



Socialnämnden

Socialnämnden

kallas härmed till sammanträde **onsdagen den 26 februari 2020 kl. 09:00 i Sessionssalen, Nämndhuset.**

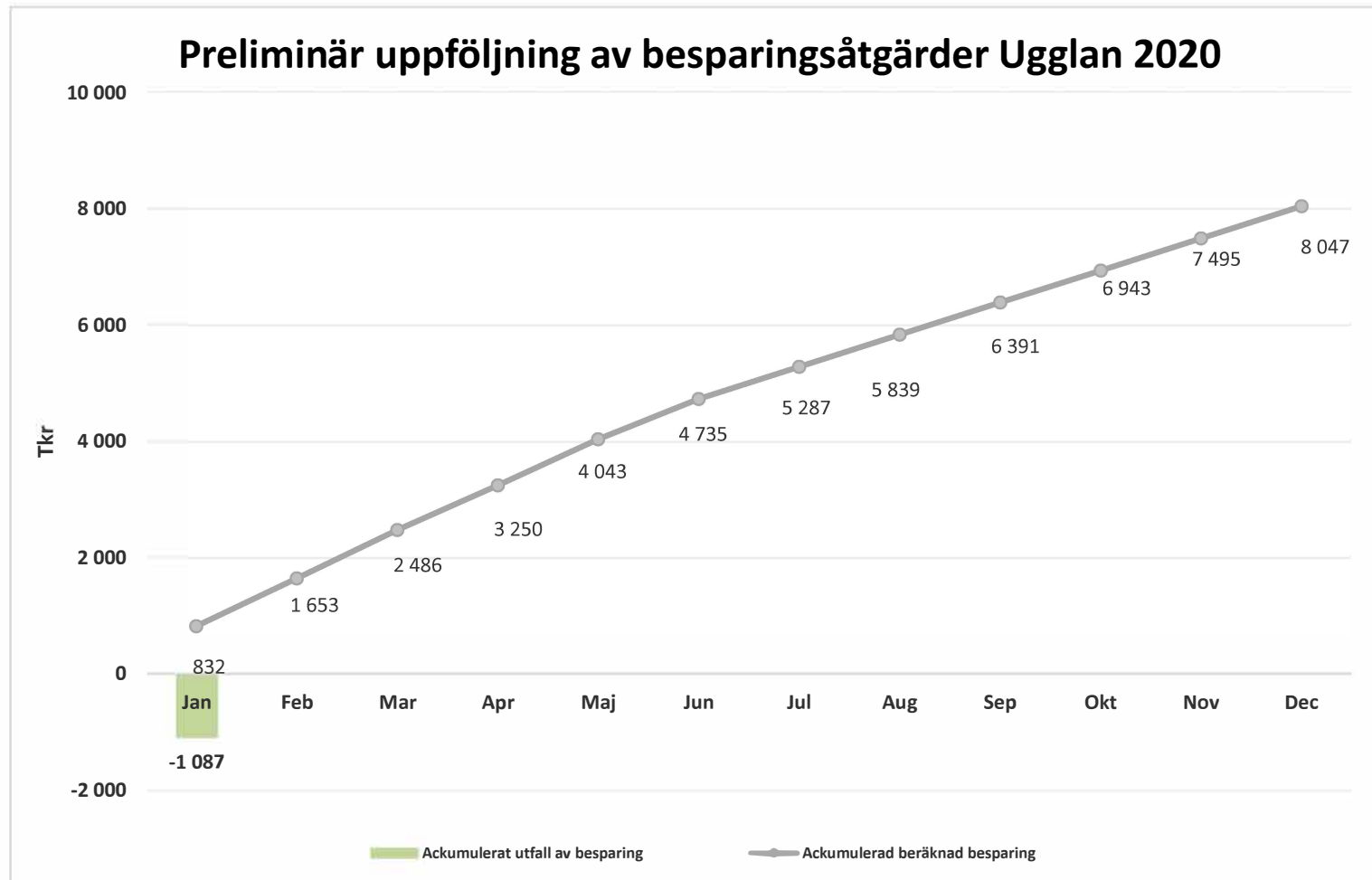
Hålltider för sammanträdet

09.00 – 09.20	Budgetinformation 2020, Mats Collin, Fredrik Bergman Gullmark
09.20 – 10.20	Revisionsrapport – Grundläggande granskning, Mats Collin
09.20 – 10.20	Remissvar – Tillgänglighetspolicy, Mats Collin
09.20 – 10.20	Samordning av tillsyn och tillståndsgivning av alkoholservering och livsmedelskontroll, Mats Collin
09.20 – 10.20	Internkontrollplan 2020, Mats Collin
10.20 – 10.40	Patientsäkerhetsberättelse 2019, Birgitta Nilsson
10.40 – 11.00	Översyn av insatsen individstöd med förslag om nytt syfte och mål, Maria Hellström
11.00 – 11.30	Information om hot och hat, Anna-Karin Hasselborg
11.30 – 12.00	Information från förvaltningen, Mats Collin, Eva Nordin Silén, Maria Hellström, Fredrik Mattsson
15.00 – 16.00	Beslutsmöte

Föredragningslista

1. Val av justerare och tid för justering
2. Fastställande av föredragningslista
3. Budgetinformation 2020
4. Revisionsrapport - Grundläggande granskning
5. Remissvar - Tillgänglighetspolicy
6. Samordning av tillsyn och tillståndsgivning av alkoholservering och livsmedelskontroll
7. Internkontrollplan 2020
8. Patientsäkerhetsberättelse 2019
9. Översyn av insatsen individstöd med förslag om nytt syfte och mål
10. Planering Socialnämnden 2020
11. Anmälan av delegationsbeslut 2020
12. Anmälan av protokoll
13. Skrivelser, meddelanden, beslut
14. Information om hot och hat
15. Information från förvaltningen
16. Information från ordförande
17. Eventuellt tillkommande ärende

Krister Mc Carthy
ordförande



Verksamhetsåret 2020	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Summa
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

Summa

Uppföljning av åtgärder

Successiv avveckling av Ugglan

[illegible]

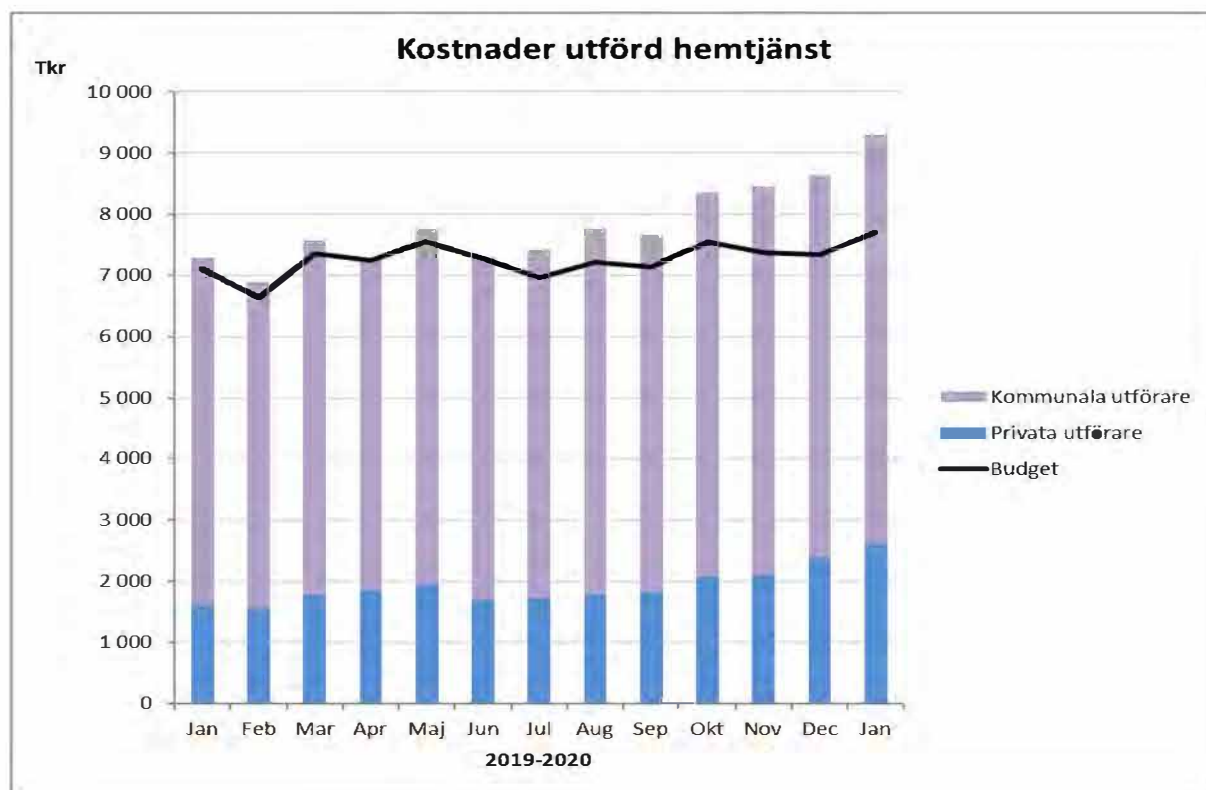
Verksamhetsövergång genomförd enligt plan 2019-02-15. Totalt är 32 av 51 lägenheter avvecklade. Den genomsnittliga utförda hemtjänsttiden per brukare och dag i januari har ökat.

[illegible]

Socialnämndens uppföljning volymökningar januari 2020

Siffrorna för januari är preliminära.

Hemtjänstpeng



Diagrammet visar kostnader för utförda hemtjänsttimmar under verksamheten Hemtjänstpeng, vilket är det samma som utdelad ersättning till kommunala och privata utförare.

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan
Antal brukare	587	585	578	574	577	576	579	576	581	576	579	590	601
varav kommunala	475	473	469	458	462	467	469	467	468	464	467	472	481
varav privata	112	113	109	116	115	109	110	109	113	112	112	118	120

Antal brukare med beslut om hemtjänst i ordinärt boende, exklusive brukare med enbart larm, insatser enligt HSL (Hälsö- och sjukvårdslagen) och/eller matdistribution. Rullande 13 månader.

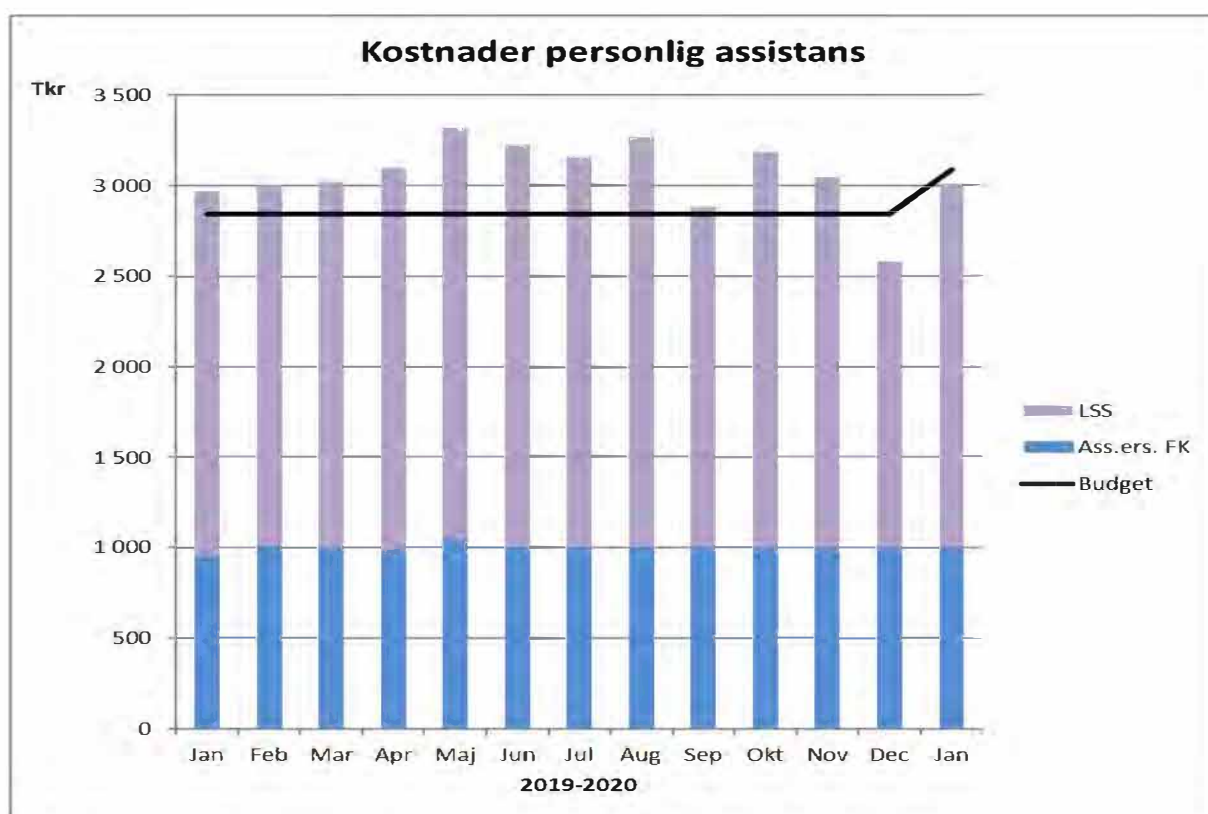
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan
Utförda tim/dag	585	611	606	597	613	604	594	619	632	665	700	689	732
varav kommunala	461	481	474	453	473	471	463	484	490	510	535	508	535
varav privata	124	130	132	144	140	133	131	135	142	155	165	181	197

Rullande 13 månader.

Mnkr	Dec 2019	Jan
Ack. resultat	-4,5	-1,5

I resultatet ingår intäkter för omsorgsavgifter, momskompensation samt intäkter och kostnader för matdistribution.

Personlig assistans



Diagrammet visar kostnader till Försäkringskassan (FK) där kommunen betalar för de 20 första timmarna i veckan som utförs (Ass.ers. FK) samt till assistansanordnare där kommunen står för hela kostnaden (LSS, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Beslut från Försäkringskassan som gäller retroaktivt påverkar periodiseringen av enskilda månader.

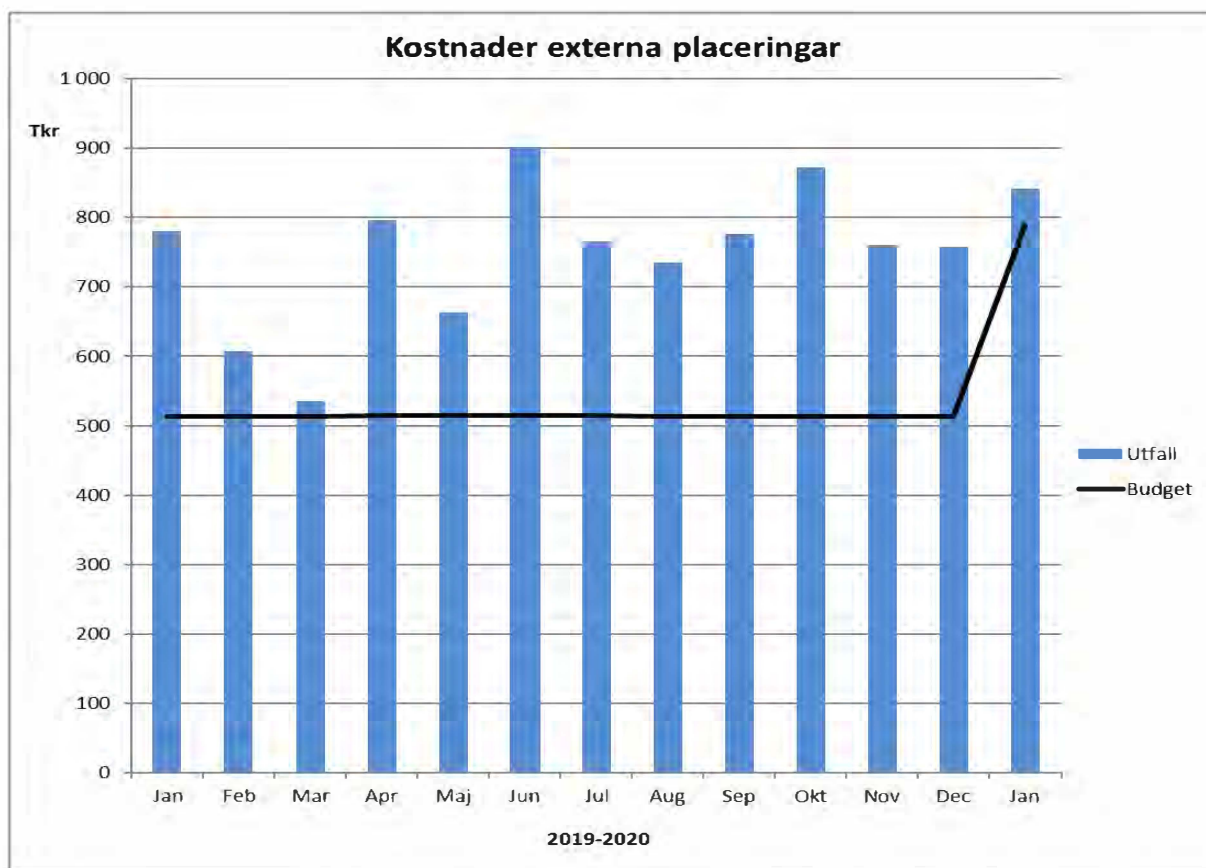
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan
Antal brukare LSS	19	20	20	20	20	20	20	20	19	20	17	17	16

Rullande 13 månader.

Mnkr	Dec 2019	Jan
Ack. resultat	-1,3	0

I resultatet ingår bidragsintäkter från Migrationsverket.

Externa placeringar Omsorg om funktionshindrade



Diagrammet visar kostnader för externa placeringar inom Omsorg om Funktionshindrade. Periodiseringsavvikelser mellan enskilda månader förekommer.

Ext. placerade	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan
Antal brukare	10	9	9	11	11	12	13	12	12	13	13	13	13

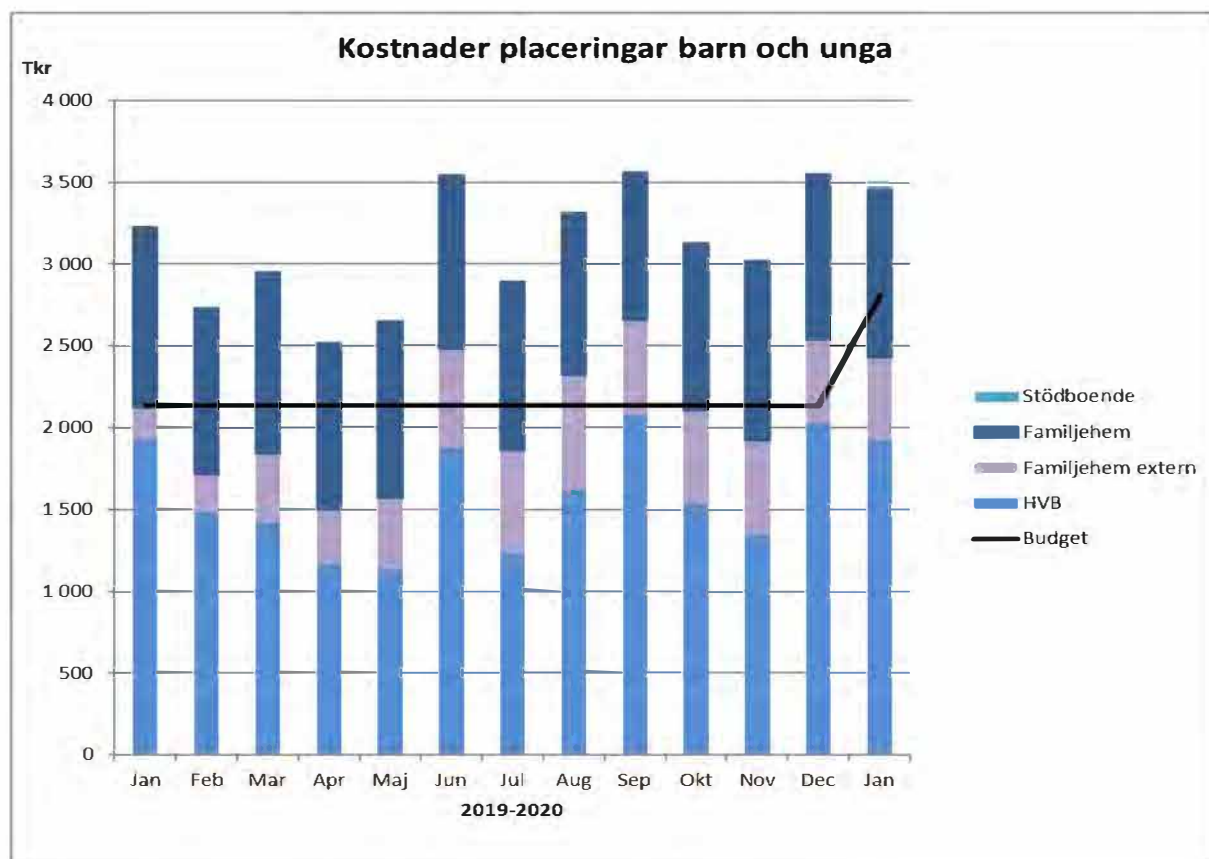
Ej verkställda beslut	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan
Antal brukare	7	6	6	5	3	4	3	2	3	3	4	5	6

Boendebeslut som överstigit tre månader

Mnkr	Dec 2019	Jan
Ack. resultat	-1,9	-0,2

I resultatet ingår intäkter för avgifter, statsbidrag och momskompensation.

Placeringar IFO Barn- och familjeenheten



Diagrammet visar kostnader för externa placeringar inom Barn- och familjeenheten. Periodiseringsavvikelser mellan enskilda månader förekommer. Familjehem extern avser konsulentstödda familjehem. HVB betyder hem för vård eller boende.

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan
Antal brukare	66	64	63	62	60	62	60	65	67	64	70	72	60
varav Fam.	38	40	41	41	41	38	37	37	38	37	44	45	40
varav Fam. extern	6	7	6	6	6	10	11	10	10	9	9	8	8
varav HVB	22	17	16	15	13	14	12	18	19	18	17	18	11
varav Stödboende												1	1

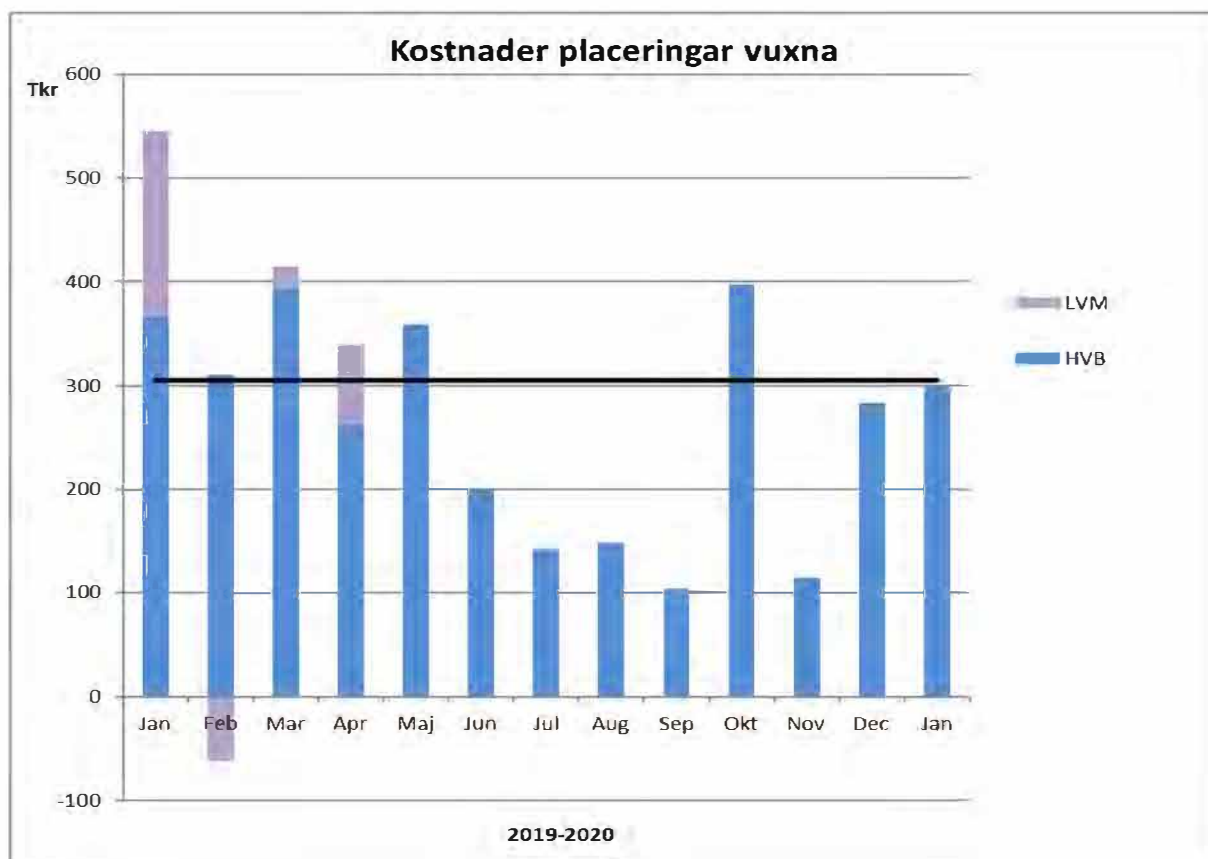
Rullande 13 månader.

	Jan
Antal dygn	1 850
varav Fam	1 230
varav Fam. extern	248
varav HVB	341
varav Stödboende	31

Mnkr	Dec 2019	Jan
Ack. resultat	-8,3	-0,8

I resultatet ingår bidragsintäkter från Migrationsverket och momskompensation.

Placeringar IFO Vuxenenheten



Diagrammet visar kostnader för externa placeringar inom Vuxenenheten. Periodiseringsavvikelser mellan enskilda månader förekommer. HVB betyder hem för vård eller boende och LVM betyder lagen om vård av missbrukare.

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan
Antal brukare	8	7	7	7	6	5	3	4	4	5	3	4	6
varav HVB	7	6	6	6	6	5	3	4	4	5	3	4	5
varav LVM	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

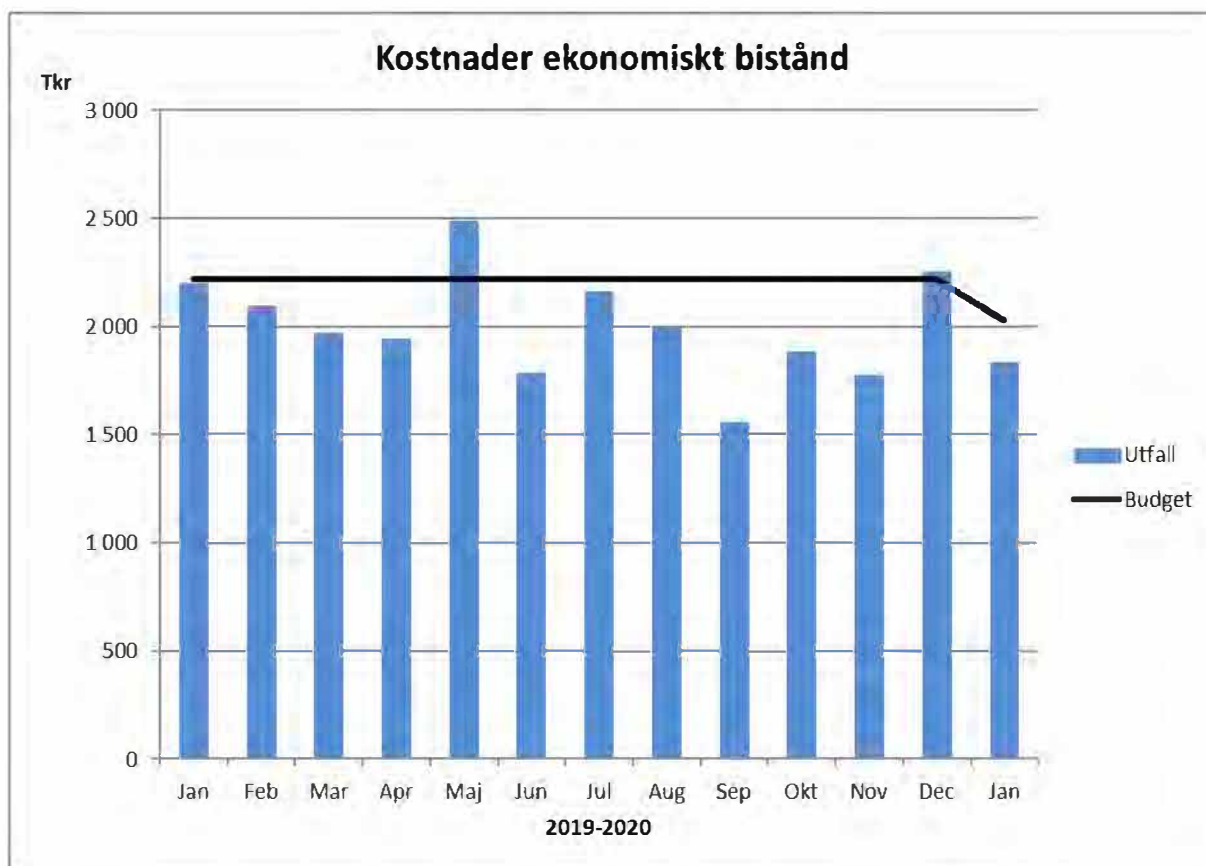
Rullande 13 månader.

	Jan
Antal dygn	171
varav HVB	142
varav LVM	29

Mnkr	Dec 2019	Jan
Ack. resultat	0,4	0

I resultatet ingår intäkter för momskompensation.

Försörjningsstöd



Diagrammet visar kostnader för utbetalt ekonomiskt bistånd.

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan
Antal hushåll	308	294	281	283	315	269	293	273	233	255	254	290	256

Ett hushåll kan innehålla varierande antal personer. Rullande 13 månader.

Mnkr	Dec 2019	Jan
Ack. resultat	5,4	0,4

I resultatet ingår kostnader till Arbetslivsförvaltningen för "Jobsatsningen" samt intäkter från Migrationsverket och Försäkringskassan.



Socialförvaltningen
Mats Collin
mats.kollin@harnosand.se

Socialnämnden

Angående revisionsrapport "Grundläggande granskning"

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslås besluta

att anta förvaltningens yttrande som sitt eget angående revisionsrapporten Grundläggande granskning,

att delge kommunstyrelsen nämndens yttrande avseende behovet av grundläggande politikerutbildning, samt

att översända yttrandet i sin helhet till de förtroendevalda revisorerna.

Beskrivning av ärendet

En granskning har genomförts av KPMG på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna för att bedöma om nämnden har skapa förutsättningar för tillräcklig styrning och kontroll av verksamheten. Granskningen har genomförts genom en enkät till nämnden, genom att revisionen har träffat presidiet och genom dokumentstudier. Rapporten berör områdena utbildning, målstyrning, ekonomistyrning samt uppföljning av intern kontroll. Revisionsrapporten beskriver utförligare tillvägagångssätt och bakgrund till de rekommendationer som lämnats till nämnden.

Revisionen önskar att nämnden lämnar synpunkter på de slutsatser som revisionen redovisat, senast den 27 februari.

Revisionen lämnar följande rekommendationer efter genomförd granskning:

- Att nämnden i samverkan med kommunstyrelsen och övriga nämnder genomför en grundläggande politikerutbildning.
- Att se över styrning och uppföljning mot fullmäktiges mål, samt
- Att se över arbetet med internkontroll.

Förvaltningens synpunkter på revisionens slutsatser.

Nämnden i samverkan med kommunstyrelsen och övriga nämnder genomför en grundläggande politikerutbildning

Förvaltningen instämmer i vikten av att nya ledamöter erbjuds en grundläggande politikerutbildning. Utöver de exempel på innehåll i en utbildning som lyfts fram i revisionsrapporten, bör även tas upp nämndens roll som arbetsgivare och därmed följande arbetsmiljöansvar. En grundläggande politikerutbildning bör vara gemensam för kommunens nämnder, och därmed genomföras under kommunstyrelsens ansvar.

Se över styrning och uppföljning mot kommunfullmäktiges mål

Förvaltningen ser att det behöver göras ett utvecklingsarbete kring mål och uppföljning av mål. De mål som kommunfullmäktige antagit och som har relevans för nämnden skall naturligtvis "brytas ned" och anpassas utifrån vad nämnden ser behöver målsättas för en tillfredställande styrning. De måltal som förvaltningen föreslår skall vara i överensstämmelse med kommunfullmäktiges mål, alternativt finnas redovisat varför förvaltningen anser att ett från fullmäktige avvikande måltal är befogat.

Eventuellt egna mål som nämnden finner befogat att fastställa skall på samma sätt följas upp. Det är också rimligt att målen följs upp några gånger per år, för att nämnden skall ha möjlighet att vidta åtgärder om sådant behov uppstår. Förvaltningen anser att en sådan uppföljning lämpligen kan ske i anslutning till tertial och årsbokslut.

Arbetet med översyn av målen kommer att ske inför framtagande av mål för 2021, för årets mål avses uppföljning ske tertialsvis.

Se över arbetet med internkontroll

Förvaltningen instämmer i att förvaltningens och nämndens arbete med uppföljning av internkontrollen behöver utvecklas. Ett viktigt steg i detta, som nämnden redan efterfrågat, är att genomföra en utbildning kring internkontroll. Nämndens avsikt är att ge ett sådant uppdrag till KPMG, med avsikten att genomföra utbildningen före sommaren.

Förvaltningens arbete med KaMel bör ge stöd till att se vart det inom förvaltningens myndighetsprocesser kan behövas internkontroll. KaMel står för ett arbete med Kvalitetssäkring av myndighetsprocesser enligt lagstiftning.

Mats Collin
Förvaltningschef

Bilaga Revisionsrapport "Grundläggande granskning - Socialnämnden

Härnösands kommuns revisorer

Till
Socialnämnd

För kännedom:
Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

2019-11-21

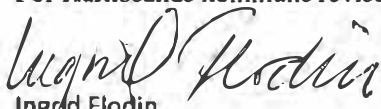
Revisionsrapport "Grundläggande granskning"

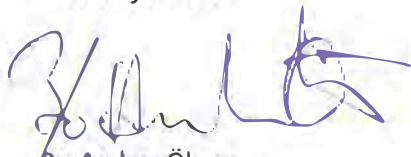
KPMG har på uppdrag av kommunens revisorer genomfört en grundläggande granskning för att bedöma om nämnden har skapat förutsättningar för tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

Revisionen önskar att socialnämnden lämnar synpunkter på de slutsatser som finns redovisade i rapporten senast den 27 februari 2020. Av svaret bör det framgå vilka eventuella åtgärder som ska vidtas och när de beräknas vara genomförda.

Svaret skickas till Lena Medin, KPMG (mailadress lena.medin@kpmg.se) för vidarebefordran till revisorerna.

För Härnösands kommuns revisorer


Ingrid Flodin
Vice ordförande


Bo-Anders Öberg
2:a vice ordförande



Grundläggande granskning - Socialnämnden

Revisionsrapport

Härnösands kommun

KPMG AB

2019-11-21

Antal sidor 8



Härnösands kommun
Grundläggande granskning - Socialnämnden

2019-11-21

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Inledning/bakgrund	3
2.1	Syfte, revisionsfråga och avgränsning	3
2.2	Revisionskriterier	3
2.3	Metod	3
3	Enkät – resultat	4
3.1	Utbildning	4
3.2	Målstyrning	5
3.3	Ekonomistyrning	6
3.4	Uppföljning av intern kontroll	7
4	Risker identifierade av nämnden	8



Härnösands kommun
Grundläggande granskning - Socialnämnden

2019-11-21

1 Sammanfattning

Kommunallagen ger uttryck för att revisorerna årligen ska granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområde.

Grundläggande granskning är den granskning som varje år genomförs avseende styrelse och nämnder. Den grundläggande granskningen är till sin karaktär en löpande insamling av fakta och iakttagelser. Granskningen ska ge underlag för att bedöma styrelsens och nämndernas styrning, uppföljning och kontroll, säkerhet i redovisnings-system och rutiner samt måluppfyllelse, för att kunna uttala sig i ansvarsfrågan.

Lägg in sammanfattande bedömning

Vi rekommenderar socialnämnden:

- att i samverkan med kommunstyrelsen och övriga nämnder genomföra en grundläggande politikerutbildning, se avsnitt 3.1
- att se över styrning och uppföljning mot kommunfullmäktiges mål, avsnitt 3.2
- att se över arbetet med intern kontroll, se avsnitt 3.4.

2 Inledning/bakgrund

Kommunallagen ger uttryck för att revisorerna årligen ska granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområde.

Grundläggande granskning är den granskning som varje år genomförs avseende styrelse och nämnder. Den grundläggande granskningen är till sin karaktär en löpande insamling av fakta och iakttagelser. Granskningen ska ge underlag för att bedöma styrelsens och nämndernas styrning, uppföljning och kontroll, säkerhet i redovisnings-system och rutiner samt måluppfyllelse, för att kunna uttala sig i ansvarsfrågan.

2.1 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Det övergripande syftet med den grundläggande granskningen är att bedöma om styrelse och nämnder har skapat förutsättningar för tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten.

I årets grundläggande granskning har ledamöterna, både ordinarie och ersättare, i styrelse och nämnder fått frågor skickat till sig via en webbenkät. Revisorerna har vid träff med presidiet för respektive styrelse och nämnd ställt kompletterande frågor samt samlat in underlag som styrker svaren i enkäten.

2.2 Revisionskriterier

Vi har bedömt om rutinerna uppfyller

- Kommunallagen 6 kap § 6
- Gällande lagar och rekommendationer
- Tillämpbara interna regelverk och policy

2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Enkät till nämnden
- KPMG har tillsammans med revisionen har träffat presidiet
- Dokumentstudier av underlag erhållits av nämnden och inhämtas från hemsida, bl.a. protokoll, verksamhetsplan, delårsrapport, internkontrollplan.

Rapporten är faktakontrollerad av socialnämndens ordförande och förvaltningschef på socialförvaltningen.

3 Enkät – resultat

Enkäten har skickats till 18 ledamöter och ersättare. Åtta ordinarie ledamöter och fem ersättare har svarat.

3.1 Utbildning

Socialnämnden har enligt uppgift inte erbjudit de förtroendevalda någon grundläggande politikerutbildning. Däremot har ledamöterna fått en grundläggande introduktion gällande deras roll samt en kort introduktion kring relevant lagstiftning.

I oktober månad hade nämnden en informationsdag tillsammans med förvaltningen, dagen innehöll bl.a. verksamhetsbesök, information om olika verksamheter samt information kring ekonomi och aktuell lagstiftning.

Av de svarande anser åtta stycken att de tagit del av ändamålsenlig utbildning. Till svar på frågan huruvida det saknades något i utbildningen har två personer efterfrågat mer utbildning gällande intern kontroll.

3.1.1 Bedömning

Vi ser positivt på att nämnden erbjudit de förtroendevalda utbildning. Däremot anser vi att det är viktigt att nya förtroendevalda ledamöter får ta del av en grundläggande politikerutbildning som bl.a. lyfter nämndens arbete och ansvar samt kommunens styrning och ledning i syfte att underlätta införandefasen i den politiska arenan.

Vi rekommenderar att nämnden i samverkan med kommunstyrelsen och övriga nämnder genomför en grundläggande politikerutbildning.

3.2 Målstyrning

1	Mål och måluppfyllelse	Antal			
		Ja	Nej	Delvis	Vet ej
1.1	Har nämnden/styrelsen fastställt mål som är tydligt kopplade till KF:s mål?	11		2	
1.2	Har nämnden/styrelsen formulerat målen så att de är mätbara	6		7	
1.3	Följer nämnden/styrelsen upp hur målen utvecklas under året? ¹	8	3	1	1
1.4	Har nämnden/styrelsen beslutat om åtgärder vid brister i måluppfyllelsen?	6	1	4	2

Nämnden beslutade den 22 november år 2018² att anta verksamhetsplan för år 2019. Av verksamhetsplanen framgår de kommunövergripande mål som rör nämndens verksamhet samt de tillhörande resultatuppdag och styrtal. Det framgår däremot inte hur nämnden ska gå tillväga för att uppfylla de övergripande målen eller när dessa ska följas upp.

Av verksamhetsplanen framgår även nämndens egna beslutade mål som utförts i syfte att föra organisationen närmare kommunens övergripande målsättningar. Till dessa nio verksamhetsmål följer en beskrivning samt plan för uppföljning gällande kommunikationsverktyget SBAR. Vid jämförelse med de kommunövergripande målen framgår däremot en skillnad vad gäller måltalet avseende minskad sjukfrånvaro. Av de kommunövergripande målen framgår att sjukfrånvaron inte ska överstiga 6,8 % medan det av nämndens egna beslutade verksamhetsmål framgår ett måltal på 7 %.

Vi har tagit del av måluppföljning per 2019-04-30 och 2019-08-31 varav nämnden vid dessa tillfällen följt upp verksamhetsmålet avseende minskad sjukfrånvaro inom Socialförvaltningen. Av måluppföljningen per sista april framgår att sjukfrånvaron har ökat sedan årsskiftet och att det ackumulerade sjuktalet för januari och februari uppgår till 7,47 %. Denna ökning av sjukfrånvaro förklaras bl.a. av en högre arbetsbelastning till följd av en neddragen tjänst och ett antal hel- och deltidssjukskrivna. Av delårsrapporten per sista augusti framgår att sjukfrånvaron har minskat och att nämnden bedömer måltalet på 6,8 % som uppnått.

Vad gäller nämndens övriga 14 verksamhetsmål har ingen måluppföljning skett.

3.2.1 Bedömning

Vi ser positivt på att nämnden beslutat om egna mål i syfte att föra organisationen närmare kommunens övergripande mål, däremot anser vi att nämndens mål bör vara i linje med de övergripande målen. Av exempelvis kommunfullmäktiges mål vad gäller

¹ En ledamot har till fråga 1.3 svarat att nämnden behöver bli bättre på att följa upp hur målen utvecklas.

² 2018-11-22 § 180

sjukfrånvaro framgår ett måltal på 6,8 % medan det av nämndens egna mål framgår ett måltal på 7 %.

Vidare anser vi att det även är viktigt att styra, och därmed följa upp, mot de mål som kommunfullmäktige fastställt i verksamhetsplanen. I och med att merparten av fullmäktiges mål endast följs upp en gång per år saknar nämnden möjligheten att vidta åtgärder under året. Uppföljningen blir således endast en form av efterkontroll.

Vi anser att nämnden regelbundet behöver följa upp att indikatorer och måltal följs samt deras effekt på verksamhetsmålen. Detta för att vid avvikelser kunna fatta beslut om måluppfyllande åtgärder.

Vi rekommenderar därför nämnden att se över styrning och uppföljning mot kommunfullmäktiges mål.

3.3 Ekonomistyrning

2	Ekonomistyrning	Antal			
		Ja	Nej	Delvis	Vet ej
2.1	Har styrelsen/nämnden fastställt en budget i balans?	9	2	2	
2.2	Följer nämnden upp ekonomin och upprättar prognoser tillräckligt under året? ³	13			
2.3	Har nämnden/styrelsen fattat beslut om tillräckliga åtgärder för att uppnå budget? ⁴	5	1	5	2
2.4	Har nämnden/styrelsen redovisat en konsekvensanalys till KF i de fall budget inte anses stå i relation till uppdraget? ⁵	9	1	2	1

Nämnden upprättade den 7 maj år 2018⁶ ett budgetförslag för år 2019. Denna budget kom senare att revideras vid två tillfällen varav den första revideringen genomfördes samband med fastställandet av verksamhetsplan i november 2018⁷. Vid denna revidering presenterades ett åtgärdsprogram motsvarande 13,3 mnkr som innebar att det saknades 3,6 mnkr för budget i balans. Nämndens andra revidering av detaljbudgeten genomfördes 28 mars 2019⁸ och grundade sig på en djupare ekonomisk analys som resulterade i en omfördelning av medel och åtgärder motsvarande 3,6 mnkr för att nå en budget i balans.

Nämnden har följt upp ekonomin per februari, mars, maj och juli. Avseende den ekonomiska uppföljningen per juli redovisar nämnden ett underskott motsvarande 3,8 mnkr som framförallt beskrivs orsakats av högre personalkostnader än budgeterat.

³ Ledamöter har till fråga 2.2 svarat att nämnden följer upp ekonomin månadsvis

⁴ Ledamöter har till fråga 2.3 svarat att mer åtgärder kommer behöva tas i.o.m. ökade kostnader med sommarvikarier.

⁵ En ledamot har till fråga 2.4 svarat att konsekvensanalyser har gjorts för besparingsområden inför 2019.

⁶ 2018-05-07 § 68

⁷ 2018-11-22 § 180

⁸ 2019-03-28 § 56

Socialnämnden har även fått i uppdrag att till kommunstyrelsen månadsvis återrapportera utfall av beslutade besparingar i relation till beräknade besparingar. Av redovisningen per sista juli⁹ framgår en planerad besparad effekt motsvarande 7,5 mnkr varav nämnden uppnår en besparad effekt motsvarande 11,9 mnkr.

Vid tertialrapport 1 per sista april redovisade nämnden en budget i balans. Av delårsrapporten per sista augusti redovisas ett underskott motsvarande 1,5 mnkr och en helårsprognos motsvarande -7,4 mnkr. Detta beskrivs orsakas av bl.a. högre personalkostnader, +6,3 mnkr jämfört med budget.

3.3.1 Bedömning

Vi kan konstatera att nämnden följer upp ekonomin och har upprättat handlingsplaner för en ekonomi i balans vilket vi ser positivt på.

3.4 Uppföljning av intern kontroll

3	Intern kontroll	Antal			
		Ja	Nej	Delvis	Vet ej
3.1	Finns det en fastställd årlig plan för uppföljning av den interna kontrollen?	9	1	3	
3.2	Är nämnden/styrelsen delaktig i risk- och konsekvensanalysen som ligger till grund för planen? ¹⁰	4	3	2	4
3.3	Rapporteras resultat från arbetet med intern kontroll till nämnden/styrelsen	10		2	1
3.4	Fattas beslut eller ges direktiv vid konstaterade avvikelser/brister	8		3	2

Vi har tagit del av nämndens internkontrollplan för år 2019 som beslutades 19 juni 2019¹¹. Till grund för internkontrollplanen som omfattar tre processer ligger en genomförd riskanalys.

Av internkontrollplanen framgår att nämnden kommer kontrollera fem stycken risker, varav tre stycken kontrollmoment bedöms ha högt riskvärde.

Vi har inte tagit del av någon uppföljning för intern kontroll år 2019.

⁹ 2019-08-29 § 147

¹⁰ En ledamot har till fråga 3.2 svarat att nämnden antagit förslag från tjänstemän men inte analyserat eller arbetats igenom av nämnden.

¹¹ 2019-06-19 § 133



Härnösands kommun
Grundläggande granskning - Socialnämnden

2019-11-21

3.4.1 Bedömning

Vi kan konstatera att nämnden har sammanställt en risk- och väsentlighetsanalys för internkontrollplanen, däremot kan vi inte se en tydlig koppling mellan de valda interna kontrollerna och verksamhetens processer.

Vi anser att risk- och väsentlighetsanalysen bör utgå från verksamheternas processer och de kontroller som redan är inarbetade i processernas styrning. Brister eller avsaknad av inarbetade kontroller i processerna som inte är funktionella och effektiva kan därigenom upptäckas och åtgärdas i förebyggande syfte. Uppföljningen av intern kontroll avseende kontrollmoment bör därför vara inriktad på att kontrollera följsamhet till de redan inarbetade kontrollerna i processerna samt identifiera brister i dessa kontroller.

Vi rekommenderar att nämnden ser över arbetet med intern kontroll.

4 Risker identifierade av nämnden

Nämnden har identifierat det ekonomiska läget, kompetens- och resursbrist samt bristande efterlevnad av regelverk som utmaningar. Vidare framkommer även följsamhet av basala hygienrutiner samt bristen av olika boendeplatser såsom familjehem och äldreboende som en risk.

Datum som ovan

KPMG AB

Klara Engström
Kommunal revisor

Lena Medin
Certifierad kommunal revisor

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

**Socialförvaltningen**

Mats Collin

mats.kollin@harnosand.se

Socialnämnden

Remissvar angående Tillgänglighetspolicy**Förslag till beslut**

Socialnämnden föreslås besluta

att anta förvaltningens yttrande som sitt eget angående förslag till Tillgänglighetspolicy i Härnösands kommun.

Beskrivning av ärendet

Härnösands kommun har en tillgänglighetspolicy som beslutades i kommunfullmäktige 2014. Nu finns ett förslag till tillgänglighetspolicy som har gått ut på remiss till samtliga nämnder, handikapporganisationer och Tillgänglighetsrådet.

Förslaget bygger på Myndigheten för delaktighet (MFD) och dess modell för uppföljning av tillgänglighet i myndigheter och kommuner och inriktas mot övergripande målområden. Fördelen med att utgå från MFD är att uppföljningen av tillgängligheten blir jämförbar med andra myndigheter och kommuner och följer samma struktur över tid.

Tre målområden för ökad tillgänglighet anges i förslaget till ny tillgänglighetspolicy. Dessa områden är

- Tillgänglig verksamhet
- Tillgänglig information och kommunikation
- Tillgängliga lokaler

Tillgänglighetspolicyn avses vara ett övergripande styrdokument som ger ett utföransvar till kommunens nämnder. Nämnderna ska verka för att samråd sker med dem som brukar deras tjänster, samt ansvarar för att verka för att policyns mål förverkligas. Uppföljning föreslås ske årligen av nämnderna.

Förvaltningen anser att policyn är rimligt anpassad och möjlig att arbeta efter. Förvaltningen har inga invändningar mot framlagt förslag.

Mats Collin
Förvaltningschef

Bilagor

Förslag till Tillgänglighetspolicy i Härnösands kommun.

Remiss PM

**Arbetslivsförvaltningen**Petra Norberg, 0611-34 85 30
petra.norberg@harnosand.seTill samtliga nämnder och
handikapporganisationer i
Härnösands kommun.

Tillgänglighetspolicy

Innehåll

Härnösands kommun har en tillgänglighetspolicy som beslutades i kommunfullmäktige 2014. Avsikten var att revidera policyn efter revidering av kommunens övergripande mål, vilket ännu inte genomförts. I avsaknad av en policy har nämnder och förvaltningar i sin planering och uppföljning av arbetet i verksamheterna förhållit sig till övergripande konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, Agenda 2030 och nationella mål och inriktning för funktionshinderpolitiken. Kommunens arbete har en avgörande roll i att förverkliga FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och den nationella funktionshinderpolitiken.

Nu finns ett förslag till tillgänglighetspolicy som nu går ut på remiss till samtliga nämnder, handicapporganisationer och Tillgänglighetsrådet.

Det är viktigt att tillgänglighetsperspektivet genomsyrar alla verksamheter i kommunen och de av kommunen upphandlade tjänsterna. Arbetet för ökad tillgänglighet kräver ständiga förbättringar och anpassningar av den fysiska miljön likväl som den digitala.

Förslaget bygger på Myndigheten för delaktighet (MFD) och dess modell för uppföljning av tillgänglighet i myndigheter och kommuner och inriktas mot övergripande målområden. Fördelen med att utgå från MFD är att uppföljningen av tillgängligheten blir jämförbar med andra myndigheter och kommuner och följer samma struktur över tid.

Remissen kring förslag om tillgänglighetspolicy för Härnösands kommun är ställd till nämnderna och handicapporganisationer i Härnösand.

Sista svarsdatum

Sista dag för att lämna remissvar är 2020-02-29

Kontaktperson

Petra Norberg, 0611- 34 85 30

Petra Norberg
tf. kanslichef

Tillgänglighetspolicy i Härnösands kommun

Dokumentnamn	Tillgänglighetspolicy i Härnösands kommun		Dokumenttyp Policy	
Fastställd/upprättad av	Kommunfullmäktige		Datum 2020-XX-XX	Diarienummer [Diariennr]
Dokumentansvarig/processägare	Kommunstyrelseförvaltningen	Version 1	Senast reviderad 2014-05-28	Giltig t o m 2023-12-14
Dokumentinformation	Beskriver kommunens viljeinriktning och mål för god tillgänglighet			
Dokumentet gäller för	Alla nämnder och förvaltningar inom Härnösands kommun			
Annan information	Tillgänglighetspolicy 2020 ersätter i sin helhet tillgänglighetspolicy beslutad 2014-06-16 § 126			



Inledning

Förenta nationernas (FN) konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning utgår från de mänskliga rättigheterna och finns till för att främja, skydda, och säkerställa mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning. Konventionen anger att personer med funktionsnedsättning har rätt att leva ett självständigt liv och delta i samhället på jämlika villkor som alla andra.

I FN:s Agenda 2030 och dess 17 globala mål för hållbar utveckling lyfts funktionshinderperspektivet in i flera mål för hållbar utveckling.

Funktionshindrade lyfts särskilt in som viktiga målgrupper i:

- utformandet av lärmiljöer för inkludering
- arbetet mot ojämlikhet och rättvis fördelning av resurser
- en social, ekonomiskt och politisk inkludering
- anpassning av hållbara transportsystem
- genomdrivandet av en icke-diskriminerande politik.

Nationella mål och inriktning för funktionshinderpolitiken

I november 2017 fattade riksdagen beslut om det nya målet och den nya inriktningen för att genomföra funktionshinderspolitiken.

Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund.

Målet ska bidra till ökad jämställdhet och att barnrättsperspektivet uppmärksammas.

För att nå det nationella målet inriktas arbetet mot fyra områden:

- Principen om universell utformning,
- Befintliga brister i tillgängligheten,
- Individuella stöd och lösningar för individens självständighet
- Förebygga och motverka diskriminering.

De begrepp som används i policyn utgår från begrepp som används i FN:s Agenda 2030, FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, den nationella funktionshinderpolitiken samt Myndigheten för delaktighet.

Funktionshinder uppstår i mötet mellan en person och omgivningen.

Funktionsnedsättning innebär att en person har en fysisk, psykisk, intellektuell eller sensorisk (exempelvis nedsatt syn eller hörsel) nedsättning.

Härnösands kommun målprogram 2020-2023

Kommunens vision **2020 - 2023** är **Härnösand – bygger en hållbar framtid** och anger som sitt gemensamma mål att verka för ett solidariskt samhälle för en hållbar framtid.

Kommunens övergripande mål 2020-2023

1. Attraktivt boende med levande mötesplatser
2. Kreativt företagande med mångsidig arbetsmarknad
3. Ledande miljökommun med aktivt omställningsarbete
4. Kunskapsstaden där alla kan växa
5. Jämställd och solidarisk välfärd av hög kvalitet
6. God service med gott bemötande
7. Framtidens arbetsgivare
8. Välskött och stabil ekonomi

Målområden för ökad tillgänglighet

Genom att verka för att verksamheter, lokaler, information och kommunikation blir mer tillgänglig bidrar kommunen till det funktionshinderpolitiska målet om jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Digital delaktighet och tillgänglighet är en mänsklig rättighet. Alla har lika rätt att få möjligheter att använda digital teknik och digitala tjänster i samhället. Sedan 1 januari 2019 trädde lagen om tillgänglighet till digital offentlig service ikraft. (2018: 1937)

Målområde tillgänglig verksamhet

Härnösands kommun ska särskilt verka för att göra verksamheten tillgänglig för personer med funktionsnedsättning.

- Det sker genom att arbeta systematiskt, strategiskt och strukturerat för ökad tillgänglighet

Målområde tillgänglig information och kommunikation

Härnösands kommun ska särskilt verka för att information och kommunikation är tillgänglig för personer med funktionsnedsättning.

- Det sker genom att utforma såväl extern webbplats, e-tjänster och mobilapplikationer så att personer med funktionsnedsättning kan ta del av dessa vilket även omfattar interna arbetssystem och intranät.

Målområde tillgängliga lokaler

Härnösands kommun ska särskilt verka för att verksamheternas lokaler och vallokaler ska bli mer tillgängliga.

- Det sker genom ett strukturerat och systematiskt arbete för kartläggning, anpassning och uppföljning av lokalernas tillgänglighet.

Ansvar och organisation

Tillgänglighetspolicyn är ett övergripande styrdokument som ger ett utföraransvar till kommunens nämnder och bolagsstyrelser. Nämnderna ska verka för att samråd sker med dem som brukar deras tjänster (KL 8 kap 3§). Nämnderna ska i sin tur ge uppdrag till sina respektive förvaltningar om att förverkliga policyns mål.

Kommunstyrelseförvaltningen har ett övergripande samordningsansvar och svarar för att kartläggningar och uppföljning sker på övergripande nivå.

Uppföljning ska ske varje år på utförarnivå och av nämnderna. Uppföljning på övergripande nivå sker vartannat år, med start 2020.

Datum
2020-02-11Dnr
SOC2019-331
SAM2020-16**Socialförvaltningen**

Mats Collin

Mats.kollin@harnosand.se**Samhällsförvaltningen**

Thomas Jensen

Thomas.jensen@harnosand.seSocialnämnden
Samhällsnämnden

Samordning av tillsyn och tillståndsgivning alkoholservering och livsmedelskontroll

Förslag till beslut

Socialnämnden respektive samhällsnämnden föreslås var för sig besluta

att kommunens hantering av tillstånd och tillsyn över alkoholförsäljning, tobaksförsäljning, detaljhandel med öl samt kontroll av handel med vissa receptfria läkemedel, flyttas från socialnämnden till samhällsnämnden,

att förslå kommunfullmäktige besluta om ändring i nämndernas reglemente i motsvarande grad,

att budget och personal för verksamheten överförs till Samhällsnämnden från Socialnämnden, samt

att förändringen träder i kraft från datum som kommunfullmäktige beslutar

Beskrivning av ärendet

Ärendet avser förslag att flytta ansvaret och verkställigheten från Socialnämnden till Samhällsnämnden i frågor som rör tillstånd och tillsyn för servering av alkoholdrycker, tillstånd och tillsyn för försäljning enligt tobakslagen, tillsyn över detaljhandel med öl samt kontroll enligt lagen om handel med vissa receptfria läkemedel.

Bakgrund

Kommunstyrelsen gav den 5 februari 2019 i uppdrag åt kommundirektören att tillsammans med berörda förvaltningar utreda effektiviseringsmöjligheter i samordning inom tillsyn och tillståndsgivning av alkoholservering och livsmedel. Därefter beslutade dåvarande kommundirektören om att uppdra till förvaltningscheferna vid samhällsförvaltningen och socialförvaltningen att förbereda för en möjlig förändring av ansvar för tillstånd och tillsyn av alkohol, receptfria läkemedel och tobak från socialförvaltningen till samhällsförvaltningen. I förberedelserna skulle ingå sedvanliga risk- och

konsekvensanalyser samt eventuella förhandlingar enligt medbestämmandelagen. Utredningen startade upp i början på hösten 2019, efter att ny förvaltningschef för socialförvaltningen hade tillträtt.

Beslutsunderlag

Under hösten 2019 har en utredning om för och nackdelar med en samordning utretts. Bland annat har en SWOT-analys genomförts med berörda medarbetare.

Berörda förvaltningschefer ser främst följande orsaker till och fördelar med att verksamheten flyttas från Socialnämnden till Samhällsnämnden.

Utifrån ett kundperspektiv ser undertecknade fler fördelar än nackdelar. En fördel är att det ger möjligheter till "En instans" som hanterar frågor som näringsidkare inom restaurangbranschen behöver hålla kontakt med och få beslut från. Det bör vara ett tydligt uppdrag för Samhällsförvaltningen att skapa möjlighet till "En väg in" för berörd målgrupp, som en följd av denna förändring.

Det har under utredningsarbetet förts fram en viss oro att en annan nämnd än socialnämnden skulle ta större hänsyn till "näringspolitik" i stället för alkohollagens utformning som skyddslag. Där bedömer förvaltningscheferna att oavsett nämnd så behöver och kommer myndighetsutövningen att ske utifrån gällande lagstiftning och rättspraxis, oavsett vilken nämnd som fattar beslut.

En ytterligare fördel som undertecknade ser är att förslaget tar bort ensamarbete för alkoholhandläggare, denne får kollegor som också arbetar med myndighetsutövning inom liknande område. Genom att nuvarande handläggare blir en del i en arbetsgrupp skapas förutsättningar för att minska sårbarheten kring handläggning av alkohol och tobak med flera områden. Det skapar även möjlighet att bygga upp backup för handläggning av tillstånd till alkoholservering med mera.

Utförandet av arbetsuppgifter i det dagliga arbetet bedöms inte förändras för alkoholhandläggaren. Närliggande tillstånds och tillsynsverksamheter inom livsmedel kan gemensamt med den överflyttade verksamheten utveckla synen på och behovet av digitalisering av olika processer.

I januari 2020 har en risk och konsekvensanalys upprättats tillsammans med de fackliga organisationerna och MBL förhandling har genomförts den 7 februari.

Förvaltningarnas förslag

Undertecknade förvaltningschefer föreslår att kommunens hantering av tillstånd och tillsyn över alkoholförsäljning, tobaksförsäljning, detaljhandel med öl samt kontroll av handel med vissa receptfria läkemedel, flyttas från Socialnämnden till Samhällsnämnden. Ytterst ska sådant beslut fattas av kommunfullmäktige, eftersom fullmäktige avgör vilka uppgifter som ska ligga på respektive nämnd. Detta beslut bör ske i form av att de berörda nämndernas reglementen justeras i enlighet med föreliggande förslag.

TJÄNSTESKRIVELSE

Härnösands kommun

Datum
2020-02-11

Dnr
SOC2019-331
SAM2020-16

«Enhet»

Budget och personalresurs bör även föras över till samhällsnämnden.
Överföring av budget och ansvar bör ske vid tidpunkt som
kommunfullmäktige finner lämpligt.

Mats Collin
Förvaltningschef
Socialförvaltningen

Thomas Jensen
Förvaltningschef
Samhällsförvaltningen



Socialförvaltningen

Handläggare:

Jörgen Vesterlund

Ingrid Fagerström

Socialnämnden

Internkontrollplan 2020 för Socialnämnden

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslås besluta

att fastställa föreslagen Internkontrollplan för år 2020,

Beskrivning av ärendet

Förvaltningen har tagit fram förslag till Internkontrollplan för 2020. Planen bygger på 2019 års internkontrollplan, med någon justering. Förvaltningen avser att i enlighet med socialnämndens beslut i januari att återkomma med ett utvidgat förslag till internkontrollplan för 2020 under första halvåret.

Mats Collin
Förvaltningschef

Bilaga

Bilaga 1 Reviderad Internkontrollplan 2020



Härnösands
kommun

Socialnämnden

Internkontroll 2020

2020-02-13

Internkontroll 2020

Fas: Internkontroll 2020 Rapportperiod: 2020-12-31 Organisation: Socialnämnd

Innehållsförteckning

Internkontroll 2020.....	1
1 Mål 5 - Jämställd och solidarisk välfärd av hög kvalitet.....	2
1.1 Förhandsbedömning av orosanmälan barn och unga	2
1.1.1 Risk för att regelverk gällande förhandsbedömning av orosanmälan ej efterlevs.....	2
1.2 Delegationsordning	2
1.2.1 Risk att delegationsordningen ej revideras	2
2 Mål 8 - Välskött och stabil ekonomi.....	3
2.1 Betalsätt ekonomiskt bistånd.....	3
2.1.1 Felaktig utbetalning av ekonomiskt bistånd	3
3 Mål 6 - God service med gott bemötande.....	4
3.1 Följsamhet till basala hygienrutiner	4
3.1.1 Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ej efterföljs.. Fel! Bokmärket är inte definierat.	
3.1.2 Webbutbildning i basala hygienrutiner genomförs ej.....	4
3.2 Informationssäkerhet	5
3.2.1 Bristfällig kunskap om informationssäkerhet.....	5
4 Mål 7 - Framtidens arbetsgivare	Fel! Bokmärket är inte definierat.
5 Mål 1 - Attraktivt boende med levande mötesplatser.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.

Om internkontroll

Syftet med internkontroll är att säkerställa att verksamheten bedrivs effektivt och styr mot de mål som kommunfullmäktige bestämt samt att regler och lagar följs.

En bedömning görs av de olika riskområdena på dels Sannolikheten att det ska inträffa och dels konsekvensen om det inträffar. Båda dessa sker på en 4-gradig skala där för sannolikhet 1 motsvarar osannolikt och 4 sannolikt och för konsekvens där 1 motsvarar försumbar och 4 allvarlig.

Om exempelvis sannolikheten för att något skall inträffa bedöms till 2 men konsekvensen om det inträffar bedöms till 4 ger detta riskvärdet 8 genom att multiplicera de två talen med varandra och där tumregeln är att kontroll ska genomföras vid värden högre än 7 och bör genomföras vid värden 3-6.

1 Mål 5 - Jämställd och solidarisk välfärd av hög kvalitet

Härnösands kommun erbjuder välfärdstjänster av hög kvalitet där behoven styr och insatserna ges på lika villkor, oavsett kön, sexuell läggning eller bakgrund. Resurser prioriteras så att alla rätt till utveckling och ett värdigt liv tillgodoses. Kommunens arbete präglas av lyhördhet och respekt för den enskilde. Barnens bästa är i centrum för alla beslut.

1.1 Förhandsbedömning av orosanmälan barn och unga

När en anmälan som rör barn eller unga ska socialnämnden enligt socialtjänstlagen genast göra en bedömning av om barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd. En sådan bedömning ska dokumenteras. Beslut att inleda, eller inte inleda utredning ska om det inte finns synnerliga skäl fattas inom fjorton dagar efter det att anmälan har kommit in. Ett sådant beslut behöver dock inte fattas om det redan pågår en utredning om det barn eller den unge som anmälan avser.

1.1.1 Risk för att regelverk gällande förhandsbedömning av orosanmälan ej efterlevs

Enligt SoL 11 kap 1a § ska ett beslut om att inleda eller inte inleda utredning fattas inom 14 dagar efter det att en anmälan inkommit. Risken är att inte tidsgränsen efterlevs.

Riskvärde

12

Kontroll av registrerade anmälningar

Kontroll av registrerade anmälningar för att se att tidsgränsen hållits.

Ansvarig	Status	Bedömning
Verksamhetsutvecklare		☐

1.2 Delegationsordning

1.2.1 Risk att delegationsordningen ej revideras

Förvaltningschef ansvarar för att hela delegationsordningen går igenom minst en gång per år för att kontrollera om den behöver uppdateras eller revideras. En reviderad upplaga ska sedan redovisas till nämndens sammanträde i maj. Finns inget behov av revidering ska det istället rapporteras i en skrivelse till sammanträdet.

Riskvärde

6

Säkerställa att process och ansvar för revidering finns

Efterlevs avsnittet gällande revidering av delegationsordningen enligt rutinen i "Delegationsordning för Socialnämnden i Härnösands kommun".

Ansvarig	Status	Bedömning
Förvaltningschef		☐

2 Mål 8 - Välskött och stabil ekonomi

I Härnösands kommun används resurser effektivt, ändamålsenligt och med långsiktighet. Uppsatta budgetmål uppnås och kommunens ekonomiska ställning är god. Långsiktiga och rätt genomförda investeringar och upphandlingar ger utveckling på kort och lång sikt. God analys och uppföljning samt respekt för miljömässig och social hållbarhet är en självklarhet.

2.1 Betalsätt ekonomiskt bistånd

2.1.1 Felaktig utbetalning av ekonomiskt bistånd

Ekonomiskt bistånd kan betalas ut med olika betalsätt. I normalfall utbetalas ekonomiskt bistånd till banken kopplat till ett specifikt personnummer. I vissa fall anges kontonummer manuellt av handläggaren.

Riskvärde

9

Sammanställning av utbetalningar som inte är kopplade till personnummer

Utifrån systemets utdata kartlägga omfattningen av de olika betalsätten.

Ansvarig	Status	Bedömning
Controller		

3 Mål 6 - God service med gott bemötande

Gott värdskap, hög tillgänglighet och professionalitet är värden som genomsyrar Härnösands kommun. Ärenden handläggs skyndsamt och med hög kvalitet. Digitaliseringen är det självklara medlet för att utveckla tjänstekvalitet och effektivisera det interna arbetet. Kommunens medarbetare och politiker bemöter alltid människor med vänlighet, tydlighet och effektivitet. Genom samverkan, respekt och lyhördhet byggs det goda samhället.

3.1 Följsamhet till basala hygienrutiner

Fortlöpande följa upp verksamheten och att egenkontroll av system, processer och resultat för vårdhygien genomförs i enlighet med Socialstyrelsens råd. (SOSFS 2015:10)

3.1.1 Vårdhygien genomförs inte enligt Socialstyrelsens råd för basal hygien i vård och omsorg

Riskvärde

6

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner

En sammanställning av självskattningsformulären skickas in till MAS

Ansvarig	Status	Bedömning
MAS		☐

3.1.2 Webbutbildning i basala hygienrutiner genomförs ej

Riskvärde

12

Bristande kunskap i ämnet vilket påverkar patientsäkerheten

Att personal genomfört webbutbildning i basala hygienrutiner. Enhetschef sammanställer rapport på antalet personal som genomfört webbutbildning i basala hygienrutiner. Detta gäller både tillsvidareanställda och vikarier.

Ansvarig	Status	Bedömning
MAS		☐

3.2 Informationssäkerhet

Härnösands kommun bedriver verksamhet som har stor betydelse för skyddsvärden som människors liv och hälsa, samhällets funktionalitet, miljö och egendom. Information är av väsentlig betydelse för denna verksamhet och brister i informationssäkerheten kan få betydande konsekvenser. För att genomföra kommunens uppdrag effektivt behövs därför en enhetlig och säker hantering av information, så att dessa skyddsvärden inte äventyras.

Informationssäkerhet är den samlade effekten av organisatoriska, administrativa och tekniska åtgärder för att skydda information mot de hot den kan utsättas för. Informationssäkerhet handlar förenklat om kommunens förhållande till all den information som hanteras. I många fall hanteras information elektroniskt, men lika ofta utanför den digitala världen.

3.2.1 Bristfällig kunskap om informationssäkerhet

I förvaltningens verksamhetssystem finns risk att obehöriga får tillgång till verksamhetens information vilket kan förorsaka allvarlig negativ påverkan på enskild individs rättigheter eller liv och hälsa, detta i form av att känslig information om medborgarens livsförhållanden röjs.

Riskvärde

12

Säkerställa att riktlinjer gällande instruktioner och regler för användande av systemen finns

Gå igenom befintliga riktlinjer och rutiner en gång under 2020.

Ansvarig	Status	Bedömning
Utvecklare IT		



Birgitta Nilsson

Patientsäkerhetsberättelse 2019

Förslag till beslut

Socialförvaltningen föreslår socialnämnden att besluta

att godkänna Patientsäkerhetsberättelsen som sin egen

Beskrivning av ärendet

Vårdgivaren(Härnösands kommun) ska enligt Patientsäkerhetslagen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Denna ska innehålla hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som utförts för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen visar på en varierande kvalitet inom hälso- och sjukvården och förbättringsarbetet behöver fortgå inom hela förvaltningen. Patientsäkerhetsberättelsen skall hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den och ska tillgodose informationsbehovet för externa intressenter.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse 2019

Mats Collin
Förvaltningschef

Birgitta Nilsson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Bilagor

Bilaga 1 Patientsäkerhetsberättelse 2019

Datum

2020-02-12



Patientsäkerhetsberättelse

Härnösands kommun

År 2019

Datum och ansvarig för innehållet
Härnösand 2020-02-12

Diariennr: 2020-000045

Birgitta Nilsson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Elisabeth Sjölander
Verksamhetschef Hälso- och sjukvård

Innehåll

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE.....	1
Sammanfattning	3
STRUKTUR	4
Övergripande mål och strategier.....	4
Organisation och ansvar.....	4
Samverkan för att förebygga vårdskador	6
Patienters och närståendes delaktighet.....	6
Hälsö- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	6
Klagomål och synpunkter	7
Internkontroll	7
Egenkontroll	7
PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten	7
VISAM-modellen	8
Samordnad Individuell Plan – SIP	8
Förflyttningsutbildning	8
Riskanalys.....	8
Utredning av händelser - vårdskador	8
Informationssäkerhet	9
RESULTAT OCH ANALYS.....	9
Egenkontroll	9
Vårdhygien – Basal hygien	9
Läkemedel.....	10
Läkemedelsgenomgång	10
Nulägesbeskrivning	11
Fall – fallskador	12
Vårdprevention – Senior Alert.....	13
Palliativa registret	14
Vårdrelaterade infektioner	15
BPSD – Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom	16
Avvikelser.....	16
Avvikelser i vårdkedjan	17
Lex Maria.....	17
Klagomål och synpunkter	17
Händelser och vårdskador.....	17
Riskanalys.....	18
Rehabilitering - hjälpmedel.....	18
Medicintekniska produkter	18
Dokumentation	18
Delegering.....	19
Mål och strategier för kommande år 2020.....	19

Sammanfattning

Inom patientsäkerhetsområdet finns många och stora utmaningar. En av de viktigaste strategiska uppgifterna för att klara framtiden är att vi som vårdgivare samverkar med andra vårdgivare som primärvården lokalt i Härnösand samt med slutenvården i regionen.

Resultaten i det vårdpreventiva arbetet med riskbedömningar med stöd av Senior Alert inom områdena trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion har försämrats. Betydligt färre riskbedömningar genomfördes under 2019. Men enheternas förslag till förbättringsarbete är att arbeta fram arbetssätt som stödjer riskbedömningar i en strukturerad form, för att undvika vårdskador. Målet är också att implementera arbetssättet med riskbedömningar i hemtjänst och omsorgen om funktionshindrade.

Basal hygien är ett område där internkontrollen visar på bristande följsamhet inom flera verksamheter. Satsningen för 2020 är utbildning till personalen inom områdena hemtjänst och omsorgen om funktionshindrade med stöd av vårdhygiensjuksköterska.

Under 2020 kommer ett förberedelse arbete att ske inför nytt verksamhetssystem för hela förvaltningen.

Nya uppdaterade rutiner kring läkemedelshantering och delegering skall implementeras under första delen av 2020.

Hur kommer Nära Vård att påverka vårt arbete inom hälso- och sjukvården? Det blir ett viktigt arbete i olika samverkansforum under 2020.

Inledning

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

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

STRUKTUR

Övergripande mål och strategier

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

Övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med hälso- och sjukvården och att en minskning av vårdskador ska ske.

Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ger vårdgivaren ett tydligare ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. En vårdskada är skada, risk för skada eller onödigt lidande. Till exempel kan detta bero på fall, brister i läkemedelshantering hanteringen, trycksår, undernäring eller i övrigt brister i vård och behandling.

Vårdgivaren har ett uttalat ansvar för att utreda händelser och en patient som drabbats ska snarast informeras om vilka åtgärder vårdgivaren tänker vidta för att förhindra att liknande händelse ska inträffa igen. Det organisatoriska ansvaret ska beskrivas och en patientsäkerhetsberättelse ska upprättas varje år. Vårdgivaren ska även underlätta för patienter och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet genom att uppmuntra till inlämnande av synpunkter. Det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhet är fördelat mellan nämnd, förvaltningschef, verksamhetschef hälso- och sjukvård, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), områdeschef/enhetschefer, samt hälso- och sjukvårdspersonal.

Organisation och ansvar

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

Varje medarbetare ska ges förutsättningar att kunna utföra sitt arbete på ett sätt så att en god och säker vård kan ges. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem (SOSFS 2011:9) ska ett väl utvecklat ledningssystem tydliggöra och optimera organisationens interna funktioner. Ledningssystemet ska synliggöra verksamhetens kvalitet samt resultat.

Vårdgivaren ska med stöd av detta planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Patientsäkerhetsberättelsen är en del av ledningssystemet som vårdgivaren ska upprätta senast 1 mars varje år. Av patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår

-
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
 - vilka resultat som har uppnåtts

Socialnämndens ansvar

Socialnämnden ansvarar för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Socialnämnden är som vårdgivare skyldig att bedriva ett systematiskt Patientsäkerhetsarbete, planera, leda och kontrollera verksamheten så att varje patient ska känna sig trygg och säker i sina kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha förutsättningar att arbeta på rätt sätt.

Förvaltningschef

Förvaltningschefen ansvarar för att leda och fördela kvalitetsutvecklingsarbetet i enlighet med nämndens direktiv och gällande författning.

Verksamhetschef, hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 3 kap. 2 §

Verksamhetschefen ska inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

HSL 1 kap. 24§

Ansvarar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - läkemedelshantering,
 - rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och
 - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Enhetschef

Enhetschef ansvarar för att alla medarbetare görs delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet samt att det genomförs och dokumenteras enligt beslutad plan inom det egna ansvarsområdet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur kommunens vård och omsorg samverkar med andra vårdgivare. Samverkan sker med primärvård, specialistvård, specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH), 1177 samt i olika nätverk på länsnivå. Samverkan sker i olika mötesforum och via samverkansdokument.

- Avtal om läkarmedverkan med tillhörande lokala överenskommelser
- Avtal hemsjukvård
- Avtal hygiensjuksköterska
- Avtal medicinteknisk service
- Avtal hjälpmedel mellan kommuner och region Västernorrland
- Riktlinje uppsökande tandvård
- Samverkansrutin mellan region och kommuner vid in- och utskrivning av patienter i sluten hälso- och sjukvård
- Lokal samverkansgrupp för äldre och kroniskt sjuka, LSG
- Länsövergripande MAS och verksamhetschef träffar
- Läkemedelskommitténs Terapigrupp Äldre – MAS är representant

Samverkan i Härnösand mellan kommunens hälso- och sjukvård samt de lokala hälsocentralerna kring utskrivnings från sjukhus och Samordnad Individuell Plan (SIP), har genomförts fyra gånger i tvärprofessionella träffar under 2019. Samverkan i andra frågor lokalt mellan kommun och hälsocentraler har även det genomförts vid fyra tillfällen under 2019.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Samverkan med patient och närstående ska stärkas genom delaktighet i vården. Enligt patientsäkerhetslagen ska patienter och deras närstående bjudas in till vårdens arbete med att förbättra patientsäkerheten. Verksamheten har inte idag någon övergripande strategi för denna samverkan. Ett exempel på samverkan är när en person flyttar in på särskilt boende och en planering genomförs med den enskilde och närstående kring vård och omsorgsbehov, registrering i nationella kvalitetsregister samt samtycke till att inhämta/lämna uppgifter om den enskildes hälsotillstånd. Närstående erbjuds även att delta vid samordnade vårdplaneringar (SIP) om den enskilde ger sitt samtycke.

Vårdgivaren är skyldig att informera en patient som drabbats av eller riskerat att drabbas av en vårdskada. Information ska även ges om vilka åtgärder som vårdgivaren avser vidta för att inte en liknande händelse ska inträffa igen.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Enligt föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är vårdgivaren skyldig att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet samt utreda avvikelser.

Patientsäkerhetslagen beskriver skyldigheten för hälso- och sjukvårdspersonal att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller kunnat medföra skada.

Avvikelse rapporteras i verksamhetssystemets avvikelsemodul. I avvikelserapporten beskrivs vad som hänt, vidtagna åtgärder för att rätta till den situation som uppstått, samt vad som kan genomföras som ytterligare åtgärder exempelvis för att motverka ytterligare liknande händelse.

En samlad analys av avvikelserapporter görs en gång per år av medicinskt ansvarig sjuksköterska och redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Klagomål och synpunkter

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

Klagomål och synpunkter direkt till verksamheten hanteras av ansvarig enhetschef och/eller sjuksköterska om de är av enklare karaktär. De övriga skickas vidare till MAS för utredning. Klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården kan lämnas direkt på kommunens hemsida, dessa diarieförs och utreds av verksamhetschef eller MAS. Resultatet återkopplas till uppgiftslämnaren samt informeras till socialnämnden.

Internkontroll

Följsamhet till Basala hygienrutiner.

Egenkontroll

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

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Basala hygienrutiner och klädregler	4 gånger per år	Protokoll
Hygienrond	1 gång per år	Protokoll
Loggkontroll verksamhetssystem	2 gånger per år	Protokoll
Avvikelse	1 gång per år	Avvikelsesystemet i verksamhetssystemet Treserva
Nulägesmätning läkemedel	1 gång per år	Rapport från läkemedelskommittén
Vårdrelaterade infektioner	1 gång per år	HALT – Senior Alert, särskilt boende

PROCESS - Åtgärder för att öka patientsäkerheten

VISAM-modellen

En likvärdig och strukturerad bedömning av alla patienter utifrån hälsotillstånd.

Utifrån händelser som visade på brister i likvärdig bedömning utifrån hälsotillstånd av sjuksköterskor, samt informationsöverföring till läkarna på hälsocentralerna. Beslutas att alla sjuksköterskor skall utbildas i klinisk bedömning med beslutsstöd. Beslutsstödet är en checklista som ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Under året påbörjades en samverkan med ambulansen för att stödja varandra genom en förbättrad informationsöverföring och ökad förståelse för arbetssätten inom våra olika områden. En ambulansblankett för informationsöverföring vid akut sjukhusresa prövas med bra resultat.

Samordnad Individuell Plan – SIP

När Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sjukhus trädde i kraft 2018 tydliggjordes behovet av samordnad individuell planering (SIP) och arbetssättet finns beskrivet i samverkansrutin mellan kommuner och region i Västernorrland. Under första året samverkade vi vårdgivare i Härnösand med regionen vårdplaneringssköterskor kring rutiner och behovet av utbildning framkom, både praktiskt i Prator och kring arbetssättet med SIP. Många SIP-ar gjordes på sjukhuset vilket inte alltid gynnade den enskilde. Under 2019 genomfördes fyra utbildningstillfällen praktiskt i Prator samt tre utbildningstillfällen kring arbetssättet med SIP. Under året senare del har fler samordnade individuella planeringar genomförts i hemmet.

Förflyttningsutbildning

I omvårdnadsarbetet görs många förflyttningar för att stödja den enskilde i olika situationer. För att personalen i våra verksamheter skall förflytta på ett säkert sätt utifrån ett patientsäkerhets perspektiv men lika viktigt ur ett personalsäkerhets perspektiv. För att säkerställa förflyttningar har under hösten cirka 80 % av all tillsvidareanställd omvårdnadspersonal utbildats i förflyttningsteknik. En utökad utbildning i förflyttning har den personal som är utsedd till att vara förflyttningsombud på sin arbetsplats erhållit. Utbildningen har planerats och genomförts av kommunens egen personal, tre sjukgymnaster/fysioterapeuter och två arbetsterapeuter.

Riskanalys

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

Det finns i kommunen framtagen policy samt mall för risk- och konsekvensanalys. Riskanalys på individnivå sker vid avvikelshantering och vid framtagna handlingsplaner. Den riskanalys som sker på verksamhetsnivå är alltid vid förändringar i verksamheten. Inarbetat arbetssätt att bedöma arbetsmiljörisker och konsekvenser finns. Däremot så behöver vi utveckla riskbedömningar för patientsäkerheten till exempel vid delegering av mer avancerad arbetsuppgift. Att arbeta med riskbedömning är ett teamarbete.

Utredning av händelser - vårdskador

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

Interna utredningar har gjorts av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Händelser som utretts har varit allvarlig fallskada, händelse vid hälso- och sjukvårds insats samt läkemedelshän-

delser.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1§

Uppföljning av loggar i verksamhetssystemet ska säkerställa vårdgivarens pålitlighet gentemot medborgaren, samt ge anställda en trygghet som grundar sig i att man genom loggning kan styrka att åtkomst till information har varit befogad.

Loggkontroll i verksamhetssystem gällande legitimerad personal skall genomföras två gånger per år men har under 2019 genomförts en gång.

Under 2019 tog systemförvaltare fram en tydligare rutin för hantering och beställning av SITHS kort. Dessa kort används för åtkomst till kommunikation-/vårdplaneringssystem (Prator) mellan region och kommuner i Västernorrland. Kortet krävs även för inloggning till Nationell Patientöversikt (NPÖ) samt till Kvalitetsregister.

Informationsöverföring mellan vårdgivare sker även med hjälp av funktionsbrevlåda och fax, vilka säkerställs med rutiner.

RESULTAT OCH ANALYS

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Egenkontroll

Vårdhygien – Basal hygien

Vårdhygien – I alla vårdsituationer ska det, oavsett om det finns en känd smitta eller inte och oberoende av vem som utför vårdarbetet, skapas barriärer mot smittspridning. Basala hygienrutiner måste alltid upprätthållas i alla vård- och omsorgssituationer.

Internkontroll 2019: Följsamhet till Basal hygienrutiner.

Kontrollmoment 1. Självskattning basala hygienrutiner skall genomföras fyra gånger per år inom verksamhetsområdena särskilt boende, hemtjänst samt omsorgen om funktionshindrade enligt mall framtagen av Vårdhygien Region Västernorrland.

Kontrollmoment 2. Genomfört Webbutbildning i Basala Hygienrutiner.

Av 45 enheter inom särskilt boende, hemtjänst (extern och intern) och omsorgen om funktionshindrade (exkluderat daglig verksamhet), har 28 enheter lämnat in svar enligt kontrollmoment 1 och 2. Svarsfrekvens var totalt 62 %. 48 % av dessa är svar från omsorgen om funktionshindrade övriga från särskilda boende samt extern hemtjänst.

På grund av att informationen kring Internkontroll kom ut sent är resultatet från 2019 baserat på sista halvåret.

Under 2019 har inom den kommunala hemtjänsten en rutin med ”hygien lådor” tagits fram. Hygien lådan skall finnas hos brukare som har omvårdnad, i hygien lådan skall allt material som behövs för att upprätthålla basala hygienrutiner finnas tillgängligt.

I den privata hemtjänsten används enligt information ryggsäckar där tillgängligt material skall finnas för att upprätthålla hygienrutinerna.

Analys

Svarsfrekvensen är väldigt låg gällande kontrollmomenten förutom inom funktionshinderområdet där en hög andel enheter lämnat svar samt några särskilda boenden och extern hemtjänst, inget svar från intern hemtjänst. Det finns tydligt beskrivet i rutinerna för basal hygien vilken återkoppling som gäller både till MAS och hygiensjuksköterska på regionen. Rapport skall även ske vid influensa utbrott, magsjuka, multiresistenta bakterier samt den årliga egenkontrollen, det har inte gjorts mer än i enstaka fall.

Förbättringsförslag

Internkontroll, följsamhet till basal hygienrutiner gäller även för 2020. Följsamhetens mål är 100 %. Under 2020 görs en satsning på utbildning till personal inom hemtjänst (intern och extern) och funktionshinder området vid arbetsplatsträffar. Utbildning till sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, enhetschefer och gruppleddare/samordnare inom alla verksamhetsområden kommer att hållas under Mars månad. Dessa utbildningar ansvarar vårdhygiensjuksköterska Region Västernorrland för enligt avtal vårdhygienisk expertis med alla kommuner i Västernorrland.

Läkemedel

Läkemedelshantering ska hålla hög kvalitet och vara säker. Målet är att rätt patient ska få rätt läkemedel vid rätt tidpunkt och på rätt sätt. Läkemedelshantering är en kvalificerad uppgift och kräver goda kunskaper och ett gott omdöme samt att personalen är medveten om sina befogenheter och ansvar. De lokala riktlinjerna och rutiner kring läkemedelshantering skall vara väl kända av all berörd personal.

Under november 2019 genomfördes en extern granskning av akutläkemedelsförråden på särskilda boenden. Några av de brister som påtalades dålig kännedom om lokala rutiner, saknades generella direktiv, narkotikakontrollen inte tillräcklig, nyckelhantering i patientläkemedelsskåp, spårbarhet i nyckelhantering, saknades signaturförklaringslista.

Analys

Lokal rutiner och riktlinjer kring läkemedelshantering har inte varit tillräckligt tydliga och kända inom verksamhetsområdena. Varje moment kring läkemedelshantering som inte utförs på ett korrekt sätt enligt författningar och lokala riktlinjer utgör en patientsäkerhetsrisk. Det finns även risker vid informationsöverföring mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal inom hemsjukvård och hemtjänst kring läkemedelshantering.

Förbättringsförslag

Under inledningen av år 2020 kommer nya och uppdaterade lokala riktlinjer och rutiner kring läkemedelshantering för berörda verksamhetsområden som skall implementeras och bli kända av alla medarbetare. Inom alla områden/enheter/boenden skall det beskrivas i "Lokal arbetsordning" av sjuksköterska och enhetschef hur läkemedelshanteringen går till när det gäller exempelvis leveranser, mottagande av läkemedel, hur signeringslistor distribueras, vad som gäller kring vidbehovsläkemedel och narkotiska preparat.

Läkemedelsgenomgång

Inom särskilt boende så har under 2019 drygt 80% av patienterna erhållit en läkemedelsgenomgång. Det finns ett inarbetat arbetssätt att genomföra dessa sedan många år tillsammans med ansvarig läkare.

Inom Hemsjukvården visar den årliga läkemedelsmätningen att det inte gjorts lika många läkemedelsgenomgångar, men statistiken är osäker. Frågan har ställts till läkemedelskommittén om det går att hämta ut från regionens journalsystem men det är inte möjligt.

Analys

Många äldre har flera läkemedel för olika sjukdomstillstånd. Med stigande ålder ändras kroppens förmåga att tillgodogöra sig läkemedel och blir känsligare för biverkningar. Med ett systematiskt arbetssätt kring läkemedelsgenomgångar kan man uppnå en optimal läkemedelsanvändning.

Förbättringsförslag

Läkemedelsgenomgång dokumenteras i regionens patientjournal men inom kommunen har inte dokumentationen av läkemedelsgenomgångar dokumenterats så strukturerat som det skulle kunna göras. Vi kommer i dokumentationsgruppen för legitimerad personal se över hur vi skall få en bra dokumentation i kommunens patientjournal kring läkemedelsgenomgång.

Angående rutiner kring läkemedelsgenomgång så finns det framtaget av regionen. Diskussion kring rutiner och uppföljning diskuteras vid samverkansmöten med berörda hälsocentraler.

Att genom samverkan med hälsocentralerna öka antalet läkemedelsgenomgångar inom hemsjukvården under 2020.

Nulägesbeskrivning

Läkemedelskommittén i region Västernorrland samarbetar sedan många år med kommunerna i länet för att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre. Genom att räkna läkemedel under en dag per år erhålls värdefull information över utvecklingen inom regionen.

När det gäller stående ordinerade läkemedel så ligger Härnösand kring genomsnittet i länet. Genomsnittet i länet var 7,5 stående läkemedel inom särskilt boende och inom hemsjukvården 7,2.

Andelen vidbehovsläkemedel har minskat inom särskilt boende och hemsjukvård. Däremot har andelen patienter som har NSAID (Icke-steroida antiinflammatoriska medel) som stående läkemedel inom särskilt boende ökat i antal, där ligger vi över genomsnittet i länet. Andelen personer med stående ordination på sömnmedel och neuroleptika inom särskilt boende har minskat något.

Andel stående läkemedel per patient i Härnösand

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
SÄBO	7,7	7,4	7,2	7,0	7,5	7,7
Hemsjukvård	6,9	5,9	6,7	6,7	7,0	7,1

Analys

Genom dessa årliga länsövergripande mätningar så får vi vetskap om hur patienterna läkemedelssituation ser ut samt övergripande jämförelsetal med kommunerna i länet. Ett bra underlag för insatser i läkemedels frågor både kring enskilda personer samt kommunövergripande. Mätningen 2019 visade inte på några alarmerande resultat.

Förbättringsförslag

Vissa resultat i mätningen ger besked om vilken hälsocentral som skriver ut flest sömn-

läkemedel/neuroleptika/oxazepam. Det är ett bra underlag till diskussioner när något avviker extra mycket, att tillsammans med hälsocentralerna gå igenom resultatet i materialet.

Fall – fallskador

År	2015	2016	2017	2018	2019
Fall totalt	635	854	1112	1029	849
Fall SÄBO	281	394	635	596	460
Procent	44 %	46 %	57 %	57 %	54 %

Källa: Verksamhetssystem Treserva

År	2015	2016	2017	2018	2019
Höftfraktur SÄBO	14	13	15	9	7

Källa: Statistik från Rehabteam

Analys

Enligt statistik i Senior Alert sker övervägande av fallolyckorna på kvällstid och nattetid. I Senior Alert fanns registrerat följande skador i samband med fall; sårskada, mjukdelsskada, fraktur höft/lår samt skallskada. Enligt återkoppling från särskilda boenden så varierar det förebyggande arbetssättet kring fall och fallskador. Under 2019 har riskbedömningar genomförts i varierande grad. Det teambaserade arbetssättet ger bäst effekt för den enskilde med olika insatta åtgärder som balansträning, gruppträning, se över möblering i lägenhet, fotbeklädning, rörelselarm/sänglarm samt tillsyn är de vanligaste åtgärderna. Mötesformen för teambaserat arbetssätt är inte optimal på alla särskilda boenden. På några boenden förekommer inga teamträffar i strukturerad form, då är det svårt att få en helhet i det fallförebyggande arbetet.

Antalet registrerade fall har minskat och det kan innebära färre fall men också att inte alla fall har registrerats. Andelen registrerade höftfrakturer enligt tabellen kan vara högre eftersom sjukgymnast eller arbetsterapeut inte alltid får information om fall som ledde till skada. 2015 inträffade 44 % av alla fallolyckor på särskilda boenden, 2019 är det 54 % av de registrerade fallen som registreras på särskilda boenden. En av orsakerna som enheterna pekade på är att de som flyttar in på särskilt boende har en högre ålder och är multisjuka med stora omvårdnadsbehov samt att många har demenssjukdom.

Övriga registrerade fall enligt tabellen är inom omsorgen om funktionshindrade, hemtjänst och hemsjukvård.

Förbättringsförslag

Enheternas förslag till förbättringsarbete är att arbeta mer strukturerat med riskbedömningar med stöd av Senior Alert. Att arbetssätten och mötesformerna skall vara lika på alla enheter inom särskilda boenden. Att det förebyggande arbetet skall vara teambaserat. Att implementera det vårdpreventiva arbetssättet med stöd av Senior Alert inom hemtjänst, hemsjukvård och omsorgen om funktionshindrade.

Vårdprevention – Senior Alert

Vårdprevention innebär att skador i vården ska undvikas och att alla ska kunna garanteras en säker och lika vård. För att uppnå detta ska det förebyggande arbetssättet vara präglad av struktur, systematik och synliggjorda resultat. I den vårdpreventiva processen ingår att göra riskbedömningar och att sätta in åtgärder för personer inom dessa fem områden: trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion. De fem områdena hänger samman. En person som har problem med munhälsa äter mindre, vilket ökar risken för ofrivillig viktninskning med ökad risk för att falla och få trycksår.

2018

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
		97% ↑	85% ↑	91% ↑	64% ↑	41 ↑	107 ↑	232 ↑	92 ↑
		490 av 507	418 av 490	448 av 493	297 av 463	27 personer	personer	58 personer	personer
Härnösands kommun									

2019

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
		94% ↑	88% ↑	90% ↑	47% ↑	19 ↑	73 ↑	69 ↑	67 ↑
		255 av 271	224 av 255	228 av 255	132 av 281	14 personer	personer	19 personer	personer
Härnösands kommun									

Källa: Kvalitetsregistret Senior Alert

Analys

Tabellerna ovan visar på en betydande minskning av antalet riskbedömningar inom särskilda boenden under 2019. Andelen riskbedömningar på särskilda boenden var föregående år 28 %. Att jämföra med 2018 då 47 % av de boende riskbedömdes. Rutinen för det vårdpreventiva arbetet är att riskbedömning skall ske två gånger per år och där emellan sätts åtgärder in vid risk och följs upp. Uteblivna riskbedömningar ökar risken för vårdskador och ett eventuellt försämrat hälsotillstånd för den enskilde som hade kunnat förebyggas.

En bidragande orsak till det försämrade resultatet kan vara att många sjuksköterskor slutade under 2019 och det innebär många nya sjuksköterskor inom särskilda boenden, samt även nya enhetschefer på vissa enheter. Förändringar inom enheter, byten av personal gör att riskbedömningar och uppföljningar blir försenade eller inte genomförs alls.

Förbättringsförslag

Enheternas förslag till förbättringsarbete är att arbeta mer strukturerat med riskbedömningar med stöd av Senior Alert. Att det vårdpreventiva arbetssättet och mötesformerna skall vara lika på alla enheter inom särskilda boenden. Att det förebyggande arbetet skall vara teambaserat. Att implementera det vårdpreventiva arbetssättet med stöd av Senior Alert inom hemtjänst, hemsjukvård och omsorgen om funktionshindrade.

Att 70 % av de som bor på Särskilda boenden skall riskbedöms med stöd av Senior Alert under 2020 och att vårdpreventiva åtgärder är insatta och följs upp.

Att vårdpreventivt teambaserat arbetssätt implementeras inom hemtjänst/hemsjukvård och omsorgen om funktionshindrade. Att 40 % av de inskrivna i hemsjukvården under 2020 erbjuds riskbedömning och där risk finns sätts åtgärder in och följs upp, med stöd av

Senior Alert.

De personer som inte samtycker till registrering i kvalitetsregistret Senior Alert skall riskbedömas på samma sätt och åtgärder sätts in utifrån behov. Dokumentation sker då enbart i hälso- och sjukvårdsjournalen.

Palliativa registret

Antal inrapporterade dödsfall 2019:	57	2018:	78
Särskilt boende:	38	2018:	61
Korttidsenheten:	18	2018:	16
Hem utan stöd:	1	2018:	0
Hem med stöd:	0	2018:	0
Hemsjukvård:	0	2018:	1

Kvalitetsindikatorer	Målvärde %	Resultat 2018 %	Resultat 2019 %	Antal väntade dödsfall 2018	Antal väntade dödsfall 2019
Dokumenterat brytpunktsamtal	98	61,9	68,1	63	47
Ordination inj. stark opioid vid smärtgenombrott	98	98,4	97,9	63	47
Ordination inj. Ångestdämpande vid behov	98	98,4	97,9	63	47
Smärtskattas sista levnadsvecka	100	3,2	8,5	63	47
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsvecka	90	34,9	23,4	63	47
Utan trycksår	90	90,4	89,4	63	47
Mänsklig närvara i dödsögonblicket	90	87,3	74,5	63	47

Källa: Svenska Palliativregistret

Analys

Måloppfyllelsen för kvalitetsindikatorerna vid vård i livets slut varierar. Ordination på smärstillande och ångestdämpande läkemedel är hög samt att avlida utan trycksår. Mänsklig närvaro i dödsögonblicket har sjunkit vilket kan ifrågasättas. Hur görs bedömning av sjuksköterska i samverkan med den enskilde själv, närstående och enhetschef utifrån behovet av mänsklig närvaro i livets slutskede? Vi människor kan ha olika värderingar om vad som är viktigt i livet och också vad som är viktigt den sista tiden. Det vår skyldighet att ta reda på hur patienten vill att slutet ska se ut. Kunskap om hur var och en

vill att slutet ska vara måste införskaffas i ett tidigare skede av vårdtiden, från den enskilde eller närstående.

Munhälsobedömning och smärtskattning är två kvalitetsindikator där resultatet är på en väldigt låg nivå. Att inte få munnen bedömd och en god munvård kan innebära stort lidande för patienten i livets slutskede. Smärta är en subjektiv upplevelse och för att säkerställa en objektiv, korrekt och likvärdig bedömning av professionen så behöver vi använda smärtskattningsinstrument vilket inte görs idag enligt resultatet från palliativregistret även om det ökat några procent ifrån 2018.

Brytpunktsamtal är ett samtal som läkaren har med den enskilde och närstående. Där ser resultatet lite bättre ut för 2019. Viktigt är att det rapporteras av läkaren från slutenvården till primärvård/kommunal vård när brytpunktsamtal har genomförts vid vårdtillfället och vilka behandlingsbegränsningar som är beslutade.

Förbättringsförslag

Att se över arbetssätt och uppdatera rutiner för vård i livets slut utifrån ett tvärprofessionellt perspektiv. Att sätta upp mål inom hemsjukvård och särskilt boende att förbättra resultatet för kvalitetsindikatorerna munhälsobedömning och smärtskattning vid vård i livets slut.

Vårdrelaterade infektioner

Att behandlas med kvarliggande kateter är en stark bidragande orsak till vårdrelaterade infektioner. Vissa år har kommunens särskilda boenden deltagit i en nationell mätning svenska HALT, kring vårdrelaterade infektioner.

En mätning i Härnösand gällande hur många patienter vi har med kvarliggande kateter den 31/12-19. Resultatet är sammanställt från alla åtta särskilda boenden, korttidsenheten, hemsjukvård södra gruppen samt hemsjukvård OoF.

Registrerade är totalt 32 personer, 23 män och 9 kvinnor. Födda mellan 1918-1959.

För 18 av dessa fanns en tydlig indikation innehållande orsak och mål beskrivet.

Fanns det en tydlig ordination med fullständig information i patientensjournal. I 14 av journalerna finns övervägande av informationen dokumenterad, i 13 journaler finns vissa delar dokumenterade. Sex av patienterna hade nyligen behandlats för urinvägsinfektion. Fyra av personerna hade trycksår mellan grad 1-4.

Analys

Dokumentationen i patientjournal gällande information kring orsak och mål med behandlingen är inte fullständig. Sex patienter med urinvägsinfektion och fyra patienter med trycksår. Alltså tio personer med infektion som uppkommit till följd av behandling eller omvårdnad.

Förbättringsförslag

Viktig statistik att följa regelbundet och arbeta fram arbetssätt och rutiner för att minimera uppkomsten av vårdrelaterade infektioner.

BPSD – Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom. Under 2019 har omvårdnadspersonal och ansvarig legitimerad personal på Korttidsenheten utbildats. Under hösten har gjorts två registrerade skattningar i BPSD-registret på enskilda individer av personalen på Korttidsenheten. Enligt utbildare har insatta vårdåtgärder visat på bra resultat och personalen uppskattar arbetssättet.

Analys

Det är för få skattningar gjorda för att kunna dra några slutsatser vilket inte är bra utifrån att en del av antalet som beviljas korttidsvistelse har demenssjukdom (en avdelning är för personer med demenssjukdom). För dessa personer är det av stort värde att skattningar genomförs samt att vårdåtgärder sätts in och följs upp.

Förbättringsförslag

Att kvalitetsarbetet med BPSD fortsätter att utvecklas på Korttidsenheten. För fortsättningen finns behov av att införa kvalitetsregistret inom hemtjänsten. Målet för det arbetet är att genom ett multiprofessionellt arbetssätt skall den enskilde kunna leva ett värdigt liv samt undvika eller förskjuta behov av mer omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Avvikelser

Läkemedel/brister medicinsk behandling

Område	2016	2017	2018	2019
Äldreomsorg Särskilt boende och hemtjänst	569	748	904	687
Hälso- och sjukvård	31	39	38	33
Omsorg om funktionshindrade	49	40	49	76
Totalt	649	827	991	796

Brister i hjälpmedel och teknik

Område	2016	2017	2018	2019
Äldreomsorg Särskilt boende och hemtjänst	21	24	22	16
Hälso- och sjukvård	2	1	0	1
Omsorg om funktionshindrade	3	2	0	4
Totalt	26	27	22	21

Analys

Antalet avvikelser har enligt tabellen inte ökat när det gäller läkemedelshantering, brister i medicinsk behandling samt hjälpmedel och teknik. Förutom inom omsorgen om funktionshindrade där läkemedelshantering och brister i medicinsk behandling ökat. Analysen kring den ökningen är en ökad medvetenhet kring läkemedelshantering inom OoF, och

vikten av att skriva avvikelser inom detta område. Övervägande av läkemedelsavvikelserna är kring överlämnandet av läkemedel till patient, bortglömd dos, dubbel dos, feladdosett, saknas läkemedel. Brister i medicinsk behandling att ordination från legitimerad personal inte följs.

Förbättringsförslag

Att den nya uppdaterade rutinen för avvikelshantering implementeras under början av året. Att utifrån den varje enhet utarbetar ett teambaserat arbetssätt att analysera och åtgärda avvikelser samt rapportera.

Att medicinskt ansvarig sjuksköterska följer upp avvikelser och åtgärder som avvikelserna resulterar i tre gånger per år.

Avvikelser i vårdkedjan

Under 2019 har 18 avvikelser i vårdkedjan hanterats. 12 avvikelser har inkommit från regionens slutenvård eller primärvård. Sex avvikelser är skrivna av kommunen och skickade till regionen. Ärenden som beskrivits som avvikelser är brister i bemötande, felaktigheter i provtagning, provtagning ej åtgärdad, patient hemskickad från sjukhus utan planering av eventuella insatser av vård och omsorg eller hälso- och sjukvård samt informationsbrist i Prator.

Analys

Att analysera avvikelser i vårdkedjan är svårt när det inte sker i samverkan med anmälaren samt att region och kommun har olika sätt att hantera avvikelser i vårdkedjan. Att avvikelser i vårdkedjan diarieförs är ett sätt att förbättra vår egen hantering och att kunna förbättra kontrollen över in och utgående avvikelser och svar, men det är inte helt optimalt.

Förbättringsförslag

Kommunerna i länet har tillsammans med regionen en arbetsgrupp som arbetar med rutiner och arbetssätt kring hantering av avvikelser i vårdkedjan. Den arbetsgruppen fortsätter sitt arbete under 2020.

Lex Maria

Ingen anmälan gällande Lex Maria har inkommit under 2019.

Klagomål och synpunkter

Två ärenden har inkommit från patientnämnden som varit föremål för utredning och besvarats.

Klagomål och synpunkter som inkommit har utretts på enhetsnivå alternativt ledningsnivå.

Klagomål har rört fallskada, bemötande och informationsöverföring.

Åtgärder som klagomålen resulterat i är att se över rutinen för fall och ansvarsdelarna i den, dokumentation och informationsöverföring, hur mötesstruktur och behovet av omvårdnadsträffar skall organiseras. Värdegrund och bemötande är också en viktig del som behöver finnas med vid träffar med personal.

Händelser och vårdskador

Åtgärder kring händelser och vårdskador har bidragit till förbättrad struktur kring möten

och omvårdnadsträffar på några enheter. Genom regelbundna omvårdnadsträffar med de olika professionerna individualiseras vården på ett optimalt sätt och individens behov kommer i centrum. I samverkan med läkare kan medicinska insatser sättas ut/sättas in för att prova och följa upp, det bygger på en god och regelbunden kontakt mellan ansvarig läkare och ansvarig sjuksköterska. Samverkan med övriga vårdgivare är både i individ-ärendena men också i övergripande frågor avgörande för en god och säker vård.

Risikanalys

Vid förändring i organisationen, besparingar, schemaförändringar och onormalt stor personalomsättning gör risk- och konsekvensanalyser med stort fokus på personal och arbetsmiljö men inte lika stort fokus på de eventuella konsekvenserna för brukare/patient.

Exempel på risker och konsekvenser för brukare patient i samband med stor omsättning av sjuksköterskor, svårigheter att bemanna med vikarier, ett lägre antal ansvarig sjuksköterskor under längre perioder än exempelvis enbart under en sommarperiod. Gäller både inom särskilt boende och hemsjukvård är:

- Antalet patienter ökar per ansvarig sjuksköterska
- Minskad möjlighet att delta i vårdplanering/SIP
- Risk att patienten inte får bedömning/åtgärder/uppföljningar utifrån vårdbehov
- Risk att patienten får försenade bedömningar av sjuksköterska
- Risk att åtgärder/uppföljningar av sjuksköterska blir försenade
- Riskbedömningar och förebyggande arbete prioriteras ned
- Deltagande i teamträffar prioriteras ned
- Teamarbetet med sjukgymnast och arbetsterapeut begränsas
- Risk att delegeringar till omvårdnadspersonal förlångsammas

Rehabilitering - hjälpmedel

Fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut har under året haft mindre möjlighet till balansgrupper och andra träningsgrupper på grund av ökad arbetsbelastning i samband med förflyttningsutbildning till omvårdnadspersonal. Individuella bedömningar och träningar samt hjälpmedelsförskrivning och deltagande i teamträffar i respektive ansvarsområde samt deltagande i SIP-ar. Professionerna deltar i olika samverkansnätverk i länet kring hjälpmedel/upphandling av hjälpmedel. En rutin har tagits fram av arbetsterapeuter i samarbete med MAS, som skall vara ett stöd vid förskrivning av eldriven rullstol.

Medicintekniska produkter

Varje vårdgivare ansvarar för att det finns rutiner för en säker användning och hantering av medicintekniska produkter, (SOSFS 2008:1). I Härnösand finns rutin för hantering och ansvar kring medicintekniska produkter. I länet pågår en översyn av hantering kring dessa produkter för en enhetlighet kring hantering och ansvar. Under 2019 togs ett avtal fram för service av medicintekniska produkter med region Västernorrland. Aktuella produkter är bland annat syremättnads mätare, blodtrycksmanschetter, ultraljudsmätare som mäter volymen i urinblåsan.

Dokumentation

Under fjolåret påbörjade socialstyrelsen inhämtning av statistik genom registrerade kvalificerade vårdåtgärder, KVA. Statistiken som är inlämnad är inte optimal, all registrering sker inte på korrekt sätt. Socialstyrelsen önskar genom denna statistik få en bättre bild

av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av legitimerad personal i den kommunala vården.

Legitimerad personal från hälso- och sjukvårdens dokumentationsgrupp har deltagit i förberedelsearbetet inför nytt verksamhetssystem. Dokumentationsgruppen kommer att arbeta med förberedelser kring KVÅ och processer kring dokumentation inför det nya verksamhetssystemet.

All legitimerad personal har erhållit bärbar dator. Syftet med bärbara datorer är att se över arbetssätt kring dokumentation. Dokumentera hemma hos patient för att göra patienten delaktig. Hembesök utanför tätorten, dokumentera klart innan återresa. Att ha datorn med vid deltagande i SIP. Uppdraget legitimerad personal har är att pröva och förändra arbetssätt för att underlätta för sig själv, för att öka patientens delaktighet.

Delegering

Delegering innebär att en formellt kompetent personal (legitimerad) överlåter en arbetsuppgift till en reellt kompetent personal. En delegering ska vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. En översyn och revidering av rutinen kring delegering och materialet som används påbörjades förra året och skall färdigställas och implementeras under våren 2020.

Mål och strategier för kommande år 2020

Följsamhet till Basal hygienrutiner. Mål 100 %

Att rutiner och riktlinjer kring Läkemedelshantering är kända och följs i verksamheterna.

Att det vårdpreventiva arbetssättet skall prägla alla verksamheter inom vård och omsorg.

Att ett strukturerat arbete kring fall och fallförebyggande påbörjas.

Att avvikelserutinen färdigställs och implementeras.

Att rutiner kring Vård i livets slut revideras och arbetssätt där den enskilde är delaktig i sin vård blir tydliggjord.

Implementering av ny rutin vid delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Arbete i samverkan kring Nära Vård.



Socialförvaltningen
Maria Hellström

Individstöd

Förslag till beslut

Socialförvaltningen föreslår att:

- Socialnämnden godkänner förslag på nytt mål och syfte för insatsen Individstöd.
- Socialförvaltningen får i uppdrag att utreda vidare kring insatsen individstöd med utgångspunkt från tillkomna målgrupper, definitioner, resurs-personalkompetens och organisatoriska tillhörigheter.
- Socialförvaltningen, utifrån en vidare utrednings slutsatser, på nytt ser över och anpassar mål och syfte för Insatsen Individstöd.

Beskrivning av ärendet

Bakgrund

Socialnämnden beslutade 2019-04-25 att ge Socialförvaltningen i uppdrag att se över insatsen Individstöd och föreslå ett nytt mål och syfte för nämnda insats.

Under hösten 2019 har en arbetsgrupp, med representanter från Biståndsenhet och Omsorg om Funktionshindrade, med processtöd från Kommunförbundet, gjort en översyn/kartläggning av Socialförvaltningens insats Individstöd.

Förslag mål och syfte

Målet med Individstöd är att den enskilde får förutsättningar att leva sitt liv med så hög grad av livskvalitet, hälsa och oberoende som möjligt.

Syftet med Individstöd är att ge en stödande insats som kan vara rehabiliterande och/eller habiliterande.

Arbetsgruppen föreslår nytt mål och syfte enligt ovan för insatsen Individstöd, gällande målgrupp A och B (bild 1) vilka också är de målgrupper som identifierats vid tidigare nämndbeslut gällande Individstöd 2006/7.

	2006/7 (Målgrupp enligt nämndbeslut 2006)	2019
Målgrupp A	Psykiatri	Psykiatri
Målgrupp B	1/Lindrig utvecklingsstörning 2/Neuropsykiatri/Autismspektrum	1/Lindrig utvecklingsstörning 2/Neuropsykiatri/Autismspektrum
		Tillkomna målgrupper sedan 2007
		<i>Förvärvad hjärnskada med psykisk funktionsnedsättning</i>
		<i>Unga vilsna vuxna med psykisk funktionsnedsättning</i>
		<i>Självskadebeteende med psykisk funktionsnedsättning</i>
		<i>Socialt utsatta med psykisk funktionsnedsättning</i>
		<i>Samsjuklighet (missbruk/somatik) med psykisk funktionsnedsättning</i>
		<i>Barnfamiljer där föräldrar har psykisk funktionsnedsättning och/eller neuropsykiatrisk diagnos</i>
		<i>Individer som helt eller i perioder behöver stöd med hushållssysslor (göra åt) för att deras energi ska räcka till arbete och sociala relationer.</i>

Bild 1 ; visar förändringar mellan 2007 till 2019 för Individstöd tillkomna målgrupper från 2007 och till idag.

Under arbetsgruppens översyn har det framkommit att målgruppen för Individstöd har växt och förändrats från 2007 och fram till idag (tabell 1 hö kolumn, nedre del). Utformningen av insatsen har under åren delvis anpassats, men i flera avseenden kan arbetsgruppen konstatera brister organisatoriskt, kompetens- och resursmässigt.

Arbetsgruppen konstaterar också att det råder ett visst tolkningsutrymme kring bl.a definitioner och målgrupper, ett tolkningsutrymme med kopplingar till såväl kompetens- som organisatoriska frågor.

Ovan angivna slutsatser kräver ett mer omfattande utredningsarbete, vilket inte har ingått i aktuellt uppdrag. Därför föreslår arbetsgruppen att Socialförvaltningen får nytt utredningsuppdrag.

Mats Collin
Förvaltningschef

Maria Hellström
Verksamhetschef

**Socialförvaltningen**

Mats Collin
mats.kollin@harnosand.se

Inaktuellt ärende på socialnämndens planeringslista 2020**Förslag till beslut**

Socialnämnden föreslås besluta

att ärendet ”analys av resebehovet under 2019 samt återrapport av förslag på långsiktig lösning av transporter till och från daglig verksamhet” på nämndens planeringslista avförs från listan då frågan inte längre är aktuell. .

Beskrivning av ärendet

På nämnden planeringslista över ärenden som skall beredas och tas upp för behandling i nämnden finns ett ärende som har blivit inaktuellt. Det är ärendet ”analys av resebehovet under 2019 samt återrapport av förslag på långsiktig lösning av transporter till och från daglig verksamhet.”

Socialnämnden beslutade vid sitt sammanträde den 28 februari 2019 att uppdra till socialförvaltningen att tillsammans med samhällsförvaltningen, analysera resebehovet under 2019, samt att återrapportera förslag på långsiktig lösning av transporter, till och från daglig verksamhet.

Under 2019 har samhällsförvaltningen skött resor till och från daglig verksamhet. I överenskommelse mellan förvaltningarna har de ej debiterat socialförvaltningen för dessa resor. Denna lösning är totalt sett billigare för kommunen än de alternativ som står till förfogande.

Samhällsnämnden beslutade 23 januari 2020 att även fortsättningsvis sköta dessa resor, och att de ska inrymmas i samhällsförvaltningens budget.

Därmed kan detta ärende för socialnämndens del avföras från planeringslistan.

Mats Collin
Förvaltningschef

Planering Socialnämnden 2020

Mars

1. Ärende: **Redovisning av SKR-projektet**
Ansvarig Handläggare: Handläggare: Solbritt Höglund
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning:
2. Ärende: **Revisionsrapport – Granskning – insatser för vuxna**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KPMG
Övrig anteckning: Nämndens synpunkter ska lämnas senast den 27 mars.
3. Ärende: **Revisionsrapport – Granskning ekonomistyrning**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken)
Övrig anteckning: Anstånd beviljat till den 31 mars.
4. Ärende: **Ej verkställda gynnande beslut**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KF
Övrig anteckning:
5. Ärende: **Kvalitetsberättelse 2019**
Ansvarig Handläggare: Ingrid Fagerström
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning:

April

1. Ärende: **Ej verkställda gynnande beslut**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KF
Övrig anteckning:
2. Ärende: **Förslag till åtgärder för då kvarvarande kostnadsreduceringsbehov**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut: 2019-11-21 § 220
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning: *Uppdrag till förvaltningen*
3. Ärende: **Återrapport av implementering av Sundsvalls kommuns stödmodell och anpassning till Härnösands kommuns behov och förutsättningar**
Ansvarig Handläggare: Maria Hellström
Tidigare beslut: 2019-12-12 § 226
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning: *Uppdrag till förvaltningen. Återrapportering ska ske under våren 2020.*
4. Ärende: **Definiera begreppet goda levnadsvillkor i verksamheter där omvårdnad, kultur och fritid ingår**
Ansvarig Handläggare: Maria Hellström
Tidigare beslut: 2019-05-23 § 105
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning:

Maj

1. Ärende: **Fyramånadersrapport**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KS
Övrig anteckning:
2. Ärende: **Analys av ekonomin i den kommunala hemtjänsten - delrapport**
Ansvarig Handläggare: Fredrik Mattsson
Tidigare beslut: 2019-10-31 § 184
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning:

Juni

1. Ärende: **Djupare analys av vilken personaltäthet som måste finnas efter implementering av nya arbetssätt, samnyttjande resurser och minskad tid hos respektive brukare – delrapport**
Ansvarig Handläggare: Maria Hällström
Tidigare beslut: 2019-12-12 § 227
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning: *Uppdrag till förvaltningen. Redovisning ska ske senast i juni 2020.*

Augusti

1. Ärende: **Ej verkställda gynnande beslut**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KF
Övrig anteckning:
2. Ärende: **Halvårsredovisning delegationsbeslut**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning:

September

1. Ärende: **Delårsrapport**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KS
Övrig anteckning:

Oktober

1. Ärende: **Analys av ekonomin i den kommunala hemtjänsten**
Ansvarig Handläggare: Fredrik Mattsson
Tidigare beslut: 2019-10-31 § 184
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning:
2. Ärende: **Ej verkställda gynnande beslut**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken): KF
Övrig anteckning:

November

1. Ärende:
Ansvarig Handläggare:
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning:

December

1. Ärende: **Djupare analys av vilken personaltäthet som måste finnas efter implementering av nya arbetssätt, samnyttjande resurser och minskad tid hos respektive brukare - återslag**
Ansvarig Handläggare: Maria Hellström
Tidigare beslut: 2019-12-12 § 227
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning: Uppdrag till förvaltningen.

Ärenden som ännu inte är inplanerade

1. Ärende: **Redovisning av verksamhets- och kvalitetsuppföljning avseende brukare och arbetsmiljö i samband med omställningsarbetet inom äldreomsorg och OOF**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut: 2019-02-28 § 37
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning: Uppdrag till förvaltningen
2. Ärende: **Utredning av möjligheten till samfinansiering av Ungdomsmottagningen med andra parter**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut: 2018-11-25 § 180
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning:
3. Ärende: **Uppdrag att arbeta fram ett nytt avtal med Region Västernorrland angående det gemensamma arbetet i Ungdomsmottagningen i Härnösand**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut: 2018-11-25 § 180
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning:
4. Ärende: **Intern eller extern utbildning för Socialnämnden om grundläggande internkontroll**
Ansvarig Handläggare: Mats Collin
Tidigare beslut: 2019-12-12 § 231
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning: Uppdrag till förvaltningen.
5. Ärende: **Ändring i delegationsordning**
Ansvarig Handläggare: Eva Ehn
Tidigare beslut:
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken)
Övrig anteckning:
6. Ärende: **Uppdatering av förfrågningsunderlag för hemtjänst enligt lag om valfrihetssystem, LOV**
Ansvarig Handläggare: Eva Ehn
Tidigare beslut: 2019-11-21 § 208
Ska beslutet vidare till annan instans (i så fall vilken):
Övrig anteckning: Ärendet utgick från sammanträdet i november



Organisation	Beslutsform	Beslut	Antal beslut
Funktionsnedsättning (LSS, PA-SFB)			
	Bifall		
		Avlösarservice i hemmet LSS	2
		Bostad med särskild service vuxna-gruppbofastad LSS *	1
		Daglig verksamhet LSS	2
		Ek.stöd ordinarie ass sjukfrånvaro	11
		Kontaktperson LSS	3
		Korttidstillsyn för skolungdom	1
		Korttidsvistelse LSS	1
		Ledsagarservice LSS	4
		Personlig assistans LSS	5
		Personlig assistans LSS - tillf utökning	1
Summa Bifall			31



Organisation	Beslutsform	Beslut	Antal beslut
Funktionsnedsättning (LSS, PA-SFB)			
	Avslag		
		Bostad med särskild service vuxna-gruppbofastad LSS *	1
		Personlig assistans LSS	1
		Personlig assistans LSS - tillf utökning	2
		Summa Avslag	4



Organisation	Beslutsform	Beslut	Antal beslut
ÄO			
	Bifall		
		Avlösning i hemmet	2
		Avlösning i hemmet-tillfällig utökning	2
		Dagverksamhet	1
		Hemtjänst - Natt	35
		Hemtjänst - Omvårdnad	92
		Hemtjänst - Service	98
		Hemtjänst- Omvårdnad tillf utök	40
		Hemtjänst- Service tillf utök	11
		Individstöd	10
		individstöd-tillfällig utökning	1
		Kontaktperson SoL	8
		Korttidsvistelse	16
		Matdistribution	30
		Medboende till boende i särskilt boende	1
		Sysselsättning FN SoL	3
		Särskilt boende	8
		Telefonservice	1
		Trygg hemgång	2
		Trygghetslarm	31
		Summa Bifall	392



Organisation	Beslutsform	Beslut	Antal beslut
ÄO			
	Avslag		
		Individstöd	2
		Ledsagarservice SoL	1
		Summa Avslag	3

Organisation	Beslut	Antal beslut
Ekonomi- och vuxenheten		
	Avge yttrande i körkortsärende	4
	Beslut att avskriva ärendet 5 kap. 13 § SOSFS 2014:5	2
	Beslut att jml 11 Kap 1 § Sol ej inleda utredning	54
	Beslut att jml 11 Kap 1 § Sol inleda utredning	25
	Beslut om förmedling av egna medel, grundbeslut	1
	Bistånd som avser boende 4 Kap 1 § SoL, avslutas	1
	Bistånd som avser boende 4 Kap 1 § SoL, bifall	1
	Ekonomiskt bistånd invandrare, normkomplettering 4 Kap 1 § SoL, avslag	3
	Ekonomiskt bistånd, elskuld 4 Kap 1 § SoL, beviljas	2
	Ekonomiskt bistånd, full ers, invandrare i etablering 4 Kap 1 § SoL	8
	Ekonomiskt bistånd, försörjningsstöd 4 Kap 1 § SoL, avslag	134
	Ekonomiskt bistånd, glasögon 4 Kap 1 § SoL, avslag	2
	Ekonomiskt bistånd, glasögon 4 Kap 1 § SoL, bifall	5
	Ekonomiskt bistånd, hemutrustning 4 Kap 1 § SoL, avslag	2
	Ekonomiskt bistånd, hemutrustning 4 Kap 1 § SoL, beviljas	3
	Ekonomiskt bistånd, hyresskuld 4 Kap 2 § SoL, avslag	1
	Ekonomiskt bistånd, hyresskuld 4 Kap 2 § SoL, beviljas	1
	Ekonomiskt bistånd, hälso- och sjukvård 4 Kap 1 § SoL, avslag	12
	Ekonomiskt bistånd, hälso- och sjukvård 4 Kap 1 § SoL, bifall	16
	Ekonomiskt bistånd, invandrare i etablering, 4 Kap 1 § SoL, avslag	6
	Ekonomiskt bistånd, livsföringen i övrigt 4 Kap 1 § SoL, avslag	63
	Ekonomiskt bistånd, livsföringen i övrigt 4 Kap 1 § SoL, bifall	14
	Ekonomiskt bistånd, matpengar över norm 4 Kap 1 § SoL, beviljas	1
	Ekonomiskt bistånd, matpengar, 4 Kap 1 § SoL, avslag	6
	Ekonomiskt bistånd, matpengar, 4 Kap 1 § SoL, beviljas	32
	Ekonomiskt bistånd, normkomplettering 4 Kap 1 § SoL, beviljas	324

Organisation	Beslut	Antal beslut
Ekonomi- och vuxenheten		
	Ekonomiskt bistånd, resor, 4 Kap 1 § SoL, beviljas	5
	Ekonomiskt bistånd, Rådru Bil	2
	Ekonomiskt bistånd, Rådru Bostad	3
	Ekonomiskt bistånd, tandvård 4 Kap 1 § SoL, avslag	1
	Ekonomiskt bistånd, tandvård 4 Kap 1 § SoL, beviljas	1
	Individuellt behovsprövad öppenvård 4 Kap 1 § SoL, avslutas	1
	Individuellt behovsprövad öppenvård 4 Kap 1 § SoL, bifall	14
	Individuellt behovsprövad öppenvård 4 Kap 1 § SoL, förlängning	1
	Individuellt behovsprövad öppenvård 4 Kap 1 § SoL, påbörjas	4
	LVM Omedelbart omhändertagande 13 §	1
	LVM Utredning 7 § LVM inleds	3
	Placering på institution 4 Kap 1 § SoL, förlängning	2
	Placering på institution 4 Kap 1 § SoL, avslag	1
	Stödkontakt med socialsekreterare 4 Kap 1 § SoL	2
	Stödkontakt med socialsekreterare 4 Kap 1 § SoL avslutas	3
	Stödkontakt med socialsekreterare 4 Kap 1 § SoL förlängas	2
	Utredning 11 Kap 1 § SoL avslutas med insats	10
	Utredning 11 Kap 1 § SoL avslutas utan insats	1
	Utredning 11 Kap 1 § SoL avslutas utan ändring av pågående insats	2
	Utredning 11 Kap 1 § SoL inleds ej, ej bosatt i kommunen	1
Summa beslut		783

Organisation	Beslut	Antal beslut
Familjerätten		
	Beslut att jml 11 Kap 1 § Sol ej inleda utredning	27
	Beslut att jml 11 Kap 1 § Sol inleda utredning	15
	Godkännande av faderskapsbekräftelse	15
	Lämna upplysningar 6 Kap 20 § FB	1
	Summa beslut	58

Organisation	Beslut	Antal beslut
Individ- och familjeomsorg		
	Beslut att jml 11 Kap 1 § Sol ej inleda utredning	1
	Beslut att jml 11 Kap 1 § Sol inleda utredning	1
	LVU Ansökan om vård 1 § andra stycket 2 §	1
	Summa beslut	3

Organisation	Beslut	Antal beslut
Insatsgruppen		
	BoF Kontaktperson/familj 4 Kap 1 § SoL, byte av	1
	BoF Kontaktperson/familj 4 Kap 1 § SoL, förlängning	3
	BoF Vård enligt SoL avslutas	1
	Kostnader i samband med insats	7
	LVU Vård enligt 2 § (Miljö) avslutas	1
	LVU Övervägande om beslut om umgänge enl 14 § 2 st 1 och 2 fortfarande behövs	2
	LVU Övervägande om hemlighållande av vistelseort enl 14§ 2 st 1 o 2 fortf behövs	1
	LVU Övervägande om vård med stöd av 2 § fortfarande behövs 13 § 1 o 2 st	4
	Utredning 11 Kap 1 § SoL, avslutas med åtgärd	1
	Utredning 11 Kap 1 § SoL, avslutas utan ändring av pågående insats	2
	Övervägande om fortsatt vård 6 Kap 8 § SoL	5
Summa beslut		28

Organisation	Beslut	Antal beslut
Mottagningsgruppen		
	Beslut att jml 11 Kap 1 § Sol ej inleda utredning	21
	Beslut att jml 11 Kap 1 § Sol inleda utredning	13
	Personligt stöd 4 Kap 1 § SoL, beviljas	1
	Utredning 11 Kap 1 § SoL, avslutas med åtgärd	1
	Utredning 11 Kap 1 § SoL, avslutas utan åtgärd	1
	Summa beslut	37

Organisation	Beslut	Antal beslut
Utredningsgruppen		
	Beslut att jml 11 Kap 1 § Sol inleda utredning	13
	BoF Placering i familjehem enligt SoL 6 kap 1§	1
	BoF Vård utanför eget hem enligt SoL 4 kap 1§ beviljas	5
	BoF Vård utanför eget hem fastställs av Socialnämnden	1
	Kostnader i samband med insats	3
	LVU Ansökan om vård 1 § andra stycket 2 §	1
	LVU Prövning av om vård med stöd av 3 § skall upphöra, 13 § 1 och 2 st	1
	LVU Vård enligt 2 § (Miljö) avslutas	1
	LVU Vård enligt 3 § (Beteende) avslutas	1
	LVU Återtagande av ansökan	1
	Personligt stöd 4 Kap 1 § SoL, avslutas	6
	Personligt stöd 4 Kap 1 § SoL, beviljas	5
	Personligt stöd 4 Kap 1 § SoL, påbörjas	6
	Polisanmälan 12 Kap 10 § SoL	5
	Utredning 11 Kap 1 § SoL, avslutas med åtgärd	4
	Utredning 11 Kap 1 § SoL, avslutas utan åtgärd	7
	Utredning 11 Kap 1 § SoL, avslutas utan ändring av pågående insats	4
	Utredning 11 Kap 1 § SoL, avslutas, insatsen upphör	1
	Utredningstid förlängs 11 Kap 2 § 2 st SoL	1
Summa beslut		67



Härnösands
kommun

Socialförvaltningen

ANMÄLAN AV DELEGATIONSBESLUT

- ☐ Ledning/stab
- ☐ Stöd och bistånd
- ☐ Omsorg om funktionshindrade
- ☐ Äldreomsorg
- ☒ Individ- och familjeomsorg

avseende januari 2020

Punkt nr i deleg. fört.	Ärende/Namn	Personnr.	Beslut	Lagrum
2.12	Förvaltningsrätten		Fullmakt att företräda nämnden i mål nr 5891-19.	
2.12	Tingsrätten		Fullmakt att företräda nämnden i mål nr T2541-19.	

Underskrift

Lisbet Sander, Verksamhetschef

Namnförtydligande



Härnösands
kommun

Socialförvaltningen

ANMÄLAN AV DELEGATIONSBESLUT

- ☐ Ledning/stab
- ☐ Stöd och bistånd
- ☐ Omsorg om funktionshindrade
- ☐ Äldreomsorg
- ☒ Individ- och familjeomsorg

avseende januari 2020

Punkt nr i deleg. fört.	Ärende/Namn	Personnr.	Beslut	Lagrum
2.12	Tingsrätten		Fullmakt att företräda nämnden i mål nr T1542.	

Underskrift

Helene Brändström, Enhetschef

Namnförtydligande



Samhällsnämnden

§ 6

Dnr 2019-000034 3.3.5.0

Transporter för daglig verksamhet inom socialförvaltningen**Samhällsnämndens beslut**

Samhällsnämnden beslutar

att anta förslaget om en långsiktig lösning av transporterna inom omsorgens dagliga verksamhet där samhällsnämnden inrymmer kostnaden på 550 tkr i ordinarie budgetram.

Bakgrund

Samhällsförvaltningen fick i uppdrag efter beslut i Samhällsnämnden 2019-02-28 att återkomma till nämnden med en långsiktig hållbar lösning på transporter till/från daglig verksamhet inom Socialförvaltningens omsorgsverksamhet.

Härnösands kommuns tidigare Trafikenhet som numera tillhör Samhällsförvaltningen har sedan 2008 en intern transportorganisation för att ombesörja i första hand särskolans transportbehov för elever mellan bostad och anvisad skola. För att merutnyttja transportorganisationen utför även Trafikenheten transporter av brukare inom Socialförvaltningens omsorgsverksamhet. Dessa brukare med särskilda behov transporteras dagligen måndag-fredag till olika dagliga verksamheter inom tätorten och där hämtning sker på olika gruppboende eller i egna bostäder. Det finns även en hel del brukare som klarar av sina dagliga resor med den ordinarie kollektivtrafiken och därför nyttjar den i första hand. Transporterna avser både gående personer och personer som sitter i rullstol under sin resa, vilket innebär att Trafikenheten använder 4 bussar varav 3 är av större modell för att hantera ett sittplatsbehov av ett 15-tal resenärer, som fasta rullstolsplatser. De brukare som reser dagligen med Trafikenheten erlägger ingen avgift för sina resor eftersom Trafikenheten inte har erforderliga tillstånd för att erbjuda transporter mot betalning.

Inför budget 2019 aktualiserades återigen frågan huruvida kostnaderna för dessa transporter kunde reduceras genom att införa betalning av resor som sker inom ramen för denna interna organisation.

Socialförvaltningen arbetade under fjolåret med stora besparingskrav där förvaltningen aktualiserade frågan om att upphöra med dessa transporter för



Samhällsnämnden

sina brukare och istället hänvisa samtliga resande till att ansöka och utnyttja färdtjänst.

Eftersom Samhällsförvaltningen interndeberade Socialförvaltningen med ca. 550 tkr/år så skulle Socialförvaltningen kunna genomföra en besparing för motsvarande kostnad. Samtidigt skulle istället Samhällsförvaltningens kostnader för färdtjänst öka med ca. 1.600 tkr/år enligt interna beräkningar vilket för kommunen totalt skulle innebära ökade kostnader. Beslut togs därför av Samhällsnämnden 2019-02-28 att inte internfakturera Socialförvaltningen för dessa transporter.

Samhällsförvaltningen har återigen tittat närmare på frågan hur framtidens transporter kan se ut för elever inom särskolan och Socialförvaltningens dagliga verksamhet.

Fortfarande så visar de beräkningar vi gjort att om enbart resorna för omsorgen skall upphöra och istället överflyttas till ordinarie färdtjänst så kommer kommunens totala nettokostnader för kollektivtrafikresor att öka med ca. 950 tkr/år.

För att enbart fortsätta med vår interna transport av elever inom särskolan så måste ca 75 % av organisationen ändå behållas, vilket innebär en besparing på ca 650 tkr/år, vilket skall ställas i relation till att kostnaderna för färdtjänst kommer att öka med ca 1.600 tkr/år.

Ett framtida alternativ som ändå kan vara aktuellt är ju att lägga ut samtliga transporter på entreprenad, som då även skulle gälla skolskjutstransporterna av särskolans elever. Samhällsförvaltningen anser dock att en sådan lösning i dagsläget inte är att föredra ekonomiskt då antalet elever med särskilda behov ökat markant under senare år. Detta medför i den dagliga planeringen att behovet av justeringar och kompletteringar av skjutsar är stort och att lämna över den hanteringen till en entreprenör, så är vår bedömning att det kan vara särskilt kostsamt.

Enbart planering av skjutsar vid s.k. växelvis boende ökar årligen och detta kräver också särskild planering för att hålla nere kostnaderna och där kan vår interna organisation hantera många av dessa resor inom befintlig verksamhet. En annan service som också hanteras idag är skjutsar av särskoleelever till/från Fritids under lov dagar, vilket ej är reglerat i lagstiftningen men som kan utföras idag inom utrymmet för våra interna transporter. En positiv service eftersom det många gånger handlar om barn och föräldrar med särskilda behov där extra stöd och hjälp från kommunen kan vara ovärderlig.

Eftersom mycket tid läggs idag på att planera alla förändringar så är stort fokus på samordning, vilket medför fördelar både miljömässigt och ekonomiskt om frågan hanteras internt av vår Trafikenhet.

Vår bedömning är också att om samtliga skjutsar läggs ut på entreprenad så måste resurser tillsättas inom Skolförvaltningen för att hantera justeringar och förändringar i dialog med en entreprenör.



Samhällsnämnden

Eftersom Trafikenheten också har kunskapen och kännedomen om vår kollektivtrafik så kan en hel del skjutsar lösas genom att erbjuda lösningar för både omsorgsresor och skolskjutsresor med ordinarie kollektivtrafik. Detta medför också att kostnaderna kan hållas nere i vissa fall istället för att utföra transporter med särskilda fordon.

Så länge Socialförvaltningens beslut gäller om att erbjuda avgiftsfria resor till/från daglig verksamhet så anser Samhällsförvaltningen att den mest ekonomiskt fördelaktiga lösningen idag totalt för kommunen är att fortsätta med dagens upplägg av transportorganisation. En samordning av resorna för särskoleelever och brukare inom omsorgen är ett effektivt upplägg och eftersom förvaltningen ändå har kostnaderna för skjuts av särskoleelever så kan resorna för brukare inom omsorgen hanteras inom ramen för våra övriga skolskjutsar.

Samhällsförvaltningens bedömning är även att kostnaderna för detta ryms inom vår nuvarande budgetram.

Beslutsunderlag

Muntlig föredragning av Ulf Andersson, trafik- och fritidschef vid sammanträde 2020-01-23. Samhällsförvaltningens tjänsteskrivelse 2020-01-14.



Samhällsförvaltningen
Ulf Andersson tel 0611-348822
ulf.andersson@harnosand.se

Samhällsnämnden
Härnösands kommun

Långsiktig lösning av transporter för daglig verksamhet

Förslag till beslut

Samhällsförvaltningen föreslår samhällsnämnden besluta

att anta förslaget om en långsiktig lösning av transporterna inom omsorgens dagliga verksamhet där samhällsnämnden inrymmer kostnaden på 550 tkr i ordinarie budgetram.

Beskrivning av ärendet

Samhällsförvaltningen fick i uppdrag efter beslut i Samhällsnämnden 2019-02-28 att återkomma till nämnden med en långsiktig hållbar lösning på transporter till/från daglig verksamhet inom Socialförvaltningens omsorgsverksamhet.

Härnösands kommuns tidigare Trafikenhet som numera tillhör Samhällsförvaltningen har sedan 2008 en intern transportorganisation för att ombesörja i första hand särskolans transportbehov för elever mellan bostad och anvisad skola. För att merutnyttja transportorganisationen utför även Trafikenheten transporter av brukare inom Socialförvaltningens omsorgsverksamhet. Dessa brukare med särskilda behov transporteras dagligen måndag-fredag till olika dagliga verksamheter inom tätorten och där hämtning sker på olika gruppboende eller i egna bostäder. Det finns även en hel del brukare som klarar av sina dagliga resor med den ordinarie kollektivtrafiken och därför nyttjar den i första hand. Transporterna avser både gående personer och personer som sitter i rullstol under sin resa, vilket innebär att Trafikenheten använder 4 bussar varav 3 är av större modell för att hantera ett sittplatsbehov av ett 15-tal resenärer, som fasta rullstolsplatser. De brukare som reser dagligen med Trafikenheten erlägger ingen avgift för sina resor eftersom Trafikenheten inte har erforderliga tillstånd för att erbjuda transporter mot betalning.

Inför budget 2019 aktualiserades återigen frågan huruvida kostnaderna för dessa transporter kunde reduceras genom att införa betalning av resor som sker inom ramen för denna interna organisation.

Socialförvaltningen arbetade under fjolåret med stora besparingskrav där förvaltningen aktualiserade frågan om att upphöra med dessa transporter för sina brukare och istället hänvisa samtliga resande till att ansöka och utnyttja

färdtjänst.

Eftersom Samhällsförvaltningen interndeiterade Socialförvaltningen med ca. 550 tkr/år så skulle Socialförvaltningen kunna genomföra en besparing för motsvarande kostnad. Samtidigt skulle istället Samhällsförvaltningens kostnader för färdtjänst öka med ca. 1.600 tkr/år enligt interna beräkningar vilket för kommunen totalt skulle innebära ökade kostnader. Beslut togs därför av Samhällsnämnden 2019-02-28 att inte internfakturera Socialförvaltningen för dessa transporter.

Beslutsunderlag

Samhällsförvaltningen har återigen tittat närmare på frågan hur framtidens transporter kan se ut för elever inom särskolan och Socialförvaltningens dagliga verksamhet.

Fortfarande så visar de beräkningar vi gjort att om enbart resorna för omsorgen skall upphöra och istället överflyttas till ordinarie färdtjänst så kommer kommunens totala nettokostnader för kollektivtrafikresor att öka med ca. 950 tkr/år.

För att enbart fortsätta med vår interna transport av elever inom särskolan så måste ca 75 % av organisationen ändå behållas, vilket innebär en besparing på ca 650 tkr/år, vilket skall ställas i relation till att kostnaderna för färdtjänst kommer att öka med ca 1.600 tkr/år.

Ett framtida alternativ som ändå kan vara aktuellt är ju att lägga ut samtliga transporter på entreprenad, som då även skulle gälla skolskjutstransporterna av särskolans elever. Samhällsförvaltningen anser dock att en sådan lösning i dagsläget inte är att föredra ekonomiskt då antalet elever med särskilda behov ökat markant under senare år. Detta medför i den dagliga planeringen att behovet av justeringar och kompletteringar av skjutsar är stort och att lämna över den hanteringen till en entreprenör, så är vår bedömning att det kan vara särskilt kostsamt.

Enbart planering av skjutsar vid s.k. växelvis boende ökar årligen och detta kräver också särskild planering för att hålla nere kostnaderna och där kan vår interna organisation hantera många av dessa resor inom befintlig verksamhet. En annan service som också hanteras idag är skjutsar av särskoleelever till/från Fritids under lov dagar, vilket ej är reglerat i lagstiftningen men som kan utföras idag inom utrymmet för våra interna transporter. En positiv service eftersom det många gånger handlar om barn och föräldrar med särskilda behov där extra stöd och hjälp från kommunen kan vara ovärderlig.

Eftersom mycket tid läggs idag på att planera alla förändringar så är stort fokus på samordning, vilket medför fördelar både miljömässigt och ekonomiskt om frågan hanteras internt av vår Trafikenhet.

Vår bedömning är också att om samtliga skjutsar läggs ut på entreprenad så måste resurser tillsättas inom Skolförvaltningen för att hantera justeringar och förändringar i dialog med en entreprenör.

Eftersom Trafikenheten också har kunskapen och kännedomen om vår kollektivtrafik så kan en hel del skjutsar lösas genom att erbjuda lösningar för både omsorgsresor och skolskjutsresor med ordinarie kollektivtrafik. Detta medför också att kostnaderna kan hållas nere i vissa fall istället för att

utföra transporter med särskilda fordon.

Så länge Socialförvaltningens beslut gäller om att erbjuda avgiftsfria resor till/från daglig verksamhet så anser Samhällsförvaltningen att den mest ekonomiskt fördelaktiga lösningen idag totalt för kommunen är att fortsätta med dagens upplägg av transportorganisation. En samordning av resorna för särskoleelever och brukare inom omsorgen är ett effektivt upplägg och eftersom förvaltningen ändå har kostnaderna för skjuts av särskoleelever så kan resorna för brukare inom omsorgen hanteras inom ramen för våra övriga skolskjutsar.

Samhällsförvaltningens bedömning är även att kostnaderna för detta ryms inom vår nuvarande budgetram.

SAMHÄLLSFÖRVALTNINGEN

Thomas Jensen
Förvaltningschef

Ulf Andersson
Trafik- och Fritidschef

Avdelningen för tillståndsprövning

D'Light Omsorg & Omtanke AB
Skolgatan 6
913 32 Holmsund

Ärendet

D'Light Omsorg & Omtanke AB, med organisationsnummer 559112-1834, har ansökt om tillstånd att bedriva enskild verksamhet i form av hemtjänst enligt 7 kap. 1 § första stycket 6 socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Ansökan gäller verksamheten D'Light Omsorg & Omtanke. Verksamheten ska vända sig till personer i behov av hemtjänst. Verksamheten är pågående.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, avslår D'Light Omsorg & Omtanke AB:s ansökan. IVO avslår ansökan med stöd av 7 kap. 2 § tredje stycket SoL.

Skälen för beslutet

IVO:s sammantagna bedömning är att D'Light Omsorg & Omtanke AB och dess företrädare inte uppfyller kraven som ställs för att beviljas tillstånd. Anledningen till detta är att bolagets företrädare är, respektive har varit, verksamma i ett annat bolag som har bedrivits med bristande kvalitet enligt 7 kap. 2 § första stycket SoL samt där företrädarna har visat på bristande insikt och lämplighet i övrigt enligt 7 kap 2 § andra och tredje stycket SoL. Vidare har bolagets företrädare visat på bristande lämplighet på grund av ekonomisk misskötsamhet.

Ägar- och ledningsförhållanden

Birahima Wade är styrelseledamot och Ann Ferm är styrelsesuppleant i bolaget. De båda är även aktieägare i bolaget och innehar hälften av aktierna var. Dessa personer ingår i ägar- och ledningsprövningen av bolaget.

Birahima Wade är även styrelseledamot i bolaget Västerbottens Omsorg AB. Ann Ferm var styrelsesuppleant i Västerbottens Omsorg AB fram till och med den 21 november 2019. Både Ann Ferm och Birahima Wade tillträdde Västerbottens Omsorg AB:s styrelse den 30 januari 2019.

Bolagets företrädare har drivit företag som har bedrivits olämpligt

IVO bedömer att företrädarna bakom bolaget har visat på bristande insikt och lämplighet på grund av att de brister i förekommit i bolaget Västerbottens Omsorg AB. I bedömningen har IVO lagt särskild vikt vid att bristerna ligger nära i tiden och att de uppstått i en hemtjänstverksamhet, vilket är den verksamhetsform som den aktuella ansökan avser.

Västerbottens Omsorg AB bedriver hemtjänst i Umeå kommun. IVO har tagit del av Umeå kommuns uppföljningar av verksamheten och IVO kan i och med dessa konstatera att kommunens uppföljningar av bolaget visar på allvarliga brister.

I Umeå kommuns uppföljning av sökandebolaget som utfördes den 14 augusti 2019 har följande brister framkommit:

- Ingen i företaget har haft en kontakt eller besökt [en ny] kund.
- Ingen i företaget har träffat personalen som anställts i ärendet.

I och med detta så saknas anställningsbevis, introduktion av ny medarbetare, genomförandeplan, social dokumentation, schema för kund samt schema för anställd.

- Företaget har felaktigt debiterat kommunen för tjänster som inte har utförts för totalt 75 929,64.

Ekonomisk misskötsamhet

IVO bedömer att bolagets företrädare har visat på bristande lämplighet i och med att det i IVO:s utredning har framkommit upprepade ekonomisk misskötsamhet.

D'Light Omsorg & Omtanke AB har fått förseningsavgifter från Skatteverket om vardera 625 kronor för mars, juli, augusti och september 2018. Dessutom har bolaget inkommit sent med inkomstdeklarationen för beskattningsåret 2017-05-15 – 2018-08-31, vilket har lett till en förseningsavgift om 6250 kronor. Denna avgift har Skatteverket senare tagit bort då bolaget inte getts möjlighet att lämna synpunkter inför beslutet, vilket dock inte förändrar det faktum att inkomstdeklarationen har inlämnats för sent.

Vidare har Ann Fern fått ett beslut om att återbetala 30 988 kronor till Skatteverket på grund av att hon redovisat felaktiga inkomstuppgifter till Skatteverket med ett belopp om 309 885 kronor. Beslutet är daterat i april 2018 och gäller inkomståret 2016.

Yttrande över kommunicerade uppgifter

D'Light Omsorg & Omtanke AB har fått tillfälle att yttra sig över de uppgifter som ligger till grund för beslutet. Bolaget har inkommit med ett yttrande den 27 november 2019.

I sitt svar till IVO uppger D'Light Omsorg & Omtanke AB att den för sent inskickade inkomstdeklarationen har berott på att de var nya som aktiebolag och att de inte visste att de skulle godkänna deklarationen. De övriga förseningsavgifterna beror enligt D'Light på att verksamhetsansvarig varit sjukskriven och att personaladministratören ej tagit hand om detta. De uppger att problemet nu är åtgärdat genom ändrade rutiner och processer.

När det gäller det skattetillägg mot Ann Fern som uppkom på grund av felaktiga inkomstuppgifter till Skatteverket menar bolaget att det var sjukdom som ledde till detta samt att bolaget vid det tillfället inte hade revisor, vilket de har idag.

D'Light Omsorg & Omtanke AB uppger att Birahima Wade inte har något med det dagliga administrativa arbetet i Västerbottens Omsorg AB att göra utan att han enbart sitter i styrelsen. Ann Ferm uppger att hon inte har haft någon som helst roll i Västerbottens Omsorg AB.

Västerbottens Omsorg AB är även det ett bolag som bedriver hemtjänst och som har sökt tillstånd hos IVO. De har i ett yttrande i annat ärende uppgett att de anser att de har fullt godtagbara förklaringar till bristerna som Umeå kommun har uppdragat i sina kvalitetsuppföljningar. Gällande kritiken som de har fått anför bolaget att den person som anställdes gjort sig oanträffbar och sedan, tillsammans med brukaren, lurat både kommunen och Västerbottens Omsorg AB. Detta har enligt bolaget skett genom att brukaren hade framfört ett önskemål om att behålla samma personal. Brukaren har därefter åkt utomlands all medan lön utbetalats utan att arbetet utförts. Västerbottens Omsorg AB har efter det inträffade upprättat en polisanmälan mot den anställde.

IVO:s ställningstagande

IVO har tagit del av bolagets yttrande men bedömer att de synpunkter som lämnats inte föranleder någon förändrad bedömning. IVO:s sammantagna bedömning är därför att företrädarna för bolaget inte lever upp till de krav på företrädares lämplighet som ställs i socialtjänstlagen.

IVO konstaterar att en person som sitter i styrelsen för ett bolag har ett långtgående ansvar för verksamheten som bedrivs i det bolaget. IVO beaktar därför inte D'Light Omsorg & omtanke AB:s uppgifter om att styrelseledamoten Birahima Wade inte varit delaktig i det dagliga arbetet i Västerbottens Omsorg AB. Eftersom IVO:s lämplighetsprövning även omfattar suppleanter så bedömer IVO att även Ann Ferm lastas av de omständigheter som rör Västerbottens Omsorg AB under hennes tid som suppleant i det bolaget.

Västerbottens Omsorg AB har anställt en person utan att någon i bolaget har träffat den personen. De har även tagit emot en ny kund utan att någon i bolaget har haft kontakt med den personen. Enligt Västerbottens Omsorg AB har personen som anställts inte utfört de insatser som kommunen har beviljat. Istället har personen i samförstånd med brukaren lurat bolaget och kommunen på pengar. Umeå kommun har till bolaget uppgett att de har feldebiterats med ett belopp om 75 929 kronor. Västerbottens Omsorg AB har efter det inträffade upprättat en polisanmälan mot den anställde personen. IVO bedömer att bolaget har brustit i lämplighet med avseende till de brister som framkommit.

IVO bedömer att den ekonomiska misskötsamheten är allvarlig och upprepad samt att det visar på bristande lämplighet från företrädarnas sida.

IVO bedömer att det som ägare och styrelseledamot för ett bolag inte är en ursäkt att hävda att kunskap saknas om vad som ska göras i samband med deklaration. Bolagets företrädare är även ansvariga att se till att fir har en organisation som kan hantera att en person blir sjuk utan att skyldigheterna mot det allmänna blir lidande.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 7 kap. 1 § första stycket 6 SoL får ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ inte utan tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg yrkesmässigt bedriva hemtjänst.

Enligt 7 kap. 2 § SoL får tillstånd att bedriva sådan verksamhet som avses i 1 § beviljas endast om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet.

Enligt 7 kap. 2 § SoL andra punkten respektive fjärde punkten ska ägar- och ledningsprövningen för en juridisk person avse styrelseledamöter, styrelsesuppleanter och ägare.

Av 7 kap. 2 § tredje stycket framgår att det för en juridisk person krävs att samtliga som ingår i ägar- och ledningskretsen bedöms lämpliga för att IVO ska kunna bevilja tillstånd för verksamheten. Vid lämplighetsbedömningen ska viljan och förmågan att fullgöra sina skyldigheter mot det allmänna, laglydnad i övrigt och andra omständigheter av betydelse beaktas. Andra omständigheter av betydelse är bl.a. ekonomisk misskötsamhet.

Underlag

IVO har utgått från följande underlag:

- Ansökan, bilagor och kompletteringar
- Utdrag från Bolagsverket, Skatteverket, Kronofogden och Polismyndigheten om D'Light Omsorg & Omtanke och de personer som står bakom D'Light Omsorg & Omtanke
- Handlingar från Umeå kommun
- Yttrande från bolaget som inkom den

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Johanna Mattsson. I den slutliga handläggningen har juristen Gunilla Åhlander deltagit. Utredaren Oskar Holst har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg


Johanna Mattsson


Oskar Holst

Hur man överklagar, se bilaga.

Kopia för kännedom till:

Härnösands kommun

Sundsvalls kommun



BESLUT

2020-01-24 Dnr 8.5-38041/2019-4

1(2)

Härnösands kommun
Socialnämnden
871 80 Härnösand



Ärendet

Tillsyn av socialnämnden i Härnösands kommuns kontroll och användning av tillståndspliktig konsulentverksamhet vid placering av barn i familjehem eller jourhem.

Beslut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inte uppmärksammat några brister inom de områden som tillsynen omfattat. IVO avslutar därför ärendet

Skälen för beslutet

IVO konstaterar att de konsulentverksamheter (som har till uppgift att föreslå familjehem och jourhem samt lämna stöd och handledning till sådana) som nämnden använder sig av har tillstånd. Vidare bedömer IVO att nämnden kontrollerat att de endast använder sig av sådana konsulentverksamheter om de har tillstånd.

IVO vill påtala vikten av att nämnden även regelbundet kontrollerar att de konsulentverksamheter som de har avtal med har kvar sitt tillstånd. Detta skulle t.ex. kunna göras i samband med de tillfällen då värden övervägs i enligt med 6 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Av nämndens yttrande framgår att kontroll av tillstånd gjorts i samband med upphandling. Vidare uppges att nämnden upptäckt behov av att rutinmässigt införa kontroll av om tillståndet fortfarande är gällande inför varje placering. Nämnden har påtalat för deras upphandlingsenhet att detta bör framgå av avtalsvillkoren vid framtida upphandlingar av konsulentstödda familjehemsverksamheter. Av yttrandet framgår även vilka konsulentstödda familjehemsverksamheter nämnden anlitat vid placering av barn.

Att konsulentverksamheter, dvs bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser eller enskilda individer som yrkesmässigt bedriver verksamhet som har till uppgift att till socialnämnden föreslå familjehem och jourhem till barn samt som lämnar stöd och handledning till sådana hem som tar emot barn, ska ha tillstånd framgår av 7 kap 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Tillståndsplikten trädde i kraft den 15 april 2017. Lagstiftaren har ansett att det krävs tillstånd för vissa verksamheter för att garantera att det görs en prövning av om den har förutsättningar att bedrivas med god kvalitet.

Verksamheter som saknar tillstånd undandrar sig också tillsyn. En nämnd får enligt 5 § förvaltningslagen (2017:900), FL, endast vidta åtgärder som har stöd i rättsordningen. Att placera barn i eller via verksamheter som saknar tillstånd har inte stöd i rättsordningen. Ytterligare bestämmelser kring konsulentverksamheter finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om konsulentverksamheter (HSLF-FS 2018:2).

Underlag

- Socialnämndens yttrande som inkom till IVO den 29 november 2019

Ytterligare information

Tillsynen ingår i ett regionalt projekt som omfattar 44 kommuners socialnämnder. IVO har i tillsynen granskat om nämnden använder sig av, och i så fall vilka, konsulentverksamheter för placering av barn i familjehem och jourhem. Vidare har IVO granskat om nämnden kontrollerat att dessa verksamheter har tillstånd. Dessutom har IVO inhämtat uppgifter om nämnderna använder sig av verksamheter som antingen föreslår familjehem och jourhem eller som lämnar stöd och handledning till sådana.

Beslut i detta ärende har fattats av inspektören Linus Hermansson.
Inspektören Erica Ahlenhed har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Linus Hermansson



Erica Ahlenhed



Härnösands kommun

Väntelista 2020 (2020-01-30)	Jan.	Febr.	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dec.
Äldreomsorg												
Behov av gruppboende äldre	8											
Vistas ordinärt boende	6											
Vistas korttidsboende	2											
Från annan kommun	-											
Väntat mer än 3 månader (antal som fått erbjudande men tackat nej)	-											
Totalt behov av gruppboende äldre	8											
Behov gruppboende dementa	26											
Vistas ordinärt boende	18											
Vistas korttidsboende	8											
Från annan kommun	-											
Väntat mer än 3 månader (varav antal som fått erbj.men tackat nej)	15											
Totalt behov av gruppboende dementa	26											
Totalt väntande	34											
Avveckling av Ugglan. Antal i byteskö.	19											