



Beslutsinstans: Socialnämnd

Datum och tid: onsdag 4 mars 2020 Kl. 13:30

Plats: Furåsen, Stigsvägen 2 Färgelanda

- 1 **Upprop**
- 2 **Val av justeringsman**
- 3 **Fastställande av dagordning**

- 4 **Information om ärendetyngdsmätning -
IFO-chef 13:45-14:00**
- 5 **Information om LSS/Socialpsykiatri -
prognos framåt gällande placeringar samt
Information om Soläng
Inger Persson-Johansson 14:00-14:45**

- 6 **Patientsäkerhetsberättelse 2019** 2020/34 2 -
32
- 7 **Avtal om samverkande sjukvård i
Färgelandas kommun 2020-2021** 2020/31 33 -
35
- 8 **Förslag till taxa avseende
dödsboförvaltning** 2020/37 36 -
37
- 9 **Ansökan om tillstånd att sälja tobaksvaror
enligt tobakslagen på Färgelanda Spel &
Godis AB i Färgelanda** 2020/35 38 -
39
- 10 **Reviderad riktlinje för Samordnad
individuell plan (SIP)** 2020/33 40 -
52

- 11 **Socialchefen informerar**

- 12 **Statistik** 2020/9 53
- 13 **Sammanställning delegationsanmälan
Socialnämnden 2020** 2020/11 54
- 14 **Meddelande till Socialnämnden 2020** 2020/12 55

Håkan Gusteus
Ordförande Socialnämnden

Oskar Engdahl
Nämndsekreterare



Omsorg
Socialchef
Johan Lundh
0528-567609

Socialnämnden

johan.lundh@fargelanda.se

Patientsäkerhetsberättelse 2019

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar att anta ”Patientsäkerhetsberättelse 2019” och hålla den tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Ärendebeskrivning:

Medicinsk ansvarig sjuksköterska har i sektorns kvalitetsledningssystem STRATSYS sammanställt Patientsäkerhetsberättelse 2019 för Färgelanda kommun, sektor omsorg.

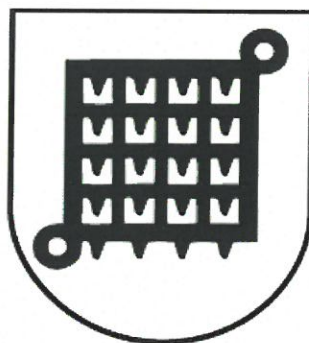
Enligt 3 kap. §10 i Patientsäkerhetslagen är Vårdgivaren (kommunen som juridisk person) skyldig att senast den 1/3 varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken ska framgå:

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

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Färgelanda kommuns patientsäkerhetsberättelser finns sedan 2011 tillgängliga på kommunens hemsida.

Johan Lundh
Socialchef

Beslutet skickas till:
Diariet



Patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse Sektor Omsorg

Sammanställd av Medicinskt ansvarig sjuksköterska

2019



Maria Lobrant



Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska innehålla uppgifter om hur man under det gångna året arbetat med patientsäkerhetsarbetet och hur man samverkat för att förebygga risker och vilka egenkontroller man gjort för att mäta vårdkvalitén.

I berättelsen ska vårdgivaren redovisa avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter samt om händelser utretts enligt patientsäkerhetslagen och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.



Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
Övergripande mål och strategier	7
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet.....	8
Struktur för uppföljning/utvärdering	10
Uppföljning genom egenkontroll	11
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	13
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	15
Riskanalys.....	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.....	17
Klagomål och synpunkter	18
Sammanställning och analys.....	19
Samverkan med patienter och närstående.....	21
Resultat	22
Övergripande mål och strategier från föregående år	29
Övergripande mål och strategier för kommande år	30



Sammanfattning

Anvisning

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida.

Sammanfattningen bör innehålla:

- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll
- Hur risker för vårdskador identifierats och hanterats
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Det har hänt mycket under 2019

Digitalisering Digitala signeringslistor är implementerade. Breddinfört att legitimerad personal dikterar dokumentationen till journalsystem via app i mobiltelefon.

Dokumentation Medicinsk sekreterare dokumenterar diktat från legitimerad personal. Arbete med KVÅ-koder (kvalitet- och vårdåtgärder) är implementerat.

Läkemedelshantering En oberoende granskning av vår läkemedelshantering är utförd av leg. farmaceut. Digitala delegeringstest har köpts in.

Vårdhygien Hygienombuden genomför självskattning av basala hygienrutiner 4ggr/år. Följsamheten till basal hygienrutiner är hög.

Demensvård Ny personal går webbutbildning i demensvård. De får även delta i intern utbildning i demensvård innan de börjar arbeta. Kommunen har certifierade utbildare i BPSD. Det har skrivits en handlingsplan för BPSD i kommunen. Lokalt vårdprogram för demens har skrivits och implementerats under året.

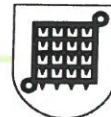
Utbildningsinsatser

- Utbildning för Samverkande sjukvårdsuppdrag. D-HLR, RETTS, behandlingsriktlinjer. Sjuksköterskor.
- KVÅ-koder, sjuksköterskor
- Sårutbildning högskolan, sjuksköterskor
- Utbildning kring madrasser, sjuksköterskor
- Utbildning kring inkontinens, sjuksköterskor
- Utbildning diabetes, sjuksköterskor
- Sårutbildning, sårombud
- Hygienutbildning, hygienombud
- Delegeringsutbildningar, omsorgspersonal

Genomförda egenkontroller på SÄBO visar bra resultat. Målet med nattfasta på max 11 timmar har ökat något under 2019. Antal personer med BMI mindre än 22 minskar. Det är i år 23%. Den vanligaste orsaken till risk för undernäring som har identifierats är bakomliggande sjukdom.

Även en del personer i ordinärt boende har fått riskbedömning i Senior Alert i år.

Trycksårsfrekvensen ligger på 6 % av alla registrerade i Senior Alert vilket är en förbättring från tidigare år.



Resultaten i Palliativregistret ligger på ungefär samma nivå som tidigare med en något förbättrad frekvens av användande av validerade smärtskattningsinstrument.

Antalet fall ökar i antal mot förra året men färre allvarliga skador. Vi kommer fortsätta att satsa på balans- och styrketräning ihop med förebyggande åtgärder som halksockar, fallskyddsmattor och dyl.



Övergripande mål och strategier

Anvisning

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

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

I kommunens övergripande verksamhetsplan finns inga specifika mål för den kommunala hälso- och sjukvården. Men några mål påverkar patientsäkerheten i rätt riktning. Tex.

- God och vällagad mat i egna kök. När maten smakar bra äter man bättre och risken för undernäring minskar.
- att få bo tillsammans på äldreboendet även om bara den ena parten har omsorgsbehov ökar trygghet och nöjdhet och bidrar till en god psykisk hälsa.
- heltidstjänster inom äldreomsorgen ökar kontinuiteten i personalgrupperna vilket är positivt ur patientsäkerhetssynpunkt.

Äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården har fortsatt arbetat i linje med regeringens mål och VästraGötalandsregionens satsning på "Bättre liv för sjuka äldre".

Fokusområden är:

- SIP, Samordnad Individuell Plan där kommunen jobbar efter rutiner framtagna av regionen och använder regionens webbutbildning om SIP.

- Mobil närsjukvård, Målet är att erbjuda de mest sjuka äldre primärvård/specialistvård via hembesök.

- Kunskapsbaserad vård. Vi arbetar enligt nationella och regionala riktlinjer och använder oss av kvalitetsregister för att kunna leverera en patientsäker vård av hög kvalitet.

- God och säker läkemedelsbehandling. Läkemedelsgenomgångar ska genomföras enl. regionens medicinska riktlinje. Olämpliga läkemedel ska undvikas om de går. Patienterna ska få rätt medicin i rätt dos vid rätt tid! Hanteringen ska vara säker. Digitala signeringslistor har implementerats under 2019. Loggbara läkemedelsskåp finns på i stort sett samtliga SÄBO-platser.

- Trygg och säker vårdövergång. Nationella riktlinjer för utskrivning från sjukhus kräver bra rutiner för informationsöverföring och planering inför hemgång. Detta kräver ett nytt arbetssätt som jobbats vidare med i samverkan med Närhälsan under 2019.

Dessutom ska vi i arbetet med äldre;

- Arbeta hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande.

□



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Anvisning

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

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

Förutom linjeorganisationen kan det vara bra att även beskriva högsta ledningens stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet t. ex vårdhygien, smittskydd, Strama, Patientnämnden, patientsäkerhetsenhet eller motsvarande.

Socialnämnden ansvarar för att;

- den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård
- kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras
- det finns ett kvalitetsledningssystem inom sektor omsorg i Färgelanda kommun samt att sätta övergripande mål för verksamheten.

Socialchef/Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att;

- verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet
- rutiner för riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering, samverkan och egenkontroller finns

MAS ansvarar för att;

- rutiner för hälso- och sjukvårdsarbete finns och är kända av personalen
- behovet av läkarkontakt tillgodoses
- att delegeringar utförs så att patientsäkerheten bibehålls
- rutiner finns för säker läkemedelshantering
- anmälningar till IVO enl. Lex Maria görs vid vårdskada eller risk för vårdskada
- kontrollera att krav och mål uppnås

Enhetschefer ansvarar för att;

- se de olika processerna i verksamheten
- att personalen känner till och arbetar efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner samt deltar i egenkontroll av verksamhetens kvalitet

Övrig personal inom sektor omsorg ansvarar för att;

- jobba efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner
- medverka vid egenkontroller och kvalitetsutveckling av verksamheten

Stödfunktioner;

Vårdhygien - hygiensköterska med kommunalt ansvar inom NU-sjukvården

- utarbetar kommunala rutiner för det vårdhygieniska arbetet
- erbjuder regelbunden utbildning och rådgivning
- skapar verktyg för egenkontroll av verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard

Tandvårdsenheten

- erbjuder årliga munhälsobedömningar till vårdtagare som har intyg om nödvändig tandvård



Patientnämnden

- Klagomål och synpunkter ska i första hand hanteras av kommunens verksamheter. Patientnämnden kan stötta patienter som ändå inte känner att de fått klarhet i en negativ händelse.



Struktur för uppföljning/utvärdering

Anvisning

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Beskriv hur ni systematiskt följer upp patientsäkerhetsarbetet. Beskriv era rutiner för att analysera och återkoppla resultat till högsta ledningen från lokala, regionala och nationella mätningar samt hur ni initiera förbättringar som krävs utifrån resultaten.

Ex.

Ledningen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete via patientsäkerhetsronder. *Beskriv hur patientsäkerhetsronderna går till och hur återkopplingen sker till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Smittskyddsenheten analyserar resultat från lokala, regionala och nationella mätningar två gånger om året. *Beskriv hur smittskydd återkopplar analysen till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Trycksår, fall och undernäring följs upp via Senior alert och punktprevalensmätningar. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Strama analyserar antibiotikaförskrivningar månatligt. *Beskriv hur Strama återkopplar resultaten till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Resultat av egenkontroller och uppföljningar sammanställs fortlöpande och läggs in i kvalitetsledningssystemet.

MAS och enhetschefer analyserar först var för sig, och sedan tillsammans resultaten och presenterar på ledningsgrupp, äldrechefsmöten och APT. Personalens delaktighet med erfarenheter och förslag är viktig för att driva kvalitetsarbetet framåt.

Vid dessa möten på både lednings- och verksamhetsnivå, utvärderas resultaten och man tar ställning till hur det fortsatta arbetet skall bedrivas, om insatser behövs och vilka delar man ska satsa på.

På ledningsgruppsmöten deltar socialchef/verksamhetschef samt utvecklingschef och görs då uppmärksamma och delaktiga i verksamheternas resultat och planering av åtgärder.

Åtgärder planeras och läggs in i kvalitetsledningssystemet där tidsplan och resultat visas.

Enhetscheferna ansvarar för att föra ut informationen till vård- och omsorgspersonalen.

En övergripande presentation av patientsäkerhetsberättelsen görs för nämnden. Då redovisas det viktigaste och ev. nytt innehåll.

2019 har sektorn haft verksamhetsmöten där fokus på kvalitet och utveckling ska gå som en röd tråd genom året.



Uppföljning genom egenkontroll

Anvisning

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Beskriv vilka källor som ni har använt i er egenkontroll för ökad patientsäkerhet, omfattning och frekvens samt vad analysen kom fram till.

Beskriv gärna hur resultaten kommuniceras till olika nivåer i verksamheten.

Exempel på källor som ni kan ha följt upp och analyserat:

PPM-VRI

PPM-BHK

Infektionsverktyget

Strukturerad journalgranskning

PPM-trycksår

Antibiotikaförskrivning

Patientkultutmätning

Senior alert

Avvikelse rapporter

Egenkontroller i kommunal hälso- och sjukvård.

Regelbundna loggkontroller i verksamhetens dokumentationssystem Magna Cura.

Journalgranskning av leg.personals journalföring.

Riskbedömningar i Senior Alert (nationellt kvalitetsregister) av fall-trycksår-nutrition-munhälsa och blåsdysfunktion

Mätning av nattfasta på SÄBO

Månadsvis uppföljning av fallrapporter/statistik i vårt dokumentationssystem Magna Cura.

punktprevalensmätning av trycksår-frekvens på SÄBO enl. Senior Alert. (nationellt kvalitets register)
Har inte genomförts 2019 nationellt.

Registrering i Palliativregistret (nationellt kvalitetsregister)

Registrering i BPSD (nationellt kvalitets register)

Uppföljning av läkemedelsavvikelser/statistik i vårt dokumentationssystem Magna Cura.

Kvalitetsgranskning av KAF (kommunalt akutläkemedelsförråd) utförs av regionen.

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Utförs av leg. apotekare.



"Egenkontroll - vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg" har genomförts under hösten. Utarbetad av Vårdhygien, NU-sjukvården.

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. 4ggr/år

Deltar i HALT, Folkhälsomyndighetens mätning av VRI (vårdrelaterade infektioner) och antibiotika behandlingar. Har nationellt inte genomförts under 2019.

Regelbundna loggkontroller i SAMSA (system att följa vårdprocessen vid in och utskrivning från slutenvård)

Loggkontroll signeringssystem Appva.



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

Anvisning

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till era mål och strategier. Tex nya arbetssätt som haft betydelse för patientsäkerheten.

Stratsys

- I kvalitetsledningssystemet Stratsys finns den kommunala hälso- och sjukvårdens rutiner och andra dokument. Även egenkontroller, uppföljningar, åtgärder och resultat redovisas i detta system.

Dokumentation

- All leg. personal har tillgång till NPÖ, Nationell Patient Översikt.
- Arbetet med att registrera KVÅ-koder (kvalitet- och vårdåtgärder) har implementerats.
- Medicinsk sekreterare har anställts 2018 i syfte att omfördela tid som legitimerad personal lägger på dokumentation. Implementering har skett under 2019 och är helt breddinfört. Detta arbetssätt har ökat patientsäkerheten då legitimerad personal har möjlighet att diktera direkt efter ett besök medan händelsen är dem färsk i minnet. Det har även fått effekt i att legitimerad personal frigörs tid till att utföra uppgifter som endast legitimerad får utföra. Dessa uppgifter ökar i och med skärpt lagstiftning. Dokumentationen har fått en tydligare struktur i journalsystemet.

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

- Arbetsverktyget används inom demensvården. Syftet är att hitta omvårdnadsinsatser som lindrar beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och minska behovet av läkemedelsbehandling vid tex. oro.
- Ny personal på demensenheter har fått utbildning för att jobba med registret och metoden.
- Kommunen har två utbildare inom systemet och blir på så vis självförsörjande vad gäller fortbildning inom BPSD för nyanställd personal. Det planeras in utbildningar i ett årshjul.
- Handlingsplan för BPSD har skrivits.

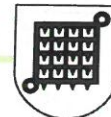
Fallprevention

- Ett aktivt arbete med att identifiera risker för fall i Senior Alert.
- Erbjuder höftskyddsbyxor för de vårdtagare med identifierad fallrisk för att undvika höftfrakturer.
- Erbjuder halkskyddssockar för de vårdtagare med identifierad fallrisk.
- Det finns ett plexiglasskydd, halvskydd, till säng att erbjuda i de fall där vårdtagare är benägna att rulla ur sängen.
- Det finns tryckfördelande matta brevid sängen i de fall vårdtagare har benägenhet att rulla ur sängen.
- Två lyftar finns där vårdtagaren reses upp till sittande ställning efter fall. Den här typen av lyft är lättare att använda i trånga utrymmen och patienten behöver inte flyttas på golvet i samma utsträckning för att få plats att komma upp. Den är även lättare för personalen att hantera mobilt.

Nattfasta

- Fortsatta egenkontroller för att minska nattfastan för boende på SÄBO

Palliativ vård



- En struktur finns som stöd för sjuksköterskorna vid efterlevandesamtal.
- Regelbundna nätverksträffar för sjuksköterskor kring palliativ vård, anordnas av palliativa teamet.
- Statistik följs regelbundet från palliativregistret och diskuteras med legitimerad personal.

Läkemedelshantering

- Extern granskning av kommunens läkemedelshantering har genomförts av leg. apotekare.
- Det hålls årliga utbildningar i läkemedelshantering för omsorgspersonal som är delegerad enligt årshjul.
- Loggbara läkemedelsskåp på i stort sett alla SÄBO
- Digital signering har implementerats i hela kommunen.

SIP

- Ett nytt arbetssätt utifrån lagstiftning (Lagen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården).
- Ny struktur i sjuksköterskegruppen där en sjuksköterska är huvudansvarig för SIP

SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation)

- Ett strukturerat sätt att kommunicera på som följer ovan nämnda beskrivning. Det delas ut kort i fickformat till baspersonal för att underlätta vid rapport mellan egen yrkeskategori och mellan olika yrkeskategorier.

Sårvård

- Rutin har skapats för att säkerställa hantering av antidecubitusmadrasser (madrasser som motverkar trycksår).
- Två sjuksköterskor har gått högskoleutbildning i sårvård.
- Regelbundna nätverksträffar med sårombud i kommunen. Utbildning med olika teman vid träffarna.

Nätverk

- Kommunen har sjuksköterskerekörepresentanter i nätverk om palliativ vård, vårdhygien, demens och samverkande sjukvård för att få till sig det senaste inom dessa områden.
- Kommunen har rehabrepresentanter i nätverk kring hjälpmedelsforum, dialogmöten och Dalslandsgemensamt nätverk kring samarbetsfrågor.

Rehabilitering

- Rehabiliteringsassistenter frigör tid för arbetsterapeuter och fysioterapeuter så att de kan utföra arbetsuppgifter som endast legitimerad personal kan utföra. Det har medfört att fler har kunnat genomföra träningsprogram och träning i grupp har ökat.

Delegerade uppgifter

- Rutin och struktur finns för hur delegerade uppgifter beställs från hemsjukvård till hemtjänst.



Samverkan för att förebygga vårdskador

Lokalt

- Gruppmöten på enheterna där omsorgspersonal och legitimerad personal deltar i uppföljning, utvärdering och planering
- MAS-möten med legitimerad personal
- Närsjukvårdsmöten 2ggr/termin. Hemsjukvård/vårdcentral/folktandvård/ambulansvården
- Avtal med primärvården om läkarinsatser för patienter i hemsjukvården och boende på SÄBO. Dessutom viss handledning och utbildning för personalen.
- Möte med lokala IT-enheten 1 gång/ månad
- Årliga möten med hälso- och sjukvårdsnämnden

Regionalt

- Representanter från regionen bjuds in till lokala närsjukvårdsmöten. Inbjudan görs till den verksamhet där frågor behöver diskuteras. Regionen kan från sitt håll bjuda in sig till dessa möten för information och diskussion.
- Nätverk för;
 - legitimerad personal (rehab, palliativvård, vårdhygien, demens, samverkande sjukvård, dialogmöten hjälpmedelsforum och Dalslandsgemensamt nätverk för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.)
 - MAS:ar i Fyrbodal och VG-regionen
 - enhetschefer för legitimerad personal
 - socialchefer och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård
 - Avtal med regionen för upphandling av Nutritions-produkter samt tillgång till dietist för specialistkunskap
 - Förband- och sjukvårdsmaterial upphandlat i samverkan Dalslands kommunalförbund
 - Regionen tillhandahåller specialistkunskap inom vårdhygien i form av hygiensköterska (utbildning, rutiner och rådgivning)
 - Vård & Omsorgscollege i Fyrbodal. Dess syfte är att kvalitetssäkra vård- och omsorgsutbildningar samt att öka intresset för att jobba inom vård- och omsorg.
 - Samarbete med samverkande sjukvård
 - Vårdsamverkan i arbetsgrupper kring säker hemtagning från slutenvården psykiatri



Risikanalys

Anvisning

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Beskriv er rutin för riskanalyser dvs. hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Beskriv gärna inom vilka områden som riskanalyser har genomförts samt omfattning.

Vår rutin följer rekommendationerna i Socialstyrelsens Handbok för patientsäkerhetsarbete; Risk& händelseanalys. Rutinen är en kort beskrivning av hur riskanalys skall utföras. Handboken används som stöd vid genomförande av riskanalyser.

Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete, som ska leda till att förebyggande åtgärder vidtas innan något har hänt.

Risikanalys är en kraftfull metod att använda i ett systematiskt förbättringsarbete. En riskanalys resulterar i ett flertal förbättringsförslag som syftar till att höja säkerheten i den processen som analyseras.

Det är önskvärt att arbetet med riskanalyser påbörjas i samband med planering eller utveckling av en process, finns med under hela processens livscykel och justeras successivt när ny kunskap eller avvikelser kommer fram.

Alla processer i verksamheten som är kritiska för vårdtagarens/brukarens/klientens säkerhet bör analyseras och det visionära målet är att alla dessa processer ska genomgå grundläggande riskanalys.

En riskanalys kan utföras både på lokal verksamhetsnivå och på övergripande organisatorisk nivå. Den kan avse en befintlig arbetsprocess eller göras inför en förändring.

En analys på lokal nivå utförs på enhetens egna processer eller i samarbete med närliggande enheter på gemensamma processer. Lättast att påverka är de egna, lokala processerna.

En analys på övergripande organisatorisk nivå kan göras inför större förändringar som påverkar flera verksamheter. Riskanalys på övergripande nivå är ofta mer komplex och tidskrävande än en analys på lokal nivå.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Anvisning

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

Avvikelser

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Beskriv hur rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas.

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterade risker och händelser.

Risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras i avvikelsemodulen i Magna Cura.

I rapporten beskrivs hur händelsen tas om hand, omedelbart samt på lång sikt. Här finns även möjlighet att kort beskriva orsak till händelsen om man vet detta.

Samtliga rapporter skall kvitteras av leg.personal, enhetschef samt MAS i nämnd ordning. Vid allvarliga händelser informeras MAS direkt som utreder och tar ställning till om en anmälan om vårdskada eller risk för vårdskada enl Lex Maria skall göras.

Avvikelser med medicintekniska produkter kan även bli aktuella för anmälan till Läkemedelsverket och tillverkare.

MAS gör varje månad en sammanställning av rapporterade hälso- och sjukvårdsavvikelser som mailas ut till leg.personal och enhetschefer och redovisas i kvalitetsledningssystemet.

Enhetscheferna skall vid varje APT diskutera de rapporter som varit, hur de tagits om hand och vad man ev. skall åtgärda för att det inte skall inträffa igen.

De avvikelser som dominerar är läkemedelsavvikelser om osignerad dos samt fallrapporter.



Klagomål och synpunkter

Anvisning

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

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna eller via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har betydelse för patientsäkerheten, tas emot och utreds.

Beskriv hur inkomna klagomål och synpunkter analyseras och hur resultaten återkopplas till verksamheten.

Rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns. Dessa kan mottas både skriftligt och muntligt. Även anonymt, med då kan man inte få någon återkoppling. Blankett för klagomålshantering finns på kommunens hemsida, på medborgarkontoret, samt ute på boendeenheterna. Ärenden kan även inkomma via patientnämnden.

Inkomna ärenden, klagomål och synpunkter diarieförs och tas om hand av respektive enhetschef som utreder, vidtar ev. åtgärder och återkopplar till den som lämnat klagomål eller synpunkt.

Ärendena tas upp på APT och ev. ledningsgrupp eller äldrechefsmöten om de berör flera enheter eller hela verksamheten. Vid behov revideras rutiner och/eller arbetssätt som en del i verksamhetens förbättringsarbete.

Under 2019 inkom inget klagomål på hälso- och sjukvården.



Sammanställning och analys

Anvisning

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av klagomål och synpunkter.

Beskriv också hur många händelser som har utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Tips! Gör en samlad analys av Lex Maria, ärenden från IVO, Patientnämnden och Nationellt IT-stöd för HändelseAnalyser (NITHA).

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Inget ärende är anmält till IVO för allvarlig vårdskada.

Vårt eget system för avvikelshantering visar att;

Det sker ett aktivt proaktivt arbete genom kvalitetsregister och omvårdnadsplaner med fallförebyggande åtgärder. Detta till trots syns en minimal ökning av fall under 2019. Det har varit 7 fall som lett till allvarliga skador.

I 32% av alla dokumenterade fall bar vårdtagaren höftskyddsbyxa. Det är en ökning totalt sett från förra året då höftskyddsbyxa användes i 17% av fallen. Vid risk för fall erbjuds den enskilde höftskyddsbyxor som frakturforebyggande åtgärd. Halksockar används framför allt på natten. Fortfarande sker de flest fall under natten. Frakturforebyggande mattor finns att lägga bredvid sängen om vårdtagare har tendens att rulla eller kasa ur.

Antalet läkemedelsavvikelser har ökat i antal under 2019. 37% av avvikelserna handlar om osignerad given dos, 13% om signering oförsvarbart lång tid efter given dos. Förra året dominerade kvarglömd dos vilket har minskat till 9% (48% 2018) troligen på grund av digitalt signeringssystem.

8 avvikelser med medicintekniska produkter som främst rör handhavande av antidecubitusmadrasser (madrasser för att undvika trycksår).

Vi har skickat

- 2 avvikelser till NU-sjukvården. Den ena angående läkemedelslista som inte stämmer och den andra om ett venflon som inte var borttaget innan hemgång.

- 1 avvikelse till Närhälsan Färgelanda angående ordination av läkemedel

Vi har mottagit

2 avvikelser från NU-sjukvården. Den ena handlar om medföljande personal till sjukhus och den andra om ett feltaget blodprov.

Analys

Under 2019 har antalet avvikelser i den egna verksamheten ökat. Vi har skickat färre avvikelser än förra året. Det externa avvikelssystemet är ändrat och avvikelserna ska skickas direkt till enhetschef på berörd enhet.

Antalet fallrapporter ökar men allvarliga skador i samband med fall har minskat något. Vi har arbetat aktivt med att erbjuda höftskyddsbyxor (kostnadsfritt), halksockar, fallskyddsmattor och träning. Många nekar till frakturforebyggande åtgärder i form av höftskyddsbyxa, vilket är frivilligt. Samtliga



patienter inskrivna i hemsjukvård får minst årligen en läkemedelsgenomgång av distriktsläkare.

Efter riskbedömningar i Senior Alert tar sjukgymnast fram individuella övningar till vårdtagarna som omsorgspersonalen eller rehabiliteringsassistenter stöttar patient att utföra. Regelbundet återkommande grupp-gympa arrangeras på SÄBO och målet är att det ska erbjudas på alla äldreboenden i kommunen.

På demensenheterna jobbar man med BPSD och den genomsnittliga NPI-poängen är lägre på våra boenden jämfört med både VGR och riket. Rörelsefriheten är stor för personer med demenssjukdom och skyddsåtgärder används inte. Det gör att många fallrapporter handlar om att personer "rullat ur sängen", "kanat ur fåtöljen" eller går iväg och glömmer rollator eller att man faktiskt inte kan gå längre. Dessa incidenter genererar många fallrapporter men sällan skador. Med BPSD arbetar vi även aktivt med bemötandeplaner. 100% av de registrerade i BPSD-registret har bemötandeplan.

Läkemedelsavvikelserna ökar i antal men det har skett en förskjutning i vad avvikelserna består i. Det syns med en gång i systemet att ett läkemedel inte är signerat och sjuksköterskorna kan reagera på det. Därav färre kvarglömda doser. Sjuksköterskorna arbetar medvetet med att kontrollera signeringslista och att skriva avvikelser där det saknas signering. De följer upp med personal vad som skett.



Samverkan med patienter och närstående

Anvisning

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Beskriv hur samverkan sker med patienter och närstående för att förebygga vårdskador.

Kommunens pensionärsråd ställer frågor och informeras om kommunal hälso- och sjukvård..

Enhetschefer anordnar närståendeträffar där även sjuksköterskor deltar med information och svarar på frågor.

Vårdtagare får upprepade erbjudande om riskbedömningar och förebyggande insatser i form av bl.a. besök av tandhygienist, riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion enligt Senior Alert.

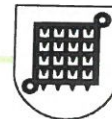
Inom demensvården används vårdtagarens och närståendes kunskap och erfarenhet som ett komplement i planeringen av vården. Det har genomförts utbildning i demenssjukdom för närstående till demenssjuka i samarbete med Närhälsan.

Vid läkemedelsgenomgång skall vårdtagarens och ev. närståendes synpunkter och önskemål efterfrågas.

Vård- och omsorgspersonal upprättar vård- rehab- och genomförandeplaner tillsammans med vårdtagare, och om vårdtagaren så önskar, även med närståendes deltagande. Här fångas resurser och behov upp och man tar beslut om insatser som på bästa sätt skall bidra till vårdtagarens välbefinnande.

Möjlighet finns alltid att både skriftligt och muntlig framföra ris och ros för att bidra till kvalitetsutveckling av verksamheten.

Anhörigstödjare finns som kan hjälpa till med kontakter och information så att vårdtagare och närstående hittar rätt och känner sig trygga.



Resultat

Redovisning av kvalitetsarbete

Anvisning

Nedan rubriker är upplagda i rapportmallen. Behöver de justeras görs detta av en superadminstratör i **rapportmallen**.

För att klistra in bilder från ex Senior Alert klicka på ikonen **Infoga Bild** och ladda upp på bläddra. JPEG format rekommenderas.



Läkemedel och äldre

Konsumtion av olämpliga läkemedel är relativt stor i kommunen. Ett långsiktigt förebyggande arbete med tex omvårdnadsåtgärder som BPSD-åtgärd är att föredra. Vissa gånger fungerar det inte med enbart omvårdnadsåtgärder och då måste läkemedel sättas in. Detta ansvarar läkare för.

Kommunen har önskat öka kompetensen inom BPSD som metod och har 2 utbildade sjuksköterskor för att hålla kunskapen levande både inom sjuksköterskegruppen och hos baspersonalen. Utbildningar är inplanerade i årshjul.

Arbetet med digital signering har breddinförts under 2019 och samtliga enheter inom sektor omsorg omfattas av detta.

Dokumentation/ kommunikation

Medicinsk sekreterare finns anställd i hemsjukvården för att i första hand dokumentera för legitimerad personal. Detta förväntas frigöra tid för legitimerade till att kunna utföra sådana uppgifter som endast legitimerade kan utföra. Det innebär en kvalitetshöjning att rätt person gör rätt sak samt att leg. personal dikterar direkt efter ett utfört besök, när händelsen är nära i minnet. Det syns en kvalitetshöjning i journalerna som är mer strukturerade och lättare att hitta i. Arbetssättet startades upp under 2018 och är inarbetat under 2019.

Fallpreventivt arbete

Rehabiliteringsassistenter avlastar fysioterapeuter och arbetsterapeuter med ex genomförande av träningsprogram hos patient. De håller även i grupp gymnastik på SÄBO. En minimal ökning av fall syns under 2019. I störst utsträckning sker fall på SÄBO demens.

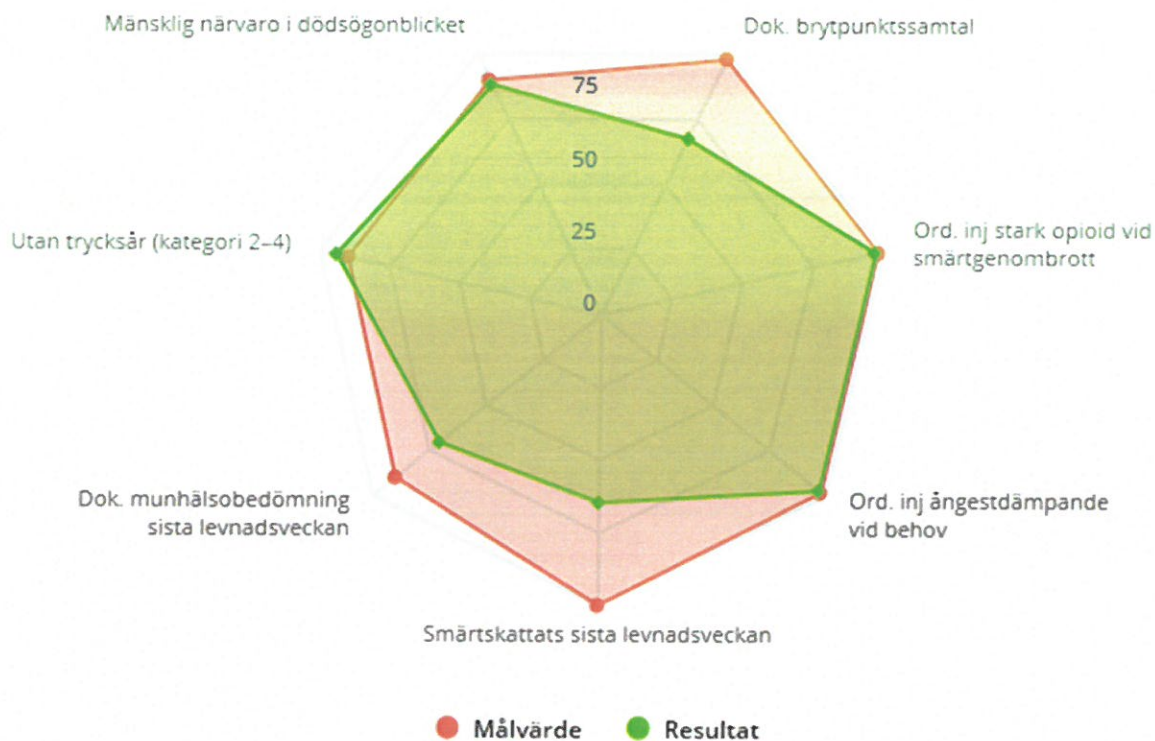
Palliativt arbete

Resultatet visar att vi har hög mänsklig närvaro i dödsögonblicket och att ingen har avlidit med trycksår. Vi behöver arbeta vidare med att använda validerade instrument att smärtskatta sista levnadsveckan men man kan ändå se en ökning från förra året.



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2019-01 - 2019-12



Vårdhygien

Det hålls träffar med hygienombuden med halvårsintervall. Kommunen ligger bra till i egenkontrollen av basala hygienrutiner.

Redovisning av genomförda egenkontroller

Anvisning

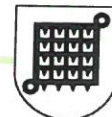
Förtydliga för läsaren vad färgerna innebär?

Grön/Röd = bedömning av genomförd egenkontroll...

[Skulle då kunna läggas in som fast text i avsnittet]

Avvikelsehantering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Omhändertagande av avvikelserapporter i Magna Cura	Halvår	Legitimerad personal, enhetschefer och MAS skall läsa, vb kommentera och alltid kvittera alla avvikelser. Avvikelseerna skall används som	94% av avvikelserna är hanterade av legitimerad personal, 87% är hanterade av chef vilket är ett bättre resultat än



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
		underlag för förbättringsarbete.	tidigare mätningar.

Lex Sarah

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Årlig information av enhetschef.	År	Alla enheter inom Sektor Omsorg skall senast sista februari maila APT protokoll från årets första APT där det framgår att information om Lex Sarah lämnats.	Rutinen om att informera om skyldigheten att rapportera missförhållanden vid årets första APT fungerar.

Teoretisk utbildning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Kunskapstest	År	Kvalitén på den teoretiska undervisningen och kunskapstestet kan utvärderas på olika sätt tex utifrån resultat på kunskapstesterna eller enkäter.	Utbildning i läkemedelshandling samt diabetes och insulinhantering fungerar väl. Kommunen har köpt digitala test som rättas automatiskt. Sjuksköterska går fortfarande igenom testet med den delegerade och för förstagångsdelegation ska även ett praktiskt prov genomföras.

Demensvård

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Registrerade skattningar i BPSD-registret	År	Målet är att samtliga boende ska erbjudits en skattning var 6:e mån.	Totalt har 46 personer skattats utifrån beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Det har genomförts totalt 98 skattningar under året. Det är en liten ökning från föregående år. Genomsnittligt NPI ligger i Färgelanda på 13,53 men har vissa månader varit så låga som 10,58, jämförts med rikets 19,5 vilket är bra. 100% av de skattade har en bemötandeplan.

Loggkontroll Magna Cura

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll i Magna Cura	Kvartal	Kontroll görs så att ingen personal tar del av information som man inte behöver i sitt yrkesutövande.	Loggkontroll genomförd på slumpvis utvalda personer på Lillågården. Aktiviteten i systemet är olika men inga överträdelser är funna.

Magna Cura - verksamhetssystem

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Loggkontroll i Magna Cura	Kvartal	Kontroll görs så att ingen personal tar del av information som man inte behöver i sitt yrkesutövande.	

Hälsa- och sjukvårdsdokumentation

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Journalgranskning	År	Resultatet sammanställs av MAS och presenteras på t.ex. MAS-möte/utvecklingsdag. Resultatet skall ligga till grund för information/utveckling och förbättringsåtgärder.	Kvalitén på journaler är varierande. Vissa som granskats uppfyller alla krav och vissa saknar stora delar. Mer utbildning inom dokumentation behövs. Vissa sjuksköterskor är nyanställda och med relativ kort erfarenhet vilket skulle kunna avspegla resultatet. Inför 2020 ska ett nytt dokumentationssystem implementeras och en nytt sätt att dokumentera på vilket borde ge ett bättre resultat.



SAMSA -SVPL

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll SAMSA	Kvartal	Loggar läst, justering, uppdaterad/skickad och utskrift	100% av biståndshandläggare SoL loggade. Inga överträdelse funna. God variation i hantering av system.

Senior Alert

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Utförda riskbedömning i Senior Alert	År	Målet är att minst 90% av boende på SÄBO ska ha fått en riskbedömning med åtföljande åtgärder och uppföljning under året.	Två av särskilda boendena uppfyller målsättningen att 90% av de boende ska ha fått en riskbedömning i Senior Alert. Ett boende behöver jobba vidare med riskbedömningar, planerade åtgärder och utvärderingar i Senior Alert. Ena gruppen som jobbar mot ordinärt boende uppnår målsättning om att 90% ska ha fått riskbedömning medan den andra gruppen behöver jobba vidare med detta.
■ Mätning av nattfasta	Halvår	Målet är att nattfastan inte ska överstiga 11h hos minst 80% av boende på SÄBO.	Nattfastan har ökat i kommunen till 11h och 40 min i genomsnitt. Variationerna mellan nattfastan är mellan 15,5h till 5,5h. Enhet håller ett genomsnitt under 11h, två av enheterna har nattfasta över 11h i genomsnitt. Målvärde är att inte överstiga 11h nattfasta.
● Uppföljning av fallrapporter/statistik	År	Målet är att antalet fall skall minska	De flesta fall sker under kväll och natt i sovrummet på SÄBO. 7 av fallen har bedömts som allvarliga under året. Ingen har rapporterats som allvarlig vårdskada. Höftskyddsbyxa används i 32% av fallen vilket är en dubbling från förra året och en positiv utveckling.
● Trycksårsmätning (PPM trycksår och fall, Senior Alert)	År	Antalet och allvarlighetsgraden av trycksår skall minska.	Det är fler inskrivna i hemsjukvården som fått riskbedömning i Senior Alert under 2019 (139) än under 2018 (110). I högre grad genomförs riskbedömningar i ordinärt boende. En positiv utveckling som startade 2018. Totala antalet trycksår har minskat, även de allvarigare trycksåren är färre under 2019 än tidigare. Det är generellt nästan hälften av förebyggande och utförda åtgärder under 2019 jämfört med 2018. Detta trots att trycksåren minskar i antal vilket skulle kunna indikera att patienter har en ökad rörlighet att själva kunna förflytta sig och ändra läge. Det finns nya madrasser i hjälpmedelsförrådet vilket skulle kunna förklara den minskade frekvensen av trycksår, men bara till viss del då det ändå är en planerad åtgärd och dessa har minskat.
● Uppföljning av nutritionsbedömning i Senior Alert	Halvår	Senior Alert ger information om antalet vårdtagare med BMI <22 och vikt nedgång med >5% sedan senaste mätning. Resultaten ska följas upp regelbundet och vara en del av utvärderingen av kvalitetsarbetet inom området nutrition.	Mätningar i Senior Alert visar att färre personer har BMI under 22 trots att bakomliggande sjukdom har ökat som orsak till risk för undernäring. Det planeras i mindre utsträckning för mellanmål, berikning av kost och energi- och proteinrik kost. En minskning av läkemedelsbehandling som bakomliggande orsak vilket skulle kunna vara en del av det aktiva BPSD-arbetet som genomförs i kommunen.
● Uppföljning av munhälsobedömningar i Senior Alert	År	Har alla på SÄBO erbjudits munhälsobedömning? Visar resultatet att förbättringsåtgärder behövs?	Under 2019 genomfördes 136 riskbedömningar för nedsatt munhälsa. 46 personer bedömdes ha risk för nedsatt munhälsa vilket är en förbättring från förra året. Förbättrat resultat där färre personer bedöms ha grad 2 och grad 3 än tidigare år.



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Uppföljning av bedömd blåsdysfunktion	År	Egenkontrollen ska vara ett underlag för bedömning av om utredning och utprovning sker i tillräcklig omfattning.	Färre riskbedömningar av blåsdysfunktion har genomförts under 2019 än 2018. Där risker har identifierats har orsaksutredning och plan lagts för åtgärder. Vissa enheter har genomfört riskbedömningar på samtliga inlagda i Senior Alert medan andra enheter får jobba vidare under 2020 för att nå ett lyckat resultat.

VG-regionens munhälsobedömning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Tanvårdens munhälsobedömningar och personalutbildningar	År	Utifrån rapporten bedöma om åtgärder behövs, t.ex. fler utbildningstillfällen.	Under 2019 har 79 ,munhälsobedömningar genomförts av tandhygienist. 25 personer på SÄBO har utbildats i munhälsa av tandvården.

MTP-medicintekniska produkter

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Uppföljning av avvikelser i Magna Cura	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	Sammanlagt har 7 incidenter rapporterats kring medicintekniska produkter. Ingen allvarlig värdskada har inträffat. Avvikelser gäller främst felinställda luftmadrasser som används för att förebygga trycksår. Ny rutin har skapats under året och implementerats.

Samverkande sjukvård

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Riskanalys inför verksamhetsförändring	Halvår	Samverkande sjukvårds påverkan på den kommunala hemsjukvården ska följas upp regelbundet. Man ska titta på volym av uppdrag, tidpunkt för uppdrag, antal uppdrag som nekats samt efterhöra personalens uppfattning.	

Kvalitetsvecka Biståndsenheten

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Journalgranskning	År	Egenkontrollen visar på flera positiva delar men det finns också förbättringspotential. Mer utförlig beskrivning finns i det samlade dokumentet.	

Läkemedelshantering, från ordination till kassation

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Läkemedelsavvikelser	Kvartal	MAS sammanställer läkemedelsavvikelserna i Magna Cura månadsvis. Resultatet redovisas här som egenkontroll.	Totalt 170 avvikelser som rör läkemedelshantering. Det är en ökning från tidigare kvartal. Flest avvikelser angående att signering saknas men även att delegerad har signerat oförsvarligt sent efter det att dosen givits. Endast ett fåtal tillfällen kvarglömd dos som under tidigare år varit flest avvikelser kring.
● Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering enl. gällande föreskrifter	År	Efter granskningen kommer en åtgärdsplan/rapport med kommentarer och förbättringsförslag. åtgärder ska planeras och vara klara innan nästa granskning.	Farmaceut från Apoteket AB har gjort en granskning av läkemedelshantering i hemsjukvården. Läkemedelshantering godkändes och endast små påpekanden om tips på justeringar fördes fram.



KAF - Kommunala Akutläkemedels Förrådet

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Kvalitetskontroll av KAF	År	Svaren som mailas in bedöms av apotekare och MAS får kommentarer om vad som behöver förbättras.	<p>Kvalitetsgranskningen av KAF visar generellt en fungerande läkemedelshantering.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sjuksköterska får inte alltid skriftligt ordinationsunderlag från ordinatören i efterhand vid muntlig ordination. Läkemedelsordinationer är inte alltid fullständiga Ett utrymme där KAF är placerat finns inte möjlighet att tvätta händerna i direkt anslutning

Palliativ vård och Palliativregistret

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Resultat i palliativregistret	År	Resultaten skall förbättras vid varje mätning. Målet är 100% på alla parametrar som redovisas i "spindel nätet".	Kommunen ligger bra till i flera av parametrarna som följs i palliativregistret. Det behöver jobbas vidare med att använda validerad skattningskala för smärtskattning. Kommunen uppnår ändå ett bättre resultat inom områden 2019 jämfört med tidigare år.

MTP - MedicinTekniskaProdukter

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Uppföljning av avvikelser i Magna Cura	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	Det har sammanlagt inkommit 8 avvikelser rörande medicinsktekniska produkter. De flesta berör antidecubitusmadrasser (madrasser som motverkar trycksår). Två avvikelser angående trasig dosett vilket hemsjukvården köpt in nya.

Risikanalys, vård- och omsorg

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Riskanalys: Omfördelning av sjuksköterskeansvar	År	Risikanalysen ska hitta ev. risker/problem som en omfördelning av sjuksköterskeansvaret skulle kunna leda till och föreslå åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna samt bestämma hur åtgärderna ska följas upp och utvärderas.	
■ Riskanalys: Omfördelning av chefsansvar inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården	År	Målet är att omorganisationen skall ske utan att berörd personal upplever osäkerhet kring chefskapet eller kvalitetssänkningar i vård- och omsorgsarbetet.	
■ Riskanalys gällande läkemedelshantering Lillågården 2014	År	MAS redovisar varje månad en sammanställning av läkemedelsavvikelser per enhet och utifrån denna kan man mäta om antalet bortglömda doser minskar efter insatta åtgärder.	
■ Riskanalys: Medicinsk sekreterare	År	Risikanalysen ska hitta ev. risker/problem som en anställning av en medicinsk sekreterare skulle kunna leda till och föreslå åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna samt bestämma hur åtgärderna ska följas upp och utvärderas.	
■ Riskanalys: Bilkörning i yrket, hemsjukvården	År	Riskbedömning av bilkörning i yrket har genomförts för identifiera risker och hitta åtgärder för att säkra arbetsmiljö i den	



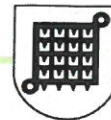
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
		grad det är möjligt.	
■ Riskanalys: Bemanning hemsjukvården sommaren 2018	År	En riskanalys har genomförts för att identifiera risker och att åtgärda dessa kring patientsäkerhet och i arbetsmiljö vid en lägre bemanning, tillfälligt under sommarsemester.	

Verkställande av insatser utifrån fattat beslut, SoL Äldreomsorg

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Socialstyrelsens Äldre- och Enhetsundersökning	År	Resultatet av enkäten kommer från socialstyrelsen och bedöms av äldreomsorgens enhetschefer under "Kvalitetsveckan" inom sektor omsorg. För resultat som inte håller önskad kvalitet planeras åtgärder. Uppföljning av resultat vid nästkommande enhetsundersökning.	
● Uppföljning av avvikelser i Magna Cura R/T verkställighet inom ÄO	År	Resp. enhetschef ansvarar för att följa upp och vb. sätta in åtgärder så att liknande avvikelser kan undvikas/minska i framtiden.	Det arbetas aktivt med avvikelshanteringen i de olika leden.

Kommunala riktlinjer för vårdhygien

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ BHK - mätning av basala hygienrutiner och klädregler	År	Följsamheten till de basala hygienrutinerna skall vara 100%. Sannolikheten att nå detta mål är liten. Därför eftersträvas en succesiv förbättring vid varje mätning.	
● Självskattning av basala hygienrutiner	Kvartal	Enhetschef lägger in resultaten i checklista i STRATSYS. Målet är 100% följsamhet till de basala hygienrutinerna. Enhetschef och MAS redovisar resultat i kvalitets- resp. patientsäkerhetsberättelse.	
■ "Svenska HALT", mätning av VRI och antibiotikabehandling på SÄBO	År	Infektionsförekomst och antibiotikabehandling på SÄBO i Färgelanda ska ligga på samma, eller bättre frekvens än riket.	Ingen nationell mätning genomfördes under 2019 i Senior Alert.
● Egenkontroll - Vårdhygienisk standard på SÄBO	År	<ul style="list-style-type: none"> Egenkontrollen har fokus på centrala och aktuella vårdhygieniska områden Genomförs av ansvarig chef tillsammans med sjuksköterska och enhetens hygienombud Rekommendationen är att egenkontroll genomförs regelbundet, minst en gång/år. I Färgelanda i mars månad. Vid "nej" i någon av frågorna upprättas handlingsplan för förbättringsarbete Egenkontrollen redovisas av enhetschef i checklista STRATSYS.	Två av enheterna har levererat godkänt resultat. En enhet har inte lämnat något svar.
■ Inventering av madrasser	År	Utifrån resultat ska madrasser bytas ut så att samtliga är godkända. Både överdrag och madrass.	



Övergripande mål och strategier från föregående år

- Fortsatt arbete med digital signering
- Fortsatt arbete med nytt arbetssätt enligt lagen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården och diktera till journal och kvalitetsregister
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Färdigställa pandemiplan
- Lokalt vårdprogram för demens
- Fortsatt fallpreventivt arbete

Planering för de två översta punkterna ligger under våren 2018.

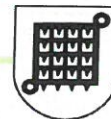
Måluppfyllelse 2019

Flera av målen som sattes för 2019 har uppnåtts. Under 2020 planeras att jobba vidare med:

- Implementera nytt verksamhetssystem med ICF som dokumentationsmodell
- Implementera nytt avvikelssystem för interna avvikelser
- Fortsatt arbete med nytt arbetssätt enligt lagen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården både somatik och psykiatri
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Lokalt vårdprogram inom Strokevård efter nya nationella riktlinjer

Välfärdsteknologi

- SIP i hemmet med några deltagare via länk kommer att fortsätta undersökas under 2020



Övergripande mål och strategier för kommande år

- Fortsatt arbete med nytt arbetssätt enligt lagen om samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården både somatiskt och psykiatri
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Implementera nytt verksamhetssystem med ICF
- Fortsatt fallpreventivt arbete.
- Lokalt vårdprogram för nya nationella riktlinjer i strokevård

Välfärdsteknologi

- Arbete för att kunna genomföra SIP i hemmet med några deltagare via länk kommer att fortsätta undersökas under 2020
- Implementera app med SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt Rekommendation) i hemtjänstens telefoner



Omsorg
Socialchef
Johan Lundh
0528-567609

Socialnämnden

johan.lundh@fargelanda.se

Avtal om Samverkande sjukvård i Färgelanda kommun 2020-2021

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar att underteckna avtal mellan Norra hälso- och sjukvårdsnämnden och Färgelanda kommun gällande insatser inom Samverkande sjukvård 2020-2021.

Kommunstyrelsen bemyndigar socialnämndens ordförande Håkan Gusteus med kontrasignering av socialchef Johan Lundh att för Färgelanda kommuns räkning underteckna avtalet med norra hälso-och sjukvårdsnämnden.

Ärendebeskrivning:

Samverkande sjukvård är en arbetsform som involverar den kommunala hälso- och sjukvården, 1177/Vårdguiden, ambulanssjukvården, mobila närsjukvårdsteam, hemtjänst och primärvård. Arbetsformerna inkluderar att den kommunala hälsoochsjukvården kan göra insatser hos personer utan hemsjukvård på uppdrag av någon av de andra ingående parterna. Den kommunala hälso- och sjukvården kan också göra insatser på uppdrag av 112/SOS-alarm i väntan på ambulans (IVPA) och begära assistans av ambulanssjukvården för andra ärenden. Färgelanda kommun har under många år haft avtal med regionen om samverkande sjukvård. Avtalet behöver förnyas. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden föreslås godkänna nytt avtal mellan 2020-2021.

Johan Lundh
Socialchef

Beslutet skickas till:
Diariet
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden

Avtal om Samverkande sjukvård i Färgelandas kommun 2020-2021

Parter

Detta avtal är slutet mellan Norra hälso- och sjukvårdsnämnden och Färgelandas kommun, gällande insatser inom samverkande sjukvård i Färgelandas kommun.

Avtalsperiod

Avtalet gäller från 2020-01-01 – 2021-12-31.

Mål för avtalet

I samverkande sjukvård ingår kommunal hälso- och sjukvård, primärvård, 1177/Vårdguiden, ambulanssjukvård, MÄVA och övrig länssjukvård som mobila närsjukvårdsteam. Det gemensamma målet är att förbättra och utveckla samverkan i sjukvården, för att skapa ökad trygghet och tillgänglighet för invånarna och utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt.

Åtagande

Åtagandet avser full medverkan i en utökad samverkan enligt det koncept som utvecklas i Fyrbodalen. Kommunens åtagande i samverkande sjukvård innehåller följande delar:

- Sjuksköterska inom kommunal hälso- och sjukvård kan få uppdrag att utföra tillfälliga insatser hos kommuninvånare som inte har kommunal hälso- och sjukvård på uppdrag av 1177/Vårdguiden, MÄVA, mobila vårdteam, ambulanssjukvård, hemtjänst, vårdcentral eller jourcentral.
- IVPA (I Väntan På Ambulans). Om regionens alarmeringsfunktion bedömer att vänteperioden till närmast tillgängliga ambulans blir betydande, kan sjuksköterska från kommunen larmas ut samtidigt som ambulansen för att snabbare kunna ge vård. Sjuksköterska från kommunen får, efter särskild utbildning, utföra medicinsk behandling vid IVPA uppdrag (övrigt som gäller IVPA se bilaga 1)
- Sjuksköterska inom kommunal hälso- och sjukvård kan ge assistansuppdrag till ambulanssjukvården genom att ta direktkontakt för hjälp med bedömning och åtgärd i hemmet. Ambulanssjukvården kan, på samma sätt, ge assistansuppdrag till sjuksköterskan inom kommunal hälso- och sjukvård.

samt att i övrigt delta i utvecklingsarbeten inom område Samverkande sjukvård.

Åtagandet avser hela dygnet.

Åtagandet bryter inte ordinarie prioriterad verksamhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan har möjlighet att säga nej alternativt om det gäller hembesök senarelägga besöket efter överenskommelse med uppdragsgivaren.

Ersättning och betalningsvillkor

För åtagandet i Samverkande sjukvård ersätts kommunen med en fast ersättning på 400 000 kr per år. Utöver den fasta ersättningen tillkommer en besöksersättning på 4 000 kr per uppdrag.

Utbetalning sker efter redovisning av gjorda uppdrag mot faktura per kvartal.

Uppföljning

Dokumentation i ärendet gör kommunens sjuksköterska i ordinarie journalsystem. Kommunens sjuksköterskor registrerar även uppdrag på statistikunderlag (blankett B) på samverkande sjukvårds hemsida www.samverkandesjukvard.se. Underlag från varje kommun lämnas kvartalsvis till hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med fakturering.

Underskrifter

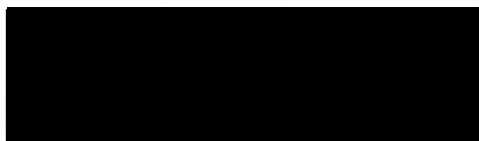
2020-01-20



Linda Jansson
Ordförande
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden

.....

Ordförande inämnden
Färgelandas kommun



Maria Emanuelsson
Ansvarig tjänsteperson
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden

.....

Förvaltningschef i Färgelandas
kommun



Förslag till taxa avseende dödsboförvaltning

Beslutsförslag

Socialnämnden föreslår Kommunfullmäktige besluta att för att finansiera verksamheten avseende dödsboförvaltning ta ut en taxa enligt Ärvdabalken (1958:637) samt Kommunallagen (2017:725).

Kommunfullmäktige beslutar att anta taxa för år 2020 avseende dödsboförvaltning med 0.8% av gällande prisbasbelopp per nedlagt arbetstimme.

Ärendebeskrivning:

I de fall det inte finns någon som förvaltar ett dödsbo åligger det socialnämnden att göra detta. I vissa fall finns en betalningsförmåga vilket gör att kommunen har rätt att ta ut en avgift för utfört arbete. Taxan avser dödsboförvaltningar och anordnande av begravningar som socialnämnden ombesörjer. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har yttrat följande i frågan:

”Till dess att egendomen har tagits om hand av samtliga dödsbodelägare eller av den som i annat fall har att förvalta boet, skall egendomen, om den ej står under vård av förmyndare, syssloman eller annan, vårdas av delägare som sammanbodde med den avlidne eller annars kan ta hand om egendomen. Den som har tagit hand om egendomen skall genast underrätta övriga delägare om dödsfallet och, om det behövs god man för någon delägare, göra anmälan hos överförmyndaren enligt 11 kap Föräldrabalken. Vad som har sagts om delägare gäller också efterlevande make som inte är delägare. Finns det inte någon som sålunda tar hand om den dödes egendom, skall medlem av hushållet som den döde tillhörde, hyresvärd eller annan som är närmast till det ta hand om egendomen samt tillkalla delägare eller anmäla dödsfallet till Socialnämnden. Då anmälan skett eller förhållandet på annat sätt blir känt, skall Socialnämnden, om det behövs, göra vad som enligt första stycket åligger delägare. För kostnaderna med anledning av detta har kommunen rätt till ersättning av boet”



Begravningslag (1990:1144) Om den avlidne inte efterlämnar någon som ordnar med gravsättningen, skall den ordnas av den kommun där den avlidne senast var folkbokförd eller, om den avlidne inte har varit folkbokförd i Sverige, av den kommun där dödsfallet inträffade” För kostnaderna har kommunen rätt till ersättning av dödsboet

När det gäller provisorisk dödsboförvaltning har lagstiftaren lagt ansvaret på Socialnämnden, den eller de Nämnder som Fullmäktige utsett att fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten 2 kap. 4 § Socialtjänstlagen (2001:453). Kommunfullmäktige ska således inte fatta något särskilt beslut om vilken Nämnd som ska ha ansvaret för provisorisk dödsboförvaltning.

Enligt Lag Ärvdabalk (1958:637)18 kap 2 § och Begravningslag (1990:1144) 5 kap 2 § har kommunen rätt att ta ut ersättning från dödsboet för sina kostnader för dödsboförvaltning och åtgärder enligt begravningslag (1990:1144)

Det framgår i Kommunallag (2017:725) 2 kap 6 § att kommunen inte får ta ut högre avgift än vad som svarar mot kostnaden för de tjänster kommunen tillhandahåller

Även om rätten till ersättning följer av lag, ankommer det däremot på Fullmäktige att ta ställning i den principiella frågan om kommunen ska finansiera verksamheten genom att ta till vara den rätten.

Johan Lundh
Sektorchef

Carina Holmqvist
IFO chef

Beslut skickas till:
Diariet
Kommunfullmäktige

Färgelanda Spel & Godis
Håkan Thörnäs
Centrumvägen 3
458 31 Färgelanda

Ansökan om tillstånd att sälja tobaksvaror enligt tobakslagen på Färgelanda Spel & Godis AB i FÄRGELANDA

FÖRSLAG TILL BESLUT

Socialnämnden beviljar Färgelanda Spel & Godis AB, 556876–3493, tillstånd att på Färgelanda Spel & Godis, Centrumvägen 3, i FÄRGELANDA tillsvidare bedriva detaljhandel med tobaksvaror

ÄRENDET

Färgelanda Spel & Godis AB har ansökt om tobakstillstånd enligt 5 kap 1 § lag om tobak och liknande produkter (2018:2088) om att sälja tobak vid ovan rubricerat försäljningsställe. Tobakstillståndet är avsett att gälla året runt.

UTREDNING

Färgelanda Spel & Godis AB, 556876–3493, har den 2019-10-18 ansökt om tillstånd för detaljhandel med tobaksvaror på Färgelanda Spel & Godis AB. Ansökan avser tillstånd tills vidare

Ägande och styrelse

Färgelanda Spel & Godis AB har enligt inlämnat registreringsbevis varit registrerade i Bolagsverkets register sedan 2011-12-14 och har sitt säte i Färgelanda. Styrelseledamöter är Håkan Thörnäs. Styrelsesuppleanter är Lars Göran Granat. Firman tecknas av styrelsen.

Färgelanda Spel & Godis AB aktier ägs till 100% av Håkan Thörnäs. Ägarförhållande har redovisats med aktiebok.

Personer med betydande inflytande (PBI)

Personer med betydande inflytande som har lämplighetsprovats enligt 5 kap. 2 § tobakslagen är: Ägare Håkan Thörnäs.

Verksamhet

Bolaget bedriver en spel- och godisbutik. Utöver tobaksförsäljning har butiken även anmält försäljning av folköl.

Bolaget har tidigare bedrivit anmäld tobaksförsäljning enligt den äldre tobakslagen utan anmärkningar.

Finansiering

Kostnaderna för etableringen har redovisats genom bolaget har inkommit med Begärda handlingar. Finansieringen av etableringen har skett genom lån.

Bolagets ekonomiska förhållanden har redovisats genom kontroll via kreditupplysningsbolaget Syna och det finns inget att anmärka på.

Egenkontrollprogram

Bolaget har lämnat in egenkontrollprogram den 2020-02-12.

Remissyttranden

Remisser och begäran om yttrande har i ärendet skickats till Polismyndigheten och Skatteverket.

Polismyndigheten har inkommit med yttrande och har inget att erinra mot bolagsföreträdarnas vandel.

Skatteverket har svarat på begäran om uppgifter från den sökande. I yttrandet framkommer ingenting som tyder på bolaget eller dess företrädare har varit ekonomiskt misskötsamma och därmed inte skulle vara lämpliga att inneha försäljningstillstånd.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § lag om tobak och liknande produkter får endast den som har tillstånd bedriva detalj- eller partihandel med tobaksvaror. För att beviljas ett tillstånd krävs enligt 5 kap. 2 § att sökande visar att denna med hänsyn till sina personliga och ekonomiska förhållanden och omständigheter i övrigt är lämplig att utöva verksamhet samt att verksamheten kommer att drivas i enlighet med de krav som ställs upp i lagen.

Tillståndsenhetens samlade bedömning

Tillståndsenhetens uppfattning är att sökande uppfyller lagen om tobak och liknande produkters krav på personlig och ekonomisk lämplighet enligt 5 kap. 2 §.

Bolaget har redovisat hur verksamheten har finansierats på ett tydligt sätt.

Bolaget har inkommit med ett egenkontrollprogram som efter genomgång bedöms vara ändamålsenligt och uppfylla de krav som uppställs i Folkhälsomyndighetens föreskrifter.

De uppgifter som inhämtats från Polismyndigheten och Skatteverket ger inte skäl att ifrågasätta sökandes lämplighet.

Kommunicering

Kommunicering i ärendet har skett i enlighet med 25 § förvaltningslagen, skriftligen den 2020-02-17.

Denna tjänsteskrivelse skickas till sökande med enkel delgivning, antingen genom kontrollpost eller e-post med läskvitto. Detta medför att eventuell överklagan av nämndens beslut ska lämnas eller skickas in senast inom tre veckor efter det Ni tagit del av beslutet.

Jeanette Krafft
Alkohol/ tobakshandläggare



Omsorg
Socialchef
Johan Lundh
0528-567609

Socialnämnden

johan.lundh@fargelanda.se

Remiss

Revidering av Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar att inte inkomma med några synpunkter på förslag till revidering av Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

Ärendebeskrivning:

Sedan 1 januari 2010 finns i lagstiftningen, SoL och HSL, bestämmelser om att kommun och region ska upprätta en Samordnad individuell plan (SIP) när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. I Västra Götaland finns en länsgemensam riktlinje och mall för SIP som upprättades 2015.

2018 gavs ett uppdrag att se över, och vid behov revidera, den länsgemensamma riktlinjen för SIP samt mallar och utbildningsmaterial. Efter översyn konstaterades att riktlinjen behövde revideras.

Anledning till revidering av riktlinjen:

- anpassa SIP-processen och riktlinjen till ny lagstiftning om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)
- förtydliga SIP-processen för verksamheterna inom Västra Götalandsregionen och länets kommuner, med målet att de ska känna ett stöd i riktlinjen
- öka samsynen kring SIP-processen och huvudmännens ansvar
- öka användningen och användarvänligheten av gällande IT-system för att hantera SIP-processen
- skapa möjlighet för en bättre uppföljning av SIP



Ledningsrådet för samordnad hälsa, vård och omsorg har ställt sig bakom att förslaget till riktlinje sänds på remiss till Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner.

Förvaltningen har inte några synpunkter på förslaget då revideringarna inte innebär några större förändringar i verksamheten.

Johan Lundh
Socialchef

Beslutet skickas till:
Diariet
Västra Götalandsregionen



Remiss

Revidering av Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen

Sedan 1 januari 2010 finns i lagstiftningen, SoL och HSL, bestämmelser om att kommun och region ska upprätta en Samordnad individuell plan (SIP) när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. I Västra Götaland finns en länsgemensam riktlinje och mall för SIP som upprättades 2015.

2018 gavs ett uppdrag att se över, och vid behov revidera, den länsgemensamma riktlinjen för SIP samt mallar och utbildningsmaterial. Efter översyn konstaterades att riktlinjen behövde revideras.

Anledning till revidering av riktlinjen:

- anpassa SIP-processen och riktlinjen till ny lagstiftning om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612)
- förtydliga SIP-processen för verksamheterna inom Västra Götalandsregionen och länets kommuner, med målet att de ska känna ett stöd i riktlinjen
- öka samsynen kring SIP-processen och huvudmännens ansvar
- öka användningen och användarvänligheten av gällande IT-system för att hantera SIP-processen
- skapa möjlighet för en bättre uppföljning av SIP

Arbetsgrupp med företrädare för Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen har tagit fram förslaget. Processledare för arbetet har varit länsgemensam SIP-samordnare, Jessica Ek.

Förslag till huvudsakliga förändringar i riktlinjen (se bilaga):

- SIP ska upprättas vid utskrivning från slutenvård om det finns insatser från de båda huvudmännen och den enskilde samtycker
- Möjligheten att likställa SIP med andra planer tas bort
- Skrivning om hur den andra huvudmannen kallas om den enskilde inte är känd i verksamheten
- SIP-processen ska genomföras i gällande IT-system

Ledningsrådet för samordnad hälsa, vård och omsorg har ställt sig bakom att förslaget till riktlinje sänds på remiss till Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner.

Svar senast: **2020-04-03**

Kommunerna skickar svar till info@vastkom.se

Frågor besvaras av:

Jessica Ek, Länsövergripande SIP-samordnare, jessica.ek@vgregion.se

Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra
Götaland och Västra Götalandsregionen

Remissversion

Innehållsförteckning

1 Varför behövs samordnad individuell plan? (SIP)	4
1:1 Syfte och mål	4
1.2 Samarbetet mellan huvudmännen och övriga aktörer ska kännetecknas av att:	5
1.3 Specifikt för SIP är att:	5
2 Lagstadgad SIP- viktiga skillnader mellan de olika lagarna	6
3 Överenskommelser i Västra Götaland	6
3:1 SIP mellan kommun- och regionfinansierad hälso- och sjukvård	6
3:2 SIP med alla skolformer	7
4 Kommuner och region ansvarar för att arbeta enligt SIP-processen	7
4.1 När den enskilde inte är känd hos en verksamhet	7
4.3 SIP-processen ska starta utan dröjsmål	8
4.4 SIP-processen ska hanteras i gällande IT-tjänst	8
4.5 Uppföljning	8
5 Begreppsförklaring	8
6 Avgränsning	9
7 Undantag	9
Bilagor till riktlinjen	10

Samordnad individuell plan enligt SoL och HSL, sedan 2010

Enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och 16 kap 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan, när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Lag (2019:909).

Samordnad individuell plan enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso-och sjukvård, sedan 2018

Enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso-och sjukvård (lag 2017:612), ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna, om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den regionsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen.

Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453).

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Lag (2019:909).

1 Varför behövs samordnad individuell plan? (SIP)

Dagens specialisering inom hälsa, vård och omsorg samt mångfalden av utförare ställer höga krav på professionerna kring effektiv samordning. För den enskilde kan det vara otydligt vad olika verksamheter gör eller planerar att göra.

SIP-processen¹ startar i och med att ett behov av samordning upptäcks och pågår till dess individens behov av samordning inte längre kvarstår. SIP-processen gör att enskilda och deras närstående blir delaktiga i planeringen av insatser från de två huvudmännen, kommun och region samt övrigt inbjudna aktörer.

Insatserna dokumenteras i SIP², som gör det tydligt för den enskilde vad de olika verksamheterna ansvarar för, vad den enskilde själv ansvarar för utifrån egenvårdsprincipen samt vilka kontaktpersoner den enskilde har i de olika verksamheterna. Kallelse³ till samordnad individuell planering och upprättande av SIP kan endast ske med den enskildes samtycke⁴.

1:1 Syfte och mål

Bestämmelserna i lagstiftningarna om SIP syftar till att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att alla, oavsett ålder, ska få sina behov tillgodosedda av hälsa, vård och omsorg.

Denna riktlinje ska genom förbättrad samordning ge ökat inflytande och delaktighet för de enskilda som har behov av stöd och samordning i form av en SIP. Den ska ge den enskilde, närstående, berörda hälsa, vård- och omsorgsgivare samt övrigt inbjudna aktörer en helhetsbild av den enskildes behov och situation.

SIP-processen syftar till:

- stärkt psykisk och fysisk hälsa samt livskvalité för den enskilde
- effektivt samt hållbart användande av våra gemensamma välfärdsresurser

SIP-processen har som mål att:

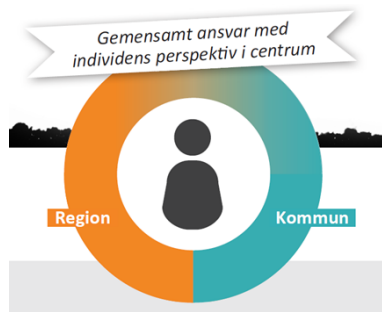
- uppnå genuin delaktighet, såväl i hälsa, vård och omsorg som delaktighet i samhället och därmed uppnå en personcentrerad hälsa, vård och omsorg
- stärka den enskildes/närståendes förmåga att förstå och engagera sig i sina insatser (medskapande)
- ge bästa förutsättningar för att insatta välfärdsresurser ska få avsedd effekt och minska risken att insatser upprepas i onödan

1. Bilaga 1 SIP-processen

2. Bilaga 4 Samordnad individuell plan

3. Bilaga 3 Kallelse till Samordnad individuell planering

4. Bilaga 2 Samtycke till Samordnad individuell planering och plan



1.2 Samarbetet mellan huvudmännen och övriga aktörer ska kännetecknas av att:

- den enskildes behov, inflytande och delaktighet alltid är utgångspunkt för hälsa, vård och omsorg.
- utifrån den enskildes perspektiv ska hälsa, vård och omsorg vara lättillgänglig, effektiv och säker med god kvalitet och gott bemötande.
- varje medarbetare aktivt bidrar med sin kunskap och kompetens samt samarbetar så att insatserna för hälsa, vård och omsorg upplevs som en välfungerande helhet.

1.3 Specifikt för SIP är att:

- den gäller barn och vuxna oavsett ålder och ärendekomplexitet
- den enskildes delaktighet och inflytande är central
- det är den enskildes situation, erfarenhet och önskemål som utgör utgångspunkten för planeringen, i kombination med professionens bedömning och alternativ som finns utifrån bästa tillgängliga kunskap
- den ska säkerställa att huvudmännen, tillsammans med inbjudna aktörer och den enskilde samarbetar och samverkar på ett sätt som främjar den enskildes hälsa, samt tillgodoser en god och jämlik vård och omsorg utifrån det samlade behovet av insatser
- den enskilde känner till huvudmännens ansvar och vilka krav den enskilde kan ställa på dem samt vilket ansvar den själv enskilde har
- det är huvudmännen som har ansvaret för att samordna insatserna
- huvudmännen, tillsammans med inbjudna aktörer och den enskilde samordnar sina insatser och ansvar i ett gemensamt dokument
- uppföljning sker gemensamt.

2 Lagstadgad SIP- viktiga skillnader mellan de olika lagarna

Det finns några viktiga skillnader i de olika lagarna. SIP-processen är den samma men vissa skillnader finns i tillämpningen.

	Socialtjänstlagen 2 kap. 7 § och Hälso- och sjukvårdslagen 16 kap 4 §	Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård 4 kap 1- 3§§
Parter som enligt lag ska medverka	Socialtjänst och regionfinansierade hälso- och sjukvård ¹	Enhet inom socialtjänsten och/eller den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den regionfinansierade öppna hälso- och sjukvården
När en samordnad individuell plan ska upprättas enligt lag	Den samordnade individuella planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.	Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den regionfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen. Vid den samordnade individuella planeringen ska enheterna upprätta en individuell plan. Planen får upprättas om patienten samtycker till det.
Sammanställande enligt lag	Sammanställande är den inom socialtjänst eller den regionfinansierade öppna vården som ser behovet.	Sammanställande är huvudansvarig Fast vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården.

¹ Enligt Regeringens proposition 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m. sid. 22

3 Överenskommelser i Västra Götaland

3:1 SIP mellan kommun- och regionfinansierad hälso- och sjukvård

Utöver ovanstående lagstiftning i Hälso- och sjukvårdslagen, 16 kapitlet 4§ och Socialtjänstlagen 2 kapitlet 7§, ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en SIP, när den enskilde har behov av insatser från både kommunalt finansierad och regionfinansierad hälso- och sjukvård.

SIP ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

3:2 SIP med alla skolformer

Bestämmelserna om SIP regleras i ovanstående lagstiftning, Hälso- och sjukvårdslagen, 16 kapitlet 4§ och Socialtjänstlagen 2 kapitlet 7§.

I Västra Götaland omfattas även skolan (samtliga förskole- och skolformer), som likställd samverkanspart, så som socialtjänst och regionfinansierad hälso- och sjukvård enligt nämnda lagar.

Åtagandet innebär en skyldighet att vid behov initiera och kalla till samordnad individuell planering samt skyldighet att medverka i samordnad individuell planering och plan samt uppföljningsmöten.

4 Kommuner och region ansvarar för att arbeta enligt SIP-processen

Kommuner och region ansvarar för att bedöma om den enskilde behöver en SIP och det ansvaret är långtgående. Under den samordnade individuella planeringen klargörs vilka insatser den enskilde behöver från respektive huvudman och övriga inbjudna. Även om insatser ska samordnas är det viktigt att komma ihåg att ingen verksamhet har rätt att besluta om någon annan verksamhets insatser. Respektive huvudman kan bli kallad till samordnad individuell planering utan att den enskilde behöver vara känd hos huvudmannen.


4.1 När den enskilde inte är känd hos en verksamhet

I det fall den enskilde inte är känd hos en verksamhet är det upp till huvudmannen att avgöra vem som ska medverka på den samordnade individuella planeringen. Skyldigheten att medverka i den samordnade individuella planeringen gäller då huvudmännen inte en enskild verksamhet.

Om en verksamhet fått en kallelse och inte är rätt instans så åligger det verksamheten att inom huvudmannen hitta rätt instans/verksamhet.

Den verksamhet som är kallad kontaktar den som kallar till samordnad individuell planering för att klargöra behovet, om det är otydligt, och meddelar därefter den som kallade vem/vilken instans/verksamhet som kommer att delta på den samordnade individuella planeringen.

Om den som mottagit kallelsen till samordnad individuell planering inte hittar någon annan som ska delta, åligger det mottagaren av kallelsen att delta på den samordnade individuella planeringen.



Region och
kommun är
medspelare

4.2 Avvikelse

Om en huvudman inte deltar i SIP-processen ska det rapporteras som en avvikelse enligt rutin för avvikelser i samverkan.

4.3 SIP-processen ska starta utan dröjsmål

SIP-processen ska starta utan dröjsmål, vilket ofta innebär inom några dagar från att behovet är upptäckt och bedömt. Det är viktigt att den enskildes behov avgör när den samordnade individuella planeringen hålls. Ibland kan det vara nödvändigt med en omedelbar planeringsinsats, ibland kan det vara av vikt att hitta en tid som passar de som har god kännedom om den enskilde.

4.4 SIP-processen ska hanteras i gällande IT-tjänst

SIP-processen ska i första hand hanteras i gällande IT-tjänst, i andra hand används de mallar som finns framtagna i Västra Götaland, se bilagor.

4.5 Uppföljning

Kvantitativa indikatorer är uppfyllande av satta mål i Gemensam riktlinje för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård samt satta mål för Läns gemensam handlingsplan för psykisk hälsa i Västra Götaland.

Kvaliteten av upplevd SIP följs upp av årlig brukarrevision och SIP-kollen.

5 Begreppsförklaring

5.1 Samordnad individuell plan

Enligt Socialstyrelsens termbank kan termerna *individuell plan* enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen och *samordnad individuell plan* användas synonymt. I denna riktlinje används begreppet *samordnad individuell plan (SIP)*.

5.2 Samordnad individuell planering

Enligt Socialstyrelsen är syftet med *samordnad individuell planering* att ta fram en samordnad individuell plan (SIP). I denna riktlinje används samordnad individuell planering istället för SIP-möte.

5.3 SIP-procesen

I denna riktlinje används begreppet *SIP-processen* för att beskriva processen och det personcentrerade arbetssättet som leder fram till en samordnad individuell planering och upprättande av SIP.

5.4 Inbjudna aktörer

I en SIP-process finns andra viktiga än huvudmännen, kommun och region. Det finns inget som hindrar att andra aktörer är med i arbetet med SIP, även om de inte omnämns i lagstiftningen. Dessa kan t.ex. vara närstående, Försäkringskassan, Statens institutionsstyrelse (SiS) eller andra verksamheter som är involverade. I denna riktlinje används begreppet *inbjudna aktörer*.

5.5 Närstående

Begreppet närstående ska här ges en vid innebörd och förutom familj och släktingar även omfatta andra som den enskilde har en nära personlig relation till.

5.6 Behov

Enligt lagstiftning i Hälso- och sjukvårdslagen, 16 kapitlet 4§ och Socialtjänstlagen 2 kapitlet 7§ ska en SIP ska bara upprättas om den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Bedömningen av om ett sådant behov föreligger ska göras i varje enskilt fall utifrån det som framkommer i kontakten med den enskilde och övriga uppgifter om dennes hälsotillstånd och sociala situation. Den enskildes och de närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse. Skyldigheten för kommun och region att samplanera är inte begränsad till enskilda med stora och

omfattande behov, utan gäller alltid när någon har behov av insatser från både kommunen och region och dessa insatser behöver samordnas. Detta innebär att de planer som upprättas i hög grad kan variera i omfattning beroende på de enskildas behov.

6 Avgränsning

De två huvudmännen är kommun och region. Denna riktlinje reglerar respektive huvudmans åtaganden och inte huvudmännens interna organisering och ansvarsfördelning.

7 Undantag

För patienter som vid utskrivning från slutenvården behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård, ska planeringen i stället genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan i [7 a § lagen \(1991:1128\)](#) om psykiatrisk tvångsvård och [12 a § lagen \(1991:1129\)](#) om rättspsykiatrisk vård.

Remissversion

Bilagor till riktlinjen

Bilaga 1: SIP-processen

Bilaga 2: Samtycke

Bilaga 3: Kallelse till samordnad individuell planering

Bilaga 4: Samordnad individuell plan (SIP)

Remissversion

Verksamhet	Ansvarig för rapportering	Beräkningsgrund	Dec fg år	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
Omsorgs- och utvecklingskontoret															
Betalansvars dagar	EC Bist handl						0			0			0		0
Äldreomsorg															
Demens antal platser	EC Demens	Exkl korttidsplatser					39			39			39		39
Demens antal belagda platser	EC Demens	Exkl korttidsplatser					36			37			39		37
Demensplatser kö	EC bisthandl	Exkl korttidsplatser					0			1			1		0
Somatik antal platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser					31			31			31		31
Somatik antal belagda platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser					31			31			31		31
Somatiska platser kö	EC Bist handl	Exkl korttidsplatser					0			4			3		2
Korttid totalt antal platser, somatik	EC Somatik	Korttidsplatser					5			5			5		5
Korttid totalt antal platser, demens	EC Somatik	Korttidsplatser					2			2			2		2
Korttid antal belagda platser, somatik	EC Somatik	Korttidsplatser					15			13			8		9
Korttid antal belagda platser, demens	EC Demens	Korttidsplatser													3
Beviljade hemtjänsttimmar	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 3:e kol					2703			2746			2544		3341
Antal personer som är beviljade hemtjänst	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 2:a kol					203			205			213		205
Antal personer inskrivna i hemsjukvården	EC Hemsjukv						165			177			156		152
Individ- och familjeomsorgen															
Institution vuxna, antal	EC Ifo						1			2			3		3
Institution barn och unga, antal	EC Ifo						0			2			0		0
Institution barn och unga BUV*, antal	EC Ifo						1			1			1		1
Externa familjehemsplaceringar barn och unga, antal	EC Ifo						2			1			2		4
Externa familjehemsplaceringar barn och unga BUV, antal	EC Ifo						1			0			0		0
Familjehem i kommunens regi, antal	EC Ifo						13			12			14		10
Familjehem i kommunens regi BUV, antal	EC Ifo						9			7			7		8
Närstående placeringar, antal	EC Ifo									2			2		2
Uslusslägenhet i kommunens regi, antal	EC Ifo									10			10		10
Ekonomiskt bistånd, tkr	EC Ifo	Ansvar 5*, konto 4511+4512					787			876			837		912
Antal hushåll	EC Ifo						96			99			130		91
Enheten för stöd och service															
Antal vuxna med boendebeslut egen regi	EC Ess									14			13		13
Antal placeringar externt**	EC ESS									7			7		7

*) BUV "Barn utan vårdnadshavare"

**) Exkl korttidsverksamhet

Statistiken avser den siste i varje månad, om inget annat anges

Ekonomiskt bistånd, tkr	Ek Omsorg	Ansvar 5*, konto 4511+4512	912	985	826	1 117	892	1 163	992	1 061	939	848	1 219	1 016	1 219
Antal hushåll	EC Ifo		91	105	98	110	116	133	142	152	137	137	135	138	134
Enheten för stöd och service															
Antal vuxna med boendebeslut egen regi	EC Ess		13	14	14	14	15	15	15	15	15	15	15	16	16
Antal placeringar externt**	EC ESS		7	7	7	7	7	7	5	1	4	4	4	4	5

*) BUV "Barn utan vårdnadshavare"

***) Exkl korttidsverksamhet

Statistiken avser den siste i varje månad, om inget annat anges

Ekonomiskt bistånd, tkr	Ek Omsorg	Ansvar 5*, konto 4511+4512	1 219	1 221										
Antal hushåll	EC Ifo		134	140										
Enheten för stöd och service														
Antal vuxna med boendebeslut egen regi	EC ESS		16	16										
Antal placeringar externt**	EC ESS		5	6										

*) BUV "Barn utan vårdnadshavare"

***) Exkl korttidsverksamhet

Statistiken avser den siste i varje månad, om inget annat anges

Statistik 2019

Bostadsanpassningsbidrag

	jan	feb	mar	apr	maj	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	Totalt:
Inkomna ansökningar	**11 + 6	3	4	5	7	1	3	2	4	12	2	5	** 11 +54
Beviljade bidrag (helt)	3	6	3	1	5	4	4	2	1	4	2	3	38
Beviljade bidrag (delvis)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Avslag (helt)	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	4
Föreläggande	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Avslutat *	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	4
Ändrade beslut	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Överklagade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Socialutskottets beslut	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Avvisning	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

* Avslutat av särskilda skäl tex dödsfall, återtagen ansökan

** Överförda ärenden från 2018

Observera att kommande månads inkommande ansökningar är inräknade i pågående

Pågående: 16 st

Delegeringsbeslut

Utskriftsdatum: 2020-02-26

Utskriven av: Oskar Engdahl

Diarienummer:	Socialnämnd
Beslutsfattare:	Alla
Kategori:	Alla
Beslutsinstans:	Socialnämnd
Sammanträdesdatum:	2020-03-04
Sekretess:	Visas ej

Id	Beskrivning	Paragraf
Datum	Avsändare/Mottagare	Beslutsfattare
Ärendenummer	Ärendemening	Kategori
		Ansvarig
8001	Ordförandebeslut gällande ansökan om tillstånd att sälja tobaksvaror enligt tobakslagen på Macken På Dal (f.d. 172:ans servicecenter) i FÄRGELANDA	§
2020-02-20	Ingro AB	
SN 2020/36	Ansökan om tillstånd att sälja tobaksvaror enligt tobakslagen på Macken På Dal (f.d. 172:ans servicecenter) i FÄRGELANDA	
		Håkan Gusteus



Dnr SN 2020/36

**Ansökan om tillstånd att sälja tobaksvaror enligt tobakslagen på
Macken på Dal i Färgelanda**

Socialnämndens beslut

Ordförande i Socialnämnden beviljar Ingro AB, 556690-2390, tillstånd att på Macken På Dal (f.d. 172:ans servicecenter), Uddevallavägen 13, i FÄRGELANDA tillsvidare bedriva detaljhandel med tobaksvaror

Ärendebeskrivning

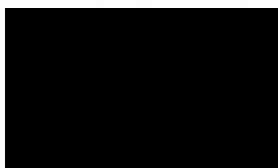
Ingro AB har ansökt om tobakstillstånd enligt 5 kap 1 § lag om tobak och liknande produkter (2018:2088) om att sälja tobak vid ovan rubricerat försäljningsställe. Tobakstillståndet är avsett att gälla året runt.

Beslutet fattat med stöd av

Socialnämndens delegationsordning 2019-01-09, Kommunallagen kap 6 36 §

Beslutsunderlag

Utredning daterad 2020-02-19



Håkan Gusteus
Ordförande Socialnämnden

Beslutet skickas till

Dalsland och Säffles Alkohol- och tobaksenhet
Diariet

Delgivning

Utskriftsdatum: 2020-02-26

Utskriven av: Oskar Engdahl

Diarienummer:	Socialnämnd
Riktning:	Alla
Datum:	2019-12-11 - 2020-02-26
Notering:	Meddelande SN 20200304

Id	I/U/K	Beskrivning	Ansvarig
Datum		Avsändare/Mottagare	Avdelning
Ärendenummer		Ärendemening	
2019.871	I	KF 20191211 § 172 Rapport över ej verkställda beslut enl. Socialtjänstlagen och LSS kvartal 3 2019	Oskar Engdahl
2019-12-23		Kommunstyrelsen	Omsorgskontoret
SN 2019/26		Ej verkställda beslut	
2020.62	I	Tillsyn av SN:s kontroll och användning av tillståndpliktig konsultverksamhet vid placering av barn i familjehem och jourhem (8.5-34925/2019)	Carina Holmqvist
2020-01-27		IVO Sydväst Inspektionen för vård och Omsorg	Individ och Familjeomsorgen
SN 2019/96		Granskning av socialnämndens kontroll av tillstånd för konsultverksamhet (8.5-34952/2019)	
2020.133	I	KF 20191211 § 166. Revidering av kommunstyrelsens reglemente med anledning av ändring av den politiska organisationen	Oskar Engdahl
2020-02-26		Kommunfullmäktige	
SN 2020/12		Meddelande till Socialnämnden 2020	
2020.134	I	BTN 20191128 § 87 Översikt - Fördjupad översiktsplan, Färgelanda centrum	Malin Nicklasson
2020-02-26		Bygg- och Trafiknämnden	
SN 2020/12		Meddelande till Socialnämnden 2020	

Socialnämnden i Färgelanda kommun
Allhemsvägen 5
458 80 FÄRGELANDA



Ärendet

Tillsyn av socialnämnden i Färgelandas kontroll och användning av tillståndspliktig konsulentverksamhet vid placering av barn i familjehem och jourhem.

Beslut

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

Skälen för beslutet

IVO konstaterar att nämnden uppger att den har kontrollerat och endast använder sig av konsulentverksamheter som har nödvändigt tillstånd.

Av nämndens yttrande framgår att nämnden ingår i det avtal med Dalslands familjerätts- och familjehemsenhet, som inhämtar information om tillstånd från IVO inför placering av barn. Nämnden har använt tre verksamheter som samtliga har tillstånd. I en av de angivna verksamheterna har ett barn varit placerat sedan 2016.

Att konsulentverksamheter, dvs bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser eller enskilda individer som yrkesmässigt bedriver verksamhet som har till uppgift att till socialnämnden föreslå familjehem och jourhem till barn samt som lämnar stöd och handledning till sådana hem som tar emot barn, ska ha tillstånd framgår av 7 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Det krävs tillstånd för vissa verksamheter för att garantera att det görs en prövning av om den har förutsättningar att bedrivas med god kvalitet. Verksamheter som saknar tillstånd undandrar sig också tillsyn. En nämnd får enligt 5 § förvaltningslagen (2017:900), FL, endast vidta åtgärder som har stöd i rättsordningen. Att placera barn via verksamheter som saknar tillstånd har inte stöd i rättsordningen. Ytterligare bestämmelser kring konsulentverksamheter finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:2) om konsulentverksamheter.

Underlag

- Nämndens yttrande som inkom till IVO den 29 november 2019.

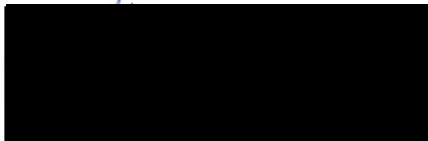
Ytterligare information

Tillsynen ingår i ett regionalt projekt som omfattar 24 socialnämnder och stadsdelsnämnder. IVO har i tillsynen granskat om nämnden har använder sig av, och i så fall vilka, konsulentverksamheter för placering av barn i familjehem och jourhem. Vidare har IVO granskat om nämnden kontrollerat att dessa verksamheter har tillstånd.

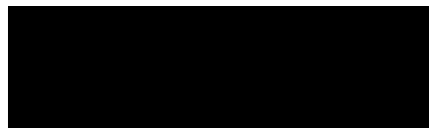
Dessutom har IVO inhämtat uppgifter om nämnderna använder sig av verksamheter som antingen föreslår familjehem och jourhem eller som lämnar stöd och handledning till sådana. Detta i syfte att kartlägga alla verksamheter som nämnderna använder sig av i arbetet med barn som placeras i familjehem och jourhem.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Karin Gunnervik. Inspektören Caroline Larsson Stålbart har deltagit i den slutliga handläggningen. Inspektören Jessica Ingemansson har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg



Karin Gunnervik



Jessica Ingemansson