HERRLJUNGA KOMMUN
SOCIALNÄMNDEN

SAMMANTRÄDESPROTOKOLL

Sammanträdesdatum
2018-03-27

Plats och tid	Herrljunga kommun, Kommunhuset, Nossan (A-salen) kl.13.00–16.20 Ajournering kl. 14.50–15.10
Beslutande	**Beslutande** Lennart Ottosson (KV), ordförande Andreas Johansson (M), vice ordförande Pia Bondesson (C) Ragnar Emanuelsson (C) Kerstin Setterberg (KD) Inger Gustavsson (L) §§ 30-44 Anette Rundström (S) Magnus Fredriksen (S) Magnus Lennartsson (M) tjg. ers. för Armina Dzananovic §§ 30-38 tjg. ers. för Inger Gustavsson §§ 45-51 **Beslutande** Kitty Andersson (S) tjg. ers. för Carina Fredriksen Kjell Johansson (MP) tjg. ers. för Armina Dzananovic §§ 39-51
Övriga deltagare	Magnus Stenmark, socialchef Aniko Andersson, verksamhetschef Christina Mattelin, verksamhetschef Jennie Turunen, verksamhetschef Linnea Holm, stabschef Jenny Andersson, controller Moa Andersson, nämndsamordnare Helene Backman Carlsson, SAS/kvalitetssamordnare Lina Henricson socialsekreterare § 30
Utses att justera	Kitty Andersson
Justeringens plats och tid	Kommunhuset, Herrljunga, 3 april 2018
Underskrifter — Sekreterare	Moa Andersson
Ordförande	Lennart Ottosson
Justerande	Kitty Andersson

Paragrafer 30-51

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ	Socialnämnden
Sammanträdesdatum	2018-03-27
Datum för anslags uppsättande	2018-04-03
Datum för anslags nedtagande	2018-04-26
Förvaringsplats för protokoll	Socialförvaltningen, Torggatan 4 A, Herrljunga
Underskrift	

KA

Innehållsförteckning

§ 30 SEKRETESS - Ansökan om överflyttande av vårdnad enligt 6 kap 8a § Föräldrabalken 3
§ 31 SEKRETESS - Beslut att lägga ned faderskapsutredning enligt 2 kap 7 § 1 p Föräldrabalken 4
§ 32 SEKRETESS - Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg 5
§ 33 SEKRETESS – Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg 6
§ 34 Tillägg till dagordningen 8
§ 35 Förvaltningen informerar 9
§ 36 Ekonomiuppföljning februari 2018 (information) 10
§ 37 Kvalitetsberättelse 2017 11
§ 38 Patientsäkerhetsberättelse 2017 12
§ 39 Revidering av plan avveckling HVB 13
§ 40 Riktlinje Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern 14
§ 41 Kontorslokaler socialförvaltningen 16
§ 42 Avgift för medicinsk fotvård 17
§ 43 Revidering riktlinjer taxor och avgifter 18
§ 44 Avgifter dödsboförvaltning 19
§ 45 Motion – Aktivitetscenter för alla äldre i kommunen 20
§ 46 Begäran om att få ta tidigare överskott i anspråk för Viva-app 21
§ 47 Missivskrivelse från revisorerna – arbete med riktade stadsbidrag 22
§ 48 Digital signering 23
§ 49 SEKRETESS - Arbetsresor i annan kommun 24
§ 50 Meddelanden 26
§ 51 Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2018-02-01- -2018-02-28 27

SN § 34

Tillägg till dagordningen

Förslag till beslut

Ordförande föreslår följande tillägg till dagordningen:

- Arbetsresor i annan kommun (Sekretess)
- Missivskrivelse från revisorerna – arbete med riktade stadsbidrag

Magnus Lennartsson (M) föreslår följande tillägg till dagordningen:

- Digital signering

Beslutsgång

Ordföranden frågar om samtliga förslag om tillägg till dagordningen antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Följande tillägg till dagordningen görs:

- Missivskrivelse från revisorerna – arbete med riktade stadsbidrag
- Digital signering
- Arbetsresor i annan kommun (Sekretess)

SN § 35

Förvaltningen informerar

Sammanfattning

Verksamhetschef vård och omsorg Aniko Andersson informerar om Trygga hemgång som förhoppningsvis startar den 1 juli. I Heltidsprojektet kommer information att gå ut till berörda medarbetare inom två veckor och därefter ska medarbetarna delta i en workshop. Förstudien Hagen har haft två möten och inväntar nu återkoppling från arkitekten.

Stabschef Linnea Holm informerar om att nya MAS Berit Kjelleklint påbörjar sin anställning den 28 maj.

Informationen läggs till handlingarna.

SN § 36 DNR SN 18/2018

Ekonomiuppföljning februari 2018 (information)

Sammanfattning

Jenny Andersson informerar och besvarar frågor om ekonomiuppföljningen för februari månad.

Informationen läggs till handlingarna.

SN § 37 DNR SN 8/2018

Kvalitetsberättelse 2017

Sammanfattning

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

Ständiga förbättringar genom fortsatt arbete och förankring gällande avvikelserapportering med synpunkter och klagomål har utförts under året. Totala antalet avvikelserapporter enligt socialtjänstlagen, SoL och LSS är ungefär detsamma som 2016, synpunkter och klagomål har ökat något.

Socialnämnden har varit aktuell för flera enskildas klagomål till tillsynsmyndigheten

Ett fortsatt förbättringsarbete behövs för att säkra en god vård och omsorg bland annat gällande:

- ett ökat brukarinflytande
- dokumentation
- risk- och händelseanalyser och
- interna samarbetsformer

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete år 2018.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad den 2018-03-08
Kvalitetsberättelse 2017

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden godkänner Kvalitetsberättelsen för 2017 och lägger den till handlingarna.

För kännedom till: Kommunrevisionen

SN § 38 DNR SN 7/2018

Patientsäkerhetsberättelse 2017

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

- Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och
- Vilka resultat som uppnåtts

Beslutsunderlag
Tjänsteskrivelse i ärendet
Patientsäkerhetsberättelsen 2017

Förslag till beslut
Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden antar 2017 års Patientsäkerhetsberättelse och lägger den till handlingarna.

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

Socialnämndens beslut
1. Socialnämnden antar 2017 års Patientsäkerhetsberättelse och lägger den till handlingarna.

SN § 39 DNR SN 41/2017

Revidering av plan avveckling HVB

Sammanfattning

Då allt färre personer söker asyl i Sverige måste antalet boendeplatser anpassas till de nya förhållandena. Enligt Migrationsverkets prognoser kommer utvecklingen med allt färre asylsökande att hålla i sig över tid. Ensamkommande barn har dock generellt sätt mer varierade rörelsemönster som bidrar till en osäkerhet i Migrationsverkets bedömningar.

Socialnämnden prognostiserar att Herrljunga kommer ha 14 ungdomar i augusti 2018. Dessa kommer varar i behov av en boendeform som kan tillgodoses med stödboende i form av träningslägenheter. För att tillgodose behovet behöver nämnden ytterligare 7 boendeplatser jämfört med idag. Då bedömningen görs att det är stödboende som behövs och inte HVB så föreslår förvaltningen att kommunens HVB avvecklas och att stödboende i form av träningslägenheter införskaffas.

Beslutsunderlag

Socialnämnden §45/2017-05-02
Riktlinje Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden beslutar att påbörja avveckling av Sveagatans HVB för att helt stängas augusti 2018 och enbart bedriva stödboende i form av träningslägenheter för målgruppen.

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden beslutar att påbörja avveckling av Sveagatans HVB för att helt stängas augusti 2018 och enbart bedriva stödboende i form av träningslägenheter för målgruppen.

SN § 40 DNR SN 28/2018

Riktlinje Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern

Sammanfattning
Socialnämnden beslutade i november 2016 om riktlinjer för placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern. Denna innebär att nämnden inte får täckning för de som migrationsverket har skrivit upp åldern på till över 18 år. Riktlinjen behöver därför justeras då Socialnämndens kostnader för dessa ungdomar uppgår till ca 6 400 tkr/år som nämnden inte har kostnadstäckning för.

Beslutsunderlag
Tjänsteskrivelse i ärendet daterad den 2018-03-13
Riktlinje Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern

Förslag till beslut
Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner föreslagen förändring av Riktlinjen Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern godkänns.

Anette Rundström (S) yrkar avslag till förvaltningens förslag till förändring av Riktlinjen Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern.

Inger Gustavsson (L), Magnus Fredriksen (S), Kitty Andersson (S) och Kjell Johansson (MP) bifaller Anette Rundströms (S) yrkande.

Beslutsgång
Ordföranden ställer förslagen mot varandra och finner att socialnämnden beslutar i enlighet med förvaltningens förslag.

Omröstning begärs.

Ordförande ställer följande omröstningsordning:
Ja = i enlighet med förvaltningens förslag
Nej = i enlighet med Anette Rundströms (S) förslag att avslå förvaltningens förslag till förändring av Riktlinjen Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern.

Med 6 ja-röster och 5 nej-röster finner ordförande att socialnämnden beslutar i enlighet med förvaltningens förslag (röstningsbilaga, SN § 40/2018-03-27).

Fortsättning SN § 40

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden godkänner förvaltningens förslag till förändring av Riktlinjen Placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om Migrationsverket skriver upp åldern godkänns.

Reservation

Anette Rundström (S), Inger Gustavsson (L), Magnus Fredriksen (S), Kitty Andersson (S) och Kjell Johansson (MP) reserverar sig till förmån för eget förslag.

Expedieras till: Kommunfullmäktige
För kännedom till: Bildningsnämnden

SN § 41 DNR SN 21/2018

Kontorslokaler socialförvaltningen

Sammanfattning

Socialförvaltningen är i behov av nya lokaler då de lokalerna som förvaltningen förfogar över idag inte är anpassade för verksamheten då verksamheten växt ur lokalerna, arbetsmiljön inte är så god och säkerheten inte är optimal. Förvaltningen har fått erbjudande om att hyra lokaler på Verkstadsgatan som passar förvaltningens behov. Genom att hyra dessa lokaler kan förvaltningen lämna TB-huset.

Beräknad kostnad för att byta lokaler är ca 920 tkr. Vilket är en ökad kostnad med 500 tkr utifrån dagens hyra på TB-huset.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad den 2018-03-16
Socialnämnden § 124/2017-12-19
Kommunstyrelsen § 28/2018-02-19

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att hyra administrativa lokaler på Verkstadsgatan 11.

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1 Socialnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att hyra administrativa lokaler på Verkstadsgatan 11.

Expedieras till: Kommunfullmäktige
För kännedom till: Tekniska nämnden

SN § 42 DNR SN 22/2018

Avgift för medicinsk fotvård

Sammanfattning
Socialnämnden erbjuder äldre medborgare fotvård. Kostnaden för medicinsk fotvård höjdes från 361 kr till 475 kr 15 februari 2018 utifrån riktlinje för taxor och avgifter som kommunfullmäktige antog 2016. Avgiften är beslutad att följa avgiften som Västra Götalandsregionen fastställer för medicinsk fotvård vilket under 2018 uppgår till 475 kr. Kommunens budgeterade kostnad för fotvården uppgår till 550 kr. I dessa kostnader ingår inte OH-kostnader.

Socialnämnden har fått in synpunkter avseende höjningen av avgiften för medicinsk sjukvård. Fotvård är ingen obligatorisk insats utan frivillig.

Socialnämndens arbetsutskott föreslår att fotvårdsavgiften fastställs till 425 kr/besök och höjs årligen med prisindex för kommunal verksamhet.

Beslutsunderlag
Presidieskrivelse i ärendet daterad den 2018-03-15
Tjänsteskrivelse i ärendet daterad den 2018-03-15
Riktlinje Handläggning av taxor och avgifter för socialnämndens verksamheter.

Förslag till beslut
Presidiets förslag till beslut:

- Kommunfullmäktige föreslås anta taxan för medicinsk fotvård till 425 kr/besök och att den höjs årligen med prisindex för kommunal verksamhet. Förändringen föreslås gälla från 1 juli 2018 och integreras i Riktlinje Handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet.

Förvaltningens förslag till beslut:

- Informationen läggs till handlingarna.

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

Socialnämndens beslut
1. Kommunfullmäktige föreslås anta taxan för medicinsk fotvård till 425 kr/besök och att den höjs årligen med prisindex för kommunal verksamhet. Förändringen föreslås gälla från 1 juli 2018 och integreras i Riktlinje Handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet.
2. Informationen läggs till handlingarna.

Expedieras till: Kommunfullmäktige

SN § 43 DNR SN 22/2018

Revidering riktlinjer taxor och avgifter

Sammanfattning

Socialförvaltningen har tagit fram förslag på förändringar av Riktlinjer Handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet. En del i revideringen handlar om att kommunen har rätt att ta ut avgifter för personer som är placerade på grund av missbruk och/eller psykiatri samt för föräldrar vars barn är placerade. Detta görs inte idag och därför föreslås tillägg av dessa saker. I övrigt så föreslås förändringar för att förtydliga vissa delar samt för att anpassa dem efter tidigare beslut i socialnämnden. Föreslagna förändringar innebär en preliminär ökning av intäkter med 330 tkr/år utifrån dagens avgiftspersoner.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad den 2018-03-15
Riktlinjer – Handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet
Socialnämnden § 169/2012-12-18

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

1. Reviderade riktlinjer för handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet godkänns och överlämnas till kommunfullmäktige för fastställande.
2. Förändringen avseende matavgifter börjar gälla från 1 januari 2019 övriga förändringar börjar gälla från 1 juli 2018.

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1. Reviderade riktlinjer för handläggning av taxor och avgifter inom Socialnämndens verksamhet godkänns och överlämnas till kommunfullmäktige för fastställande.
2. Förändringen avseende matavgifter börjar gälla från 1 januari 2019 övriga förändringar börjar gälla från 1 juli 2018.

Expedieras till: Kommunfullmäktige

SN § 44 DNR SN 23/2018

Avgifter dödsboförvaltning

Sammanfattning
Under vissa förutsättningar som anges i 18 kap 1 § ärvdabalken skall socialnämnden tillfälligt förvalta dödsbo och enligt 5 kap 2 § begravningslagen ordna gravsättning för den som saknar någon som kan ordna det. En kommun har rätt att ta ut ersättning av dödsboet för sina kostnader och åtgärder. I Herrljunga kommun saknas beslut om vilket belopp som ska gälla för sådana kostnader.

SKL har konstaterat att en rimlig timtaxa för dödsboförvaltning och åtgärder enligt begravningslagen är 0,008 av prisbasbeloppet vilket för år 2018 motsvarar 364 kr.

Beslutsunderlag
Tjänsteskrivelse i ärendet daterad den 2018-03-05

Förslag till beslut
Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att fastställa avgiften för dödsboförvaltning och åtgärder enligt begravningslagen till 0,008 av prisbasbeloppet. Avgiften justeras årligen enligt prisbasbeloppet.

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

Socialnämndens beslut
1. Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att fastställa avgiften för dödsboförvaltning och åtgärder enligt begravningslagen till 0,008 av prisbasbeloppet. Avgiften justeras årligen enligt prisbasbeloppet.

Expedieras till: Kommunfullmäktige

SN § 45 DNR SN 106/2017

Motion – Aktivitetscenter för alla äldre i kommunen

Sammanfattning
Kommunfullmäktige har beslutat att överlämna motionen Aktivitetscenter för alla äldre i kommunen till Socialnämnden för beredning. För att nämnden ska kunna ta ställning till motionen behöver ärendet beredas.

Beslutsunderlag
Presidieskrivelse i ärendet daterad den 2018-03-15
Motion inkommen 2018-01-22
Kommunfullmäktige § 30/2018-02-13

Förslag till beslut
Förvaltningens förslag till beslut:
- Förvaltningen får i uppdrag att bereda motionen.

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

Socialnämndens beslut
1. Förvaltningen får i uppdrag att bereda motionen.

SN § 46 DNR SN 9/2018

Begäran om att få ta tidigare överskott i anspråk för Viva-app

Sammanfattning
Socialnämnden beslutade 30 januari att Viva som app (Viva omsorg) ska införskaffas och stegvis införas med start i hemtjänstområde Ljung. Nämnden beslutade att finanisering i första hand ska ske via utvecklingsmedel, i andra hand genom tidigare års ackumelerade överskott och i sista hand ur befintlig budget. Det finns inga utvecklingsmedel avsatta för socialnämnden vilket innebär att nämnden behöver begära om att få ta tidigare års överskott i anspråk. Kostnaden för införandet av Viva omsorg uppgår till 700 tkr samt 260 tkr för själva driftskostnaden.

Beslutsunderlag
Tjänsteskrivelse i ärendet daterad den 2018-03-15

Förslag till beslut
Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden hemställer hos kommunstyrelsen att få ta del av tidigare års ackumulerade överskott för att införa Viva omsorg till en kostnad av 700 tkr.

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

Socialnämndens beslut
1. Socialnämnden hemställer hos kommunstyrelsen att få ta del av tidigare års ackumulerade överskott för att införa Viva omsorg till en kostnad av 700 tkr.

Expedieras till: Kommunstyrelsen

SN § 47 DNR SN 34/2018

Missivskrivelse från revisorerna – arbete med riktade stadsbidrag

Sammanfattning

Revisorerna har låtit KPMG göra en granskning av socialnämndens arbete med så kallade riktade statsbidrag. KPMG har i sin rapport framhållit följande förbättringsområden:

"Säkerställa väsentliga ansvarsfrågor avseende riktades statsbidrag såsom till exempel när nämnde ska involveras och vem som kan fatta beslut när ansökan om bidrag lämnas in.

Säkerställa att erforderliga rutiner och anvisningar för att bevaka, söka och redovisa riktade statsbidrag upprättas."

Mot bakgrund av ovanstående önskar revisorerna svar avseende vilka åtgärder nämnden har för avsikt att vidta. Revisorerna önskar svar senast 2018-04-18.

För att socialnämnden ska kunna säkerställa ovan saker behöver styrdokument tas fram.

Beslutsunderlag

Missivskrivelse, inkommen 2018-03-20
Tjänsteskrivelse i ärendet daterad den 2018-03-27

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialförvaltningen får i uppdrag att ta fram styrdokument för riktade statsbidrag och vid behov ta fram förslag på revidering av delegeringsordningen.

Beslutsgång

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

Socialnämndens beslut

1. Förvaltningen får i uppdrag att ta fram styrdokument för riktade statsbidrag och vid behov ta fram förslag på revidering av delegeringsordningen.

För kännedom till: Revisorerna

SN § 48

Digital signering

Förslag till beslut

Magnus Lennartsson (M) föreslår att:

- Förvaltningen får i uppdrag att ta fram ett förslag för införande av digital signering att presentera på nämndens sammanträde den 2018-05-02

Ordföranden föreslår att:

- Förvaltningens förslag för införande av digital signering presenteras på nämndens sammanträde den 2018-06-05.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om Magnus Lennartssons (M) förslag och ordförandens tillägg till förslaget antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Förvaltningen får i uppdrag att ta fram ett förslag för införande av digital signering att presentera på nämndens sammanträde den 2018-06-05.

SN § 50

Meddelanden

Följande meddelanden redovisades vid sammanträdet

Nr	*Meddelandeförteckning*	*DNR*
1	Domar inkomna under tidsperioden 2018-02-27- -2018-03-26	
2	Protokoll FSG 2018-03-15	
3	KF § 18/2018-02-13 Målbild för socialförvaltningens lokaler 2027	SN 105/2017
4	REMISS - Ekonomisk modell för reglering av betalansvar vid Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård inkl. bilagor	
5	Revidering av attestreglemente	KS 246/2017
6	Medborgarförslag – Ensamkommande barn	KS 57/2018

Socialnämndens beslut
Meddelandena läggs till handlingarna.

SN § 51

Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2018-02-01- - 2018-02-28

Följande delgeringsbeslut anmäldes vid sammanträdet

Nr	*Delegationsbeslut*	*DNR*
1	Delegeringsbeslut – IFO, fattade under tidsperioden 2018-02-01- -2018-02-28	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga
2	Delegeringsbeslut – bistånd, fattade under tidsperioden 2018-02-01- -2018-02-28	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga
3	Delegeringsbeslut – färdtjänst, fattade under tidsperioden 2018-02-01- -2018-02-28	Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga

Socialnämndens beslut
Redovisningen av delegeringsbeslut godkänns.

Bilaga 1, SN § 37/2018-03-27

DIARIENUMMER: 8/2018

FASTSTÄLLD: 2018-03-08

DOKUMENTANSVAR:
SAS/Kvalitetssamordnare
Heléne Backman Carlsson

Kvalitetsberättelse 2017

Beslutsinstans, Socialnämnden
Omfattar socialförvaltningens olika verksamheter

HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

2018-03-08

Sammanställd av: Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING 4

2 BAKGRUND 5

2.1 KVALITET I VERKSAMHET 5

3 ORGANISATORISKT ANSVAR OCH ROLLER I KVALITETSARBETET 6

3.1 SOCIALNÄMND 6

3.2 SOCIALCHEF 6

3.3 VERKSAMHETSCHEF ENL 29 § HSL 6

3.4 MAS/KVALITETSSAMORDNARE 6

3.5 SAS/KVALITETSSAMORDNARE 6

3.6 VERKSAMHETSCHEF 6

3.7 STABSCHEF 6

3.8 ENHETSCHEF 6

3.9 PERSONAL I VERKSAMHET 6

4 VIKTIGA HÄNDELSER UNDER ÅRET 7

4.1 ORGANISATION 7

4.2 VERKSAMHET 7

4.3 INDIVID 7

5 MÅLUPPFYLLELSE 9

6 RISKANALYS 10

7 EGENKONTROLL 10

8 NATIONELLA UPPFÖLJNINGAR 11

8.1 ÖPPNA JÄMFÖRELSER 11

8.2 KVALITET OCH RESULTAT I ÄLDREOMSORGEN 12

8.3 KVALITET OCH RESULTAT INOM INDIVID- OCH FAMILJEOMSORG 14

8.4 KVALITET OCH RESULTAT FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING 15

8.5 SOCIALPSYKIATRI 15

9 LOKALA UPPFÖLJNINGAR 16

9.1 INTERNKONTROLL 16

9.2 AVVIKELSER 17

9.2.1 SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL 18

9.2.2 AVVIKELSER SoL/LSS/lex Sarah 18

9.2.3 LEX SARAH 20

10 EXTERNA GRANSKNINGAR 21

10.1 INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG 21

10.1.1 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT 21

10.1.2 ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG 21

10.1.3 TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG 21

11 PERSONALENS MEDVERKAN I KVALITETSARBETET 22

11.1 KOMPETENSUTVECKLING 23

12 KVALITETSARBETE 23

12.1 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN/FÖRSLAG 23

1 Sammanfattning

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

Syftet med kvalitetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvaliteten i verksamheten. Kvalitetsberättelsen omfattar huvudsakligen socialtjänstlagens, SoL och lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, område. Kvaliteten inom hälso- och sjukvården redovisas i nämndens patientsäkerhetsberättelse för 2017.

Resultatet från Socialstyrelsens årliga nationella brukarenkät inom äldreomsorgen visar på delvis förbättrade resultat och ligger inom särskilt boende väl i jämförelse både med andra kommuner i regionen som resultat i riket. Resultatet för hemtjänsten visar något färre antal positiva svar i jämförelse med region och riket. Ett fortsatt arbete behövs med att förbättra de egna resultaten och bibehålla goda resultat över tid.

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

Ett fortsatt implementeringsarbete av socialtjänstplanen har genomförts 2017. Förhållningssätt, bemötande och den enskilde brukarens delaktighet är några grundläggande delar som har varit i fokus.

Ständiga förbättringar genom fortsatt arbete och förankring gällande avvikelserapportering med synpunkter och klagomål har utförts under året. Nivån totalt av antalet avvikelserapporter enligt socialtjänstlagen, SoL och LSS är ungefär densamma som 2016, synpunkter och klagomål har ökat något. Några ärenden, enskildas klagomål har förekommit hos tillsynsmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, IVO samt tillsynsmyndighetens egeninitierade tillsyn. Avvikelser kring läkemedel och fallrapporter redovisas i nämndens patientsäkerhetsberättelse.

Utbildningar och ett fortsatt utvecklingsarbete har genomförts vad gäller dokumentation samt implementering av Individens behov i centrum, IBIC. Återkommande träffar med dokumentationsombud, har genomförts under året. En fortsättning sker 2018. Dokumentationsombudens uppdrag är att vara enhetschefens förlängda arm för stöd och handledning, till sina kollegor, gällande dokumentation men även i verksamhetssystemet Viva.

En grundutbildning i dokumentation har genomförts under våren 2017 för samtlig personal inom äldreomsorgen, 135 personer har deltagit.

SAS/Kvalitetssamordnare har deltagit på 12 arbetsplatsträffar och haft en timma utbildning gällande ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete. En genomgång för förvaltningsledningen har också genomförts.

[1] *Föreskrifter och Allmänna råd* – Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete
[2] Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

KA RG

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

Resultat från bland annat avvikelser, internkontroll, granskning och på annat sätt uppmärksammade händelser bör ligga till grund för socialnämndens fortsatta förbättringsarbete 2018.

2 Bakgrund

2.1 KVALITET I VERKSAMHET

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

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

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

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

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

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

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

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

KA

3 Organisatoriskt ansvar och roller i kvalitetsarbetet

3.1 SOCIALNÄMND

Socialnämnden är ytterst ansvarig för verksamheten.

3.2 SOCIALCHEF

Socialchef har ett övergripande ansvar och rapporterar till socialnämnden.

3.3 VERKSAMHETSCHEF ENL 29 § HSL

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

3.4 MAS[3]/KVALITETSSAMORDNARE

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

3.5 SAS[4]/KVALITETSSAMORDNARE

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

3.6 VERKSAMHETSCHEF

Verksamhetschefer för myndighet, socialt stöd samt vård- och omsorg har ett övergripande ansvar att leda och utveckla sina verksamheter. Verksamhetschefer har ett ledningsansvar tillsammans med socialchef och ska samverka kring socialtjänst och hälso- och sjukvårdsfrågor tillsammans med MAS/Kvalitetssamordnare och SAS/Kvalitetssamordnare. Rapporterar till socialchef.

3.7 STABSCHEF

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

3.8 ENHETSCHEF

Enhetschefer har ansvar för att leda och utveckla sina enheter. Har ansvar för att ta fram rutiner på enhetsnivå och se till att dessa följs. Rapporterar till verksamhetschef.

3.9 PERSONAL I VERKSAMHET

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

[3] MAS Medicinskt ansvarig sjuksköterska
[4] SAS Socialt ansvarig samordnare

4 Viktiga händelser under året

4.1 ORGANISATION

Socialförvaltningen har genomfört en organisationsförändring i slutet av året 2017. Tidigare verksamheterna bistånd och den delen inom socialt stöd som handlar om myndighetsutövning bildar en verksamhet, Myndighet, i den nya organisationen bildar verkställande enheter inom socialt stöd en egen verksamhet, Socialt stöd.

Det har varit en svårighet under 2017 att kunna rekryter medarbetare med kompetens och erfarenhet på såväl handläggare- som enhetschefstjänster. Att kunna rekrytera vikarier inom vård och omsorg är en annan utmaning. Att kunna rekrytera kvalificerade medarbetare till tjänster och att behålla dessa är en viktig kvalitetsaspekt.

4.2 VERKSAMHET

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

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

4.3 INDIVID

Individens behov i centrum
Ett fortsatt arbete med IBIC[5] (tidigare Äldres behov i centrum, ÄBIC) har skett under året. Biståndshandläggare utreder och fattar beslut enligt modellen. Det har varit ett uppföljande utbildningstillfälle för dokumentationsombuden gällande IBIC och dess innebörd. Ett fortsatt implementeringsarbete med IBIC ska ske 2018 då det är återkommande nya medarbetare i organisationen.

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

[5] Individens behov i centrum omfattar vuxna personer oavsett ålder och funktionsnedsättning som behöver stöd i sitt dagliga liv utifrån SoL eller LSS, oavsett boendeform

Kortfattat innebär IBIC:

- stöd för ett behovsinriktat arbetssätt
- systematik för en mer likvärdig handläggning
- gemensamt språk, ICF[6] för dokumentation och samarbete över professionsgränserna
- strukturerad dokumentation som ger möjlighet att samla in lokal och nationell statistik samt att följa verksamheten över tid.

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

Från insatsstyrd till behovsstyrd verksamhet
I utredningen *Ett värdigt liv i äldreomsorgen* (SOU 2008:51) kritiseras svensk äldreomsorg för att allt för ensidigt fokusera på medicinska och fysiska behov på bekostnad av de sociala, psykiska och existentiella behoven.

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

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

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

Socialnämndens mål var att implementering skulle ha skett fullt ut i samtliga verksamheter 2016. På grund av chefsbyten i vissa verksamheter har arbetet fördröjts. Implementeringsarbetet har därför fortsätt under 2017. Socialtjänstplanen behöver vara ett så kallat levande dokument som verksamheten återkommer till och som introduceras med nya medarbetare.

På uppdrag av socialnämnden har SAS/Kvalitetssamordnare tagit fram ett informationsmaterial som riktar sig till personer 80 år och äldre. Informationsmaterialet skickades ut per post till samtliga personer fyllda 80 år och äldre. Innehållet beskriver när enskild kan få stöd, vem enskild vänder sig till och hur en ansökan går till. Informationen innehåller kontaktuppgifter. Planeringen är att det ska fortsätta med årliga utskick till de personer som under året fyller 80 år. Detta som ett led i uppsökande verksamhet då det även finns möjligheter till kontakter och personliga besök.

[6] Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

5 Måluppfyllelse

Se Årsbokslut 2017-12-31

6 Riskanalys

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

Trots att bedömningen är att det skett en ökad medvetenhet hos chefer, om vikten att på ett strukturerat sätt göra risk- och händelseanalyser och att vid behov skriva handlingsplaner i det förebyggande arbetet och att detta dokumenteras för att kunna följas upp och utvärderas, så har endast ett fåtal riskanalyser gjorts strukturerat 2017.

Under året sägs några riskanalyser gjorts inom verksamheter dock utan dokumentation. En dokumenterad riskanalys finns daterad 2017-11-14 gällande fysiska miljön/utgångar på särskilt boende. Bedömningen är att när det gäller arbetsmiljö ligger det närmare till hands att göra riskanalyser och upprätta handlingsplaner och då tillsammans med fackliga representanter. Det är viktigt men utesluter inte att risk- och händelseanalyser enligt ledningsföreskriften ska upprättas om det finns en risk att händelser kan inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

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

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

Att arbete strukturerat med risk- och händelseanalyser bör förbättras.

7 Egenkontroll

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

I rutinen för egenkontrollen ingår granskning. Kvalitetssamordnarna har i sitt uppdrag att genomföra granskning av verksamheter. Inom ramen för granskning kan inberäknas t.ex. aktgranskning, granskning på plats i verksamheter. Under året har SAS/Kvalitetssamordnare i samband med lex Sarah anmälningar till tillsynsmyndigheten, IVO[7], följt upp de i lex Sarah redovisade åtgärderna, innan ärendet avslutas.

En verksamhetsgranskning har skett på Hagens särskilda boende. Bedömningen är att Hagen i många avseenden är ett bra boende. Den intervjuade personalen är positiv till Hagen som arbetsplats. De områden i granskningen som behöver förbättras är, bättre följsamhet till rutiner kring avvikelser och skydds- och begränsningsåtgärder och fortsätta utveckla dokumentation enligt socialtjänstlagen.

[7] Inspektionen för vård och omsorg

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

SAS/Kvalitetssamordnare har inom socialtjänstens område genomfört en granskning/egenkontroll på IVO:s begäran till nämnden. Granskningen omfattade 10 utredningar (från ansökan till beslut) per område, missbruk, barn och unga, funktionshinder samt äldreomsorg, totalt har 40 utredningar granskats. Finns ytterligare beskrivet under punkt 10.1.3. SAS/Kvalitetssamordnare har sammanställt resultatet för respektive område och redovisat för ansvariga chefer samt till handläggare inom äldreomsorg och funktionshinder. Resultatet visar i korta drag att, av dokumentationen framkommer inte alltid att:

- informerande samtal sker
- information om planering av utredningens genomförande ges
- samtycken inhämtats
- i vissa fall långa handläggningstider.

I flera av de granskade utredningar inom barn och unga framkommer inte på vilket sätt eller vilken information, relevant till ålder och mognad som barnet har fått. Handläggare säger sig prata med barnet men det dokumenteras inte alltid. Dokumentationen behöver förbättras gällande barns deltagande.

Inom samtliga områden finns kvalitetsförbättringar att göra genom ökad tydlighet i dokumentationen.

8 Nationella uppföljningar

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

8.1 ÖPPNA JÄMFÖRELSER

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

Inom äldreomsorgen finns därmed ett mera omfattande resultat, med brukarperspektiv, att ta del av än motsvarande för övriga verksamheter. Behovet kan därför finnas inom övriga verksamheter att på lokal nivå följa upp brukares uppfattning om socialtjänsten. Underlag till brukarundersökningar finns på Sveriges kommuner och landsting, SKL. SAS/Kvalitetssamordnare vill åter aktualisera frågan att 2018 genomföra egna brukarundersökningar.

KA

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

I vissa tabeller och diagram används färgerna rött, gult och grönt för att visa hur ett resultat ligger till jämfört med andra kommuner. Grönt betyder att kommunens värde för indikatorn hör till de 25 procent av kommunerna med bäst värden i förhållande till de andra kommunerna. Rött får de 25 procent av kommunerna som har sämst värde och gult är de 50 procent av kommunerna som ligger mitt emellan.

8.2 KVALITET OCH RESULTAT I ÄLDREOMSORGEN

Brukarundersökning i Hemtjänst

Brukarundersökningen för hemtjänsten har skickats till dem som är 65 år och äldre och som har hemtjänst, dock ej till dem som endast har trygghetslarm och matdistribution. 113 brukare i hemtjänsten, eller deras anhöriga, har svarat på 2017 års enkät från Socialstyrelsen.
Det motsvarar 67 % av brukarna. Tabellen visar **andelen positiva svar** per fråga som följer på socialstyrelsens nationella brukarundersökning.

	2015	2016	2017	Riket
Sammantaget nöjd med hemtjänsten – helhetssyn, andel (%)	87	89	85	89
Känner förtroende för personalen som kommer	96	90	91	91
Får bra bemötande av personalen	94	96	99	97
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	72	79	86	79
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	84	86	89	87
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	44	44	47	61
Personalen kommer på avtalad tid	78	75	81	85
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	61	63	58	64

Kvalitet i verksamhet Hemtjänst

Personalkontinuitet Antal personal som brukare möter under 14 dagar – över 20 stycken, andel (%)	44	32	25

Brukarundersökning i Särskilt boende

Brukarundersökningen har skickats till dem som är 65 år och äldre och som bor på särskilt boende.
37 boende på särskilt boende, eller deras anhöriga, har svarat på Socialstyrelsens nationella enkät 2017.
Det motsvarar 54 % av de boende. Tabellen visar **andelen positiva svar** per fråga som följer på socialstyrelsens nationella brukarundersökning.

Den del av särskilt boende som är boende för personer med demenssjukdom, Hagen och delar av Hemgården har generellt lägre antal positiva svar på frågor än övriga boende på Hemgården. Det kan antas att det är anhöriga till dessa personer som stått för den större delen av svaren. Att anhöriga i så fall varit mindre positiva i sina svar kan eventuellt tolkas som att anhöriga inte så väl känner till hur

personalen arbetar med tider för stöd eller hur den enskilde kan vara med att påverka etc. Att involvera anhöriga i omsorgen om sina närstående och att se anhöriga som en resurs är viktigt.

	2015	2016	2017	Riket
Sammantaget nöjd med boendet – helhetssyn, andel (%)	73	84	89	82
Känner förtroende för personalen som kommer	97	88	89	86
Får bra bemötande av personalen	94	88	94	94
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	76	79	83	84
Personal tar hänsyn till brukares egna åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras	72	86	88	80
Brukar kunna påverka vilka tider personalen kommer	46	52	66	61
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	32	41	38	47
Tycker att maten smakar bra	74	69	69	75
Upplever måltiderna som en trevlig stund	63	63	73	69

Kvalitet i verksamhet Särskilt boende

Väntetid Antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	40	48	64
Väntat längre än 90 dagar (%)		22	38

Källa Kolada och Socialstyrelsen

Sammanfattning

Inom flera delar av resultatet inom äldreomsorgen är differenserna inte särskilt stora från år till år. I vissa delar går det upp och ner över åren. Det som både inom särskilt boende och hemtjänsten fick fler andel positiva svar mellan åren 2014 till 2016 är det systematiska kvalitetsarbetet med avvikelser och synpunkter och klagomål. För 2017 har andelen enskilda som har kännedom om var och hur de kan lämna synpunkter och klagomål minskat, trots förvaltningens fortsatta arbete med implementering och informationer. Tillsynsmyndighetens uppfattning är, att det är inom förvaltningen synpunkter och klagomål i första hand ska hanteras och inte hos IVO.

Andelen boende som *alltid eller oftast* är nöjda med personalens bemötande har ökat både inom särskilt boende och inom hemtjänsten, vilket är positivt. Ett bra bemötande är avgörande för kvalitet i omsorgen. Kvalitet uppstår där den enskilde möter personalen. Det är viktigt att fortsätta arbetet med förhållningssätt och bemötande. En lex Sarah anmälan om bristande bemötande har skickats till IVO.

Brukarnas/boendes bedömning i nöjdhet om helheten, har ökat inom särskilt boende men minskat inom hemtjänsten.

Personalkontinuiteten i hemtjänsten har ökat vilket är positivt.

Antalet dagar från ansökningsdatum till erbjudande om särskilt boende har ökat succesivt de senaste åren och sedan föregående år med ett medelvärde av 16 dagar. Andel som fått väntat längre än 90 dagar har ökat med 16%. Resultatet ligger i linje med allt fler rapporterade ej verkställda beslut gällande särskilt boende.

Utifrån resultatet inom äldreomsorgen finns ett flertal områden som skulle kunna vara målet för att öka nöjdheten hos brukare/boende och att också sedan verka för att bibehålla goda resultat över tid.

KA RG

8.3 KVALITET OCH RESULTAT INOM INDIVID- OCH FAMILJEOMSORG

Ekonomiskt bistånd

	2015	2016	2017
Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%)	27.6	30.0	
Ej återaktualiserade personer med försörjningsstöd ett år efter avslutat försörjningsstöd, andel (%)	60	70	81
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	13	9	21
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, väntat längre än 14 dagar (%)	26	33	56

Missbruk och beroendevård

	2015	2016	2017
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning för vuxna med missbruksproblem 21+, medelvärde	43	21	52
Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21+ ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	59	47	

Social barn- och ungdomsvård

	2015	2016	2017
Ej återaktualiserade barn 0-12 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)		79	57
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)		67	83
Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0-20 år, medelvärde	99	81	93

Källa Kolada

Sammanfattning

Färgindikatorerna för respektive resultat kan ge en vägvisning var Herrljunga befinner sig i förhållande till andra kommuner.

Resultatet på ekonomiskt bistånd – andel ej återaktualiserade – har förbättrats vilket är positivt. Väntan på beslut längre än 14 dagar har försämrats, fler får vänta längre och speglar väl, den sårbarhet som har varit på handläggarsidan gällande ekonomiskt bistånd 2017. Även på barn och ungdomssidan har utredningstiden ökat i antal dagar, medelvärdet ligger dock under 4 månader. Avvikelser ska rapporteras på de utredningar som överskrider 4 månaders utredningstid.

8.4 KVALITET OCH RESULTAT FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

	2015	2016	2017
Alla på boendet har möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka, andel (%)	100	100	100
Den boende ges möjlighet till aktiviteter med personalstöd efter kl. 21, en gång/månad, andel (%)	100	100	100
Den boende har möjlighet till så många individuellt anpassad aktivitet i veckan som hen önskar, andel (%)			30
Den boende har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet/lägenheten, andel (%)	30	30	100
Den boende har tillgång till egen brevlåda som posten levererar till, andel (%)	70	70	70
Den boende kan bestämma över vilken mat (huvudmålet) som serveras, andel (%)	100	100	100
Den boende kan ta emot gäster alla kvällar efter kl. 21.00, andel (%)	100	100	100
Boende där hot eller våld mot brukare inte förekommit på boendet under de sex senaste månaderna, andel (%)		30	30

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

- möjlighet till så många individuellt anpassade aktiviteter i veckan som hen önskar gäller Ringvägen
- tillgång till egen brevlåda gäller Nästegårdsgatan
- där hot eller våld har förekommit är på Nästegårdsgatan.

8.5 SOCIALPSYKIATRI

Personer med psykisk funktionsnedsättning

	Intern samordning						Extern samverkan	
	Rutiner för samordning med:						Överenskommelser för samverkan med:	
	Barn & unga	Ekonomiskt bistånd	Miss-bruk	LSS	Våld i nära relationer	Äldre-omsorg	AF	FK
2015	Integ.	Integ.	Integ.	Ja	Ja	Ja		
2016	Integ.	Integ.	Integ.	Ja	Ja	Ja		
2017	Integ.	Integ.	Integ.	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

Integrerat menas organisatoriskt under samma chef därför inte aktuellt behov av intern rutin för samordning. Från ena året grön (ja) till nästa år röd (nej) kan vara rutin som inte är aktuell längre, ingen revidering har gjorts eller att kännedom inte finns hos den svarande då dessa har växlat över åren.

	Brukarinflytande					Meningsfull sysselsättning		
	Brukarinflytes-samordnare (Bisam)	Råd för funktions-hinderfrågor	Brukar-revision	Brukar-under-sökningar	Personligt ombud	Strukturerad syssel-sättning	Socialt kooperativ/Fontänhus	Öppen verksamhet
2015	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
2016	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
2017	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja

	Arbetsmarknad			Boende	Stöd i vardagen	
	Arbetslivs-inriktad rehabilitering	Gått från sysselsättnings-insats till förvärvsarbete	Gått från sysselsättning till skyddat arbete	"Bostad först"	Social färdighets-träning	Stöd i föräldraskap
2015	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja
2016	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
2017	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja

	Tillgänglighet					Trygghet/ säkerhet
	Uppsökande verksamhet	Information via:				IT-system som stödjer verksamhets-uppföljning
	Funktion för uppsökande verksamhet	Annonser i massmedia	Kommunens webbplats	Informations-blad	Informations-guide	
2015	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
2016	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
2017	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja

Källa Socialstyrelsen

Sammanfattning

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

9 Lokala uppföljningar

9.1 INTERNKONTROLL

Barnperspektiv

En granskning av 10 utredningar inom barn och unga har skett på begäran av IVO. Den del av utredningen som visar på vilket sätt barnet har deltagit i utredning framkommer inte tydligt i dokumentationen. I 8 av 9 (1 ej relevant, baby) granskade utredningar framkommer av dokumentationen att barnet har kommit till tals i utredningen. I 7 av de 9 granskade utredningarna framkommer inte, på vilket sätt eller vilken information, relevant till ålder och mognad som barnet har fått. Återkoppling har skett till ansvarig enhetschef.

Bedömningen är att dokumentationen kring barns/ungas synpunkter, vilken information de får, när och på vilket sätt utifrån ålder och mognad, kan förbättras.

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

Bemötande
Enligt uppföljning med enhetschefer har introduktion av Socialtjänstplan genomförts. Dialog kring bemötande och värdegrund tas upp kontinuerligt vid t.ex. händelser som skett alternativt finns återkommande på APT.

Kännedom om och följsamhet till ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete
Bedömningen är att personal generellt har god kännedom om Handboken där riktlinjer och rutiner finns. Rutinen för avvikelser är känd men avvikelser rapporteras inte i tillräcklig omfattning i vissa verksamheter. Det är av största vikt att chefer och personal förstår syftet med att rapportera händelser, gör analyser och bedömningar för rätt åtgärder, då detta är centralt i nämndens ständiga förbättringsarbete.

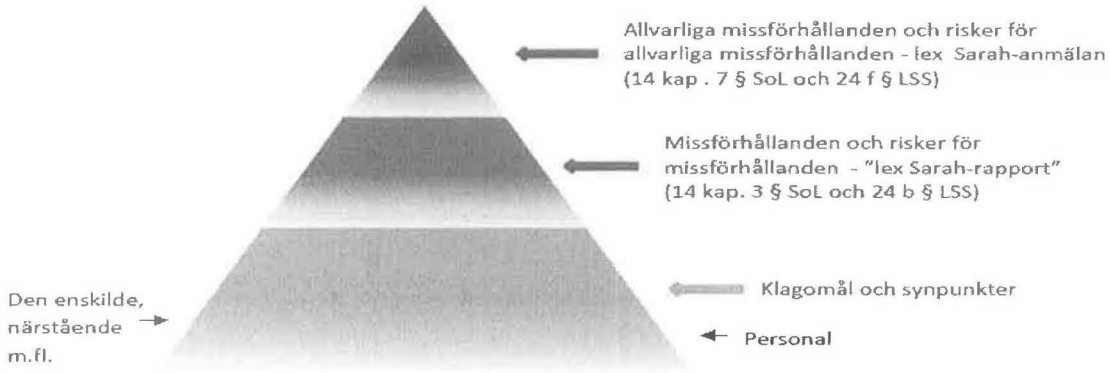
9.2 AVVIKELSER

Enligt socialtjänstlagen ska insatserna inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Beroende av händelsens konsekvens/sannolikhetsgrad att upprepas, hanteras den på olika sätt. Rapporterade händelser enligt SoL/LSS/lex Sarah samt synpunkter och klagomål, ligger i antal, väl i jämförelse med år 2016. Bedömningen är att det generellt är relevanta händelser som rapporteras och inte tillbud gällande arbetsmiljö eller när brukare tackar nej till insats. Dessa händelser ska rapporteras/dokumenteras på annat sätt. Det är viktigt med dialog på arbetsplatserna gällande bl.a. syfte med händelserapportering, analys av händelser, förändringar och förbättringar. Uppföljningar, analys och åtgärdsarbete utifrån avvikelser kan utvecklas.

Inom IFO rapporteras händelser på blanketter och inte i verksamhetssystemet.

I Socialstyrelsens handbok för tillämpning av bestämmelserna om lex Sarah illustreras *avvikelser* som ett samlingsbegrepp. Där den större mängden avvikande händelser som sker kan rapporteras/inkomma från enskilda, närstående, personal m.fl. Ett mindre antal av de händelser som rapporteras bedöms vara av högre allvarlighets grad och ska därmed anmälas till tillsynsmyndigheten.

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



Källa: Socialstyrelsens Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah

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

9.2.1 SYNPUNKTER OCH KLAGOMÅL

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

- flera klagomål om brister i att insatser inte blir utförda eller om brister i insatsernas utförande t.ex. inköp fungerar ej det blir inte handlat enligt genomförandeplan, kvällshjälpen kommer för tidigt (18.30 - vill ej sitta i nattkläder om vederbörande får besök), larm ur funktion fick vänta länge på hjälp, lämnats utan nattkläder i sängen
- brister i bemötande inom olika verksamheter, "bemötts på ett respektlöst sätt", dåligt bemötande vid kommunikation
- klagomål gällande beslut i enskilda ärenden

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

9.2.2 AVVIKELSER SoL/LSS/lex Sarah

Begreppet avvikelser i redovisningen innefattar:

- avvikelser enligt SoL[8], LSS[9]
- klagomål och synpunkter SoL, LSS
- lex Sarah

[8] Socialtjänstlag
[9] Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

Bakgrund
I verksamhetssystemet Viva inhämtas uppgifterna gällande rapporterade händelser för Vård och omsorg samt verksamheter enligt LSS. Inom Individ och familjeomsorgen samt bistånd och administration dokumenteras händelser på pappersblanketter för sammanställning. I statistiken hämtad från Viva kan det förekomma felaktiga rapporter, vilket bedöms för 2017 vara en liten, begränsad del i sammanställningen (ca ett tiotal). Felrapporteringar kan vara t.ex. personalens arbetsmiljö som i stället ska skrivas som tillbud utanför detta system eller en dubbelrapportering har skett om samma händelse. Synpunkter och klagomål kan även inkomma via Herrljunga kommuns hemsida - synpunktshantering.

Sammanfattning
Av 2017 års totala antal avvikelser utgör ovanstående punkter, enligt SoL/LSS/lex Sarah ca 32 % av totala antal avvikelser i förvaltningen för året (1 175).

De flesta verksamheter arbetar med förbättringar i enlighet med ledningsföreskrift gällande avvikelser. Vissa verksamheter behöver utveckla sitt arbete med rapportering av avvikelser och hantering av dessa, enligt upprättade rutiner. Enhetschefernas uppföljningar, analys och åtgärdsarbete utifrån avvikelser kan utvecklas.

Typ	Helår 2014	Helår 2015	Helår 2016	Helår 2017
Avvikelser enl. SoL, LSS	103	406	301	**308**
Klagomål och synpunkter SoL, LSS	15	25	48	**55**
Lex Sarah	2	11	15	**14**
Totalt	120	442	364	**377**

Antalet fallolyckor (690) ingår inte i denna jämförelse.

Av totala antalet avvikelser står äldreomsorgen för den större delen av rapporterna. Särskilt boende och hemtjänsten för ca hälften vardera. Av dessa handlar ett större antal om brister i omsorg t.ex. uteblivna insatser såsom, toalettbesök, nattillsyn, personlig omvårdnad, städ, tvätt. Främsta orsak till ej utförda insatser är resursbrist men även missad informationsöverföring.

Rapporterade händelser i särskilt boende för äldre handlar främst om brister i omsorg gällande personlig hygien, städning men även bristande information och bemötande. Hemgården står för det större antalet rapporter (106). Hagen har rapporterat 18 händelser, varav 16 efter den interna granskning som genomfördes i mitten av november 2017, korttidsboendet Furuhagen har endast rapporterat tre händelser trots att det skett flera händelser av vikt. Fler av dessa händelser har handlat om utåtagerande boende som inneburit skrämsel och otrygghet för medboende.

Rapporterade avvikelser på handläggarsidan handlar om utdragna handläggningstider, brister i dokumentation, brister i informationsöverföring. Nio rapporterade avvikelser har inkommit från handläggare. Det är viktigt att handläggare, när brister upptäcks rapporterar händelser då det kan innebära brister i rättssäkerhet för den enskilde.

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

9.2.3 LEX SARAH

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

År 2017 inkom 14 rapporter enligt lex Sarah. På en fyraårsperiod kan det tolkas av resultatet, antal rapporter att det blivit en ökad medvetenhet om rapporteringsskyldigheten i verksamheterna. De flesta lex Sarah rapporterna upprättas av enhetscheferna själva och inte av personal. Hemgården är den verksamhet som rapporterat flest missförhållanden, det är också dessa fyra som bedömts som allvarliga och därmed anmälts till tillsynsmyndigheten. På Hemgården är det flera händelser av samma slag som har återupprepats vilket visar att sannolikheten att händelser inträffar igen har skett, vilket i sin tur innebär ökad allvarlighetsgrad i bedömningen. Ett av dessa ärenden har IVO ännu inte avslutat, de begär kompletterande uppgifter om varför händelse upprepar sig.

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

Sammanfattning
Att missförhållanden rapporteras får ses som positivt. Att det i verksamheten finns en kunskap om syfte och om rapporteringsskyldighet. En händelse ska rapporteras när den upptäcks. Om händelser rapporteras i tidigt skede är det också större möjligheter att, genom tidiga åtgärder lindra omfattning av konsekvenser som händelser kan innebära, dels ur ett individperspektiv och dels ur ett verksamhetsperspektiv.

Följande gällande de inkomna lex Sarah rapporterna:

	Verksamhet	Händelse	Bedömning/Beslut	Anmälan	IVO beslut
1	Hemtjänst	Fotografering av enskild	Missförhållande	Nej	
2	Boendestöd	Avvikelse från rutiner	Inte enligt lex Sarah	Nej	
3	IFO	Brister i handläggning	Missförhållande	Nej	
4	HVB	Bristande kommunikation från handläggare	Missförhållande	Nej	
5	LSS	Felaktigt använt skydds- och begränsningsåtgärder,	Missförhållande	Nej	
6	Hemtjänst	Bristande tandvård	Missförhållande	Nej	
7	IFO	Bristande dokumentation	Missförhållande	Nej	
8	Hemgården	Brister i omsorg, lämnar boendet osedd	*Allvarligt* missförhållande	Ja	Avslutat
9	Hemgården	Brister i omsorg, lämnar boendet osedd	*Allvarligt* missförhållande	Ja	Avslutat
10	Hemgården	Utåtagerande medboende skapar stor otrygghet, rädsla	*Allvarligt* missförhållande	Ja	Avslutat
11	HVB	Olämpligt bemötande av personal	Missförhållande	Nej	
12	Hemgården	Bristande bemötande	*Allvarligt* missförhållande	Ja	Nej
13	Hemtjänst	Brister i sekretess	Missförhållande	Nej	
14	HVB	Brister i sekretess	Missförhållande	Nej	

KA AG

10 Externa granskningar

10.1 INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

10.1.1 EJ VERKSTÄLLDA BESLUT

Siffror inom parentes avser år 2016 för samma insats. Under året 2017 har 30 (28) personer omfattats av ej verkställt beslut vilket har rapporterats som ej verkställda till IVO. Besluten enligt nedan.

Enligt SoL – ÄO	**12** (8)
	Särskilt boende 11 (7)
	Kontaktperson 1
Enligt SoL – IFO	**9** (14)
	Boendestöd 1 (2)
	Kontaktfamilj 2 (3)
	Jourplacering 1
	Familjebehandling 3 (6)
	Kontaktperson 2
Enligt LSS	**9** (6)
	Kontaktperson 8 (2)
	Boende vuxna 1

Resursbrist är den främsta orsaken till ej verkställda beslut. Det har framförallt varit brist på särskilt boende och verkställigheten har dragit ut på tiden. Av de rapporterade ej verkställda besluten gällande särskilt boende för äldre har väntetiden varit från 4 månader upp till ca 6 månader.

Ett annat bistånd som allt mer dragit ut på tiden till verkställighet är insatsen kontaktperson, en ökning med 9 personer sedan föregående år. Vid årsskiftet kvarstod fyra av ovanstående, rapporterade ärenden gällande kontaktperson som ej verkställda.

10.1.2 ENSKILDAS ANMÄLAN TILL INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Under 2017 har 10 enskilda klagomål anmälts till IVO motsvarande siffra 2016 var fem ärenden.
Av årets 10 ärenden har IVO inte öppnat tillsynsärende i något ärende. IVO meddelar att "IVO registrerar uppgifterna och kan använda dem vid planering av kommande tillsyner" vidare med hänvisning till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Alla anmälningarna gäller IFO barn och familj och handlar om placerade barn.

10.1.3 TILLSYN AV INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG

Under året har sex tillsyner genomförts av IVO varav fem gällande HVB. En tillsyn var oanmäld. IVO har bland annat granskat personalens utbildningsnivå, dokumentation, lämplighetsbedömning, bemanning, avvikelsehantering, uppföljning av fysiska miljön. IVO har lämnat kritik gällande att en ungdom under 18 år bor i en lägenhet utanför HVB ensamkommande. Ett par påpekande gällande dokumentation och lämplighetsbedömning som IVO bedömer "kan förbättras".

Ett tillsynsärende från den 29 september 2016 gällande hemtjänst, resulterade i ett beslut i april 2017. Ärendet avslutas, dock med sju punkter som behöver uppmärksammas. Det som IVO vill uppmärksamma nämnden på är bland annat att det behöver finnas fastställda rutiner för att kontrollera om bemanningen är tillräcklig, säkerställa att insatser utförs på det sätt som planerats för att garantera den enskildes delaktighet, en översyn på hur samtliga arbetsuppgifter planeras och organiseras för att på så vis säkerställa kontinuitet och bemötande leder till välbefinnande och trygghet för enskilda.

Ett tillsynsärende som omfattar planeringsförutsättningar, riskanalys, egenkontroll, uppföljning och samverkan med särskilt fokus på handläggning av utredningar inom äldreomsorg, funktionshinder, barn och unga samt missbruk. En egenkontroll, på begäran av IVO genomfördes på 40 utredningar 10 per område, av SAS. Dessa egenkontroller sammanställdes av SAS och redovisades för respektive grupp före tillsynen. Den egna kontrollen med IVO:s kontroll påvisade i stort samma briser. Dessa egenkontroller var en del som låg till grund för IVO:s tillsyn. IVO avslutar ärendet med kritik och påpekanden. Beslutet kommer att följas upp under år 2018 enligt IVO:s beslut.

- Kritiken i beslutet handlar om att nämnden har en handläggare utan svensk socionomexamen eller motsvarande som utför utredningar av barn och unga.
- Påpekanden i beslutet handlar om att utredningar av barn och unga bedrivs delvis inte skyndsamt, nämnden behöver säkerställa att riskanalyser sker fortlöpande och dokumenteras samt att säkerställa att egenkontroller av utredningar görs med en frekvens och i den omfattning som krävs för att säkra kvaliteten.

11 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Av lagstiftningen framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Att aktivt, i varje verksamhet arbeta med avvikelser, synpunkter och klagomål som en del i vardagsarbetet är ett sätt att arbeta förebyggande och kvalitetsförbättrande. I flera verksamheter är detta återkommande på arbetsplatsträffar.

Kvalitetssamordnarna har kvartalsvisa så kallade kvalitetsmöten med enhetschefer, med var och en för sig, gällande uppföljningar, analys och åtgärder av avvikelser. På grund av sjukskrivning och vakans på MAS tjänsten har inte 4:e kvartalets träffar genomförts. Tredje kvartalets träffar genomfördes i grupp där det var fokus på uppföljning, analys och bedömning och enhetscheferna fick med sig vissa verktyg som stöd för arbetet.

SAS har under året deltagit på 12 arbetsplatsträffar (ca 70-talet medarbetare) runt om i organisationen för en timma genomgång gällande systematiskt kvalitetsarbete, enhetscheferna har deltagit. En genomgång har också genomförts i förvaltningens ledningsgrupp. Det är viktigt att funktioner på alla nivåer känner till de krav som finns och arbeta här efter, om det ska bli ett genomslag i hela organisationen.

Inom socialförvaltningen fortsätter arbetet efter behov, med processer, riktlinjer och rutiner som är styrande för arbetet i verksamheterna. Personalens medverkan i detta arbete är nödvändigt och en förutsättning för god kvalitet. Socialnämnden har valt att samla ledningssystemet på intranätet och en länk för direktåtkomst till *Handboken* finns för samtlig personal. Bedömningen är att personal, generellt har kunskap om *Handboken* och att det där finns rutiner och andra styrande dokument.

KA RG

11.1 KOMPETENSUTVECKLING

Kompetensutvecklingsplaner på individnivå finns i verksamheterna. Varje enhetschef ska sammanställa behov och önskemål av kompetensutveckling efter genomförda medarbetarsamtal. Prioriteringar sker på förvaltningsledningsnivå.

En rad informationstillfällen och utbildningar gällande dokumentation, Viva och ledningssystem har genomförts för olika grupper under året, internt och externt. Bland annat:

- 2 timmars utbildning i social dokumentation för all personal inom äldreomsorgen, totalt 135 deltagande uppdelat på 6 tillfällen, intern utbildning med SAS/Kvalitetssamordnare
- utbildning i Social dokumentation för personcentrerad omsorg – arrangerad av FoU Sjuhärad. Dokumentationsombud från ÄO och LSS samt några personal ytterligare, totalt 20 personer från Herrljunga deltog
- verksamhetssystemet Viva, internt med systemförvaltare och SAS
- ledningssystem, avvikelser med synpunkter och klagomål samt lex Sarah för 70 talet medarbetare

12 Kvalitetsarbete

12.1 FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN/FÖRSLAG

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

- På verksamhetsnivå ska risk- och händelseanalyser upprättas utifrån de risker som identifieras, de händelser som skett eller de förändringar som ska genomföras.
- Ett fortsatt samarbete genom bland annat kvartalsvisa uppföljningar med kvalitetssamordnare och enhetschefer.
- Genom att sprida händelser, analyser, åtgärder, erfarenheter etc. mellan verksamheter ökar möjligheten till förebyggande arbete. De mötesforum som redan finns kan vara lämpliga för dialog och erfarenhetsutbyte mellan verksamheter.

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

Händelser avser såväl utförda handlingar som handlingar där någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra. Där det kan innebära eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskild. Det kan gälla brister i rättssäkerhet vid handläggning och i genomförande/verkställighet.

- Rapportering av avvikelser/missförhållanden ska ske enligt rutiner.

- Under året 2018 bör avvikelserapportering för personal inom IFO:s verksamheter också kunna ske i verksamhetssystemet Viva. Diskussionerna har återupptagits med systemleverantörerna.

Brukarinflytande
I 2017 års internkontroll har framkommit brister kring den enskildes delaktighet i genomförandet av insatser. Inom särskilt boende dokumenteras delaktigheten oftast som "delvis delaktig" och att det är på personalens egen bedömning att den boende uppfattas vara nöjd när insatser utförs. I flera granskade ärenden är svaret nej – ingen delaktighet i planeringen. Inom äldreomsorgen genomför Socialstyrelsen årliga, nationella brukarenkäter. Resultatet för kommunen blir ett bra underlag för inriktning av ett fortsatt arbete med förbättringar. Resultatet i äldreomsorgen gällande brukarnas nöjdhet med delaktighet (73%) har ökat något från 2016 års resultat (67%), men är en bra bit ifrån det uppsatta målet för år 2017 vilket är 85 % nöjdhet.

Motsvarande nationella kvalitetsuppföljningar av Socialstyrelsen finns inte inom andra verksamheter i nuläget. Genom Sveriges kommuner och landsting, SKL finns nationella uppföljningar inom funktionshinderområdet och IFO, vilken Herrljunga kommun inte ingår i, det är ett frivillig åtagande för kommunerna. Hos SKL finns framtaget vissa enkäter för flera verksamheter inom IFO.

- Att Herrljunga kommun ansluter sig till SKL:s nationella kvalitetsuppföljningar inom vissa områden. Viss kostnad för kommunen. För året 2017 motsvarande den kostnaden 6 500 kronor för deltagande kommuner gällande funktionshinderområdet.
- Ett fortsatt arbete med implementering av IBIC i verkställighet. Individens inflytande genom delaktighet utifrån sina förutsättningar, i när, var och hur stödet ska ges är viktigt.

Social dokumentation
Brister i dokumentation har uppmärksammats under året, dels i intern granskning men även vid tillsyn av IVO. För att socialtjänsten ska kunna förbättra och utveckla dokumentationen och för att det ska vara möjligt att systematiskt undersöka om arbetet bedrivs på föreskrivet sätt, är det en grundläggande förutsättning att det i verksamheten dokumenteras på ett tillfredsställande sätt. Att handläggning sker på ett rättssäkert sätt. Att insatser som ges dokumenteras och följs upp på ett tillfredsställande sätt är också en förutsättning för att systematiskt kunna undersöka om de leder till resultat som innebär förbättringar för den enskilde. Det innebär att dokumentationen ska tillgodose flera syften.

Dokumentation är viktig för bland annat den enskildes rättssäkerhet dvs. att den enskilde ska få en korrekt handläggning och insats av god kvalitet, att ha ett underlag för den individuella planeringen, att möjliggöra uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, för de anställdas säkerhet och att möjliggöra tillsyn och granskning. I vissa verksamheter uppfylls inte kraven på ett tillfredsställande sätt vilket visat sig i uppföljningar och internkontroll. Dokumentation ingår i ordinarie arbetsuppgifter och måste förbättras.

Fortsatt granskning och kontroll i myndighetsutövning inom barn och familj samt i verkställighet ska ske under året.

- Tid för dokumentation måste avsättas. Dokumentationsombud ska vara enhetschefens förlängda arm i handledning och stöd till kollegorna.
- Genomförandeplaner ska upprättas tillsammans med brukaren och vid behov följas upp och revideras.

IBIC i verkställighet
Inom verkställighet t.ex. hemtjänsten har inte implementering av IBIC fortskridits på samma sätt som inom myndighetsutövning. Det finns bristande kunskaper i arbetssätt med strukturerad dokumentation. Nya enhetschefer på plats har i vissa fall begränsade kunskaper om IBIC.

- Fortsatt implementering av IBIC under 2018. SAS och systemförvaltare samarbetar då det dels handlar om social dokumentation och dels hur man använder verksamhetssystemet Viva.
- De granskningsmallar som tagits fram i arbetsgruppen (fyra kommuner) tillsamman med Högskolan i Borås, för myndighetsutövning samt genomförandeplan och utgår från IBIC, ska användas vid granskning. Mallarna ska publiceras inom kort.

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

- Ett fortsatt arbete med att identifiera interna processer, kartlägga processer och på så sätt utveckla former för den interna samverkan behövs, för att tydliggöra ansvar samt för att säkerställa information mellan berörda.

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

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

Personella och ekonomiska resurser
Ovanstående förbättringsarbeten bedöms vara inom ramen för befintlig verksamhet och kräver inte ökade personella eller ekonomiska resurser. Ju mindre tid och utrymme innebär oftast att det då blir ytterligare viktigt att göra rätt saker och att göra saker på rätt sätt, redan från början. Utrymme för dialog på arbetsplatsen bör vara en naturlig del i vardagsarbetet. I vissa avseenden kan t.ex. ökad medverkan ge förståelse och förändring, som i nästa led ger förbättrat resultat. Som stöd finns stabsfunktioner som resurser. Så även för utformning av bland annat enkäter, informationer, utföra intervjuer och göra analys och sammanställningar av resultat, vara behjälplig i arbetet med riktlinjer och rutiner.

Det kan dock finnas behov av större dignitet som kräver ekonomiska resurser t.ex. bemanningsbehov över tid, inom äldreomsorgen för att säkerställa en god och säker vård och omsorg. IVO tar upp bemanning i ett beslut daterat 2017-04-19. SN dnr 62/2016.

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

KA RG

SKL har genomfört ett projekt tillsammans med kommuner, Föreningen Sveriges socialchefer, Famna och Vårdföretagarna utifrån bestämmelser i socialtjänstförordningen och den uteblivna bemanningsföreskriften – "Istället för bemanningsföreskrift". Rekommendationer har tagits fram under 2017. Fokus är på nattens arbetssätt, bemanning och teknik.

Socialnämnden antog dessa rekommendationer vid sammanträde daterat den 2 maj 2017.
SN dnr 9/2017.

DIARIENUMMER: SN-7-2018
FASTSTÄLLD: 2018-03-27
DOKUMENTANSVAR: Aniko Andersson Persson
Verksamhetschef Vård och Omsorg

Tomas Bornhall MAS/Kvalitetssamordnare
2017 02 20

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Socialförvaltningen Herrljunga kommun

HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Innehåll

Sammanfattning 2017 3
1. Allmänt 4
2. Övergripande mål och strategier 4
3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhet 4
3.1 Kommunens ansvar som vårdgivare 4
3.2 Verksamhetschefens ansvar 4
3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar 4
3.4 Enhetschefens ansvar 4
3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar 5
4 Struktur för uppföljning/utvärdering 5
4.1 Senior alert 5
4.2 Svenska Palliativ registret 5
4.3 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) 6
4.4 Nutrition 6
4.5 Avvikelsehantering 6
4.7 Läkemedelshantering 6
4.8 Dokumentation - patientjournal 7
4.10 Munhälsa 7
4.11 Medicinsk teknik 8
4.12 Rehabilitering 8
4.13 Hygien 8
4.14 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift 9
4.15 Skydds- och begränsningsåtgärder 9
5. Lokal uppföljning genom egenkontroll 9
5.1 Internkontroll 10
6. Samverkan 10
6.1 Samverkan kommuner, primärvård och slutenvård 10
6.2 Samverkan Palliativa teamet Alingsås lasarett 11
6.3 Samverkan Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett och Närsjukvårdsteam SÄS 11
6.4 Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare 11
6.5 Samverkan Samordnad vård- och omsorgsplanering - SVPL 11
6.6 Samverkan Läkarmedverkan 12
6.7 Intern samverkan för en god och säker vård 12
6.8 Samverkan med externa HVB samt LSS- hem 12
6.9 Samverkan med patienter och närstående 12
6.10 Samverkan med medborgare i övrigt 12
7. Riskanalys 13

7.1 Analys och bedömning av risker under 2017 13
8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 13
9. Synpunkter och klagomål 14
10. Sammanställning och analys 14
11. Samverkan med patienter och närstående 14
12. Resultat 15
12.1 Strukturmått 15
12.2 Resultat och processmått 16
12.2.1 Förebyggande arbete - Senior alert 16
12.2.2 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) .. 17
12.2.3 Undvikbar slutenvård per diagnosgrupp 17
12.2.4 Munhälsa 17
12.2.5 Palliativa registret 17
12.2.6 Läkemedel 18
12.2.7 Hygien 19
12.2.8 Svenska HALT 19
12.2.9 Öppna jämförelser 20
12.2.10 Rehabilitering 20
12.2.11 Nationell patientöversikt (NPÖ) 20
12.2.12 Avvikelser Fall 21
12.2.13 Avvikelser läkemedel 22
12.2.14 Avvikelser övriga Hälso- och sjukvårdsavvikelser (ej fall, läkemedel eller vårdsamverkan) 24
12.2.15 Synpunkter och Klagomål 24
12.2.16 Delegering 24
13.2.17 Lex Maria 25
12.2.18 Medicinteknisk avvikelse 25
12.2.19 Avvikelser Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 25
13. Sammanfattning inriktning 2018 26

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

Sammanfattning 2017

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

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

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

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

Antal gjorda riskbedömningar Senior alert under året uppgår till 204 st. Utav de riskbedömningarna med utfall att risk finns (190 st. av 204 st.) har 88 % gjorda åtgärdsplaner med vårdpreventiva åtgärder registrerats. Föregående år hade 66% gjorda åtgärdsplaner med vårdpreventiva åtgärder.

42 st. BPSD bedömningar med åtgärder registreras under 2017 jämfört med 81st. 2016.

I Svenska Palliativregistret är förbättringar gjorda i 5 utav 11 kvalitetsindikatorer och försämring i 5 av 11 kvalitetsindikatorer jämfört med föregående år.

Resultatet av HALT mätningen 2017 fanns bekräftade infektioner i två fall samt tre fall av profylaktiskt antibiotikabehandling vid mättillfället. För 2016 visades inga bekräftade vårdrelaterade infektioner eller profylaktiskt antibiotikabehandling.

Mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts inom kommunens äldreomsorg och LSS med två mätningar under 2017. Bägge mätningarna under året visar resultat över det nationella genomsnittet.

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

Antal registrerade fall har under 2017 ökade med 162 fall (30,7 %) jämfört med föregående år. Konsekvens av fallen är vanligtvis ingen skada. Konsekvensen fraktur av fallolyckan drabbade 12 patienter (2016 drabbades 10 patienter av fraktur).

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2017 ökat med 80 stycken (18,6 %) jämfört med året innan. Orsak till rapporterade avvikelser är till 59,4 % glömska.

Under 2017 har 224 st. avvikelser registrerats där beställd träningsinsats från Rehab inte har signerats på signeringslistor hos patient jämfört med 130 st. 2016. Osäkerhet uppstår om beställd insats är utförd eller inte. Konsekvens blir svårighet att utvärdera träningsinsatsen samt risk för försämrad/utebliven funktion för patient.

1. Allmänt

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

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

2. Övergripande mål och strategier

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

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

3. Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhet

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

3.1 Kommunens ansvar som vårdgivare

Yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (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.

3.2 Verksamhetschefens ansvar

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

3.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

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

3.4 Enhetschefens ansvar

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

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

3.5 Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

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

4 Struktur för uppföljning/utvärdering

Åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet under 2017 samt föreslagna förbättringar under 2018.

4.1 Senior alert

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

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

Under året har vårdprevention genomförts inom riskområden som fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. Arbetet med riskområde blåsdysfunktion har startats under året och erfarenheterna kommer att tas med till övriga SÄBO och LSS enheter som startar arbetet.

Inriktning 2018

- Att utveckla arbetssättet Teammöten inom SÄBO och LSS samt arbetssättet med MiniTeam inom Hemsjukvård i ordinärt boende (kvarstår från 2017)
- Att utbilda all omvårdnadspersonal i ROAG – riskbedömning av munhälsa (kvarstår från 2017)
- Att fortsätta implementera Senior Alerts femte område; blåsdysfunktion inom SÄBO/LSS (ny 2018)

4.2 Svenska Palliativ registret

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

Under 2017 har personal påbörjat en webbutbildning i allmän palliativ vård. Utbildningen riktar sig till all personal som i sitt yrke möter personer i livets slutskede som har palliativa vårdbehov. Syftet med utbildningen är att bättre kunskap och förståelse för de komplexa vårdbehov som vårdpersonal möter hos den svårt sjuke. Det är viktigt att all personal har en god gemensam grundläggande kompetens i arbetet kring patient och närstående.

Inriktning 2018

- Att sjuksköterskor ökar antal åtgärder/bedömningar/skattningar i palliativ vård samt dokumenterar i journal (kvarstår från 2017)
- Att personal fortsätter att genomföra webutbildning "Allmän palliativ vård" (kvarstår från 2017)
- Att efter genomförd webbutbildningen ha möten professioner emellan för diskussion kring hur

allmän palliativ vård ska implementeras inom egen verksamhet för att nå optimalt resultat för patient och närstående (ny 2018)

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

BPSD-registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demens. Förekomst av BPSD innebär en minskad livskvalité och för att nå framgång i behandlingen, krävs det förutom ett gott bemötande och en god omsorg, även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demens.

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

Under året har legitimerad som omvårdnadspersonal utbildats till administratör BPSD.

Inriktning 2018

- Att öka antal registreringar i BPSD-registret (kvarstår från 2016, 2017)

4.4 Nutrition

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

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

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

Inriktning 2018

- Att fortsätta arbetet med att ofrivillig nattfasta inte är längre än 11 timmar (kvarstår från 2016, 2017)
- Att kartlägga hur lång nattfastan är för boende/brukare inom kommunens SÄBO enheter (ny 2018)

4.5 Avvikelsehantering

En stor del i det systematiska kvalitetsarbetet är avvikelsehantering. All personal 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 avvikelsehantering ska utföras beskrivs i rutin "Avvikelsehantering".

Inriktning 2018

- Att MAS, SAS och enhetschefer har fortsatt gemensam uppföljning av avvikelser (kvarstår från 2016, 2017)
- Att enhetschef analyserar och diskuterar därefter tillsammans med sin personal fram lämpliga åtgärder på arbetsplatsträffar. Syftet med detta är att säkra verksamhetens kvalitet t.ex. genom att ständigt förbättra processer och rutiner (kvarstår från 2016, 2017)

4.6 Lex Maria

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

4.7 Läkemedelshantering

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

multisjuka äldre i ordinärt boende.

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

Inriktning 2018

- Att patienter på SÄBO, kortidsenhet erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet "LÄR UT" vid inflyttning samt därefter minst en gång per år och/eller om behov uppstår (kvarstår från 2017)
- Att patienter inskrivna i hemsjukvård ordinärt boende erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet "LÄR UT" vid inskrivning samt därefter då behov uppstår (kvarstår från 2017)
- Att sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård genomgår "LÄR UT" utbildning om äldre och läkemedel (kvarstår från 2017)

4.8 Dokumentation - patientjournal

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

Inriktning 2018

- Att fortsätta arbetet med samstämmighet i dokumentation internt med kodning av International Klassificering Funktion (ICF) och Klassificering av Vård Åtgärder (KVÅ) (kvarstår från 2016, 2017)
- Att genomföra granskning av legitimerad personals dokumentation med fokus på omvårdnadsplaner/rehabiliteringsplaner, anamnes och statusuppdatering (ny 2018)

4.9 Nationell Patient Översikt (NPÖ)

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

Inriktning 2018

- Att öka användandet av NPÖ för att säkerställa patientens vård vid vårdens övergångar mellan vårdgivare (kvarstår 2016, 2017)

4.10 Munhälsa

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

Inriktning 2018

- Att omvårdnadspersonal inom kommunens samtliga enheter fortsätter att delta i Folktandvården Herrljungas munhälsoutbildning som erbjuds (kvarstår från 2016, 2017)
- Att utbilda all omvårdnadspersonal i ROAG – riskbedömning av munhälsa enligt Senior alert (se 4.1 kvarstår från 2017)

4.11 Medicinsk teknik

Medicintekniska produkter, MPT, används inom äldreomsorgen, LSS och socialpsykiatri/missbruk. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut individuellt av paramedicinare eller sjuksköterska och ska dokumenteras i omvårdnadsjournal. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska i hemmet och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. Det skall finnas skriftliga rutiner för dessa produkter och upphandling bör ske efter fastställda rutiner.

4.12 Rehabilitering

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

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

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

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

Inriktning 2018

- Att genomföra regelbunden förflyttningsutbildning för anställd personal, nyanställda personal samt för vikarier genom fastställd utbildningsplan (ny från 2018)
- Att instruera personal i manuella förflyttningar, personlyft och lyftsele (kvarstår från 2016, 2017)
- Att utveckla hjälpmedelsplan i VIVA (kvarstår från 2017)

4.13 Hygien

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

Under 2017 har arbetskläder samt tvätt av arbetskläder upphandlats. I verksamheten finns för personal: omklädningsrum och klädskåp, arbetsordning för hur ren tvätt hanteras (omhändertas och plockas upp på avsedd plats för rena arbetskläder) samt arbetsordning för hur smutsig tvätt omhändertas och hanteras på ett korrekt sätt.

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

Omvårdnadspersonal har utbildats till hygienombud och utbildning av sjuksköterskor med extra hygienansvar. De har utbildats med hjälp av Vårdhygien, SÄS Borås.

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

Inriktning 2018

- Att delta i SKL:s nationella årliga mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler
- Att genomföra årliga egen mätningar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler
- Att delta i Folkhälsomyndighetens årliga mätning HALT av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende

4.14 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift

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

Under året har Demenscentrums (demenscentrm.se) webbaserade utbildningar "Jobba säkert med läkemedel" och "Ge insulin" varit en teoretisk grund inför delegering. Efter teoretisk webbaserad utbildning med godkänt resultat har delegaten haft praktik utbildning av delegerande sjuksköterska.

Inriktning 2018

- Att fortsätta revidera/utveckla delegerings/utbildningsmaterial inom delegerande områden
- Att fortsätta utveckla/säkerställa rutin delegering läkemedel genom webbutbildning "Jobba säkert med läkemedel" och läkemedel "Ge insulin" samt den praktiska utbildningen med sjuksköterska

4.15 Skydds- och begränsningsåtgärder

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

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

5. Lokal uppföljning genom egenkontroll

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

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 de nationella mätningarna PPM i Basala hygienrutiner- och klädregler, vårdrelaterade infektioner genom nationella 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.

Enligt egenkontrollplan har egenkontroll genomförts på Hagens SÄBO. Inom Hälso- och sjukvård har följande områden granskats:

- årliga läkemedelsgenomgångar
- läkemedelshantering, läkemedelsdelegering samt dokumentation signeringslistor läkemedel
- övriga delegeringsbara hälso- och sjukvårdsuppgifter uppgifter
- kvalitetsregister som Palliativa registret, Senior Alert och BPSD
- skydd och begränsningsåtgärder

Egenkontrollen hagens SÄBO kan läsas i sin helhet, Dnr 110/2017.

5.1 Internkontroll

Internkontroll har skett på ett antal olika områden och i olika omfattning enligt den internkontrollplan som beslutats av socialnämnden. Under 2017 genomfördes internkontroll inom 1. Följsamheten till Basala hygienrutiner och klädregler samt 2. Arbetskläder för personal i verksamheten.

Resultat – följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt arbetskläder
Mätning under vår och höst visar ett resultat av följsamheten är över riksgenomsnitt inom samtliga mätområden.

Arbetskläder och tvätt av arbetskläder har upphandlats. I verksamheten finns för personal: omklädningsrum, klädskåp, arbetsordning för hur ren tvätt hanteras (omhändertas och plockas upp på avsedd plats för rena arbetskläder) samt för hur smutsig tvätt hanteras.

6. Samverkan

6.1 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 diverse 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 inom primärvård, sjukhusvård och habilitering i Södra Älvsborg.

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

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

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

6.2 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.

6.3 Samverkan Närsjukvårdsteam Alingsås lasarett och Närsjukvårdsteam 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 lasaretts upptagningsområde.

Närsjukvårdsteamet SÄS samverkar över gränserna mellan kommun, primärvård och sjukhus och utgår från Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås. Herrljunga kommun har under 2017 ingått i teamets upptagningsområde.

6.4 Samverkan Mobil hemsjukvårdsläkare

Avtal finns mellan Herrljunga kommun och Närhälsan Herrljunga om Mobil hemsjukvårdsläkare (se punkt 6.6 Läkarmedverkan). 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.

6.5 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 sjukhus. I Västra Götalandsregionen finns det organisation för samverkan kring dessa frågor på delregional nivå samt regional nivå.

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

Det finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vård- och omsorgsplanering av utskrivningsklara patienter mellan kommunerna och regionen. Rutinerna beskriver bl.a. krav på information till berörda enheter i samband med in/utskrivning slutenvården. Rutin för 2-parts vårdplanering mellan primärvård och kommun gällande in och utskrivning inom hemsjukvård. Som ett led i kvalitetssäkringen skickas avvikelserapport i Närvårdssamverkan då rutinerna inte följs.

Under 2017 har vård- och omsorgsplanering via videolänk mellan Herrljunga kommun, SÄS, Alingsås lasarett utvecklats och är en 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) heter från 2018-01-01 Uppdragsgrupp Samordnad vård- och omsorgsplanering (SVOP) och syftar till att stötta och utveckla vårdprocessen samordnad vård- och

KA MG

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

6.6 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 Herrljunga kommun och primärvården Västra Götalands Regionen finns. Avtal finns mellan Herrljunga kommun och Närhälsan Herrljunga om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård. Under året har avtal om Mobil hemsjukvårdsläkare arbetas fram vilken är en del av avtalet (se punkt 6.4 Mobil hemsjukvårdsläkare). Uppföljning av följsamheten till avtalet sker halvårsvis och när avtal påföljande år skrivs.

Analys och bedömning av läkarmedverkan 2017

Samverkansavtalet mellan Herrljunga kommun och Närhälsan Herrljunga har fungerat bra under 2017 och bägge parter är nöjda över följsamheten till avtalet. Avtal för 2018 har skrivits.

6.7 Intern samverkan för en god och säker vård

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

Teammöten har genomförts på SÄBO i olika utsträckning i de olika verksamheterna under året. Teamet, 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.

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

6.8 Samverkan med externa HVB samt LSS- hem

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

6.9 Samverkan med patienter och närstående

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

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

6.10 Samverkan med medborgare i övrigt

Verksamheten ska ha ett öppet förhållningssätt genom att:
- ha lätt tillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida
- medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer etc.

KA

7. Riskanalys

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

7.1 Analys och bedömning av risker under 2017

Personalsituationen
Bedömning av risker under 2017 handlade om risker i personalsituationen dvs. svårighet att få tag i personal, att få tag i personal med rätt kompetens såväl för legitimerad personal som omvårdnads-personal.

Bedömning av risker för sjuksköterskor:

- brist på grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med distrikt, demens eller äldre specialistutbildning kan innebära att optimal vård uteblir
- vid brist på sjuksköterskor, dvs. då ersättare saknas av någon anledning finns risk för att optimal vård uteblir till behövande patienter
- svårigheter för sjuksköterskor att optimalt kunna utföra och följa upp delegeringar till omvårdnadspersonal

Bedömning av risker för omvårdnadspersonal:

- brist på tillgång av omvårdnadspersonal som har gymnasiekompetens inom vård- och omsorg
- vikarierande omvårdnadspersonal saknar ofta utbildning inom vård- och omsorg vilket innebär saknad av yrkesspråket vilket kan leda till svårighet att analysera och bedöma sitt eget arbete, att kunna medverka till insatser av god kvalitet samt svårigheter att bedöma situationer/händelser där annan kompetens än den egna behövs
- vikarierande omvårdnadspersonal kan sakna kunskap och förmåga att kommunicera med närstående, att kommunicera med olika personer ut olika yrkesgrupper, hur sättet att kommunicera anpassas till olika situationer, till olika individers förutsättningar och behov samt förmåga att förstå, läsa och skriva svenska
- svårighet för Rehabenheten att ordinera/delegera insatser då personal saknar utbildning. Konsekvens innebär att Rehabpersonal får utföra insatserna själva eller att insatsen uteblir.

Bedömning av personaladministrativa:

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

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

Analys och bedömning: Ovan beskrivna risker bedöms inte ha påverkat patientsäkerheten under 2017 efter analys av registrerade avvikelser.

8. Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

KA RG

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.

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

9. Synpunkter och klagomål

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

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

10. Sammanställning och analys

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

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

Inriktning 2018

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

11. Samverkan med patienter och närstående

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

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

KA MG

12. Resultat

12.1 Strukturmått

Tredje året med det nya verksamhetssystemet VIVA är avklarat. Att arbeta i ett nytt verksamhetssystem blev mycket mer krävande än tänkt och under 2017 har kunskapen och färdigheten om alla funktioner i verksamhetssystemet börjat kännas mer bekväma. Nya rutiner och tankesätt har krävts under resans gång vilket har krävt mycket av användarna i alla verksamheter. Rutiner har reviderats, nya arbetssätt har införts, allt efter det att behov uppstått. Justeringar och ändringar har utförts på inställningarna i verksamhetssystemet vilket fortfarande pågår men dock i mindre omfattning. Arbetet med att använda verksamhetssystemet går framåt.

Överenskommelser har reviderats med Folktandvården Herrljunga och Apoteket Stjärnan Herrljunga för att förenkla och underlätta samarbetet.

All baspersonal har haft utbildning/genomgång av dokumentation i verksamhetssystemet VIVA.

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

Rehabenheten har utbildat personal inom verksamheten äldreomsorg och LSS samt utbildat sommar vikarier i förflyttningsteknik.

Rehabenheten har utbildats i hemrehabilitering, rehabiliteringsplan, hjälpmedel uppföljning under året.

Fysioterapeuter har deltagit i utbildningar:
Under året har Rehabenheten höjt kompetensen genom att använda surfplatta i verksamhet som att ta bilder, visa instruktionsfilmer m.m. samt för kommunikation och kognitiv träning.

Legitimerad personal har haft strokeutbildning

Andra utbildningar som har genomförts ute i verksamheterna eller en del av verksamheterna är:

- baspersonal har haft inkontinensutbildningar
- baspersonal har utbildats till hygienombud av Vårdhygien SÄS
- baspersonal har haft utbildning i munhälsa av Folktandvården Herrljunga
- baspersonal och sjuksköterskor har genomfört/genomför webbutbildning "Allmän palliativ vård"
- baspersonal och sjuksköterskor har utbildats till administratör BPSD
- sjuksköterskor har utbildats till hygiensjuksköterska med särskilt hygienansvar av Vårdhygien SÄS

12.2 Resultat och processmått

12.2.1 Förebyggande arbete - Senior alert

Vårdprevention och utfall för Herrljunga kommun och alla enheter för hela 2017:

	Unika personer	Vårdprevention: Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Herrljunga kommun	143	93% → 195 av 209	79% ↑ 154 av 195	86% ↑ 168 av 195	52% ↓ 73 av 140
Björkhagen	12	100% ↑ 21 av 21	100% → 21 av 21	100% → 21 av 21	17% ↓ 2 av 12
Ekhagen	9	92% ↑ 12 av 13	92% ↓ 11 av 12	100% → 12 av 12	50% ↓ 4 av 8
Enehagen	12	100% → 18 av 18	83% ↓ 15 av 18	100% ↑ 18 av 18	28% ↓ 5 av 18
Furuhagen korttidsenhet	5	100% → 6 av 6	100% ↑ 6 av 6	100% ↑ 6 av 6	43% ↑ 3 av 7
Hemgården Äldreboende	33	92% ↑ 48 av 52	73% ↑ 35 av 48	100% ↑ 48 av 48	76% ↑ 25 av 33
Hemgårdens demensboende	27	92% ↓ 35 av 38	80% ↑ 28 av 35	69% ↓ 24 av 35	73% ↑ 22 av 30
Herrljunga Hemvård	28	89% ↓ 32 av 36	78% ↑ 25 av 32	81% ↓ 26 av 32	27% ↓ 6 av 22
Herrljunga Ljung hemvård	17	89% ↓ 16 av 18	50% ↑ 8 av 16	44% ↑ 7 av 16	67% ↑ 4 av 6
Ringvägen Gruppboende	4	100% ↑ 7 av 7	71% ↑ 5 av 7	86% ↑ 6 av 7	50% ↑ 2 av 4
Målvärden			75 - 100 %	75 - 100 %	75 - 100 %
			25 - 74 %	25 - 74 %	25 - 74 %
			0 - 24 %	0 - 24 %	0 - 24 %

Förklaring

Unika personer: Antal unika personer som har fått minst en riskbedömning.

Alla summor baseras på urvalsperioden

↓ Minskning jämfört föregående period
↑ Ökning jämfört föregående period
→ Ingen skillnad jämfört föregående period

Riskbedömningar med risk
Täljare: Antal riskbedömningar med risk
Nämnare: Antal riskbedömningar

Bakomliggande orsaker vid risk
Täljare: Antal med minst en angiven bakomliggande orsak per riskområde med risk
Nämnare: Antal riskbedömningar med risk.

Åtgärdsplan vid risk
Täljare: Minst en angiven åtgärd per riskområde med risk.
Nämnare: Antal riskbedömningar med risk

Utförda åtgärder vid risk
Täljare: Antal uppföljningar med minst en utförd åtgärd per riskområde med risk.
Nämnare: Antal riskbedömningar (som hör till samma process som uppföljningen ovan oavsett urvalsperioden) med risk för minst ett riskområde.

Vårdprevention genom riskbedömningar Senior alert:

Riskbedömningar Senior alert	2016	2017
Antal gjorda riskbedömningar	206	209
Antal gjorda riskbedömningar med risk	191	195

Källa: Senior Alert 2014 - 2017

Vårdprevention genom åtgärdsplaner/utförda åtgärder vid risk Senior alert:

	2016	2017
Åtgärdsplaner vid risk	64 %	86 %
Utförda åtgärder vid risk	55 %	52 %

Källa: Senior Alert 2014 – 2017

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

Under 2017 registrerades 42 stycken BPSD skattningar med åtgärder. Under 2016 registrerades 81 stycken BPSD skattningar med åtgärder.

12.2.3 Undvikbar slutenvård per diagnosgrupp

Begreppet undvikbar slutenvård avser slutenvårdstillfällen inom ett antal specifika diagnoser, vilka anses möjliga att förebygga om åtgärder vidtas i ett tidigt skede. Diagnosgrupperna ska i första hand kunna skötas av primärvården utan behöv av slutenvården. Resultatet för 2017 är samma som för 2016 vilket är färre än 10 poster.

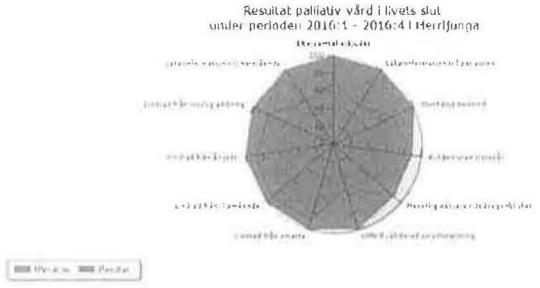
12.2.4 Munhälsa

Under 2017 har 79 personal deltagit i munhälsoutbildningar genomförda av Folktandvården Herrljunga. År 2016 deltog 66 personal.

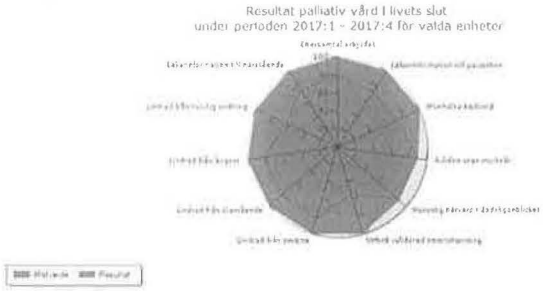
12.2.5 Palliativa registret

Kommunens samtliga enheter i vård och omsorg registrerar i palliativa registret för palliativ vård i livets slut.

Mätperiod 2016:1 – 2016:4:



Mätperiod 2017:1 – 2017:4:

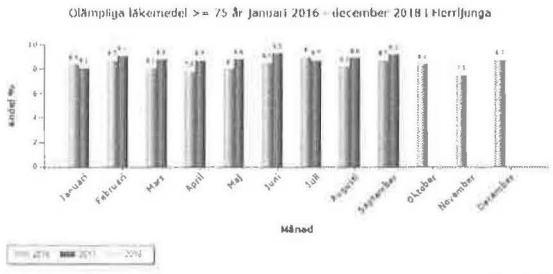


Mätperiod 2017:1 – 2017:4. Finns det inget rött i spindeldiagrammet har samtliga 11 kvalitetsindikatorers målvärden nåtts. Från föregående mätperiod har förbättring skett i 5 och försämring i 5 av 11 kvalitetsindikatorer. Fortsatt fokus under 2018 är nödvändig inom alla kvalitetsindikatorer där "röda områden" finns i spindeldiagrammet ovan.

12.2.6 Läkemedel

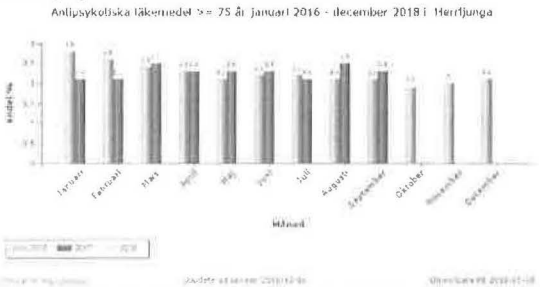
Receptbelagda läkemedel som förskrivs och också hämtas ut på apotek rapporteras fortlöpande till Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Den 15:e varje månad görs det datauttag som ligger till grund för dessa rapporter. För att tillräckligt många expedieringar skall ha hunnit rapporteras in så omfattar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

Olämpliga läkemedel 75 år.



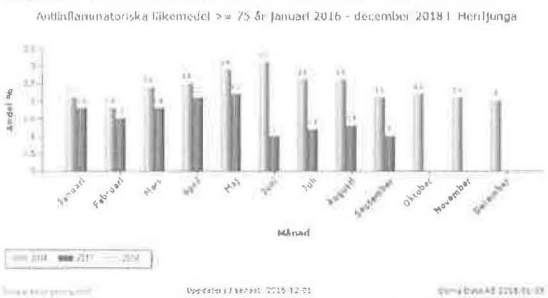
Exempel på de vanligaste läkemedlen (substanser) som generellt bedöms som olämpliga för personer 75 år eller äldre är Tramadol, Propiomazin, Hydroxicin, Amitryptilin, Diazepam, Tolterodin, Solifenacin, Flunitrazepam och Nitrazepam. Aktuell månad jämförs med samma månad föregående år.

Antipsykotiska läkemedel 75 år via dos:



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

Antiinflammatoriska läkemedel 75 år:



Resultat från de tre läkemedelsdiagrammen visar på ökad förskrivning av olämpliga läkemedel och antipsykotiska läkemedel i Herrljunga kommun under 2017. I siffrorna ingår även personer som inte är inskrivna i Herrljunga hemsjukvård.

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

12.2.7 Hygien

Mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts inom kommunens äldreomsorg och LSS med två mätningar under 2017. Herrljunga kommun deltog för fjärde året i rad i den nationella punktprevalensmätningen (PPM) som genomförs årligen varje vår av SKL sedan år 2010.

Nedan visas Herrljunga kommuns resultat för mätningar genomförda under vår och höst för åren 2016 och 2017 samt resultat nationellt (Riket) för våren 2017. Röda siffror visar där Herrljunga kommun har lägre procenttal än genomsnitt i Riket från mätning våren 2017.

Område steg 1-8	2016 vår % korrekt	2016 höst % korrekt	2017 vår % korrekt	2017 höst % korrekt	2017 vår Riket % korrekt
1 Andel desinfektion före patientnära arbete	75 %	68,9 %	72,4%	75 %	**65 %**
2 Andel desinfektion efter patientnära arbete	100 %	97,7 %	99 %	97,2 %	**91,5 %**
3 Andel med korrekt användning av handskar	100 %	98,5 %	99 %	100 %	**94,5 %**
4 Andel använt plastförkläde patientnära arbete	100 %	89,6 %	88,8 %	88,8 %	**83,1 %**
Andel med korrekta basala hygienrutiner steg 1-4	75 %	68,1 %	66,3 %	72 %	**56,2 %**
5 Andel korrekt arbetsdräkt	100 %	94 %	100 %	97,2 %	**90,4 %**
6 Andel med kort eller uppsatt hår	100 %	100 %	99 %	98,6 %	**97,4 %**
7 Andel fria från ringar, klockor armband, bandage och stödskenor	82 %	95,5 %	95,9 %	95,8 %	**91,4 %**
8 Andel naglar – korta, fria från nagellack och konstgjort material	81 %	97 %	98 %	97,2 %	**94,1 %**
Andel med korrekta klädregler steg 5-8	75 %	90,4 %	93,9 %	96,8 %	**80 %**
Andel med korrekta basala hygienrutiner och klädregler steg 1-8	50 %	67,4 %	66,3 %	72 %	**48,2 %**

Länk till: SKL och resultat från mätning Basala hygienrutiner och klädregler våren 2017 för kommuner

12.2.8 Svenska HALT

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

Resultat för 2017 visar att antalet vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO är 2 patienter (2 %) samt att 3 patienter (3 %) hade profylaktisk antibiotikabehandling vid mättillfället. Resultat mätning 2015 och 2016 visar för Herrljungas del att inga bekräftade vårdrelaterade infektioner

KA RG

fanns som har förvärvats på Särskilt boende/LSS boende samt inga terapeutiska eller profylaktiska antibiotikabehandlingar förekom.

För alla patienter som ingår i HALT-mätningen samlas även information in om riskfaktorer. Nedan redovisas mätning av riskfaktorer för vårdrelaterade infektioner under 2015 till 2017 samt jämförelsetal med riket för 2017.

Riskfaktor	2015 Herrljunga n=73	2016 Herrljunga n=89	2017 Herrljunga n=81	**2017 Riket** n=24847
Urinkateter	1,4 %	5,6 %	7,4 %	9,2 %
Kärlkatater	0 %	0 %	0 %	0,3 %
Trycksår	4,1 %	3,4 %	1,2 %	4,3 %
Andra sår	4,1 %	2,2 %	3,7 %	9,1 %
Kirurgiskt ingrepp de senaste 30 dagarna	2,7 %	4,5 %	2,5 %	2,1 %

För alla patienter som ingår i HALT-mätningen samlas även information in avseende vårdtyngds-indikatorer. Nedan redovisas fördelning av vårdtyngsindikatorer i kommunen under 2015 och 2017 samt jämförelsetal med riket 2017:

Vårdtyngdsindikator	2015 Herrljunga n=73	2016 Herrljunga n=89	2017 Herrljunga n=81	**2017 Riket** n=24847
Desorienterad (i tid och rum)	71,2 %	58,4 %	69,1 %	63,6 %
Inkontinenet	71,2 %	76,4 %	69,1 %	60,9 %
Sängliggande/rullstolsbunden	49,3 %	48,3 %	48,1 %	39,9 %

12.2.9 Öppna jämförelser

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

Länk till: Öppna Jämförelser, Äldre om Särskilt boende 2017

Observera att det är brukare som svarat mycket lätt eller ganska lätt som redovisas.	2016 Herrljunga	2017 Herrljunga	**2017 Riket**
Hur svårt eller lätt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?	77 %	85 %	76 %
Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?	57 %	70 %	57 %
Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med personalen på ditt äldreboende vid behov?	79 %	83 %	84 %

Källa: Öppna Jämförelser, Äldre om SÄBO 2017

12.2.10 Rehabilitering

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

12.2.11 Nationell patientöversikt (NPÖ)

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

Användare/nya användare: Användare (legitimerad personal) individer som varit inne i NPÖ dvs. tagit del av patientens journal hos andra vårdgivare. Ny användare (legitimerad personal) som under året är nya med att använda sig av NPÖ.
Patienter: Patienter som användare/nya användare sökt information på med hjälp av NPÖ.
Sökningar: Antal sökningar som användare/ny användare sökt information på med hjälp av NPÖ. Denna siffra är högre än antal patienter eftersom användare/ny användare kan ha sökt information på patient vid flera tillfällen.

Användning av NPÖ under 2015 – 2017:

NPÖ	Användare/nya användare	Patienter
2016	19/19	83
2017	33/17	169

Antal sökningar, patienter och användare/ny användare per månad under 2017:

Månad 2017	jan	febr	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec
Antal sökningar	126	100	128	114	118	144	82	156	152	90	62	60
Patienter	31	24	31	29	26	34	22	35	35	24	26	17
Användare/ Ny använd.	11	12	16	14	15	12	12	14	14	13	12	7

12.2.12 Avvikelser Fall

Avvikelser fall registreras i avvikelsesystemet i VIVA enligt rutin. Flera personer faller upprepade gånger och registreras varje gång. Sjuksköterskan analyserar, bedömer och vidtar vid behov akuta åtgärder. Användning av Senior Alerts register innebär att patientsäkerhetsrisker med fall identifieras, åtgärdas och följs upp på Teammöten.

Antal registrerade fall 2012 – 2017:

År	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antal registrerade fall	548	499	495	685	528	690

- Antal registrerade fall har under året ökat med 162 fall (30,7 %) jämfört med 2016.
- Under året har 17 patienter registrerats för 10 - 49 fall (totalt 247 fall). Under 2016 registrerades 8 (åtta) patienter för 10 - 30 fall (totalt 139 fall). Under 2015 var motsvarande siffror att 10 patienter registrerats för 10 – 36 fall (totalt 334 fall).
- Antal patienter som registrerats för fall underåret var 168 stycken jämfört med 167 stycken under 2016. Det innebär att patient faller mer än en gång. Antal fall delat med antal patienter som faller visar det att patient faller i snitt 4.1 gång under 2017. Motsvarande siffra för 2015 var 4.63 gånger och för 2016 3.16 gånger.
- Aktivitet vid fall/fallhändelsen under året: förflyttning in/utomhus 47 %, låg/satt i säng 20 %., toalettbesök 17 % och resterande % övriga aktiviteter. Motsvarande siffra för 2016 var: förflyttning in/utomhus 39 %, toalettbesök 23 %, låg/satt i säng 19 % och resterande % övrigt.
- Tänkbara orsaker till fallet/fallhändelsen under året: tappade balansen 61 %, förvirring 13 %, glömt gånghjälpmedel 12 %, snubblade 11 % och resterande % övriga orsaker. Motsvarande siffra för 2016 var: tappade balansen 57 %, förvirring 12 %, snubblade 12 %, glömt gånghjälpmedel 8 % och resterande % övrigt.
- Platsför fall/fallhändelsen: sovrum 50 %, kök/matsal 17 %, toalett 13 %, korridor/hall 11 % och resterande % övriga platser. Motsvarande siffra för 2016 var: sovrum 46 %, toalett 15 %, kök/matsal 15 %, korridor/hall 11 % och resterande % övrigt.

KA RG

Nedan visas tabell med antal registrerade fall 2015 - 2017, områdesvis med dess enheter.

Område	Enhet	2015	2016	2017
Hagen	Enehagen	61	33	85
	Björkhagen	22	31	38
	Ekhagen	23	17	20
Korttidsboende	Furuhagen	25	46	33
Hemgården	A1	24	30	23
	A2	26	27	41
	C1	32	8	25
	C2	6	15	17
	D1	45	4	10
	D2	26	9	17
Herrljunga	Hemsjukvård tätort	106	71	107
	Hemsjukvård landsbygd	116	96	76
Ljung	Hemsjukvård Ljung	162	125	176
LSS	Hemsjukvård LSS	9	11	16
Psykiatri	Hemsjukvård psykiatri	1	4	4
Dagträffen		1	1	1
Boendestöd		-	-	1
SUMMA		**685**	**528**	**690**

I tabell nedan redovisas frakturer och sårskada för år 2015, 2016 och 2017.

SKADOR	2015	2016	2017
Fraktur	19 (2,8 %)	10 (1,9 %)	12 (1,7 %)
Sårskada	67 (9,8 %)	60 (11,4 %)	67 (9,7 %)

- Konsekvens av fallen är vanligtvis ingen skada. Under 2017 var konsekvensen av fallolyckan fraktur vilket drabbade 12 patienter jämfört med 2016 då 10 patienter drabbades.
- Frakturer: Bäcken/lår 6 st., knä/underben 1 st., hand/handled 3 st. och axel/överarm 2 st.

Åtgärder vidtags av omvårdnadspersonal direkt vid fall/fallhändelsen. Förutom omedelbar omhändertagande kontaktas sjuksköterska i 51 % av fallen (349 av 690 fall).

Tidsperiod	2015	2016	2017
Kontakt med SSK	26 %	40 %	51 %

12.2.13 Avvikelser läkemedel

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

Antal registrerade läkemedelsavvikelser har under 2017 ökat med 80 stycken (18,6, %) jämfört med 2016.

Antal registrerade läkemedelsavvikelser år 2013-2017:

År	2013	2014	2015	2016	2017
Antal registrerade avvikelser läkemedel	365	324	548	430	510

Nedan visas tabell med antal registrerade avvikelser läkemedel år 2015 till 2017, områdesvis med dess enheter:

	Enhet	2015	2016	2017
Hagen	Enehagen	6	7	9
	Björkhagen	13	11	15
	Ekhagen	7	9	17
Korttidsboende	Furuhagen	28	29	20
Hemgården	A1	19	24	32
	A2	25	17	17
	C1	9	12	20
	C2	9	15	32
	D1	13	8	15
	D2	21	19	23
Herrljunga hemsjukvård	tätort	105	64	55
Herrljunga hemsjukvård	landsbygd	83	58	57
Ljung hemsjukvård		140	120	167
LSS		2	12	14
Psykiatri		19	21	15
Personlig assistans		0	2	1
Boendestöd		0	2	1
SUMMA		**500**	**430**	**510**

Avglömd dos är den största orsaker till varför patienten inte får sin ordinerade läkemedelsbehandling vid ordinerad/utsatt tid. Nedan visas avglömd dos som orsak till läkemedelsavvikelse för år 2015 till 2017:

	2015	2016	2017
	Avglömd dos	Avglömd dos	Avglömd dos
Hagen	17	14	26
Korttidsboende	19	14	6
Hemgården	59	66	91
Herrljunga tätort	71	36	34
Herrljunga landsbygd	40	33	36
Ljung	82	74	94
LSS	2	7	6
Psykiatri	14	11	8
Personlig assistans	0	1	1
Boendestöd	0	1	1
SUMMA = % glömd dos	**304/500 = 61 %**	**257/430 = 60 %**	**303/510= 59,4 %**

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

Tidsperiod	2015	2016	2017
Signerad - ej given dos	19/500 = **4 %**	26/430 = **6 %**	33/510=**6,5 %**
Fel iordningsställd dos av SSK	24/500 = **5 %**	17/430 = **4 %**	21/510=**4,1 %**
Icke ordinerad dos given	19/500 = **4 %**	12/430 = **3 %**	28/510=**5,5 %**
Fel iordningsställt av dosleverantör	7/500 = **1,4 %**	3/430 = **> 0.01 %**	6/510=**1,2 %**

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

Typ av läkemedel	2015	2016	2017
Smärtstillande	105/500 = **21 %**	61/430 = **14 %**	**68/510 = 13,3 %**
Blodförtunnande	45/500 = **9 %**	30/430 = **7 %**	**38/510 = 7,5 %**
Insulin	31/500 = **6 %**	23/430 = **5 %**	**20/510 = 4,9 %**

12.2.14 Avvikelser övriga Hälso- och sjukvårdsavvikelser (ej fall, läkemedel eller vårdsamverkan)

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

Tidsperiod	2015	2016	2017
Hälso- och sjukvård	50	167	262
Medicintekniska produkter	13	7	2
Informationshantering internt	9	17	24
Summa:	**72**	**191**	**288**

Hälso- och sjukvård (ej medicin teknisk produkt eller informationshantering internt)
Under 2017 var 224 st. av 262 st. avvikelser registrerade där beställd insats av träning inte registrerats som utförd på signeringslista dvs. 85,5 % utav registrerade avvikelser HSL. Motsvarande under 2016 var 130 st. av 167 st. registrerade avvikelser dvs. 77,8 %. Slumpvis utvalda avvikelser, 20 st. under andra halvåret 2017 visar att varje avvikelse innehöll i snitt 16 st. träningstillfällen per månad som saknade signering på signeringslista.

Tabell nedan visar avvikelser utebliven träningsansats per enhet för 1:a och 2:a halvåret 2017 samt hela 2017.

Enhet	2017 1/1-30/6	2017 1/7-31/12	2017
Ljung hemtjänst	75/111 = 68 %	68/113 = 60 %	143/224 = 64 %
Hemgården	18/111 = 16 %	13/113 = 12 %	31/224 = 14 %
Herrljunga tätort	12/111 = 11 %	12/113 = 11 %	24/224 = 11 %
Herrljunga landsbygd	4/111 = 4 %	13/113 = 12 %	17/224 = 8 %
Korttidsavdelning	2/111 = 2 %	6/113 = 5 %	8/224 = 4 %
LSS	-	1/113= 1 %	1/224 = 0,4 %

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

Medicinsk teknisk produkt
Under 2017 har en (1) avvikelser medicin tekniska produkter registrerats.

Informationshantering internt
Avvikelser rörande informationshantering internt har rapporterats i 24 st. avvikelser under 2017. Det handlar om brister i intern kommunikation/information/dokumentation av patient samt brister angående signeringslistor.

12.2.15 Synpunkter och Klagomål

Inga synpunkter och klagomål har inkommit under 2017 av Hälso- och sjukvårdskaraktär

12.2.16 Delegering

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

År	2016	2017
Antal **personal** som delegerats arbetsuppgift av sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut	420	407
Ansvarig delegering - sjuksköterska	388	390
Ansvarig delegering – arbetsterapeut/fysioterapeut	32	17

Tabell: Antal delegerade personal samt antal delegeringar

En personal kan delegerats flera olika arbetsuppgifter i samma delegeringsbeslut samt att en personal kan ha delegerade arbetsuppgifter både av sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut.

13.2.17 Lex Maria

Under 2017 har en (1) händelser inträffat vilka lett till anmälan Lex Maria.

12.2.18 Medicinteknisk avvikelse

Under 2017 har inga anmälningar gjorts till Läkemedelsverket, tillverkaren samt till IVO som information angående medicinteknisk avvikelse.

12.2.19 Avvikelser Närvårdssamverkan Södra Älvsborg

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

Vårdgivare	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Närhälsan	0	0	2	1
Alingsås lasarett	13	7	4	16
Södra Älvsborgs Sjukhus Borås	6	5	6	12
Sahlgrenska Universitets Sjukhus	2	0	1	2

Tabell: Antal avvikelser till annan vårdgivare från Herrljunga kommun

Herrljunga kommun har erhållit tre (3) avvikelser i Närvårdssamverkan från Alingsås lasarett där vi brustit.

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

13. Sammanfattning inriktning 2018

Område och inriktning under 2018	Ansvarig	Följs upp
4.1 Senior alert • Att utveckla arbetssättet teammöten inom SÄBO och LSS samt arbetssättet med MiniTeam inom Hemsjukvård i ordinärt boende (kvarstår från 2016, 2017) • Att utbilda all omvårdnadspersonal i ROAG – riskbedömning av munhälsa (kvarstår från 2017) • Att fortsätta implementera Senior Alerts femte område; blåsdysfunktion inom SÄBO/LSS (ny 2018)	EC	PSB 2018
4.2 Svenska Palliativ registret • Att sjuksköterskor ökar antal åtgärder/bedömningar/skattningar i palliativ vård samt dokumentera i journal (kvarstår från 2017) • Att personal fortsätter att genomföra webutbildning "Allmän palliativ vård" (kvarstår från 2017) • Att efter genomförd webbutbildningen ha möten professioner emellan för diskussion kring hur allmän palliativ vård ska implementeras inom egen verksamhet för att nå optimalt resultat för patient och närstående (ny 2018)	EC	PSB 2018
4.3 Svensk register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) • Att öka antal registreringar i BPSD-registret (kvarstår från 2016, 2017)	EC	PSB 2018
4.4 Nutrition • Att fortsätta arbetet med att ofrivillig nattfasta inte är längre än 11 timmar (kvarstår från 2016, 2017) • Att kartlägga hur lång nattfastan är för brukare inom kommunens SÄBO enheter (ny 2018)	EC	PSB 2018
4.5 Avvikelsehantering • Att MAS, SAS och enhetschefer har fortsatt gemensam uppföljning av avvikelser (kvarstår från 2016, 2017) • Att enhetschef analyserar och diskuterar därefter tillsammans med sin personal fram lämpliga åtgärder på arbetsplatsträffar. Syftet med detta är att säkra verksamhetens kvalitet t.ex. genom att ständigt förbättra processer och rutiner (kvarstår från 2016, 2017)	EC och MAS	PSB 2018
4.7 Läkemedelshantering • Att patienter på SÄBO, kortidsenhet erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet "LÄR UT" vid inflyttning samt därefter minst en gång per år och/eller om behov uppstår (kvarstår från 2017) • Att patienter inskrivna i hemsjukvård ordinärt boende erhåller läkemedelsgenomgångar enligt konceptet "LÄR UT" vid inskrivning samt därefter då behov uppstår (kvarstår från 2017) • Att sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård genomgår "LÄR UT" utbildning om äldre och läkemedel (kvarstår från 2017)	EC och MAS	PSB 2018

4.8 Dokumentation • Att fortsätta arbetet med samstämmighet i dokumentation internt med kodning av International Klassificering Funktion (ICF) och Klassificering av Vård Åtgärder (KVÅ) (kvarstår från 2017) • Att genomföra granskning av legitimerad personals dokumentation av patientjournal inom kommunens hälso- och sjukvård med fokus på omvårdnadsplaner, anamnes och statusuppdatering (ny 2018)	MAS	PSB 2018
4.9 Nationell patient översikt (NPÖ) • Att öka användandet av NPÖ för att säkerställa patientens vård vid vårdens övergångar mellan vårdgivare (kvarstår 2016, 2017)	EC	PSB 2018
4.10 Munhälsa • Att omvårdnadspersonal inom kommunens samtliga enheter fortsätter att delta i Folktandvården Herrljungas munhälsoutbildning som erbjuds (kvarstår från 2016, 2017) • Att utbilda all omvårdnadspersonal i ROAG – riskbedömning av munhälsa enligt senior alert (se 4.1 kvarstår från 2017)	EC	PSB 2018
4.12 Rehabilitering Rehab enheten • Att genomföra regelbunden förflyttningsutbildning för anställd personal, nyanställda personal samt för vikarier genom fastställd utbildningsplan (ny från 2018) • Att instruera personal i manuella förflyttningar, personlyft och lyftsele (kvarstår från 2016, 2017) • Att utveckla hjälpmedelsplan i VIVA (kvarstår från 2017)	EC	PSB 2018
4.13 Hygien • Att delta i SKL:s nationella årliga mätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler • Att genomföra årliga egen mätningar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler • Att delta i Folkhälsomyndighetens årliga mätning HALT av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende	MAS	PSB 2018
4.14 Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgift • Att fortsätta revidera/utveckla delegerings/utbildningsmaterial inom delegerande områden • Att fortsätta utveckla/säkerställa rutin delegering läkemedel genom webbutbildning "Jobba säkert med läkemedel" och läkemedel "Ge insulin" samt den praktiska utbildningen med sjuksköterska	MAS	PSB 2018
6.10 Samverkan med medborgare i övrigt Att ha lätt tillgänglig information via telefon, besök och kommunens hemsida Att medverka vid information till brukarorganisationer, pensionärsorganisationer etc.	MAS	PSB 2018
10. Sammanställning och analys Att på ledningsnivå fortsätta att diskutera och åtgärda trender och mönster som indikerar brister i kvalitén Att möjligheten finns för enhetschefer att ta med omvårdnadspersonal till kvalitetsmöte med MAS och SAS (kvarstår från 2017)	MAS	PSB 2018

Bilaga 1, SN § 40/2018-03-27

DIARIENUMMER:	SN-2016-101
FASTSTÄLLD:	-
VERSION:	2
SENAS T REVIDERAD:	-
GILTIG TILL:	Tillsvidare
DOKUMENTANSVAR:	Verksamhetschef Myndighet

Riktlinje

Placering av ensamkommande barn som fyller 18 år eller migrationsverket skriver upp åldern

Beslutsinstans: Socialnämnden
Gäller för: Socialförvaltningen

HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Bakgrund

Utifrån att Migrationsverket beslut om ändrad ålder inte binder andra myndigheter uppstår frågeställningar kring hur kommunens verksamheter ska förhålla sig till besluten när det gäller insatser som tillhandahålls ensamkommande barn genom kommunens försorg. Det kan röra sig om beslut om åldersuppskrivning under verkets handläggning, eller i samband med beslut i frågan om uppehållstillstånd. För att förtydliga för medarbetare vilka riktlinjer Herrljunga kommun har i frågan så har följande framtagits.

Förfrågan om åldersbestämning av ensamkommande

Vid förfrågan från migrationsverket om åldersbestämning av ungdom så ska det endast lämnas av socialsekreterare efter samråd med 1:e socialsekreterare eller verksamhetschef. Svaret ska enbart bygga på fakta. Exempelvis ett uppvisat pass eller annat dokument. Finns inte relevant fakta så har socialtjänsten ingen information att bistå med.

Placering av ensamkommande barn som fyller 18 år eller migrationsverket skriver upp åldern

A. Ensamkommande som är asylsökande och fyller 18 år

Om det inte finns omfattande vårdbehov med en påtaglig risk för den unge att skada sin fysiska och psykiska hälsa (motsvarande LVU-förhållande) avslutas insatsen och den ensamkommande flyttar till en förläggning som drivs av Migrationsverket.
Den ensamkommande betraktas som vuxen.

B. Ensamkommande som har permanent uppehållstillstånd eller tillfälligt uppehållstillstånd och fyller 18 år

Individ- och familjeomsorgen har ett fortsatt ansvar för den unge. Behovet av vård ses över och ställningstagande bör göras inför att den ensamkommande fyller 18 år om det är aktuellt att flytta vidare i boendekedjan till utslussningslägenhet med stöd eller egen lägenhet. De unga som bor i familjehem bor i de flesta fall kvar i sitt familjehem till dess de är redo att flytta till mer självständiga boendeformer.

C. Beslut om ändrad ålder under migrationsverkets handläggning

Åldern kan skrivas upp under tiden Migrationsverket handlägger asylärendet för den ensamkommande. Här bör den ensamkommande hanteras enligt den ålder som migrationsverket har beslutat om tills dess annat beslut meddelas. Om inte uppenbara skäl finns att ej godta migrationsverkets bedömning. Beslut om detta fattas i samråd 1:e socialsekreterare eller verksamhetschef.
God man uppdraget avslutas efter de rutiner som ÖFM, överförmyndaren, har.
I frågan om fortsatt boende hanteras den enligt punkt A.

Övergångsregel: Ensamkommande ungdom som blivit uppskriven i ålder, är myndig enligt Migrationsverkets bedömning och har ett beslut om placering på HVB eller i familjehem, får bo kvar tills beslutet ska omprövas alternativt övervägas.

Rutin för personal på HVB hem vid familjehemsförfrågan

Personal på kommunens HVB-hem får inte vara familjehem för personer som bor i kommunens HVB-hem. Beslut som redan fattats påverkas inte.

Röstningsbilaga, SN § 40/2018-03-27	Tjänstgörande	§ 40/2018 Om förvaltningens förslag till ny Riktlinje för placering av ensamkommande som fyller 18 år eller om migrationsverket skriver upp åldern		
		JA	NEJ	Avstår
Lennart Ottosson (KV), ordf.	X	x		
Andreas Johansson (M), vice ordf.	X	x		
Pia Bondesson (C)	X	x		
Ragnar Emanuelsson (C)	X	x		
Kerstin Zetterberg (KD)	X	x		
Inger Gustavsson (L)	X		x	
Anette Rundström (S)	X		x	
Magnus Fredriksen (S)	X		x	
Armina Dzananovic (S)				
Carina Fredriksen (S)				
Auli Karnehed (SD)				
Margareta Yngvesson (C)				
Åke Henningsson (KD)	X	x		
Börje Aronsson (KV)				
Helene Sandqvist Benjaminsson (L)				
Magnus Lennartsson (M)				
Gudrun Gustavsson (M)				
Kjell Johansson (MP)	X		x	
Cecilia Domeier (S)				
Kitty Andersson (S)	X		x	
Lilian Fritzby (SD)				
Summa		**6**	**5**	**0**

KG