
Plats och tid	Sessionssalen, Kommunhuset kl. 18:00-20:45
Beslutande ledamöter	Gunilla Svensson (S) (ordförande) Magnus Jorsell (M) (2:e vice ordförande) Magnus Carlsson (S) Lennart Johansson (S) Mattias Lexenius (MP) Charlotte Långberg (M) Christian Hendlertz (SD) Bo Malmberg (C) ersätter Johanna Andersson (C) (vice ordförande) Sara Silvegren (KD)
Ej tjänstgörande ersättare	Anders Nilsson (S) §§12-30, §32 Boris Svensson (S) Thomas Andresen (M) Lars Roslund (L) Karoline Lexenius (MP)
Övriga närvarande	Agneta Hugander (Socialchef) Anna Fritzheimer (Förvaltningsjurist) §§12-16, §§21-22, §24, §§28-30 Gustav Engblom (Utvecklingsstrateg) §14, §16, §24, §29 Gunilla Sjunner (Verksamhetschef/Väpnaren) §§12-13 Susanne Sorman (MAS) §§12-13, §§21-22, §28, §30
Ütses att justera	Magnus Jorsell (M)
Justeringens plats och tid	Socialförvaltningen , 2018-03-06 15:00

Sekreterare_____
Susann Jönsson**Ordförande**_____
Gunilla Svensson (S)**Justerande**_____
Magnus Jorsell (M)

ANSLAG/BEVIS Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ Socialnämnden

Sammanträdesdatum 2018-03-01

**Datum för anslags
uppsättande** 2018-03-08

**Datum för anslags
nedtagande** 2018-04-03

**Förvaringsplats för
protokollet** Socialförvaltningen

Underskrift

Susann Jönsson

Innehållsförteckning

- § 12 Verksamhetsberättelse/kvalitetsberättelse
- § 13 Patientsäkerhetsberättelse
- § 14 Utbyggnation av särskilda boende - Muntlig information
- § 15 Förvaltningsinformation
- § 16 Årsredovisning 2017
- § 17 Överföring av investeringsmedel från 2017
- § 18 Uppföljning av intern kontroll 2017
- § 19 Avveckling av demensboendet Bågen
- § 20 Handlingsplan för funktionshinderomsorgen
- § 21 Antagande av rekommendation för arbete med ökad kvalitet i vård- och omsorgsboende för äldre med fokus på natten
- § 22 Patientsäkerhetsberättelse 2017
- § 23 Reviderad riktlinje för biståndshandläggning inom äldreomsorgen
- § 24 Rapport "Ej verkställda beslut, 4:e kvartalet 2017"
- § 25 Redovisning av inkomna synpunkter och klagomål 2:a halvåret 2017
- § 26 Inkomna frågor kring funktionsnedsatta i kommunen
- § 27 Delegationsärende
- § 28 Informationsärende
- § 29 Borttagen på grund av Sekr.
- § 30 Borttagen på grund av Sekr.
- § 31 Borttagen på grund av Sekr.
- § 32 Val av ledamot i Socialutskottet

§ 12**Verksamhetsberättelse/kvalitetsberättelse**

SN 2018.0090

Ärendet

Gunilla Sjunner, verksamhetschef för Väpnaren redogör för Verksamhetsberättelse 2017.

Beslutsunderlag:Väpnarens skrivelse "Verksamhetsberättelse/kvalitetsberättelse 2017" Dnr SN
2018.0090.771**Beslut**Socialnämnden godkänner informationen och lägga den till handlingarna.

Datum: 180110

Verksamhet: VÄPNAREN, Klippan

Verksamhetschef: Gunilla Sjunner

Verksamhetsberättelse/kvalitetsberättelse 2017

Verksamheten omfattar särskilt boende med 36 platser. Avtalets parter Klippans Kommun och Förenade Care AB har tecknat nytt avtal som löper på 3 år med möjlighet till maximalt 2 års förlängning. Nya avtalet gäller från 171215.

Prestationsmål i relation till avtal och beställning:

Verksamheten ska bedrivas enligt allmänna mål och riktlinjer som följer av den lagstiftning som gäller för äldre- och handikappomsorgen, hälso- och sjukvårdslagen samt Klippans kommuns målstyrningsprogram.

Delaktighet & inflytande:

Ankomstsamtal har skett inom 14 dagar efter inflyttandet och uppföljande samtal har genomförts där det funnits behov eller önskemål.

Genomförandeplaner har upprättats i delaktighet med den boende/närstående och kontaktman och uppdatering har skett februari, mars, augusti och november samt fortlöpande då förändringar uppstår. Nytt från hösten 2017 är att kontaktman lägger extra vikt vid aktivitet i genomförandeplanen.

Vårdplaner har upprättats i delaktighet med den boende/närstående och omvårdnadsansvarig SKK och uppdatering har skett var tredje månad eller oftare vid behov.

Enkäter för boende visade 96 % nöjdhet(98 % 2016), enkät för närstående 95 % nöjdhet (95,5 % 2016). Då målet inom Förenade Cares verksamheter är 95 % nöjdhet, kommer ingen handlingsplan att upprättas inför 2018 men vi kommer givetvis fortsätta arbeta framåt för att vidmakthålla det goda resultatet.

Det finns en förslagslåda/synpunkter/klagomål i entrén där boende, närstående och personal kan komma med tips, synpunkter och önskingar i de fall man väljer att inte ringa direkt till verksamhetschefen. Inga klagomål har inkommit under 2017.

Boendeträffar har genomförts vår och höst på samtliga fyra enheter med god uppslutning från boende och närstående. Allmän information och möjlighet att ställa frågor gavs. Resultaten av årets enkätundersökningar redovisades.

Boenderåd har erbjudits men det har än så länge inte varit någon som visat intresse. Vi försöker i stället fånga upp de boendes/närståendes önskemål och synpunkter vid mindre formella situationer. Frågan om deltagande i boenderåd tas upp vid boendeträffar.

Aktivitetsombud har individuella samtal med samtliga efter inflyttning för att ta del av den boendes önskemål kring aktiviteter såväl individuella som gruppaktiviteter.

Kostombud finns på varje enhet och har bl.a. till uppgift att fråga de boende hur de upplever maten och matsituationerna. Dessa synpunkter tas upp vid kostmöte 2 ggr/år mellan kostombud och representant från Åbyköket.

Förenade Care arbetar efter ett egenkontrollprogram kring livsmedelshantering.

Dagens meny presenteras tydligt på griffeltavla i allrummet. På tavlan står även dagen datum och namnsdagar.

Integritet och bemötande:

Väpnaren är de boendes hem och vi som personal betraktar oss som arbetstagare för våra hyresgäster. Stor hänsyn tas till individens självbestämmande och det är den boende som bestämmer när, var och hur beviljade insatser ska utföras. Kontaktman tar det övergripande ansvaret för att beviljade insatser sker enl. gemensam upprättad genomförandeplan.

Levnadsberättelse har upprättats när den boende samtyckt till detta. Denna är till stor hjälp speciellt i bemötandet med våra boende med en demenssjukdom.

När ett speciellt behov har uppstått har VC anordnat utbildningstillfälle i samarbete med legitimerad personal.

Utvecklingssamtal och upprättande av individuella utvecklingsplaner är genomförda.

Information och trygghet:

De boende på Väpnaren har tillgång till information om verksamheten och kommande aktiviteter via anslagstavlor, muntlig information, broschyrer och via Förenade Care och kommunens hemsida.

Vi har även en Facebook-sida där boende och närstående kan följa våra aktiviteter bl.a.

Personalen har adekvat utbildning, kompetens och delegering för sina arbetsuppgifter. Omvårdnadspersonalen dag/natt består av 30 personer varav 28 är utbildade undersköterskor. De övriga har lång erfarenhet inom äldreomsorg.

Sjuksköterskor 3 st. 75 %, finns på plats dagtid och vi har 1 arbetsterapeut som arbetar 100 % måndag till fredag. Fysioterapeut arbetade 50 % under 2017 (annars 25 %) då vi med hjälp av stimulansmedel har haft möjlighet till detta. Så kommer vi att fortsätta under 2018.

Kväll och natt anlitar vi sedan juni 2017 SSK-tjänster från Careteam eftersom Socialförvaltningen/Äldreomsorgen i Klippans kommun valde att säga upp tidigare avtal för dessa tjänster.

Samarbetet med Careteam har fungerat helt utan problem sedan start.

Den boende har möjlighet till inflytande över hur insatser ska utföras hela dygnet. Vi frågar, lyssnar aktivt, är lyhörda och uppmärksamma på individuella önskemål. Natttid rör vi oss runt på alla enheterna. Nattpersonal har som rutin att titta till alla boende kl. 22:00, 02:00 samt 06:00 om inget annat bestämts. Tillsynerna dokumenteras på speciell blankett.

Vi kontrollerar att larmen finns lättillgängliga. Larmkontroller görs kontinuerligt och det finns ett larmombud på varje enhet.

Gruppledarna arbetar med handledning av personalen genom att ingå i omvårdnadsarbetet och skapar därigenom ett tryggt arbetssätt med våra boende.

Ansvariga och övrig personal är lätta att nå dygnet runt.

Alla har rätt, så långt det är möjligt, att bo kvar när vårdbehovet ökar samt bli erbjuden en god, trygg och säker vård även i livets slutskede. Vårt mål är att alla (som inte uttryckt önskemål om annat) ska stanna kvar på Väpnaren och få all den omvårdnad och smärtlindring som behövs för ett värdigt och lugnt slut i sin hemmiljö med röster och händer man är van vid.

Aktiv och meningsfull tillvaro:

Vi arbetar med ett rehabiliterande, aktiverande och funktionsbevarande synsätt där vi ger omvårdnad och stöd utan att ta över. Vi fokuserar på det friska.

Vid teamträffarna 1 gång/månad/avdelning ser vi till helheten för den boende och varje profession gör sin del i att träna de fysiska, psykiska och sociala funktionerna enligt den enskildes behov, önskemål och förmåga.

Aktivitetstutbud finns varje dag på samtliga enheter och minst en gruppaktivitet erbjuds dagligen. Ex är gruppgymnastik, bingo, högläsning, aktivitetscafé, bowling, cirkus-gymnastik mm. Utbudet finns att läsa på avdelningarnas aktivitetstavla som finns placerad vid respektive entré. Anhöriga är välkomna att delta.

Varje eftermiddag alla veckans dagar i samband med kaffe, har alla enheterna sina egna aktivitetstutbud efter önskemål från de boende. De som inte vill eller kan delta i de erbjudna aktiviteterna erbjuds individuell aktivitetstid. Den boendes önskemål eller förmåga styr då innehållet.

All personal har ett aktivitetsansvar men huvudansvaret ligger på Leva livet-inspiratören på Väpnaren.

Utevistelse erbjuds dagligen när vädret tillåter. Tipspromenader utomhus har varit ett bra sätt att få de boende att vilja komma ut.

Att pynta och plantera vår uteplats har varit uppskattat av de boende under våren och sommaren.

Många har valt att boka tid till vårt fina spa, efter badet erbjuds man en stund i Salong Väpnaren för pedikyr, manikyr, handmassage och hårfrisering efter önskemål.

Varje fredag dukas det fint och veckans blombukett är ett uppskattat samtalsämne. Vi ser till att det blir skillnad på vardag och helg under matsituationerna.

När någon boende fyller år uppmärksammas detta med sång och flagga. Vi erbjuder den boende/närstående att använda personalmatsalen till att ha sitt kalas i om det kommer gäster.

Gruppgymnastik genomförs varje vecka med stor uppslutning. Fysioterapeuten håller i individuell styrketräning. Personalen erbjuder stå- och gångträning efter delegation från fysioterapeut eller arbetsterapeut. Hela året har det anordnats gemensam torsdagspromenad med stor uppslutning.

Sång, musik och dans är ständigt återkommande aktiviteter. Vi bjuder ofta in externa utförare. Bernhard är hos oss varje månad och pensionärföreningarnas sångkör kommer ett par gånger varje år.

Leva livet-inspiratör har iordningsställt ett aktivitetsförråd med skiftande utbud av spel, pussel, bollar mm som är tillgängligt för alla i boendet att låna.

Kontakten med beställaren under året:

MAS Susanne Sörman har varit hos oss och gjort kvalitetskontroll under våren.

Patientsäkerhetsberättelse är överlämnad till beställaren för 2017 enl. önskemål.

Personalförsörjning under året:

Sjuksköterska finns på plats på Väpnaren mån-fre 07:00-18:00 samt helger 07:00-15:00.
Via tjänsteköp ansvarar Careteam för HSL vardagar 18:00-07:00 samt helger 15:00-07:00 på Väpnaren.

Svarsfrekvensen på psykosociala enkäten blev 2017 bedrövligt låg. Vi har i personalgruppen diskuterat vad detta kunde bero på. 2017 har upplevts som ett bra år. Vi vann upphandlingen, sommaren har varit den bästa hittills med tanke på vikarier och låg sjukfrånvaro, sommarfesten, planeringsdagarna och julfesten var på topp med mycket god uppslutning m.m. Kan det vara så att man inte kände något behov att tycka till p.g.a. nöjdhet? Vi kom överens om att bli bättre på att fylla i enkäten 2018.
Svarsfrekvensen var under 48 % mot 75 % 2016. Således för låg för att kunna dras några slutsatser av.

För omvårdnadspersonal är bemanningskravet från beställaren tydligt och vi har under året hållit oss till avtalet och bemannat upp fullt ut.

Vi har även ett trygghetsanställt vårdbiträde 100 % (utbildad via gymnasiesärskola), en lönebidragsanställd lokalvårdare som ansvarar för allmänna utrymmen 50 %, en särskilt anställningsstöds-anställd lokalvårdare som ansvarar för de boendes lägenheter 100 % samt en trygghetsanställd vaktmästare 50 %.

Till sin hjälp med bemanning etc. har verksamheten 2 gruppledare.
1 USK 100 % som även är kvalitetsansvarig samt 1 SSK 75 % som även har extra uppdrag inom HSL.

1 USK slutade för att gå tillbaka till LSS-verksamhet och 1 USK slutade p.g.a. beviljad hel sjukersättning under 2017. Båda är ersatta med kompetenta USK.

Verksamhetssystemet:

Internrevisorer genomförda enl. årsagenda.

Verksamhetschef har utfört egenkontroll gällande kvalitet.

Friskvård:

Friskvårdsbidrag kan ansökas terminsvis.

HSL:

Väpnaren har en läkare knuten till verksamheten via Klippans Vårdcentral, Region Skåne. Varje onsdag kommer läkaren på rond och gör även hembesök vid behov och efter önskemål. När ny boende flyttar in erbjuds alltid ett hembesök då man bl.a. har en genomgång av aktuella mediciner. Detta erbjuds sedan en gång/år. Närstående bjuds in att vara med.

Med några få undantag har våra boende på Väpnaren sina läkemedel dosdispenserade. Vi har även tillgång eget basförråd.

Verksamhetschefen har kvalitetsgranskat HSL enl. årlig checklista från Förenade Care AB:s MAS.

Vårdplaner upprättas av legitimerad personal kring åtgärder som ska utföras enl. HSL. Vårdplanerna upprättas i samråd med den boende/närstående och följs upp var 3:e månad.

En boende kan ha ett flertal vårdplaner beroende på det medicinska behovet.

Delegering ges från sjuksköterska till omvårdnadspersonal när personen skriftligt, muntligt och praktiskt visat att hon/han förstår och behärskar uppdraget.

Delegationer följs upp och uppdateras genom att ett nytt skriftligt prov avlägges en gång om året (mars) samt vid behov. Verksamhetschefen blir fortlöpande informerad av SSK hur delegeringarna fungerar.

Fallavvikelse hanteras av SSK samt AT/Fysioterapeut och VC enl. fastställd avvikelseådrutin varje månad. Övrig personal informeras på avd-möte resp. APT.

Dokumentation sker i Viva enl. beställarens önskemål. All HSL-dokumentation är synlig för omvårdnadspersonalen som arbetar efter aktuella vårdplaner.

En vårdpärm finns inlåst i medicinskåpet i den boendes lägenhet. Där förvaras aktuell läkemedelslista, signeringslistor, sårjournal och eventuell rehab journal.

Registrering sker i Palliativa registret och Senior Alert.

Inga ärende enl. Lex Maria under året.

SoL:

Varje boende på Väpnaren får en kontaktman utsedd och i samråd upprättas en genomförandeplan för hur den boende vill att omvårdnaden ska se ut enligt beviljat bistånd.

Närstående erbjuds att vara delaktiga i upprättandet när den boende så önskar.

En levnadsberättelse upprättas på samma sätt om den boende samtycker.

Genomförandeplanen uppdateras var tredje månad (februari, maj, augusti samt november) eller oftare vid behov.

Med tillåtelse från den boende sätts en utskrift av aktuell genomförandeplan upp på insidan av garderoben i den boendes hygienutrymme. Detta för att den ska vara lättillgänglig för all personal att ta del av för att kunna ge den boende den omvårdnad man kommit överens om.

Dokumentation förs i Viva enl. beställarens önskemål.

Inga ärende enl. Lex Sarah under året.

Arbetsmiljö:

Arbetsmiljömöten enl. fastställd dagordning är genomförda 2017. Inget fackligt ombud finns. Skyddsronde genomförd 171114 utan anmärkningar. Jonas Wrangborg, regionalt skyddsombud Kommunal deltog.

Riskbedömningar gällande enskilt hem är upprättade för arbete hos samtliga boende. Dessa uppdateras var tredje månad. (febr., maj, aug, nov)
Riskbedömning gällande verksamhet upprättad.

Omvårdnadspersonalen har 2017 fått följande utbildning:

Förflyttningsteknik
Munhälsa
Nutrition och måltidssituationer
Sårvård och benlindning
Miljöutbildning
Livsmedelshygien
Basal vårdhygien
Dokumentation
Spolning KAD
Sondmatning
Stomihantering
Aktiviteter, hur går vi framåt
Kränkande särbehandling, grupparbete + genomgång av policy

Arbetsterapeuten har deltagit i förekommande kurser vi Medelpunkten.
Verksamhetschefen har deltagit i de årligen förekommande chefsdagarna under våren samt besökt Äldreomsorgsdagarna i oktober.
Vår årliga planeringsdag för omvårdnadspersonal hade vi på Erikslund i september där ett antal av årets utbildningar genomfördes. Se ovan.

Brandskyddsarbetet:

Två brandskyddsombud finns, en som arbetar dag och en som arbetar natt. Presto har gjort den årliga översynen i oktober.

Kontroller enligt Presto: 100 % utförda 2017

Utvecklingsområde för Väpnaren 2018

Vi har ett stort utbud av aktiviteter som många deltar i under veckorna. Det vi ser som en stor utmaning är att hitta aktivitetsutbud för de boende som av olika anledningar inte är med på de erbjudna aktiviteterna.
Kontaktman ska med hjälp av den boende/närstående och levnadsberättelsen, försöka hitta individuella möjligheter för meningsfullhet. Dessa ska sedan skrivas in i genomförandeplanen och följas upp var 3:e månad.

Utbilda personalen i nya rön kring vikten av fysisk aktivitet för våra äldre.
Vi har sett att träning på delegation av fysioterapeut ibland prioriteras bort och har kommit fram till att detta troligen beror på bristande kunskap. Kan vi med utbildning uppnå bättre förståelse för varför rörlighet hos våra boende är så betydelsefull, räknar vi med att arbetsmiljön för personalen också kommer att förbättras.

Gunilla Sjunner, verksamhetschef Väpnaren

§ 13**Patientsäkerhetsberättelse**

SN 2018.0091

Ärendet

Gunilla Sjunner, verksamhetschef för Väpnaren redogör för patientsäkerhetsberättelse 2017.

Beslutsunderlag:

Väpnarens skrivelse "patientsäkerhetsberättelse 2017" Dnr SN 2018.0091.771

Beslut

Socialnämnden godkänner informationen och lägger den till handlingarna.

Datum: 2018-01-16

Verksamhet: VÄPNAREN, Klippan

Verksamhetschef: Gunilla Sjunner

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Organisatoriska ansvaret

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret på enheten.

Tre sjuksköterskor med 75 % tjänstgöringsgrad arbetar måndag-fredag 07:00-18:00 samt helgdagar 07:00-15:00. Övriga tider anlitas Careteam för SSK-tjänsteköp enl. avtal.

På Väpnaren finns två gruppleddare varav en är SSK och en är USK.

En sjukgymnast arbetar 50 % 2017 med hjälp av stimulansmedel. (annars 25 %).

En arbetsterapeut som också är aktivitetsansvarig arbetar 100 %.

Personalen har adekvat utbildning, kompetens och delegering för sina arbetsuppgifter.

Omvårdnadspersonalen dag/natt består av 30 personer varav 28 är utbildade undersköterskor. De övriga har lång erfarenhet inom äldreomsorg.

Vi har ett trygghetsanställt vårdbiträde på 100 % (utbildad via gymnasiesärskola), en lönebidragsanställd lokalvårdare som ansvarar för allmänna utrymmen på 50 %, en särskilt anställningsstöds-anställd lokalvårdare som ansvarar för städningen av de boendes lägenheter på 100 % samt en trygghetsanställd vaktmästare på 50 %.

Patientsäkerhetsarbete och omvårdnad

Varje boende på Väpnaren får en kontaktman utsedd och i samråd upprättas en genomförandeplan för hur den boende vill att omvårdnaden ska se ut enligt beviljat bistånd. Närstående erbjuds att vara delaktiga i upprättandet när den boende så önskar.

En levnadsberättelse upprättas på samma sätt om den boende samtycker.

Genomförandeplanen uppdateras var tredje månad (februari, maj, augusti samt november) eller oftare vid behov.

En utskrift av aktuell genomförandeplan sätts upp på insidan av garderoben i den boendes hygienutrymme. Detta för att den ska vara lättillgänglig för all personal att ta del av för att kunna ge den boende den omvårdnad man kommit överens om.

Vårdplaner upprättas av legitimerad personal kring åtgärder som ska utföras enl. HSL. Även vårdplanerna upprättas i samråd med den boende/närstående och följs upp var 3:e månad samt tidigare vid behov. En boende kan ha ett flertal vårdplaner beroende på det medicinska behovet.

Läkemedel

Delegering ges från sjuksköterska till omvårdnadspersonal när personen skriftligt, muntligt och praktiskt visat att hen förstår och behärskar uppdraget. Delegationer följs upp och uppdateras genom ett skriftligt kunskapstest en gång om året (mars) samt vid behov. Verksamhetschefen blir fortlöpande informerad av SSK hur delegeringarna fungerar.

Delegeringen upprättas i två exemplar, ett till medarbetaren och ett till arbetsgivaren.

Väpnaren har en läkare knuten till verksamheten via Region Skåne. Varje onsdag kommer läkaren på rond och gör även hembesök vid behov och efter önskemål. När en ny boende flyttar in erbjuds alltid ett hembesök då man bl.a. har en genomgång av aktuella mediciner. Detta erbjudande upprepas därefter en gång/år. Närstående bjuds in att vara med. En gång om året erbjuds även läkemedelsgenomgång med apotekare från Region Skåne för samtliga boende.

Med något undantag har våra boende sina läkemedel dosdispenserade.

Under året har vi totalt haft 38 stycken rapporterade läkemedelsavvikelser. Dessa är fördelade enligt följande: 22 st. utebliven dos, 7 st. dubbel dos/överdosering, 7 st. förväxling, 1 st. fel tid för överlämnande, 2 st. vid iordningställande av dos samt 0 vid ordination. De flesta avvikelserna beror på brister i kommunikationen mellan personalen. Läkemedelsavvikelserna har minskat jämfört med föregående år. Detta tyder på att utbildningar och förändrade rutiner gällande läkemedelshantering har fungerat.

Fortbildning av personal sker under avdelningsmöte/teamträffar som äger rum en gång per månad. Årlig genomgång av delegeringarna bidrar också till omvårdnadspersonalens fortbildning. På avdelningsmöten diskuteras också vikten av en fungerande kommunikation personalen emellan. Omvårdnadspersonalen uppmanas alltid att ta kontakt med sjuksköterska om det finns oklarheter kring medicinering.

Fallavvikelser

Fallavvikelserna på Väpnaren hanteras av ett avvikelseråd bestående av SSK samt AT/fysioterapeut och VC som i sin tur har en dialog med omvårdnadspersonalen. Icke akuta fallavvikelser tas även upp på teamträff.

Under 2017 har vi totalt haft 21 stycken rapporterade avvikelser gällande fall med skada. I 19 av fallen orsakade fallen mjukdelsskador. I två av fallen orsakade fallen frakturer. Totalt har 87 fallavvikelser rapporterats in. En majoritet av olyckorna sker då patienterna utför egna förflyttningar självständigt, utan personal närvarande. Dessa fall är svåra att förebygga trots att fallpreventivt arbete görs med t.ex. rörelselarm och tätta tillsyner.

På Väpnaren arbetar vi efter en framtagen vårdplan och en checklista för att förebygga fall. Samtliga fallolycksrapporter tas upp varje månad i avvikelseråd och på teamträffar. Målet är alltid att minska andelen fall, och i de fall detta inte är möjligt att minska risken för skada vid fall.

Under 2017 har samtliga nyinflyttade bedömts i omvårdnadsteamet gällande fallrisk omedelbart efter inflyttning enl. checklista. Fallpreventiva åtgärder har därefter satts in vid behov.

Vi arbetar för att minska risken för fall aktivt bl.a. genom styrketräning, balansträning och uppresningar i samband med gymnastik såväl i grupp som individuellt. Fysioterapeuten har under 2017 arbetat 25 % extra och kommer att göra så även under 2018 för att fortsätta förstärka vår fallprevention.

Åtgärder som gjorts under året är utprovningar av nya hjälpmedel, läkemedelsjusteringar, tätare tillsyner, information till vårdtagare, personal och anhöriga samt begränsningsåtgärder i form av rörelselarm och grenbälten. Vi kommer under 2017 fortsätta arbeta aktivt i samband med teamträffar för att finna lösningar som kan minska fallrisken bl.a. med hjälp av Senior Alert.

Vid uppkomst av 5 liknande avvikelser gör vi handlingsplaner för att komma tillrätta med det som verkar vara systemfel. Vi åtgärdar omgående det som brustit och sprider ut kunskapen via APT och teamträffar. 1 gång per år rapporteras avvikelserna in till ledningen som arbetar övergripande för ett lärande internt i företaget.

Trycksår

Ett trycksår har uppkommit internt under året. Ett trycksår grad I-II uppkom hos en multistjuk patient trots preventiva insatser.

Preventivt arbete för att förebygga trycksår sker dagligen på Väpnaren, dvs. inspektion av hud vid omvårdnad och dusch, tillsyn av kostintag samt bedömning av eventuella behov av ligg- och sittunderlag. Vi arbetar aktivt med att lämna ut en antidecubitusmadrass eller andra antidecubitushjälpmedel direkt när vårdtagaren försämras i sitt allmäntillstånd och uppvisar tecken på att bli mer sängliggande/passivt sittande.

I det fall då den boende har trycksår påbörjas omläggningar och vårdplan och sårjournal upprättas. Ansvarig läkare informeras. Uppföljning sker efter behov av SSK/läkare.

All personal delegeras muntligen och praktiskt för att kunna utföra optimal sårvård. Dokumentation sker i sårjournal som finns i den boendes vårdpärm, inlåst i medicinskåpet i lägenheten.

Medicinskt tekniska produkter

Under 2017 har inga avvikelser inkommit gällande medicintekniska produkter. Kontaktman kontrollerar minst var tredje månad (varje månad när det gäller antidecubitus-madrasser och sittdynor) att hjälpmedlen är hela och rena enligt checklista framtagen av vårdchef Kerstin Jönsson. Dessa regelbundna kontroller gör att eventuella fel på ett hjälpmedel generellt upptäcks innan ett tillbud eller avvikelse skulle kunna ske.

Under året har inga brister upptäckts gällande hjälpmedlen. Arbetsterapeut som är hjälpmedelsansvarig kontrollerar hjälpmedlen minst en gång/år och varje månad kontrollerar arbetsterapeut antidecubitus-madrasser och liftar.

BMI

Under 2017 har löpande vägningar gjorts 4 ggr/år av samtliga vårdtagare, samt extra viktkontroller enligt individuella behov. Vikt samt BMI har noterats i journalsystemet VIVA.

De löpande viktkontrollerna har gett SSK insyn i hur vårdtagarnas vikt förändras över tid. I de fall en vårdtagare tappat i vikt eller bedöms vara undernärd sätts åtgärder in i form av energiberikad kost samt extra mellanmål/näringsdrycker.

Vi har arbetat aktivt med att utbilda personalen i att näringsberika maten på ett naturligt sätt. Detta har fallit väl ut och praktiseras idag på samtliga avdelningar. Vårdtagare som trots detta tappat i vikt har diskuterats kontinuerligt i samband med teamträffar och individuella åtgärder har satts in. Vi ser att många av våra patienter flyttar in med ett lågt BMI samt nutritionsproblem pga. hög ålder och/eller svår sjukdom. Majoriteten ökar i vikt efter inflyttningen.

Målet för 2017 var minskad andel patienter med ett BMI lägre än 22, vilket inte uppnåddes. Andelen är dock konstant (knapp 30 % av samtliga boende).

Vårdhygien

All personal har en flaska handsprit i fickan under tjänstgöring. Plastförkläde och handskar används enl. riktlinjer.

Fortlöpande undervisning och påminnelse om vikten av att arbeta efter riktlinjerna kring vårdhygien sker kontinuerligt. Arbetskläder tillhandahålls av arbetsgivaren och dessa tvättas efter varje arbetstillfälle.

Palliativ vård

Palliativ (icke botbar) vård ges till alla boende på Våpnaren. När livets slut är nära, går vi över till terminalvård.

När den boende bedöms att övergå till terminalvård erbjuds brytsamtal med närstående tillsammans med SSK och ansvarig läkare. Närstående erbjuds att vara så delaktiga de själv önskar i processen. Information ges till personal gällande omvårdnaden och vilka mediciner som är aktuella. Om det finns speciella önskemål av kulturella skäl informeras personalen om detta och arbetar därefter. Boendes och närståendes önskemål i terminalvård dokumenteras i Viva samt i vårdpärm i lägenheten.

Vårt mål är att alla (som inte uttryckt önskemål om annat) ska stanna kvar på Våpnaren och få all den omvårdnad och smärtlindring som behövs för ett värdigt och lugnt slut i sin hemmiljö med röster och händer man är van vid.

Dokumentation

Dokumentationen på Väpnaren sker i journalsystemet Viva. Vi arbetar kontinuerligt med att förbättra dokumentationen på enheten. Inga avvikelser har inkommit gällande dokumentationsbrister, men generellt kan omvårdnadspersonal ta ett ännu större ansvar och dokumentera mer i journalsystemet Viva. Detta är fortsatt ett av utvecklingsområdena inför 2017.

Teamträffar

Under 2017 har vi haft en teamträff per avdelning och månad. Medverkar gör VC, SSK, AT, fysioterapeut samt omvårdnadspersonal.

Avvikelseråd

Vi hanterar avvikelser enl. av företaget upprättad dagordning 1 gång/månad i ledningsgruppen som består av VC, SSK, och AT. Omvårdnadspersonal bjuds in vid behov. Avvikelser presenteras på närmsta APT för medarbetarna och uppföljningar görs.

Nattfasta

Nattfastan är något som vi arbetat aktivt med under 2017. Mätning sker 2 ggr/år eller ytterligare om vi märker att vi har boende som avviker för mycket gällande rekommenderade timmar gällande nattfasta. Vid den senaste mätningen hade resultaten förbättrats betydligt.

Utvecklingsområde för Väpnaren 2018

Vi har ett stort utbud av aktiviteter som många deltar i under veckorna. Det vi ser som en stor utmaning är att hitta aktivitetsutbud för de boende som av olika anledningar inte är med på de erbjudna aktiviteterna. Kontaktman ska med hjälp av den boende/närstående och levnadsberättelsen, försöka hitta individuella möjligheter för meningsfullhet. Dessa ska sedan skrivas in i genomförandeplanen och följas upp var 3:e månad.

Utbilda personalen i nya rön kring vikten av fysisk aktivitet för våra äldre. Vi har sett att träning på delegation av fysioterapeut ibland prioriteras bort och har kommit fram till att detta troligen beror på bristande kunskap. Kan vi med utbildning uppnå bättre förståelse för varför rörlighet hos våra boende är så betydelsefull, räknar vi med att arbetsmiljön för personalen också kommer att förbättras.

Gunilla Sjunner Verksamhetschef

§14**Utbyggnation av särskilda boende - Muntlig information****Ärendet**

Utvecklingsstrateg Gustav Engblom redogör utifrån tidigare utredning som presenterats för socialnämnden.

Vidare informerar Gustav om de planer som förvaltningen arbetar med just nu gällande både korttidsboende i den akuta situationen samt den långsiktliga planeringen för utbyggnaden av vård- och omsorgsboende i Klippans kommun.

Beslut

Socialnämnden noterar informationen och lägger den till handlingarna.

§15**Förvaltningsinformation****Ärendet**

Socialchef Agneta Hugander informerar om att förvaltningen står inför en extra ordinär situation där flera sökande till vård- och omsorgsboende har väldigt stora omvårdnadsbehov och behöver dygnet runt hjälp. Förvaltningen arbetar med att öppna 9 platser på Åbyhem som en extra avdelning för korttidsvård. Totalt blir det 18 platser fördelade på två avdelningar. Beräknat på 6 månader kommer kostnaden för att drifva enheten upp till undersköterskenivå vara ca 2 miljoner för de 9 extra platserna. Till det tillkommer investeringskostnader för inköp av sängar, möbler, madrasser och sängkläder. Förhoppning är att avdelningen på Åbyhem kan öppna om ungefär 2 veckor. I dagsläget väntar 16 personer på plats på vård- och omsorgsboende.

Förvaltningen har påbörjat budgetarbetet inför år 2019. Samtliga förvaltningschefer fick tydliga budskap att kompletteringsbudgeten ska användas endast för extra ordinära volymökningar som inte kunde prognostiseras i samband med ordinarie budgetarbete. Detta ställer höga krav på förvaltningens förberedande arbete inför budget 2019.

Beslut

Socialnämnden noterar informationen och lägger den till handlingarna.

§ 16

Årsredovisning 2017

SN 2018.0168

Ärendet

Socialnämnden har under 2017 gjort stora ansträngningar för att nå en budget i balans och har jämfört med 2016 förbättrat sitt resultat med strax över 20 miljoner. Detta innebär ändå att nämnden för 2017 redovisar ett underskott på -3 179 tkr, men är ett stort steg i rätt riktning.

Samtidigt som nämnden förbättrar sitt ekonomiska resultat har nämnden också förbättrat sitt resultat i de öppna jämförelser som genomförs årligen inom äldreomsorgen och som i år för första gången i Klippans kommun också genomförts inom individ- och familjeomsorgen. I enkäterna som skickats ut inom äldreomsorgen angav 88% av de som svarade att de var mycket eller ganska nöjda med sitt boende eller sin hemtjänstutförare. Motsvarande resultat inom individ- och familjeomsorgen var att 98% ansåg sig mycket eller ganska nöjda med det stöd som nämnden tillhandahåller. Tidigare år har det inte genomförts någon brukarundersökning för brukare som erhåller insatser med stöd av LSS och det har heller inte gjorts någon sådan under 2017, men under 2018 är det planerat att även dessa brukare ska tillfrågas om hur de upplever det stöd som Socialnämnden tillhandahåller.

I nämndens strävanden att öka graden av varaktig självförsörjning i kommunen genom att minska andelen vuxna i långvarigt ekonomiskt bistånd samt utifrån målsättningen att öka medarbetarnas delaktighet i processer som berör deras arbete har nämnden inte nått sina målsättningar. Andelen vuxna i långvarigt ekonomiskt bistånd har visserligen minskat med en procentenhet under 2017 jämfört med 2016, men målsättningen har varit att andelen ska minska med tre procentenheter. Socialnämnden kommer under 2018 fortsätta sitt arbete med att öka medarbetarnas delaktighet och möjlighet att påverka processer som berör deras arbete som en del i målsättningen att Socialnämnden ska vara en attraktiv arbetsplats samt i samband med att grunduppdraget för respektive verksamhet definieras och processkartläggs.

Nämnden har under 2017 också arbetat med kommungemensamma aktiviteter kopplade till folkhälsa, miljö, trygghet och målsättningen att förbättra resultaten i grundskolan. Gällande arbetet med att förbättra grundskolans betyg samverkar nämndens medarbetare med mentorer kring enskilda fall och har under året utvecklat ett arbetssätt för att följa upp skolnärvaro bland ensamkommande barn.

Under 2017 har användandet av evidensbaserad praktik ökat genom att framför allt individ- och familjeomsorgen satsat på flera kompetenshöjande utbildningar. Nämnden

har genomfört flera aktiviteter utifrån sin upprättade handlingsplan för att utveckla sitt arbete för psykisk hälsa och uppfyller därigenom sitt mål med att arbetet med psykisk hälsa ska utvecklas. Målsättningen att öka andelen ensamkommande som når självförsörjning vid utskrivning har också kunnat uppnås.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse Årsredovisning 2017 Dnr SN 2018.0168-1.042

Årsredovisning 2017 Dnr SN 2018.0168-2.042

Beslut

Socialnämnden godkänner årsredovisningen för 2017 och lägger den till handlingarna.



**KLIPPANS
KOMMUN**

Årsredovisning 2017

Socialnämnd
Tertial 3 2017

Innehållsförteckning

ANSVARSOMRÅDE	3
ÅRETS VERKSAMHET	3
MÅLUPPFYLLELSE	4
EKONOMI	9
TRENDER OCH UTMANINGAR	10
VERKSAMHETSMÅTT	12

ANSVAR SOMRÅDE

Socialnämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten och vad som i lag sägs om socialnämnd. I uppgifterna ingår att svara för insatser inom områdena socialtjänstens barn- och ungdomsverksamhet, missbrukarfrågor, ekonomiskt bistånd, omsorger om personer med olika funktionsnedsättningar, socialpsykiatri, hemsjukvård och äldreomsorg. Nämnden handlägger ärenden enligt alkohol- och tobakslagarna samt enligt lagen om detaljhandel med vissa receptfria läkemedel. Nämnden fullgör också kommunens uppgifter när det gäller lag om färdtjänst och riksfärdtjänst.

ÅRETS VERKSAMHET

Omorganisering i syfte att effektivisera och tydliggöra roller

Med utgångspunkt i de genomlysningar av Socialnämndens verksamheter som gjorts har nämnden under 2017 omorganiserat flera delar av sin verksamhet i syfte att effektivisera. Nämnden har under året avvecklat sitt hemtagningsteam. Syftet var att förbättra ett tvärprofessionellt arbetssätt och säkerställa att det rehabiliterande arbetssättet implementerades i alla hemtjänstområdena för att nå fler brukare och medarbetare. All legitimerad personal som arbetar utifrån Hälso- och sjukvårdslagen har därför samordnats under chefen för Hälso- och sjukvårdsenheten.

Insatsen boendestöd ersattes under året med insatsen stöd i vardagslivet och målgruppen för insatsen utökades samtidigt från att tidigare ha varit riktad till brukare med psykiska funktionsnedsättningar samt missbruks-/beroendeproblematik till att också rikta sig till personer med tillhörighet till personkrets enligt LSS, barn/unga och familjer, vårdnadshavare i behov av stöd avseende föräldrarollen samt unga vuxna som genom socialtjänsten varit placerade under en stor del av sin uppväxt. Införandet av stöd i vardagslivet som insats förväntas på sikt leda till färre beslut om Bostad med särskild service enligt LSS 9 § 9 och förändringen förväntas minska det framtida behovet av externa placeringar.

Arbetet med ensamkommande barn organiserades om under 2017 så att de två enheterna HVB Rickmångården respektive HVB Elfdalen som tidigare organiserats var för sig med var sin enhetschef slogs ihop till en enhet med namnet Enheten för ensamkommande barn. Sammanslagningen innebar att både HVB Rickmångården och HVB Elfdalen organiserades under samma enhetschef.

Ansvar för arbetsmarknadsenheten gick under 2017 över från Socialnämnden till Barn- och utbildningsnämnden och bytte då också namn till Arbete och utveckling. De LSS-handläggare som tidigare varit organiserade under äldreomsorgens biståndsenhet har under året gått över till enheten för Vuxna inom individ- och familjeomsorgen. Under året har vaktmästare organiserats om från

äldreomsorgen till förvaltningskansliet, som tidigare hetat administrativa enheten. Genom förändringen i vaktmästarorganisationen har samtliga verksamheter fått tillgång till vaktmästartjänster.

Förändrade arbetssätt och satsningar för ökad kvalitet

Socialnämnden har under 2017 tagit flera steg i syfte att medarbetare med vård- och omvårdnadskompetens i större utsträckning ska kunna lägga sina arbetade timmar på vård- och omsorg om nämndens brukare. Nämnden har beslutat att ändra den nuvarande matdistributionen som tar mycket av omvårdnadspersonalens tid i anspråk. Nämnden har genomfört en upphandling i syfte att kunna organisera inköp/hemhandling på ett annat sätt än att detta utförs av omvårdnadspersonal. I slutet av året fattade också nämnden beslut om att ta bort enklare hjälpmedel ur kommunens sortiment som förskrivs av legitimerad personal för att på så sätt frigöra mer tid för sjukgymnaster och arbetsterapeuter att arbeta med rehabilitering och bedömningar.

Nämndens hemtjänstverksamhet har arbetat med att optimera sin planering via rutter, mindre kontaktgrupper och geografiska indelningar för att effektivisera verksamheten samt öka personalkontinuiteten gentemot brukarna. Under 2017 har nyckelfri hemtjänst och digital signering införts på samtliga hemtjänstområden.

Bemanningsenheten införde under året en bemanningspool för äldreomsorgen i syftet att ge bättre personalkontinuitet och kompetensförstärkning.

Under 2017 har Socialnämnden infört central schemaläggning. Målsättningen med förändringen är att ge verksamheterna inom äldre- och funktionshinderomsorgen förutsättningar att bättre anpassa sin bemanning till sina respektive behov samt inom given budgetram. Genom att centraliserad schemaläggningen erbjuds alla verksamheter samma service och likvärdig hantering av schemaläggning efter verksamhetens behov. Vidare ser nämnden att den centrala schemaläggningen är en förutsättning för att effektivt kunna arbeta utifrån kommunledningens beslut om heltid som norm.

Nämnden har under 2017 antagit en handlingsplan för att stärka sitt och kommunens samlade arbete mot våld i nära relationer som omfattar utbildningsinsatser, kartläggning av arbetssätt, förebyggande arbete samt utveckling av det stöd och insatser som ges till våldsutsatta.

Socialnämndens boenden under 2017

2017 öppnade Socialnämndens nya servicebostad enligt LSS, Athena. Under året förelades servicebostaden på Valhallagatan med nyttjandeförbud på grund av otillräckligt brandskydd, vilket föranledde nämndens beslut att stänga boendet i början av 2018. Driftentreprenaden för Väpnarens 36 lägenheter i vård- och omsorgsboende upphandlades, vilket resulterade i att Förenade care fick förnyat förtroende att driva boendet. Under den senare del av året har nämnden haft svårt att verkställa beslut om vård- och omsorgsboende på grund av

ett utökat behov av boendeformen hos Klippans äldre befolkning. Elfdalens HVB har avvecklats under hösten till följd av att antalet ensamkommande barn som kommer till Sverige och Klippan minskat. Socialnämnden har baserat på en översyn som gjorts av kommunens samtliga särskilda boenden antagit en ambitionsnivå som beskriver nämndens behov av särskilda boendeformer fram till 2026.

Minskat budgetunderskott och minskad sjukfrånvaro
I sitt arbete med att nå i en budget i balans har Socialnämnden under 2017 identifierat ett par särskilt prioriterade områden. Bemanningen inom samtliga verksamheter har behövt anpassas till brukarnas beviljade tid samt budgetram och externa placeringar har avslutats och planerats om till hemmaplanslösningar.

Socialnämnden har under 2017 vidtagit flera åtgärder för att minska sina medarbetares sjukfrånvaro. Bland annat har en handlingsplan i syfte att förbättra arbetsmiljön för förvaltningens chefer tagits fram. Träffpunkter mellan företagshälsovården och socialförvaltningens verksamheter har inrättats. Ohälsotal har följts upp varje månad och det har skapats en referensgrupp bestående av medarbetare, fackliga ombud, företagshälsovården och HR. Där varje profession tar med en lägesrapport utifrån

sitt område. Den totala sjukfrånvaron på Socialförvaltningen under 2017 har jämförts med helåret 2016 minskat från ca 8,8 % till 7,5%.

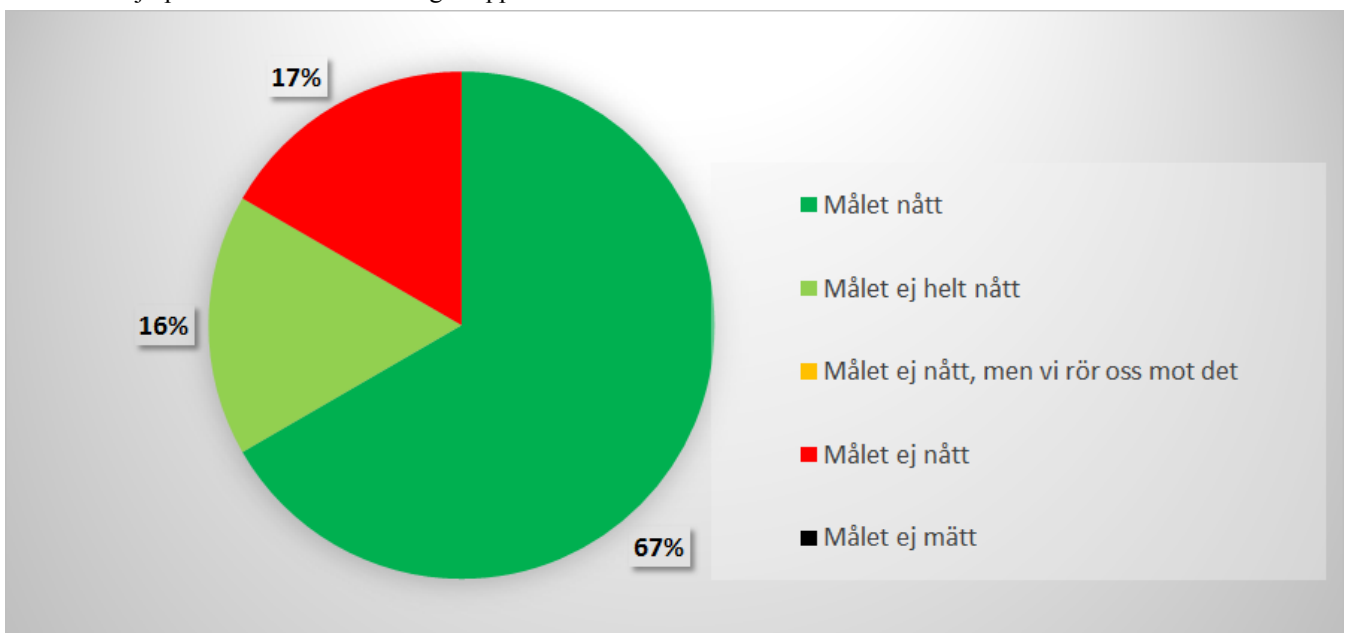
MÅLUPPFYLLELSE

- Målet ej nått
- ◆ Målet ej nått, men vi rör oss mot det
- ▲ Målet ej helt nått
- Målet nått

Gäller enbart mått:

- Ingen mätning genomförd
- 📍 Mått som ingår i KKIK, jämförelsetal för kommuner, från SKL
- 📁 Egen insamling

MÅLUPPFYLLELSE AV NÄMNDENS MÅL



ÖVERGRIPANDE KOMMENTAR

Socialnämnden har under 2017 gjort stora ansträngningar för att nå en budget i balans och har jämfört med 2016 förbättrat sitt resultat med strax över 20 miljoner. Detta innebär ändå att nämnden för 2017 redovisar ett underskott på -3 179 tkr, men är ett stort steg i rätt riktning.

Samtidigt som nämnden förbättrar sitt ekonomiska resultat har nämnden också förbättrat sitt resultat i de öppna jämförelser som genomförs årligen inom äldreomsorgen och som i år för första gången i Klippans kommun också genomförts inom individ- och familjeomsorgen. I enkäterna som skickats ut inom äldreomsorgen angav 88% av de som svarade att de var mycket eller ganska nöjda

med sitt boende eller sin hemtjänstutförare. Motsvarande resultat inom individ- och familjeomsorgen var att 98% ansåg sig mycket eller ganska nöjda med det stöd som nämnden tillhandahåller. Tidigare år har det inte genomförts någon brukarundersökning för brukare som erhåller insatser med stöd av LSS och det har heller inte gjorts någon sådan under 2017, men under 2018 är det planerat att även dessa brukare ska tillfrågas om hur de upplever det stöd som Socialnämnden tillhandahåller.

I nämndens strävanden att öka graden av varaktig självförsörjning i kommunen genom att minska andelen vuxna i långvarigt ekonomiskt bistånd samt utifrån målsättningen att öka medarbetarnas delaktighet i processer som berör deras arbete har nämnden inte nått

sina målsättningar. Andelen vuxna i långvarigt ekonomiskt bistånd har visserligen minskat med en procentenhet under 2017 jämfört med 2016, men målsättningen har varit att andelen ska minska med tre procentenheter. Socialnämnden kommer under 2018 fortsätta sitt arbete med att öka medarbetarnas delaktighet och möjlighet att påverka processer som berör deras arbete som en del i målsättningen att Socialnämnden ska vara en attraktiv arbetsplats samt i samband med att grunduppdraget för respektive verksamhet definieras och processkartläggs.

Nämnden har under 2017 också arbetat med kommungemensamma aktiviteter kopplade till folkhälsa, miljö, trygghet och målsättningen att förbättra resultaten i grundskolan. Gällande arbetet med att förbättra grundskolans betyg samverkar nämndens medarbetare med mentorer kring enskilda fall och har under året

utvecklat ett arbetssätt för att följa upp skolnärvaro bland ensamkommande barn.


Under 2017 har användandet av evidensbaserad praktik ökat genom att framför allt individ- och familjeomsorgen satsat på flera kompetenshöjande utbildningar. Nämnden har genomfört flera aktiviteter utifrån sin upprättade handlingsplan för att utveckla sitt arbete för psykisk hälsa och uppfyller därigenom sitt mål med att arbetet med psykisk hälsa ska utvecklas. Målsättningen att öka andelen ensamkommande som når självförsörjning vid utskrivning har också kunnat uppnås.

SAMMANSTÄLLNING AV NÄMNDENS MÅL



Fullmäktigemål	Nämndsmål
Kommunen ska driva en aktiv arbetsmarknadspolitik.	■ Öka graden av varaktig självförsörjning. (Andelen vuxna biståndstagare med långvarigt ekonomiskt bistånd ska minska med 3 procentenheter)
Kommunen ska bidra till förbättrad folkhälsa och livskvalitet för invånarna.	● Arbete med psykisk hälsa ska utvecklas. (Genomförda aktiviteter utifrån handlingsplan) ● Vi ska driva och samordna genomförandet av aktiviteter enligt kommunens folkhälsoplan
Kommunen ska bidra till en långsiktigt hållbar utveckling, ekologiskt, socialt och ekonomiskt.	● Vi ska driva och samordna genomförandet av aktiviteter enligt kommunens miljöprogram
Medborgare och brukare ska känna delaktighet och vara nöjda och trygga med tillgänglighet, tjänster och bemötande.	▲ Brukarens delaktighet och inflytande ska öka. (Förbättring med 10 % enligt ÖJ för äldreomsorg, funktionshinderomsorg och individ-/familjeomsorg)
Vi ska se barns och ungdomars behov och genom förebyggande arbete och tidiga insatser i samverkan skapa förutsättningar för en positiv utveckling och ett tryggt liv.	● Insatser ska bygga på bästa tillgängliga evidens och barnets erfarenheter. (Användandet av metoder baserade på evidensbaserad praktik ska öka jämfört med 2016) ● Resultaten i grundskolan ska förbättras ● Medborgarnas upplevda trygghet ska öka
Klippans kommun ska arbeta för ökad mångfald och jämlikhet.	● Förstärka individens delaktighet och inflytande över samhällsutvecklingen. (Andel ensamkommande barn som når självförsörjning vid utskrivning ska öka)
Kommunens verksamheter ska kännetecknas av god ekonomisk hushållning och förmåga till anpassning och omprövning.	● Resursfördelningssystem ska införas. ▲ Budgeten ska hållas och vid befarad avvikelse ska åtgärder vidtas
Klippans kommun ska vara en tydlig, attraktiv arbetsgivare med god kompetensförsörjning.	■ Medarbetarnas delaktighet och möjlighet att påverka processer som berör deras arbete ska öka. (Värde 4 av 5 i fråga vid medarbetarsamtal)

UPPFÖLJNING AV NÄMNDENS MÅL

Kommunen ska driva en aktiv arbetsmarknadspolitik.

Nämndsmål	Kommentar	Utfall	Målvärde
 Öka graden av varaktig självförsörjning. (Andelen vuxna biståndstagare med långvarigt ekonomiskt bistånd ska minska med 3 procentenheter)	<p>För helåret 2017 var sammanlagt 486 brukare inskrivna för ekonomiskt bistånd. Av dessa var 34 % inskrivna 10 månader eller längre vilket är gränsen för vad som betecknas som långvarigt ekonomiskt bistånd. Motsvarande andel som hade långvarigt ekonomiskt bistånd under 2016 var 35%, vilket innebär att andelen minskat med en procentenhet från 2016 till 2017. Orsakerna till att andelen inte minskat mer trots de insatser som gjorts på framför allt enheten för vuxna samt enheten för ensamkommande barn beror delvis på högre boendekostnader till följd av hyreshöjningar, att flera av biståndstagarna har höga kostnader till följd av att de har flera barn samt att en stor del av biståndstagarna med migrationsbakgrund har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden. För att vända utvecklingen försöker socialsekreterare ha fler möten med sina brukare och enheten för vuxna arbetar med en ny mottagning som försöker styra nya brukare rätt för att på så sätt hitta snabbare vägar till självförsörjning.</p>	1	3

Kommunen ska bidra till förbättrad folkhälsa och livskvalitet för invånarna.

Nämndsmål	Kommentar	Utfall	Målvärde
 Arbete med psykisk hälsa ska utvecklas. (Genomförda aktiviteter utifrån handlingsplan)	<p>Socialförvaltningen har under 2017 bedrivit projektet PRIO som syftar till att införa åtgärder mot psykisk ohälsa. Inom ramen för projektet har förvaltningen utbildat 4 instruktörer som håller utbildningar för beröra inom förvaltningen. I utbildningen ges en god överblick om förekomsten av psykisk sjukdom och ingående kunskap om de tecken och symtom, som finns vid olika psykiska sjukdomstillstånd, särskilt depression, psykosjukdomar och ångestillstånd och vilken behandling som finns. I projektet ingår också uppstarten av PYC (Parenting young children) som är ett föräldrastödsprogram som riktar sig till föräldrar med psykisk ohälsa och/eller kognitiva svårigheter som påverkar föräldrarollen.Handledning för medarbetare på enheten för ensamkommande barn har start i enlighet med handlingsplanen lika så har samverkan mellan enheten för barn och unga samt elevhälsan utvecklats under 2017. Nämnden kommer fortsätta arbeta för att genomföra handlingsplanen, då projektet fortlöper under 2018.</p>	6	6
 Vi ska driva och samordna genomförandet av aktiviteter enligt kommunens folkhälsoplan	<p>I avvaktan på en hållbarhetspolicy för kommunen så har folkhälsoplanen lagts vilande. De uppgifter som tilldelats Socialnämnden utifrån den gemensamma förvaltningsplanen är att folkhälsoläget i Kommunen ska analyserats, vilket har gjorts av kommunens folkhälsostrateg. I planen åligger det också Socialnämnden att starta en föräldrautbildning. Den verksamhet som har startats upp avseende föräldrastöd inom nämndens ansvarsområde är föräldrastödsprogrammet PYC (Parenting young</p>	1	0

Nämndsmål	Kommentar	Utfall	Målvärde
	children) sedan tidigare erbjuder förvaltningen föräldrautbildningen Active parenting. Socialnämnden samverkar med Polis och övriga förvaltningar för att minska alkoholkonsumtion bland ungdomar.		

Kommunen ska bidra till en långsiktigt hållbar utveckling, ekologiskt, socialt och ekonomiskt.

Nämndsmål	Kommentar	Utfall	Målvärde
● Vi ska driva och samordna genomförandet av aktiviteter enligt kommunens miljöprogram	Nämnden har utfört de aktiviteter kopplade till kommunens miljöprogram som nämnden tilldelats. Nämnden har inventerat och infört fullskalig källsortering, inventerat farligt och övrigt avfall, utvecklat nya e-tjänster och därutöver också infört ruttoptimering inom hemtjänsten som bidrar till att minska antalet körda mil med bil i kommunen.	100	100

Medborgare och brukare ska känna delaktighet och vara nöjda och trygga med tillgänglighet, tjänster och bemötande.

Nämndsmål	Kommentar	Utfall	Målvärde
▲ Brukarens delaktighet och inflytande ska öka. (Förbättring med 10 % enligt ÖJ för äldreomsorg, funktionshinderomsorg och individ-/familjeomsorg)	Resultatet från Öppna jämförelser för äldreomsorgen visade att 88 % av de som svarade på vad de tyckte om sitt vård- och omsorgsboende respektive sin hemtjänstutvecklare var mycket eller ganska nöjda. Detta är en ökning med två procentenheter från föregående år. Inom individ- och familjeomsorg genomfördes i år också en brukarenkät från öppna jämförelser som visade att 98 % av de som svarade ansåg sig ganska eller mycket nöjda med den hjälp de får från Socialförvaltningen. En sammanvägning av de båda resultaten ger att 93% angett att det är mycket eller ganska nöjda med den hjälp de får från Socialförvaltningen vilket innebär en ökning med sju procentenheter, vilket inte helt når målsättningen om att öka med 10 % från år 2016.	93	96


Vi ska se barns och ungdomars behov och genom förebyggande arbete och tidiga insatser

i samverkan skapa förutsättningar för en positiv utveckling och ett tryggt liv.



Nämndsmål	Kommentar	Utfall	Målvärde
● Insatser ska bygga på bästa tillgängliga evidens och barnets erfarenheter. (Användandet av metoder baserade på evidensbaserad praktik ska öka jämfört med 2016)	- Under våren 2017 gick alla medarbetare på enheten för ensamkommande barn grundutbildning via TKT i relation till traumamedveten omsorg. - Under våren har utredare och medarbetare på öppenvården fått utbildning i ett samtalsmaterial för barn och ungdomar. - Två utredare har utbildats i IAS, en strukturerad intervju för bedömning av anknytningsstil. - Två medarbetare i öppenvården har fått utbildning i PYC, en strukturerad behandlingsmetod för föräldrar med kognitiva svårigheter. - Utredarteamet på enheten för barn och unga har strukturerat bedömningsinstrument Home och systematiserat utvärdering i öppenvården. - Under hösten 2017 har medarbetare på enheten för ensamkommande barn fått utbildning i lågaffektivt bemötande samt första hjälpen vid psykisk ohälsa.	6	1
● Resultaten i grundskolan ska	Nämndens arbete med att förbättra resultaten i grundskolan under 2017 har bestått i att i enskilda fall i	1	0

Nämndsmål	Kommentar	Utfall	Målvärde
förbättras	samarbete mellan socialsekreterare och mentorer ta fram individuella genomförandeplaner för enskilda barn och ungdomar. Enheten för ensamkommande barn har utvecklat sitt arbete för att säkerställa ungdomarnas skolnärvaro. Tidigare har frånvarorapporter från skolan inte kommit enhetens medarbetare till del av sekretesskäl, men nu är samtycken inhämtade för att också enhetens medarbetare ska kunna agera om någon av ungdomarna får en hög frånvaro. I de fall det bedöms nödvändigt kommer socialsekreterare att kunna medverka vid utvecklingssamtal.		
 Medborgarnas upplevda trygghet ska öka	De aktiviteter som ålagts Socialförvaltningen kopplat till kommunens gemensamma nämndsmål kring medborgarnas upplevda trygghet har varit att formera och strukturera intern samverkan kring hot och våld samt att starta nattvandring. Klippans kommun har anslutit sig till kompetenscentrum i Malmö, vilket möjliggör för alla medarbetare att få gratis basutbildning om våld i nära relationer. Någon nattvandring har inte påbörjats.	1	0

Klippans kommun ska arbeta för ökad mångfald och jämlikhet.


Nämndsmål	Kommentar	Utfall	Målvärde
 Förstärka individens delaktighet och inflytande över samhällsutvecklingen. (Andel ensamkommande barn som når självförsörjning vid utskrivning ska öka)	Av de sammanlagt sju ungdomar som skrivits ut har fem nått självförsörjning genom extrajobb samt CSN.	1	1

Kommunens verksamheter ska kännetecknas av god ekonomisk hushållning och förmåga till anpassning och omprövning.

Nämndsmål	Kommentar	Utfall	Målvärde
 Resursfördelningssystem ska införas.	De av förvaltningens verksamheter som införts i resursfördelningssystemet är Hemtjänsten, Bemanningen samt HVB-boendena. Budgeten för dessa verksamheter utgör tillsammans 82 758 tkr och motsvarar ca 25% av Socialförvaltningens totala budget på 331 332 tkr.	1	1
 Budgeten ska hållas och vid befarad avvikelse ska åtgärder vidtas	Socialförvaltningen har för 2017 ett ackumulerat underskott på ca -3 200 tkr. Förbättringen gentemot helårsprognosen som presenterades i delårsbokslutet och som pekade på ett ackumulerat underskott på - 6 300 tkr kommer sig framför allt av att förvaltningen kunnat räkna hem statsbidrag som tidigare varit osäkra. Underskottet kan framför allt härledas till Socialnämndens kostnader för sin hemtjänstverksamhet, externa placeringar av barn och unga i familjehem samt institutionsplaceringar. Hög sjukfrånvaro inom stora delar av Socialnämndens verksamheter utgör också en av orsakerna till helårets utfall.	-334 632	-331 332

Klippans kommun ska vara en tydlig, attraktiv arbetsgivare med god kompetensförsörjning.

Nämndsmål	Kommentar	Utfall	Målvärde
-----------	-----------	--------	----------

Nämndsmål	Kommentar	Utfall	Målvärde
 Medarbetarnas delaktighet och möjlighet att påverka processer som berör deras arbete ska öka. (Värde 4 av 5 i fråga vid medarbetarsamtal)	Under 2017 har förvaltningen på avdelnings- och enhetsnivå utvecklat sitt värdegrundsarbete med utgångspunkt i den kommungemensamma värdegrunden. Under 2017 har också metod och planering för Socialnämndens samlade förbättringsarbete tagits fram där det första steget är att definiera respektive verksamhets grunduppdrag därefter att identifiera förbättringsområden kopplade till grunduppdraget och slutligen att genomföra en mätbar förbättring kopplad till grunduppdraget. Frågor kopplade till medarbetarnas upplevda delaktighet ställs inte i samband med medarbetarsamtal utan i medarbetarenkäten som hittills genomförts vartannat år - dock inte 2017 och därför blir årets utfall kopplat till målet 0.	0	4

EKONOMI

EKONOMISKT RESULTAT - RESULTATRÄKNING

tkr	Utfall 2017	Budget 2017	Avvikelse 2017	Utfall 2016
Intäkter	155 796	126 507	29 289	157 766
Personalkostnader	-273 179	-252 366	-20 813	-277 361
Lokalhyra	-26 460	-25 621	-839	-28 483
Övriga kostnader	-190 205	-179 215	-10 990	-187 361
Avskrivningar	-387	-562	175	-192
Verksamhetens nettokostnader	-334 435	-331 257	-3 178	-335 630
Finansiella kostnader	-77	-75	-2	-69
Resultat	-334 512	-331 335	-3 179	-335 699
Nettoinvesteringar	-429	-1 502	1 073	-706

EKONOMISKT RESULTAT

tkr	Utfall 2017	Budget 2017	Avvikelse 2017	Utfall 2016
Nämnd och ledning	-19 723	-26 201	6 478	-15 706
Avdelning för IFO/FO	-141 657	-138 354	-3 303	-136 872
Avdelning för äldreomsorg	-173 132	-166 778	-6 354	-183 121
SUMMA	-334 512	-331 333	-3 179	-335 699

ANALYS DRIFT

Socialnämndens resultat 2017 är - 3,2 mnkr.

Nämnd och ledning har ett överskott på 6,5 mnkr. Överskottet beror på en budgeterad buffert och vakanta tjänster. Förvaltningskansliet har ett underskott på drygt 1 mnkr som till störst del beror på ett underskott på färdtjänsten.

Avdelningen för IFO/FO (Individ och Familjeomsorgen/Funktionshinderomsorgen) har ett underskott om 3,3 mnkr. Enheten för barn och unga har ett underskott på drygt 4 mnkr som framförallt beror på placeringar, både institution och familjehem. Enheten för vuxna har ett resultat i balans. Försörjningsstöd har ett överskott på 0,8 mnkr som beror en kompletteringsbudget på 2 mnkr som man ej behövt nyttja fullt ut. Underskott på

platser för skyddat boende motsvarande 0,5 mnkr. Stöd i vardagslivet har ett underskott på 0,2 mnkr på grund av volymökningar. LSS-boendena har ett underskott om 0,7 mnkr, som bland annat beror på förlorade intäkter på grund av ej höjda hyror men även högre bemanning. Korttidsvistelse och tillsyn inom LSS har ett överskott på drygt 0,3 mnkr som beror på att man ej har behövt öppna upp verksamheten varje helg samt vakanta tjänster. Verksamheten för uppdragstagare har ett underskott på 0,5 mnkr som beror nya ärenden. Enheten för daglig verksamhet har ett överskott om 1 mnkr på grund av högre intäkter från arbetsförmedlingen och sålda platser till andra kommuner.

Avdelningen för äldreomsorgen har en negativ avvikelse på 6,4 mnkr. Staben för äldreomsorgen har ett överskott på nästan 4 mnkr som främst beror på intäkter för återsökt

Ludvika moms för åren 2014-2016 för Väpnaren. Enheten för bistånd har ett underskott på drygt 1 mnkr. Underskottet beror på externt köpta korttidsplatser under hösten. Hemtjänsten har ett underskott på drygt 7,8 mnkr. Underskottet beror till stor del att enheterna hade betydligt fler arbetade timmar än beviljade timmar under årets första fyra månader. Nuvarande resursfördelningssystem ersätter inte dubbelbemanning i det enskilda hemmet och har fram till och med december månad genererat en kostnad på 4,5 mnkr. Ytterligare en orsak till underskottet är kostnader för reparationer, självrisk, leasing och drivmedel på äldreomsorgens bilar. Vård- och omsorgsboendena har ett underskott 1,6 mnkr. Utfallet förbättrades med 0,6 mnkr till följd av återsökt Ludvika moms för året på Väpnaren. Det samlade underskottet för vård- och omsorgsboendena i egen regi beror på att bemanningen har varit högre än vad som budgeterats på flertalet ställen. Skälen till att boendenas bemanning överstiger vad som budgeterats är framförallt att det delar under året saknats enhetschef på ett av boendena samt att fler brukare har krävt dubbelbemanning/vak och att fler av brukarna har demensdiagnos. Enheten för hälso- och sjukvård har ett överskott på 1,8 mnkr som beror på vakanta tjänster och att enheten klarat sin bemanning över sommaren utan att behöva anlita bemanningsföretag. Enheten för rehab har ett underskott på 0,2 mnkr. Underskottet beror på högre kostnader till Medelpunkten på grund av volymökningar. Enheten för bemanning har ett underskott på 1,7 mnkr. Detta beror på att år 2017 var införande året för resursfördelning och debitering av intäkter för enheten skedde i efterskott vilket gör att enheten endast fått intäkter för 11 månader. Från och med år 2018 kommer enheten att ha intäkter för tolv månader per år.

Socialnämndens utfall för år 2017 är 334,5 mnkr. För år 2016 var utfallet 335,7 mnkr. En nettominusning med 1,2 mnkr. Mellan 2016 och 2017 har kostnaderna och intäkterna för ensamkommande har minskat med nära 21 mnkr. Till 2017 infördes resursfördelning för bemanningen och detta ökar upp både intäkterna och kostnaderna med 21 mnkr. Intäkterna har minskat med 2 mnkr mellan åren. Framst beror det på att bidraget från arbetsförmedlingen för BEA-anställningar har minskat med 3 mnkr på grund av organisationsförändringar inom kommunen. Mellan 2016 och 2017 har personalkostnaderna minskat med 4 mnkr. Detta beror främst på minskningen av BEA-anställningar 3 mnkr och minskning av personal på daglig verksamhet på 2 mnkr samt att verksamheten för flyktingmottagande har minskat med drygt 5 mnkr mellan åren. Kostnader vikarier har ökat med 2,5 mnkr och kostnaderna för kommunens egna familjehem har ökat med 2,8 mnkr. Då bemanningsenheten infördes år 2017 har redovisningen av personalkostnader ändrats ute på enheterna. Enheterna ute i verksamheten köper bemanning av bemanningsenheten och detta redovisas som köp av tjänst det vill säga övriga kostnader. År 2016 redovisades vikariekostnaderna som timlöner ute på enheterna medan år 2017 redovisas dem som köp av tjänst. Lokalkostnaderna har minskat 2 mnkr mellan åren främst på grund av att migrationsverksamheten har minskat. Placeringskostnader

inom institution har minskat både inom barn och unga samt vuxna med en total kostnad av 2,4 mnkr. Försörjningsstödkostnaderna har ökat med 1 mnkr. Transportkostnaderna har ökat i kostnader med 1,2 mnkr varav färdtjänsten står för 0,6 mnkr. Hemtjänst har ökat sina kostnader på drygt 1,3 mnkr. Särskilt boende har ökat sina kostnader med 2,5 mnkr. Till stor del beror dessa kostnadsökningar på verksamhetsbaserade scheman och att timbanken togs bort. Ett nytt LSS-boende och två nya platser på befintligt har medfört att kostnaderna för den verksamheten har ökat med 6,7 mnkr. Kostnadsminskningar finns inom verksamheten för korttidsvistelse/-tillsyn 1,3 mnkr och daglig verksamhet 3,4 mnkr.

ANALYS INVESTERINGAR

Socialnämnden redovisar för 2017 ett överskott på 1 072 tkr för investeringar.

Socialnämnden har valt att avvakta investeringar i befintliga särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättning utifrån att nämnden genomför sin översyn av samtliga särskilda boenden samt utifrån att nämnden under året fått ett föreläggande om nyttjandeförbud på en av sina servicebostäder enligt LSS utifrån undermåligt brandskydd.

Under året har införandet av nyckelfri hemtjänst övergått i ordinarie verksamhet och den avsatta investeringen för införandet har inte fullt ut behövt användas vilket resulterat i en positiv avvikelse motsvarande 493 tkr för 2017. Det är nu viktigt att kvalitetssäkra användningen av den nyckelfria hemtjänsten och fortsätta arbetet med att digitalisera och automatisera Socialtjänsten, varför 2017 års resultat bör överföras till 2018.

TRENDER OCH UTMANINGAR

DIGITALISERING OCH AUTOMATISERING
Digitalisering och automatisering är ett område som framöver förväntas att öka i betydelse för att nämnden ska kunna möta de utmaningar som nämnden står inför. Förväntade volymökningar, svårigheter att rekrytera kompetenta medarbetare samt nämndens fortsatta arbete för att nå en budget i balans kräver nya arbetssätt och användning av välfärdsteknologi.

ÖVERSYN AV KOMMUNENS SAMTLIGA SÄRSKILDA BOENDEN

I arbetet med nämndens översyn av kommunens samtliga särskilda boenden har ett behov av att utöka antalet vård- och omsorgsboenden från dagens 127 platser till 160 platser år 2026 identifierats. I översynen framgår också att det finns behov av en ny bostad med särskild service i form av servicebostad respektive en ny bostad med särskild service i form av gruppboende. Därutöver finns det behov

av ett socialpsykiatriboende. Till beredningen av kommande investerings- samt driftsbudget är det Socialnämndens avsikt att presentera ett förslag till samlad utbyggnadsplan som på lång sikt kan tillgodose kommuninvånarnas behov av särskilda boendeformer.

TRYGGHETSBOSTÄDER

Möjligheten för äldre att flytta från större bostäder en bit från service och täta kommunikationer till lättskötta boenden som bidrar till gemenskap och bryter känsla av ensamhet är något som starkt efterfrågas av kommunens äldre enligt kommunens kommunala pensionärsråd. Nationella studier ger också stöd för att trygghetsbostäder och andra mellanboendeformer kan verka dämpande på kommande behov av vård- och omsorgsboenden. Det är därför Socialnämndens mening att det bör tas fram en kommunal strategi för trygghetsbostäder, där Socialnämnden är en av flera intressenter som deltar i framtagandet av en sådan strategi.

BOSTÄDER GENOM SOCIALA KONTRAKT

Ansvar för att skaffa sig ett boende i kommunen ligger på den enskilde kommuninvånaren, men i och med att ett allt större antal kommuninvånare samt familjer inte har möjlighet att få ett förstahandskontrakt ser nämnden ett växande behov av bostäder genom sociala kontrakt. Detta innebär att kommunen står för förstahandskontraktet för en lägenhet medan den enskilde får ett andrahandskontrakt där det framgår på vilka grunder boendet erbjuds och vad som krävs för att få bo i en bostad som fördelats genom socialt kontrakt.

HEMTJÄNST

Liksom att den demografiska utvecklingen förväntas generera en volymökning inom vård- och omsorgsboende kan motsvarande volymökning förväntas inom hemtjänsten fram till 2026, vilket i så fall skulle innebära en ökning med ca 20 % från dagens nivå. För att möta kommande bemannings- och kompetensbehov krävs det ett långsiktigt och strategiskt arbete. Nämnden har tagit flera steg för att effektivisera sin hemtjänstverksamhet genom införande av nyckelfria lås, ruttoptimering, digital insatssigenering och försöker genom projektet "Rätt kompetens" se över vilka uppgifter som idag ligger på omvårdnadspersonal som kan utföras av andra. Ytterligare steg i att försöka styra omvårdnadspersonalen bort från arbetsuppgifter som inte tillför vård- och omsorg till nämndens brukare är att göra om matdistributionen genom projektet kyld mat samt upphandling av utförare som kan genomföra hemhandling/inköp.

STÖD I VARDAGSLIVET

Det tidigare boendestödet omfattade personer med missbruksproblematik och personer inom kommunens socialpsykiatri, medan den nya insatsen Stöd i vardagslivet omfattar, utöver tidigare nämnda målgrupper, också stöd till familjer, barn och unga i deras eget hem och stöd i boendet till personer med personkretstillhörighet enligt LSS. En ökning av insatsen stöd i vardagslivet förväntas minska behovet av externa placeringar inom samtliga

målgrupper samt minska behovet av bostäder med särskild service enligt LSS. För att bromsa de senaste årens volymökningar inom individ- och familjeomsorgen samt funktionshinderområdet ser Socialnämnden utvecklingen av den egna öppenvården samt stöd i vardagslivet som mycket angeläget.

MISSBRUKS- OCH BEROENDEPROBLEMATIK

From 2018-01-01 ingår spelmissbruk i det ansvar Socialnämnden har för personer med missbruksproblematik. Detta innebär såväl förebyggande arbete som ansvar för handläggning och behandling. I dagsläge är det svårt att bedöma hur många personer som det framgent kan komma att röra sig om.

ENSAMKOMMANDE BARN

Socialnämndens åtagande angående ensamkommande barn utökades i snabb takt under 2015 och 2016 och med anledning av det utökade åtagandet har nämnden valt att bilda enheten för ensamkommande barn. För närvarande minskar åtagandet minskat i omfattning och under 2017 har HVB Elfdalen avvecklats och under 2018 räknar nämnden med att kunna avveckla HVB Rickmangården till följd av att allt färre ensamkommande barn kommer till Sverige och Klippan. Det är nämndens målsättning att den verksamhet som idag bedrivs på enheten ska återföras till ordinarie verksamhet.

FÖRSÖRJNINGSSTÖD

Under 2018 förväntas antalet nyanlända som går ur etableringsfasen och som därefter inte lyckas erhålla möjligheter till egenförsörjning att öka. Dessa kommer att till hel eller viss del bli beroende av ekonomiskt bistånd från Klippans kommun och kommer då samtidigt att hamna inom enheten för vuxnas ansvarsområde.

BUDGET I BALANS

Under 2017 har nämnden gjort stora framsteg i sitt arbete med att nå en budget i balans och det har tagits fram handlingsplaner för att respektive verksamhet ska nå en budget i balans. Implementeringen av dessa handlingsplaner samt uppföljning av desamma kommer nästa år och framöver att vara ett utvecklingsområde inom Socialnämnden. För att nämnden ska nå och bibehålla en budget i balans är det framför allt viktigt att nämnden fortsätter att minska sina kostnader för placeringar av barn och unga i familjehem, institutionsplaceringar för barn och vuxna samt kostnader kopplade till hög sjukfrånvaro.

VERKSAMHETSMÅTT

tkr	2017	2016	2015
IFO, INSTITUTIONSVÅRD VUXNA			
Antal vård dygn	1 556	2 336	1 003
INSTITUTIONSVÅRD BARN OCH UNGDOM			
Antal vård dygn	2 083	2 417	877
FAMILJEHEM			
Antal placerade barn	67	57	63
Antal vård dygn	17 945	16 215	16 046
FÖRSÖRJNINGSTÖD			
Antal hushåll	252	268	219
ÄLDREOMSORG			
Antal platser i särskilt boende	127	127	127
Särskilt boende, beläggning	97 %	97 %	98 %
Antal brukare med hemtjänst	549	555	501
HANDIKAPPOMSORG INSTITUTIONSPLACERINGAR			
Antal brukare	1	1	1
BOENDESTÖD			
Antal brukare	104	69	66
PERSONLIG ASSISTANS			
Antal brukare	41	46	49
- varav brukare i egen verksamhet	8	10	5
Totalt antal beviljade timmar	223 198	248 024	261 372
GRUPPBOENDE			
Antal brukare	52	52	43
GRUPPBOENDE, PSYK.LSS			
Antal brukare	0	0	0
KORTTIDSVISTELSE/TILLSYN			
Antal brukare	23	26	30
DAGLIG VERKSAMHET			
Antal brukare	107	95	94

§ 17**Överföring av investeringsmedel från 2017**

SN 2018.0169

Ärendet

Socialnämnden redovisar för 2017 ett överskott på 1 072 tkr för investeringar.

Socialnämnden har valt att avvakta investeringar i befintliga särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättning utifrån att nämnden genomför sin översyn av samtliga särskilda boenden samt utifrån att nämnden under året fått ett föreläggande om nyttjandeförbud på en av sina servicebostäder enligt LSS utifrån undermåligt brandskydd.

Under året har införandet av nyckelfri hemtjänst övergått i ordinarie verksamhet och den avsatta investeringen för införandet har inte behövt användas vilket resulterat i en positiv avvikelse motsvarande 493 tkr för 2017. Det är nu viktigt att kvalitetssäkra användningen av den nyckelfria hemtjänsten och fortsätta arbetet med att digitalisera och automatisera Socialtjänsten, varför 2017 års resultat bör överföras till 2018.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse "Överföring av investeringsmedel från 2017" Dnr SN 2018.0169.042

Beslut

Socialnämnden hemställer till kommunfullmäktige att 2017 års överskott på 1 072 tkr för investeringar ska överföras till budgetåret 2018.

§ 18

Uppföljning av intern kontroll 2017

SN 2016.0872

Ärendet

Socialnämnden fastställde vid sitt sammanträde den 14 november 2016 internkontrollplan för 2017. De områden som särskilt skulle granskas under året var:

- Ekonomisk följsamhet
- Genomförandeplaner upprättade i delaktighet med brukaren
- Aktuella LSS och ÄO insatser med giltiga beslut

De kontrollmoment som infördes under 2017 för att följa och vidta åtgärder beträffande ekonomisk följsamhet var månadsvis ekonomisk genomgång mellan ekonom och respektive chef på enhets- och avdelningsnivå samt framtagande av handlingsplan i de fall någon enhet uppvisade negativ avvikelse. Kontrollmomenten samt åtgärderna som vidtagits för att uppnå ekonomisk följsamhet har genomförts i enlighet med beslutad internkontrollplan, dock uppvisar nämnden vid 2017 års utgång ett resultat på ca -3 200 tkr vilket är en negativ avvikelse i förhållande önskat resultat.

För att kontrollera att genomförandeplaner upprättas med brukares delaktighet genomfördes under 2017 kontrollmoment genom statistikhämtningen ur verksamhetssystemet VIVA. Dock visade det sig att den data som genererats genom statistikhämtning ur VIVA inte var tillförlitlig. Istället har data analyserats genom manuella kontrollmoment där enheterna fått rapportera in uppgifter direkt. Enheterna rapporterar en hög grad (90- 100 %) av delaktighet från brukare vid upprättande av genomförandeplaner. Önskat resultat avseende brukarnas delaktighet vid upprättande av genomförandeplan kan därmed anses vara uppnådd.

För att kontrollera att aktuella LSS och ÄO insatser med giltiga beslut planerades det att det skulle göras tertialvisa avstämningar av aktuella insatser med giltiga beslut i verksamhetssystemet. Dock kunde verksamhetssystemet också i detta avseende inte lämna tillförlitliga data. Därför har analys av vilka insatser som varit svåra att verkställa under året kontrollerats genom att gå igenom de beslut som ej gått att verkställa inom tre månader och som redovisas kvartalsvis. De insatser som under året varit svårast att verkställa inom tre månader under året har varit boende i särskilda boendeformer för äldre och personer med funktionsnedsättning.

En påbörjad åtgärd för att tillförsäkra kvalitetssäkrad statistikhämtning ur verksamhetssystemet är att upphandla ett nytt verksamhetssystem och att fram till dess att ett nytt system är på plats införa manuella kontrollmoment som innebär att respektive

verksamhet går igenom och kommenterar felaktiga statistikuppgifter som rör respektive verksamhet.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse "Uppföljning av intern kontroll 2017" Dnr SN 2018.2016.0872-8.700
Internkontrollplan Dnr SN 2018.0872-9.700

Beslut

Socialnämnden godkänner informationen och att lägger den till handlingarna.

§ 19

Avveckling av demensboendet Bågen

SN 2018.0167

Ärendet

I Socialnämndens översyn av kommunens samtliga särskilda boenden lyfts behovet av att utöka antalet lägenheter inom vård- och omsorgsboende som har demensinriktning samtidigt lyfts behovet av att se över Bågens demensboende utifrån att driften av boendet är mycket dyrare än driften av övriga boenden i kommunen.

På Klippans vård- och omsorgsboenden finns det ca 50 brukare med demensdiagnos åtta av dessa brukare bor på Bågen, arton av brukarna bor på Syrängården och övriga bor fördelade på övriga vård- och omsorgsboenden i kommunal regi.

En plats på Bågens demensboende kostar 576 666 kr/år medan motsvarande kostnad för kommunens andra brukare med demensdiagnos på övriga vård- och omsorgsboenden är 466 682 kr/år (beräknat utifrån att arton brukare med demensdiagnos bor på Syrängården respektive 24 brukare med demensdiagnos bor på övriga boenden som inte har demensinriktning i kommunen.)

Det primära skälet till att driftskostnaderna skiljer sig så pass mycket åt mellan Bågen och övriga boenden är att boendet är för litet för att kunna samutnyttja personella resurser mellan flera enheter. Exempelvis går det inte att samordna nattbemanningen över två enheter i och med att hela Bågen endast består av åtta lägenheter.

Kostnaden för Bågens åtta lägenheter med demensinriktning är sammanlagt 4 613 tkr/år. Skulle Syrängårdens 18 lägenheter drivas med samma kostnader per plats som nämnden idag betalar för drift av lägenheterna på Bågen skulle det innebära en fördyrning med ca 1 150 tkr/år. En fortsatt drift av Bågen innebär således en skev fördelning av de resurser som är avsedda för vård- och omsorgsboende åt brukare med demensdiagnos.

Socialförvaltningen föreslår därför att nämnden inför ett inflyttningsstopp som innebär att det från och med nämndens beslut inte kommer att flytta in ytterligare brukare till Bågen. Därefter är det förvaltningens förslag att boendet avvecklas över en längre period fram till 1 november 2018 och att kvarvarande brukare under tiden fram till boendets avveckling erbjuds nya boenden efter hand som vakanser uppstår i det övriga beståndet av vård- och omsorgsboenden.

För att säkerställa god och likvärdig vård och omsorg av kommunens personer med demensdiagnos på lång sikt är det istället önskvärt att samla kommunens demensboenden till ett och samma ställe. Utifrån Syrängårdens utformning samt att boendet tillsammans

med Ljungbygården och centrumträffen skulle kunna bli ett framtida demenscentrum är det önskvärt att nämnden på sikt strävar efter att samla sina lägenheter i vård- och omsorgsboende med demensinriktning till Ljungbyhed. Genom att samlokalisera kommunens lägenheter på vård- och omsorgsboende för personer med demensdiagnos skulle flera samordningsvinster i drift och kompetensförsörjning kunna åstadkommas.

Ett framtida tänkbart användningsområde för Bågens lokaler efter att det avvecklats som demensboende skulle istället kunna komma att bli ett boende som vänder sig till brukare med funktionsnedsättningen så som ett socialpsykiatriboende med fyra lägenheter för permanent boende och fyra korttidsplatser.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse "Avveckling av demensboendet Bågen" Dnr SN 2018.0167.771

Beslut

Socialnämnden beslutar om omedelbart inflyttningsstopp till Bågen.

§ 20**Handlingsplan för funktionshinderomsorgen**

SN 2017.0585

Ärendet

Vid Socialnämndens sammanträde den 30 augusti 2017 presenterade Planum Organisation AB en genomlysning som genomförts av funktionshinderomsorgen i Klippans kommun. Genomlysningen genomfördes under perioden maj- augusti 2017 och avslutades med genomgång av ett flertal förbättringsområden. I samband med redovisningen av genomlysningen uppdrog Socialnämnden åt Socialförvaltningen att utarbeta en handlingsplan för funktionshinderomsorgen samt att redovisa densamma för Socialnämnden.

Bifogat till denna handling redovisar Socialförvaltningen den handlingsplan som tagits fram utifrån de förbättringsområden som identifierats inom funktionshinderomsorgen i och med 2017 års genomlysning.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse "Handlingsplan för funktionshinderomsorgen" Dnr SN 2017.0585-4.790
Handlingsplan för funktionshinderomsorgen Dnr SN 2017.0585-5.790

Beslut

Socialnämnden godkänner handlingsplanen samt uppdrar åt förvaltningen att verkställa de åtgärder som beskrivs i framtagna handlingsplan för funktionshinderomsorgen.

Handlingsplan utifrån genomlysning av funktionshinderverksamheterna i Klippans kommun.

Aktivitet inkl kommentar enligt genomlysningen.	Socialnämndens/ Socialförvaltningens aktivitet/åtgärd	Ansvarig	Tidplan	Tid för uppföljning
<p>1. Genomför den planerade kartläggningen av boende med särskild service.</p> <p>Omfattar kartläggning, definition av begreppen, åtgärder enligt lagstiftningens krav och det framtida behovet.</p>	<p>Det ska vara rätt benämning på kommunens boenden för bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS och förändringar ska rapporteras till IVO. Aktiviteten är genomförd.</p>	<p>Avdelningschef</p>	<p>18-12-31</p>	<p>Löpande 18-03-31</p>
<p>2. Överväg med kartläggningen som grund möjligheterna till en målgruppsanpassning av boendegrupperna.</p> <p>Ev. kan ett särskilt boende för äldre boende med omfattande omvårdnadsbehov öppna möjligheter att förändra i övriga grupper</p>	<p>Inventering av de olika målgruppernas olika behov. Aktiviteten är genomförd.</p>	<p>Avdelningschef</p>	<p>18-12-31</p>	<p>Löpande 18-03-31</p>
<p>3. Starta planeringen för ett boende för personer med psykiska</p>	<p>Behov av framtida boenden för målgruppen har hanterats inom ramen för boendepåbjudningen. Aktiviteten är genomförd.</p>	<p>Avdelningschef</p>	<p>18-12-31</p>	<p>Löpande 18-03-31</p>

<p>funktionsnedsättningar.</p> <p>En lämplig omfattning kan vara ett boende för 4 boende plus 4 korttidslägenheter.</p>				
<p>4. Genomför den planerade resursförstärkningen och utvecklingen av det vardagsnära stödet/boendestödet samt start av en träffpunkt.</p> <p>Behovet är stort och stödet behöver vara tillgängligt även kvällar och helger</p>	<p>PRIORITET</p> <p>Uppbyggnad av ny insats, ”Stöd i vardagslivet”.</p>	<p>Avdelningschef</p>	<p>18-04-30</p>	<p>Löpande 18-11-30</p>
<p>5. Utveckla arbete i den nya gemensamma myndighetsenheten för vuxna.</p> <p>Se över möjligheter att flytta LSS-handläggarna till vuxenenhetens lokaler.</p>	<p>Samtliga handläggare med målgruppen vuxna (missbruk/beroende, LSS-personkrets, personer med psykisk/neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och personer med samsjuklighet) ska sitta i samma lokaler. Aktiviteten genomförd.</p>	<p>Enhetschef Vuxenenheten</p>	<p>18-01-31</p>	<p>Löpande</p>
<p>6. Säkerställ former för löpande redovisning av ärendesituation och handläggningstider inom LSS-handläggningen.</p> <p>Myndighetsutövningen är en strategisk ledningsresurs</p>	<p>PRIORITET</p> <p>Enhetschefen ska ta initiativ till gemensamma möten och samråd där både myndighetsdel samt verkställighet ingår för att säkerställa en rättssäker handläggning.</p>	<p>Avdelningschef</p>	<p>18-03-31</p>	<p>Löpande</p>

som måste vara i takt med behov.	Se punkt 10			
<p>7. Inför en gemensam utredningsmodell i den nya myndighetsverk-samheten för funktionshinder.</p> <p>Samarbetet kan stärkas om det finns en gemensam utredningsmodell.</p>	<p>Utbildning i IBIC under mars månad för chef. Utbildning i IBIC under april månad för medarbetare.</p> <p>Aktivitet genomförd.</p>	Avdelningschef	18-06-30	18-02-28
<p>8. Genomför en inventering av gråzonsärenden mellan LSS och enheten för barn och unga.</p> <p>Det är viktigt för att det ska bli rätt beslut om insats och har betydelse för utjämningsystemet.</p>	<p>PRIORITET</p> <p>Enhetschef på barn/unga /familj ska identifiera de ärenden som finns på enheten med diagnos som faller inom LSS område. Enhetschef på barn/unga /familj ska ta initiativ till möte med chef på vuxenenheten för en diskussion kring dessa ärenden och vidare handläggning.</p>	Avdelningschef	18-02 -23	18-03-31

<p>9. Se över rutinen för upprättande av genomförandeplaner.</p> <p>LSS-handläggarna bör underrättas om när genomförandeplaner upprättats eller ändrats efter uppföljning.</p>	<p>Genomförandeplanen ska följas upp var 6:e månad. Återkoppling till handläggare sker vid större förändringar i ärendet.</p> <p>Genomförandeplaner ska göras i dokumentationsprogrammet VIVA och användas inom hela funktionshinderverksamheten.</p>	<p>Enhetschef Vuxenenheten</p>	<p>18-03-31</p>	<p>Löpande</p>
<p>10. Överväg att ändra i riktlinjerna om beslut om form av bostad med särskild service.</p> <p>Det bör vara handläggarna som beslutar om vilken boendeform som den enskilde ska erbjudas.</p>	<p>PRIORITET</p> <p>Revidering och uppdatering av nuvarande riktlinje.</p> <p>Se punkt 6</p>	<p>Avdelningschef</p>	<p>18-03-01</p>	<p>Löpande</p>
<p>11. Utveckla en tydlig faktabaserad årlig långsiktig behovsplanering inom boende och andra insatser.</p> <p>En god planering av alla insatser är viktig, men boendebehovet är mest kostsamt och tar lägre tid att verkställa. Säkerställ att behovsplaneringen kopplas till kommunens övergripande fysiska</p>	<p>Se punkt 1, 2 och 3. Aktivitet genomförd.</p>	<p>Avdelningschef</p>	<p>18-03-31</p>	<p>Löpande</p>

planering.				
<p>12. Inför en resursfördelningsmodell byggt på omsorgstyngd.</p> <p>Modellen bör omfatta boende, daglig verksamhet, personlig assistans och boendestöd.</p>	Ska ingå i pågående planering och tidsplanering för resursfördelningsystem.	Förvaltningschef	18-03-31	Löpande
<p>13. Utveckla en resultatinkriktad och nivåindelad uppföljningsplan.</p> <p>Ger bra underlag för analys och utveckling samt kan skapa engagemang i medarbetargrupperna.</p>	Avvakta resursfördelningsystemet.	Förvaltningschef		
<p>14. Säkerställ inlämningen av verksamhetsstatistik till Socialstyrelsen och SCB.</p> <p>Ett bra underlag ger bättre möjlighet till analys och jämförelser med andra kommuner.</p>	Uppgifter från både myndighetsdel och verkställighetsdel ges till avdelningschef. Även kontroll via dataregister ska ske.	<p>Avdelningschef</p> <p>Utvecklingsstrateg</p>	18-03-31	Löpande

<p>15. Upprätta en kartläggning och strategisk planering för kompetensutveckling.</p> <p>I takt med att målgruppen förändras ökar behovet av ny kompetens. Systemet ska innehålla planering för olika nivåer, övergripande, per enhet och individuellt.</p>	<p>Plan ska upprättas varje höst för kommande år.</p> <p>Behovet av kompetensutveckling ska tas upp som del av medarbetarsamtalet.</p>	Avdelningschef	18-03-30	18-09-31 Löpande
<p>16. Gå igenom resultatet av bemanningsstudien och överväg behovet av förändring.</p> <p>Ge uppdrag till avdelningschef och enhetschefer.</p>	<p>PRIORITET</p> <p>Första genomgång och anpassning gjord.</p> <p>Kontinuerlig uppföljning sker inför varje schemaperiod.</p>	Avdelningschef	18-03-31	Löpande

<p>17. Plan för utveckling av daglig verksamhet</p> <p>Det är relativt många som inte går till daglig verksamhet utan sitter hemma i lägenheterna.</p>	<p>Utökning av öppettider på daglig verksamhet. Aktiviteten genomförd.</p> <p>Ska arbeta aktivt med att attrahera och motivera brukarna att vilja delta i daglig verksamhet.</p>	<p>Enhetschef Daglig verksamhet</p>	<p>18-01-31</p>	<p>Löpande</p>
<p>18. Gör en samlad utredning av behovet för de ”unga” som inte deltar i daglig verksamhet eller har annat arbete.</p> <p>Uppdraget bör ges till handläggarna och chef för daglig verksamhet.</p>	<p>Se punkt 17.</p>	<p>Enhetschef Daglig verksamhet</p>	<p>18-06-30</p>	<p>Löpande</p>
<p>19. Utveckla brukarinflytande i utvecklingen av verksamheten.</p> <p>Inför regelbundna möten med brukarorganisationerna. Ta del av de metoder för brukarinflytande som finns i andra kommuner och utveckla en modell för Klippan.</p>	<p>Brukarna ska ges större möjlighet att vara delaktiga i verksamheten. Dialog med brukarna ska ske regelbundet.</p> <p>Brukarenkät ska genomföras en gång per år.</p> <p>Två möten per termin med föreningslivet inom området där avdelningschef deltar.</p> <p>Dialog med brukarorganisationerna.</p>	<p>Avdelningschef</p>	<p>18-03-31</p>	<p>Löpande</p>

<p>20. Inför regelbundna kontakter på ledningsnivå med särskolan. Kontakter finns mellan daglig verksamhet och särskolan, men de bör kompletteras med kontakter med förvaltnings- och avdelningsnivå.</p>	<p>Enhetschef ska ta initiativ till att stärka redan befintliga kontakter/mötesformer samt tillse att de finns på lednings- och medarbetarnivå.</p>	<p>Enhetschef vuxenenheten</p>	<p>18-03-31</p>	<p>Löpande</p>
<p>21. Tydliggör bemanningspoolens uppdrag att ordna med vikarieanskaffning för personlig assistans.</p> <p>Åtgärden är för att avlasta enhetschef ansvaret.</p>	<p>Bemanningen ser regelbundet till att det finns vikarier som är inskolade inom området samt matchar vikarie med brukare.</p> <p>Kväll/helg ska enhetschef ha upprättat rutin för vikarieanskaffning.</p>	<p>Enhetschef Pers ass</p>	<p>18-01-31</p>	<p>Löpande</p>
<p>22. Utred möjligheter att utveckla korttidsvistelse och korttidstillsyn i samverkan med IFO och förskola/skola.</p> <p>Behovet av den traditionella ”korttiden” har minskat. Sannolikt finns ändå det behov av korttidsavlastning och korttidsboende för barn och unga med LSS-tillhörighet och insatser inom IFO:s barn/unga och familj.</p>	<p>Barn med LSS tillhörighet inom Barn/unga/familj ska upplysas om möjligheten till korttidstillsyn/korttidsvistelse.</p> <p>Identifiera synergieffekter för samordning av lokaler och resurser.</p>	<p>Avdelningschef</p>		<p>Löpande</p>

<p>23. Upprätta en processbeskrivning och rutin för arbetet med inlämningen till utjämningsystemet</p> <p>Det har varit oklarhet i ansvaret för inlämningen och det har skett personella förändringar. Det ska vara klart vilka aktiviteter som ska ske under september-oktober för att säkerställa rätt underlag.</p>	<p>Uppgifter från både myndighetsdel och verkställighetsdel ges till avdelningschef. Även kontroll via dataregister ska ske.</p>	<p>Avdelningschef</p>		
<p>24. Avdelningschef eller förvaltningschef ska ge klartecken till inlämning av uppgifterna till utjämningsystemet</p> <p>En korrekt inlämning av uppgifter har stor ekonomisk betydelse och det bör säkerställas genom beslut på chefsnivå.</p>	<p>Se punkt 23.</p>	<p>Avdelningschef.</p>		

§ 21

Antagande av rekommendation för arbete med ökad kvalitet i vård- och omsorgsboende för äldre med fokus på natten

SN 2018.0170

Ärendet

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit fram en rekommendation för att stärka kvaliteten på omsorgen nattetid på särskilda boenden för äldre har. Arbetet har skett i dialog med kommuner, Föreningen Sveriges socialchefer, FAMNA (riksorganisation för idéburen vård och omsorg) och vårdföretagarna. I januari 2017 beslutade styrelsen för Sveriges kommuner och landsting att rekommendera kommunerna att anta rekommendationen.

Bakgrunden är att regeringen våren 2016 avlog Socialstyrelsens förslag till bemanningsföreskrifter för särskilt boende för äldre. Istället för bemanningsföreskrifterna valde regeringen att förtydliga Socialtjänstförordningen (2001:937, 2 kap 3§). Där framgår det att den enskildes behov ska vara styrande och att personal ska finnas tillgänglig dygnet runt. I rekommendationen anges fyra områden som kräver ett särskilt fokus i förnyelse- och förbättringsarbetet;

- Koll på läget
- Planera utifrån individens behov
- Ta fram en strategi för att utveckla digitaliseringens möjligheter
- Ledarskap

Socialtjänstförordningen ger utrymme för kommunerna att själva välja hur individens behov ska kunna tillgodoses och hur digitala lösningar kan vara en del av det. Digitala lösningar ska tillgodose den enskildes integritet, behov av trygghet och samtidigt möjliggöra att personalen nyttjas på bästa sätt.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse Dnr SN 2018.0170.771

SKL Kvalitet i särskilt boende, Rekommendation för arbet med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre Dnr SN 2018.0170-2.771

Beslut

Socialnämnden antar Sveriges kommuners och landstings rekommendationen i syfte att stärka utveckling och kvalitet på vård- och omsorgsboende för äldre.

Vård och Omsorg
Greger Bengtsson

KVALITET I SÄRSKILT BOENDE

Rekommendation för arbete med ökad kvalitet natttid i särskilt boende för äldre

Agneta Ivåker
Greger Bengtsson
Åsa Furén-Thulin
Sektionen för Vård och Omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
December 2016

Innehållsförteckning

Rekommendation för arbete med ökad kvalitet natttid i särskilt boende för äldre	1
Inledning.....	3
En värdig vård för de äldsta	3
Rekommendationen – ett verktyg för kvalitetsarbete	3
Syfte, mål och målgrupp.....	3
Implementering i dialog med kommuner och andra intressenter	4
Ansvarsfördelning och gällande rätt.....	4
Ansvarsfördelning och kvalitet	4
Lagrum särskilda boenden	4
Ändring av socialtjänstförordningen 2016	5
Utgångspunkter.....	6
Vikten av individuell behovsbedömning	6
Boendemiljön.....	7
Bemanning	7
Digitalisering och nya arbetssätt	7
Digitalisering – en strategisk fråga för hela kommunen	8
Natten påverkas av dagens aktiviteter	9
Chefen och ledarskapets betydelse	9
Rekommendation	10
Koll på läget.....	10
Ta fram en strategi för att utveckla digitaliseringens möjligheter	10
Ledarskap.....	11
Implementering.....	12

Inledning

En värdig vård för de äldsta

Vi står idag inför en befolkning som blir allt äldre och antalet personer i stort behov av vård och omsorg kommer att öka kraftigt. Att åldras behöver inte i sig betyda funktionsnedsättning, en 75 åring idag har bättre funktionsförmåga än för 30 år sedan, men samhället måste ändå rusta för att en större andel av befolkningen är mycket gamla personer.

En betydande del av dessa äldre behöver bo på särskilt boende. De utgör några av samhällets mest sköra och behovande individer. Att säkerställa en god, värdig och för individen anpassad vård och omsorg för dem tillhör därmed en av samhällets allra viktigaste uppgifter. Medarbetarna på landets äldreboenden är den enskilt viktigaste faktorn för att kunna ge en god kvalitet för de äldre. Det är därför viktigt att medarbetarnas kunskap och drivkraft tas tillvara i arbetet med att förbättra omsorg och tillsyn nattetid för särskilda boenden.

Rekommendationen – ett verktyg för kvalitetsarbete

För att stärka kvaliteten på omsorgen nattetid på särskilda boenden för äldre har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i dialog med kommuner, Föreningen Sveriges socialchefer, FAMNA och Vårdföretagarna tagit fram denna rekommendation.

Bakgrunden är att regeringen våren 2016 avslag Socialstyrelsens förslag till bemanningsföreskrifter för särskilt boende för äldre. Socialstyrelsens uppdrag med föreskrifterna var att säkerställa en trygg och individanpassad omsorg samt försäkra sig om att det på särskilda boenden för äldre skulle finnas personal dygnet runt som utan dröjsmål kunde hjälpa de äldre.

I stället för bemanningsföreskrifterna valde regeringen att förtydliga Socialtjänstförordningen (2001:937, 2 kap 3§). Där framgår det att den enskildes behov ska vara styrande och att personal ska finnas tillgänglig dygnet runt.

För att ytterligare stötta kommunernas arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre har SKL tagit fram denna rekommendation där de områden anges som kräver ett särskilt fokus i förnyelse- och förbättringsarbetet.

Syfte, mål och målgrupp

Målgrupp för rekommendationen är kommunerna i rollen som uppdragsgivare och arbetsgivare samt alternativa utförare i tillämpliga delar. De områden som

uppmärksammas är digitalisering, arbetsmetoder och bemanning. SKL noterar särskilt att det finns en viktig utvecklingspotential vad gäller välfärdsteknik.

Implementering i dialog med kommuner och andra intressenter

Några av framgångsfaktorerna för rekommendationen är att den bygger på en förståelse för de förutsättningar som finns i landets kommuner. I arbetet med rekommendationen har SKL därför fört en dialog med socialchefer, äldreboendechefen och undersköterskor. Sammantaget har ett 60-tal kommuner medverkat. Dessutom har dialog förts med brukarorganisationer, fackliga organisationer och regionala representanter.

För att göra rekommendationen till verklighet krävs ett gediget förankringsarbete. Här kommer SKL att medverka till spridning av rekommendationen i dialog med kommunerna.

Ansvarsfördelning och gällande rätt

Ansvarsfördelning och kvalitet

Varje kommun ska ha en fungerande socialtjänst med ansvar för bland annat äldreomsorgsfrågor. Kommunen och dess ledning har det yttersta ansvaret för att äldre i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver.

Inom varje kommun är det socialnämnden som har ansvaret för verksamhet riktad till behövande oavsett utförare.

Det framgår av socialtjänstlagen att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För att uppnå god kvalitet krävs rättssäkerhet, den enskildes medinflytande och insyn, respekt för den enskildes integritet och ett professionellt bemötande. Den enskilde ska känna sig trygg i mötet med socialtjänsten och det stöd han eller hon får. För att uppnå god kvalitet behöver verksamheten använda sig av ett genomtänkt arbetssätt. Det förutsätter att personalen har lämplig utbildning och erfarenhet samt får ett bra stöd och rätt förutsättningar att utföra ett arbete av god kvalitet.

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Syftet med ledningssystemet är att uppnå god kvalitet inom vård och omsorg genom att verksamheterna uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och allmänna råd. Ledningssystemet ska användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas (SOSFS 2011:9)

Lagrum särskilda boenden

Det lagrum som reglerar socialtjänsten och äldreomsorgens särskilda boenden är de grundläggande bestämmelserna om integritet, självbestämmande och god kvalitet. De återfinns i 1 kap. 1 §, 3 kap. 3 §, 4 kap. 1 § samt 5 kap. 5 § socialtjänstlagen

(2001:453). Bestämmelserna i 5 kap. 4 § samma lag om att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att de får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund) har också betydelse.

Socialstyrelsen föreskrift om dokumentation (SOSFS 2014:5) gäller även särskilda boenden för äldre.

Ändring av socialtjänstförordningen 2016

Socialtjänstförordningen är sedan den 15 april 2016 förändrad. I förordningen har regeringen förtydligat kommunernas ansvar kring bemanningen nattetid i särskilt boende för äldre.

Ändringen av socialtjänstförordningen (2001:937) lyder enligt följande:

” I en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa.”

I kommentarerna framkommer att syftet med lydelsen ”utifrån den enskildes aktuella behov” är att tydliggöra att utgångspunkten för det föreslagna tillägget är den enskildes medicinska och sociala behov.

Vidare skriver man i kommentarerna att:

”Kravet på tillgång till personal villkoras med andra ord utifrån den enskildes förutsättningar samt behov av stöd och hjälp. Socialnämnden kan till exempel placera äldre i en så kallad servicelägenhet med trygghetslarm.

Vidare förtydligas att de äldre som placeras i exempelvis demensboenden och behöver dygnet runt vård ska tillförsäkras detta. Finns behov av närvarande personal på boendet ska det finnas.

Socialnämnden kan fortsatt anpassa tillgången till personal i förhållande till de äldres olika behov i ett boende, där en enskild person kan vara i behov av mer stöd och hjälp än en annan.

Genom att utgå från den enskildes behov, undviks en reglering som innebär att alla de särskilda boendena på ett generellt och preciserat vis ska ha tillgång till personal dygnet runt med en viss personalstyrka.

Tillägget av begreppet ”aktuella” ger socialnämnden ett incitament att göra en kontinuerlig anpassning av stöd och hjälp utifrån den enskildes behov. Av detta följer att personalen ska uppmärksamma den äldres behov av stöd och hjälp samt vid behov förändra tillgången till personal.

Förordningen reglerar inte på vilket sätt personal kan uppmärksamma att en boende har behov av hjälp och därför kan den som bedriver ett särskilt boende själv bedöma på vilket sätt tekniskt stöd kan vara lämpligt. Det är viktigt att tekniskt stöd används på ett sådant sätt att det inte är till nackdel för den enskilde.”

Vad säger Inspektionen för vård och omsorg (IVO)?

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tagit fram ett bedömningsstöd för tillsyn vid särskilt boende för äldre. Det bedömningsstöd som IVO idag använder är inte fullt ut anpassat till ändringen i socialtjänstförordningen som rör särskilt boende. Det bedömningsstödet är nu under omarbetning och kommer, som SKL uppfattar det, inte vara i konflikt med dessa rekommendationer

Bedömningen betonar individualisering och de faktorer IVO lyfter fram är att det ska finnas tillräckligt med personal för planerade och oplanerade insatser.

IVO bedömer att personalbehovet även påverkas av:

- Lokalernas utformning
- Individens behov
- Låsta dörrar (begränsningsåtgärder)
- Tekniska lösningar
 - ✓ Samtycke
 - ✓ Integritet

Utgångspunkter

I denna rekommendation gör SKL en sammanvägd analys och bedömning utifrån lagstiftning, IVO:s bedömningsstöd vid tillsyn samt de iakttagelser som gjorts vid kommunbesök och de samtal som genomförts med företrädare, brukarorganisationer och medarbetare.

Vikten av individuell behovsbedömning

Den individuella behovsbedömningen är grunden för hur vården och omsorgen planeras och genomförs. Bedömning av behov kan göras av biståndshandläggare, enhetschef, ett team bestående av flera yrkeskategorier, och av baspersonal i aktuella situationer. Bemanning efter behov ansvarar enhetschefen för, men ytterst fördelar socialnämnden och kommunstyrelsen resurserna.

De 60 kommuner som SKL haft kontakt med inom ramen för arbetet med rekommendationen har olika lösningar för individuella överenskommelser.

Arbetsätten utgår från individens behov och påverkas även av tillgång till välfärdsteknik. Vid nedsatt beslutsförmåga/funktionsnedsättning blir frågan komplex och kräver en genomarbetad metodik där anhöriga är en viktig aktör

Tillsyn nattetid innebär också risk för att störa nattsömnerna och skapa oro. Socialtjänstlagens intentioner är att individen så långt som möjligt ska få behålla sin integritet och självständighet. Det är därför viktigt att göra individuella överenskommelser kring omsorg och tillsyn nattetid med de som kan ge sitt samtycke, samt hitta metoder för att utröna hur de med begränsade möjligheter till samtycke kan medverka till planeringen av tillsynen.

Boendemiljön

Lokalernas utformning kan stärka eller minska möjligheterna till överblick över situationen för de boende. Det påverkar vården och omsorgen nattetid då bemanningen är lägre i förhållande till dagen. Bristande lokaliteter kan kompenseras genom användning av tekniska hjälpmedel och/eller förstärkt bemanning. Vid ny- och ombyggnation är det av stor vikt att hänsyn tas till möjligheter till god överblick.

Bemanning

Socialtjänstförordningen anger att personal utan dröjsmål ska uppmärksamma behov av hjälp och ge hjälp till äldre på särskilt boende. Att uppmärksamma behov utan dröjsmål kan, som framgår i socialtjänstförordningen, göras med såväl teknik som utökad bemanning. När behov av stöd och hjälp har uppmärksammats ska det tillgodoses. Hur och hur snabbt detta ska ske måste utgå från den enskildes behov av stöd och hjälp.

Bemanningen nattetid bör därför vara anpassad för att så effektivt och flexibelt som möjligt möta detta behov, exempelvis genom ett anpassningsbart schema. Det är en viktig förutsättning för att få en både kostnadseffektiv och kvalitativ verksamhet. Andra viktiga faktorer att ta hänsyn till vid bemanning är möjligheten för personalen att arbeta heltid, och ge medarbetarna sådana förutsättningar att de klarar att arbeta utifrån de äldres aktuella behov, vilka kan skifta över tid. Det kan betyda att personal ska kunna ställa om och arbeta på flera olika arbetsplatser i relation till det aktuella vård- och omsorgsbehov som finns.

Digitalisering och nya arbetssätt

Digitaliseringen medger helt nya möjligheter att förändra arbetssätt och i större utsträckning ta vara på den äldres egna förmågor och förutsättningar. Inte minst kan digitala lösningar användas på särskilda boenden för att öka trygghet, självständighet och digital delaktighet. Exempel på detta är digitala trygghetslarm, sensorer för att uppmärksamma behov, nattkameror och olika former av kommunikationshjälpmedel. En viktig fråga är hur arbetssätt och metoder kan möjliggöra att även personer med nedsatt

beslutsförmåga får del av välfärdsteknik. De positiva effekter som kan uppnås med välfärdsteknik måste komma även denna grupp till del.

Flera kommuner har utvecklat användningen av välfärdsteknikens möjligheter men det finns ett behov av att öka takten för att ge nya möjligheter att tillgodose människors behov av individuella lösningar.

Samtidigt som digitaliseringen ger stora möjligheter ställs stora krav på att kommunen tänker igenom användandet bland annat utifrån följande faktorer:

- Gällande lagstiftning, föreskrifter och praxis, exempelvis personuppgiftslagen (PUL), bestämmelser om dokumentation enligt SOSFS 2014:15 och Datainspektionens krav.
- Informationssäkerhet
- Samtycke och beslutsförmåga
- Integritet
- Infrastruktur
- Upphandling
- Drift, förvaltning och support
- Kvalitetssäkring
- Delaktighet hos brukare och anhöriga
- Medarbetares förutsättningar, arbetsförhållanden och digital kompetens
- Information, kommunikation och utbildning
- Jämlikhet och jämställdhet

Digitalisering – en strategisk fråga för hela kommunen

Frågor om digitalisering kan inte endast hanteras separat inom en kommuns olika verksamhetsområden utan behöver i stor grad samordnas. Det finns framför allt ett behov för kommunen att kraftsamla kring kommungemensamma grundläggande förutsättningar som underlättar verksamhetsutveckling genom digitala lösningar. Det handlar bland annat om att på en övergripande kommunnivå ta ansvar för ledning och styrning kring gemensam infrastruktur i form av bredband. I dagsläget är det exempelvis många särskilda boenden som helt saknar den nödvändiga tekniska infrastrukturen som behövs för att digitaliseringens möjligheter ska kunna realiseras.

Därutöver finns även mycket att vinna på en ökad samverkan mellan kommuner inte minst vad gäller områden som infrastruktur, juridik, upphandling, standarder för informationssäkerhet och arkitekturprinciper för en sammanhållen digital offentlig förvaltning.

SKL:s styrelse beslutade i november 2016 om en ”Handlingsplan för gemensamma förutsättningar för digital utveckling i kommuner och landsting” som ger stöd i detta arbete.

Natten påverkas av dagens aktiviteter

Hur natten blir påverkas av dagens aktiviteter och vice versa. God mat, ett meningsfullt socialt innehåll och möjlighet till utevistelse med fysisk aktivitet under dagen bidrar till en god nattsömn. En god nattsömn ger å andra sidan ork till dagens aktiviteter och kan minska behov av sömn dagtid. Här krävs en helhetssyn och gemensam planering anpassat utifrån den enskildes behov och önskemål.

Det är inte givet att en lösning fungerar för alla. I många kommuner är det rutin att personalen tittar till den äldre ett par gånger nattetid för att säkerställa att hen sover och att inget oväntat inträffat. Men att någon tittar in nattetid kan även vara störande. En ostörd miljö utan onödiga besök, medverkar till en bättre nattsömn och kan minska behov av medicinering.

Nattsömnen påverkas positivt av evidensbaserade arbetssätt. Optimal medicinsk behandling vid hjärtsvikt, diabetes och smärta är exempel på viktiga insatser. Läkemedelsgenomgångar där individuell justering av personens hela läkemedelsbehandling görs bidrar till bästa möjliga hälsa och leder dessutom till en låg användning av sömnmedel och lugnande medel. Systematiskt arbete när personen har beteendemässiga och psykiska symptom vid demens bidrar också till minskad oro och bättre nattsömn. Andra viktiga områden att beakta är att undvika lång nattfasta och säkerhetsställa god munhygien.

Chefen och ledarskapets betydelse

Särskilda boenden är en verksamhet som ställer stora krav på ledarskapet. Verksamheten omsätter betydande ekonomiska värden och bedrivs dygnet runt. Att leda verksamheten handlar både om att ge en god omvårdnad till personer som behöver omfattande vård och omsorg och att leda flera personalkategorier utifrån olika lagrum och kulturer. Verksamheten måste också kunna attrahera och behålla medarbetare samtidigt som man förnyar arbetssätt, inför välfärdsteknik och möter en ny generation av äldre med ökade krav på individualiserad hjälp.

Ett närvarande och kompetent ledarskap är en nyckelfråga för att klara av omställningen. En utmaning är att natten präglas av självständigt arbete, ofta utan just närvarande ledarskap. Nattpersonal har av naturliga skäl inte möjlighet att träffa sin chef lika ofta som dagpersonalen.

Kommunerna uppger att det finns ett behov av att planeringen och genomförandet av nattens arbete blir än mer transparent. Schemaläggning har stor betydelse för möjligheten att bemanna efter behov. Om detta ska kunna bli verklighet behöver nattpersonalens situation och schemaläggning belysas och adresseras.

Rekommendation

SKL rekommenderar kommunerna att stärka och utveckla kvalitén enligt följande fyra nedanstående punkter.

Koll på läget

Socialtjänsten behöver göra individuella bedömningar kring enskilda behov av omsorg och tillsyn på natten. Resultatet måste vägas samman med de förutsättningar som finns i förhållande till lokaler och teknik på respektive särskilt boende. Ledningen behöver i större utsträckning ta reda på hur personalen bedriver arbetet under natten. Detta kan ske genom kontinuerlig dialog och möten med medarbetare.

Planera utifrån individens behov

Verksamheten behöver säkerställa att respektive individs behov av omsorg och tillsyn nattetid tillgodoses. Det är idag ovanligt att de individuella behoven finns uppmärksammade i genomförandeplaner eller att det finns enskilda överenskommelser hur den äldre vill ha sin omsorg och tillsyn på natten.

En planering behöver genomföras med den äldre och den äldres anhöriga vad gäller omsorgsinsatser och tillsyn. Planeringen dokumenteras i genomförandeplanen och behöver följas upp kontinuerligt. Av erfarenhet vet vi att äldres behov förändras både vad gäller sjukdomar och oro. Vid planeringen bör särskilt uppmärksammas på vilket sätt välfärdsteknik kan användas för tillsyn och trygghet.

När verksamheten utvecklat rutiner för att försäkra sig om en större kunskap kring de individuella behoven måste hänsyn också tas till att behovet skiftar över tid. Det kräver också arbetsätt med en flexibel bemanning och schemaläggning.

Ta fram en strategi för att utveckla digitaliseringens möjligheter

Socialtjänstförordningen ger utrymme för kommunerna att själva välja hur individens behov ska kunna tillgodoses, och hur digitala lösningar kan vara en del av det. Digitala lösningar ska tillgodose den enskildes integritet, behov av trygghet och samtidigt möjliggöra att personal nyttjas på bästa sätt.

Kommunen bör utarbeta en övergripande strategi som på ett tydligt sätt visar hur digitaliseringens möjligheter ska tas tillvara. Strategin behöver exempelvis omfatta områden som infrastruktur, informationssäkerhet, juridik, finansiering, standardisering och former för samverkan med andra kommuner. Strategin bör beslutas av kommunstyrelsen och kan exempelvis innehålla:

- Politisk viljeinriktning
- Värdegrunder och förhållningssätt för arbetet
- Handlingsplan med konkreta åtgärder för att den politiska viljeinriktningen ska nås
- Fastställda mål på olika nivåer och i olika verksamheter i organisationen
- Hur strategin förhåller sig till alternativa utförare
- Hur samverkan med andra kommuner, alternativa utförare, leverantörer och invånare ska etableras

För att öka takten i införandet av nya arbetssätt i äldreomsorgen behöver strategin kompletteras med mer verksamhetsnära handlingsplaner som stöttar verksamheten i valet av bästa möjliga lösning i förhållande till arbetsmetoder, arbetsmiljö samt brukarnas förmågor och behov av medbestämmande, självständighet och trygghet. För att framgångsrikt kunna utveckla och införa nya arbetssätt behövs även kompetensutvecklande insatser för alla berörda medarbetare. Det behövs även för att användningen av digitala lösningar ska ligga i linje med tillsynsmyndigheternas krav samt för att det ska bli en fråga för kommunens högsta ledning att ta hänsyn till i kommande verksamhets- och budgetplanering. Rätt använd ger digitala lösningar möjligheter för att utveckla verksamhetens kvalitet samtidigt som det ökande behoven hos en åldrande befolkning bättre kan tillgodoses.

Ledarskap

Ledarskapet inom särskilt boende för äldre behöver stärkas för att förändringsarbetet med att identifiera och införa nya arbetssätt tillsammans med ökad teknikanvändning ska kunna genomföras. Det handlar då inte enbart om den närmaste chefen på äldreboendet utan även om att förvaltningsledningen tar ett aktivt ansvar för förbättrings- och kvalitetsarbetet.

Kommunerna bör också säkerställa att det finns tillgång till arbetsledning nattetid. En nyckelfråga är flexibilitet i bemanning för att kunna möta äldres behov som förändras över tid. Kommunledningen behöver stödja, medverka och följa utvecklingsarbetet då förväntat ökad teknikanvändning påverkar rutiner, organisering och arbetskultur.

Implementering

SKL kommer under 2017 att ge stöd till landets kommuner avseende tillämpningen av rekommendationen. Följande stödinsatser planeras:

- Identifiera, dokumentera och sprida goda exempel
- Länsgemensamma dialoger
- Workshops
- Websändningar riktade till baspersonalen och chefer.
- Ta fram underlag för upphandling av välfärdsteknik

§ 22**Patientsäkerhetsberättelse 2017**

SN 2018.0177

Ärendet

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) rapporterar medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år och vilken planering som finns för att säkerställa patientsäkerheten i det nästa.

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. Vilka resultat som uppnåtts.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse "patientsäkerhetsberättelse 2017" Dnr SN 2018.0177.770

Beslut

Socialnämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelsen för år 2017.



SOCIALFÖRVALTNINGEN

2018-03-01

Susanne Sorman

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Diarienummer:

SN.2018.0177-2.770

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Innehåll

1	Bakgrund.....	3
2	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	3
2.1	Socialnämnden	3
2.2	Verksamhetschefens ansvar	3
2.3	Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar	3
2.4	Avdelningschef samt HSL enhetschefens ansvar	3
2.5	Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar	3
3	Övergripande mål och strategier	4
4	Struktur för uppföljning och utvärdering	4
4.1	Uppföljning av 2017 års Patientsäkerhetsberättelse	5
3	Samverkan.....	8
3.1	Läkarmedverkan	8
4	Avvikelsehantering	9
4.1	Avvikelser läkemedelshantering.....	9
4.1.1	Antalet läkemedelsavvikelser per enhet:	9
4.2	Avvikelser lagrum SoL och LSS	11
5	Delegation	11
6	Samordnad vårdplanering (SVPL).....	12
6.1	Externa avvikelser.....	13
7	Dokumentation.....	14
8	Läkemedelsgenomgångar	15
8.1	Apoteksgranskningar	16
9	Hygien.....	16
10	Nutrition.....	17
11	Munhälsa.....	17
12	Fall och fallolyckor	19
13	Kvalitetsregistren	21
13.1	BPSD registret	21
13.2	Senior Alert.....	23
13.3	Palliativregistret	24
14	Resultatdiskussion.....	26
15	Riktlinjer och rutiner som är reviderade eller nytillkomna i 2017.....	28
15.1	Riktlinjer	28
15.2	Rutiner.....	28
15.3	Redigerade rutiner.....	28
15.4	Interna utbildningar som hälso- och sjukvårdspersonal har reviderad	28

1 Bakgrund

Vårdgivaren ska enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. Vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. Vilka resultat som uppnåtts.

2 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

2.1 Socialnämnden

Socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård utifrån hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

2.2 Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen för hälso- och sjukvård skall enligt hälso- och sjukvårdslagen svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet.

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

2.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet inom ramen för det ledningssystem som finns för den kommunala hälso- och sjukvården.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra och kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I den medicinskt ansvarig sjuksköterskans ansvar ingår bl.a. att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända, att det finns behövliga direktiv och instruktioner för verksamheten samt att personalen har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

2.4 Avdelningschef samt HSL enhetschefens ansvar

Avdelningschef och HSL enhetschef ansvarar utifrån sitt uppdrag, för att de riktlinjer och rutiner som verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter.

2.5 Hälso- och sjukvårdpersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdpersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet, och är enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte rapportera till vårdgivaren risker för vårdskador samt händelser som har eller kunnat medföra en vårdskada.

3 Övergripande mål och strategier

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Socialnämnden har beslutat om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9).

Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att kvalitet uppnås och så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser inte uppstår.

4 Struktur för uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering sker enligt följande:


- Uppföljning enligt föreslagna förbättringar från föregående års patientsäkerhetsberättelse
- Egenkontroller
- Statistik Kvalitetsregistren

4.1 Uppföljning av 2017 års Patientsäkerhetsberättelse

Förbättrings område	Vad ska göras?	Påbörjas	Uppföljning	Ansvar
Läkarmedverkan	<p><u>Samverkan kring LSS boende</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Nytt avtal för läkarstöd ska skrivas där läkarstödet förtydligas En sjuksköterska ska vara stationerad på LSS boende <p><u>Samverkan palliativ vård</u></p> <ul style="list-style-type: none"> NVP kommer höst 2016, därefter påbörjas samverkan med Vårdcentraler Personal ute på enheterna får utbildning i Abbey painscale <p><u>Samverkan kring det nya sjukvårdsavtalet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Avtal kring teambaserad vårdform 	2017	<p>Vårdcentralen har ansvaret för våra LSS-boende.</p> <p>Vi har nu en sjuksköterska som finns till de flesta av boenden.</p> <p>Vi har inte kommit igång med NVP. Det saknas en person som aktivt tar ansvar för detta.</p> <p>Arbetet med att införa Abbey painscale pågår fortfarande</p> <p>Avtal är färdigt hösten 2017 och vårdformen ska börja 1 januari 2018. Samarbete med Hälsostaden börjar 1 mars 2018</p>	<p>MAS, EC för HSV samt vårdcentral Klippan</p> <p>MAS, Chef HSL, vårdcentraler</p> <p>Vårdcentraler MAS, EC HSL</p>
Avvikelse	<ul style="list-style-type: none"> Synliggöra nya riktlinjen med rutiner samt synliggöra ansvarsfördelningen. 	2017	<p>Har haft kontinuerlig dialog med enhetschefer kring avvikelser.</p> <p>Inte uppnådd.</p>	<p>MAS, avdelningschefer</p> <p>Enhetschefer, Avdelningschef</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Läkemedelsavvikelser ska minska med 10 % 		Har ökat med 28%	r
Samordnad vårdplanering	<ul style="list-style-type: none"> Möte med Regionen, kommunen samt öppenvård. Samverkan med slutenvården och psykiatri 	Färdigt 2017	Planerade kontinuerlig uppföljning x2 per år Arbete har påbörjats och samverkan med psykiatri kommer ske regelbunden med två träffar per termin i 2018	MAS, Chef HSL Vård-centraler MAS
Läkemedelsgenomgångar	<ul style="list-style-type: none"> Läkemedelsgenomgångar ska öka med minst 25 % BPSD samt Senior Alert skall användas för registrering, planering och uppföljning 	2017 2017	Har minskat. Endast 25 % har fått läkemedelsgenomgång Handlingsplan är gjort för att införa Senior Alert och BPSD inom kommunen	Vård-centraler, EC HSL Enhetschefer
Delegering	<ul style="list-style-type: none"> Revision av delegeringsrutin <p>Informera om chefers samt sjuksköterskors ansvar i samband med delegeringar</p>	2017 Kon- tinuerligt	Är gjort. Kontinuerligt	MAS MAS, avd. chefer

Kvalitetsregistren: Senior Alert, BPSD, Palliativa	<ul style="list-style-type: none"> Öka användningen av kvalitetsregistren Revidera rutiner för registren, där kvalitetssäkringen ska ske via egenkontroll ute på enheterna 	Kon- tinuerligt 2017	Kontinuerligt Senior Alert rutinen är nästan färdig. Rutin för BPSD är färdig och det är demenssjuksköter	Avdelningschefer, enhetschefer, Chef HSL MAS MAS, demens SSK
--	--	--------------------------------	--	--

Senior Alert	<ul style="list-style-type: none"> • Alla som bor på SÄBO (Äldre) ska vara registrerade i Senior Alert • I hemsjukvården ska registrering i Senior Alert öka med 20 % • Alla som är registrerade i Senior Alert ska ha minst en uppföljning under 2017 • Fall ska minska med 10 % 		<p>skan som har utformat den.</p> <p>Mål ej uppnådd. 71 % är registrerade</p> <p>Uppnådd. Trots låg registrering har antalet ökat med 25 %.</p> <p>Inte uppnådd. Av alla som är registrerade har 43 % fått uppföljning.</p> <p>Inte uppnådd. Har ökat med 32</p> <p>48 % registrerade</p>	<p>Avdelningschef (Äldre) och enhetschefer</p> 
BPSD	<ul style="list-style-type: none"> • Alla som bor på SÄBO och har demensdiagnos ska registreras i BPSD • Alla som är inskrivna i BPSD har en bemötandeplan 		<p>76 % har en bemötandeplan</p> <p>Täckningsgraden är 74,5%. Mål uppnådd.</p>	
Palliativa	<ul style="list-style-type: none"> • Minst 70 % av alla dödsfall ska vara registrerade i Palliativa registret • Validerad smärtskattning på 90 % av alla som tar emot palliativ vård. 		<p>Inte uppnådd. Vi har 54,4 %</p>	

5 Samverkan

Kommunen ansvarar för att ge hälso- och sjukvård upp till nivå av legitimerad personal, d.v.s. sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt sjukgymnaster/ fysioterapeuter. För att kunna säkra en bra vård mellan de olika huvudmännen behövs samverkan mellan Regionen och kommunen. För patienten är samverkan oerhört viktig, för att säkra kontinuitet och kvalitet samt förebygga vårdskador. I samverkan är det viktigt att veta vem som ansvarar för vad. Socialförvaltningen har tecknat lokala avtal med samtliga vårdcentraler inom kommunen. Utöver det finns avtal och överenskommelser som bl.a. reglerar:

- Det nya hälso- och sjukvårdsavtal. Start sep 2016.
- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne
- Överenskommelse om habilitering i Skåne
- Ramavtal kring personer över 18 år - med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom
- Lokalt avtal om läkarmedverkan med Vårdcentralen i Klippan/Ljungbyhed och Capio Citykliniken. Reviderad 1 mars 2017.
- Regelverk för samordnad individuell vårdplanering (SIP). Reviderad höst 2016.
- Riktlinje för uppsökande tandvård i Skåne

5.1 Läkarmedverkan

Region Skåne har ansvar för läkarmedverkan, för rådgivning, stöd och fortbildning i den kommunala hälso- och sjukvården. Samverkansavtal mellan Socialförvaltningen i Klippans kommun och Vårdcentralen i Klippan/Ljungbyhed och Capio Citykliniken har upprättats. Samverkansavtalet revideras årligen.

Vårdcentralerna och Socialförvaltningen träffas regelbundet för att kvalitetssäkra samverkan. Under 2017 har implementeringen av SIP pågått för fullt. SIP är i fokus i samband med det nya Sjukvårdsavtalet. Syftet är att planera för individuell vård i hemmet samt undvika onödiga inskrivningar på sjukhus. I allt har det gjorts 86 SIP'er i hemsjukvården i 2017.

En ny stor utmaning är bildandet av den teambaserade vårdformen (TBV) enligt det Nya Sjukvårdsavtalet. Arbetet med teamet som ska finnas runt de mest sjuka äldre har pågått under hela året. Per 31 december 2017 är c: a 57 % av alla som är inskrivna i hemsjukvården som kan erbjudas hjälp från detta team.

Vårdcentralerna har ingått avtal med Hälsostadens mobila läkarteam för att kunna uppfylla kraven i Sjukvårdsavtalet. Förväntat uppstart är 1 februari 2018. Hälsostadens mobila team finns redan i Ängelholm och Örskällunga och utifrån statistik beräknar de att av alla 57 % som kan inskrivas i Klippans kommun, så kommer c: a 40 patienter per år erbjudas den teambaserade vårdformen.

På jourtid som är kl. 17 – 08 anlitas Falck läkarbilar men även på dagtid vardagar kan sjuksköterskan ha behov av att tillkalla Falcks läkarbilar. När Falck kontaktas ska sjuksköterskan räkna med en väntetid som i snitt är på nästan 5 timmer och på jourtid är sjuksköterska resurserna mindre än på vardagar och dagtid. I 2017 hade vi besök av Falck 198 gånger vilket svarar till 1,17 besök/ 100 invånare. Sammanliknat med resten av Skånes 16 kommuner ligger vi på 4:e platsen med Burlöv som har flest besök / 100 invånare (1,50) och i botten är Trelleborg med 0,81 besök/ 100 invånare. Det är svårt att veta den direkte orsaken

men vårdcentralernas tillgänglighet på vardagar samt planering av den individuella vården kan ha betydelse för att vi har så stort ett behov av Falck läkarbilar.

Under 2017 har det blivit tydligt att samverkan kring LSS, barn och unga samt psykiatri bör förbättras. Ofta finns ingen tydlig ansvarsfördelning vilket kan medföra en försämring för den enskilde.

Förbättringsåtgärder:

- Samverkan kring det nya sjukvårdsavtalet och det mobila teamen
- Samverkan kring LSS, barn och unga samt psykiatri
- Antal besök av Falck läkarbilar ska minsta till 1,0 besök/ 100 invånare

6 Avvikelsehantering

I den kommunala hemsjukvården utförs det dagligen en stor mängd hälso- och sjukvårdsinsatser. Dessa utförs dels av legitimerad personal och dels av baspersonal med delegering inom hälso- och sjukvårdens område. Det är väsentligt att ha system för att kunna rapportera händelser som skulle innebära att vårdskador uppstår. Syftet med systemet är att få vetskap om händelser som uppkommit samt att förebygga att det händer igen.

Under 2017 har 1 st. Lex Maria anmälning skickats till Inspektionen för vård och omsorg.

6.1 Avvikelser läkemedelshantering

Den vanligaste delegerade hälso- och sjukvårdsinsatsen är administrering av läkemedel. Det kan vara allt från att ge läkemedel ur dosett och/ eller dospåsar till att ge ögondroppar och flytande medicin. Det kan även vara injektioner i form av insulin. Legitimerad personal får lov att delegera till baspersonalen enligt författningen *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård* (SOSFS 1997:14).

När fel uppstår är det viktigt att rapportera händelsen i avvikelssystemet tillsammans med uppgifter som förklarar varför händelsen uppkom och hur det ska förhindras.

6.1.1 Antalet läkemedelsavvikelser per enhet:

Äldreomsorgen

Enhet	2015	2016	2017
Ljungåsen	53	35	47
Åbyhem	71	110	87
Korttid	31	35	55
Ljungbygården	50	46	10 8
Syregården	39	36	14
Bågen	13	11	11
Hemtjänst öst	82	88	97
Hemtjänst väst	82	72	97

Hemtjänst centrum	94	100	138
Hemtjänst Ljungbyhed	124	114	196
Totalt Äldreomsorg	639	647	850

Stöd och omsorg

Enhet	2015	2016	2017
Enheten för boende och korttid LSS	12	26	27
Enheten för personlig assistans	9	7	11
Enheten för boende LSS	37	32	45
Enheten för arbete och sysselsättning	1	-	-
Enheten för vuxna	2	-	-
Totalt	61	65	83

Personalen har på vissa enheter blivit bättre på att skriva hälso-och sjukvårds avvikelser, vilket bidrar till att de olika enheterna kan arbeta med kvalitetssäkring. Generellt sett har det skett en ökning av avvikelser dock har Åbyhem och Syrengården minskat sina läkemedelsavvikelser med 21 % och 62 %. På Åbyhem har enhetschefen uppnådd en ökad kontinuitet vilket har åstadkommit minskad antal läkemedelsavvikelser. Enhetschefen för Syrengården misstänker att inte alla läkemedelsavvikelser är inrapporterade i 2017, men är osäker på hur högt mörkertalet är.

De flesta avvikelser sker i överlämnandet av läkemedel:

För äldreomsorgen rör det sig om 60 % av läkemedelsavvikelserna och för Stöd och Omsorg är siffran även där 60 %.

Under 2017 har sjuksköterskorna och enhetschefer på flera enheter arbetat aktivt för att öka kunskapen hos baspersonalen. På Ljungåsen har antalet avvikelser ökat markant eftersom personalen har blivit mycket bättre på att rapportera. En del av avvikelserna berör en otydlighet i vilka läkemedelslistor som är aktuella samt att baspersonalen inte läser listorna ordentligt. Nya signeringslistor har arbetats fram samt ny delegerings material för att ge personalen en bra kunskap i läkemedelshantering.

Det finns även andra parametrar som har betydelse för att förvaltningen har ett stort antal läkemedelsavvikelser: Arbetsmiljö, planering av arbetet, sjukdom bland personal och antalet timanställda. En identifierad orsak är bland annat att informationsöverföringen mellan VIVA och TES inte alltid tillfredställande. Här krävs både en utbildningsinsats och medvetandegörning bland alla våra medarbetare. Ibland finns för mycket information på TES pappret så personalen har svårt att ta in all information.

På några enheter ser vi en ökning av HSL avvikelserna under semesterperioden men det är svårt att veta om det beror på ökat antal avvikelser eller ökad rapportering av avvikelser.

Det finns fortfarande ett stort mörkertal när det gäller uteblivna träningsinsatser då rehab inte rapporterar alla dessa i vårt system. Detta syns inte i statistiken men är en kunskap som finns i verksamheten.

Förbättringsåtgärder:

- Det är väsentligt att arbeta med förståelsen för att händelserapporter skapar förutsättning för förbättringsarbetet, vilket i slutändan gynnar patienten och säkrar vår kvalitet. Rutinerna kring avvikelshantering betonar enhetschefens ansvar på organisationsnivå och i samverkan med sjuksköterskan.
- Fortsatt arbete med avvikelshantering i hela förvaltningen utifrån gällande rutiner.
- I 2018 ska läkemedelsavvikelser minska med 10 %.

6.2 Avvikelser lagrum SoL och LSS

Inom hemtjänst/ boenden och funktionshinderomsorgen är det i allt inrapporterad 366 avvikelser under 2017. För Äldreomsorgen är det inrapporterad 363 avvikelser varav 96% rör sig om omsorg. I 63% av dessa uppges personalbrist som orsaken, och 11 % i brister i utförande.

Under 2017 har enheterna haft sparkrav som har påverkat personalen. Men det är ibland svårt att veta om orsaken till avvikelser är personalbrist eller att det finns ett behov av att arbeta på ett annorlunda sätt. Detta är en utmaning för enheterna att ta reda på.

Antalet avvikelser inom hemtjänsten är mycket små i förhållande till hälso- och sjukvårds avvikelser och det finns sannolikt ett stort mörkertal.

Inom funktionshinderomsorgen är det endast inrapporterad 3 avvikelser. Här finns det ett stort mörkertal eftersom de flesta avvikelser skrivs på papper, och trots det finns en rutin kring hanteringen av pappersavvikelser, är det svårt att få statistik fram.

Förbättringsåtgärder

- Avvikelser inom funktionshinderomsorgen ska i 2018 kunna skrivas digitalt i verksamhetssystemet.
- Att personal ska få kunskap kring inrapportering av SoL och LSS avvikelser.

7 Delegation

Enligt 24 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) kan legitimerad personal delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter till reellt kompetent personal. En delegering skall alltid vara skriftlig, personlig och tidsbegränsad. Delegering får inte förekomma för att lösa situationer med personalbrist och de skall regelbundet följas upp. Sjukgymnaster utför delegering till omvårdnadspersonal bl.a. när patienter i samband med rehabilitering är i behov av träning. I 6 kap patientsäkerhetslagen (2010:659) tydliggörs det att legitimerad personal skall säkerställa att den som mottar en delegering har reell kunskap samt är lämplig att ta emot delegering.

Statistik för 2016 visar att vi har fått ökade antal HSL-avvikelser, speciellt för läkemedelshandling och vi har arbetat med att tydliggöra för sjuksköterskorna deras ansvar i samband med delegering. På vissa enheter finns nu ett samarbete med enhetschefen kring att analysera händelser som har betydelse för att antalet avvikelser har ökat. Men även enhetscheferna har ansvar kring delegering. Enligt SOSFS 1997:14 ansvarar enhetschefer för att personal som ska ta emot en delegering har reell kompetens. På vissa enheter har detta varit en utmaning eftersom det finns en stor efterfrågan på undersköterskor.

Nätverket för "Läkemedel" har reviderat delegeringsmaterialet och i syfte att få ned antalet avvikelser har förberedelse inför delegering tydliggjorts samt vad som får delegeras ut och till vem. I 2017 är rutin upprättat för att säkerställa alla former för delegering – även de som sjukgymnaster/ fysioterapeuter och arbetsterapeuter delegerar. MAS har varit på besök på

ledningsgrupper och APT för sjuksköterskor för att tydliggöra vad som gäller. Det har även funnits dialog på enhetschefsnivå varenda gång frågor kring delegeringar har uppstått. Dialogen bör även föras i 2018.

Förbättringsåtgärder:

- Det är viktigt att nå ut till medarbetare och chefer kring ett gemensamt ansvar i samband med delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser.

8 Samordnad vårdplanering (SVPL)

Vid samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan t.ex. vid utskrivning från sjukhus. I Skåne finns gemensamt upprättade rutiner för samordnad vårdplanering mellan kommunerna och Region Skåne. I rutinerna beskrivs hur och vilken information som ska överföras i samband med utskrivning från slutenvården till berörda enheter. Som ett led i kvalitetssäkringsarbetet skickas avvikelser då rutinerna inte följs. Informationsöverföringen sker elektroniskt.

Alla siffror nedan är från vårt SVPL-team. Detta betyder att det inte framgår hur många förenklade vårdplaneringar som görs ute på respektive enheter.

En förenklad vårdplanering sker om patientens behov av insatser är av viss karaktär eller om patienten redan har insatser i kommunen. Intentionen är att patienten ska kunna skrivas ut den dag han/hon inte längre behöver slutenvårdens insatser.

	Totala antalet SVPL med fysisk närvaro	Till ordinärt boende	Till korttid	Antalet förenklade till korttid	Antalet förenklade till ordinärt boende	Till hemtagnings teamet
2014	171	99	75	5	170	21(sep-dec)
2015	244	132	49	7	188	63
2016	295	128	68	3	238	92
2017	290	223	67	8	246	-

Trots ett mörkertal kring förenklade vårdplaneringar visar siffrorna en trend som har varit i hela 2017. Vi har haft ett ökat tryck med utskrivningar där förenklad vårdplanering har gjorts. Det kan finnas flera orsaker till detta, bland annat att patienten är otrygg vid utskrivning vilket kan medföra återinläggningar, att patienten skickas hem för fort eller att behandlingen är av en sådan karaktär att den kan ske i hemmet. Men det finns även en upplevelse av att sjukhusen har varit mycket pressade under 2017 och därför har velat skicka hem patienter fort. Detta bör sättas i relation till de externa avvikelserna.

I 2018 ska vi, enligt den nya lagen om samverkan vid utskrivning, istället arbeta med samordnat individuell planering (SIP). Detta betyder att Samverkansformen SVPL inte kommer användas och vår statistik kommer anpassas enligt Regionens och Kommunförbundets rutin.

8.1 Externa avvikelser

Legitimerad personal har bland annat samverkan med sjukhusen, vårdcentraler, externa vårdboenden och Svensk DOS. Även i dessa sammanhang uppstår det brister i utförandet av vården och planeringen och följn blir en extern avvikelse.

Under 2017 har vi skickat 46 avvikelser till externa enheter och vi har mottagit 4:

Extern enhet	Avvikelse berör	2015	2016	2017
Ängelholm	Överrapportering	13	3	-
	Läkemedelshantering		7	6
	SVPL		6	2
Helsingborg	Överrapportering	2	8	-
	Läkemedelshantering		7	2
	SVPL		8	10
	SIP		1	-
	Teknisk vård		1	1
Psykiatrin	Läkemedelshantering	-	-	1
	SVPL		-	3
	Bemötande		-	1
	LVM		-	1
Vårdcentralen Klippan	Överrapportering	-	1	-
	Läkemedelshantering		2	1
Vårdcentralen CAPIO	Överrapportering	1	1	-
	Läkemedelshantering		1	2
Norra Vrams boende		-	1	-
Sommarsol boende		-	-	1
Lund neurokirurgi		-	1	2
ASIH		-	1	1
Aleris Ögonmottagning		-	-	2
Svensk DOS		2	1	1
Basläkemedelsförråd		-	-	3
Läkarbilar		1	-	1
Räddningstjänsten		-	-	1
Oral Care		-	-	-
Skånetrafiken		1	-	-
I allt		20	52	46

Under 2017 har vi fortsatt den ökade uppmärksamheten på externa avvikelser. När planeringen inte fungerar, så krävs ökade resurser från kommunen för att säkerställa vården. Det syns en röd tråd kring vilka områden som bör förbättras: Främst ska planeringen för hemgång förbättras. Utifrån regionens rutin för Sammanhållande Vårdplanering, bör överrapporteringen och läkemedelshantering förbättras.

Trots att vi inte har fått återkoppling på alla avvikelser (60 %), så har samarbetet Helsingborgs Lasarett och Ängelholms sjukhus fortsatt för att patienterna ska få en bättre hemgång. Under året har uppmärksamheten även varit riktad mot psykiatrin och samverkansgrupp är startat. Det är tydligt att det finns ett behov av ett gemensamt språk samt

en förståelse för varandras arbete. Allt för många gånger har det varit patienten som har drabbats på grund av en ohållbar planering inför hemgång.

I januari 2018 införs en ny lag kring samverkan vid utskrivning. Lagen ställer stora krav på samverkan och målet är dels att endast de patienter som är i behov av vård i slutenvården ska vistas där men även att planeringen inför hemgång sker med kvalitet och i samverkan. Socialförvaltningen har förberedd sig väl inför den nya lagen för att kunna ta emot patienter med få dagars respit. Med tanke på att bilden av vad de flesta avvikelser rör sig om, nämligen samverkan, kommer det bli extra viktigt att inrapportera externa avvikelser.

Förbättringsåtgärder:

- Förbättring av samverkan mellan kommun och Region samt psykiatrin.
- Inrapportering av externa avvikelser kvartalsvis till regionen.
- Socialförvaltningen kommer löpande revidera rutiner och checklistor som berör samverkan vid utskrivning för att kunna säkerställa hemgång av patienter ifrån slutenvården.

9 Dokumentation

Patientdatalagen (2008:355) reglerar vårdgivarens behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I lagen finns också bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. Dokumentationen i journalen ska göras på ett sådant sätt att man kan utläsa underlaget för bedömning av de åtgärder som vidtas.

Uppföljning och återkoppling av journalgranskning samt genomgång av dokumentationsrutinen har gjorts till all legitimerad personal.

Rutin för granskning av patientjournalerna är nästan färdig.

I 2017 har MAS i samband med påbörjat arbete med att granska alla särskilda boende även gått in och läst hälso- och sjukvårdsjournaler. Över lag beskriver vårdplanerna tydligt risk, mål och åtgärder samt tydliggör om insatsen ska delegeras till baspersonal. Det behövs dock fortsatt arbete kring dokumentationen. Det fattas fortfarande dokumentation kring kvalitetsregistren.

Förbättringsåtgärder

- Granskningar kommer fortsätta 2018.
- Rutin på dokumentation i befintligt verksamhetssystem finns och målet är att legitimerad personal ska arbeta enligt denna.

10 Läkemedelsgenomgångar

Under de senaste 25 åren har läkemedelsanvändningen bland äldre personer blivit allt mer omfattande och komplex. Orsaken är framför allt att många nya läkemedel har introducerats under denna tid. Vi har haft större möjligheter att behandla sjukdomar och besvär som hör till åldrandet men det medför också ökad risk för läkemedelsrelaterade problem. Hög ålder ökar känsligheten för läkemedel på grund av fysiologiska förändringar och sjukdom. Den äldre löper därmed en ökad risk för vårdskador på grund av felaktig läkemedelshantering. Många patienter läggs in på sjukhuset med läkemedelsbiverkningar.

Läkemedelsgenomgångar används främst för att öka patientsäkerheten och kvaliteten vid långvarig läkemedelsbehandling. Metoden kan bland annat förhindra att patienter tar läkemedel som de inte längre behöver, är olämpliga för den enskilde samt att läkemedlen påverkar varandra negativt eller orsakar biverkningar. Öppna jämförelser 2016 visar att andelen förskrivningar av olämpliga läkemedel till personer över 75 år har minskat inom riket. Det samma gäller användningen av antipsykotiska läkemedel.

I kommunens avtal med vårdcentralen är läkemedelsgenomgångar ett prioriterat mål. Under 2015 har tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar i samverkan med vårdcentralerna genomförts:

LÄKEMEDELGENOMGÅNGAR			
Område	Antal patienter över 75 år	Antal läkemedelsgenomgångar	
		2016	2017
Åbyhem	21	18	25
Ljungåsen	19	12	16
Syregården	18	17	0
Ljungbygården	19	19	0
Bågen	8	8	8
HSV Öst	36	24	3
HSV Väst	17	7	7
HSV Centrum	47	3	4
HSV Ljungbyhed	61	1	0
I allt	246	109	63

Med tvärprofessionellt menas att läkare, apotekare och sjuksköterska samt patienten har deltagit i läkemedelsgenomgången.

Läkemedelsgenomgångar är ett sätt att kvalitetssäkra vården. Tabellen visar att vi har ett utvecklingsområde kring läkemedel.

Per 31 december var 246 inskrivna i hemsjukvården som var 75 år och äldre. Det vill säga att endast 25 % av dessa patienter har fått läkemedelsgenomgång. Det finns dock ett mörkertal eftersom Syregården och Ljungbygården har haft läkemedelsgenomgångar, men apotekare har tyvärr inte varit involverad.

Förbättringsåtgärder:

- Samverkan med primärvården kring läkemedelsgenomgångar ska förbättras och antalet läkemedelsgenomgångar ska öka med minst 25 %. Alla som faller in under kriterierna ska erbjudas läkemedelsgenomgång.

- I arbetet med våra kvalitetsregister är det viktigt att hitta evidensbaserade åtgärder som minskar användningen av olämpliga läkemedel. Detta arbete bör utvecklas.

10.1 Apoteksgranskningar

Varje år görs granskningar av läkemedelshanteringen av en apotekare. Under 2017 har vi haft besök på Ljungbygården och Syrengården för en översyn av läkemedelshanteringen. I stor var granskningarna mycket positiva och det fanns enstaka små åtgärder som skulle göras. Varje enhet har utarbetat en handlingsplan som enhetschef, sjuksköterska och personal arbetar efter. I samband med apoteksgranskningen upptäcktes behovet av nya signeringslistor. Detta är utarbetat och implementerad inom förvaltningen.

11 Hygien

Basala hygienrutiner är den viktigaste åtgärden för att förebygga smittspridning i vårdarbetet. De skall därför alltid tillämpas i alla vårdsituationer, av all personal oavsett om det finns en känd smitta eller ej. Alla som arbetar i vården har ett ansvar att känna till och följa basala hygienrutiner.

Under 2015 kom en ny hygienföreskrift som inkluderade LSS boenden: *Basal hygien i vård och omsorg* (SOSFS 2015:10). I samband med detta erbjöds alla enhetschefer utbildning i basal hygien. I 2017 har vi igen haft utbildning i basal hygien. Denna gång för legitimerad personal samt enhetschefer.

Hösten 2017 genomfördes hygienrond Syrengården och Ljungbygården. Resultatet var att på de flesta ställen hade personalen bra kunskap och förutsättningar för att hålla en bra hygien, men utmaningen bestod i att omgivningen inte alltid ger förutsättningar för att leva upp till en bra basal hygien.

En hygienrond görs för att se vilka förutsättningar en enhet har för att bedriva ett gott vårdhygieniskt arbete, belysa eventuella vårdhygieniska risker och slutligen sammanställs gemensamma förbättringsåtgärder.

Dessutan fick alla sommarvikarier en introduktionsutbildning i basal hygien.

Under 2017 har vi totalt haft 1 utbrott av calici- och rota virus på särskilda boenden. Inför denna vinterkräksjuksäsongen i 2018 har alla enheter fått information kring vad som gäller och var de kan hämta ytterligare information.

Egenkontroller i basal vårdhygien har fortsatt och det finns en tydlig medvetenhet kring den basala hygien. Dock används inte engångsförkläde användes ej enligt rutinerna.

Förbättringsåtgärder:

- Förvaltningen fortsätter med att ha fokus på basal hygien.

12 Nutrition

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Riskbedömningar görs på vissa enheter genom att bedöma risk för undernäring i Senior Alert. Härunder registreras även nattfastan. Se mer under avsnittet om Senior Alert.

Matsituationen uppmärksammas även i BPSD-registret.

Förbättringsåtgärder:

- För att kunna mäta kvalitén kring nutritionen kräver det registrering i Senior Alert och för de patienter med demensdiagnos även BPSD- registret.

13 Munhälsa

Mobil tandvård erbjuds i huvudsak personer som bor och vårdas inom äldreomsorgen. Region Skåne har ingått avtal med Oral Care som utför tandvården. Majoriteten av patienterna som erbjuds mobil tandvård har rätt till ett så kallat särskilt tandvårdsstöd. För att erhålla den typen av tandvårdsstöd krävs att vårdbehovet utreds och bedöms av en biståndshandläggare. Även vissa personer som omfattas av LSS har rätt till särskilt tandvårdsstöd. Målet är att minimera förflyttning av patienten och genom det erbjuda tandvård även för den som har svårt att ta sig till en traditionell tandvårdsklinik.

Munhälsan är en stor del av vårdpreventionen, eftersom dålig munhälsa kan medföra att patienten inte får i sig tillräcklig näring vilket leder till risk för fall eller att patienten inte orkar gå ut sängen och därmed riskera trycksår. Munhälsa är parameter i alla kvalitetsregistren.

Oral Care erbjuder kostnadsfri utbildning i munhälsa och munhälsobedömning till all personal inom Socialförvaltningen. Enligt deras statistik har följande antal gått utbildning i 2017:

Ljungbygården: 0
 Syrengården: 0
 Bågen: 11 st.
 Ljungåsen: 15 st.
 Åbyhem: 16 st.
 Korttiden: 0
 Hemvård Öst: 26 st.
 Hemvård Väst: 0
 Hemvård centrum: 40
 Hemvård Ljungbyhed: 0

Detta är en markant ökning i kompetens inom munvård.

Målet är att även personal inom IFO/ FO erhålls utbildning.

Antal utförda munhälsobedömningar		
Område	2016	2017
Hemvård Väst	6	1
Hemvård Öst	6	
Hemvård Centrum	-	2
Hemvård Ljungbyhed	-	1

Bågen	-	5
Ljungbygården	16	15
Ljungåsen	17	8
Syregården	16	13
Åbyhem	22	26
Trädgårdsgatan 1E	8	-
Valhalla	-	-
Badvägen	-	-
Apollo	-	-
Tingsgatan 20	-	-
Tingsgatan 29	-	1
Personlig assistans	-	2
Ordinärt boende Psyk	-	1
Väpnaren	-	34
I allt		126

Trots att kunskapen har ökat kring munhälsa har förvaltningen inte nyttjat Oral Cares erbjudande om munhälsobedömning.

Förbättringsåtgärder:

- Under 2018 skall all personal få utbildning i munhygien
- Under 2018 ska samtliga på särskild boende samt patienter i ordinärt boende med tandvårdskort ha erbjudits munhälsobedömning
- Under 2018 ska all personal inom IFO/ FO få utbildning i munvård.

14 Fall och fallolyckor

Fall och fallolyckor förekommer i våra boende och i det ordinära boendet.

”Evidens finns för att fallprevention ger effekt i slutenvården och i äldreomsorgen. Teambaserat, multiprofessionellt och multifaktoriell individanpassad fallprevention kan ge en 30–60% reduktion av antal fall. Det är därför svårt att förslå generella åtgärder. Varje verksamhet får utöver generella riktlinjer anpassa åtgärderna utifrån egna patientgrupper och vårdformer. Både generella och individuella åtgärder måste diskuteras ingående innan de genomförs.”

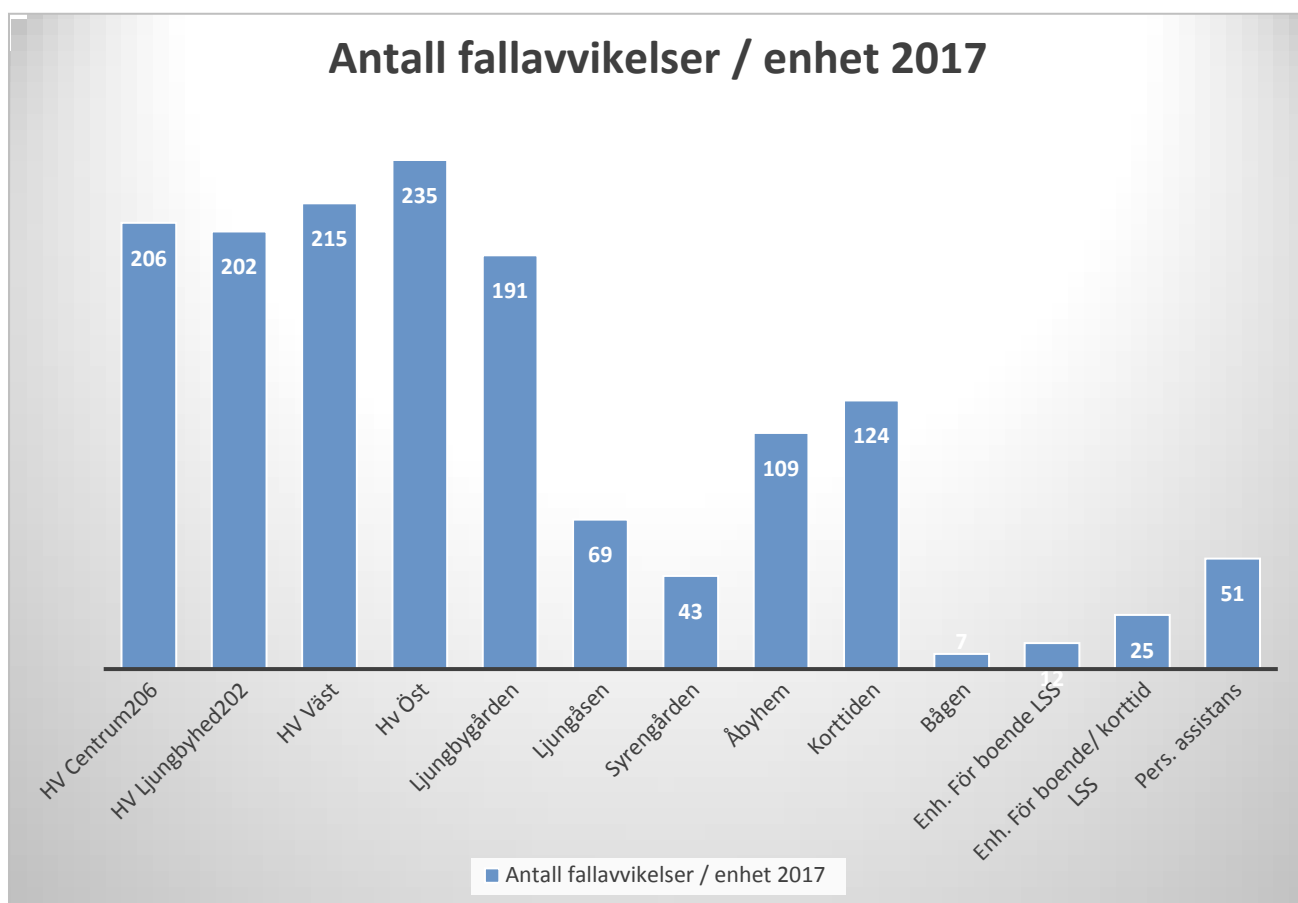
Källa:

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Nationell satsning för patientsäkerhet. Fall och fallskador - Åtgärder för att förebygga. 2011

Fall kan med andra ord till viss del förebyggas med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel. Riktlinjer för arbetet med att förebygga fall och fallskador finns. Sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal är alla involverade i

det förebyggandet arbetet för att minska risken för fallolyckor. Detta ska ske via teamträff på respektive enhet.

	2015 antal	2016 antal	2017 antal
Stöd och omsorg	48	75	88
Särskilt boende + korttiden	397	376	543
Ordinärt boende	670	675	858
I allt	1115	1126	1489



Fotnot:

Kommunen registrera fall utifrån definitionen:

”Fall är en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken oavsett om skada inträffar eller inte”. Det är endast fall där den enskilde har hemsjukvård, som registreras.

Allvarliga avvikelser rör sig om att den enskilde har transporterats till sjukhuset. Orsak kan vara fraktur eller slag mot huvudet. Det är långt ifrån alla fall som är allvarliga. Under 2017 medförde 1 % av alla fall inom Äldreomsorgen transport till sjukhuset och 3 % inom LSS. Detta ska ses i förhållande till siffrorna i 2016 som för äldreomsorgen var på 5% och LSS 3%.

Förvaltningen har en ökning i fallavvikelser 2017. Det finns många orsaker som berör antalet fall på en enhet. Ålder och sjukdomsbild är självklara parametrar som kan öka antalet fall. Men det går att förebygga en del fall vilket görs i registret Senior Alert, som är ett

evidensbaserad ”redskap”. Det finns ett team runt patienten som arbetar med att förebygga fall, men i nuläget är det svårt att bedöma hur mycket arbete som görs för att förebygga risken för fall.

Micke Meck har under 2017 gjort hembesök hos 48 personer, som var i behov av hand hjälp. Precis som tidigare år är han en viktigt service till invånarna, men han har ingen inverkan på vår statistik.

Förbättringsåtgärder:

- Under 2018 ska antalet fall minska med 10 %.
- Rehabiliteringsenheten ska utarbeta en rutin för förebyggande av fall som ska implementeras i det förebyggande arbete med Senior Alert.

15 Kvalitetsregistren

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer/ rekommendationer för olika sjukdomstillstånd. Dessa utgår ifrån forskning och beprövad erfarenhet. De nationella kvalitetsregistren har medfört att allt fler rekommendationer enligt nationella riktlinjer kommit att lämnas in i kvalitetsregistrens uppföljningar vilket gör det möjligt att följa verksamheternas följsamhet till rekommendationer, dvs. vårdprocessernas förmåga till att ge patienterna en säker vård.

Förvaltningen har på uppdrag av socialnämnden att arbeta med de nationella kvalitetsregistren som är: BPSD, Senior Alert och Palliativregistret.

15.1 BPSD registret

I kommunen finns det 26 lägenheter i särskilt boende som är riktade mot patienter med demenssjukdom. Vi har även en stor andel av patienter hemmahörande på särskilda boenden med demensdiagnos. Per 31 december 2017 har vi på särskild boende 56 patienter med demensdiagnos.

BPSD står för beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom. Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom. Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD, drabbar någon gång ca 90 % av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal.

Förekomst av BPSD innebär en minskad livskvalité och för att nå framgång i behandlingen, krävs det förutom ett gott bemötande och en god omsorg, även en tydlig struktur i omvårdnaden och goda kunskaper om demenssjukdomar. BPSD-registret kan vara ett stöd i denna process. Observation av BPSD görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory, NPI, som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom

Äldreomsorgen har under 2017 registrerat 100 patienter med demenssjukdom i BPSD-registret mot 75 patienter i fjol. Arbetet med att implementera registret på särskilda boende har fortsatt under 2017.

Registret har infört kvalitetsindikatorer för att kunna mäta kvalitetssäkringen:

	2015	2016	2017	Riket 2017
NPI-poäng över tid	-	22	17	22
Andel personer som har olämpliga läke-medel, %	25	31	26	37
Andel personer som verkar smärtfria, %	53	60	76	71
Andel personer som har bemötande-plan, %	100	91	78	88
Andel personer som har fått läkemedels-översyn genomförd, %	81	74	78	86
Andel med Alzheimer som har symtomlindrande läkemedel,	84	94	90	59

NPI-poängen ligger på en bra nivå i förhållande till resten av Skåne samt riket, och det är speciellt Bågen som bidrar till detta med NPI- poäng på 8! I 2017 har alla särskilda boende arbetat aktivt med registret och haft olika förutsättningar för implementeringen. Inte alla boende har kommit lika långt men alla har säkerställt kompetenshöjning och handledning med demenssjuksköterska.

Vi arbetar aktivt med att kvalitetssäkra vården för den demente med BPSD utifrån en helhetssyn där alla yrkeskategorier är involverade. Bemötandeplanen är den centrala delen i vården där den dementa bemöts på samma sätt av alla utifrån bemötandeplanen. Detta skapar trygghet och förebygger lidande. Men även läkemedel är väsentligt eftersom biverkningar kan ge BPSD symtom och målet med läkemedelsgenomsynen bör i första omgång vara att komma upp på länsnivå som är 82 %. En väsentlig utveckling är att andel personer som verkar smärtfria har ökat!

Ut av 56 patienter som bor på särskild boende och har en demensdiagnos är 27 registrerade. När de särskilda boende registrera patienten planeras även för uppföljning av den individuella planeringen som görs i samband med registreringen.

Demenssjuksköterskan har utbildat i BPSD samt handledd personal på särskilda boenden och hemtjänst Ljungbyhed. För att få en helhetsyn kring våra patienter har demenssköterskan även utbildad rehabiliterande personal och biståndshandläggare i demenssjukdomar. Förståelsen för patienter med demens har ökat och demenssköterskan samarbetar i olika ärende med bland annat biståndshandläggare och Minnesmottagningen i Ängelholm samt vårdcentralerna. Hon har även varit en resursperson vid flytten av dagverksamheten för demens.

Förbättringsåtgärder:

- Förbättra samverkan med vårdcentralerna kring läkemedelsgenomgångar. Målet är att komma upp på länsnivå som är på 82 %
- Alla som bor på särskild boende och Andel med Alzheimer som har symtomlindrande läkemedel, har en demensdiagnos ska registreras i registret.
- Alla som är inskrivna i registret har en bemötandeplan.

15.2 Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. I den vårdpreventiva processen ingår att göra riskbedömningar och sätta in åtgärder för patienterna. Registret garanterar att alla patienter får en säker och lika vård eftersom arbetssättet är strukturerat och systematiskt samt utgår från evidens. Senior Alert berör följande områden: fall, trycksår, undernäring, munhälsa, blåsdysfunktion och rehabilitering. De 6 områdena hänger ihop. Den person som har problem med munhälsan äter mindre, får därmed i sig mindre näring och risken för att ådra sig ökat skörhet ökar liksom risken att falla. Blir han eller hon sedan liggande kan trycksår bli följden.

I Klippan registreras endast kring fall, trycksår, undernäring och munhälsa.

Under 2017 har Senior Alert registret fått nytt utseende och inhämtning av statistik har ändrats. Därför ser statistiken för 2017 annorlunda ut:

	Registrerade färdiga riskbedömningar < 1 år	Påbörjade riskbedömningar	Planerade åtgärder	Uppföljning	Planerad uppföljning
Hemtj. Centrum	0	0	0	0	0
Hemtj. Väst	5	2	4	1	1
Hemtj. Öst	5	0	5	0	5
Hemtj. Ljungbyhed	0	0	0	0	0
Korttiden	0	0	0	0	0
Ljungbygården	18	0	16	15	1
Syregården	18	0	18	14	14
Ljungåsen	14	0	14	2	3
Åbyhem	6	0	1	0	0

Bågen	8	0	8	8	8
--------------	---	---	---	---	---

I 2017 skulle samtliga enheter inom Äldreomsorgen registrera i Senior Alert. Eftersom inte alla enheter har varit aktiva tidigare var det läge att ta nya tag. Enheterna har – förutom hemvård Ljungbyhed kompetenshöjd sina medarbetare via en webbutbildning och strukturerat upp hur de skall arbeta med registret. Hemvård Ljungbyhed har tyvärr inte haft kontinuitet på enhetschefsnivå. Hemvård Centrum har i 2017 hunnit med 13 riskbedömningar men eftersom de har saknat SITHS-kort är dessa inte inne i registret

Det blev fort tydligt att rutinen för Senior Alert behövde revideras eftersom att patienter som får hemtjänst sällan uppfyllde de kriterier som fanns. Hemvård Öst har således uppfyllt målet. På särskilda boende skulle alla registreras i registret. Detta mål är inte uppnådd på grund av de olika enheters förutsättningar för att arbeta med utveckling. Men alla enheter är på gång med det förebyggande arbetet.

Omedelbart kan registret bjuda in till ett kvantitativt tänk, men för att patienten ska kunna känna skillnad är det viktigt att åtgärderna utgår ifrån individen.

Förbättringsåtgärder:

För Senior Alert registret bör alla enheter fortsätta sitt förebyggande arbete på ett strukturerat sätt. Enheterna har kommit olika långt och kommer sätta specifika mål förutom gemensamma parametrar inför 2018. LSS - boenden bör inkluderas. Vi bör även arbeta på att införa områden blåsdysfunktion och rehabilitering:

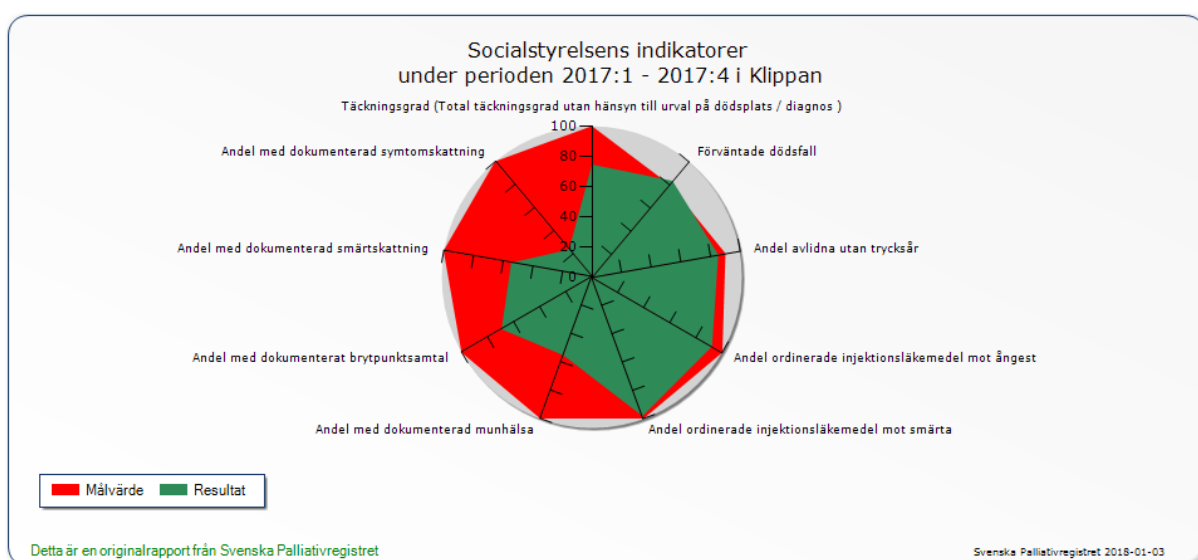
- Under 2018 ska alla som bor på särskilda boende (Äldre) vara registrerade i Senior Alert
- Under 2018 ska alla som bor på LSS boende registreras boende om de är 65 år och äldre.
- 50 % av alla som är inskrivna i hemsjukvården ska registreras i Senior Alert.
- Alla som är registrerade i Senior Alert ska ha minst en uppföljning under 2018.
- Enheter som har varit i gång i ett år ska planera för förbättringsarbeten inom: Trycksår, BMI <22, Fall och munhälsa.
- Revidering Rutin Senior Alert
- Rutin för omsorgsmåltider ska upprättas.
- Rutin för förskrivning av inkontinensskydd samt förebyggande av blåsdysfunktion
- Arbeta fram ett arbetssätt enligt COPM (rehabilitering)

15.3 Palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur verksamheten lever upp till de definierade kriterierna för god vård i livets slutskede. Genom att analysera resultatet kan ett kontinuerligt förbättringsarbete göras som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos. Alla siffror är i %:

	2013	2014	2015	2016	2017
Inrapporterade av kommunens verksamhet, antal	78	62	49	38	114

Täckningsgrad av inrapporterade dödsfall, %	69	74	68	55	74,5
Totalt antal dödsfall i klippans kommun, antal	192	181	172	187	137
Dokumenterad läkarinfo. till närstående, %	82	83	87,2	86	77,2
Dokumenterad läkarinfo. till patient, %	68	88	69	88,4	77,2
Ordination av läkemedel mot smärta vid behov, %	93	79	92,3	-	98,2
Någon närvarande i samband med dödsfallet, %	82	88	51,3	90,7	79,8
Erbjudande om efterlevandesamtal till närstående, %	81	98	87,5	83,7	77,2
Munhälsa bedömd, %	67	64	61,5	83,7	74,6
Avliden utan trycksår, %				90,7	83,3
Utförd smärtskattning, %	15,5	40	36	34,9	54,4
Smärtskattning sista levnadsveckan, %	-	-	14	83,7	-
Lindrad från illamående, %				88,4	86,8
Lindrad från ångest, %				86	71,1
Lindrad från rosslig andning, %				81,4	78,9



Antal registreringar har ökat vilket betyder att statistiken blir mer tillförlitlig. Vi har bra förutsättningar och kunskap kring att ge bra vård i livets slutskede, men använder oss inte av de validerande verktyg som finns. Ett exempel på detta är smärtskattning där vi i diagrammet kan se att vi lindrar smärtan på palliativa patienter men använder ej smärtskattningsinstrument som utgår ifrån evidens. I 2017 har de flesta enheters personal fått utbildning i smärtskattning enligt ett validerat instrument som heter ”Abbey Painscale”. Trots detta finns endast lite dokumentation kring validerad smärtskattning. En orsak kan vara att det saknas struktur för vem som dokumenterar vad.

Spindeldiagrammet beskriver även att munhälsa bedömningar inte görs. Återkopplingen från sjuksköterskorna är att de bedömer och utför munhälsa, men har ej dokumenterat detta.

Sjuksköterskorna har gjort ett stort arbete med att göra den sista tiden för patienterna så bra som möjligt.

Förbättringsåtgärder:

- För Palliativa registret är en utvecklingsmöjlighet att vi påbörjar arbetet med att införa standardvårdplanen NVP, som Palliativa registret har utfärdat som kvalitetssäkra och strukturera arbetssättet och vården. Vi behöver även involvera undersköterskorna. I kommunen har vi undersköterskor som har en specialistkompetens kring palliativ vård, och som skulle kunna delta i införandet av standardvårdplanen samt utbilda i palliativ vård utifrån evidens.
- Under 2018 ska 80 % av alla dödsfall vara registrerade i Palliativa registret.
- Under 2018 ska det föras validerad smärtskattning på 90 % av alla som tar emot palliativ vård.

16 Resultatdiskussion

I 2017 hände mycket nytt som ställde nya krav på Socialförvaltningen. Vi har fått en tydlighet kring vilka resurser vi har och vår utmaning är nu att hitta bra lösningar och arbeta smart för att kunna tillgodose de krav som ställs ifrån omvärlden och utifrån de resurser vi har. Kunskapen har ökat inom många områden exempelvis det förebyggande arbete, munhälsa, smärta och demens. Nu ska vi använda kunskapen och förstå sammanhang och se helheter. Målet är att skapa den individuella vården.

Även under 2017 har arbetat fortsatt med att skapa struktur kring kvalitet. Att skriva rutiner och arbetsmaterial är enkelt, men det är viktigt att nå ut till berörda medarbetare med var rutinerna finns samt innehåll. Avdelningschefer och enhetscheferna är här nyckelpersoner för att öka kunskap, och skapa utrymme och transparens för att söka kunskap kring kvalitetssäkringsarbetet. Enhetscheferna har även ett stort ansvar i att veta hur medarbetarna använder sina resurser, vilken kunskap och erfarenhet medarbetarna har samt vad som förväntas enligt lag och i uppdraget från socialnämnden.

Ännu ett utvecklingsområde är att enhetschefen regelbundet bör utföra egenkontroller för att granska om enheten håller kvaliteten samt planera och utvärdera åtgärder för att uppnå en god kvalitet. Stratsys är ett hjälpmedel till att förvaltningen på olika nivåer kan kontrollera och utveckla sin kvalitet – ett verktyg som saknas. Det är även ett redskap att utgå ifrån vid framtida kvalitetsrevisioner.

Under 2017 ökade antalet avvikelser igen och vi kan konstatera det här finns ett förbättringsarbete. Det är mycket positivt att baspersonal och legitimerad personal uppmärksammar när händelser avviker från det normala, men även här behöver vi bli ännu bättre. Utvecklingsarbetet behövs fortsatt kring enhetschefens ansvar och samverkan med legitimerad personal. Enhetschefens ansvar är på organisationsnivå och legitimerad personals ansvar är kring personalens lämplighet att motta en delegering.

Under 2016 påbörjas den lokala samverkan kring det nya sjukvårdsavtalet och syftet med avtalet är förebygga sjukhusvistelse och att ge rätt behandling till de mest sjuka äldre samt patientgrupper som ofta glöms bort. Det har i 2017 blivit tydligt att det finns behov av flera avtal kring samverkan med externa vårdinrättningar så vår legitimerade personal för stöd i att arbeta ut ifrån rätt förutsättningar. Detta arbete påbörjas i 2018.

15 Riktlinjer och rutiner som är reviderade eller nytillkomna i 2017

15.1 Riktlinjer

- Läkemedel

15.2 Rutiner

- Delegering hälso- och sjukvård
- Dokumentation i VIVA (HSL)
- NPÖ
- 0 HLR
- Sårvård
- Apotek
- Team baserad vårdform

15.3 Redigerade rutiner

- Avvikelse
- Lex Maria
- Lex Sarah
- Synpunkter och klagomål

15.4 Interna utbildningar som hälso- och sjukvårdspersonal har reviderad

- Diabetes
- Delegering
- Lyftutbildning

§ 23**Reviderad riktlinje för biståndshandläggning inom äldreomsorgen**

SN 2018.0181

Ärendet

Enheten för biståndshandläggning inom äldreomsorgen har med anledning av nämndens genomförda upphandling av inköp/hemhandling (SN 2017.1001.051) samt med anledning av nämndens inriktningsbeslut avseende matdistribution (SN 2017.0393-1) reviderat riktlinjen för biståndshandläggning.

De delar av riktlinjen som reviderats är beskrivningarna av insatserna: måltidshjälp; inköp; promenad/social samvaro samt matdistribution.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse SN 2018.0181-1.770

Riktlinje Biståndshandläggning SN 2018.0181-2.770

Beslut

Socialnämnden antar riktlinje för biståndshandläggning inom äldreomsorgen.

Ansvarig för rutin Ingela Holmström	Beslutad (av vem och datum) Socialnämnden 2018-03-01	Process Biståndshandläggning inom äldreomsorgen	
Utfärdat 2016-08-29 Enheten för biståndshandläggning ÄO	Uppdaterad och version 2018-03-01 Version 2	Giltig till och med Tills vidare	Diariennr: SN 2018.0181.770

Riktlinje

Biståndshandläggning

Hemtjänst	
Apoteksärende	<p>Insatsen kan beviljas akut eller för dem som inte har insatsen inköp.</p> <p><i>Omfattning:</i> En gång i månaden eller vid behov.</p>
Bäddning	<p>Bäddning dagligen i form av att ordna till befintlig sängklädsel och/eller byta del av sängklädsel. Avbäddning ska ingå om de har personlig omvårdnad på kvällen eller i den dagliga bäddningen om de har detta.</p> <p><i>Omfattning:</i> Daglig bäddning och renbäddning varannan vecka eller vid behov.</p>
Diskning	<p>Stöd med att diska och sätta disken på plats i skåp och lådor. Stöd med att sätta i och plocka ur diskmaskin.</p> <p><i>Omfattning:</i> En till två gånger per dag.</p>
Dusch	<p>Stöd med att duscha. I stödet ingår sådant som hårvård så som att tvätta, lägga, föna håret, klippa fingernaglar samt att få smörjt sig med kroppslotion. Det ingår även stöd med att ta på och av sig kläder samt iordningställande av badrum samt rengöring av duschhjälpmedel.</p> <p>Fotvård ingår ej hemtjänstens ansvarsområde.</p> <p><i>Omfattning:</i> Vid behov.</p>
Egenvård	<p>Intyg ordinerad av legitimerad personal ska inkomma skriftligen. Brukaren ska själv kunna ta ansvar för insatsens utförande annars gäller insats enligt HSL (hälso- och sjukvårdslag). Exempelvis ögondroppar, stödstrumpor.</p> <p><i>Omfattning:</i> Vid behov eller dagligen.</p>
Ledsagning till och från aktivitet	<p>Stöd till och från aktivitet till exempel, biblioteksbesök, dagverksamhet, föreningsliv, frisör, optiker, massör, fotvård. Aktiviteten ska finnas i närmiljön.</p> <p><i>Omfattning:</i> 1-2 gånger per vecka eller vid behov till och från dagverksamhet.</p>

<p>Ledsagning till och från matinrättning</p>	<p>Ledsagning till och från närmsta matinrättning i samband med lunch.</p> <p>Kan vid synnerliga speciella skäl beviljas parallellt med matdistribution i en övergångsperiod.</p> <p><i>Omfattning:</i> Vid behov eller dagligen.</p>
<p>Måltidshjälp</p>	<p>Måltidshjälp</p> <p>Kriterier: Beviljas enskild som inte själv kan utföra insatserna på grund av psykisk, fysisk eller kognitiv funktionsnedsättning.</p> <p>Vad kan ingå?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjälpa att iordningställa och servera frukost eller mellanmål • Hjälpa att iordningställa och/eller värma och servera middag/kvällsmat (matdistribution eller annan färdigrätt samt enklare måltid) • Sitta med vid måltid • Hjälpa att äta • Hjälpa att sönderdela maten • Stöd med att fylla i beställning av matlista vid matdistribution samt att lägga in beställning av mat • Stöd med att öppna levererade matförpackningar • Stöd vid servering av mat och dryck vid ledsagning till matinrättning <p>Som enklare måltid räknas t ex smörgås, gröt, stekt/kokt ägg, stekt korb och annat som kan beredas inom max 15 minuter. Personer som har särskilt nutritionsbehov ska bedömas av ansvarig sjuksköterska eller dietist.</p> <p><i>Omfattning:</i> Dagligen</p>
<p>Personlig omvårdnad</p>	<p>Innefattar daglig hygien, munvård, på- och avklädning, rakning, enklare hårvård, rengöring av glasögon och hörapparat, enklare makeup, insmörjning med kroppslotion, toalettbesök, förflyttningar. Toalettstol och golv rengörs vid behov exempelvis vid inkontinens.</p> <p>I insatsen ingår även klädvård såsom sy i knappar, öppna och läsa brev samt starta och stänga teve om brukaren har en fysisk eller psykisk funktionsnedsättning.</p> <p><i>Omfattning:</i> Vid behov eller dagligen.</p>
<p>Post</p>	<p>Stöd att ta in post.</p> <p><i>Omfattning:</i> Vid behov eller dagligen.</p>

<p>Post- och bankärenden</p>	<p>Ledsagning till och från post och bank för dem som inte har insatsen inköp.</p> <p><i>Omfattning: 2 ggr/månad.</i></p>
<p>Promenad/Social samvaro</p>	<p>Promenad/social samvaro</p> <p>Kriterier: Beviljas till enskild som känner ensamhet, otrygghet och social isolering eller som är i behov av stimulans och aktivering</p> <p>Vad kan ingå? Personal besöker den enskilde för samtal och social gemenskap. Vid social samvaro ska den enskildes intresse tillvaratas, som t ex promenad, fika, systembolaget, spela spel eller mindre inköp så som fika, blomma eller dylika men endast i den omfattning som den enskilde självständigt kan hantera. Hemtjänsten ansvarar inte för hantering av pengar. Social samvaro kan också ges för en begränsad period där syftet är att medverka till att den enskilde på sikt kan delta i aktiviteter på egen hand. Hemtjänsten kan då vid enstaka tillfällen följa med som stöd i en, för den enskilde, ny social situation.</p> <p><i>Omfattning: 1-2 gånger per vecka</i></p>
<p>Sophantering</p>	<p>Stöd med att ta ut sopor till befintligt sopkärl. Framkörning av sopkärl vid tömning. I insatsen ingår sopsortering om kärl finns för det.</p> <p><i>Omfattning: Vid behov eller dagligen.</i></p>
<p>Stöd med informationsöverföring under besök på vårdinrättning</p>	<p>Utförs i första hand när brukaren har behov av stöd under läkarbesöket, tandläkare, sjukgymnast, etc. Brukaren ska ha kognitiva svårigheter eller på annat sätt inte kunna förmedla sig själv eller ta emot information som ges vid besöket. Behovet av transport tillgodoses av sjukresa.</p> <p><i>Omfattning: Vid behov.</i></p>
<p>Sällskapsdjur</p>	<p>Beviljas då brukare har svårigheter att själv ombesörja sällskapsdjurets dagliga behov utifrån mat och rensning utav bur eller kattlåda. Insatsen utförs i bostaden. Sällskapsdjur definieras som burfågel, hund, mindre gnagare, katt, etc.</p> <p><i>Omfattning: 1-2 ggr/dag.</i></p>

<p>Telefonservice</p>	<p>Beviljas dem som har en fysisk eller psykisk funktionsnedsättning som är av sådan grad att det påverkar förmåga att självständigt utföra kontakten via telefon.</p> <p>Innebär stöd med att boka tid på exempelvis vårdinrättning, sjukresa, färdtjänst, frisör, fotvård, med mera. Ingår även att kontakta läkare för vid behov av intyg för sjukresa. Stödja brukaren att upprätthålla sociala kontakter. Kan också vara ett trygghetsskapande telefonsamtal från hemtjänstpersonal. Behovet specificeras av biståndshandläggaren i beslutet.</p> <p><i>Omfattning:</i> Vid behov eller dagligen.</p>
<p>Tidning</p>	<p>Stöd att ta in tidning.</p> <p><i>Omfattning:</i> Vid behov eller dagligen.</p>
<p>Tillsyn</p>	<p>Trygghetsskapande besök. För brukare som har övriga insatser sker tillsynen mellan dessa insatser. Vid behov då trygghetslarm inte anses tillräckligt.</p> <p><i>Omfattning:</i> Vid behov eller dagligen.</p>
<p>Service</p>	
<p>Inköp</p>	<p>Inköp</p> <p>Kriterier: Beviljas enskild som inte själv kan utföra insatserna på grund av psykisk, fysisk eller kognitiv funktionsnedsättning och där behovet inte kan tillgodoses på annat sätt.</p> <p>Vad kan ingå?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planering av inköp samt att fylla i beställning via internet med online-tjänst samt hemleverans • 1-2 tillfälle inköp via kommunala hemtjänsten till dess att onlinetjänsten kan komma igång • Apoteksärende fylla i beställning via internet med online-tjänst samt hemleverans • Packa upp och sätta in varor i kyl/skåp

	<p>Utförs normalt en gång per vecka. Insatsen syftar till att brukare ska få mat och andra förbrukningsvaror hemlevererade. Rätt att medfölja ingår inte.</p> <p><i>Omfattning: 1 gång per vecka</i></p>
Lättstäd	<p>Beviljas som komplement då inte städning är tillräcklig. Omfattar begränsad städning av exempelvis golv, avtorkning av begränsad yta, etc.</p> <p><i>Omfattning: Vid behov.</i></p>
Städning av två rum, kök, hall och badrum	<p>I städning ingår dammsugning, våttorkning av golv, dammtorkning, rengöring av kök, skötsel av blommor, lättare pyntning vid högtider och efter behov rengöring av skafferi samt rengöring och avfrostning av frys och kyl.</p> <p><i>Omfattning: Varannan vecka.</i> *)</p>
Tvätt	<p>Stöd med tvätt i tvättmaskin i den egna bostaden alternativt i tvättstuga som tillhör fastigheten. I insatsen ingår det att tvätten torkas, viks samt läggs in i skåp oh lådor. Strykning av enklare klädesplagg såsom blusar, skjortor samt mindre dukar ingår. Handtvätt samt mangling ingår inte.</p> <p><i>Omfattning: 1-2 ggr/veckan eller vid behov.</i></p>
Övriga insatser	
Avlastning på korttidsplats	<p>För att möjliggöra kvarboende för brukare i ordinärt boende. Syftet är att avlasta personen som vårdar sin närstående som har ett omfattande omvårdnadsbehov.</p> <p><i>Omfattning: Beviljas vid akuta eller vid mer planerade enstaka tillfälle.</i></p>
Avlösning	<p>Avlösning i bostaden med stöd av hemtjänst vid närståendes frånvaro då brukare inte kan lämnas ensam. Brukare ska ha behov av omfattande omvårdnad och stark upplevelse av oro. Brukare som inte har förmåga att använda larmet för att påkalla hjälp.</p> <p><i>Omfattning: Kan användas på dygnets alla timmar.</i></p>

<p>Dagverksamhet med demensinriktning</p>	<p>Beviljas till brukare som har en utredd demenssjukdom eller är under utredning. Syftet är främst att stimulera, motivera, avlastingssyfte eller för att möjliggöra kvarboende i ordinarie boende för ensamstående.</p> <p><i>Omfattning:</i> Beslutas i dialog mellan brukare, närstående och verkställigheten.</p>
<p>Korttidsplats</p>	<p>Vid behov av exempelvis rehabilitering, palliativ omvårdnad och behov av tillsyn dygnet runt. Kan också beviljas som insats i väntan på plats på särskilt boende om den sociala situationen och omvårdnaden inte går att tillgodose på ett skäligt sätt genom hemtjänstinsatser.</p> <p><i>Omfattning:</i> Vid behov.</p>
<p>Matdistribution</p>	<p>Matdistribution</p> <p>Beviljas personer som trots alternativa hjälpmedel har svårigheter att tillreda eller värma maten i mikro/ugn självständigt eller ta sig till lokal där matservering sker (gångavstånd). Kan vid synnerliga speciella skäl beviljas i mindre omfattning eller parallellt med ledsagning till och från matinrättning i en övergångsperiod. Leverans av den kylda maten sker via kommunens kostenhet. Vid behov av stöd med att fylla i matlista för beställning, öppna förpackning eller t ex, värma maten i mikro måste den enskilde ansöka om insatsen måltidshjälp via den kommunala hemtjänsten.</p> <p><i>Omfattning:</i> Behovet av matdistribution bör uppgå till minst tre gånger i veckan.</p>
<p>Särskilt boende</p>	<p>Beviljas brukare som inte kan uppnå en skälig levnadsnivå med stöd av hemtjänstinsatser. I denna grupp ingår även de som trots hemtjänstinsatser inte uppnår skälig levnadsnivå vad gäller trygghet. Brukaren beviljas inte ett specifikt särskilt boende i Klippans kommun.</p>
<p>Trygghetslarm</p>	<p>Trygghetslarm beviljas då brukaren har någon form av fysiskt och psykiskt funktionsnedsättning.</p> <p>Trygghetslarm till brukare över 75 år ges som service utan biståndsbedömning efter ansökan. För brukare som är under 75 år krävs biståndsbedömning.</p>

Växelomsorg	Regelbundet återkommande växelomsorg för att möjliggöra kvarboende för brukare i ordinärt boende. Syftet är att avlasta personen som vårdar närstående med ett omfattande omvårdnadsbehov. <i>Omfattning:</i> Efter kontinuerligt behov, dock max två veckor under en fyraveckors period.
-------------	--

Alla insatser ska vara ur ett salutogent synsätt/förhållningssätt och med delaktighet. Bibehålla självständighet. Insatserna kan vara stödjande, tränande eller kompensande.

*I insats städning ingår inte storstädning, att bona golv, fönsterputsning, byte av gardiner, putsning av silver och dylikt, uttag och luftning av stora mattor, städning av källare, vindsutrymmen och andra utrymmen som brukaren sällan eller aldrig utnyttjar. Städning beviljas som regel inte om brukaren är gift, sambo eller lever i ett partnerskap om den andra kan utföra städning. Undantag kan ske om brukar har insats personlig omvårdnad och samtidigt vårdas av den brukaren lever tillsammans med. I detta fall kan städning beviljas som avlastning.

Har makar/sammanboende som båda har bistånd separata sovrum och/eller badrum, städas båda rummen.

Städutrustning som kan godkännas ur arbetsmiljösynpunkt tillhandahålls av brukaren.

*Utöver riktlinjer läggs förslag till beslut till enhetschef för enheten biståndshandläggning.

§ 24**Rapport "Ej verkställda beslut, 4:e kvartalet 2017"**

SN 2018.0165

Ärendet

Det åligger kommunen att kvartalsvis rapportera in ej verkställda beslut till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. De ärenden som ska rapporteras är de där verkställighet dröjt mer än tre månader från beslutsdatum. I rapporten ska framgå när beslut är fattat, om ärendet är verkställt eller ej samt skälet till fördröjningen. Rapport är inlämnad till IVO.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse "Rapport ej verkställda beslut, 4:e kvartalet 2017" Dnr SN 2018.0165-1.751

Bilaga till rapport "Ej verkställda beslut, 4:e kvartalet 2017" Dnr SN 2018.0165-2.751

Beslut

Socialnämnden noterar informationen och lägga den till handlingarna.

Bilaga till Rapport "Ej verkställda beslut, 4e kvartalet 2017"

Under perioden 171001-171231 har följande ej verkställda beslut rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg.

Ärende	Beslut/verkställt, avslutat	Skäl till fördröjning
Hemtjänst	170101/171223	Avliden
Matdistribution	170704/171024	Behov föreligger ej längre
Vårdboende SoL	170621/171016	Har väntat på plats
Vårdboende SoL	170626/171023	Har väntat på plats
Vårdboende SoL	170621/171016	Har väntat på plats
Vårdboende SoL	170704/171128	Insatsen avslutad på egen begäran
Vårdboende SoL	170707/171030	Har väntat på plats
Vårdboende SoL	170714/171204	Har väntat på plats
Vårdboende SoL	170728/	Väntar på plats
Vårdboende SoL	170822/	Har tackat nej till erbjuden plats
Vårdboende SoL	170824/171201	Har väntat på plats
Vårdboende SoL	170825/	Väntar på plats
Vårdboende SoL	170907/	Väntar på plats
Vårdboende SoL	170908/	Väntar på plats
Service i särskilt boende	161216/171231	Behov föreligger ej längre
Daglig verksamhet LSS	161206/	Har tackat nej till erbjuden plats
Daglig verksamhet LSS	170515/171214	Har väntat på plats
Daglig verksamhet LSS	170622/171010	Har väntat på plats
Boende med särskild service LSS	160704/180129	Har väntat på plats
Boende med särskild service LSS	170309/	Väntar på plats
Stöd i vardagslivet	170621/	Personalresursbrist
Sysselsättning	170101/171001	Behov föreligger ej längre
Sysselsättning	170925/	Ej redo att börja
Kontaktfamilj	170816/	Lämplig kontaktfamilj ej hittad
Familjehem	170601/180112	Svårt att hitta lämpligt familjehem

Anna Fritzheimer
Förvaltningsjurist

§ 25

Redovisning av inkomna synpunkter och klagomål 2:a halvåret 2017

SN 2017.0641

Ärendet

Synpunkter och klagomål från den enskilde och/eller dennes närstående är en viktig informationskälla för att åtgärda brister och för att identifiera områden som behöver förbättras i förvaltningens verksamhet. Socialnämnden reviderade 2012-02-07 § 25 riktlinjen för hantering av synpunkter och klagomål. Förvaltningen arbetar utifrån en rutin för klagomåls och synpunktshantering SN.2015.0592.750 som senast reviderades 151116.

Totalt har det under andra halvåret 2017 inkommit 25 synpunkter från olika personer till socialförvaltningen. Mer än hälften, 15 synpunkter inkom från anhöriga/god man. 16 av synpunkterna gäller Äldreomsorgen och 9 synpunkter/klagomål gäller IFO/FO.

Inga synpunkter har lämnats in via e-tjänst på hemsidan. Tiden för återkoppling till den klagande varierar. Som längst har ärendet hanterats i 28 dagar, och som kortast har det avslutats samma dag. 11 av synpunkterna har hanterats inom en vecka. 2 ärenden har ej återrapporterats gällande vidtagen åtgärd.

Innehållet i de synpunkter och klagomål som är inlämnade finns sammanställt i Bilaga 1.

Sammanfattningsvis konstateras att arbetet med att utveckla hanteringen av inkomna synpunkter och klagomål måste fortsätta och större fokus läggas på personal och chefer för att få ut informationen om möjligheten till att lämna sina synpunkter och klagomål.

Fortfarande finns brister när det gäller registrering av vidtagna åtgärder. Vad som är en lämplig åtgärd kan variera stort beroende på synpunktens/klagomålets art, men det är viktigt att återkoppling sker till den klagande.

En stor utmaning är att fortsätta sprida informationen om möjligheten att lämna synpunkt/klagomål direkt via e-tjänsten på kommunens hemsida. Detta innebär ytterligare en kanal för våra brukare/klienter, som skulle kunna passa personer som av någon anledning inte har nära till hands att lämna klagomål/synpunkt via de traditionella vägarna.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse "Redovisning av inkomna synpunkter och klagomål 2:a halvåret 2017"

Dnr SN 2017.0641-4.108

Bilaga 1 Dnr SN 2017.0641-5.108

Beslut

Socialnämnden noterar informationen och lägga den till handlingarna.

Synpunkter och Klagomål från Äldreomsorgen

Innehåll

Anhörig klagar på säkerheten vid utgången på Åbyhem, risk för olyckor
Anhöriga har klagomål på bemötande och servicen på Säbo
Anhörig klagar på boendemiljön på Säbo
Anhörig klagar på ej utförda/felaktigt utförda insatser gällande kateter
Avlösarservice ej fungerat, ej kommit på rätt tid, gått innan anhörig kom tillbaka
Synpunkter på månadsbladet i augusti, tunt och mkt dåligt med aktiviteter
Brukare klagar på att hemtjänstbesöken är ojämnt fördelade på dygnet
Brukare har synpunkter på maten,, mer variation o vegetarisk kost
Inkommer klagomål från hyresvärd, ostädad tvättstuga
Inkommer klagomål på för salt mat och för mkt örtekryddor
Klagomål från anhörig kring hemtjänstinsatser
Anhörig har synpunkter på hur bemötandet och rutiner sköts på säbo
Anhörig har synpunkter på tiden hemtjänsten besöker modern som har diabetes
Anhörig klagar på bemötande och servicen på säbo
Synpunkter på bemanningen på säbo, framförallt kvällar och helger
Anhörig klagar på bemötande och för lite personal på säbo

Synpunkter och Klagomål från IFO - FO

Anhörig har klagomål kring beslut gällande ansökan om ekonomiskt bistånd
Anhörig klagar på felaktiga fakturer från förvaltningen
God man har synpunkter på de regler som finns vid gruppboende
Synpunkter på beslut att förändra insatser från att köpa externt till egen regi
God man har synpunkter på det boende hans klient blivit erbjuden ej enl beslut
God man har synpunkter på att det ej går att nå EC inte ens på telefontid
Klient lämnar klagomål på att blivit dåligt bemött sedan 2013
Anhörig klagar på dåligt bemötande vid inlämning av orosanmälan
Klagomål över lång handläggningstid gällande dödsboanmälan

SN.2017.0641-5.108

Bilaga 1

Åtgärder	Återkoppling
EC lyssnade på anhörigas förslag och åtgärdade direkt	Telefonsvar
EC har samtal med berörd personal samt mer värdegrundsarbete	Telefonsvar
EC har samtal med berörd personal samt mer värdegrundsarbete	Möte
EC anordnar utbildning till usk så de känner sig säkra i hanteringar	Telefonsvar
EC har samtal med berörd personal samt mer kontroll på tiderna	Telefonsvar
Detta var semestermånad, under hösten mer aktiviteter.	Möte
EC korrigerar i TES-planeraren	Telefonsvar
Hembesök o genomgång av vad brukaren äter och önskar	Möte
EC samtal med berörd personal	Telefonsvar
Hänvisat till kostenheten	
EC svarat på frågeställningarna per brev	Brevsvar
EC har möte med berörda, möte med personalen i värdegrund	Möte
EC och ssk sett över tiderna tillsammans med TES planerare	Möte
EC har samtal med berörd personal samt mer värdegrundsarbete	Telefonsvar
EC ser över bemanningsbehovet	Möte
EC samtal med berörd personal samt ska titta över schemat	Telefonsvar
Inget registrerat svar	
Förvaltningsjurist haft möte och överenskommelse gjordes	Möte
EC väljer att ha kvar de husregler som tidigare beslutats om	
Frågan har hanterats på många olika plan med möte, brevsvar osv	Möte
Bostad är erbjuden, dock har brukaren tackat nej	Möte
EC haft telefonkontakt samt möte med god man och problemet löst	Möte
EC har samtal med klient	Möte
EC har utrett ärendet och haft samtal med klagande	Telesamtal
Handläggaren sjukskriven, ingen ersätter, förändring på gång	Mailkontakt

Åtgärder	återkoppling
Överlämnat till Enhetschef för samtal	Anonym anmälan
Översänt Socialnämndsbeslut om godtagbar hyreskostnad	Brevsvar
Samtal med berörda parter(Handläggare - Kontaktfamilj)	Samtal
Skickat mailsvar med lagstöd över alkoholtillstånd	Mailsvar

§ 26**Inkomna frågor kring funktionsnedsatta i kommunen**

SN 2018.0137

Ärendet**Svar på brev till Socialnämnden angående kommunens sätt att se på funktionsnedsatta i kommunen.**

Nedanstående är Socialnämndens svar på Era konkreta frågor angående kommunens sätt att se på de funktionsnedsatta i kommunen.

Kommunens vision om att trivas och må bra gäller alla invånare i kommunen.

Det goda värdegrundsarbetet samt de värdeord kommunen har gäller samtliga invånare i kommunen.

Kommunens arbete med FN konventionens artiklar där barnen redan på förskolenivå får lära sig om alla människors lika värde gäller alla invånare i kommunen.

LSS lagstiftningen anger att insatsen ska präglas av kontinuitet och trygghet och ska vara till dess målen med insatsen är uppfyllda, den enskildes omständigheter förändras eller den enskilde ansöker om att få sina behov tillgodosedda på annat sätt, tex genom insats enligt annan lagstiftning.

Kommunen följer upp beslut enligt LSS löpande och vid ändrade omständigheter eller om den enskilde ansöker om bistånd enligt annan lagstiftning såsom SoL kan beslutet enligt LSS komma att ändras. Detta får dock aldrig ske utan kommunikation med den enskilde/god man/förvaltare. Om beslutet går den enskilde emot finns alltid möjligheten att överklaga beslutet till högre instans.

Arbetstidslagen gäller kommunens anställda. Att den följs bevakas på ett flertal olika sätt. Om antal beviljade timmar av en viss insats överstiger den tiden medarbetarna arbetar enligt sysselsättningsgrad och schema tillgodoses behoven på olika sätt och med medarbetare anställda enligt den lagstiftning som finns.

Kommunen har en skyldighet att tillgodose brukarnas beviljade timmar. Följs inte detta ska det signaleras till närmaste chef och åtgärdas.

Hur mycket personal som ska anställas grundar sig på de beslut och uppdrag personalen har att utföra samt den budget den berörda enheten har till sitt förfogande.

Tre brukare från kooperativet RälSen betalar inte för uppbyggnaden av kommunens boendestöd.

De tre brukarnas beslut om antal timmar boendestöd inryms i det nya boendestödet som byggs upp i kommunens egen regi.

En risk och konsekvensanalys har gjorts vid förändringen av verksamheten men inte en separat sådan inriktad på just brukarna inom kooperativet RälSen.

Uppdraget att utöka och samla boendestödet i egen regi är ett uppdrag från

Socialnämnden, dock inte ett uppdrag i besparingssyfte. Att varje del av enheterna ska använda tilldelad budget på bästa möjliga sätt så att skattemedel kommer så många som

möjligt till del och används utifrån grunden allas lika värde och allas lika rätt till sin insats gäller också för boendestödet.

Kommunen har inte sparat något på att tre brukare inte får sitt boendestöd från kooperativet Rälsen. De beviljade antalet timmar boendestöd utförs och möjligheten att söka annan insats från kommunen finns om brukaren/företrädare inte bedömer att dessa timmar eller boendestöd som insats tillgodoser den enskildes behov.

Beslutet motiveras av:

Uppdraget att samla boendestödet i egen regi samt utöka målgruppen för boendestöd att gälla fler målgrupper i behov av insatsen.

Uppdraget att hålla sig inom ramen för den lagstiftning som gäller vid upphandling av annan utförare än kommunen, dvs lagen om offentlig upphandling, LOU, eller lagen om valfrihet, LOV.

Ingen av dessa lagstiftningar ligger till grund för att kommunen köper insatser av kooperativet Rälsen.

Ytterligare ska understrykas att vision, värdegrund och FN konventionen gäller för samtliga invånare i Klippans kommun.

Beslut

Socialnämnden antar brevsvaret som sitt eget och översänder till berörda personer.

§ 27**Delegationsärende**

SN 2018.0041

Ärendet**Sociala utskottet**

SU 2018-01-18 §§ 1 – 23

SU 2018-02-08 §§ 24 – 63

Delegationsrapport

2017-12-01 – 2017-12-31

Enhet Barn, unga o familj

Enhet för Vuxna

Enhet för ÄO

Enhet för LSS

2018-01-01 – 2017-01-31

Enhet Barn, unga o familj

Enhet för Vuxna

Enhet för ÄO

Enhet för LSS

Inkomna domar och beslut**Förvaltningsrätten i Malmö**

Saken: 2018-01-18 Mål nr 10010-17 avseende Bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen.

Dom: Förvaltningsrätten **avslår** överklagandet.

Saken: 2018-01-18 Mål nr 7124-17 avseende Bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen.

Dom: Förvaltningsrätten **avslår** överklagandet.**Helsingborgs Tingsrätt**

Saken: 2018-01-15 Mål nr T 6998-17

Dom: Tingsrätten förordnar Taysair Saleh, Hyllinge till särskild förordnad vårdnadshavare för XX XX.

Beslut

Socialnämnden noterar informationen och lägga den till handlingarna.

§ 28**Informationsärende**

SN 2018.0042

Ärendet**Protokoll 180110, Kommunstyrelsen****§5 Riktlinjer för styrdokument för Klippans kommun*****Kommunstyrelsens beslut:***

Antar Riktlinjer för styrdokument i Klippans kommun att gälla from 2018-01-01.

Protokoll 180110, Kommunstyrelsen**§12 Förslag till instruktion för kommundirektören*****Kommunstyrelsens beslut:***

Godkänner instruktion för kommundirektören med förslag om tillägget att ändra berörd nämnd till berörd nämnds presidium på sidan 3 i instruktionen samt att direktören även framgent ska kallas kommundirektör.

Protokoll 180110, Kommunstyrelsen**§16 Tidplan för budget 2019*****Kommunstyrelsens beslut:***

Fastställer tidplan för budgetarbete 2019.

Beslut

Socialnämnden noterar informationen och lägger den till handlingarna.

§29**Borttagen på grund av Sekr.**

§30

Borttagen på grund av Sekr.

§31**Borttagen på grund av Sekr.**

§32**Val av ledamot i Socialutskottet****Ärendet**

Peter Kromnow (KD) har av sagt sig uppdraget som ledamot i Socialutskottet.
Förslag till Socialnämnden gällande ny ledamot i socialutskottet är Lars Roslund (L).
Lars Roslund (L) avsäger sig därmed uppdraget som ersättare i socialutskottet.

Beslut

Socialnämnden godkänner Lars Roslunds (L) avsägelse som ersättare i socialutskottet och beslutar att Lars Roslund (L) blir ledamot i socialutskottet.