Tillståndsenheten i Samverkan räknat ut de faktiska kostnaderna för hantering av tillståndsansökningar.

Ansökan om försäljningstillstånd tobak; 7 200 kronor

Ansökan om tillfälligt försäljningstillstånd; 5 600 kronor

Anmälan om ändrade ägar- eller bolagsförhållanden; 4 400 kronor

Anmälan om förändrat försäljningstillstånd; 2000 kronor

Tillsyn av försäljningstillstånd; 6000 kronor

### Juridisk bedömning

När det gäller lagstöd för avgiftsuttag framgår följande i lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter.

#### *8 kap 1 §*

*Kommunen får ta ut en avgift för prövningen av ansökan om försäljningstillstånd enligt 5 kap 1 § enligt de grunder som beslutats av kommunfullmäktige.*

#### *8 kap 2 §*

*En kommun får ta ut avgifter för sin tillsyn av den som bedriver tillståndspliktig försäljning enligt 5 kap 1 §.*

Kommunens rätt att ta ut avgifter och nivån på avgifterna regleras i Kommunallagen:

#### *2 kap. 5 §*

*Kommuner och landsting får ta ut avgifter för tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. För tjänster eller nyttigheter som de är skyldiga att tillhandahålla får dock avgifter endast tas ut om det följer av lag eller annan författning.*

#### *2 kap. 6 §*

*Kommuner och landsting får inte ta ut högre avgifter än som motsvarar kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som de tillhandahåller.*



KF § 10  
KS § 206

DNR KS 197/2018

## Äskande om ramförstärkning från socialnämnden

### Sammanfattning

På socialnämndens sammanträde den 2/10 2018 beslutade socialnämnden i § 91, punkt 2, att äska om en ramförstärkning enligt Redovisade verksamhetsförändringar för budgetperioden 2019 från kommunfullmäktige. Som en del i budgetprocessen inför budgetår 2019 har förvaltningarna redogjort för de verksamhetsförändringar som finns framöver och som innebär högre kostnader. Redogörelsen presenterades i utskickat material till politiker samt redogjordes för i budgetdialog i mars månad 2018. Resultat- och balansräkning, kommunbidragsramar och investeringsbudget tillsammans skattesats och inriktningsmål beslutades i kommunfullmäktige i juni 2018, samt fastställdes i en utökad version med verksamhetsplan i november 2018. Upprättad prognos gällande skatteintäkter och generella statsbidrag från SKL i april 2018 utgör basen i finansieringen av fördelade kommunbidrag. Beslut har fattats av kommunfullmäktige gällande budget 2019 i enlighet med antagen policy för verksamhets- och ekonomistyrning. Då det inte finns några undantagna buffertar, reserver eller motsvarande så finns det inget utrymme till att fördela ytterligare medel till nämnderna.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2018-11-26  
Bilaga verksamhetsförändringar för budgetperioden 2019  
Sammanträdesprotokoll kommunfullmäktige 2018-11-13  
Policy för verksamhets- och ekonomistyrningsprinciper

### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Kommunstyrelsen avslår socialnämndens äskande om ramförstärkning för 2019 års budget.

Ronnie Rexwall (KV) yrkar på att kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige att avslå äskandet.

Gunnar Andersson (M) och Anette Rundström (S) bifaller Ronnie Rexwalls (KV) yrkande.

### Beslutsgång

Ordföranden ställer förslagen mot varandra och finner att kommunstyrelsen beslutar i enlighet med Ronnie Rexwalls (KV) förslag.

# Meddelande 2



HERRLJUNGA KOMMUN

KOMMUNSTYREL

## SAMMANTRÄDESPROTOKOLL

Sammanträdesdatum  
KOMMUNFULLMÄKTIGE

Sid

2019-02-12

18

Fortsättning KF § 10  
Fortsättning KS § 206

### Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige

1. Att avslå socialnämndens äskande om ramförstärkning för 2019 års budget.

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

### KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Socialnämndens äskande om ramförstärkning för 2019 års budget avslås.

Expedieras till: Socialnämnden  
För kännedom Ekonomivdelningen  
till:

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande





Till dig som är förtroendevald

arbetsmiljoverket@av.se

## Ett hållbart arbetsliv är lönsamt för alla!

Vart fjärde år väljer svenska folket förtroendevalda i kommuner och regioner till olika politiska uppdrag. En viktig del av detta uppdrag är att vara arbetsgivare och ett av de mest centrala ansvarsområdena är att se till att din kommun eller region har en god arbetsmiljö. Därför gör Arbetsmiljöverket en särskild tillsynsinsats där vi inleder med att informera om arbetsmiljö i kommuner och regioner.

### Mål för minskad sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron i kommuner och regioner är högst på den svenska arbetsmarknaden. Brister i arbetsmiljön kan inte ensamt förklara den höga sjukfrånvaron, men förbättringar i arbetsmiljön är den enskilt viktigaste insatsen du som förtroendevald kan initiera för att öka välbefinnandet, minska antalet sjukskrivna och därmed bidra till regeringens mål om ett sjukpenningtal på max 9,0 dagar. Det påverkar även attraktiviteten hos arbetsgivare och därmed tillgången till personal och kompetens.

### Tonvikt på det förebyggande arbetet

Föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) har tonvikt på att förebygga ohälsa och olycksfall. Det betyder att alla organisationer, som till exempel förvaltningar, skolor och sjukhus, kontinuerligt ska undersöka de fysiska, organisatoriska och sociala förhållandena på arbetsplatsen. Förhållanden som kan innebära risker för ohälsa eller olycksfall ska bedömas, åtgärdas och följas upp.

### Bedöm risker som förändringar kan medföra

Inför förändringar i verksamheten ska alltid konsekvenserna för arbetsmiljön undersökas och bedömas. Om det framkommer att förändringar medför hälsorisker ska arbetsgivaren åtgärda dessa.



### **Fördelning av arbetsmiljöuppgifter till tjänstemän**

I praktiken sköter tjänstemän merparten av arbetsmiljöarbetet. Som politiker i fullmäktige, styrelse och nämnd är du däremot den yttersta arbetsgivarrepresentanten och ska se till att de som har tilldelats uppgifter i arbetsmiljöarbetet har de resurser och befogenheter som behövs för att förebygga risker för ohälsa och olycksfall.

### **Regeringens satsning för ett hållbart arbetsliv**

Med en genomtänkt arbetsmiljöpolicy och uppgiftsfördelning, kunskaper och tydliga rutiner för arbetsmiljöarbetet, går det att skapa arbetsplatser som gör det möjligt för anställda att ha ett hållbart arbetsliv. Med över en miljon medarbetare står kommuner och regioner för ungefär en fjärdedel av den svenska arbetsmarknaden. Att dessa medarbetare är engagerade, kunniga, ansvarstagande och motiverade är en förutsättning för att du som förtroendevald ska klara dina politiska uppdrag.

### **Arbetsmiljöverkets tillsynsinsats**

Under 2019 kommer vi att träffa er, politiker och tjänstemän på hög nivå, i ett stort antal kommuner och regioner, och informera om ert ansvar som arbetsgivare. Syftet med denna information är att beskriva hur ni som politiker kan hantera ert ansvar för arbetsmiljöfrågor och hur arbetsmiljölagstiftningen fungerar.

**Erna Zelmin-Ekenhem**  
Generaldirektör

Regiongemensam hälso-och sjukvård  
Ungdomsmottagning Herrljunga  
Västra Götalandsregionen  
2019-02-13

## Ungdomsmottagningen Herrljunga 2018



2019-02-13  
Ingela Wessbo  
Områdes/verksamhetschef

## Uppföljning av vårdöverenskommelse HSN Södra 2018

### Ungdomsmottagningarna

### Värdegrund för ungdomsmottagningarna

#### **Mänskliga rättigheter**

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

#### **Barnkonventionen**

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

#### **Diskrimineringsgrunderna**

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

#### **Normmedvetet förhållningssätt**

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

#### **Hälsofrämjande arbete och förhållningssätt**

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

## **Beskriv det utåtriktade arbetet. Mot vilka aktörer? Utvecklingsmöjligheter?**

Året 2018 har varit ett aktivt år tillsammans med flera aktörer och inom flera områden gällande samverkan och samarbete för ungdomarnas hälsa som fokus.

Mottagningarna i området har arbetet aktivt på flera plan för att öka tillgängligheten.

På ungdomsmottagningarna (UM) möter vi både pojkar/unga män och flickor/unga kvinnor såväl på mottagningen som i den utåtriktade verksamheten. I den utåtriktade verksamheten når vi alla elever minst en gång under högstadietiden. I detta arbete ingår samtal om sexualitet, relationer, STI, mångfald mm. UM möter också särskoleelever i den utåtriktade verksamheten.

Utvecklingsmöjligheter i det utåtriktade arbetet på ungdomsmottagningarna handlar om att inom kompetensområdet anpassa metodiken till de arenor som ungdomarna befinner sig i nuläget.

## **Redogör för särskilda satsningar som verksamheten genomfört.**

Vi har också under 2018 tagit del av särskild satsning med SKL-medel direkt riktade till UM för att främja barn och ungas psykiska hälsa. För dessa medel är en särskild plan redovisad till VVG.

Övergripande för alla Närhälsans UM är:

- Implementering av ISO 9001:2015.-kvalitetsledningssystem samt utveckling av detta gällande psykisk hälsa. Certifiering sker februari 2019.
- CallMe telefonsystem visar en hög tillgänglighet.
- Utbildning ACT-grupperapi (främja psykisk hälsa) fortgår och gruppverksamhet pågår på ett flertal mottagningar.
- Implementering av utvärderingsinstrumentet Core net för samtalspersonal pågår. Utvärdering sker fortlöpande.
- UM Online
- Lördagsöppet varannan vecka på en av områdets mottagningar

I Södra nämndområdet har all personal gått utbildning i suicidprevention samt trauma.

Mottagningarna är sedan 2015 HBTQ diplomerade genom Västra Götalandsregionens utbildningsprogram för ett HBTQ-kompetent bemötande.

Nyanställd personal har deltagit i så kallad catch up- utbildning kring HBTQ frågor för att verksamheten ska bibehålla sin kompetens.

## Hur arbetar verksamheten för att nå:

- *Pojkar/unga män.*  
På UM möter vi både pojkar/unga män och flickor/unga kvinnor såväl på mottagningen som i den utåtriktade verksamheten.
- *Personer med självskadebeteende*  
UM, som definitionsmässigt är en lågröskelverksamhet, utgör för många ungdomar/unga vuxna en naturlig instans att vända sig till vid frågor om kropp och själ. Samtlig personal har kompetens att kunna identifiera självskadebeteende.
- *HBQ-personer.*  
HBQ-frågor ingår som en naturlig del i den utåtriktade undervisningen. En strävan är att väntrummen inte är hetero normativa.
- *Personer med funktionsnedsättning.*  
De arbetsmetoder som används på ungdomsmottagningarna inkluderar alla ungdomar såväl ungdomar med funktionsnedsättningar. Alla mottagningar ingår i Tillgänglighetsdatabasen.
- *Nyanlända/icke svenskfödda ungdomar.*  
En lokal samverkan sker med varje kommun för att identifiera och nå nyanlända flyktingungdomar. Samtliga mottagningar använder professionell tolk, ofta telefontolk då detta förutom att kosta mindre kan öka patientens upplevelse av sekretess.

## Beskriv samverkan med vårdgrannar:

Samverkan sker med de aktörer i kommunen som har uppdrag att arbeta med målgruppen ungdomar/unga vuxna, så som skola, elevhälsa, individ och familjeomsorg mm.

Samverkan sker också med barnmorske-och gynekologmottagningar, vårdcentral/Uph, kvinnoklinik, och psykiatri.

- *Problem.*  
Problem i samverkan med vårdgrannar gäller främst ungdomar med psykisk ohälsa då det finns svårigheter att remittera till psykiatri.
- *Utvecklingsmöjligheter*  
Tillgång till allmänläkare på alla ungdomsmottagningar är en utvecklingsmöjlighet.

Hur arbetar verksamheten för att tidigt upptäcka våld i nära relationer samt risk/missbruk?

Frågorna belyses alltid i det utåtriktade arbetet och är en naturlig del i det individuella samtalet. Mottagningarna våldsscreenar. Personalen har kompetens i dessa frågor.

En sammankoppling av frågemanualerna Våld och Sexit är påbörjad av VKV och KSH, implementering beräknas införas under 2019.

## **Presentera resultatet av kundenkäten**

I Närhälsans kundenkät för ungdomsmottagningarna, hösten 2018 har vi nått ändå högre resultat än tidigare. I kundenkäten upplevde 98,9 % av våra kunder att de kände förtroende för mottagningen och 95,4% upplevde att det var lätt att komma i kontakt med mottagningen. Vad gäller vård och behandling kände sig 99,2 % av våra kunder delaktiga.

## **Övrigt som verksamheten vill belysa**

Revidering av Inriktningsdokument för ungdomsmottagningar i Västra Götaland 2018-2022 är färdigställt och är antaget av HSS och SRO samt kommunerna.

Ungdomsmottagningarna kommer också inför 2019 få ta del av särskild satsning för att främja psykisk hälsa hos barn och unga.

## **Medarbetarperspektiv**

### Ledarskap

De är två enhetschefer som har ansvar för 6 respektive 4 mottagningar. Det finns en områdes/verksamhetschef för Södra och Västra nämndområdet. För Närhälsans 46 UM finns en regional ledningsgrupp där områdes/verksamhetschef, enhetschefer, teamsamordnare, verksamhetsutvecklare, ekonom samt HR deltar i. Områdescheferna ingår i regional ledningsgrupp för Mödrahälsovård/Gyn/Ungdomsmottagning (MUG) där även Mödrahälsovårdsöverläkare ingår. För UM:s två områdes/verksamhetschefer finns två medicinska rådgivare, en mödrahälsovårdsläkare och en överläkare barn och ungdomsmedicin tillika barnhälsovårdsöverläkare. En psykolog från UM ingår i det regionala Psykologirådet.

### Arbetsmiljö

Vårt systematiska arbetsmiljöarbete har utvecklats till ett tydligt hälso-och arbetsmiljöarbete där HR har uppdaterat riktlinjer för att tydligare arbeta med hälsoaspekten. Enhetschefer har genomgått utbildning i Rehab och i hälsosam.

Vi ser fortsatt att vi i flera verksamheter har bekymmer med våra lokaler, framförallt avseende ventilation och inomhusklimat.

## Kompetensförsörjning

Svårigheten att rekrytera barnmorskor till främst vikariat ex föräldraledighet, längre sjukskrivningar kvarstår. Handlingsplaner för att underlätta rekrytering i vissa områden/orter har upprättats. Satsning på utbildningstjänster till barnmorska fortsätter. Läkarbemanningen är på flera håll nästintill minimal. Medel för läkarresurser utifrån utredning jämlik vård 2014 har uteblivit.

## Ekonomiperspektiv

Ekonomi som medger utveckling

Budget i balans.

Ulricehamn 2018 12 30

Ingela Wessbo Områdes/verksamhetschef



# Meddelande 4

7

Helårsrapport 2018									
Ungdomsmottagningar Södra nämnden	Borås	Bollebygd	Mark	Svenljunga	Ulricehamn	Tranemo	Värgårda	Herrljunga	Online
	Registrering i TD (Ja/Nej)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Öppet timmar per vecka	44,5	9,5	33	8,75	34,5	9	8+4 Gymn	8	
- Dagtid/antal timmar	41,5	8	32,5	8,75	33	9	8+4 Gymn	8	
- Kvällstid efter kl 17/antal timmar	3	1,5	0,5	0	1,5	0	0	0	
UM Online	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Drop in/antal timmar/vecka	14	1,5	7,5	1,5	5,5	5	1	1	
Webbokning	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Telefontid inringning dygnet runt	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	
Telefontid utringning, antal timmar	31,5	31,5	31,5	31,5	31,5	31,5	21	21	
<b>Antal individer som besökt mottagningen</b>	<b>4158</b>	<b>269</b>	<b>1026</b>	<b>199</b>	<b>919</b>	<b>274</b>	<b>204</b>	<b>182</b>	
- Kvinna	3403	218	851	166	778	231	181	163	
- Man	755	51	175	33	141	43	23	19	
<b>Antal besök tot</b>	<b>9639</b>	<b>541</b>	<b>2127</b>	<b>368</b>	<b>2167</b>	<b>555</b>	<b>434</b>	<b>382</b>	<b>380</b>
Antal besök, barnmorska	5575	417	1621	298	1421	434	349	266	
Antal besök sjuksköterska	1150	1	41	6	177	29	0	0	
Antal besök, kurator	1612	123	288	63	26	92	82	116	
Antal besök, psykolog	771	0	132	0	0	0	0	0	
Antal besök, läkare	115	-	38	-	26	0	0	0	
Antal besök, övriga - se infogad kommentar	416	-	10	1	0	0	3	0	
Telefon	5225	171	1120	152	1138	208	0	0	
Väntetid barnmorska mer än 1 mån	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	
Väntetid kurator mer än 1 mån	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	
Väntetid läkare mer än 1 mån	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej (Aås)	Nej (Aås)	
Väntetid psykolog mer än 1 mån	Nej						Nej (Aås)	Nej (Aås)	
Väntetid annan mer än 1 mån	Nej						Nej	Nej	
<b>Utåtriktat arbete</b>									
Antal klasser/grupper på studiebesök	47	9	16	14	20	3	6	8	
Informationsmöten där UM-personal medverkat							4	3	
Samverkans Nätverksmöten på och utanför UM	104 timmar	17 timmar	12 timmar	12 timmar	29 timmar	4 timmar	8	4	
ACT-grupper	1 grupp				1 grupp				

## Verksamhetsberättelse Ungdomsmottagningen Herrljunga2018

### Utåtriktat arbete:

Vi har inlett ett nytt samarbete med skolorna kring YAM en hälsofrämjande och preventiv insats med syftet att förbättra den psykiska hälsan och minska självmordshandlingar bland unga. En kurator från UM har under hösten deltagit i utbildning tillsammans med pedagoger och personal från socialtjänst och under 2019 kommer man att påbörja programmet ute i skolklasser.

### Samverkan med kommunen och förebyggande verksamheter:

Under 2018 har vi påbörjat deltagande i närvårdssamverkan och vi ser fram emot att samverkansarbetet i Herrljunga därmed kommer att utvecklas och förbättras.

Vår personal består av ett tvärprofessionellt team som arbetar utifrån ett personcentrerat synsätt kring den unga. I teamet finns Barnmorskor, kuratorer, psykolog och undersköterska.

- All personal har genomfört:
  - Våldsscreeningsutbildning angående könsstämpning och hedersrelaterat våld  
Vi våldsscreenar i alla besök, personalen får också kontinuerlig fortbildning och uppdatering
  - Heldag i suicidprevention
  - Heldag i Trauma
- 
- All personal är HBTQ diplomerade, ny personal går på en catch up dag.
  - All personal har gått en halvdag i HBTQ repetition
  - HBTQ frågor är en stående punkt på APT.
  - Tar upp HBTQ frågor i vårt utåtriktade arbete.
  - Samarbete med smittskyddet, en barnmorska som är ansvarig för detta att hålla oss uppdaterade och föra ut information till oss och sedan till våra ungdomar/ej hos oss
  - Andrologiutbildning för medicinsk personal
  - Information om STI i allt vårt utåtriktade arbete muntligt men även skriftlig information.
  - Vi informerar alla pojkar att de kan söka sig till oss i det utåtriktade arbetet.
  - Sexologiutbildning för medicinsk personal

## Samlad bedömning av utfallet av en ökad tillgänglighet

Tillgängligheten så som den beskrivs i första linjen boken har ökat. För många unga är det lätt att kontakta ungdomsmottagningen och vi har korta väntetider. Extra personal finansierad med SKL medel är en orsak. Ökad drop in tid och lördagsöppet är andra orsaker. UM online är ytterligare en möjlighet som successivt kommer att innebära ökad tillgänglighet. Bedömning av på vilken vårdnivå individen bör få insatser och adekvat tillämpning av regionala riktlinjer medverkar till att vi kan erbjuda fler unga tid eftersom de behandlingsinsatser för psykisk ohälsa som vi genomför blir kortare.

## **Närhälsans arbete med att stärka patientens ställning:**

Barnkonventionens fyra grundprinciper är vägledande för verksamheten

- Alla ungdomar ska kunna få hjälp och bli stärkta i övergången mellan ungdom och vuxenliv.
  - Ungdomsmottagningen ska vara en lättillgänglig arena för ungdomarna, där ungdomars behov och de lokala förutsättningarna ska vara i fokus
  - Alla unga ska uppfatta att ungdomsmottagningen arbetar på den unges uppdrag.
  - Alla unga har utifrån ett rättighetsperspektiv rätt till information, kunskap, stöd och behandling inom ungdomsmottagningen. En psykosocial, psykologisk och medicinsk helhetssyn ska präglade verksamheten.
  - Ungas fysiska och psykiska hälsa ska förbättras
  - Ungas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter ska stärkas.
  - Alla samtal och besök är i samråd med ungdomen så att de känner sig delaktiga.
  - Vårdsscreening
- 
- Vi är en lågtröskelverksamhet, inga remisser behövs.
  - Det är lätt att komma i kontakt med oss finns många kanaler in och vi jobbar på att bli än mer tillgängliga.
  - Telefonsystem som ökat tillgängligheten
  - Webb tidbokning
  - Onlinemottagning UM OnLine för alla Närhälsans 46 mottagningar
  - Lördagsöppet en lördag i månaden i Alingsås
- 
- Vi håller oss uppdaterade genom fortlöpande kompetensutbildningar och genom aktuell forskning som delges alla.
  - Arbetar tvärprofessionellt och tar hjälp av andra enheter om behov finns.
  - Har hela tiden en utvärdering om hur förändringsarbete framskrider och delges varandra utbildningar via APT. Det är alltid ungdomens behov vi har i centrum när vi planerar.

- Använder Core som är ett mätinstrument för psykosocial personal som bedömer patientens mående inför varje samtalstillfälle detta är en hjälp för den vidare bedömningen och att samtalen leder till en förbättring.

Ingvor Svedjenäs  
Enhetschef  
Ungdomsmottagningarna  
Alingsås, Lerum, Vårgårda, Herrljunga

## Verksamhetsberättelse för Tillståndsenheten

### Samverkande kommuner

TIS, Tillståndsenheten i Samverkan, Lidköping ansvarar för sexton kommuner:

Essunga, Falköping, Grästorp, Gullspång, Götene, Herrljunga, Hjo, Karlsborg, Mariestad, Skara, Tibro, Tidaholm, Töreboda, Vara, Vårgårda och Lidköping.

Samarbetet gäller riktlinjer, delegation, avgifter, utredningar och tillsyn. Under året har en ny chef tillsatts och antalet anställda handläggare blivit fyra stycken, en administratör och även fem timanställda. TiS är i sin uppstart och det tar ytterligare tid för att få allt på plats. Ett kontinuerligt arbete sker för detta ändamål. Arbetet sker rationellt i helt digitaliserade processer med en förebyggande anda.

### Uppdrag

Tillståndsenheten ombesörjer upprätthållandet och genomförandet av arbete i enlighet med alkohollagen, tobakslagen och elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare i alla fall där kommunen inte specifikt måste fatta beslut enligt lag. Uppdraget ser olika ut gentemot kommunerna utifrån efterfrågade behov. Alkoholhandläggning sker i samtliga kommuner. Tillståndsenheten har också i uppdrag att genomföra Tillsyn enligt Tobakslagen (1993:581) exklusive tillsyn av rökfria miljöer, Lagen (2017:425) om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare (e-cigaretter), Receptfria läkemedel enligt Läkemedelslagen (2015:315) gentemot tobak, folköl och receptfria läkemedel sker i 11 av 16 kommuner.

### Beskrivning av verksamheten under året

2018 är första året som Tillståndsenheten bedrivit denna verksamhet och under året har fokus varit att bedriva en verksamhet med stort kundfokus med tillhörande hög kvalitet. Tillståndsenheten har under året förbättrat processen från ansökan till beslut genom att digitalisera all handläggning. Processarbete kring arbetssätt har också påbörjats för att säkerställa att kvalitén blir likvärdig gentemot alla kommuner.

## Verksamhetsmått och volymer

	Serverings- tillstånd	Tillsyns- besök
Essunga	3	6
Falköping	30	66
Grästorp	10	16
Gullspång	9	15
Götene	12	14
Herrljunga	8	8
Hjo	16	30
Karlsborg	22	23
Lidköping	52	104
Mariestad	40	51
Skara	28	53
Tibro	9	14
Tidaholm	9	14
Töreboda	13	18
Vara	17	27
Vårgårda	8	8

## Kvalitetsmätningar

En del av kommunerna genomför servicemätningar vartannat år genom Insikt. Insikt är en servicemätning av kommunernas myndighetsutövning. De myndighetsområden som kan mätas är brandskydd, bygglov, markupplåtelse, miljö- och hälsoskydd, livsmedelskontroll samt serveringstillstånd. Enkäten berör områden såsom NKI (nöjd – kund- index) samt serviceområden såsom information, tillgänglighet bemötande, kompetens, rättssäkerhet och effektivitet. Senaste mätningen genomfördes 2017. En ny mätning kommer att ske under 2019.

## Personal och kompetens

Tillståndsenheten har 5,25 tjänster som är uppdelade enligt följande; 4,0 alkoholhandläggare som arbetar gentemot handläggning och tillsyn, 1,0 administratör och 0,25 enhetschef.

Personalen har fortlöpande kompetensutveckling genom deltagande på informationsträffar/utbildningar via Länsstyrelsen.

# Meddelande 5

## Ekonomi

Kod	konto	REDOVISNING Jan 18 - Mån 13 18	BUDGET INKL TA Jan 18 - Dec 18
3	INTÄKTER/INKOMSTER	-4 127 850	-4 530 767
5	PERSONALKOSTNADER	2 901 150	2 990 702
6	HYRA, IT, FÖRB MTRL	611 805	665 416
7	UTBILDNING, HANDEDNING, ÖVRIGT	423 978	370 000
Totaler		-190 917	-504 649

## Utvecklingsområden för 2019

Den nya Tobakslagen som träder i kraft 1/7 kommer att bli en utmaning för verksamheten. Det är mycket som behöver utvecklas/implementeras då handläggningen av tobak jämförs med handläggning av serveringstillstånd.



KF § 13  
KS § 8

DNR KS 158/2018

## Förslag till digitaliseringsstrategi efter remissvar

### Sammanfattning

Ärendet förslag till Digitaliseringsstrategi behandlades på kommunstyrelsens sammanträde 2018-09-04. Kommunstyrelsen beslutade skicka förslag till digitaliseringsstrategi på remiss till partigrupperna. Vid remisstidens utgång hade ett remissvar inkommit från Nya Moderaterna. I förslag till digitaliseringsstrategi finns beskrivet; Vison, Övergripande mål, Delmål och "Vad är det?" samt genomförande med kontinuerligt engagemang och politisk styrning genom de av Herrljunga kommun fastställda facknämnderna. Kommundirektören har läst och bedömt det inkomna remissvaret. Bedömningen är att ansvaret för den politiska styrningen i genomförandet av digitalisering i Herrljunga kommun, ska ligga på de ansvariga facknämnderna. I förslaget till Digitaliseringsstrategi beskrivs att syftet med strategin är att tydliggöra inriktningen för kommunens digitala utveckling och sätta takten för kommunens digitaliseringsarbete. Facknämnderna ska ansvara för tre-åriga handlingsplaner inom ansvarsområdet. Kommunledningsgruppen utgör styrgrupp för själva genomförandet med därtill hörande samordningsgrupp för verksamheterna.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2019-01-04  
Remissvar inkommet från Nya moderaterna, 2018-12-28  
Förslag till Digitaliseringsstrategi för Herrljunga kommun

### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige fastställa föreslagen Digitaliseringsstrategi för Herrljunga kommun.

Lennart Ottosson (KV) bifaller förvaltningens förslag.

Mats Palm (S), Kari Hellstadius (S), Kerstin Johansson (S) och Håkan Körberg (L) bifaller förvaltningens förslag.

### Beslutsgång

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

### Kommunstyrelsens förslag till fullmäktige

1. Kommunstyrelsen föreslår kommunfullmäktige fastställa föreslagen Digitaliseringsstrategi för Herrljunga kommun (bilaga, 1 KS § 8/2019-01-21).



# Meddelande 6



HERRLJUNGA KOMMUN

KOMMUNSTYREL

## SAMMANTRÄDESPROTOKOLL

Sammanträdesdatum  
KOMMUNFULLMÄKTIGE

Sid  
2019-02-12

23

Fortsättning KF § 13

I kommunfullmäktige bifaller Gunnar Andersson (M) kommunstyrelsens förslag till beslut.

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

### KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Föreslagen Digitaliseringsstrategi för Herrljunga kommun fastställs (bilaga, 1 KS § 8/2019-01-21).

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande