



Socialnämnden

Plats och tid	Kommunkontoret Strömsund, sammanträdesrum Almen, kl. 8.15 – 15.30		
Beslutande	Karin Näsmark (S), ordförande Marie Gabrielsson (S) Carina Andersson (S) Deanne Edin (S) Per-Ingvar Wennberg (S) Eva Sjölander (M) Maria Sandberg (M) Mats Gärd (C) Per Hedström (V) Hans Elmbjer (SD) Eva Holmgren (S), tjänstgörande ersättare Inga-Brith Nilsson (C), tjänstgörande ersättare Pia Carlsson (V), tjänstgörande ersättare		
Övriga närvarande	Se nästa sida		
Utses att justera	Eva Sjölander		
Justeringens plats och tid	Kommunhuset, vård- och socialförvaltningen, 2018-03-27		
Underskrifter	Sekreterare	 Annika Stedt	Paragraferna 35 – 46
	Ordförande	 Karin Näsmark	
	Justerare	 Eva Sjölander	

ANSLAG/BEVIS A

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ	Socialnämnden		
Sammanträdesdatum	2018-03-21		
Datum då anslag sätts upp	2017-03-28	Datum då anslag tas ned	2018-04-19
Förvaringsplats för protokollet	Vård- och socialförvaltningen		
Underskrift	 Annika Stedt		



Övriga
närvarande

Annika Stedt, sekreterare
Gunnar Nord (C), ej tjänstgörande ersättare
Aki Järvinen, socialchef, §§ 35-36, § 44
Åsa Engman, verksamhetschef hemsjukvård, §§ 37-39, § 44
Malin Bredin, tillförordnad MAS, §§ 37-39
Michael Ritter, MAS, §§ 37-39
Carina Esbjörnsson, verksamhetschef stöd och service, § 40
Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare, §§ 41-43



§ 35

Godkännande av föredragningslista

Ärende 13 utgår, Anmälan av arbetsutskottets delegeringsbeslut vid sammanträde den 7 mars 2018. Arbetsutskottet tog inga beslut i individ-ärendet vid sammanträdet.

Ärende 15, delgivningar 2-5 utgår.

Socialnämnden beslutar att godkänna föredragningslistan.



§ 36

Dnr 2018.44

700

Verksamhetsprognos per februari 2018

Verksamhetsprognos per februari 2018 redovisas.

- Vård- och socialförvaltningen har fortsatt höga kostnader för placeringar och försörjningsstöd inom individ och familjeomsorgen. Prognosen är baserad på utfall från föregående år, antalet individer som placeras eller avslutar sin placering kan komma att påverka prognosen både positivt och negativt.
- Kommunens insatser för att dämpa arbetslöshet kan få positiv inverkan på utfallet för försörjningsstöd.

Yrkande

Ordföranden föreslår att socialnämnden tar del av och godkänner verksamhetsprognos per februari 2018.

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av och godkänner verksamhetsprognos per februari 2018. Bilaga.

Beslutsexpediering
Kommunstyrelsen

Förvaltning/avdelning: Vård- och Socialförvaltningen

Prognos baserad på redovisning
t.o.m:

Verksamhetsprognos driftbudget (exkl kapitalkostnad)

Budget (belopp tkr)			Prognos helår (belopp tkr)			Nettoavvikelse	Föregående prognos
Kostnader (inkl tilläggsbudget)	Intäkter (inkl tilläggsbudget)	Nettoram	Kostnader	Intäkter	Netto	Prognos helår	
380 847	52 523	328 324	389 821	50 833	338 988	-10 664	0

- ☒ Februari ☐ Mars
☐ April ☐ Maj
☐ Augusti ☐ September
☐ Oktober ☐ November

A. Förvaltnings-/avdelningschefs kommentar om nuläget

Fortsatt höga kostnader för placeringar och försörjningsstöd inom individ och familjeomsorgen påverkar resultatet negativt. Prognosen är baserad på utfall från föregående år, antalet individer som placeras eller avslutar sin placering kan komma att påverka prognosen både positivt och negativt. Kommunens insatser för att dämpa arbetslöshet kan få positiv inverkan på utfallet för försörjningsstöd.

B. Åtgärd/förslag för att komma inom budgetram

	Beaktad i prognos	Kräver poli- tiskt beslut	Behandling i nämnd, datum	Besluts- paragraf	Krävs beslut
1.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej	_____	_____	☐ KS ☐ KF
2.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej	_____	_____	☐ KS ☐ KF
3.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej	_____	_____	☐ KS ☐ KF
4.	☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej	_____	_____	☐ KS ☐ KF

C. Kommenter till avvikelse i förhållande till föregående prognos

VERKSAMHETSPROGNOS DRIFTBUDGET

Prognos baserad på redovisning t.o.m:

2018

☒ Feb ☐ Mars ☐ Apr ☐ Maj
☐ Aug ☐ Sept ☐ Okt ☐ Nov

Förvaltning/avd:

Vård- och Socialförvaltningen

Ändamål	Kostnader (belopp i tkr)			Intäkter (belopp i tkr)			Netto- avvikelse	Kommentarer
	Budget (inkl TA*)	Prognos helår	Prognostiserat över/underskott	Budget (inkl TA*)	Prognos helår	Prognostiserat över/underskott		
007 Nämnd	924	924						
197 Ledn o adm	27 621	27 543	78	273	682	409	487	
700 Biståndsenhet	4 082	4 082						
711 Bost.s.serv,vuxna	33 399	33 399		854	854			
713 Dagverksamh LSS	7 197	7 197		81	81			
717 Personlig ass	31 272	29 553	1 719	22 763	20 704	-2 059	-340	
718 Stödinsatser	7 632	7 632		172	172			
730 Arbetsmarknadsenheten	8 507	8 507		3 716	3 716			
752 Ekonomienhet	16 030	18 220	-2 190	1 758	1 758		-2 190	Hög arbetslöshet påverkar
- varav utbet försörjn.st	11 500	14 016	-2 516				-2 516	
754 Boendestöd	1 488	1 488		8	8			
755 Vuxenenhet/ öppenvård	9 700	11 200	-1 500	775	775		-1 500	Osäkert med utvecklingen av placerade
- varav institutionsvård	5 198	6 698	-1 500	775	775		-1 500	
Transport	147 852	149 745	-1 893	30 400	28 750	-1 650	-3 543	

VERKSAMHETSPROGNOS DRIFTBUDGET

Prognos baserad på redovisning t.o.m:

2018

☒ Feb ☐ Mars ☐ Apr ☐ Maj
☐ Aug ☐ Sept ☐ Okt ☐ Nov

Förvaltning/avd:

Vård- och Socialförvaltningen

Ändamål	Kostnader (belopp i tkr)			Intäkter (belopp i tkr)			Netto- avvikelse	Kommentarer
	Budget (inkl TA*)	Prognos helår	Prognostiserat över/underskott	Budget (inkl TA*)	Prognos helår	Prognostiserat över/underskott		
Transport	147 852	149 745	-1 893	30 400	28 750	-1 650	-3 543	
756 Familjecentralen	107	107						
757 Barn och familj	18 185	24 185	-6 000	2 447	2 447		-6 000	Utvecklingen svårbedömd, tidigt på året
- varav institutionsvård	7 398	13 398	-6 000	2 447	2 447		-6 000	
759 Familjerätt	935	935						
770 Projektmedel								
771 Särskilt boende	92 635	92 734	-99	12 748	12 748		-99	
776 Nattlag	27 359	27 808	-449				-449	
778 Trygghetsboende	1 571	1 571						
781 Hemvård	61 537	61 811	-274	5 488	5 488		-274	
782 Hemsjukvård	21 073	21 689	-616	1 145	1 145		-616	
785 Kommunrehab	9 593	9 236	357	295	255	-40	317	
Summa	380 847	389 821	-8 974	52 523	50 833	-1 690	-10 664	

* TA=tilläggsanslag/-budget



§ 37

Dnr 2018.58

700

Rapportering av avvikelser, missförhållanden samt synpunkter och klagomål 2017

Redovisning lämnas av rapporterade avvikelser, fall, missförhållanden samt synpunkter och klagomål för 2017.

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av rapporterna.

Yrkande

Ordföranden yrkar att socialnämnden tar del av och godkänner rapportering av avvikelser, missförhållanden samt synpunkter och klagomål 2017.

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av och godkänner rapportering av avvikelser, missförhållanden samt synpunkter och klagomål 2017.



§ 38

Dnr 2018.59

700

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Patientsäkerhetsberättelse för vård- och socialförvaltningen 2017 redovisas. I patientsäkerhetsberättelsen framgår följande:

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

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av patientsäkerhetsberättelse 2017.

Yrkande

Ordföranden yrkar att socialnämnden tar del av och godkänner patientsäkerhetsberättelse 2017.

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av och godkänner patientsäkerhetsberättelse 2017.
Bilaga.



Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare

År 2017

2018-02-13

Åsa Engman

Verksamhetschef hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE FÖR VÅRDGIVARE....1

Sammanfattning	4
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Socialnämnden.....	5
Verksamhetschef	5
Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS).....	5
Enhetschef.....	5
Hälso- och sjukvårdspersonal	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Riskanalys.....	8
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	9
Förslag, synpunkter och klagomål	10
Samverkan med patienter och närstående	10
Sammanställning och analys.....	10
Resultat.....	10
Socialnämndens effektmål inom hälso- och sjukvården.....	10
Avvikelsehantering.....	12
Avvikelsehantering fall.....	15
Svenska HALT v 46-47 2017.....	16
PPM Senior Alert, fall, trycksår	17
Palliativ vård.....	17
Övergripande mål och strategier för år 2018.....	19

Sammanfattning

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som uppnåts.

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

Patientsäkerhetsarbetet utgår från ledningssystem för kvalitet (SOSFS 2011:9). Ledningssystem för patientsäkerhet anger hur viktiga processer i patientsäkerhetsarbetet ska planeras styras, ledas och följas upp. Kommunen inväntat klartecken från Socialstyrelsen om införanden av KVÅ planeras att införa klassifikation av vårdåtgärder KVÅ för inhämtning av statistik.

Risker och avvikelser har rapporterats enligt gällande rutiner. Förslag, synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten är en viktig del i lärandet och i kvalitetsarbetet. Patienters och närståendes delaktighet och uppmärksammade brister samt förslag till förbättringar har bidragit i patientsäkerhetsarbetet.

Övergripande mål och strategier

Varje patient som får hemsjukvård ska känna sig trygg i kontakterna med kommunens hälso- och sjukvård. Medarbetarna ska också känna att de har förutsättningar att utföra sitt arbete på ett tryggt och säkert sätt.

Mål och strategier för 2017 har utgått från socialnämndens beslutade effektmål, socialnämndens internkontrollplan, nationellt vårdpreventivt arbete i kvalitetsregister, föreskrift om ledningssystem samt egna identifierade utvecklingsområden.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Socialnämnden

Kommunens ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov. I nämndens ansvar ingår att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god och säker hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden fastställer och följer upp mål i kvalitetsarbetet.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen har de samlade ansvaret för verksamheten och för att behovet av hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården tillgodoses samt för att fastställa formerna för det systematiska kvalitetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS)

Medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

Enhetschef

Enhetschefen tillser att riktlinjer inom hälso- och sjukvårdsverksamheten är väl kända och för att hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs i yrkesutövningen.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet och att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Inom ram för det systematiska patientsäkerhetsarbetet mäts risker och vårdskador genom riskanalys och avvikelshantering. Uppföljning av beslutade åtgärder sker genom analys och reflektion. Lärande och erfarenhetsåterföring är viktiga ingredienser för verksamhetens lärande och ny kunskap.

Uppföljning och utvärdering av patientsäkerhetsarbetet sker kopplat till socialnämndens mål, internkontroll och strategier i verksamheten. Risk och avvikelshantering är en central del. Inkomna synpunkter och klagomål ger värdefull information och är en viktig del i kvalitetsarbetet. Egenkontroller och uppföljningar via deltagande i punktprevalensmätningar inom vissa områden genomförs.

Uppföljningar av förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse ligger till grund för fortsatt arbete som vanligen sker långsiktigt över tid. Resultat av öppna jämförelser och nationella brukarundersökningar där frågor om hälso- och sjukvård finns ger vägledning i vilka förbättringsområden som behöver prioriteras.

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

I länet finns regionala stödstrukturer, etablerade samverkansformer och arenor mellan kommunerna och region Jämtland Härjedalen på politisk nivå och tjänstemannanivå där frågor om patientsäkerhet ingår.

Kompetenshöjning har genomförts för yrkesutövare under året inom områden av betydelse för verksamheten. Fyra sjuksköterskor påbörjade ht 2017 specialistutbildning till distriktssköterska. Hälso- och sjukvårdspersonalen har på olika sätt deltagit i introduktion av sommarvikarier och ferieungdomar tex. förflyttningsteknik och hantering av hjälpmedel via Kommunrehab. Valideringsutbildning till undersköterska har genomförts för femton personer i samverkan med vård- och omsorgscollege. Regionens uppsökande tandvård har hållit utbildning i munhälsa för vårdpersonal, utifrån ansvaret för uppsökande och nödvändig tandvård. Deltagandet i kvalitetsarbete och nationella PPM mätningar samt arbetet via de nationella kvalitetsregistren, utgör också åtgärder som bidrar till ökad patientsäkerhet.Handledning och instruktion och intern fortbildning i specifika hälso- och sjukvårdsåtgärder för vårdnadspersonal är en del i det dagliga arbetet och bidrar

till ökad patientsäkerhet.

Uppföljning genom egenkontroll

Uppföljning av socialnämndens mål och internkontroll sker vid fastställda tidpunkter under året, där målområden inom hälso- och sjukvård ingår. Verksamhetsredovisningar, sammanställning av avvikelshantering samt förslag, synpunkter och klagomål delges nämnden. Uppföljning inom egenkontroll har baserats lagkrav, nämndens beslutande internkontrollplan och egenkontroller med fastlagda redovisningsintervaller under året.

Under 2017 har egenkontroller bl. a omfattat följande områden

- Avvikelserapportering och uppföljning
- Uppföljning av förslag, synpunkter och klagomål
- Nationella PPM- mätningar via Senior Alert
- Folkhälsomyndigheten, PPM mätning v 46-47 avseende vårdrelaterade infektioner och antibiotika användning
- Uppföljning av nattfasta i särskilt boende i samverkan med enhetschef

Därutöver ingår i socialnämndens mål att förbättra nyttjandet av validerad smärtskattning i palliativ vård, samt att erbjuda efterlevandesamtal. Inom Kommunrehab:s verksamhet har uppföljning skett av att minst ett individuellt mål avseende rehabilitering finns i hälsoplanen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Regionala stödstrukturer, politiska och tjänstemannaarenor finns i länet. Under 2017 har samverkansavtal mellan region Jämtland Härjedalen och länets kommuner avseende hemsjukvård reviderats. Bilagor till avtalet reglerar viktiga samverkansområden bl. a läkarmedverkan, medicintekniska produkter, egenvård, läkemedelshantering, m. fl. I lokal samverkan mellan kommunen och primärvården lyfts relevanta och angelägna utvecklingsområden kring hälso- och sjukvården lokalt.

Som ett led i arbetet att förebygga uppkomst av vårdskador görs bl. a riskanalyser, riskbedömningar samt utredning av avvikelser. Under 2017 har ingen avvikelse föranlett anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO).

Av 23 inkomna synpunkter och klagomål, 2017 avsåg ett hälso- och sjukvård. Ärendet har utretts och förbättringar genomförts. Ett enskilt klagomål har kommit från IVO som gällt hälso- och sjukvård.

Riskanalys

Riskanalys genomförs vid förändringar i verksamhet, arbetsmiljö och patientsäkerhet t.ex. inför verksamhetsförändring, vid införande av ny teknik, i arbetsmiljö, i budgetprocessen och i andra förekommande frågor. I enskilda ärenden görs riskanalys med åtgärder som ett led i kvalitetsarbetet.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhetsarbetet har genomförts enligt följande:

1. uppföljningar av informationssäkerheten av större betydelse avser regelbundna loggkontroller enligt rutiner för Meddix, Procapita och nationella patientöversikten (NPÖ).
2. riskanalyser har genomförts i några enskilda ärenden
3. förbättring av informationssäkerheten som är av större betydelse har syftat till att öka medvetenheten kring regler vid elektronisk direktåtkomst av uppgifter i hälso- och sjukvården. Regler för informationssäkerhet har förtydligats i journalhanteringsrutinen utifrån (HSLF-FS 2016:40).
4. som skydd mot olovlig åtkomst till datornätverk och informationssystem finns rutiner för tilldelning av behörigheter och hantering av inloggningsuppgifter vilka är kända i verksamheten.
5. granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har skett i enskilda ärenden.

It Stöd	Syfte	Informationssäkerhet	Incident	Riskanalys
Procapita	Journalföring	Loggning, behörighetstilldelning Rutin vid dataavbrott	Planerade avbrott vid uppgradering av systemet.	
Meddix	Informationsöverföring mellan vårdgivare vid behov av vårdplanering	Loggning, behörighetstilldelning Rutin vid dataavbrott	Ingen	
Pascal	Förteckning över personer med dosdispenserade läkemedel samt deras ordinationshandlingar	Utskrift finns av aktuella ordinationshandlingar Kontakt tas med annan vårdgivare (regionen) vid behov av information om ordinationer	Uppgradering av systemet har skett under året utan att några problem uppstod	
NPÖ	Möjlighet för legitimerad personal att ta del av andra vårdgivares journalhandlingar	Samtycke inhämtas från den enskilde Loggning Behörighetstilldelning Vid avbrott i systemet sker informationsöverföring via telefon eller fax.	Vid uppgraderingar av regionens journalsystem har det saknats åtkomst till informationsmängder Vissa informationsmängder t.ex. fysiologi finns inte tillgängliga i systemet	
Palliativa registret	Höja kvaliteten på den palliativa vården	Samtycke ska vara inhämtat innan registrering sker	Ingen	
Senior Alert	Riskbedöma och vidta åtgärder vid risk undernäring, fall, trycksår och munhälsa	Samtycke inhämtas innan registrering sker Resultat journalförs i Procapita	Ingen	

Häls- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Risker och händelser inom hälso- och sjukvården som medfört eller kunnat medföra vårdskada rapporteras enligt rutiner i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ärenden utreds av MAS. Uppföljning sker regelbundet i verksamheten. Vid allvarigare händelser görs anmälan enligt Lex Maria till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO).

Sammanställning och analys görs årligen och återförs till vårdgivaren, förvaltningsledningen och verksamheten.

Förslag, synpunkter och klagomål

Förslag, synpunkter och klagomål kan komma in till förvaltningen på olika sätt, t. ex via brev, mail, telefon, direkt till förvaltningen, till verksamheten och olika yrkesutövare. Samverkan sker med patientnämnden och inspektionen för vård- och omsorg (IVO) i klagomål som inkommit till dessa myndigheter som rör kommunens hälso- och sjukvård. Vid allvarigare händelser görs anmälan enligt Lex Maria till IVO. Sammanställning och analys görs årligen och återförs till vårdgivaren, förvaltningsledningen och verksamheten.

Samverkan med patienter och närstående

Patienter och närstående är viktiga aktörer och kan vara medskapande i hälso- och sjukvården. Erfarenheter som erhålls i kontakter med verksamheten och under vårdtiden är viktiga. Anhörigvårdare kan inom anhörigstöd bidra med värdefull information om förutsättningar som anhörigvårdare. Förslag, synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten är en viktig del i kvalitetsarbetet.

Sammanställning och analys

Sammanställning sker årligen med redovisning till socialnämnden, förvaltningsledning och i linje. Verksamheterna ansvarar för genomgång och analys av sina resultat.

Resultat

I socialnämndens vårdgivaransvar ingår olika former av stöd-, vård- och omsorgsinsatser till personer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är att de tjänster och insatser som ges ska svara mot hög patientsäkerhet och vara av god kvalitet.

Socialnämndens effektmål inom hälso- och sjukvården

Rehabiliteringsverksamheten

Utifrån fullmäktiges inriktningsmål att *vårdtagare/brukares inflytande över sin vardag ska öka* har social- nämndens effektmål följts upp.

Granskningen som genomförts är att de kvinnor och män som utifrån ett hemsjukvårdsbehov haft kontakt med arbetsterapeut, respektive fysioterapeut/sjukgymnast ska 80 % av kvinnor och män ha ett individuellt formulerat mål i hälsoplanen. Mätperiod 2017-01-01 tom 2017-12-31.

Resultat arbetsterapeuter 2017:

Första halvåret: Andelen som har ett individuellt formulerat mål i hälsoplanen är 40 % (varav kvinnor 55 %, män 45 %).

Andra halvåret: Andelen som har ett individuellt formulerat mål i hälsoplanen är: 36 % (varav kvinnor 55 %, män 45 %)

Resultat fysioterapeuter/sjukgymnaster 2017:

Första halvåret: Andelen som har ett individuellt formulerat mål i hälsoplanen är 41 % (varav kvinnor 61 %, män 39 %).

Andra halvåret: Andelen som har ett individuellt formulerat mål i hälsoplanen är: 46 % (varav kvinnor 62 %, män 38 %).

Analys och kommentar:

Insamling av registerdata för hemsjukvård/kommunrehab är liten. Journalgranskning bedöms som enda möjligheten till en total bild. Nationellt saknas bra journalgranskningsmodeller för hemsjukvård. Under 2019 avser Socialstyrelsen att införa KVÅ¹. Efter införandet kommer statistik lättare att kunna följa insatser i journal.

Sjuksköterske/distriktssköterskeverksamhet

Fullmäktiges inriktningsmål *verksamheten bedrivs så att det är tryggt och säkert* har följts upp inom socialnämndens effektmål avseende sjuksköterske/distriktssköterskeverksamheten. Granskning har genomförts av andel personer 65 år och äldre som smärtskattats i palliativ vård under sista levnadsveckan vilket ska uppgå till 80%, samt granskning av andel närstående till avlidna 65 år och äldre som erbjudits eftersamtal under ett år/kalenderår , vilket också ska uppgå till 80%. Mätperiod 2017-01-01 tom 2017-12-31

Resultat validerad smärtskattning sista levnadsveckan:

2017: 53 % (2016: 39 %)

Resultat erbjudande till närstående om eftersamtal:

2017: 71 % (2016: 50 %)

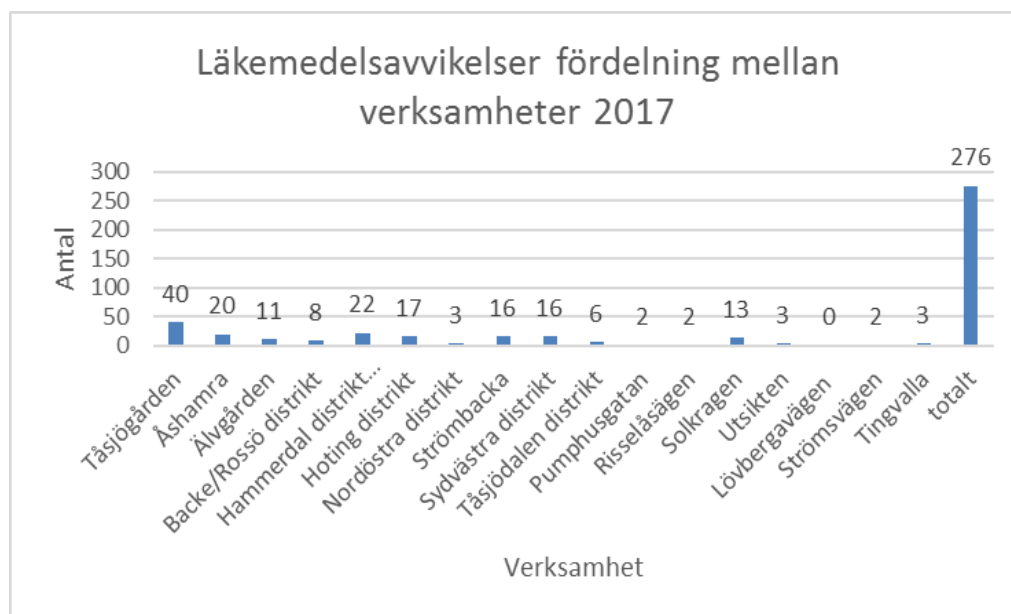
¹ Klassifikation av vårdåtgärder.

Analys och kommentar:

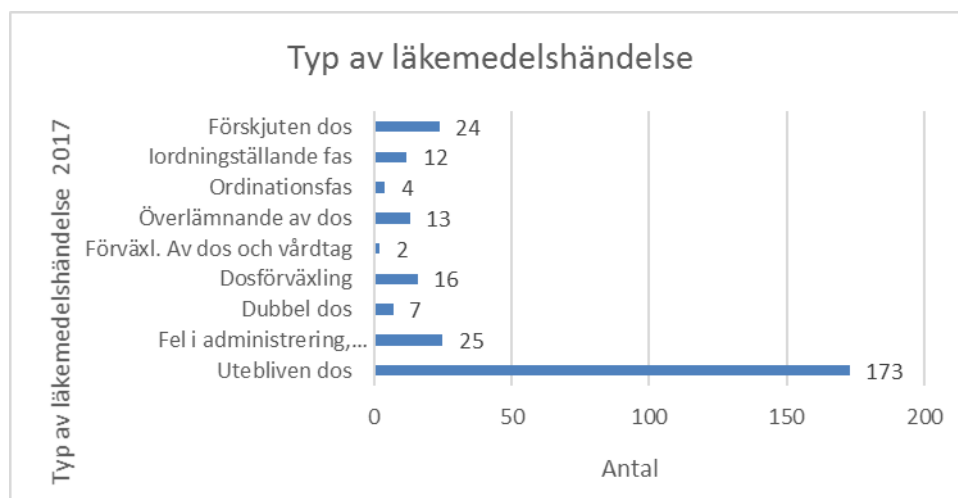
Resultatet hämtas från Palliativa registret och redovisar andel avlidna 65 år och äldre som sista levnadsveckan smärtskattats med validerat instrument samt andel avlidna 65 år och äldre där närstående erbjudits eftersamtal. Viss förbättring av resultat har skett från 2016. Verksamheten har ett fortsatt uppdrag att aktivt arbeta med frågan.

Avvikelsehantering

Rapportering enligt (SOSFS 2011:9) ledningssystem för kvalitet. Sammanställning av rapporterade läkemedelsavvikelser samt andra typer av avvikelser inom hälso- och sjukvårdsområdet, 2017 inom vård- och socialförvaltningen.

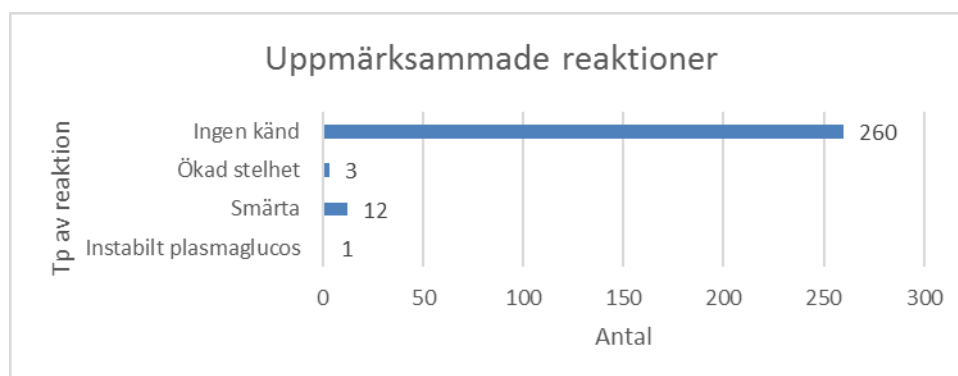


För 2017 var antalet rapporterade läkemedelsavvikelser 276 stycken, en minskning med 57 rapporter (17 %). Minskningen ligger inom normalvariationen.



Uteblivna läkemedelsdoser dominerar. *Dubbeldosering*: 7 stycken. *Dosförväxling*: 16 avvikelser har rapporterats 2017. Sett över år ligger dubbeldos och dosförväxlingar mellan 10-14 / år och typ av händelse. *Förväxling av dos och vårdtagare*: 2 rapporter.

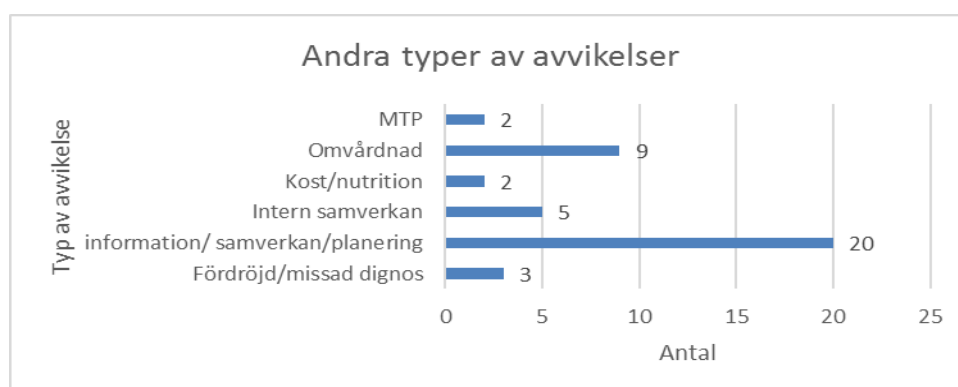
Fel i administrering: 25 avvikelser, kan hänföras till utebliven dos. *Förskjuten dos*: 24 rapporter, avser att läkemedelsdos ej givits och kontakt har tagits med sjuksköterska för information om dosen kunnat ges på annat klockslag. *Iordningställandefas*: 12 rapporter avser dosettindelning. *Ordinationsfas*: 4 rapporter handlar om oklarheter kring givna ordinationer.



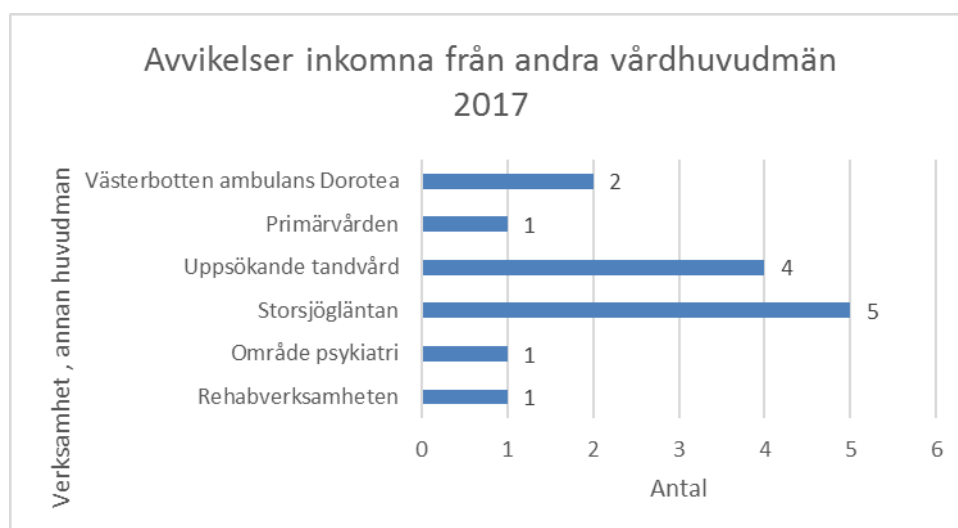
I de flesta fresta fall har ingen reaktion inträffat till följd av läkemedelshändelserna. Rapportering och uppföljning har skett från sjuksköterska. Läkare kontaktats för ordination om extra observationer eller läkemedelsjustering samt uppföljning av laborativvärden.



Antal läkemedelsavvikelser per år över tid, 2013-2017, ger i medeltal per år under 5år 302,8 läkemedelsavvikelser per år.



Andra typer av avvikelser som inkommit 2017 avser i huvudsak samverkan, vårdplanering, informationsöverföring. Informationsöverföring och samverkan i vårdens övergångar är ett viktigt område att kontinuerligt arbeta med ur patientsäkerhetsperspektiv. Vårdhuvudmännen i länet har ett gemensamt ansvar för förbättrade metoder och arbetssätt i dessa frågor.



2017 har 14 rapporter inkommit från andra vårdhuvudmän, mot-

svarande för 2016 var 10 rapporter. Svar avgivits till rapporterande enheter. Förbättring har genomförts i verksamheten.

Genomförda utredningar under 2017

Under år 2017 har 14 utredningar genomförts avseende avvikelser från andra vårdhuvudmän. 11 interna utredningar har slutförts avseende vård, behandling, samverkan och läkemedel som hanterats inom ram för ledningssystemet och utifrån skyldigheten att rapportera avvikelser.

Enskilda klagomål från Inspektionen för vård- och omsorg (IVO)

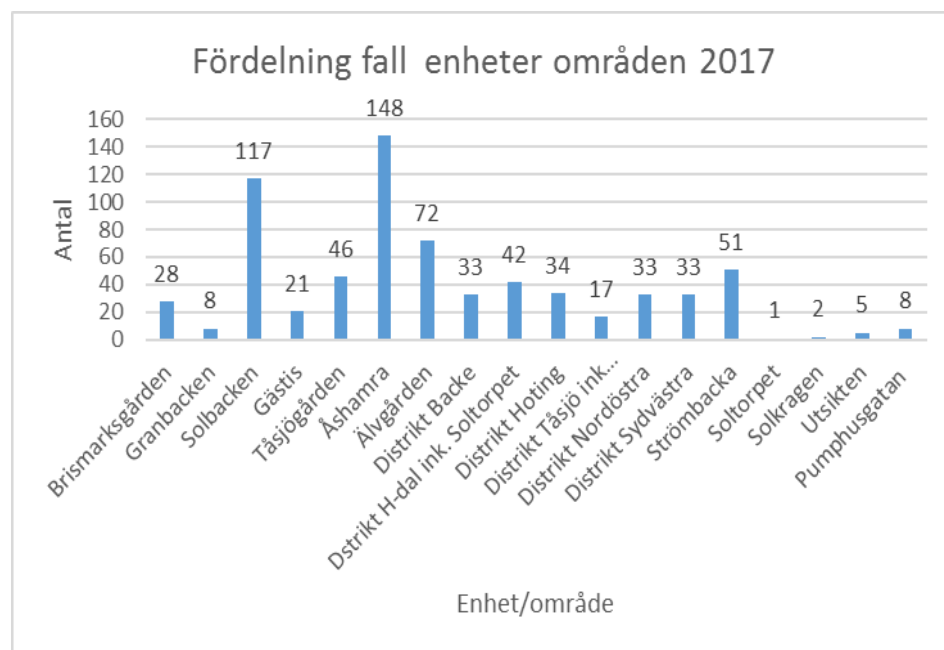
Under 2017 har förvaltningen mottagit och utrett ett enskilt klagomål inom hemsjukvården. Ärendet avsåg hemsjukvård i särskilt boende och brist i dokumentation. IVO fattade beslut i ärendet 2017-09-05 och bedömde det som tillräckligt utrett. Åtgärder som vidtagits avslutades därmed från IVO. Ingen kritik riktades mot vårdgivaren.

Anmälan om vårdskada 2017

Ingen anmälan om vårdskada/risk för vårdskada har inletts från vård- och socialförvaltningen till Inspektionen för vård- och omsorg 2017.

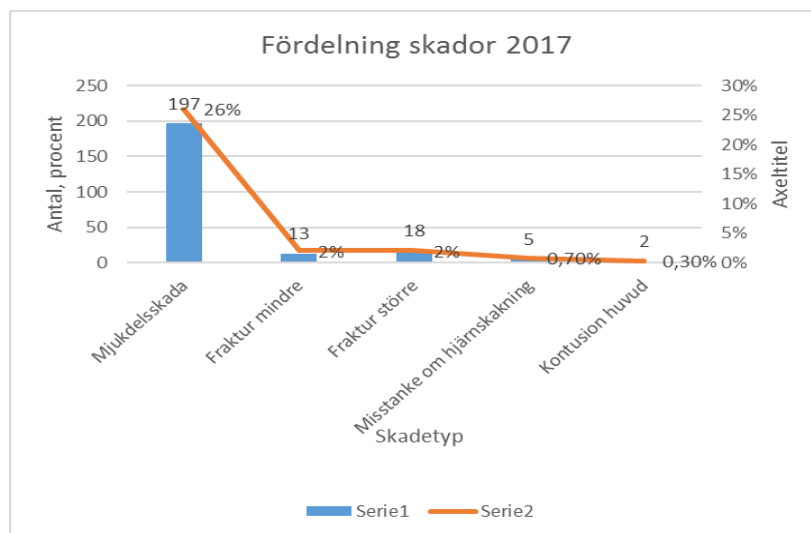
Avvikelsehantering fall

Redovisningen avser 2017 års falltillbud och skador enligt föreskrift om ledningssystem för kvalitet (SOSFS 2011:9)



2017 redovisades 767 fallavvikelser, en ökning med 66 rapporter

(9%) från 2016, då 701 fallavvikelser inkom. 18 personer står för 262 av de totalt rapporterade fallen (34%).



2017 redovisas 197 mjukdelsskador (26%) som tex. ömhet i muskler, hematom, etc. 13 mindre frakturer (2%), 18 stycken större frakturer (2%), 5 misstanke om hjärnskakning med ledning av symtombild. Därutöver har 2 fall som ej varit undvikbara inträffat med kontusion.

Svenska HALT v 46-47 2017

Vecka 46-47 2017 genomfördes den tredje punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom kommunala verksamheter i Sverige via Senior alert.

Vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige	2016 Strömsunds Särskilt boende	2017 Strömsunds Särskilt boende
Totalt inkluderade vårdtagare v 46-47, 2017	157	155
Antal kvinnor	102	93
Antal män	55	62
Antal > 80 år	117	112
Antal > 85 år	90	87
Antal vårdtagare med bekräftad infektion förvärvad på säbo	0	3
Andel vårdtagare med bekräftade infektioner förvärvade på SÄBO	0 %	1%

Andel vårdtagare med antibiotika	5 %	2%
Totalt antal antibiotikabehandlingar	9	4

2017 resultat av HALT, punktprevalensmätning v 46-47 via Folkhälsomyndigheten. Resultatet visar en låg andel antibiotikabehandling också för 2017. Av antalet antibiotikabehandlingar var 3 terapeutisk behandling och en, profylaktisk behandling.

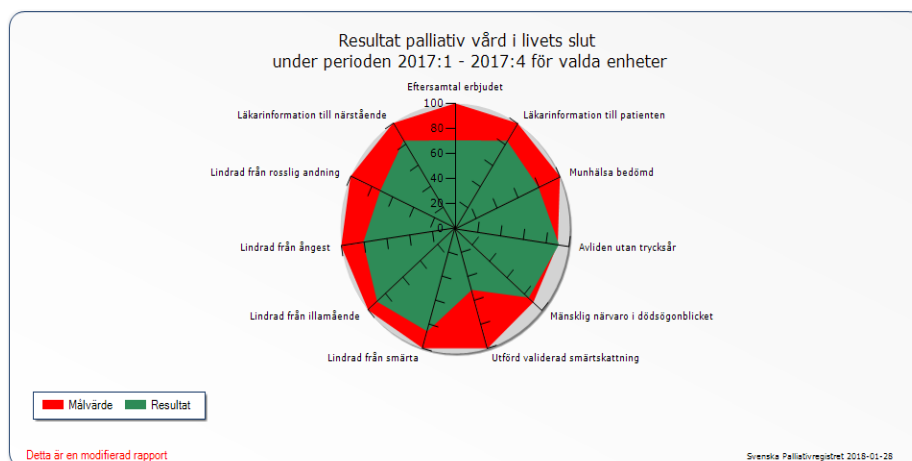
PPM Senior Alert, fall, trycksår

2017 års resultat av PPM mätningen för fall och trycksår via Senior Alert är tyvärr försenad. Något resultat kan därav inte anges i 2017 års patientsäkerhetsberättelse.

Indikator	2016	2017	Förändring
Trycksår antal	77	65	↑
BMI < 22, antal personer	86	92	↓
Fall, antal	236	213	↑
Munhälsa grad 2 antal personer	80	80	→

Sammanställningen visar totalen för Strömsunds kommun under åren 2016, 2017 baserat på gjorda riskbedömningar under året i både särskilt och ordinärt boende

Palliativ vård



Spindeldiagrammet visar förbättringsarbetet inom olika indikatorer vid vård i livets slut. Erbjudande om eftersamtal, läkarinformation till patienten, mänsklig närvaro i dödsögonblicket och validerad smärtskattning har förbättrats under 2017. Munhälsobedömning har förbättrats något. Smärtlindring, frånvaro av trycksår och läkarinformation till närstående ligger lika som 2016.

Övergripande mål och strategier för år 2018

Förslag till förbättringar	Ansvarig	Uppföljning
Palliativt förbättringsarbete - smärtskattning med validerat instrument, dokumentera löpande - erbjuda eftersamtal till närstående, ta fram struktur för erbjudande om eftersamtal ssk/dsk och EC - Ökad registrering i palliativa registret för bättre underlag om resultat palliativ vård samt ökad täckningsgrad	Ssk/dsk i samverkan med enhetschef	2018 SN mål
Bedömning, riskbedömning avseende trycksår samt att dessa avvikelserapporteras	Ssk/dsk	Löpande samt 2018
Varje person som har kontakt med fysioterapeut och /eller arbetsterapeut ska ha ett individuellt formulerat mål i patientjournalen	EC Kommunrehab	2018 SN mål
Minska antalet och andelen frakturer vid fall	Hälso- och sjukvårdspersonal MAS	Löpande under 2017, 2018 01 kontinuerligt, samt i samverkan med FoU Jämt inom ram för regionslat samverkansarbete 2018
Avtal och uppföljning om läkarsamverkan	Verksamhetschef samt enhetschefer för hemsjukvården	Löpande. Ny struktur 2018
Införa Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) under 2018-2019 efter beslut från Socialstyrelsen om införande	Dokumentationsgruppen	2018-2019



§ 39

Dnr 2018.39

700

Verksamhetsredovisning hemsjukvård 2017

Redovisning lämnas över 2017 års verksamhet inom hemsjukvård.

- Årets händelser.
- Mål och resultat.
- Kvalitet, undersökningar.
- Internkontroll, egenkontroll.
- Personal, bemanning och kompetens.
- Ekonomi.
- Framtiden och utvecklingsbehov.

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av verksamhetsredovisning för 2017.

Yrkande

Ordföranden yrkar att socialnämnden tar del av och godkänner verksamhetsredovisning hemsjukvård för 2017.

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av och godkänner verksamhetsredovisning hemsjukvård för 2017. Bilaga.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 1 av 7 Datum 2018-02-26
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr 2018.39-700 SN 2018-02-21 § 39
Utredare/handläggare Åsa Engman	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Verksamhetsredovisning Hemsjukvård 2017

Kommunens hemsjukvård ger insatser till alla åldersgrupper som har behov därav. Hälso- och sjukvårdens krav på god- och säker vård uppfylls genom hög kompetens hos yrkesutövarna, engagemang och flexibilitet. Att patienter känner trygghet i kontakter med hemsjukvården är av yttersta vikt. Rätt insatser utifrån behov, ekonomi i balans, medarbetare och en väl fungerande arbetsplats är ledord.

Årets händelser

Internt samarbete

Under 2017 har ett fortsatt arbete skett för att utveckla samarbetsformer inom beredskapsorganisationen för distriktssköterskor. Den förväntade volym ökningen avseende primärvårdsberedskap i samband med övertagandet i maj 2016, har inte realiserats under 2017.

Sommaren 2017

Sommaren 2017 har generellt varit mycket ansträngd och pressad i samtliga områden framför allt för sjuksköterskor, distriktssköterskor. Svårigheter att ta ut semestrar och ledigheter, med en del inbeordring och senarelagd semester förekom för att klara verksamheten. Möjligheten att kunna vara ledig för återhämtning är viktigt för ett hållbart arbetsliv.

Samverkansavtalet

Samverkansavtalet för en samlad hälso- och sjukvård och socialtjänst i Jämtlands län, kallat "hemsjukvårdsavtalet" trädde i kraft 170401. Implementering har pågått under hela 2017 och fortsätter under 2018. Det finns ett fortsatt behov av nära samverkan med regionen i frågorna kring avtalet. Arbetet med anpassning till ny lagstiftning om samverkan vid utskrivning från slutenvård och nytt it system för vårdplanering har pågått hösten 2017 och kommer att fortgå också 2018.

Samverkan med regionen

I Hammerdal har det funnits och finns fortfarande en del oro kring att hälsocentralen lagts ned, vilket skapat viss stress hos sjuksköterskor/distriktssköterskor då deras verksamhet påverkas i stor utsträckning.



Förvaltning
Vård- och socialförvaltningen

Ärendenr/diariennr

Utredare/handläggare
Åsa Engman

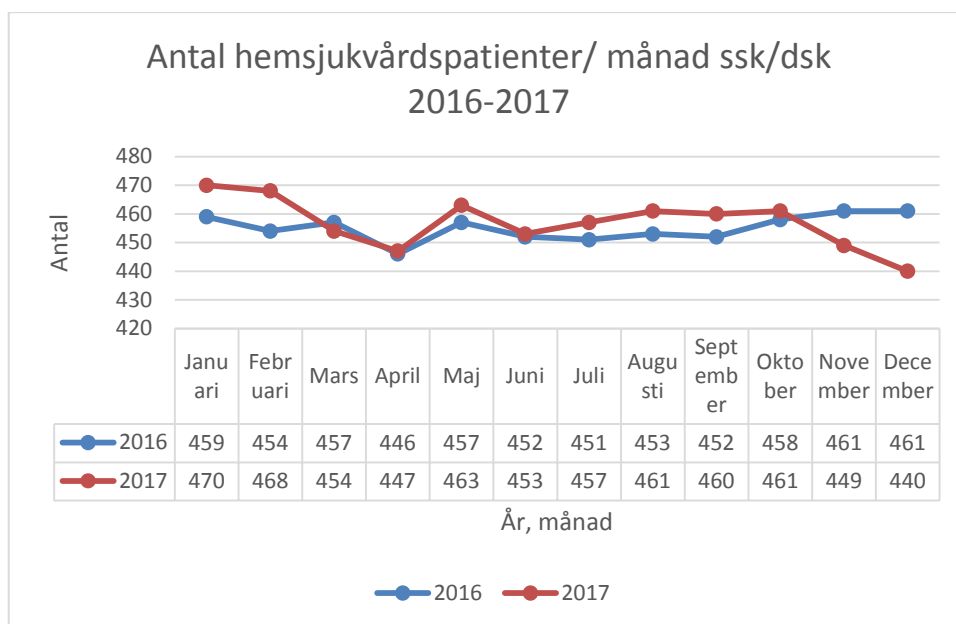
Nämnd/styrelse
Socialnämnden

Mål och resultat

*Antal patientkontakter per helår,
arbetsterapeuter och fysioterapeuter/ sjukgymnaster*

Period	Yrkesutövare	2016	2017
Antal patientkontakter Januari- december	Arbetsterapeuter	774	742
Antal patientkontakter Januari- december	Fysioterapeuter	470	364

*Antal patienter per månad med regelbunden hemsjukvård,
ordinärt och särskilt boende*



Socialnämndens effektmål 2017

Fysioterapeuter/sjukgymnaster, arbetsterapeuter

Utifrån fullmäktiges inriktningsmål att *vårdtagare/brukares inflytande över sin vardag ska öka* har socialnämndens effektmål följts upp 20170101-20171231. Granskningarna som genomförts för arbetsterapeuter respektive fysioterapeuter/ sjukgymnaster är följande:

- Av de kvinnor och män som utifrån ett hemsjukvårdsbehov haft kontakt med arbetsterapeut respektive med fysioterapeut/sjukgymnast, ska 80 % av kvinnor och män ha ett individuellt formulerat mål i hälsoplanen.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 3 av 7 Datum 2018-02-26
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Åsa Engman	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Resultat arbetsterapeuter 2017

Första halvåret: 40 % (varav kvinnor 55 %, män 45 %.)

Andra halvåret: 36 % (varav kvinnor 55 %, män 45 %)

Resultat fysioterapeuter/sjukgymnaster 2017

Första halvåret: 41 % (varav kvinnor 61 %, män 39 %).

Andra halvåret: 46 % (varav kvinnor 62 %, män 38 %).

Analys av resultatet 2017 har visat att följande faktorer inverkat på möjligheten att på ett effektivt sätt få ut uppgifter om mål: gemensam journal innebär att dokumenterade mål inte blir sökbara för en yrkeskategori, hänvisning från andra yrkesgrupper görs i journalanteckningar för att minska dubbeldokumentation, insatser kan vara av mer arbetsteknisk art, t. ex. vid palliativ vård och individuellt formulerat mål har då inte angetts, vid mindre komplexa behov och insatser dokumenteras målsättning direkt under ordination, där också sökordet mål finns, ej i hälsoplanen.

Journalgranskning bedöms som enda möjligheten till en total bild. Nationellt saknas bra journalgranskningsmodeller för hemsjukvård. Under 2019 avser Socialstyrelsen att införa KVÅ¹. Efter införandet kommer förutsättningarna att kunna följa insatser i journal att öka.

Sjuksköterskor/distriktssköterskor

Fullmäktiges inriktningsmål *verksamheten bedrivs så att det är tryggt och säkert* har följts upp inom socialnämndens effektmål avseende sjuksköterskor/distriktssköterskor. Granskningar som genomförts via uppgifter i palliativa registret 170101-171231 är följande:

- andel personer 65 år och äldre som smärtskattats i palliativ vård under sista levnadsveckan ska uppgå till 80%
- andel närstående till avlidna 65 år och äldre som erbjudits eftersamtal under ett år/kalenderår ska uppgå till 80%.

Resultat validerad smärtskattning sista levnadsveckan:

2017: 53 % (2016: 39 %)

Resultat erbjudande till närstående om eftersamtal:

2017: 71 % (2016: 50 %)

Smärtskattning:

Analys av resultatet 2017 har visat att följande faktorer bidragit till att målet inte uppfyllts: dödsfallsenkäten har inte fyllts i fullständigt avseende

¹ Klassifikation av vårdåtgärder.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 4 av 7 Datum 2018-02-26
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Åsa Engman	Nämnd/styrelse Socialnämnden

frågan om smärtskattning, tolkningsutrymme finns i enkätfrågan, visst bortfall finns då alla dödsfall inte är förväntade vilket medför att smärtskattning sista levnadsveckan inte är möjligt.

Eftersamtal

Att målet inte uppnåtts beror på följande: dödsfallsenkäten har inte fyllts i fullständigt avseende frågan om eftersamtal och viss underrapportering kan finnas, eftersamtal är inte förbehållet sjuksköterska utan kan initieras och ske i samverkan med enhetschef, eller enbart av enhetschef, frågan i enkäten handlar om att ge ett erbjudande och avser inte genomförandet

Resultaten har förbättrats något sedan 2016. Verksamheten behöver också under 2018 fortsatt aktivt arbeta med frågan och fördjupat förstå innebörden och vikten av att göra skillnad för den enskilde genom att följa dessa indikatorer i förbättring av palliativ vård.

Kvalitet, undersökningar

Kvalitet

Under 2017 har förbättringar genomförts inom följande områden

- Samverkansavtal om hemsjukvård har tagits fram mellan kommunerna och Region Jämtland Härjedalen
- Anpassning av arbetssätt utifrån nytt hemsjukvårdsavtal, vilket fortgår
- Kompetenshöjning och anpassning mot ny lagstiftning om samverkan vid utskrivning från slutenvård som trätt i kraft 1 januari 2018
- Kompetenshöjning för förbättrad kvalitet inom områden i hälso- och sjukvården där behov funnits
- Rutiner och riktlinjer som styr hälso- och sjukvårdsarbetet har reviderats utifrån ny och ändrad lagstiftning, samt föreskrifter

Undersökningar

Riskbedömning, punktprevalensmätning (PPM) via Senior Alert och Folkhälsomyndigheten

Uppföljning av fall, trycksår, undernäring och munhälsobedömningar, används för att säkerhetsställa kvaliteten. Regelbundna riskbedömningar har genomförts i särskilt boende utifrån individuella behov hos den enskilde. 2017 resultat av Folkhälsomyndighetens punktprevalensmätning (HALT) om antibiotikabehandling och vårdrelaterade infektioner v. 46-47 visade en låg andel (2%) antibiotikabehandlade.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjielte	TJÄNSTESKRIVELSE Datum 2018-02-26	Sidan 5 av 7
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr	
Utredare/handläggare Åsa Engman	Nämnd/styrelse Socialnämnden	

Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017

Ordinärt boende 2017	
Hur bedömer du ditt hälsotillstånd	
Mycket gott/ganska gott/någorlunda	
2017	2016
80%	77%

Den enskildes egen skattning av sitt upplevda hälsotillstånd har förbättrats något sedan 2016. Den egna upplevelsen av måendet är betydelsefullt för att kunna hantera tillvaron.

Särskilt boende 2017			
Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov		Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov	
Mycket lätt/ganska lätt		Mycket lätt/ganska lätt	
2017	2016	2017	2016
89%	85%	71%	61%

Resultatet visar en god tillgänglighet för sjuksköterskor gällande särskilt boendet och har förbättrats sedan 2016. Möjligheten att träffa läkare har också förbättrats och ytterligare utveckling kan ske.

Internkontroll, egenkontroll

Centraliserad beredskapsorganisation

Beredskapsorganisation för distriktssköterskor i hemsjukvård har följts upp i socialnämndens internkontrollplan också 2017. Under perioden januari tom december har ärenden under jourtid varierat mellan 56-154 ärenden per månad varav 1-7 ärenden per månad har utgjorts av primärvårdsuppdrag. Den större volymen är från hemsjukvårdsverksamheten.

Samordnad individuell plan SIP

Hemsjukvården varit delaktiga i uppföljning inom socialnämndens internkontroll gällande samordnad individuell plan (SIP), nattfasta och anhörigstöd.

Egenkontroll

Avvikelsehantering, synpunkter och klagomål samt riskanalyser är en del i vårdgivarens egenkontroll utifrån föreskrift om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), vilket rapporteras kontinuerligt. Exempel på andra egenkontroller som genomförts har skett utifrån patientdatalagen (SFS 2008:355) och lagregler om sammanhållen journalföring. Dessa är loggtag i verksamhetssystemet Procapita, vårdplaneringssystemet Meddix, nationella patientöversikten (NPÖ).

 Strömsunds Kommun Stracemien tjielte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 6 av 7 Datum 2018-02-26
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Åsa Engman	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Personal, bemanning, kompetens

Hälso- och sjukvårdspersonalen har en hög formell och reell kompetens. Hemsjukvårdens största utmaning är att klara personal och kompetensförsörjning och att rekrytera personal med den kompetens som krävs utifrån de krav som ställs på verksamheten. Tack vare stor lojalitet och flexibilitet hos alla medarbetare har det fungerat hjälpligt, men är inte hållbart över tid. Det är framförallt i Backe/Hoting området och kvällstjänsterna som är svårrekryterade och sårbara. Inom kommunrehab har det under 2017 funnits vakanser på fysioterapeut/sjukgymnast som medfört ökad belastning, hårdare prioriteringar och längre väntan på insats.

Utbildning, fortbildning

Fortbildning sker kontinuerligt inom hälso- och sjukvårdsområdet och det ingår i yrkesansvaret att bibehålla/ fylla på kompetens. Hemsjukvården har också ett gott renommé i utbildningsfrågor och studenterna har varit mycket nöjda med sin praktik.

- Fyra sjuksköterskor påbörjade specialistutbildning till distriktssköterska ht 2017
- Studenter från sjuksköterskeprogrammet och distriktssköterskeutbildningen har tagits emot utifrån avtal.
- Kommunrehab hade under vt. 2017 fyra studenter, både från arbetsterapeut- och fysioterapeutprogrammet.
- Delar av hemsjukvården sjuksköterskor/distriktssköterskor deltog i äldreomsorgsdagarna 2017.
- Planeringsdagar i maj 2017 med fokus på den egna arbetsmiljön och "sammansvetsning", samt rutiner och riktlinjer har genomförts i ett område.
- Kortare webbutbildningar har genomförts inom aktuella områden
- Kommunrehab har deltagit i regional Otago² utbildning
- I nov. 2017 deltog Kommunrehab's verksamhet i konferens gällande demensvård i Umeå.
- Utöver detta har fortbildning skett efter behov b. la. via hjälpmedelscentralen för Kommunrehab's yrkesutövare samt primärvårdsdagar och läkemedelsstämma för sjuksköterskor via regionen.
- Kompetenshöjning har getts till semestervikarier/vårdpersonal, feriearbetare och omvårdnadselever avseende förflyttningsteknik, hjälpmedelshantering, läkemedelshantering, stomivård, sondmatning och sårvård mm.

² Otago exercise programme to prevent falls in older adults

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 7 av 7 Datum 2018-02-26
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Åsa Engman	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Ekonomiskt utfall

Hemsjukvården har som helhet legat inom ram 2017 och redovisade ett överskott på 1,5 mkr. Vakanser inom sjuksköterskegruppen och Komunrehab p.g.a rekryteringssvårigheter, samt minskade kostnader för hyreshjälpmedel/ rullstolar har bidragit till överskottet.

Framtiden och utvecklingsbehov

- Största utmaningen ligger i att klara personal och kompetensförsörjning under dygnets alla timmar, samt rekrytering av de kompetenser som krävs inom hemsjukvården
- Region Jämtland Härjedalens intentioner att driva mot mer nära vård, där primärvården är basen nära befolkningen, med utökning av distansoberoende teknik, kommer att påverka den kommunala hälso- och sjukvården. Det är i dag inte möjligt att se igenom omfattningen och inbörden
- Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård från 2018-01-01 och nytt it-stöd för vårdplanering som nyligen tagits i bruk ställer krav på justeringar i arbetssätt och krav på samverkan att planera hempatienter
- Översyn av rutiner tillsammans med regionen vad gäller läkarinsatser, provtagningsrutiner mm, då det inte fungerar tillfredställande i alla områden
- Utökat nyttjande av distansoberoende teknik och utveckling genom e-Hälsa samt projektet VælTel för smidigare arbetssätt
- Att vårdpersonal kan dokumentera åtgärder inom hälso- och sjukvården direkt i verksamhetssystemet i procapita utifrån sitt ansvar bedöms som prioriterat att komma vidare med efter införandet inom socialtjänsten/ äldreomsorg SoL

Åsa Engman
Verksamhetschef hälso- och sjukvård
Vård- och socialförvaltningen



§ 40

Dnr 2018.39

700

Verksamhetsredovisning stöd och service 2017

Verksamhetsredovisning lämnas för stöd och service i Strömsunds kommun för verksamhetsåret 2017.

Förslag till beslut

Socialnämnden föreslås ta del av verksamhetsredovisningen för stöd och service 2017.

Yrkande

Ordföranden yrkar att socialnämnden tar del av och godkänner verksamhetsredovisning för stöd och service 2017 samt att uppdra till vård- och socialförvaltningen att återkomma till arbetsutskottet den 8 maj 2018 för fortsatt diskussion.

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden tar del av och godkänner verksamhetsredovisning för stöd och service 2017. Bilaga.
2. Socialnämnden uppdrar till vård- och socialförvaltningen att återkomma till arbetsutskottet den 8 maj 2018 för fortsatt diskussion.

Beslutsexpediering

Vård- och socialförvaltningen

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Datum Sidan 1 av 8
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr 2018.39-700 Bil SN 2018-03-21 § 40
Utredare/handläggare Carina Esbjörnsson	Nämnd/styrelse Socialnämnden

VERKSAMHETSREDOVISNING STÖD OCH SERVICE - 2017

Årets händelser i stort

Mitt första sju månader som verksamhetschef inom verksamheten för stöd och service, tidigare LSS har handlat mycket om att se och lära. Direkt i slutet av maj fick vi ett akut komplicerat ärende inom personlig assistans. En privat assistansförmedling deklarerade att de inte kunde fullgöra uppdraget och lämnade med kort varsel över ärendet till kommunen. Detta ärende har tagit mycket tid och kraft av alla enhetschefer. Till dags dato har vi ännu inte lyckats bemanna så att det blir hållbart. Med stor oro och anspänning för anhöriga och för oss som verkställare av insatsen.

En LSS-samordnare/administratör anställdes i april. Administratören avlastar enhetscheferna med all rapportering till Försäkringskassan, redovisning av kort och kontanta medel, fakturering, inköp med mera. Förutom detta verkställer hon även stödinsatser enligt LSS.

Bemanningsenheten startade upp för vård- och socialförvaltningen i Strömsund och Hammerdal. Bemanningen administrerar det mesta kring timvikarier. Till exempel skriver de alla anställningsavtal vilket avlastar enhetschef. Enhetschef beställer vikarier och bemanningen tillhandahåller.

Trots detta var sommaren kaotisk. På enheten var i genomsnitt två chefer i tjänst, tidvis endast en på grund av sjukdom. Det var otroligt mycket sjukfrånvaro bland personalen i våra verksamheter och bland vikarier. Enhetschef fick ägna all tid till att beställa vikarier, styra om bland befintlig personal, att beordra in ordinarie personal från semester samt låta personal gå kort. Det ligger ett enormt logistikarbete i detta då det är sexton olika arbetsgrupper och sexton olika scheman att hålla koll på. Alla har gjort det bästa som gått utifrån dessa förutsättningar. Att det ändå gick så bra som det gjorde kan vi tacka våra fantastiska medarbetare och enhetschefer för.

Under sommaren gjorde Arbetsmiljöverket en inspektion i en personlig assistentgrupp med anledning av en mycket allvarlig händelse med hot, slag och aggressivitet inblandat. Detta medförde att det blev svårt att bemanna i gruppen. Utifrån arbetsmiljöverkets krav utbildades gruppen i förebyggande bemötande vid hot och våld situationer under hösten.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Datum Sidan 2 av 8
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Carina Esbjörnsson	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Gruppen utrustades också med överfallslarm och beredskap infördes under en tid.

Situationen som sådan och att jag som verksamhetschef inte kunnat lägga all kraft på LSS under 2017 medförde tyvärr att en enhetschef sade upp sig i december.

Bostad med särskild service

Det finns sju boenden med särskilt stöd och service där brukare får individanpassat stöd. Sex boenden finns i Strömsund och ett i Hammerdal. Boendeformerna är gruppboendestad, serviceboendestad eller annan särskilt anpassad bostad. I boendet tillgodoses behov av stöd på olika nivå och personal finns i tjänst dygnet runt. Ett serviceboende stöttar förutom brukare med beslut enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, även brukare med hemtjänstinsatser och boendestöd enligt socialtjänstlagen, SoL. Detta görs till viss del i samarbete med individ- och familjeomsorgen, IFO.

Dagverksamhet

Dagverksamheten består av flera mindre enheter inom Strömsund. Det bedrivs verksamhet på Landön, Pumphusgatan 12, Café Saga och Kajen samt via utegruppen. Utegruppen och Kajen samverkar med det lokala näringslivet och har utvecklat ett gott samarbete med de lokala företagen och utför arbete hos Engcon och Nordplåt och på kommunens återvinningscentral Lia. Tack vare den egna bussen kan de anpassa dagar och tider när de, dagverksamhetens personal och brukare, finns på plats ute på företagen.

I huvudsak har personerna inom dagverksamheten beslut enligt LSS. Några personer har beslut om daglig verksamhet enligt socialtjänstlagen. Fyra brukare som har personlig assistans deltar i dagverksamhet och på företag tillsammans med egna assistenter.

Personlig assistans

Under året har åtta brukare med personlig assistans valt kommunen som utförare. I kommunen finns dessutom två brukare där anhörig har en anställning. Vi har elva brukare som valt privat utförare. Två nya brukare har tillkommit under året där en har valt kommunen som utförare. Tre har inte beviljats assistansersättning från Försäkringskassan. Två brukare har fått beslut om assistansersättning omprövade där antalet beviljade

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Datum Sidan 3 av 8
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Carina Esbjörnsson	Nämnd/styrelse Socialnämnden

timmar föreslås minska avsevärt med hänvisning till att den utförda insatsen är insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Besluten är överklagade.

Försäkringskassan har under 2017 infört en allt strängare tillämpning vid bedömning av grundläggande behov vid ansökan och omprövning av personlig assistans. Detta utifrån en dom i hovrätten. Regeringen stoppade detta i höstas eftersom detta skulle ha medfört att mycket stora kostnader fördes över till kommunen och att många som idag har personlig assistans skulle mista rätten till assistansersättning. Genom regeringens agerande återgick man till den tillämpning som fanns innan 27 oktober 2017 och det föreslås förtydligas genom att det skrivs in i lag och förordning.

Bestämmelsen om tvåårsprövning har tillfälligt tagits bort ur lagen (51 kap. SFB). Ändringen ska gälla under begränsad tid i väntan på LSS-utredningen som ska vara klar hösten 2018. I bestämmelsen förtydligas också när omprövning av rätten till assistansersättning på grund av ändrade förhållanden ska göras. Denna omprövning handlar då om situationer där behovet av assistans minskat.

Bostad med särskild service barn och unga

Insatsen sker uteslutande genom avtal med utförare utanför kommunen. Det är i huvudsak avtal om elevhemsboende i Östersunds kommun men det finns även brukare i andra delar av landet. Det är svårt att tillgodose brukares specifika behov och önskemål på ett kostnadseffektivt sätt. Många skolor med specialinriktning har egna boenden till dyra kostnader för verkställare. En brukare har plats på skola med tillhörande boende vilket medför stora kostnader för förvaltningen.

Övriga insatser

Avlösarservice och ledsagning verkställs i huvudsak med personal inom verksamheten. För vissa insatser finns behov av personer som kan lägga en del av sin tid på en person med funktionsnedsättning och stötta denna person genom att vara kontaktperson eller stödfamilj. Det är svårt att hitta lämpliga uppdragstagare. Trots annonsering visar få personer intresse för denna typ av insats. Det gör att beslut inte alltid kan verkställas inom tre månader.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Datum Sidan 4 av 8
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Carina Esbjörnsson	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Personal, bemanning, kompetens

Under våren genomfördes en verksamhetsträff där samtliga enheter möttes för gemensam information och utbildning. Socialchefen beskrev förvaltningens och verksamheternas ekonomiska läge och vilka påverkansfaktorer som finns. Det var mycket uppskattat av våra anställda. Dessutom utbildades kring arbetsmiljöverkets föreskrift organisatorisk och social arbetsmiljö med särskilt fokus på kommunens riktlinjer och arbetssätt kring kränkande särbehandling. Föreläsningen "Födda med träsiga vingar" avslutade träffen. Stina och Maria är födda med mycket olika cp skador. De berättade om olika situationer inom vården, skolan, arbete, fritid och situationer där deras funktionsnedsättningar spelar olika stor roll fysiskt och psykiskt. De beskrev tydligt den maktposition som vårdpersonal har och hur de inte ses som individer utan som att de är funktionsnedsättningen.

Verksamheten har under året haft en viss rörlighet av personal. Detta beror dels på önskemål från medarbetare om att få möjlighet att prova annat arbete men också för att få önskad tjänstgöringsgrad. Bristen på vikarier blir mer och mer påtaglig. Detta påverkar verksamheten negativt genom att det blir nödvändigt strukturera om i arbetsgrupperna. Det vill säga flytta om medarbetare för att kunna tillgodose verksamheternas behov vilket tar mycket av enhetschefernas tid.

Under hösten har rekrytering av enhetschefer pågått. Tyvärr med få sökande med erforderlig kompetens och erfarenhet.

Verksamheten har under året tagit emot praktikanter från arbetsförmedlingen och från verksamhetsförlagd utbildning.

Kvalitet

Rapportering om risk för missförhållanden och avvikelser samt synpunkter och klagomål.

2017 har det inkommit fyra Lex Sarah-rapporter inom stöd och service. En händelse har polisanmälts och denna händelse har också anmälts till IVO. Händelsen som anmälades till IVO handlade om stöld av brukares egna medel. Detta har lett till att vi gör en grundlig genomgång av hur rutiner kring kontanta medel och kort tillämpas i praktiken inom alla verksamheter inom området stöd och service. Det finns fog att strama upp hanteringen kring kontanta medel och kort ytterligare för såväl brukarnas medel som för kommunens medel.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Datum Sidan 5 av 8
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Carina Esbjörnsson	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Mål och resultat

Mål	Resultat
Kvinnor och män i grupp- eller serviceboende enligt LSS ska inte bli utsatta för våld och hot om våld.	KKiK mått: Andel boendeplatser där hot eller våld mot brukare inte förekommit på boendet under de sex senaste månaderna, uppgick till 61%. Motsvarande siffra för 2016 var 89%.

Följande antal har haft insatsen enligt LSS någon gång under året:

Insats	2017	2016
Avlösarservice	0 brukare	0 brukare
Bostad särskild stöd service för barn och unga/Familjehem	16 brukare (9 män, 7 kvinnor)	17 brukare (10 män, 7 kvinnor)
Bostad med särskild service för vuxna	49 brukare (29 män, 20 kvinnor)	46 brukare (29 män, 17 kvinnor)
Dagverksamhet	34 brukare (25 män, 9 kvinnor)	39 brukare (29 män, 10 kvinnor)
Kontaktperson	40 brukare (22 män, 17 kvinnor)	43 brukare (24 män, 19 kvinnor)
Korttidstillsyn skolungdom över 12 år	2 brukare (2 män)	3 brukare (3 män).
Korttidsvistelse utanför egen hemmet	7 brukare (6 män, 1 kvinna)	8 brukare (7 män, 1 kvinna)
Ledsagarservice	2 brukare (1 man, 1 kvinna)	2 brukare (1 man, 1 kvinna)
Personlig assistans, kommunen som utförare	10 brukare (8 män, 2 kvinnor) varav 2 brukare med PAN-anställning.	9 brukare (7 män, 2 kvinnor) varav 2 brukare med PAN-anställning.
Råd och stöd	0 brukare	1 brukare (kvinna).

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Datum Sidan 6 av 8
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Carina Esbjörnsson	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Socialnämndens mål

Händelser med hot eller våld mot brukare i verksamheten handlar främst om brukare som agerar aggressivt eller våldsamt mot andra brukare och/eller mot personal. Det är svårt att bedöma om andra brukare upplever obehag av det som inträffar särskilt när brukaren saknar förmåga att uttrycka sig själv. Det är rimligt att anta att det finns en underrapportering kring denna typ av händelser.

Internkontroll VSF

Process	Resultat	Analys
Genomförandeplaner upprättas för kvinnor och män inom LSS grupp- och service-bostäder.	Andelen kvinnor och män med beslut om grupp- eller servicebostad med genomförandeplan 2017-10-01 100% (30 män och 15 kvinnor)	Målet att 100% av brukarna i bostad med särskild service har genomförandeplaner är uppnått.

Ekonomiskt utfall

Kostnaderna för personlig assistans fortsätter att öka och tynger extra med -3,2 mnkr. Underskottet för bostad med särskild service beror framför allt på ökande personalomkostnader. Det handlar om fortsatt mycket korttidssjukfrånvaro. Men det beror också på brist på vikarier vilket gör att ordinarie personal beordras in i allt högre omfattning.

Assistansförmedling

Vi har tre brukare som anlitar privat assistansförmedling där Försäkringskassan har avslagit rätten till assistansersättning. Detta innebär att förvaltningen får stå för hela kostnaden för insatsen.

Personlig assistans – kommunen som utförare

I ett personligassistansärende har ansökan om förhöjt timbelopp lämnats in under hösten. I två ärenden har besked kommit från försäkringskassan om neddragning av timmar. Detta har överklagats. Sedan regeringen sade stopp ligger dessa ärenden på is. Om besluten får laga grund innebär detta en merkostnad för kommunen motsvarande cirka två heltidstjänster.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Datum Sidan 7 av 8
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Carina Esbjörnsson	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Framtiden och utvecklingsbehov

Under mina sju månader inom stöd och service (LSS) har jag identifierat en rad förbättringsområden. Jag har påbörjat vad jag kallar en genomlysning av verksamheten. Men det är sårbart när enhetschefsgruppen är så instabil. Det går inte att fränse från att ständiga chefsbyten har påverkat verksamheten för stöd och service (LSS). Inte minst blir det tydligt när vi får ett oerhört komplext nytt ärende inom personlig assistans egentligen utan möjlighet till god förberedelse. Det finns lite utrymme för detta men det måste ändå göras. Under året har vi inte lyckats bemanna upp gruppen och det ställer stora krav på den befintliga gruppen, brukarens närstående och enhetscheferna. Inom vår verksamhet finns idag små möjligheter till andra lösningar som till exempel avlastning genom korttidsboende. Vi kan köpa tjänsten externt men inte utan att sända med personal. Och då blir det ingen lösning för att minska pressen på den befintliga personalen. När det blir en ledig lägenhet i någon gruppboende är det kanske dags att se över möjligheten att skapa en korttidsplats för avlastning med stöd av befintlig personal i gruppboendet.

Verksamhetens boenden består av flera små enheter där antalet brukare också minskat förutom när det gäller Tingvallagruppen. Det finns ett behov av att se över hur insatser inom stöd och service utförs och hur vi använder vår personal på ett så bra och effektivt sätt som möjligt. Vi behöver också se över vilka brukare som bor vart. Eller egentligen hur vi organiserar kring vår personal kontra brukarnas behov av insatser. Med det menar jag att vi kan behöva se över hur det ser ut inom de olika boendena och inom dagverksamheten. Hur ser blandningen av brukare ut? Diagnostiserar kontra behov och insatser? Kompetens och utbildning hos personalen. Hur arbetar vi med äldre brukare med mera. Till detta kommer också hur vi kan organisera för att minimera effekter av att det inte finns ersättare vid frånvaro.

Relevant kritik kommer från verksamheterna över alla chefsbyten. Men det handlar inte om chefsbytet i sig utan det är mer om att den chef som kommer istället för den ordinarie inte känner till verksamheten, brukarna eller personalen. Det finns behov av att enhetschefer arbetar närmare verksamheterna och att chefer arbetar mer tillsammans för att minska sårbarheten och det tapp som uppstår vid ordinarie chef frånvaro. Vi behöver också se över organisationen kring vilka enheter och hur många enheter en enhetschef ska arbetsleda? Är det rimligt att arbeta så brett som enhetschefer gör idag? Det handlar inte minst om arbetsmiljön för

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Datum Sidan 8 av 8
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Carina Esbjörnsson	Nämnd/styrelse Socialnämnden

chefer och medarbetare. Att minimera stress och att bli trygg med sin uppgift och sitt uppdrag.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, är under om-
arbetning. Ett förslag till ny lag ska presenteras hösten 2018. Hur den
kommer att utformas vet vi inte så mycket om i dagsläget. Gunilla Malm-
borg, regeringens utredare säger att hennes avsikt inte är att lämna för-
slag som innebär försämringar för barn och deras familjer. Det kommer
troligen en översyn kring privata assistansförmedlingar med större krav
på insyn och redovisning. Hur utredningen ser på hur insatsen personlig
assistans kommer att se ut kontra insatser enligt hälso-och sjukvårdsla-
gen, HSL eller socialtjänstlagen, SoL vet vi inte i nuläget.

Carina Esbjörnsson
Verksamhetschef Stöd och service



§ 41

Dnr 2017.183

700

Internkontrollplan 2018, risk- och väsentlighetsbedömningar

Socialnämnden ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och ändamålsenlig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt. Nämnden ska därför årligen upprätta och fastställa en plan för den interna kontrollen.

Nämnden fastställde 2017-12-20 § 176 plan för internkontroll 2018. Arbetsutskottet gav förvaltningen i uppdrag att fortsätta utveckla arbetssätt och dokumentation av risk- och väsentlighetsbedömningar.

Utifrån revisionsrapport från april 2017 om den interna kontrollen i kommunen har ett förslag till mall för dokumentation av risk- och väsentlighetsbedömning tagits fram. Förslag till bedömningar av samtliga kontrollpunkter i interkontrollplan 2018 har utförts.

Beredning

AU § 19/2018

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden fastställer mall "Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll". Bilaga.
2. Socialnämnden ställer sig bakom förvaltningens förslag till risk- och väsentlighetsbedömningar som gjorts för samtliga kontrollpunkter i internkontrollplan 2018. Bilaga.

Beslutsexpediering

Vård- och socialförvaltningen

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Mall
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställd: AU 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Process som bedömts	
Varför valdes denna process?	
Poäng (skriv in siffra) samt motivering till poäng	
Datum	Bedömning gjord av (namn, befattning)

VÄSENTLIGHET (konsekvens)	Poäng					
Mycket allvarlig	4	5	6	7	8	
Allvarlig	3	4	5	6	7	
Kännbar	2	3	4	5	6	
Lindrig	1	2	3	4	5	
Försumbar	0	1	2	3	4	
	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik	Mycket sannolik	RISK (sannolikhets)

Bedömning av risk

Identifiera organisationens viktigaste processer. I analysen ingår att identifiera potentiella risker eller felkällor, en bedömning av konsekvenserna, samt i vilken grad vi kan kontrollera riskerna.

Vägledning för poängsättning vid riskbedömning (sannolikhetsnivåer för fel)

- Osannolik - risken är praktiskt taget obefintlig att fel ska uppstå.
- Mindre sannolik - risken är mycket liten att fel ska uppstå.
- Möjlig - det finns risk för att fel ska uppstå.
- Sannolik - det är mycket troligt att fel kan uppstå.
- Mycket sannolik - det är mycket troligt att fel ska uppstå.

Bedömning av väsentlighet

Ekonomiska, politiska, tekniska, mänskliga och verksamhetsmässiga konsekvenser för kommunen eller för enskilda kommuninvånare, vilka kan uppstå vid fel och brister i olika processer.

Vägledning för poängsättning vid bedömning av väsentlighet (påverkan på verksamhet/kostnad om fel uppstår)

- Försumbar - är obetydlig för de olika intressenterna och kommunen.
- Lindrig - uppfattas som liten av såväl intressenter som kommun.
- Kännbar - uppfattas som besvärande för intressenter och kommun.
- Allvarlig - är så stor att fel helt enkelt inte bör inträffa.
- Mycket allvarlig - är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa.

Från och med risk- och väsentlighetspoäng 5 bör kontrollåtgärder övervägas.

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Mall
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställd: AU 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Ref. Handbok för intern kontroll, fastställd kommunchef 2011-11-25

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Checklista
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställt: AU 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Process som bedömts	1. Uppföljning av nämndens beslut
Varför valdes denna process?	Viktigt för att nämndens styrning av verksamheten ska fungera.
Poäng (skriv in siffra) samt motivering till poäng	5. Möjligt, allvarligt. Möjligt med missar i kommunikationen mellan nämnd och verksamhet vilket kan leda till allvarliga konsekvenser om beslut inte verkställs.
Datum	Bedömning gjord av (namn, befattning)
2018-02-16	Gudrun Öjbrandt, bitr. förvaltningschef Åsa Engman, verksamhetschef hälso- och sjukvård Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

VÄSENTLIGHET (konsekvens)	Poäng					
Mycket allvarlig	4	5	6	7	8	
Allvarlig	3	4	5	6	7	
Kännbar	2	3	4	5	6	
Lindrig	1	2	3	4	5	
Försumbar	0	1	2	3	4	
	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik	Mycket sannolik	RISK (sannolikhet)

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Checklista
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställd: AU 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Process som bedömts	2. Ekonomiskt bistånd, dokumentation i individärenden.
Varför valdes denna process?	Allvarligt både för nämnden och enskilda om processen inte fungerar
Poäng (skriv in siffra) samt motivering till poäng	6. Sannolik, allvarlig. Sannolik utifrån tidigare resultat av internkontroll samt allvarlig för den enskilde.
Datum	Bedömning gjord av (namn, befattning)
2018-02-16	Gudrun Öjbrandt, bitr. förvaltningschef Åsa Engman, verksamhetschef hälso- och sjukvård Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

VÄSENTLIGHET (konsekvens)	Poäng					
Mycket allvarlig	4	5	6	7	8	
Allvarlig	3	4	5	6	7	
Kännbar	2	3	4	5	6	
Lindrig	1	2	3	4	5	
Försumbar	0	1	2	3	4	
	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik	Mycket sannolik	RISK (sannolikhet)

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Checklista
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställd: AU 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Process som bedömts	3. Genomförandeplaner för kvinnor och män inom hemtjänst.
Varför valdes denna process?	Säkerställa att genomförandeplaner finns så att den enskilde kunnat påverka hur insatser ska ges.
Poäng (skriv in siffra) samt motivering till poäng	5. Möjlig, allvarlig. Brister i systematiskt arbetssätt kan skapa risker att genomförandeplaner inte upprättas utifrån biståndsbeslutade insatser. Det är allvarligt om den enskilde inte ges möjlighet till delaktighet i utförande av insatser. Insatser kan dock ges även utan genomförandeplan.
Datum	Bedömning gjord av (namn, befattning)
2018-02-16	Gudrun Öjbrandt, bitr. förvaltningschef Åsa Engman, verksamhetschef hälso- och sjukvård Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

VÄSENTLIGHET (konsekvens)	Poäng					
	4	5	6	7	8	
Mycket allvarlig	4	5	6	7	8	
Allvarlig	3	4	5	6	7	
Kännbar	2	3	4	5	6	
Lindrig	1	2	3	4	5	
Försumbar	0	1	2	3	4	
	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik	Mycket sannolik	RISK (sannolikhet)

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Checklista
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställd: AU 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Process som bedömts	4. Genomförandeplaner för kvinnor och män inom särskilt boende.
Varför valdes denna process?	Säkerställa att genomförandeplaner finns så att den enskilde kunnat påverka hur insatser ska ges.
Poäng (skriv in siffra) samt motivering till poäng	5. Möjlig, allvarlig. Brister i systematiskt arbetssätt kan skapa risker att genomförandeplaner inte upprättas utifrån biståndsbeslutade insatser. Det är allvarligt om den enskilde inte ges möjlighet till delaktighet i utförande av insatser. Insatser kan dock ges även utan genomförandeplan.
Datum	Bedömning gjord av (namn, befattning)
2018-02-16	Gudrun Öjbrandt, bitr. förvaltningschef Åsa Engman, verksamhetschef hälso- och sjukvård Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

VÄSENTLIGHET (konsekvens)	Poäng					
	4	5	6	7	8	
Mycket allvarlig	4	5	6	7	8	
Allvarlig	3	4	5	6	7	
Kännbar	2	3	4	5	6	
Lindrig	1	2	3	4	5	
Försumbar	0	1	2	3	4	
	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik	Mycket sannolik	RISK (sannolikhet)

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Checklista
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställd: 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Process som bedömts	5. Genomförandeplaner för kvinnor och män inom LSS grupp- och servicebostäder.
Varför valdes denna process?	Säkerställa att genomförandeplaner finns så att den enskilde kunnat påverka hur insatser ska ges.
Poäng (skriv in siffra) samt motivering till poäng	5. Möjlig, allvarlig. Brister i systematiskt arbetssätt kan skapa risker att genomförandeplaner inte upprättas utifrån biståndsbeslutade insatser. Det är allvarligt om den enskilde inte ges möjlighet till delaktighet i utförande av insatser. Insatser kan dock ges även utan genomförandeplan.
Datum	Bedömning gjord av (namn, befattning)
2018-02-16	Gudrun Öjbrandt, bitr. förvaltningschef Åsa Engman, verksamhetschef hälso- och sjukvård Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

VÄSENTLIGHET (konsekvens)	Poäng					
	4	5	6	7	8	
Mycket allvarlig	4	5	6	7	8	
Allvarlig	3	4	5	6	7	
Kännbar	2	3	4	5	6	
Lindrig	1	2	3	4	5	
Försumbar	0	1	2	3	4	
	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik	Mycket sannolik	RISK (sannolikhet)

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Checklista
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställd: AU 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Process som bedömts	6. Biståndsbeslut om särskilt boende, två steg
Varför valdes denna process?	Införandet beslutades av SN 2014. Processen innebär individanpassade insatser även i särskilt boende. Implementeringen behöver påskyndas.
Poäng (skriv in siffra) samt motivering till poäng	7. Mycket sannolik, allvarlig. Resultatet från föregående års internkontroll pekar på att det är mycket sannolikt att beslut inte fattas i två steg. Det kan ge allvarliga konsekvenser för den enskilde samt skapar svårigheter för verkställarna.
Datum	Bedömning gjord av (namn, befattning)
2018-02-16	Gudrun Öjbrandt, bitr. förvaltningschef Åsa Engman, verksamhetschef hälso- och sjukvård Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

VÄSENTLIGHET (konsekvens)	Poäng					
Mycket allvarlig	4	5	6	7	8	
Allvarlig	3	4	5	6	7	
Kännbar	2	3	4	5	6	
Lindrig	1	2	3	4	5	
Försumbar	0	1	2	3	4	
	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik	Mycket sannolik	RISK (sannolikhet)

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Checklista
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställt: AU 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Process som bedömts	7. Dokumenthanteringsplan
Varför valdes denna process?	Planen behöver hållas aktuell för att ge stöd till nämnd och förvaltning.
Poäng (skriv in siffra) samt motivering till poäng	5. Sannolik, kännbar. Verksamheten omfattar många personer som hanterar stora mängder dokument av varierande slag. Risk att gallra något som ska bevaras. Risk att bevara dokument av oro att göra fel om man gallrar vilket gör mindre skada men skapar oordning
Datum	Bedömning gjord av (namn, befattning)
2018-02-16	Gudrun Öjbrandt, bitr. förvaltningschef Åsa Engman, verksamhetschef hälso- och sjukvård Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

VÄSENTLIGHET (konsekvens)	Poäng					
Mycket allvarlig	4	5	6	7	8	
Allvarlig	3	4	5	6	7	
Kännbar	2	3	4	5	6	
Lindrig	1	2	3	4	5	
Försumbar	0	1	2	3	4	
	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik	Mycket sannolik	RISK (sannolikhet)

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Checklista
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställd: AU 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Process som bedömts	8. Delegationsordning
Varför valdes denna process?	Delegation från nämnd till tjänstemän behöver ske utifrån vad som får delegeras och med rätt hänvisning
Poäng (skriv in siffra) samt motivering till poäng	6. Möjligt, mycket allvarligt. Fel skulle kunna uppstå beroende på att delegationsordningen inte stämmer. Beslut som fattas blir inte giltiga vilket kan vara mycket allvarligt.
Datum	Bedömning gjord av (namn, befattning)
2018-02-16	Gudrun Öjbrandt, bitr. förvaltningschef Åsa Engman, verksamhetschef hälso- och sjukvård Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

VÄSENTLIGHET (konsekvens)	Poäng					
Mycket allvarlig	4	5	6	7	8	
Allvarlig	3	4	5	6	7	
Kännbar	2	3	4	5	6	
Lindrig	1	2	3	4	5	
Försumbar	0	1	2	3	4	
	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik	Mycket sannolik	RISK (sannolikhet)

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Checklista
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställt: AU 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Process som bedömts	9. Lokala värdighetsgarantier äldreomsorg
Varför valdes denna process?	Leva upp till lokala värdighetsgarantier.
Poäng (skriv in siffra) samt motivering till poäng	5. Möjligt, allvarligt. Det är möjligt att inte alla värdighetsgarantier beaktas för varje individ. Det kan bli allvarligt för den enskilde om värdegrunden i äldreomsorgen inte genomsyrar insatserna.
Datum	Bedömning gjord av (namn, befattning)
2018-02-16	Gudrun Öjbrandt, bitr. förvaltningschef Åsa Engman, verksamhetschef hälso- och sjukvård Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

VÄSENTLIGHET (konsekvens)	Poäng					
Mycket allvarlig	4	5	6	7	8	
Allvarlig	3	4	5	6	7	
Kännbar	2	3	4	5	6	
Lindrig	1	2	3	4	5	
Försumbar	0	1	2	3	4	
	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik	Mycket sannolik	RISK (sannolikhet)

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Id nr: 70-76
Version: 1.0

Typ: Checklista
Upprättad av: verksamhetscontroller

Uppdateras: vid behov

Fastställd: AU 2018-03-07 § 19
SN 2018-03-21 § 41

Risk- och väsentlighetsbedömning internkontroll

Process som bedömts	10. Samordnad individuell plan, SIP
Varför valdes denna process?	Bevaka att insatser för enskilda planeras, genomförs och följs upp enligt syftet med SIP. Trolig underrapportering av förekomst.
Poäng (skriv in siffra) samt motivering till poäng	6. Möjlig, mycket allvarlig. Möjligt att enskild befattningshavare inte uppmärksammar behov av samordning för den enskilde som kan leda till mycket allvarliga konsekvenser.
Datum	Bedömning gjord av (namn, befattning)
2018-02-16	Gudrun Öjbrandt, bitr. förvaltningschef Åsa Engman, verksamhetschef hälso- och sjukvård Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

VÄSENTLIGHET (konsekvens)	Poäng					
Mycket allvarlig	4	5	6	7	8	
Allvarlig	3	4	5	6	7	
Kännbar	2	3	4	5	6	
Lindrig	1	2	3	4	5	
Försumbar	0	1	2	3	4	
	Osannolik	Mindre sannolik	Möjlig	Sannolik	Mycket sannolik	RISK (sannolikhet)



§ 42

Dnr 2018.60

739

Internkontroll: Lokala värdighetsgarantier äldreomsorg

Socialnämnden fastställde internkontrollplan för 2018 den 20 december 2017,
§ 176

Att lokala värdighetsgarantier beaktas i genomförandeplaner ska rapporte-
ras till socialnämnden två gånger per år, mars och november

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av och godkänner redovisningen.

Yrkande

Ordföranden yrkar att socialnämnden beslutar enligt förslag till beslut.

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av och godkänner redovisning av internkontroll
gällande lokala värdighetsgarantier för äldreomsorg. Bilaga.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 1 av 5 Datum 2017-03-05
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr 2018.60-739 Bil SN 2018-03-21 § 42
Utredare/handläggare Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Rapport internkontroll, lokala värdighetsgarantier i äldreomsorg

Process/rutin

Lokala värdighetsgarantier i äldreomsorg

Vad kontrolleras/Kontrollmoment

Att lokala värdighetsgarantier beaktas i genomförandeplaner.

Frekvens

2 ggr/år genom stickprov av genomförandeplaner med redovisning till socialnämnden, mars och november.

Kontrollansvar

Kvalitetsutvecklare, Vård- och socialförvaltningen

Metod/Hur sker kontrollen

Ett utskick har gjorts per mejl med instruktioner till samtliga enhetschefer inom äldreomsorgen. Vid detta tillfälle har närvård Frostviken exkluderats då de lokala värdighetsgarantierna i äldreomsorgen först nyligen antagits av närvårdsnämnden.

Frågor har ställts angående de värdighetsgarantier som går att utläsa i genomförandeplan och vilka finns beskrivna i resultatdelen.

I urvalet strävades efter en jämn fördelning mellan kvinnor och män.

Resultat/Utfall

Totalt granskades 98 genomförandeplaner vilket motsvarar 22% av de personer som bor i särskilt boende eller har hemtjänst med dagliga insatser.



Förvaltning
Vård- och socialförvaltningen

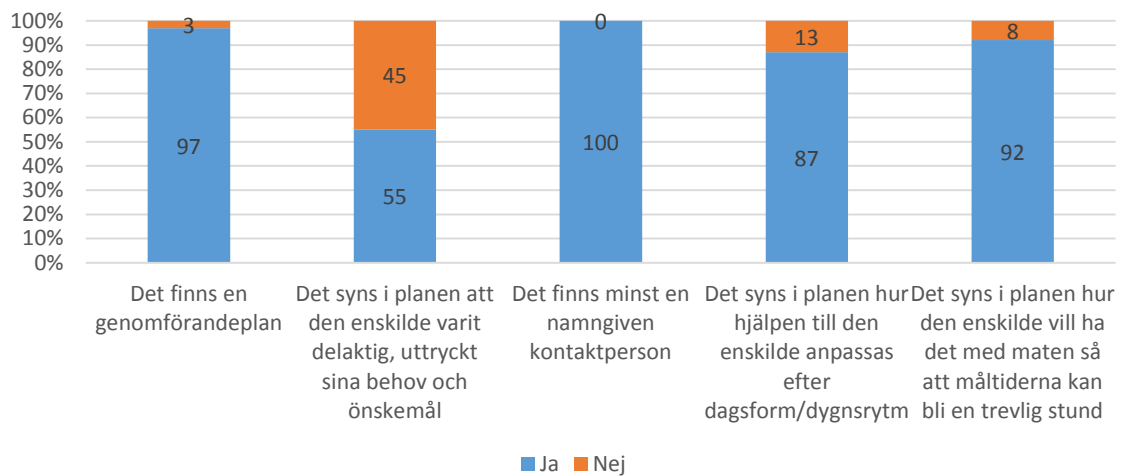
Ärendenr/diariennr

Utredare/handläggare
Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

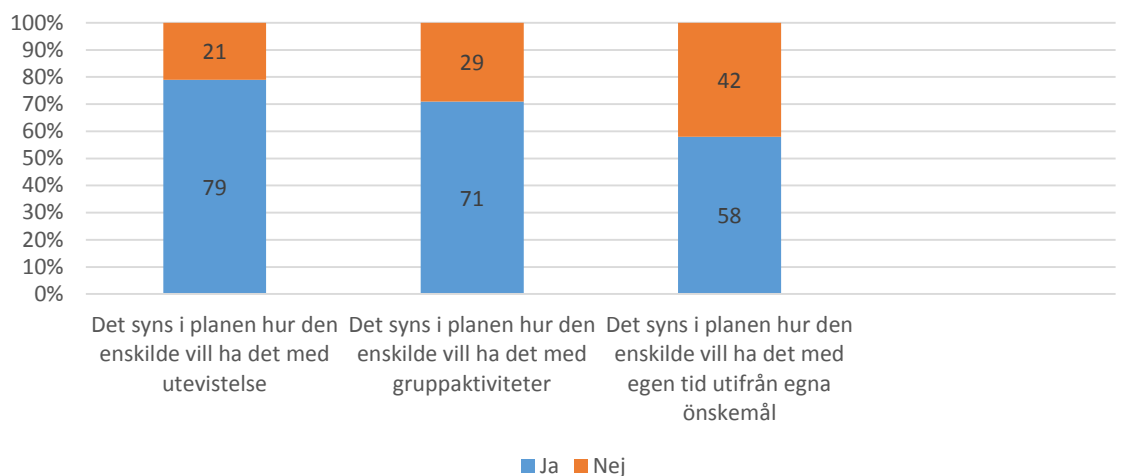
Nämnd/styrelse
Socialnämnden

Särskilt boende:

Lokala värdighetsgarantier - särskilt boende, andel där garantier uppfylls respektive inte uppfylls i ett urval av genomförandeplaner, februari 2018

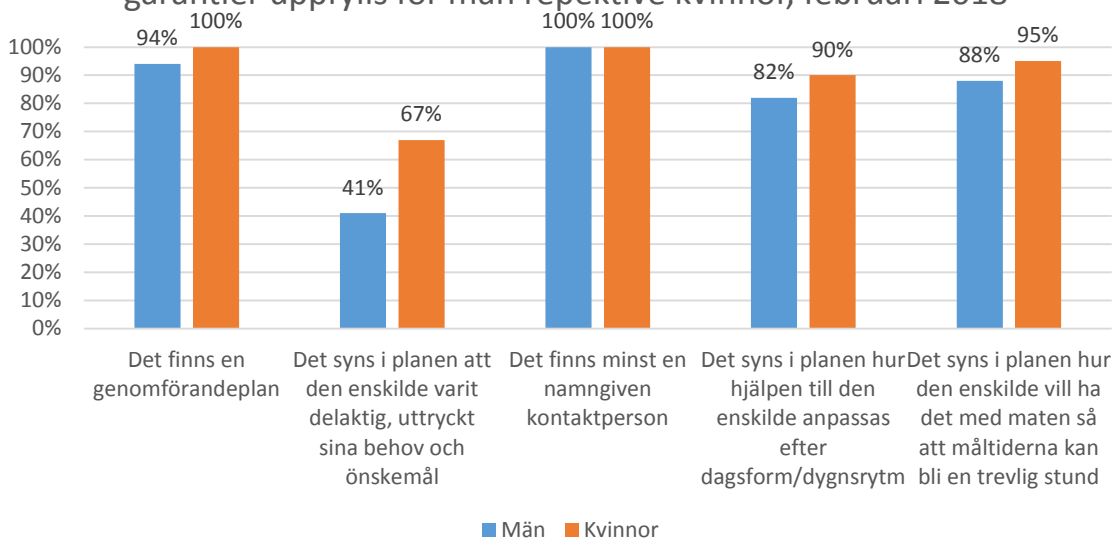


Lokala värdighetsgarantier - särskilt boende, andel där garantier uppfylls respektive inte uppfylls i ett urval av genomförandeplaner, februari 2018

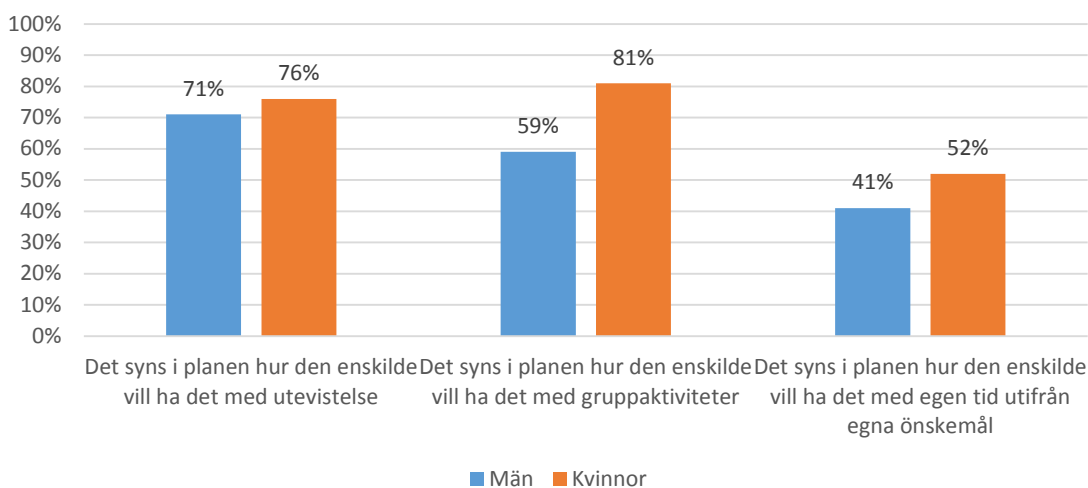




Lokala värdighetsgarantier - särskilt boende, andelen där garantier uppfylls för män respektive kvinnor, februari 2018



Lokala värdighetsgarantier - särskilt boende, andelen där garantier uppfylls för män respektive kvinnor, februari 2018



En klar majoritet har en genomförandeplan som visar att man tagit hänsyn till dagsform/dygnsrytm, hur den enskilde vill ha det kring måltider, med utevistelse och gruppaktiviteter. Alla har en namngiven kontaktperson. Färre män än kvinnor har enligt genomförandeplanerna varit delaktig i att uttrycka sina behov och önskemål. Det är också färre män än kvinnor där det finns dokumenterat hur de vill ha det med gruppaktiviteter.



Förvaltning
Vård- och socialförvaltningen

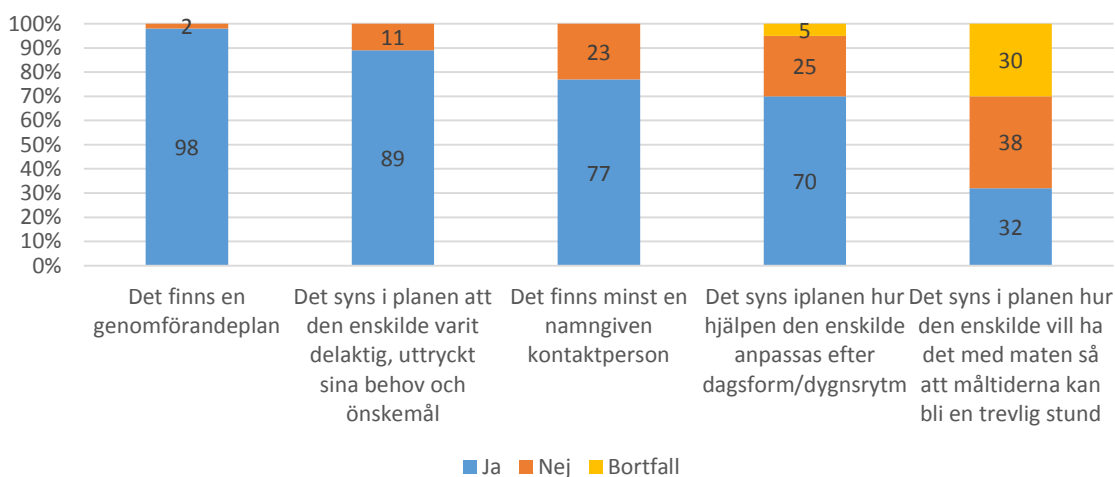
Ärendenr/diariennr

Utredare/handläggare
Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare

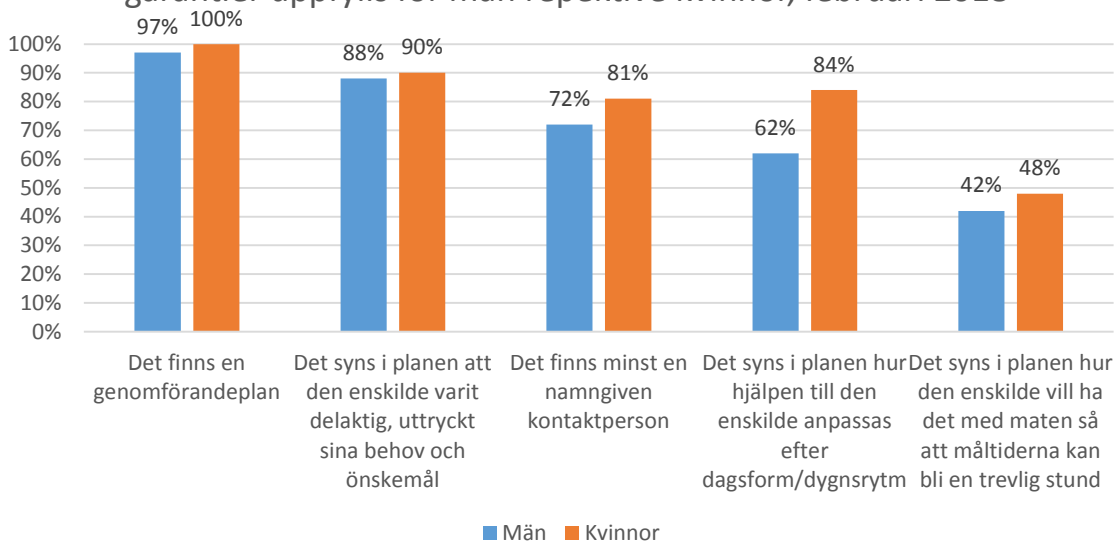
Nämnd/styrelse
Socialnämnden

Hemtjänst:

Lokala värdighetsgarantier - hemtjänst, andel där garantier uppfylls respektive inte uppfylls i ett urval av genomförandeplaner, februari 2018



Lokala värdighetsgarantier - hemtjänst, andelen där garantier uppfylls för män respektive kvinnor, februari 2018



 Strömsunds Kommun Stræjmien tjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 5 av 5 Datum 2017-03-05
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare	Nämnd/styrelse Socialnämnden

En klar majoritet inom hemtjänst har en genomförandeplan där den enskilde har uttryckt sina behov och önskemål. Många har en namngiven kontaktperson och får hjälpen anpassad till dagsform och dygnsrytm. Anpassningen till dygnsrytm och dagsform är i lägre grad dokumenterad för män.

Bortfallet i frågorna om dagsform/dygnsrytm och måltider beror på att vårdtagare med dagliga insatser ändå inte alltid har insatser där dagsform/dygnsrytm har stor betydelse eller har hjälp med måltiderna.

Skillnaden i resultatet mellan särskilt boende och hemtjänst framkommer framför allt när det gäller om den enskilde varit delaktig och uttryckt sina behov och önskemål. Målgruppen som bor på ett särskilt boende har i många fall svårare att uttrycka sig själv men där är istället behovet av anpassning efter dygnsrytm och dagsform samt individuellt anpassade måltider ofta förekommande vilket också framgår av resultatet. Behovet av stöd och hjälp för personer med hemtjänst kan vara av stor variation trots att enbart genomförandeplaner för personer med dagliga insatser inkluderats. Detta gör att det blir svårare att tolka resultatet på gruppnivå i hemtjänst.

Åtgärdsförslag

Detta är den första mätningen av uppfyllelse av de lokala värdighetsgarantierna och går att se som ett utgångsvärde för fortsatt utvecklingsarbete.

Arbetet med att utveckla dokumentationen i genomförandeplaner behöver fortgå. De garantier som visar lägst uppfyllelse behöver särskilt beaktas. Vissa garantier kan vara svåra att uppnå till 100% men där behöver orsaker till dessa svårigheter förtydligas. Införandet av IBIC kommer också underlätta arbetet med att skraddarsy insatserna individuellt.

Resultat kommer att presenteras till berörda enhetschefer och vårdpersonal för fortsatt utvecklingsarbete.



§ 43

Dnr 2018.61

770

Internkontroll: Samordnad individuell plan, SIP

Socialnämnden fastställde internkontrollplan för 2018 den 20 december 2017, § 176.

Att en individuell plan upprättas i samordningsärenden ska rapporteras till socialnämnden två gånger per år och redovisas vid socialnämndens sammanträde i mars och september 2018.

Förslag till beslut

Socialnämnden tar del av och godkänner redovisningen.

Yrkande

Ordföranden yrkar att socialnämnden beslutar enligt förslag till beslut.

Socialnämndens beslut

Socialnämnden tar del av och godkänner redovisning av internkontroll gällande samordnad individuell plan, SIP. Bilaga.

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 1 av 3 Datum 2017-03-05
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr 2018.61-770 Bil 2018-03-21 § 43
Utredare/handläggare Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Rapport internkontroll SIP kvartal 4 2017

Process/rutin

Samordnad individuell plan (SIP) enligt socialnämndens interkontrollplan för 2018.

Uppföljning av perioden oktober till och med december 2017.

Vad kontrolleras/Kontrollmoment

Att en individuell plan har upprättats i samordningsärenden.

Frekvens

2 ggr/år. Redovisning av resultatet vid socialnämndens sammanträde i mars och i september 2018.

Kontrollansvar

Kvalitetsutvecklare, Vård- och socialförvaltningen.

Metod/Hur sker kontrollen

Enkät med frågeformulär för kvartal fyra 2017 gjordes via mail den 22 februari 2018. Svar kunde lämnas fram till och med den 28 februari, därefter stängdes undersökningen. En påminnelse skickades ut till de som inte svarat den 27 februari. Enkät skickades till samtliga av följande yrkeskategorier som kan vara aktuella deltagare i en SIP i både Vård- och socialförvaltningen och närvård Frostviken:

- Enhetschefer,
- Sjuksköterskor/distriktssköterskor,
- Arbetsterapeuter
- Sjukgymnaster
- Socialsekreterare
- Ekonomihandläggare
- Familjebehandlare
- Beroendeterapeuter
- Beroendestödjare
- Biståndshandläggare och LSS- handläggare
- Administratörer IFO

 Strömsunds Kommun Stræjmien tjelte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 2 av 3 Datum 2017-03-05
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diariennr
Utredare/handläggare Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare	Nämnd/styrelse Socialnämnden

Enkäten skickades till 112 personal. Av dessa har 14 personer har räknats bort på grund av föräldraledigheter, sjukskrivningar med mera.

Resultat/Utfall

Svarsfrekvensen (via mejl) är för uppföljningsperioden 61 % Svarstiden har varit rimlig och påminnelse har gått ut.

Sammanställningen visar att det under kvartal fyra 2017 har upprättats fem samordnade individuell plan (SIP).

- Flickor 0-17 år, en upprättad plan
- Pojkar 0-17 år, en upprättad plan

I båda planerna som upprättats för barn 0-17 år har socialtjänsten, regionens barn- och ungdomspsykiatri samt skolan varit delaktiga.

- Kvinnor 18 år och äldre, inga upprättade planer
- Män 18 år och äldre, tre upprättade planer

I två av planerna har socialtjänsten samt primärvården varit delaktiga. I en av dessa planer har dessutom arbetsförmedlingen varit delaktig. I en av planerna har primärvården, flera av regionens specialiserade enheter och flera av kommunens enheter deltagit.

Antal SIP per år:

	2015	2016	2017
Barn 0-17 år	3	4	5
Vuxna 18 år -	3	12	5
Totalt	6	16	10

Åtgärdsförslag

Under kvartal fyra har lika många samordnade individuella planer upprättats som totalt under kvartal ett till tre. För kvartal fyra har metoden

 Strömsunds Kommun Straejmien tjielte	TJÄNSTESKRIVELSE Sidan 3 av 3 Datum 2017-03-05
Förvaltning Vård- och socialförvaltningen	Ärendenr/diarienr
Utredare/handläggare Veronica Sjöberg, kvalitetsutvecklare	Nämnd/styrelse Socialnämnden

förändrats vilket bör ge ett säkrare resultat. Vid detta mättillfälle har all personal tillfrågats som antas vara nyckelpersoner för att initiera eller delta när en SIP upprättas. Dessa har fått ett direkt utskick mot tidigare utskick till enhetschefer som i sin tur samlat uppgifter per enhet.

Resultatet för året är sämre jämfört med föregående år.

Bedömningen är att det låga antalet rapporterade planer kan grundas på en missuppfattning om att vissa blanketter ska användas för att planen ska uppges vara en SIP. Det finns troligen ett större antal planer där syftet med SIP uppfyllts, men som dokumenterats på andra underlag. Dialog om SIP, dess innebörd och tillämpning kommer att ske kontinuerligt internt i förvaltningen på chefsträffar och verksamhetsträffar på olika nivåer.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård började gälla 1 januari 2018. Den förtydligar att en samordnad individuell plan ska upprättas i varje enskilt ärende där patienten behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Till detta har ett nytt system för samordnad planering vid utskrivning från slutenvård införts, Lifecare. Planeringsstöd startade den 20 februari och fungerar parallellt med föregående system, Meddix. Meddix har sedan flera år tillbaka varit stöd i samordningen vid utskrivning men inte helt fyller kraven för en SIP.

Resultatet visar att arbetet med att implementera SIP som ett arbetssätt för att samordna stödet mellan kommunens socialtjänst, hälso- och sjukvården och andra aktörer behöver fortsätta.

Frågan om SIP kommer att lyftas för dialog i kommande lokalt samverkansorgan där vård- och socialförvaltningen möter primärvårdens representanter. Såväl den privata som regiondrivna primärvården är viktiga aktörer i frågan, särskilt sedan lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården trätt i kraft 2018-01-01. Enligt den nya lagen är det den öppna vårdens verksamhetschef som ska utse en fast vårdkontakt för patienten, samt kalla berörda enheter till SIP när patienten är utskrivningsklar.



§ 44

Dnr 2018.20

700

Aktuell information

Socialchefen lämnar information om aktuella ärenden inom vård- och socialförvaltningen.

Stimulansmedel

Regeringen har tillskjutit medel för stärkt bemanning inom den sociala barn och ungdomsvården. Stimulansmedlen avser den sociala barn- och ungdomsvårdens myndighetsutövande verksamheter och får endast användas för följande ändamål: att öka antalet socialsekreterare, att öka antalet arbetsledare samt att öka antalet administratörer för att frigöra tid för socialsekreterare eller arbetsledare i deras arbete med myndighetsutövning. Strömsunds kommun har tilldelats 1 064 715 kr.

Arbetsmiljöverket

Inspektioner kommer att ske inom äldreomsorgen den 24-25 april 2018 vid särskilda boenden, Tåsjögården och Brismarksgården samt inom hemtjänsten, distrikt nordöstra och distrikt Hammerdal.

R-ACT-projektet - Integrerad psykiatri

I Jämtland har projektet pågått i ca 1,5 år. Strömsund deltar tillsammans med Östersunds kommun, Region JH samt Jämtlands läns brukarråd. Personal från Strömsund deltog nyligen på en konferens i Karlstad. Till projektet har utbildare från Region Skåne anlitats för utbildning av fler medarbetare.

"Nära vård"

Ordförande och socialchef deltog den 12 mars i en dialogdag som Svom (Sociala vård- och omsorgsgruppen) bjöd in till. Region Jämtland/Härjedalen har ambitioner att flytta vården närmare brukarna/patienterna och öka samverkan mellan specialistvård, primärvård och kommunens hälso- och sjukvård. Politik, tjänstemän och professionen arbetar nu för att se hur det ska kunna åstadkommas.

Förändringar i läkarberedskap

Mindre förändring har skett när det gäller läkarberedskap vardagar och helger. Vård- och socialförvaltningen ser inte att förändringen kommer att påverka beredskapen för kommunens distriktssköterskor i någon större utsträckning.



§ 45

Beslut enligt socialnämndens delegationslista

Vård och socialförvaltningens delegationsbeslut för februari 2018 redovisas.

Socialnämndens beslut

Delegeringsbesluten läggs till handlingarna.



§ 46

Delgivningar

Dnr 2017.231

740

- 1 Beslut från Inspektionen för vård och omsorg den 29 februari 2018, om inkommen anmälan Lex Sarah från verksamhet för stöd och service, LSS.
- 2 § D A 3, Återkallelse av serveringstillstånd den 7 februari 2018 för Raukasjö Fjällgård Mat & Dryck på grund av att verksamheten upphört den 1 januari 2018.
- 3 § D A 4, Återkallelse av serveringstillstånd den 7 februari 2018 för Tåsjöbergets Fritidsanläggningar ek förening på grund av att verksamheten överlåtits till ny arrendator den 1 februari 2018.
- 4 § D A 5, Tillståndsbevis den 22 februari 2018 för Hotel Nordica att servera alkoholdrycker den 25 februari 2018 vid Oasen, Folkets Hus.
- 5 Datainspektionen den 19 februari 2018, Enkel guide underlättar för företag att följa den nya dataskyddsförordningen GDPR.

Dnr 2018.48

702

- 6 Tillståndsbevis den 7 mars 2018 för Umberto Elia KB att servera alkoholdrycker från och med den 7 mars 2018 vid Restaurang Fjällripan, Stora Blåsjön.

Socialnämndens beslut

Delgivningarna läggs till handlingarna.
