



## Social- och arbetsmarknadsnämnden

### Tid

13:00-17:00

### Plats

Sottern, kommunhuset Hallsberg

### Beslutande ledamöter

Conny Larsson (S)  
Peter Hörlin (S), vice ordförande  
Olle Isacson (M), 2:e vice ordförande  
Ingegerd Svahn Karlsson (S)  
Robert Topalian (S)  
Ulf Ström (S)  
Inger Hellqvist (C)  
Ann-Christine Appelqvist (M)  
Ingela Hagenfors (KD)  
Jimmy Olsson (SD)  
Jane Svedhjelm (PO)

### Ej tjänstgörande ersättare

Peter Björk (S)  
Kerstin Larsson (S)  
Monika Spennare (S)  
Örjan Åberg (S)  
Sören Pettersson (V)  
Anna Eriksson (C)  
Barbro Lycketeg (C)  
Mathias Olsson (M)  
Ingrid Grahn (L)  
Viktoria Svanberg (SD)  
Dan Fredriksson (SD)

### Övriga

Jaana Jansson, Förvaltningschef  
Helena Rolandsdotter Blomberg, Verksamhetschef  
Josefin Bäck, Nämndsekreterare  
Maria Johansson Engdahl, Verksamhetschef  
Clary Starck, Verksamhetschef  
Maria Larsson, Enhetschef  
Karin Björnram, Ekonom  
Anna Nordin-Kûck, System- och kvalitetsutvecklare



## 1 – Sammanträdet inledning

*Föredragande 13:00*

### Ärendebeskrivning

1. Ordförande öppnar mötet.
2. Godkännande av dagordning.
3. Kontroll av närvaro.
4. Val av justerare. Protokollet föreslås vara justerat senast den 28 mars.
5. Anmälan av jäv.



## 2 – Information om samverkan IFO - skola

*Föredragande Maria Larsson,  
Madeleine Wistrand 13:10*

### **Ärendebeskrivning**

Muntlig information om samverkan mellan individ- och familjeomsorgen (IFO) och skolan. Ärendet innehåller inga handlingar.

### **Beredningsutskottets behandling av ärendet**

Informationen ges på nämndens sammanträde 2022-03-23. Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott lämnar ärendet till social- och arbetsmarknadsnämnden för beslut.

### **Förslag till beslut**

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om samverkan IFO - skola.



### 3 - Ekonomisk uppföljning februari 2022 (22/SAN/59)

Föredragande Karin Björnram 13:40

#### Ärendebeskrivning

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen prognostiserar ett budgetöverskott med 2 000 tkr.

#### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Ekonom Karin Björnram föredrar den ekonomiska uppföljningen för februari 2022.

Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott föreslår social- och arbetsmarknadsnämnden

- att godkänna informationen.
- att lägga informationen till handlingarna.

#### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår social- och arbetsmarknadsnämnden

- att godkänna informationen.
- att lägga informationen till handlingarna.

#### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Ekonomisk uppföljning februari 2022
- Månadsrapport feb 2022
- Övertid SAF 2019 - 2022



## 4 - Statistik individ- och familjeomsorgen jan- feb 2022 (22/SAN/60)

*Föredragande Maria Johansson  
Engdahl 14:00*

### Ärendebeskrivning

Statistik från individ- och familjeomsorgen jan-feb 2022.

### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Social och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om statistik från individ- och familjeomsorgen för jan-feb 2022.

### Förslag till beslut

Social och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om statistik från individ- och familjeomsorgen för jan-feb 2022.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Statistik IFO jan-feb 2022
- Statistik IFO februari 2022
- Statistik IFO 2021



## 5 - Arbetstygdsämätning februari 2022 (22/SAN/61)

*Föredragande Maria Johansson  
Engdahl 14:10*

### Ärendebeskrivning

Sedan föregående arbetstygdsämätning som redovisades i november 2021 så har en viss ökning kunnat utläsas vid den nu aktuella arbetstygdsämätningen. Enheten hade under hösten ett ökat inflöde av ärenden vilket ledde till fler inledda utredningar.

### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om arbetstygdsämätning februari 2022.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om arbetstygdsämätning februari 2022.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Arbetstygdsämätning februari 2022
- Arbetstygdsämätning februari 2022



## 6 - Återrapport gällande hjälpmedelstekniker - jourtid (22/SAN/62)

*Föredragande Jaana Jansson 14:35*

### Ärendebeskrivning

Social- och arbetsmarknadsnämnden har gett social- och arbetsmarknadsförvaltningen i uppdrag att återrapportera behovet av att ha jourtid för kommunens hjälpmedelstekniker.

### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Förvaltningschef Jaana Jansson föredrar ärendet. Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner återrapporteringen om jourtid för hjälpmedelstekniker.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner återrapporteringen om hjälpmedelstekniker och jourtid.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Återrapportering gällande hjälpmedelstekniker - jourtid



## 7 - Tillsynsplan avseende kommunens tillsyn under 2022 enligt alkohollagen (2010:1622). (22/SAN/7)

*Föredragande Patrik Ehrenström  
Germer 14:45*

### Ärendebeskrivning

Enligt alkohollagen 9 kap. 2 § ska kommunen utöva tillsyn över servering av spritdrycker, vin, starköl och andra jästa drycker samt folköl. Kommunen ska också utöva tillsyn över butiker som detaljhandlar med folköl. Tillsynen kan delas in i en yttre tillsyn som sker på serveringsstället och en inre tillsyn där kommunen kontrollerar tillståndshavarens ekonomiska förhållanden och betalning av skatter och avgifter.

Den yttre tillsynen sker i samverkan med polismyndigheten och andra kommuner. Den yttre tillsynen kan komma att påverkas av restriktioner med anledning av Covid-19.

Den inre tillsynen sker i samverkan med Skatteverket.

Kommunen kommer erbjuda utbildning i ansvarsfull alkoholservering under hösten 2022 om efterfrågan finns. Kommunen kommer samverka i en kartläggning av narkotikaanvändningen på serveringsställen. Arbetet har initierats av Länsstyrelsen.

### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden beslutar anta tillsynsplanen för 2022.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden beslutar anta tillsynsplanen enligt alkohollagen för 2022.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Tillsynsplan avseende kommunens tillsyn enligt alkohollagen 2022
- Tillsynsplan för Hallsbergs kommun för tillsyn enligt alkohollagen 2022





## 8 - Tillsynsplan avseende kommunens tillsyn under 2022 enligt lag (2018:2088) om tobak och liknande produkter. (22/SAN/6)

*Föredragande Patrik Ehrenström  
Germer 14:55*

### Ärendebeskrivning

Enligt lagen ska kommunen utöva den omedelbara tillsynen över handel med tobak och liknande produkter. För kommunens tillsyn ska finnas ett för ändamålet framtagna tillsynsplan. Tillsynen omfattar bl.a. åldersgräns, marknadsföring och butikens egentillsyn. Kommunens tillsyn av rökfria miljöer behandlas inte i denna tillsynsplan.

### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden beslutar anta tillsynsplanen för 2022.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden beslutar anta tillsynsplanen för tobak och liknande produkter för 2022.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Tillsynsplan avseende kommunens tillsyn gällande tobak och liknande produkter 2022
- Tillsynsplan för kommunens tillsyn gällande tobak och likande produkter 2022



## 9 - Patientsäkerhetsberättelse för Hallsbergs kommun 2021 (22/SAN/58)

*Föredragande Marjut Alfalk. 15:10*

### Ärendebeskrivning

Redovisning av mål, strategier och resultat kopplat till verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete.

### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Ärendet föredras på nämndens sammanträde den 23 mars. Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott lämnar ärendet till social- och arbetsmarknadsnämnden för beslut.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för Hallsbergs kommun 2021

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Patientsäkerhetsberättelse 2021
- Patientsäkerhetsberättelse 2021



## 10 - Beläggningsgrad vård- och omsorgsboende mars 2022 (22/SAN/26)

*Föredragande Jaana Jansson 15:40*

### Ärendebeskrivning

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen redovisar statistik över beläggningsgraden inom vård- och omsorgsboende.

### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om beläggningsgrad inom vård- och omsorgsboende framtagen 3 mars 2022.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om beläggningsgrad inom vård- och omsorgsboende framtagen 3 mars 2022.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Beläggningsgrad VoBo mars 2022



## 11 - Riktlinje för ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete (22/SAN/63)

*Föredragande Anna Nordin Kück 15:50*

### Ärendebeskrivning

Riktlinjen beskriver det systematiska kvalitetsarbetet inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen

### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden antar riktlinjen för ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden antar riktlinjen för ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Riktlinje för ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete
- Riktlinje för ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete



## 12 - Svar till revisorerna i Hallsbergs kommun (21/SAN/344)

*Föredragande Jaana Jansson 16:10*

### Ärendebeskrivning

Revisorerna har låtit genomföra en granskning av ledning, styrning och uppföljning inom social- och arbetsmarknadsnämnden. Med anledning av granskningen kommer följande svar från social- och arbetsmarknadsnämnden.

### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott föreslår social- och arbetsmarknadsnämnden

- att godkänna svaret till revisorerna.
- att anta svaret som sitt.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår social- och arbetsmarknadsnämnden

- att godkänna svaret till revisorerna.
- att anta svaret som sitt.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Svar till revisorerna gällande granskning av ledning och styrning i social- och arbetsmarknadsnämnden
- Granskning av ledning, styrning och uppföljning inom social- och arbetsmarknadsnämnden



## 13 – Frågor till ordförande/förvaltningschef

*Föredragande 16:20*

### Ärendebeskrivning

Frågor ska vara inkomna senast den 22 mars kl 12:00.



## 14 – Information från förvaltningschef/verksamhetschef

*Föredragande Jaana Jansson 16:30*

### Ärendebeskrivning

Muntlig information. Ärendet innehåller inga handlingar.

### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Förvaltningschef Jaana Jansson informerar om

1. Omorganisation hälso- och sjukvård (HSL).
2. Blomsterängen.
3. Ev. flyktigmottagande genom AMI.
4. Nuläge Covid-19.
5. Feriearbete, ansökningsperiod öppen.

Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om förvaltningens verksamheter.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om förvaltningens verksamheter.



## 15 – Meddelanden för kännedom

*Föredragande*

### Ärendet i korthet

Följande meddelanden har inkommit perioden 2022-02-18 - 2022-03-18

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om meddelanden.

### Anmälningar

- /SAN/2211580 22/SAN/72-1 Verksamhetsbesök Resursgruppen





## 16 – Redovisning av delegeringsbeslut

*Föredragande*

### Ärendet i korthet

Följande delegationsbeslut redovisas på nämndens sammanträde:

1. Förordnande ordförande. 22/SAN/56
2. Lex Maja.
3. Tillstånd för servering av alkoholdrycker gällande Östansjö Folkets hus. 2022/SAN-470
4. Beslut fattade av social- och arbetsmarknadsnämndens individutskott §§ 1-41
5. Delvist avslag på begäran av utlämnande av handling. 22/SAN/75

### Beredningsutskottets behandling av ärendet

Social- och arbetsmarknadsnämndens beredningsutskott föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner redovisningen av delegationsbeslut.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner redovisningen av delegationsbeslut.

# Ekonomisk uppföljning februari 2022

3

22/SAN/59

## Ekonomisk uppföljning februari 2022

### Ärendebeskrivning

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen prognostiserar ett budgetöverskott med 2 000 tkr.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår social- och arbetsmarknadsnämnden

- att godkänna informationen.
- att lägga informationen till handlingarna.

### Ärendet

Förvaltningen har fått i uppdrag att effektivisera 2 000 tkr inom tilldelad budgetram. Det är äldreomsorgen som ska verkställa effektiviseringsuppdraget, så detta område har tilldelats 2 000 tkr i lägre budgetram och dessa medel återfinns budgeterade som reserv inom förvaltningsgemensamt.

Inom äldreomsorgen pågår just nu en omorganisation för att bli effektivare i framtiden. Under 2022 beräknas dock inte dessa effektiviseringar få effekt i ekonomin. Äldreomsorgen beräknar ändå klara en budget i balans med hjälp av statsbidrag.

Social- och arbetsmarknadsförvaltning

Jaana Jansson  
Förvaltningschef

Karin Björnram  
Ekonom

### Bilagor

Månadsrapport feb 2022

Övertid SAF 2019-2022

# Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

2022-03-08

## Månadsrapport feb 2022

Förvaltningen beräknar ett budgetöverskott med 2 000 tkr.

Förvaltningen har fått i uppdrag att effektivisera 2 000 tkr inom tilldelad budgetram. Det är äldreomsorgen som ska verkställa effektiviseringsuppdraget, så detta område har tilldelats 2 000 tkr i lägre budgetram och dessa medel återfinns budgeterade som reserv inom förvaltningsgemensamt.

Inom äldreomsorgen pågår just nu en omorganisation för att bli effektivare i framtiden. Under 2022 beräknas dock inte dessa effektiviseringar få effekt i ekonomin. Äldreomsorgen beräknar ändå klara en budget i balans med hjälp av statsbidrag.

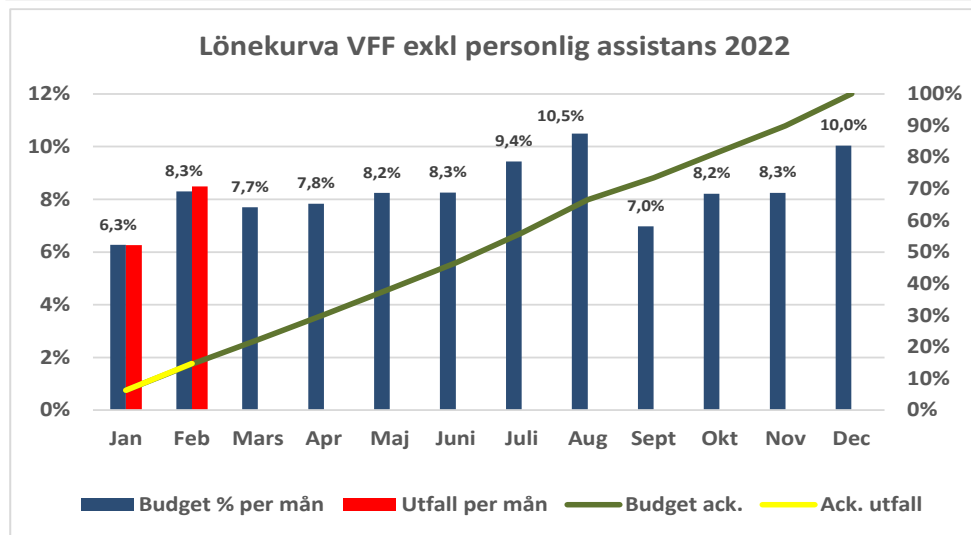
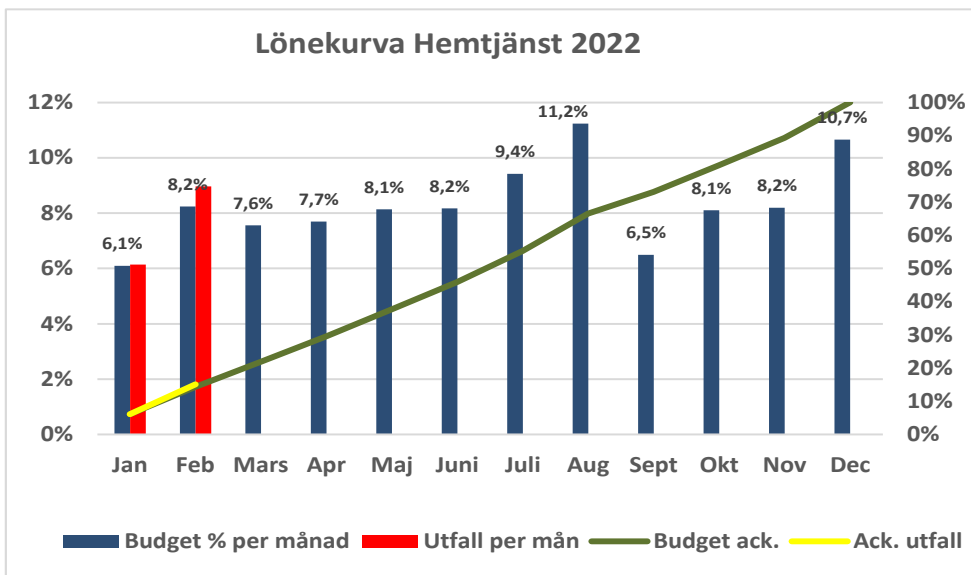
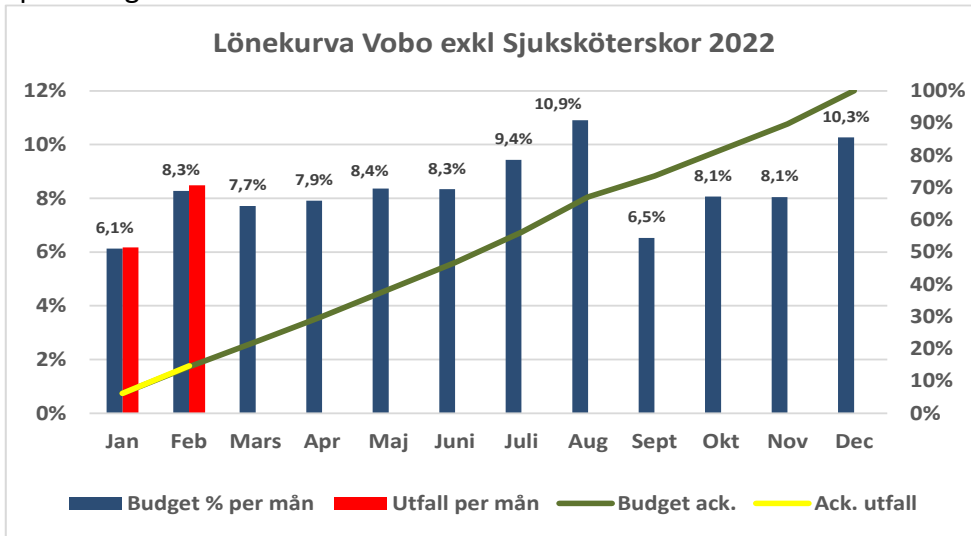
<b>Verksamhet (tkr)</b>	<b>Budget 2022</b>	<b>Prognos 2022</b>	<b>Avv</b>	<b>Avv %</b>
Förvaltningsgemensamt	-6 890	-4 890	2 000	29,0%
Äldreomsorg	-220 622	-220 622	0	0,0%
Verksamheten för funktionshindrade	-83 073	-83 073	0	0,0%
Individ- och familjeomsorg	-54 045	-54 045	0	0,0%
Arbetsmarknad och integration	-4 290	-4 290	0	0,0%
<b>Totalt</b>	<b>-368 920</b>	<b>-366 920</b>	<b>2 000</b>	<b>0,5%</b>

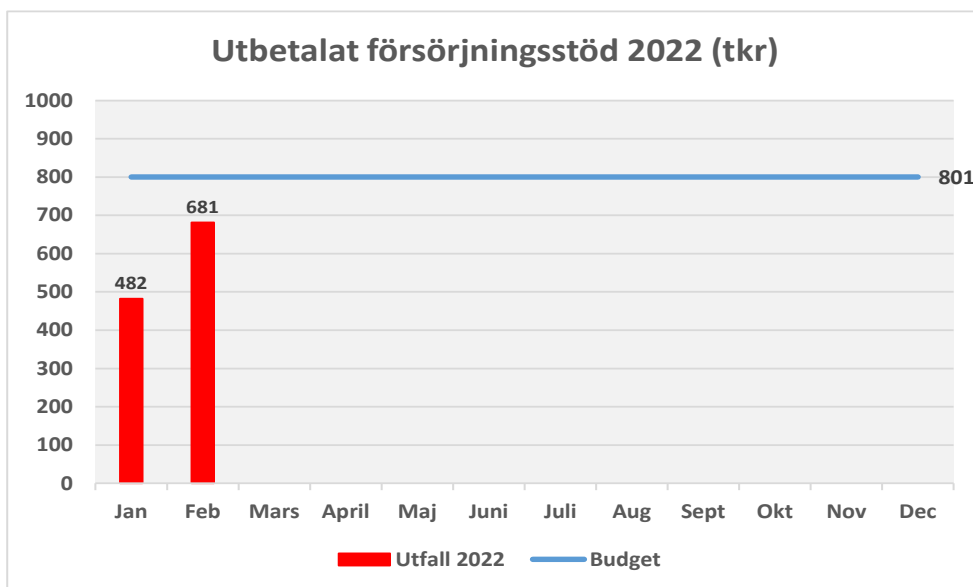
<b>Försörjningsstöd mm (tkr)</b>	<b>Budget 2022</b>	<b>Prognos 2022</b>	<b>Avv</b>	<b>Avv %</b>
Externa boende LSS	-9 289	-9 289	0	0,0%
Placeringar IFO	-15 402	-15 402	0	0,0%
Öppenvård IFO	-6 274	-6 274	0	0,0%
Försörjningsstöd	-9 271	-9 271	0	0,0%
<b>Totalt</b>	<b>-40 236</b>	<b>-40 236</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>

<b>Investeringar (tkr)</b>	<b>Budget 2022</b>	<b>Prognos 2022</b>	<b>Avv</b>	<b>Avv %</b>
Arbets tekniska hjälpmedel	-400	-400	0	0,0%
Inventarier och data	-1 100	-1 100	0	0,0%
<b>Totalt</b>	<b>-1 500</b>	<b>-1 500</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>

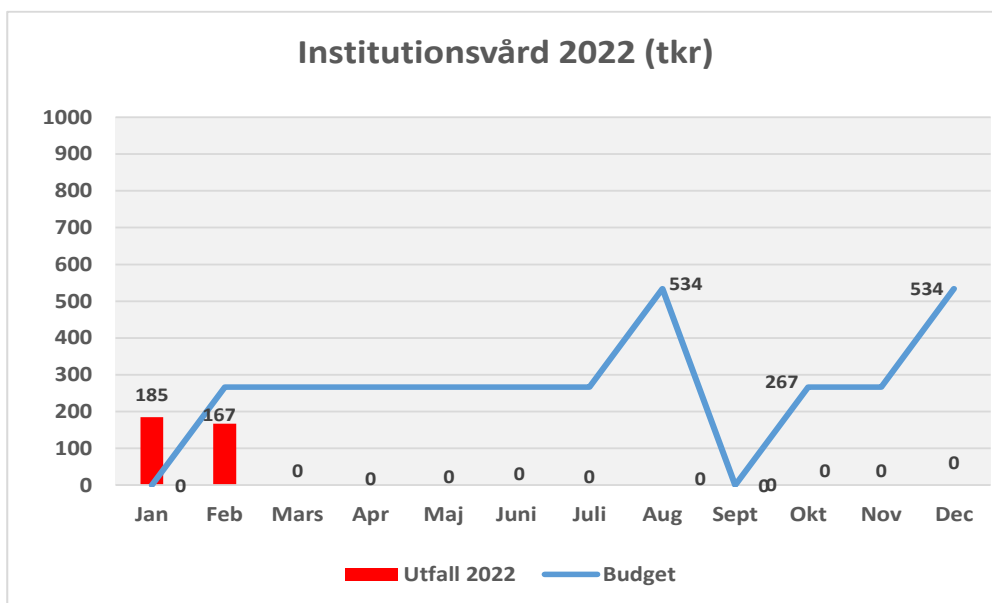
## Personalkostnadskurvor

Vid beräkning av prognosen av personalkostnader används en framräknad lönekurva över årets 12 månader. Beroende på olikheter i de olika verksamheterna används 3 olika lönekurvor; Vård- och omsorgsboende (Vobo) exkl. sjuksköterskor, Hemtjänst inkl. Esslatorp och Sköllergården samt Verksamheten för funktionshindrade (VFF) exkl. personlig assistans.





Kostnaden för försörjningsstöd har minskat med 335 tkr jämfört med samma period 2021.



Kostnaden för institutionsvård för vuxna och barn har ökat med 137 tkr jämfört med samma period 2021.

## Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Jaana Jansson  
Förvaltningschef

Karin Björnram  
Ekonom

## Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

### SAF övertid 2020 (tkr)

Område	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Förvaltningsgemensamt	0	0											0
Vård- och omsorgsboende	111	105											215
Hemtjänst	133	129											263
Verksamheten för funktionshindrade	132	139											271
Individ- och familjeomsorg	1	-14											-13
Arbetsmarknad och integration	4	1											6
<b>Totalt 2020</b>	<b>382</b>	<b>360</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>742</b>

### SAF övertid 2021 (tkr)

Område	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Förvaltningsgemensamt	0	0											0
Vård- och omsorgsboende	371	467											838
Hemtjänst	123	189											313
Verksamheten för funktionshindrade	95	205											300
Individ- och familjeomsorg	0	0											0
Arbetsmarknad och integration	7	0											7
<b>Totalt 2021</b>	<b>597</b>	<b>861</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 458</b>

### SAF övertid 2022 (tkr)

Område	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Förvaltningsgemensamt	0	0											0
Vård- och omsorgsboende	376	384											760
Hemtjänst	194	440											634
Verksamheten för funktionshindrade	188	195											383
Individ- och familjeomsorg	8	6											14
Arbetsmarknad och integration	0	0											0
<b>Totalt 2022</b>	<b>766</b>	<b>1 025</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 791</b>

Diff 2022/2021	Diff i %	Diff 2022/2020	Diff i %
0	0%	0	0%
-78	-9%	545	253%
321	103%	371	141%
83	28%	112	41%
14	0%	27	-206%
-7	-100%	-6	-100%
<b>333</b>	<b>23%</b>	<b>1 049</b>	<b>141%</b>

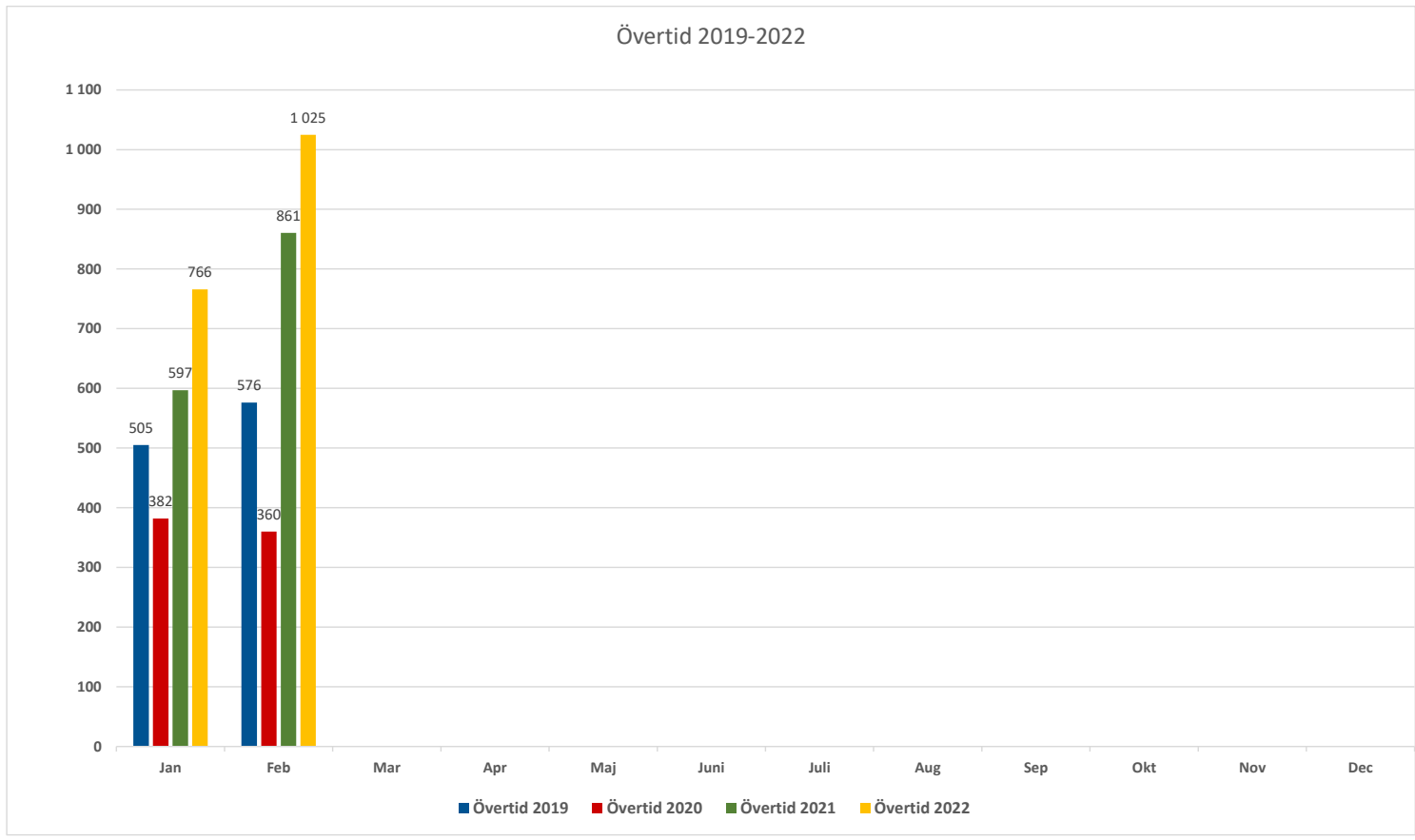
### Övertid (tkr)

Övertid (tkr)	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Övertid 2019	505	576											1 081
Övertid 2020	382	360											742
Övertid 2021	597	861											1 458
Övertid 2022	766	1 025											1 791
<b>Differens 2022 och 2021</b>	<b>169</b>	<b>164</b>											<b>333</b>

### Kommentar:

Övertiden har ökat med 333 tkr, motsvarande 23% jan-feb 2022 jämfört med samma period 2021.

Övertiden har ökat med 1 049 tkr, motsvarande 141% jan-feb 2022 jämfört med samma period 2020.





Statistik individ- och familjeomsorgen jan-feb  
2022

4

22/SAN/60

## Statistik individ- och familjeomsorgen jan-feb 2022

### Ärendebeskrivning

Statistik från individ- och familjeomsorgen jan-feb 2022. Statistiken visar för vuxna antal insatser om ekonomiskt bistånd, inledda utredningar enligt SoL 11:1 ekonomi (nyansökan), anmälningar samt ansökningar (ej ekonomiskt bistånd). Statistiken visar för barn bland annat ansökningar, anmälningar, inledda utredningar och orsak vid orosanmälan.

### Förslag till beslut

Social och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om statistik från individ- och familjeomsorgen för jan-feb 2022.

### Ärendet

Statistik från individ- och familjeomsorgen jan-feb 2022.

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Jaana Jansson  
Förvaltningschef

Maria Johansson Engdahl  
Verksamhetschef

### Bilagor

Statistik IFO jan-feb 2022

Statistik IFO 2021

2022

OBS! Antalet justeras månadsvis på grund av verksamhetstekniska skäl och måste ses som en fingervisning från månad till månad.

Vuxna	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	S:a
Antal insatser om ekonomiskt bistånd	137	132											269
Inledda utredningar SoL 11:1 Ekonomi (nyansökan)	23	18											41
Anmälningar vuxen	19	23											42
Ansökningar vuxen (ej ek. bistånd)	8	7											15
Barn- och unga	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	S:a
Ansökningar	6	7											13
Anmälningar	75	80											155
Inledda utredningar	28	22											50
Antal utredningar med 90 dagar utredningstid	17	20											37
Försenade omprövningar/överväganden	0	0											0
Orsak vid anmälan:													
Orsak oro för barn och ungdom	45	50											95
Orsak oro för barn och ungdom – eget beteende	1	10											11
Orsak oro för barn och ungdom – missbruk förälder	9	4											13
Orsak oro för barn och ungdom – psykisk ohälsa	5	2											7
Orsak oro för barn och ungdom – skolfrånvaro	0	2											2
Orsak oro för barn och ungdom – våld	15	12											27
Hur inkom anmälan?													
Anhörig	10	7											17
Anonym	4	4											8
Den enskilde	2	2											4
Domstol	0	0											0
Egen förvaltning	6	5											11
God man/förvaltare	0	0											0
HVB/famlljehem	0	0											0
IVO (inspektionen för vård och omsorg)	0	0											0
Kriminalvård	0	0											0
Migrationsverket	0	0											0
Polis	12	17											29
Privatperson	3	4											7
Sjukvården	12	6											18
Skola/förskola	12	21											33
Åklagare	0	0											0
Övrigt (elbolag, hyresvärd, annan kommun)	14	14											28

2021

OBS! Antalet justeras månadsvis på grund av verksamhetstekniska skäl och måste ses som en fingervisning från månad till månad.

<b>Vuxna</b>	<b>Jan</b>	<b>Feb</b>	<b>Mars</b>	<b>April</b>	<b>Maj</b>	<b>Juni</b>	<b>Juli</b>	<b>Aug</b>	<b>Sept</b>	<b>Okt</b>	<b>Nov</b>	<b>Dec</b>	<b>S:a</b>
Antal insatser om ekonomiskt bistånd	179	182	184	169	172	179	190	193	171	177	159	145	2100
Inledda utredningar SoL 11:1 Ekonomi (nyansökan)	25	33	37	17	29	24	25	14	20	17	10	18	269
Anmälningar vuxen	13	21	18	9	24	15	24	24	19	18	12	9	206
Ansökningar vuxen (ej ek. bistånd)	1	4	2	1	9	4	2	6	1	3	3	4	40
<b>Barn- och unga</b>	<b>Jan</b>	<b>Feb</b>	<b>Mars</b>	<b>April</b>	<b>Maj</b>	<b>Juni</b>	<b>Juli</b>	<b>Aug</b>	<b>Sept</b>	<b>Okt</b>	<b>Nov</b>	<b>Dec</b>	<b>S:a</b>
Ansökningar	8	6	6	1	7	10	1	0	10	4	5	3	61
Anmälningar	78	112	115	86	95	96	73	66	70	98	90	72	1051
Inledda utredningar	28	28	31	29	25	35	26	8	30	45	30	24	339
Antal utredningar med 90 dagar utredningstid	28	28	30	24	20	24	18	16	14	15	9	1	227
Försenade omprövningar/överväganden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
<b>Orsak vid anmälan:</b>													
Orsak oro för barn och ungdom	43	58	47	36	43	54	44	31	30	53	57	46	542
Orsak oro för barn och ungdom – eget beteende	21	25	29	15	20	6	5	16	10	12	5	6	170
Orsak oro för barn och ungdom – missbruk förälder	5	11	11	8	12	7	7	8	7	8	7	9	100
Orsak oro för barn och ungdom – psykisk ohälsa	2	0	10	1	2	9	4	0	1	1	1	2	33
Orsak oro för barn och ungdom – skolfrånvaro	1	2	5	6	3	3	0	4	4	2	0	0	30
Orsak oro för barn och ungdom – våld	6	16	13	20	15	17	13	7	18	22	20	9	176
<b>Hur inkom anmälan?</b>													
Anhörig	9	9	12	4	5	11	5	5	6	8	5	8	87
Anonym	6	11	9	1	5	6	9	3	5	9	7	5	76
Den enskilde	0	1	2	0	1	6	0	1	1	2	0	0	14
Domstol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egen förvaltning	7	5	9	8	4	12	5	3	8	10	9	2	82
God man/förvaltare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HVB/famlljehem	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	4
IVO (inspektionen för vård och omsorg)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kriminalvård	1	0	2	1	1	0	0	0	0	3	0	2	10
Migrationsverket	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Polis	19	18	28	15	15	10	12	21	9	18	18	11	194
Privatperson	0	4	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	8
Sjukvården	13	13	9	0	17	19	8	10	4	8	10	16	127
Skola/förskola	7	20	20	35	30	15	2	14	21	32	15	12	223
Äklagare	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Övrigt (elbolag, hyresvärd, annan kommun)	16	31	21	21	18	17	29	9	16	7	26	13	224

# Arbetstygndsmätning februari 2022

5

22/SAN/61

## Arbetsstyngdsmätning februari 2022

### Ärendebeskrivning

Sedan föregående arbetsstyngdsmätning som redovisades i november 2021 så har en viss ökning kunnat utläsas vid den nu aktuella arbetsstyngdsmätningen. Enheten hade under hösten ett ökat inflöde av ärenden vilket ledde till fler inledda utredningar.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om arbetsstyngdsmätning februari 2022.

### Ärendet

Vad som även kan utläsas i denna mätning är att belastningen är mycket förhöjd (röd färg) på två socialsekreterare. De två socialsekreterarna har nyligen börjat arbeta 50% och det ligger en viss fördröjning innan fördelningen av ärenden är anpassad utifrån ny tjänstgöringsgrad. Det finns en plan för hur de skall minska mängden ärenden på sina tjänster. Vi kan även utläsa att tre har en viss förhöjning (orange färg) av tyngd på sina tjänster men att övriga har en belastning som inte bedöms som förhöjd (blå och grå färg).

Arbetsstyngdsmätningen används i det dagliga arbetet och mätningen kan användas vid fördelning av nya utredningar för att inte belasta samma socialsekreterare med mer förhöjd nivå än andra vid mätningen. Arbetsstyngdsmätningen används även vid ärendegenomgångar för att ha bättre kontroll över varje socialsekreterares belastning med koppling till bland annat erfarenhet och antal ärenden. Ledningen kan även hålla koll på så att belastningen inte blir för hög på hela enheten över en längre tid vilket även är en del i enhetens arbetsmiljöarbete.

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Jaana Jansson  
Förvaltningschef

Maria Larsson  
Enhetschef

### Bilagor

Arbetsstyngdsmätning februari 2022

Arbetsstyngdsmätning 2022-02-20

Soc. Sekr	Gruppbezeichnung	Antal års erfarenhet enligt matris	Erfarenhets kod	OK poäng enligt erfarenhet	Sysselsättningsgrad	Reell ok poäng utifrån SSG	Färg	Poäng	Flexitid	Oskrivna utredningar	Flexitid
	Barn/ungdom 0-21	Mer än 5 års erfarenhet i yrket		0	37,0%	0					
	Barn/ungdom 0-21	Nyutexaminerad, 0-1 års erfarenhet i yrket		120	100,0%	120	-17%	100			
	Barn/ungdom 0-21	Mer än 5 års erfarenhet i yrket		150	80,0%	120	-5%	114		2	8,02
	Placeringsenhet 0-20	3-5 års erfarenhet i yrket	7100	138	100,0%	138	-1%	136			26,48
	Barn/ungdom 0-21	1-2 års erfarenhet i yrket	4100	126	100,0%	126	-5%	120		2	21,42
	Barn/ungdom 0-21	1-2 års erfarenhet i yrket	4100	126	50,0%	63	110%	132		2	18,5
	Barn/ungdom 0-21	Nyutexaminerad, 0-1 års erfarenhet i yrket	780	120	100,0%	120	-47%	64			16,28
	Familjehemsgrupp	3-5 års erfarenhet i yrket	580	138	100,0%	138	-4%	132			0,07
	Familjehemsgrupp	3-5 års erfarenhet i yrket	480	138	100,0%	138	-33%	93			8,25
	Familjehemsgrupp	3-5 års erfarenhet i yrket		138	100,0%	138	-10%	124			18,15
	Barn/ungdom 0-20	1-2 års erfarenhet i yrket		126	50,0%	63	97%	124		1	-9,01
	Barn/ungdom 0-21	3-5 års erfarenhet i yrket		138	95,0%	131,1	10%	144		3	20,21
	Barn/ungdom 0-21	1-2 års erfarenhet i yrket			100,0%						0,05
	Barn/ungdom 0-21	1-2 års erfarenhet i yrket		126	50,0%	63					
	Barn/ungdom 0-21	1-2 års erfarenhet i yrket	4100	126	100,0%	126	11%	140		3	2,49
	Placeringsenhet 0-20	3-5 års erfarenhet i yrket	7100	138	80,0%	110,4	9%	120		1	6,52
	Barn/ungdom 0-21	3-5 års erfarenhet i yrket	480	138	80,0%	110,4	-35%	72			-7,3

Insats	Utredning	med.hand
Mott	4	3 4
Mott	3	2

Återrapport gällande hjälpmedelstekniker -  
jourtid

6

22/SAN/62



## Återrapport gällande hjälpmedelstekniker - jourtid

### Ärendebeskrivning

Social- och arbetsmarknadsnämnden har gett social- och arbetsmarknadsförvaltningen i uppdrag att återrapportera behovet av att ha jourtid för kommunens hjälpmedelstekniker.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner återrapporteringen om hjälpmedelstekniker och jourtid.

### Ärendet

I Hallsbergs kommun arbetar idag en hjälpmedelstekniker. Teknikern finns tillgänglig under kontorstider. Ingen jourtid ingår idag i teknikerns tjänst.

Förvaltningen har undersökt hur sju kommuner i länet hanterar frågan. Ingen av dessa kommuner har jourtid för sina hjälpmedelstekniker. Personalen löser problemen själva om och när de uppstår. Det finns reservsängar, lyftar och reservdelar att tillgå för både hemvård och särskilda boenden. Något behov av hjälpmedelstekniker under jourtid har inte uppstått.

Problem med hjälpmedel som kan uppstå är till exempel vårdsängar där höj- och sänkfunktionen slutar att fungera, att tak- eller golvlyft slutar fungera eller att tippbara mobila hygienstolar slutar fungera. Det är viktigt att personalen har kunskap om enklare åtgärder de själva kan utföra för att lösa problemen. Gällande vårdsängar finns ingen funktion som kan nedsänka sängen om så skulle behövas.

Kända händelser i förvaltningen där hjälpmedel orsakat problem är en taklyft som slutade fungera. Personal hjälptes åt att flytta patienten till sängen. Lyften var av en äldre modell och byttes sedan ut. Två vårdsängar slutade fungera, i det ena fallet var sängen kvar i högläge under natten för att sedan åtgärdas dagen efter. I det andra fallet sov personen, som var brukare inom personlig assistans och bodde med sin familj, på en madrass på golvet över helgen för att sedan få sin säng reparerad nästkommande vardag.

Under det senaste året har det inte uppstått några kända problem med hjälpmedel under kvällstid eller helg. Som regel finns lediga vårdsängar på särskilda boenden som kan användas tills tekniker kan komma. Fyra mobila akutlyftar finns att tillgå, en för varje område (söder, norr, öster, väster).

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Jaana Jansson

Förvaltningschef

Tillsynsplan avseende kommunens tillsyn  
under 2022 enligt alkohollagen (2010:1622).

7

22/SAN/7

## Tillsynsplan avseende kommunens tillsyn under 2022 enligt alkohollagen (2010:1622).

### Ärendebeskrivning

Enligt alkohollagen 9 kap. 2 § ska kommunen utöva tillsyn över servering av spritdrycker, vin, starköl och andra jästa drycker samt folköl. Kommunen ska också utöva tillsyn över butiker som detaljhandlar med folköl. Tillsynen kan delas in i en yttre tillsyn som sker på serveringsstället och en inre tillsyn där kommunen kontrollerar tillståndshavarens ekonomiska förhållanden och betalning av skatter och avgifter.

Den yttre tillsynen sker i samverkan med polismyndigheten och andra kommuner. Den yttre tillsynen kan komma att påverkas av restriktioner med anledning av Covid-19.

Den inre tillsynen sker i samverkan med Skatteverket.

Kommunen kommer erbjuda utbildning i ansvarsfull alkoholservering under hösten 2022 om efterfrågan finns. Kommunen kommer samverka i en kartläggning av narkotikaanvändningen på serveringsställen. Arbetet har initierats av Länsstyrelsen.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden beslutar anta tillsynsplanen för 2022.

### Ärendet

Kommunen ska enligt 9 kap. 2 § utöva tillsyn över serveringen av alkoholdrycker samt butiker som säljer folköl.

- Barnkonsekvensanalys är utförd och redovisas i tjänsteskrivelsen eller i bilaga
- Vid prövning av barnets bästa är bedömningen att ärendet som ska beslutas inte rör barn.

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Jaana Jansson  
Förvaltningschef

Patrik Ehrenström Germer  
Tobaks- och alkoholhandläggare

### Bilagor

Tillsynsplan avseende kommunens tillsyn under 2022 enligt alkohollagen (2010:1622).

2021-12-29

**Hallsbergs kommun**  
**Social-och arbetsmarknads-**  
**nämnden**

Handläggare:  
Patrik Germer

### **Tillsynsplan för Hallsbergs kommun för tillsyn enligt alkohollagen under 2022.**

Enligt alkohollagens 9 kap. 2§ skall kommunen utöva tillsyn över servering av spritdrycker, vin, starköl och andra jästa drycker samt folköl(klass 2).

Kommunen ska också utöva tillsyn över butiker som detaljhandlar med folköl.

Under 2022 ska kommunen fortsatt lägga särskild vikt vid att minska berusningen hos restaurangbesökarna och därigenom minska alkoholrelaterat våld och skador i och omkring restaurangerna.

#### Tillsynsmetoder:

Tillsyn sker i samverkan med Polismyndigheten och i samverkan med alkoholhandläggare i andra kommuner.

Tillsyn sker enligt ansvarsfull alkoholservering och Folkhälsomyndighetens anvisningar.

Tillsyn sker i samverkan med Skatteverket och räddningstjänsten med inre tillsyn och med yttre tillsyn i den mån myndigheterna har möjlighet att medverka.

#### Förebyggande tillsyn

Kommunen kommer att erbjuda utbildning i Ansvarsfull alkoholservering under hösten 2022 om efterfrågan finns.

Kommunen ska ha så kallade dialogträffar samman med Polismyndigheten med nya tillståndshavare. Utbildningen kommer ske i samverkan med andra kommuner i länet.

Dialogträffar/uppföljande samtal kommer också hållas med tillståndshavare som fått allvarigare anmärkningar vid tillsyn.

Under 2022 kommer kommunen att samverka i en kartläggning av narkotikaanvändningen på serveringsställen i länet. Arbetet har initierats av Länsstyrelsen och arbetet kommer ske i samverkan med Polis, kommunen, restaurangnäringen och ordningsvakter.

### Inre tillsyn

Kontroll och uppföljning av tillståndshavares ekonomiska förhållanden och inbetalning av skatter och avgifter kommer att göras regelbundet under året. Kontroll och uppföljning av restaurangers brandskydd kommer att göras vid behov i samverkan med Räddningstjänsten.

### Yttre tillsyn på restaurangerna och tillfälliga serveringstillstånd.

Tillsynen ska utövas främst i samverkan med alkoholhandläggare i andra kommuner men även tillsyn med Polismyndigheten ska göras. Restauranger med permanent serveringstillstånd ska besökas minst en gång per år. De serveringsställen som har begränsad verksamhet, t.ex. serveringstillstånd endast för slutna sällskap, kommer besökas på uppkommen anledning eller i mån av tid. De tillfälliga evenemangen där serveringstillstånd meddelats ska i möjligaste mån besökas.

### Tillsyn av detaljhandel med folköl

Butiker som detaljhandlar med folköl skall besökas minst en gång per år för att kontrollera att egentillsynsprogram och skyltning finns i lokalen. Tillsynen görs i möjligaste mån i samband med tobakstillsynen. Inför skolavslutning och andra riskhelger ska handlarna informeras/påminnas om åldersgräns m.m. vid tillsynen.

Tillsynen kommer bedrivas såsom tidigare år med respekt för de restriktioner som råder med anledning av Covid-19.

### **Förslag till beslut:**

att Social-och arbetsmarknadsnämnden beslutar anta tillsynsplanen för 2022.

I tjänsten



Patrik Ehrenström Germer,  
kommunens alkoholhandläggare

Tillsynsplan avseende kommunens tillsyn  
under 2022 enligt lag (2018:2088) om tobak  
och liknande produkter.

8

22/SAN/6

## Tillsynsplan avseende kommunens tillsyn under 2022 enligt lag (2018:2088) om tobak och liknande produkter.

### Ärendebeskrivning

Enligt lagen ska kommunen utöva den omedelbara tillsynen över handel med tobak och liknande produkter. För kommunens tillsyn ska finnas ett för ändamålet framtagen tillsynsplan.

Tillsynen omfattar bl.a. åldersgräns, marknadsföring och butikens egentillsyn.

Kommunens tillsyn av rökfria miljöer behandlas inte i denna tillsynsplan.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden beslutar anta tillsynsplanen för 2022.

### Ärendet

Kommunen ska bedriva tillsyn av nedanstående områden;

1. Skyltning om åldersgräns i butiken och att försäljning av tobaksvaror, elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare inte lämnas ut till den som inte fyllt 18 år eller till den som ämnar långa vidare till den som inte fyllt 18 år. (5 kap. 18 §)
2. Marknadsföring i och utanför butiken. (4 kap.)
3. Märkning och förpackningar. (3 kap.)
4. Butikens egenkontrollprogram för tobaksvaror, elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare. (5 kap. 6 §, 5 kap. 17 §.

Om det vid besöken upptäcks brister ska detta påpekas vid besöket och tillsynsprotokoll ska skickas till butiken med krav om åtgärd. Återbesök ska göras inom 3–4 veckor för att kontrollera att bristerna åtgärdats. Kvarstår bristerna vid återbesök ska ett tillsynsärende öppnas och utredning göras avseende eventuell åtgärd från kommunen.

Tillsyn i samverkan.

Tillsynen kan ske i samverkan med andra kommuner och Polisen. Polisen har lagstöd för sin tillsyn i tobakslagens 7 kap. 4 §. Kommunen ska underrätta Polisen om förhållanden som är av betydelse för Polisens tillsyn av tobaksförsäljningen och omvänt underrättar Polisen kommunen om förhållanden som är av betydelse för kommunens tillsyn enligt 7 kap. 20 §. Under 2022 kommer all tillsyn ske i samverkan med tobakshandläggare från annan kommun för att effektivisera besöken i butikerna och minska den tid butikspersonalen behöver avsätta för att hjälpa till vid tillsynen.

Tillsynens omfattning

Kommunen ska under 2022 besöka alla butiker som tillhandahåller tobaksvaror och andra produkter som omfattas av lagen minst en gång. Institutioner, t.ex. kriminalvård och andra vårdinrättningar samt industrimatsalar och dylikt dit allmänheten normalt inte har tillträde, ska besökas på uppkommen anledning.

Kommunen ska utan dröjsmål besöka butiker där tips inkommer om försäljning till underåriga, försäljning sker utan tillstånd och försäljning sker av tobaksvaror och liknande produkter utan eller

med bristfällig hälsovarning (bild och/eller varningstext). Denna tillsyn ska ske i samverkan med andra kommuner och/eller med Polisen.

Tillsynen kommer bedrivas såsom tidigare år med respekt för de restriktioner som råder med anledning av Covid-19.

- Barnkonsekvensanalys är utförd och redovisas i tjänsteskrivelsen eller i bilaga
- Vid prövning av barnets bästa är bedömningen att ärendet som ska beslutas inte rör barn.

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Jaana Jansson  
Förvaltningschef

Patrik Ehrenström Germer  
Tobaks- och alkoholhandläggare

### **Bilagor**

Tillsynsplan avseende kommunens tillsyn under 2022 enligt lag (2018:2088) om tobak och liknande produkter



2021-12-29

**Tillsynsplan för kommunens tillsyn enligt Lag(2018:2088)  
om tobak och liknande produkter under 2022.**

Enligt lagen ska Kommunen utöva den omedelbara tillsynen över handel med tobak och liknande produkter. Tillsynen omfattar bl.a. åldersgräns, marknadsföring och butikens egentillsyn. Kommunens tillsyn av *rökfria miljöer* behandlas inte i denna tillsynsplan.

Kommunen ska bedriva tillsyn av nedanstående områden;

- 1.Skyltning om åldergräns i butiken och att försäljning av tobaksvaror, elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare inte lämnas ut till den som inte fyllt 18 år eller till den som ämnar långa vidare till den som inte fyllt 18 år. (5 kap.18§)
- 2.Marknadsföring i och utanför butiken.(4 kap.)
- 3.Märkning och förpackningar.(3 kap.)
- 4.Butikens egenkontrollprogram för tobaksvaror, elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare. (5 kap.6§, 5 kap.17§)

Om det vid besöken upptäcks brister ska detta påpekas vid besöket och tillsynsprotokoll ska skickas till butiken med krav om åtgärd. Återbesök ska göras inom 3-4 veckor för att kontrollera att bristerna åtgärdas. Kvarstår bristerna vid återbesök ska ett tillsynsärende öppnas och utredning göras avseende eventuell åtgärd från kommunen.

Tillsyn i samverkan.

Tillsynen kan ske i samverkan med andra kommuner och Polisen. Polisen har lagstöd för sin tillsyn i tobakslagens § 7 kap.4§. Kommunen ska underrätta Polisen om förhållanden som är av betydelse för Polisens tillsyn av tobaksförsäljningen och omvänt underrättar Polisen kommunen om förhållanden som är av betydelse för kommunens tillsyn enligt 7 kap.20§. Under 2022 kommer all tillsyn ske i samverkan med tobakshandläggare från annan kommun för att effektivisera besöken i butikerna och minska den tid butikspersonalen behöver avsätta för att hjälpa till vid tillsynen.

Tillsynens omfattning.

Kommunen ska under 2022 besöka alla butiker som tillhandahåller tobaksvaror och andra produkter som omfattas av lagen minst en gång per år. Institutioner, t.ex. kriminalvård och andra vårdinrättningar samt industrimatsalar och dylikt dit allmänheten normalt inte har tillträde, ska besökas på uppkommen anledning.

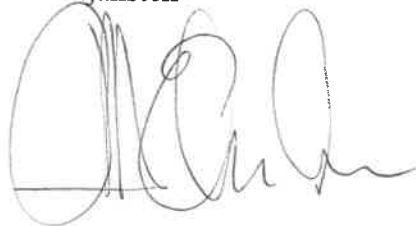
Kommunen ska utan dröjsmål besöka butiker där tips inkommer om försäljning till underåriga, försäljning sker utan tillstånd och försäljning sker av tobaksvaror och liknande produkter utan eller med bristfällig hälsovarning(bild och/eller varningstext). Denna tillsyn ska ske i samverkan med andra kommuner och/eller Polisen.

Tillsynen kommer bedrivas såsom tidigare år med respekt för de restriktioner som råder med anledning av Covid-19.

**Förslag till beslut:**

att Social-och arbetsmarknadsnämnden beslutar anta tillsynsplanen för 2022.

I tjänsten

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Patrik Ehrenström Germer', written over a horizontal line.

Patrik Ehrenström Germer,  
kommunens alkohol- och tobakshandläggare

Patientsäkerhetsberättelse för Hallsbergs  
kommun 2021

9

22/SAN/58



## Patientsäkerhetsberättelse för Hallsbergs kommun 2021

### Ärendebeskrivning

Redovisning av mål, strategier och resultat kopplat till verksamhetens systematiska patientsäkerhetsarbete.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för Hallsbergs kommun 2021

### Ärendet

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

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

- Barnkonsekvensanalys är utförd och redovisas i tjänsteskrivelsen eller i bilaga
- Vid prövning av barnets bästa är bedömningen att ärendet som ska beslutas inte rör barn.

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Jaana Jansson  
Förvaltningschef

Marjut Alfalk  
Medicinskt ansvarig

### Bilagor

Patientsäkerhetsberättelse för Hallsbergs kommun 2021

# Patientsäkerhetsberättelse Hallsbergs kommun

2021



## Inledning

Årets patientsäkerhetsberättelse utgår från strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet framtagen av Socialstyrelsen.

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

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

Grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens hos medarbetare samt att ha patienten som medskapare.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast 1 mars varje år.



# 1 Sammanfattning

De viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2021 för att öka patientsäkerheten.

- Riskbedömningar i Senior Alert på vård- och omsorgsboende samt ordinärtboende för fall, trycksår, malnutrition och ohälsa i munnen.
- Registrering i BPSD-registret (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) för att minska ångest, hallucinationer och ätstörningar vid demenssjukdom.
- Registrering i palliativa registret för att förbättra vården i livets slut.
- Förtydligande av roll och kompetensutveckling för hygienombud (sjuksköterska, arbetsterapeut samt omvårdnadspersonal) i basal hygien och klädregler.
- Hygienrund samt mätning av följsamhet till basala hygien- och klädriktlinjer inomvård- och omsorg samt LSS.
- Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och följsamhet till läkemedelsföreskriften, riktlinjer samt rutiner är genomförd i alla verksamheter.
- Klagomål och synpunkter från patient och anhöriga kring hälso- och sjukvård har hanterats och utretts enligt rutin. Utredningarna har analyserats och åtgärder har vidtagits.
- Avvikelse har analyserats i alla verksamheter utifrån processen i avvikelshantering för att säkerställa kvaliteten och förebygga vårdskador.
- Lex Maria-utredning har lett till åtgärder på enhetsnivå samt verksamhetsnivå.
- Demensvårdsutvecklare har utbildat personal i BPSD-registret samt skydds- och begränsningsåtgärder.
- Egenkontroller utifrån processer och rutiner för patientsäkerhet har kontinuerligt följts upp med chefer samt legitimerade.
- Samverkan med kommunens primärvård med regelbundna möten i frågor som läkarmedverkan, Covid-19, samt övriga samverkansfrågor.
- I omställningen till Nära vård, utvecklat och förtydligat patientsäkerhetsarbetet i linje med Socialstyrelsens Nationella handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet.
- Utsedda sårvårdssjuksköterska i kommunen som samverkar med primärvårdens sårsköterska.
- Ny delegeringsprocess skriven och implementerad.
- Ny riktlinje för läkemedelshantering är skriven och implementering påbörjad.
- Hemsjukvårdsprocessen skriven och implementerad.

- Kvalitetsgrupp framtagen för att identifiera och skriva rutiner för hälso- och sjukvården.
- Arbete med hälso- och sjukvårdens kvalitets och ledningssystem.



## Covid-19

Fortsatt arbete har även detta år lagts på att förhindra smittspridning av Covid-19. Detta genom att vaccinera vårdtagare för covid-19 samt följa läget och upprätthålla riktlinjer och rutiner från smittskydd och vårdhygien. Smitta har konstaterats i kommunens verksamheter. Från pandemins start har totalt 63 boende insjuknat varav 49 är friskförklarade och 14 avlidna.

Majoriteten av boende som bor på vård- och omsorgsboende och brukare som har hemtjänst har vaccinerats med tre doser. Hälso- och sjukvården har haft utökad bemanning för vaccinering. Smittspårning vid konstaterade fall har tagit tid från sjuksköterskornas ordinarie arbete. Samverkan med regionens enhet för vårdhygien och smittskydd har skett kontinuerligt. Riktlinjer har följts och lokal rutin upprättad för arbetet med covid-19.

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning .....	3
2	GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖRSÄKER VÅRD .....	7
2.1	Engagerad ledning och tydlig styrning .....	7
2.1.1	Övergripande mål och strategier .....	7
2.2	Organisation och ansvar.....	8
2.3	Process - åtgärder för att öka patientsäkerheten.....	10
2.3.1	Samverkan för att förebygga vårdskador.....	11
2.3.2	Informationssäkerhet .....	12
2.4	En god säkerhetskultur .....	12
2.5	Adekvat kunskap och kompetens .....	13
2.6	Patienten som medskapare .....	13
3	AGERA FÖR SÄKER VÅRD .....	14
3.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador .....	28
3.2	Tillförlitliga och säkra system .....	29
3.3	Säker vård här och nu .....	29
3.4	Stärka analys och lärande .....	30
3.5	Öka riskmedvetenheten och beredskapen .....	32
4	Mål, strategier och utmaningar för 2022 .....	32

## 2 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada", har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet



### 2.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

#### 2.1.1 Övergripande mål och strategier

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

##### **Social- och arbetsmarknadsnämndens mål**

Alla som har insatser av social- och arbetsmarknadsförvaltningen ska känna sig trygga med insatsen. Insatser ska anpassas utifrån den enskildes behov där den enskilde ges möjlighet till delaktighet.

##### **Hälso- och sjukvårdens mål 2021**

###### - **Förebyggande arbetssätt och rehabilitering**

Förebyggande arbete för att förhindra fallskador, trycksår, undernäring samt dålig munhälsa med stöd av kvalitetsregistret Senior Alert ska erbjudas alla med hemsjukvård, alla som bor i särskilt vård- och omsorgsboende och alla som vistas på korttidsboende.

Rehabiliteringsmodulen i Senior Alert ska användas i relevanta verksamheter vid slutet av 2021. Fler patienter görs delaktiga i sin rehabiliteringsprocess genom bedömningsinstrumentet COPM (Canadian Occupational Performance Measure).

Fler patienter ska få sin blåsdysfunktion utredd i Senior Alert.

Arbetet med vårdhygien ska följas upp av alla verksamheter genom årliga mätningar. Detta för att vårdrelaterade infektioner ska minska.

###### - **God vård vid demenssjukdom**

Alla personer med BPSD-symtom (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens) ska bedömas enligt NPI (Neuropsychiatric Inventory) och registreras i BPSD-registret.

Personal ska ha kunskap om och grundläggande utbildning i demensvård/ omvårdnad enligt Demensams utbildningsmodell.

- **Sammanhållen vård och omsorg**

Hallsbergs kommun ska använda ett strukturerat beslutsstöd för bedömning och ställningstagande till vårdnivå vid de flesta situationer då patienten försämrats.

Utbildade instruktörer i klinisk bedömning och beslutsstöd ska finnas.

All vårdplanering inför utskrivning från slutenvården sker enligt beslutad ViSammodell (samverkansmodell för planering och informationsöverföring).

Utbildning i SBAR (SBAR är en fastställd modell för hur kommunikationen ska ske mellan yrkesgrupper).

All samordnad individuell planering (SIP) sker enligt beslutad ViSammodell. Vårdplanering sker vid de flesta tillfällen via video på distans.

NPÖ (nationell patientöversikt) ska användas av all legitimerad personal i kommunen för att inhämta information i samband med övertagande av vårdansvar.

- **God vård vid livets slut**

Målet med den palliativa vården är att patienten och närstående är informerade om situationen. Patienten ska vara lindrad från smärta och andra besvärande symtom och läkemedel ska vara ordinerat vid behov. Omvårdnad ska ske där patienten vill dö och vara personcentrerad. Ingen ska dö ensam och anhöriga ska få stöd.

70 % täckningsgrad för registrering av förväntade dödsfall i Svenska Palliativregistret.

Alla verksamheter använder e-utbildning i Allmän palliativ vård.

Förbättra värdet för indikatorerna:

Dokumenterat brytpunktssamtal, ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott, ordinerad injektion ångestdämpande vid behov, smärtskatta sista levnadsveckan, dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan, utan trycksår (grad 2-4), mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

## 2.2 Organisation och ansvar

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

Hallsbergs kommun, social och arbetsmarknadsförvaltningen, bedriver hälso- och sjukvård under verksamheterna Äldreomsorg, Hälso- och sjukvård samt inom funktionshinderområdet.

### **Vårdgivare**

Vårdgivaren tillika socialnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls (Patientsäkerhetslagen 2010:659). Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att

systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9). Denna föreskrift ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet enligt 3 kap. Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Vårdgivaren ska årligen dokumentera patientsäkerhetsarbetet i en patientsäkerhetsberättelse. Vårdgivaren ska fortlöpande dokumentera arbetet med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och bör varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse (SOSFS 2011:9).

#### ***Förvaltningschef/verksamhetschef HSL***

Förvaltningschefen/verksamhetschef HSL har ett övergripande ansvar för patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt område. I detta ansvar ingår implementering av kontroll av följsamhet av de riktlinjer och rutiner MAS/MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska/ medicinskt ansvarig för rehabiliteringen) fastställer för verksamheten.

#### ***Medicinskt ansvarig, MAS/MAR***

Medicinskt ansvariga har övergripande ansvar för att utarbeta riktlinjer och rutiner utifrån gällande lagstiftning och föreskrifter samt uppföljning, kontroll och tillsyn av dessa så att kraven på kvalitet, hög patientsäkerhet och god vård tillgodoses. I ansvaret ligger också att skriva en patientsäkerhetsberättelse innan 1 mars.

#### ***Verksamhetschef***

Verksamhetschef har ett övergripande ansvar för att leda och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och är ansvarig för resultatet inom sitt verksamhetsområde.

Verksamhetschef ansvarar för att regelbundet under året rapportera verksamhetens resultat och förbättringsåtgärder till medicinskt ansvariga och förvaltningschef/verksamhetschef HSL för hälso- och sjukvården.

Verksamhetschef ansvarar för att de processer, riktlinjer och rutiner som fastställts blir implementerade i verksamheten. Verksamhetschef ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

#### ***Enhetschef***

Enhetschefen har ansvar för att leda, bedriva och följa upp det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom sin enhet och är ansvarig för resultatet.

Enhetschefen ansvarar för att under året dokumentera hur det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bedrivs samt vilka resultat som uppnås. Resultat och förbättringsåtgärder ska regelbundet rapporteras till verksamhetschef och medicinskt ansvariga. Enhetschefen ansvarar för att verksamhetens personal arbetar enligt de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

#### ***Personal inom vård- och omsorg samt funktionsstöd***

All personal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet och kvalitet upprätthålls genom att arbeta i enlighet med de processer, riktlinjer och rutiner som ingår i ledningssystemet och medverka i verksamhetens patientsäkerhet och

kvalitetsarbete.

### **Expertfunktioner**

**Hygiensjuksköterska** från vårdhygien, Region Örebro län deltar i vissa aktiviteter som till exempel hygienrond samt hygienutbildningar. Denna har ansvar gentemot kommunerna och i uppdraget ingår att bistå med vårdhygieniska riktlinjer, utbildning, rådgivning och konsultation i hygienfrågor.

**Hemrehabiliteringssjukgymnast** arbetar med rehabilitering av patienter över 65 år. Är anställd på Hallsbergs vårdcentral.

**Handrehabilitering.** Två arbetsterapeuter har till uppdrag att behandla personer med handskador utifrån överenskommelse med länet. Patienterna remitteras av läkare.

**Hjälpmedelstekniker.** En hjälpmedelstekniker finns inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen som ansvarar för kommunens hjälpmedelsförråd. Arbetsuppgifterna består av service, underhåll samt leverans av kommunens egna hjälpmedel som sängar, lyftsysten, större hygienhjälpmedel som legitimerade förskriver. Hjälpmedelstekniker ansvarar också för kontroll av lyftar vartannat år.

**Förflyttningsinstruktör** utbildas av externt företag. I kommunen finns 11 instruktörer, som i sin tur utbildar baspersonal i förflyttningsteknik.

**Demensvårdsutvecklare** arbetar för att skapa en trygg och säker demensvård i alla vårdnivåer utifrån de nationella riktlinjerna för demens.

## 2.3 Process - åtgärder för att öka patientsäkerheten

SFS 2010:659 3 kap.

Strategin för Hallsbergs kommun för att öka patientsäkerheten är att strukturerat utifrån mål kartlägga, vidta åtgärder samt utvärdera resultat. Analyser och diskussioner förs på socialnämndens och ledningsgruppens sammanträden. De olika kvalitetsredovisningarna används i planering av mål och budget för verksamheten. Verksamhetsberättelse görs årligen som uppföljning av de olika enheternas verksamhet. Egenkontroller har upprättats utifrån patientsäkerhet som följs upp under året både med chefer samt legitimerade. Resultaten följs upp av verksamhetschef, MAS/MAR och förvaltningschef/verksamhetschef HSL genom verksamhetsuppföljning.

Våra verktyg att mäta patientsäkerheten är SKR:s (Sveriges regioner och kommuner) nationella verktyg för stärkt patientsäkerhet, kvalitetsregistren Senior Alert, palliativa registret, BPSD samt avvikelssystemet.

SKR:s verktyg stödjer utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet i kommunen genom att ta fram en nulägesanalys och möta utmaningarna och därmed stärka patientsäkerhetsarbetet i omställningen till Nära Vård. Detta skapar en samsyn kring styrkor och förbättringsområden och blir en grund för framtagande av handlingsplan.

I Senior Alert görs riskbedömningar, åtgärder och utvärderingar angående trycksår, fall, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion för att upptäcka risker i ett tidigt skede, identifiera bakomliggande orsaker och sätta in relevanta åtgärder för att minska risken att en vårdskada ska uppstå. Täckningsgraden för

registrering av riskbedömningar med planerade åtgärder i Senior Alert ska vara 100 %. Alla påvård och omsorgsboende samt inskrivna i hemsjukvården ska enligt process få registrering av riskbedömningar minst en 1–2 ggr/år.

I palliativa registret registreras hur vården av en person i livets slutskede varit. Resultatet används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. Syftet är att förbättra vården i livets slut.

I BPSD görs registrering samt bedömning hur ofta BPSD förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. En analys av eventuellt tänkbara orsaker genomförs, en bemötandeplan utformas och individanpassade åtgärder sätts in. Syftet är att minska förekomst och allvarlighetsgrad av ångest, hallucinationer, ätstörningar och andra BPSD-symptom.

Avvikelseberättelser analyseras och förebyggande åtgärder sätts in för att minska risken för upprepning. Enhetschef ansvarar för att ta emot samt riskbedöma avvikelser. Detta görs på både individ- och verksamhetsnivå.

Beslutsstöd bidrar till att den medicinska bedömningen vid akuta tillstånd blir strukturerad och ger patienten optimal vård på rätt vårdnivå.

SBAR används och syftar till att informationsöverföringen i vårdkedjan blir systematisk och säker. Riskerna minskar för att information glöms bort eller misstolkas. Därmed minskar också risken för vårdskador.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering genomförs i alla verksamheter där läkemedel hanteras. Granskningen genomförs av Apo Ex och syftar till att granska följsamhet till föreskrift, riktlinjer samt rutiner för läkemedelshantering.

Genom teamarbete uppnås en gemensam helhetsbild av patientens behov vilket leder till en god kvalitet och skapar trygghet för patient. På teamträffarna deltar omvårdnadspersonal, sjuksköterska, arbetsterapeut och enhetschef. Teamets samlade kompetens har stor betydelse vid till exempel fallriskutredning och vid fallhändelseutredning och avvikelshantering.

Punktprevalensmätningar i basala hygien- och klädriktlinjer samt HALT-mätning. Syftet med mätningarna är att mäta följsamhet till basala hygienriktlinjer samt identifiera förbättringsområden och utveckla patientsäkerheten inom vård- och omsorgsboenden genom optimering av antibiotikaanvändning och reducera förekomsten av vårdrelaterade infektioner.

Projektplan för demensvården finns sedan tidigare för att tydliggöra hur vård- och omsorg ska arbeta för att utveckla demensvården i Hallsbergs kommun utifrån de nationella demensriktlinjerna. Demensvårdsutvecklare har drivit detta arbete tillsammans med en arbetsgrupp utifrån utvecklingsområdena uppföljning, multiprofessionella team, stödinsatser och utbildning.

### **2.3.1 Samverkan för att förebygga vårdskador**

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

Regionala samverkansrådet är ett organ för information, samråd och samverkan i frågor som är av gemensamt intresse mellan region och kommun. Till rådet finns ett tjänstemannastöd i form av en chefsgrupp knutet för samverkan social välfärd och vård.

I varje länsdel finns en grupp med representanter från Region Örebro läns länsdelsverksamheter, inklusive psykiatrins öppenvård och representanter från kommunerna. Länsdelsgruppernas uppgift är att stödja det lokala utvecklingsarbetet.

I Örebro län har kommunerna och regionen en överenskommelse om ett regionalt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Medicinskt ansvariga i länet har regelbundna träffar som samordnas av Region Örebro län (enheten vård, välfärd och folkhälsa). Dessa träffar är ett forum för gemensamma ställningstaganden i kommunal hälso- och sjukvård mot målet - en god och säker vård på lika villkor, samt att det finns patientsäkra processer i länet.

I länet sker samverkan inom palliativ vård genom det palliativa rådet, som ska säkerställa en palliativ vård på lika villkor oavsett bostadsort. Rådet ska också sörja för att den palliativa vården utvecklas i samma takt som övrig hälso- och sjukvård.

Arbetsterapeuter från kommunen samt Region Örebro läns sjukgymnaster samverkar kring det gemensamma ansvaret att kommunens invånare erbjuds rehabilitering.

Lokalt samarbete i Hallsberg sker med Hallsbergs vårdcentral, Pålsboda vårdcentral, öppenvårdspsykiatri samt apotek.

### 2.3.2 Informationssäkerhet

HSLFS-FS 2016:40 7 kap.

Loggkontroller för att upptäcka felaktig eller obehörig åtkomst till personuppgifter utförs i verksamhetssystemet Procapita samt NPÖ (Nationell patientöversikt) varje månad genom stickprov.

Inga avvikelser har inträffat 2021.

Rutiner kring sekretess samt behörigheter finns i kommunen sedan tidigare.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring har inte gjorts enligt rutin under 2021.

## 2.4 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för säker vård är en god säkerhetskultur.

Det innebär ett arbetsklimat som är öppet och där personalen känner sig trygga att rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet. Grundläggande för verksamheterna är öppen kommunikation i det dagliga arbetet för att identifiera risker och inte leta efter syndabockar. Verksamheter har under bestämd period fokuserat på att identifiera risker i arbetsmiljö. Detta för att träna och skapa ett risktänk hos personal. Säkerhetskulturen har inte följts upp sedan införandet samt utbildning av avvikelseprocessen.





## 2.5 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Hälso- och sjukvårdsenheten har haft ett tufft år, då ett flertal sjuksköterskor avslutat sina anställningar. En tydlig organisation har tagits fram i samverkan med fackliga och medarbetare. Rekrytering av sjuksköterskor samt undersköterskor med utökad delegering har skett under året. Även rekrytering av arbetsterapeuter har skett för att stärka det rehabiliterande arbetet. Validering till undersköterska samt specialistundersköterska inom området demens, palliativ vård samt psykiatri genom äldreomsorgslyftet har skett under året.

Vi ser att det saknas en strukturerad introduktion vid nyanställning för legitimerade.

Hallsbergs kommun har en plan för påfyllnadsutbildningar för personal inom hemtjänst, vård- och omsorgs boenden samt funktionshinderområdet. Några av utbildningarna som kan nämnas är inom området hygien, demens, diabetes, palliativvård, lyftteknik, förflyttningsteknik, skydds- och begränsningsåtgärder, läkemedelshantering samt SBAR (strukturerat kommunikationsverktyg mellan omvårdnads och hälso- och sjukvårdspersonal)

Primärvården kompetensutvecklar både legitimerade och omvårdnadspersonal i t.ex., diabetes och provtagning.

Distriktssköterskor får årligen utbildning gällande förskrivningsrätt.

Kontinuerlig fortbildning av omvårdnadspersonal sker av sjuksköterska och arbetsterapeut beroende på patienternas behov.

Förflyttningutbildning har skett under året.



## 2.6 Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och aktivt deltar i sin vård.

Patienters och närståendes delaktighet

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienterna och deras närstående erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet genom att vara med på rond samt samtal med läkare, sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Anhörigträffar hålls två gånger per år inom hemtjänst samt vård- och omsorgsboende. Samverkan med patient och anhörig sker också vid inskrivningssamtal, genomförandeplan samt



kartläggningar. Patient och anhöriga blir informerade om möjligheten att lämna synpunkter och klagomål på vården samt ge sin beskrivning och upplevelse av händelser.

### 3 Agera för säker vård

#### Egenkontroller

SOSFS 2011:9 5 kap. 2§, 7§, 8§ 7. 2§, PSL 2010:659, 3 kap. 10§

#### Egenkontroller kopplade till mål som genomförs för att öka patientsäkerhet

Egenkontroll ska göras av enhetschef i samverkan med teamet utifrån egenkontrollplan.

Egenkontroll genomförs också av legitimerade samt hjälpmedelstekniker.

Resultatet följs upp av områdeschef, MAS/ MAR och verksamhetschef tre gånger per år genom verksamhetsuppföljning i form av analys av patientsäkerhetsarbetet. Resultatet och analys redovisas under rubrik "Resultat och analys".

#### Egenkontroller 2021

Egenkontroll	Omfattning	Källa
<b>Mål: Förebyggande arbetssätt och rehabilitering</b>		
Antal fall	3 gånger/år	Avvikelsesystemet
Antalet frakturer	3 gånger/år	Avvikelsesystemet
Antal trycksår	3 gånger/år	Avvikelsesystemet
Antal personer med undernäring	3 gånger/år	Kvalitetsregister Senior Alert
Antal riskbedömningar munhälsa	3 gånger/år	Kvalitetsregister Senior Alert
Antal utredningar av blåsdysfunktion	3 gånger/år	Kvalitetsregister Senior Alert
Antal urinvägsinfektioner	3 gånger/år	Avvikelsesystemet
Hygienrond	1 gång/år	Förbättringstavla
Stickprov hygien av hygienombud	4 gånger/år	Förbättringstavla
Antal vårdrelaterade infektioner	3 gånger/år	Avvikelsesystemet
Nattfasta vård- och omsorgsboende	4 gånger/år	Förbättringstavla
Utbildning Basal hygien	1 gång/år	Skallutbildningar
<b>Mål: God vård vid demenssjukdom</b>		
Utbildning Demens ABC	1 gång/år	Skallutbildningar

**Mål: God vård vid livets slut**

Förbättra god vård vid livets slut	3 gång/år	Palliativa registret
------------------------------------	-----------	----------------------

**Mål: Sammanhållen vård och omsorg**

Beslutsstöd ska användas till 100 %	3 gånger/år	Förbättringstavla
-------------------------------------	-------------	-------------------

Öka användandet av SBAR	4 gånger/år.	Förbättringstavla
-------------------------	--------------	-------------------

Utbildning SBAR	1 gång/år	Skallutbildningar
-----------------	-----------	-------------------

**Övriga egenkontroller:**

Avvikelser/synpunkter/klagomål	3 gånger/år	Avvikelsesystemet, Patientnämnd, IVO
--------------------------------	-------------	--------------------------------------

Kontroll av narkotika i akut- och buffertförråd/patient	1 gång/månad	Förbättringstavla
---	--------------	-------------------

Läkemedelsgenomgångar	1 gång/år	Förbättringstavla
-----------------------	-----------	-------------------

Kontroll av medicintekniska produkter	1 gång/år	Förbättringstavla
---------------------------------------	-----------	-------------------

Besiktning av lyftselar	2 gånger/år	Förbättringstavla
-------------------------	-------------	-------------------

Besiktning av lyftar	1 gång/år	Förbättringstavla
----------------------	-----------	-------------------

Skydds och begränsningsåtgärder	4 gånger/år	Förbättringstavla
---------------------------------	-------------	-------------------

Delegeringar	1 gång/år	Förbättringstavla
--------------	-----------	-------------------

Journalgranskning	1 gång/år	Förbättringstavla
-------------------	-----------	-------------------

## Resultat och analys

*Mål: förebyggande arbetsätt och rehabilitering**Egenkontroll: Fall och frakturer**Identifiering*

Totalt inrapporterades 1044 fall under året vilket är 92 fler fall än 2020. En brukare som ramlar mycket kan stå för många av fallen.

606 fall orsakade ingen skada (58 %).

Vid 33 tillfällen kontaktades läkare och vid 51 tillfällen skickades patient till sjukhus.

Fallen resulterade i 29 (2,7 %) frakturer vilket är 19 fler än föregående år. 12 frakturer skedde i ordinärt boende, 11 frakturer inom särskilt boende demens, 3 frakturer inom särskilt boende ej demens och 2 frakturer inom gruppboende LSS.

186 fall ledde till blåmärken eller småsar.

Fallen sker under hela dygnet, men fler fall sker mellan 04 - 07, eller efter vila på eftermiddagen och dom flesta fall i samband med gående förflyttning i sovrummet. Oftast är ingen annan inblandad förutom patienten själv. Vid 412 fall fanns ingen form av hjälpmedel inblandad. Vid 324 fall var gånghjälpmedel inblandat. Vid två tillfällen inträffade fallet med grensele/bord/ eller bälte, vid 12 tillfällen inträffade fall i samband med lyft som hjälpmedel. De flesta fallen sker i ordinärt boende samt demensboende och i dessa verksamheter sker också de flesta frakturerna. Åtgärd som oftast vidtas vid det akuta skedet är kontakt med sjuksköterska.

### *Analys*

Våra patienter ramlar på grund av olika bakomliggande orsaker och utredning sker i varje individuellt fall. Det kan vara många patienter som larmar samtidigt vilket gör att personal behöver prioritera och risken då ökar för att patient går upp själv och faller. Idag bygger verksamheterna upp mycket kring larmet. Frågan vad som egentligen är syftet med larmet har uppkommit. Fall sker också hos patienter som är mycket rörliga, stappliga, synrubbningar, med vandringsbeteende eller att patient har en tro att klara mer än den klarar. För vissa patienter finns även en alkoholproblematik som leder till fall. Under 2021 har enhetschefer tagit ansvar för att registrera frakturer som uppstått av fall. Därav ökningen av registrerade frakturer.

### *Åtgärd*

I förebyggande syfte arbetar verksamheterna med riskbedömningar och åtgärdsplaner av fall i Senior Alert. Det viktiga blir att multiprofessionella teamet tillsammans med den enskilde utreder och åtgärdar behovet. Risker tas upp på teamträffar enligt rutin.

Inom LSS utförs inte riskbedömningar i Senior Alert utan här upptäcks riskerna genom andra kartläggningar. Åtgärder vidtas individuellt med hjälp av arbetsterapeut.

### *Uppföljning av åtgärd*

Uppföljning i Senior Alert visar att riskbedömningar görs på vård- och omsorgsboende och i ordinärt boende, men i ordinärt boende genomförs detta i mindre omfattning. Uppföljning visar också att det är i denna verksamhet som många frakturer sker. Rollerna behöver förtydligas runt teamträffarna och vikten av riskbedömningen i Senior Alert. Det saknas en viss kompetens hos legitimerade av vikten med teamträffar samt evidensen kring riskbedömningar.

*Egenkontroll: Trycksår*  
*Identifiering*

4 trycksår har rapporterats inom kommunal vård 2021 vilket är en minskning från föregående år. Minskningen förmodas bero på brister i rapportering av trycksår i avvikelssystemet. En intern granskning gällande trycksår genomförd under hösten visar att det finns 8 trycksår. Trycksår är rapporterade från korttidsvården, vård- och omsorgsboende, hemvård samt gruppboende LSS.

*Analys*

Trycksår skrivs inte alltid som en avvikelse. De flesta sår uppstår på USÖ. Arbetet med det förebyggande arbetet fungerar bra genom att risker för trycksår tas upp snabbt vid teamträffar. Det finns ett behov av kompetenshöjning och samsyn av sårvården i samverkan med regionen.

*Åtgärd*

Som ett led i detta förbättringsarbete har två sårvårdssjuksköterskor utsetts i kommunen för att utbildas i samverkan med Regionens sårvårdssjuksköterskor. Dessa sjuksköterskor ska finnas som stöd för övriga sjuksköterskor i kommunen. Riskbedömningar görs i Senior Alert i alla verksamheter förutom korttidsvården och gruppboende LSS. Förebyggande åtgärder tas fram. Samtliga av dessa patienter har pågående ordinationer för trycksår i form av bland annat tryckavlastande åtgärder.

*Egenkontroll: Undernäring*  
*Identifiering*

Nattfastan har blivit bättre, flertalet av våra boende ligger mellan 8-12 timmar. Dock har för många över 12 timmars nattfasta. Registrering av undernäring görs i Senior Alert.

*Analys*

Analysen är att personal inte har hittat metoderna samt att det råder en viss kunskapsbrist.

Senior Alert signalerar att det finns en risk för undernäring pga. diagnos vilket inte betyder att det är så i verkligheten. Varje individ behöver riskbedömas utifrån sin egen situation vilket betyder att personer som har undernäring minskar. Ca 1–2 % har undernäring.

*Åtgärd*

Rutin finns sedan tidigare för registrering av nattfasta på vård- och omsorgsboenden. Nattfastan ska inte överskrida 11 timmar. Ett arbete pågår inom området för att bryta nattfastan. Åtgärderna behöver utgå från livshistoria och personcentrerad vård, matsituationen och munstatus. Till detta krävs mycket

kunskap och handledning.

#### *Uppföljning av åtgärd*

Framöver behöver ett arbete göras gällande hela nutritionsprocessen samt öka kompetensen kring den basala nutritionsvården. Vi ser behovet av en specialistutbildad sjuksköterska.

#### *Egenkontroll: munhälsobedömning*

##### *Identifiering*

Munhälsobedömningar utförs.

##### *Analys:*

Tandhygienist har varit och föreläst för personal och verksamheterna pratar mycket mer om vikten av god munhälsa. Inom hemtjänsten är det få personer som vill ha en munhälsobedömning.

#### *Egenkontroll: Utredningar av blåsdysfunktion*

##### *Identifiering*

Registrering av blåsdysfunktion/inkontinens har inte utförts under året.

##### *Analys*

Tidsbrist hos sjuksköterskor samt att modulen i Senior Alert inte används då den inte implementerats.

##### *Åtgärd*

Flera sjuksköterskor har fått kompetenshöjning för utredning av blåsdysfunktion i samband med förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. Journalgranskning behöver genomföras för att följa upp utredningar.

#### *Uppföljning åtgärd*

Uppföljning av registreringar i kvalitetsregistret Senior Alert visar att fler unika personer behöver riskbedömas.

	<b>Unika personer totalt registrerade i Senior Alert</b>  (i parentes totalt inskrivna individer i kommunen)	<b>Riskbedömningar med risk</b>  Mål 75–100 %	<b>Bakomliggande orsaker vid risk</b>  Mål 75–100 %	<b>Åtgärdsplan vid risk</b>  Mål 75–100 %	<b>Utförda åtgärder vid risk</b>  75–100 %
2019	178 (395) 45%	87 %	23 %	79 %	73 %
2020	162(404) 40%	89 %	28 %	83 %	68 %
2021	141 (405) 35%	90 %	40 %	92 %	73 %
	<b>Vård- och omsorgsboende</b>	<b>Riskbedömningar med risk</b>	<b>Bakomliggande orsaker vid risk</b>	<b>Åtgärdsplan vid risk</b>	<b>Utförda åtgärder vid risk</b>
2019	88 (123) 71 %	100 %	23 %	79 %	73 %
2020	95 (115) 83 %	98 %	28 %	83 %	68 %
2021	90 (116) 77 %	95 %	55 %	95 %	69 %
	<b>Hemsjukvården</b>	<b>Riskbedömningar med risk</b>	<b>Bakomliggande orsaker vid risk</b>	<b>Åtgärdsplan vid risk</b>	<b>Utförda åtgärder vid risk</b>
2019	90 (272) 33 %	74 %	0 %	77 %	80 %
2020	67 (289) 23 %	76 %	4 %	88 %	78 %
2021	51 (289) 17 %	80 %	5 %	86 %	83 %

Resultat av utfall registreringar i Senior Alert 2019–2021.

Grön: 75–100 %      Gul: 25-74 %      Röd:0-24 %

*Egenkontroll: Hygienrund/ stickprovskontroller/vårdrelaterade infektioner/utbildning hygien*

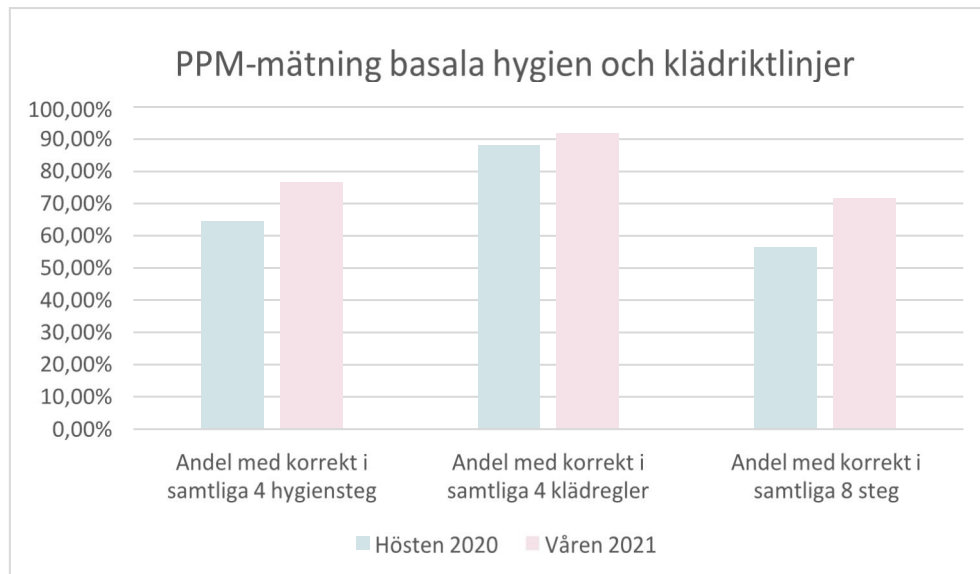
#### *Identifiering*

Enligt uppföljning har inte hygienrund utförts under året på vård- och omsorgsboenden eller i hemtjänsten enligt rutin. Inom LSS har hygienrund utförts, dock finns ingen analys av resultatet. Stickprovskontroller av dom basala hygienrutinerna har utförts flera ggr/år av covidambassadörer i alla verksamheter.

Urinvägsinfektioner eller andra vårdrelaterade infektioner rapporteras inte i avvikelsemодulen.

All personal genomför Socialstyrelsens webbutbildning för basal hygien.

Alla verksamheter har deltagit i den årliga PPM-mätningen av basala hygien- och klädriktlinjer.



Resultat PPM mätning basala- hygien- och klädriktlinjer 2020–2021

4 hygiensteg = 1.Desinfektion av händerna före patientkontakt 2.Desinfektion av händerna efter patientkontakt 3.Korrekt användning av handskar 4.Korrekt användning av förkläde.

4 klädregler = 1. Arbetsdräkt 2.Ringar, klockor, armband mm 3. Hår 4. Naglar

#### *Analys*

Hygien är en ständigt närvarande fråga i hälso- och sjukvårdens verksamheter och har fått mycket uppmärksamhet sedan pandemins start. Analysen visar att verksamheterna jobbar med hygienfrågan dagligen och att vi de senaste åren jobbat upp en strukturerad uppföljning av det vårdhygieniska arbetet. Det är viktigt att hygienombud och chefer samarbetar för en god hygienisk standard vilket också förtydligas genom utbildning för hygienombud.

Kommunens verksamheter deltar årliga i den nationella punktprevalensmätningen för basala hygien- och klädriktlinjer. PPM-mätning visar förbättrade resultat mot föregående år. Vid analys brister personalen framför allt i att tvätta och sprita händer före omvårdnad.

Vi har flertal personer med UVI (urinvägsinfektioner), men våra medarbetare tänker inte på att vårdrelaterade infektioner som UVI är avvikelser.

#### *Åtgärd*

Hallsbergs kommun tillhandahåller arbetskläder för att upprätthålla god hygienisk standard. Hygienombud finns på alla områden och boenden för att höja kunskapsnivån för vårdhygieniska frågor. Lokal rutin för det vårdhygieniska



arbetet i Hallsbergs kommun finns gällande hygienrond samt stickprov av dom basala hygien- och klädriktlinjerna och är känd för samtliga chefer.

Under 2022 ska vård- och omsorgsboenden medverka PPM-mätning HALT för att mäta vårdrelaterade infektioner.

#### *Uppföljning av åtgärd*

Hygienombud har utbildats 2021 av Region Örebro läns smittskydd.

#### *Mål: God demensvård*

##### *Egenkontroll: Utbildning demens*

##### *Identifiering*

En kompetenstrappa för personal som arbetar i demensvården är framtagen av demensvårdsutvecklare sedan tidigare.

##### *Analys*

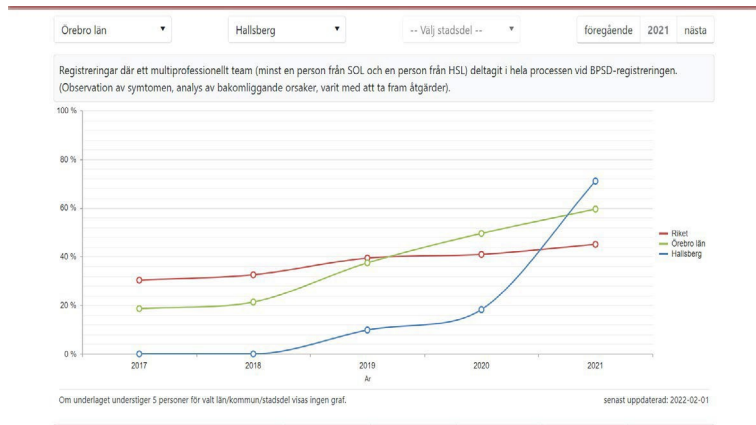
Utbildningarna ger grundläggande kunskap om demenssjukdomar, symptom och förhållningssätt. Vidare lär sig personal att på ett strukturerat sätt att minska symptom och dess konsekvenser, tolkning av skattningsskalor, strategier i vardagen vid skydds- och begränsningsåtgärder samt personcentrerad omvårdnad. I kompetenstrappan ingår också att utbilda undersköterskor till BPSD-administratörer. Registreringar i BPSD-registret görs nu i större omfattning.

##### *Åtgärd*

Demensutbildning har hållits på vissa vård- och omsorgsboenden samt hemtjänst områden under 2021. 6 undersköterskor samt 3 arbetsledare är utbildade i BPSD registret. Flera boenden samt hemtjänstområden har blivit utbildade i skydds- och begränsningsåtgärder. Demensvårdsutvecklaren har under året handlett och stöttat i att arbeta strukturerat i det multiprofessionella teamet som finns runt personen med demenssjukdom. Syftet är att minska lidande hos personen med demenssjukdom samt att ge omvårdnadspersonal bättre förutsättningar att bemöta personer med demenssjukdom.

##### *Uppföljning åtgärd*

Registreringar där ett multiprofessionellt team deltagit i hela processen har ökat. Deltagande med sjuksköterskai teamet har ökat från 9 % (2019), 18 % (2020) till 67,4 % (2021) Deltagande med arbetsterapeut i teamet har ökat från 4 % (2019), 13 % (2020) till 46 % (2021). Andel patienter som verkar smärtfria är 65,9 % vilket är en högre skattning är föregående år (58,6 %)



Figur 1 Resultat deltagande av multiprofessionella team vid BPSD-registrering.

*Mål: God vård vid livets slut*

*Egenkontroll: Förbättra god vård vid livets slut*

#### Identifiering

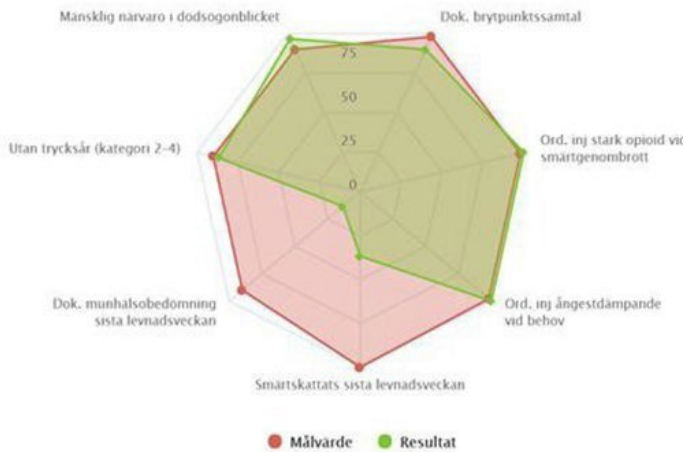
37 registreringar har gjorts i palliativa registret under 2021. Önskemålet är att alla dödsfall registreras.

Redovisning av kvalitetsindikatorer för hemsjukvård i Hallsbergs kommun:

Kvalitetsindikatorer palliativa registret	2019	2020	2021	Målvärde Socialstyrelsen
Dokumenterat brytpunktssamtal	76,5%	89,9%	70,3%	98%
Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott	100%	100%	100%	98%
Ordinerad injektion ångstdämpande vid behov	97,1%	100%	100%	98%
Smärtskatta sista levnadsveckan	20,6%	36,7%	64,9%	100%
Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan	47,1%	13,3%	37,8%	90%
Utan trycksår (grad 2-4)	91,2%	86,7%	91,9%	90%
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	94,1%	96,7%	91,9%	90%

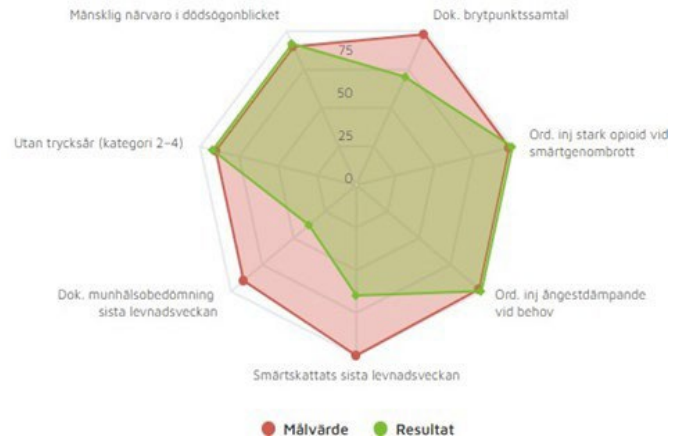
### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



### Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2021-01 - 2021-12



### Analys

Fler registreringar i Palliativa registret behöver göras för att kunna följa indikatorerna. Patienter i livets slutskede saknar ibland förmågan att delta vid ett brytpunktssamtal, men närstående får alltid möjligheten att delta. Varför indikatorn sjunkit finns i dagsläget ingen analys.

Handbok för palliativ vård med bilagor och verktyg togs fram under 2020 som ett stöd för att säkerställa en god palliativ vård. Resultaten dokumenterad munhälsobedömning samt smärtskattning sista levnadsvecka har förbättrats sedan dess.

Kompetensutveckling i palliativ vård har inte följts upp under året.

### Åtgärd

Kompetensutveckling finns som en webbutbildning för personal. Specialistundersköterska i palliativ vård finns att tillgå i kommunen.

### Mål: Sammanhållen vård och omsorg

Egenkontroll: Beslutsstöd ska användas till 100%/öka användandet av SBAR/ utbildning SBAR.

### Identifiering

Beslutsstöd används för bedömning och ställningstagande till vårdnivå men inte till 100 %. I de fall beslutsstöd används har patient skickats till sjukhus. Enligt sjuksköterskorna är det inte så ofta beslutsstöd behöver användas.

SBAR tas upp på arbetsplatsträffar, teamträffar och SBAR-kort delas ut/har delats ut till personal. Vikarier och nyanställda får information kring SBAR. Vissa av sjuksköterskorna är bra på att hänvisa tillbaka till SBAR om de får otillräckliga rapporter.

På helger/kvällar/nätter kan det brista i användandet av SBAR då bemanningssjuksköterska inte alltid har koll på att SBAR ska användas.

### *Analys*

Hallsbergs kommun har två instruktörer/sjuksköterskor i beslutsstöd och SBAR. Instruktörerna ska utbilda kommunens sjuksköterskor en gång/år. Detta har inte blivit utfört på grund av hög arbetsbelastning 2021.

Till målet för sammanhållen vård och omsorg hör också att NPÖ, nationell patientöversikt. Detta används av sjuksköterskor i kommunen för att inhämta information i samband med övertagande av vårdansvar.

ViSammodell ska användas vid utskrivning från sjukhus och vid SIP (samordnad individuell planering).

Enligt uppföljning av samverkansledare för region och kommun för södra länsdelen utförs inte samordnade individuella planeringar (SIP) för patient vid utskrivning enligt rutin. Detta medför otydliga mål och planering för patient vilket riskerar återinläggning på sjukhus.

### *Åtgärd*

SIP-utbildning är planerat för verksamheterna 2022. Metodhandledare i kommunen finns som stöd till verksamheterna. Ett omtag kommer att göras med att utbilda sjuksköterska i klinisk bedömning och beslutsstöd.

## **Resultat och analys av övriga egenkontroller**

### *Egenkontroll: Läkemedel*

#### *Identifiering*

Totalt rapporterades 609 läkemedelsavvikelser 2021 vilket innebär en ökning jämfört med 2020.

Det är framför allt inom hemtjänsten (46 %) som dessa avvikelser sker. 91 (15 %) läkemedelsavvikelser sker på demensboende. 103 (17 %) avvikelser sker på gruppboende LSS.

71 % av avvikelser som berör läkemedelshantering visar att patienten inte fått sina läkemedel enligt ordination.

Det kan också handla om att läkemedel förväxlats eller getts på fel tid. Vidare kan avvikelserna beröra felaktigt delad dosett/APO-dos eller felaktig/oklar ordination.

23 avvikelser gällde insulin, vilket är 7 fler än föregående år.

15 avvikelser gällde Waran/Fragmin vilket är 6 färre än föregående år.

Av de inrapporterade läkemedelsavvikelserna ledde 10 till läkarkontakt vilket är fler än året innan. Åtgärd som oftast vidtas är kontakt med sjuksköterska.

Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering och följsamhet till föreskriften, riktlinjer samt rutiner utförs varje år. Resultatet av granskningen visar att det finns brister vid leverans och förvaring av läkemedel, städning samt temperaturkontroller i läkemedelsförråd.

Vidare finns brister i kontroll av hållbarhet och kassering av läkemedel. Alla verksamheter saknade signaturförtydligande av delegerad personal som överlämnar läkemedel.

#### *Analys*

I avvikelserna dokumenterar rapportören orsaken till avvikelserna, vilket ofta handlar om bristande kontroll och försumlighet. Varför det ser ut på detta sätt har verksamheterna ingen analys på idag.

Hantering av läkemedel är ett av de mest författningsreglerade områdena inom hälso- och sjukvården. Läkemedelsprocessen är komplex vilket ökar risken för avvikelser som tex. läkemedel på fel tid eller fel läkemedel.

#### *Åtgärd*

Riktlinjer för läkemedelshantering som är gemensam för länets kommuner är framtagen och introducerad för sjuksköterskor.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) håller på att ta fram en process för att kvalitetssäkra hanteringen av läkemedel.

Under hösten har en ny delegeringsprocess implementerats som kommer att leda till en större säkerhet för både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal.

#### *Uppföljning åtgärd*

Samtliga verksamheter som granskades har tidsplan med förbättringsförslag.

Under 2022 kommer följsamheten till delegeringsprocessen att följas upp.

#### *Egenkontroll: Narkotikakontroll*

##### *Identifiering*

16 avvikelser har registrerats under året gällande narkotikakontroll hos patient samt i akut- och buffertförråd.

##### *Analys*

Efterforskning görs alltid och vid de flesta fall finns en naturlig förklaring till att narkotika fattas.

Under året har narkotikasvinn i akut- och buffertförråd samt hos patient rapporterats där ingen naturlig förklaring kan påvisas. Utredningar är utförda och åtgärder vidtagna såsom polisanmälan, ändrade och förtydligande av rutiner, loggbart läkemedelsskåp hos patient samt mer återhållsam utlämning av narkotiska preparat av sjuksköterska som förvaras hos patient. Anställda som identifierats och varit starkt misstänkta för svinnet har avslutat sina tjänster. Narkotikakontrollerna sker inte en ggr/månaden enligt rutin vilket beror på att när det under en lägre tid inte upptäckts svinn blir sjuksköterskor trygga i att inget försvinner. Att hantera narkotika för en person som av någon anledning har benägenhet att stjäla finns tyvärr alltid en möjlighet till. Det viktiga blir att följa rutinerna för att så snart som möjligt upptäcka svinn och finna orsaken.

### *Åtgärd*

Arbetet gällande kontroller av narkotika hos patient av ansvarig sjuksköterska har intensifierats genom tätare kontroller i akut- och buffertförråd som används mer frekvent.

### *Egenkontroll: Läkemedelsgenomgångar*

#### *Identifiering*

Det framgår av uppföljning att läkemedelsgenomgångar utförs, men inte i den omfattning som beskrivs enligt rutin. Åtgärder är vidtagna under året genom bättre struktur och tydliga planer för årskontroller av patient. Det finns brister i strukturerad dokumentation i kommunens journalföring gällande läkemedelsgenomgångar.

#### *Analys*

Syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp. Det finns två olika läkemedelsgenomgångsmodeller, enkel läkemedelsgenomgång och fördjupad läkemedelsgenomgång.

Målet är att alla personer med påbörjad eller pågående hemsjukvård ska erbjudas läkemedelsgenomgång årligen.

Läkemedelsgenomgångar initieras av sjuksköterska och utförs tillsammans med läkare.

Antalet genomförda läkemedelsgenomgångar är beroende av kontinuitet avseende både läkare i primärvård och sjuksköterskor i kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

### *Åtgärd*

Årshjul har upprättats i respektive verksamhet för att mer strukturerat arbeta med läkemedelsgenomgångar. Under året behöver dokumentationen ses över gällande läkemedelsgenomgångar för att lättare följa upp aktiviteten.

### *Egenkontroll: Kontroll av medicintekniska produkter*

#### *Identifiering*

Antal avvikelser har minskat gällande medicintekniska produkter från föregående år. Det rör sig om individuellt förskrivna hjälpmedel, omvårdnadshjälpmedel och behandlingshjälpmedel. Avvikelserna har inte lett till någon allvarlig vårdskada. Avvikelserna sker mest i ordinärt boende.

På alla boenden är lyftar kontrollerade årligen enligt rutin av hjälpmedelstekniker. Lyftar i ordinärt boende kontrolleras inte årligen enligt rutin utan vid återlämning.

På alla områden och boenden är alla lyftselar kontrollerade av arbetsterapeut under 2021.

### *Analys*

Orsaken till avvikelserna är framför allt brister i uppmärksamhet och bristande rutiner.

### *Åtgärd*

Förteckning av behandlingshjälpmedel såsom blodtrycksmätare, droppställning, stetoskop, termometer samt ansvariga för egenkontroll har tagits fram under 2021.

Arbetet med medicintekniska produkter kommer att fortsätta under 2022 med egenkontroller samt implementering av rutiner och riktlinjer inom området.

### *Egenkontroll: Skydds- och begränsningsåtgärder*

#### *Identifiering*

Riktlinje för skydds- och begränsningsåtgärder för Örebro läns kommuner har följts upp kontinuerligt i verksamheterna. Syftet med riktlinjen är att förtydliga och ge vägledning vid användandet av skydds- och begränsningsåtgärder.

En begränsande åtgärd är att anse som en skyddsåtgärd och därmed tillåten endast under förutsättning att den enskilde samtycker till åtgärden och att syftet med åtgärden är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde. Riskanalys och bedömning i teamsamverkan görs i varje enskilt fall. Denna riktlinje inkluderar HSL, SoL och LSS. Enhetschef är huvudansvarig för att riskbedömning genomförs, dokumenteras och följs upp om insatsen utförs enligt SoL eller LSS. Arbetsterapeut eller sjuksköterska är huvudansvarig då skydds- och begränsningsåtgärder är förskrivna eller ordinerade enligt HSL. Riktlinjen tas upp på teamträffar samt arbetsplatsträffar.

### *Analys*

Förändring har skett inom området då demensvårdsutvecklare nu också utbildar verksamheter i skydds- och begränsningsåtgärder.

### 3.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 §, PSL 2010:659 3kap. 3§, HSLF-FS 2017:40 3 kap.1§

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienter när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioriterade insatser.

Enhetschef tar regelbundet del av, riskbedömer, utreder och följer upp avvikande händelser som rapporterats av personal i avvikelsemodul. Detta görs såväl på individ- som verksamhetsnivå. Riskområden som identifieras är framför allt läkemedelshantering samt fall. Enhetschef för verksamheten identifierar och analyserar tillsammans med personal bakomliggande orsaker till händelser för att minska risken eller eliminera sannolikheten att den negativa händelsen inträffar igen. Detta sker på särskilda avvikelsemöten eller teamträff.

Utredningen utgår från systemsyn - samspel mellan människa-teknik-organisation och inte utifrån att leta efter syndabockar. Ett samspel mellan dessa tre faktorer är ofta orsaken till att avvikelser inträffar. Här behövs ett kontinuerligt lärande för att komma in i arbetsättet.

Alla verksamheter har teamträffar och teamledningsträffar kontinuerligt, för att följa upp och förbättra resultat både för den enskilde och verksamheten. Alla professioner är representerade på dessa möten.

#### **Lex Maria**

En avvikelse har lett till Lex Maria anmälan och skickats till IVO (inspektionen för vård och omsorg).

Händelse handlade om ett fall på gruppboende LSS där patient under ett fall fastnade i armstöd som orsakade fraktur och därmed allvarlig vårdskada. Utredning är gjord och kontaktperson har kommit till tals. Åtgärder är vidtagna i form av översyn av hjälpmedel samt planering av det förebyggande arbetet på boendet genom fungerande teamträffar samt sjuksköterska kopplad till LSS-enheterna.

IVO, inspektionen för vård och omsorg, har avslutat ärendet och bedömer att vårdgivaren fullgjort sin skyldighet att utreda, anmäla, samt vidta åtgärder för händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarligvårdskada.





### 3.2 Tillförlitliga och säkra system

Relevanta områden att arbeta med för hälso- och sjukvårdens organisation är många och ett ständigt arbete pågår för att identifiera de områdena som en del av verksamhetsutvecklingen, och på så vis stärka patientsäkerheten.

Identifierade områden under 2021 att arbeta med är samverkan med primärvården gällande omställning till nära vård samt bättre strukturer för läkarmedverkan. Läkemedelshantering, delegering samt dokumentation är också områden som behöver ses över med tillförlitliga processer.

Omsättningen av sjuksköterskor är ett område som är identifierat och behöver ses över tex. gällande introduktion.

Kontinuerliga dialogmöten hålls med regionen för att stärka samverkan kring Nära vård och läkarmedverkan, årlig granskning av läkemedelshantering är beslutad, tillförlitliga processer skrivs och introduceras.



### 3.3 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människa, teknik och organisation. Förutsättningar för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

#### Riskhantering

SOSFS 2011:9 5 kap 1§, 7 kap. 2§

Alla avvikelser som rapporteras riskbedöms av enhetschef. Konsekvensbedömning genomförs med hjälp av fastställd matris utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning.

Risk och konsekvensanalyser utförs när verksamheter identifierar problem och risker som kan uppstå, och som kan ha negativ inverkan på patientsäkerheten eller arbetsmiljön.

SOSFS 2011:9 3 kap

Riskanalys/konsekvensanalys har gjorts vid större förändringar i verksamheten som tex. vid införandet av ny delegeringsprocess.

Riskbedömning samt åtgärdsplan har utträttats utifrån att hjälpmedelstekniker inte finns att tillgå jourtid.



### 3.4 Stärka analys och lärande

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvård.

#### Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap 4 §. SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap 2 §.

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskada samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskada. Detta görs i verksamhetens avvikelsemodul eller direkt till chef. Personalen ansvarar för att snarast skriva in en avvikande händelse samt redogöra för händelsen.

Vid hög allvarlighetsgrad görs en vidare utredning av MAS/MAR/verksamhetschef och därefter görs eventuell Lex Maria- eller Lex Sarahanmälan till Inspektionen för vård- och omsorg (IVO). Medicinskt ansvarig gör en övergripande uppföljning av avvikelser i patientsäkerhetsberättelsen.

Analys av varje enskild avvikelse har blivit bättre, dock är följsamheten att skriva avvikelser sämre för vissa områden, tex. urinvägsinfektioner och det brister i utbildning i avvikelshantering för nyanställda medarbetare. Analysen av verksamheternas övergripande resultat är inte heller helt fungerande. Det systematiska arbetet tar tid att komma in i och här har verksamhetschef ett stort ansvar att vara drivande. Enhetschefer behöver mer kunskap över lag beträffande utredning av händelser.



Nedan redovisas inkomna avvikelser samt antal avvikelser som registrerats för respektive avvikelseyp. Under "Resultat och analys" redovisas fall, läkemedel, MTP, trycksår, narkotikakontroll.

Avvikelse	2017	2018	2019	2020	2021
Fall	901	812	853	952	1044
Läkemedel	598	588	504	527	609
MTP (medicintekniska produkter)	10	13	33	28	21
Specifik omvårdnad/rehab	10	25	33	29	17
Trycksår	2	4	3	7	4
Dokumentation	3	14	20	12	11
Vårdkedja	7	24	42	28	25
Allmän omvårdnad/service/träning	61	88	125	123	74
Narkotika kontroll			4	12	16

### Avvikelser i vårdkedjan

Under 2021 har 25 avvikelser i vårdkedjan mellan region och kommun rapporterats vilket är några färre än föregående år.

19 avvikelserna är skrivna från Hallsbergs kommun till Regionen Örebro läns slutenvård (universitetssjukhuset) samt primärvård (Hallsbergs vårdcentral samt Pålsboda vårdcentral). Dessa handlar om brister i samverkan gällande läkemedel, palliativ vård, läkarmedverkan, sårvård samt rutiner. Vissa avvikelser har åtgärdats genom direkt kommunikation när händelsen inträffat. För bättre läkarmedverkan har dialogmöten upprättats mellan vårdcentral och kommunen. För mer kvalitetssäker sårvård har sårvårdssjuksköterska införts med gemensam utbildningssatsning och samverkan med motsvarande uppdrag inom vårdcentral.

6 avvikelser i vårdkedjan har skickats från Regionen till Hallsbergs kommun. Avvikelserna handlar framför allt om brister i sårvård samt följsamhet till rehabiliterande åtgärder från sjukgymnast. Avvikelserna är besvarade samt åtgärder vidtagna.

Planering finns för att övergripande analysera avvikelser i samverkan med vårdcentralerna i Hallsberg. Ett liknande arbete pågår länsövergripande med Region Örebro län.

### Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9 5 kap. 3§, och 7 kap. 2§

Synpunkter och klagomål som kommer direkt till verksamheten, eller via Patientnämnd eller IVO lämnas alltid till enhets-/verksamhetschef/MAS som ansvarar för att synpunkter och klagomål handläggs och återkopplas snarast till den som inkommit med ärendet och verksamheten. Resultatet redovisas i kvalitetsberättelsen.

## Patientnämnden

Under 2021 fick Patientnämnden in två ärenden som innehåller klagomål eller synpunkter på hälso- och sjukvården i Hallsbergs kommun. Inget av dessa skickades vidare till kommunen för besvarande.

### 3.5 Öka riskmedvetenheten och beredskapen

Hallsbergs kommun har valt att genomföra en nulägesanalys av patientsäkerhetsarbetet med hjälp av SKR-verktygen för analys av stärkt patientsäkerhet.

En hel del arbete är redan i gång, men vissa områden behöver utvecklas mer. Vi kan se ett behov av att utveckla säker vård här och nu genom om att kartlägga situationsanpassningar och sätta åtgärder på det. Vidare ser vi ett utvecklingsområde i att granska och kontrollera patientsäkerheten utifrån laglista för hälso- och sjukvård. Vi behöver stärka analys, lärande och utveckling genom att cheferna är förbättringsledare. Till detta behövs ett kontinuerligt lärande som behöver få växa fram med tiden.

Vi ser också ett behov av att öka riskmedvetenhet och beredskap för att hantera risker på lång och kort sikt. Chefer och medarbetare behöver stöd och kunskap för detta. Konsekvensanalys ska göras på alla nivåer och utifrån både utifrån arbetsmiljö och kvalitet.



## 4 Mål, strategier och utmaningar för 2022

- I omställningen till Nära vård, utveckla och förtydliga patientsäkerhetsarbetet i linje med Nationella handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet.
- **Öka kunskap om inträffade vårdskador**  
Förbättringskunskap till chefer för att öka kunskapen om bakomliggande orsaker till varför avvikelser sker.
- **Tillförlitliga och säkra system och processer**  
Fortsatt identifiera hälso- och sjukvårdens viktigaste processer/rutiner och leda arbetet utifrån dessa.  
Implementering av nutritionsprocessen samt börja arbeta utifrån den.  
Implementering av riktlinjer/rutiner gällande MTP (medicintekniska produkter)  
Implementering av rutiner för läkemedelshantering.
- **Säker vård här och nu**  
Arbeta med kvalitets- och ledningssystem för att säkra kvalitet samt planera, leda och utveckla hälso- och sjukvården.  
Introduktionsplan för legitimerad personal.  
Mäta säkerhetskulturen.

Börja användandet av modulen för blåsdysfunktion/inkontinens i SeniorAlert  
Börja användandet av rehabiliteringsmodulen COPM i Senior Alert.

- **Stärka analys lärande och utveckling**

Granskning av hälso- och sjukvårdens journalföring.

Att team registrerar, tar fram och analyserar data på en övergripande nivå från avvikelssystemet kvalitetsregister (Senior Alert, BPSD, Palliativ registret) och att statistik används i det fortsatta förbättringsarbetet.

- **Öka riskmedvetenheten och beredskapen**

Fortsätta att göra riskanalyser utifrån identifierade områden för både patientsäkerhet och arbetsmiljö genom träning och kompetensutveckling.

Kartlägga situationsanpassningar för att möta risker på kort och lång sikt.

Beläggningsgrad vård- och omsorgsboende  
mars 2022

10

22/SAN/26

## Beläggningsgrad vård- och omsorgsboende mars 2022

### Ärendebeskrivning

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen redovisar statistik över beläggningsgraden inom vård- och omsorgsboende.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden godkänner informationen om beläggningsgrad inom vård- och omsorgsboende framtagen 3 mars 2022.

### Ärendet

Social- och arbetsmarknadsnämnden vill att förvaltningen månadsvis redovisar statistik över beläggningsgraden inom vård- och omsorgsboende som en uppföljning av beslutet att minska antalet vårdplatser. Statistiken visar beläggningsgraden som den såg ut 2022-03-03. Siffran inom parentes visar totala antalet platser.

Kullängen 50 (54), Werners Backe 23 (24), Nytorgsgatan 10 (10), Sköllergården 26 (29), Esslatorp 10 (11). Total beläggningsgrad 2022-02-01 uppgår till 93 %, 119 (128).

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Jaana Jansson  
Förvaltningschef

Clary Starck  
Verksamhetschef Äldreomsorg

# Riktlinje för ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete

11

22/SAN/63





## Riktlinje för ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete

### Ärendebeskrivning

Riktlinjen beskriver det systematiska kvalitetsarbetet inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår att social- och arbetsmarknadsnämnden antar riktlinjen för ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete.

### Ärendet

I riktlinjen beskrivs social- och arbetsmarknadsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det redogör för vilken typ av verksamhet som bedrivs och vilka lagar och föreskrifter som styr verksamheten. Utifrån dessa lagar och föreskrifter fastställs processer och rutiner som beskriver hur verksamheten upprätthåller och en god kvalitet. För att utveckla kvaliteten används riskanalyser och egenkontroller samt det som framkommer genom klagomål, synpunkter och reglerade rapporteringsskyldigheter.

- Barnkonsekvensanalys är utförd och redovisas i tjänsteskrivelsen eller i bilaga
- Vid prövning av barnets bästa är bedömningen att ärendet som ska beslutas inte rör barn.

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Jaana Jansson  
Förvaltningschef

Clary Starck  
Verksamhetschef

### Bilagor

Riktlinje för ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete.

# Riktlinje för ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete

Riktlinjen beskriver det systematiska kvalitetsarbetet  
inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen

---

**Kontakt**

E-post: [socialforvaltning@hallsberg.se](mailto:socialforvaltning@hallsberg.se)  
Telefon: 0582-68 50 00



**HALLSBERGS  
KOMMUN**

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>4</b>
1.1	Syfte med ledningssystem.....	4
<b>2</b>	<b>Definition av kvalitet.....</b>	<b>5</b>
2.1	Definitioner/förklaringar .....	5
2.2	Laglista .....	7
2.3	Hallsbergs kommuns styrsystem.....	7
2.3.1	Vision .....	7
2.3.2	Värdeord .....	8
2.3.3	Strategiska områden .....	8
2.3.4	Mål och indikatorer .....	8
2.3.5	Måluppfyllelse .....	9
<b>3</b>	<b>Ansvar .....</b>	<b>9</b>
3.1	Organisation inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen .....	10
3.2	Ansvarsfördelning inom Social- och arbetsmarknadsförvaltningen .....	10
3.2.1	Social- och arbetsmarknadsnämnden .....	10
3.2.2	Förvaltningschef/Verksamhetschef HSL .....	10
3.2.3	Verksamhetschef .....	11
3.2.4	MAS.....	11
3.2.5	Enhetschef .....	12
3.2.6	Medarbetare.....	12
<b>4</b>	<b>Processer och rutiner.....</b>	<b>13</b>
4.1	Processer inom Social- och arbetsmarknadsförvaltningen .....	13
4.1.1	Huvudprocesser .....	14
4.1.2	Styrprocess .....	14
<b>5</b>	<b>Samverkan .....</b>	<b>15</b>
5.1	Samverkan i social- och arbetsmarknadsförvaltningen .....	15
5.1.1	Intern samverkan .....	16
5.1.2	Extern samverkan .....	16
<b>6</b>	<b>Systematiskt förbättringsarbete.....</b>	<b>16</b>
6.1	Riskanalyser.....	17
6.2	Egenkontroll .....	17
6.3	Utredning av avvikelser .....	18
6.3.1	Klagomål och synpunkter .....	18
6.3.2	Rapporteringskyldighet av vårdskador och missförhållanden .....	18
6.3.3	Sammanställning och analys.....	19

6.4	Förbättrande åtgärder i verksamheten.....	19
6.5	Förbättring av processerna och rutinerna .....	20
7	Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....	20
8	Dokumentationsskyldighet.....	21
8.1	Patientsäkerhetsberättelse .....	21
8.2	Kvalitetsberättelse .....	22
	Referenser.....	23

# 1 Inledning

2 kap. 1 § SOSFS 2011:9

*Ledningssystem är ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten.*

I följande dokument beskrivs social- och arbetsmarknadsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det redogör för vilken typ av verksamhet som bedrivs och vilka lagar och föreskrifter som styr verksamheten. Utifrån dessa lagar och föreskrifter fastställs processer och rutiner som beskriver hur verksamheten upprätthåller och en god kvalitet. För att utveckla kvaliteten används riskanalyser och egenkontroller samt det som framkommer genom klagomål, synpunkter och reglerade rapporteringsskyldigheter.

Socialtjänstlagen, Hälso- och sjukvårdslagen samt Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade är tydliga vad det gäller systematiskt kvalitetsarbete.

- Socialtjänstlagen 3 kap. 3 § ska de insatser som sker inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Det ska finnas personal med erfarenhet och lämplig utbildning. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.
- Hälso- och sjukvårdslagen 31 § står det att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras.
- 6 § i Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade säger att verksamheten skall vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Utifrån dessa lagkrav har Socialstyrelsen utarbetat SOSFS 2011:9 "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete" som gäller för Socialtjänst, hälso- och sjukvård samt verksamheter enligt LSS.

## 1.1 Syfte med ledningssystem

SOSFS 2011:9 beskriver att verksamheter som omfattas av ovan nämnda lagar ansvarar för att det finns ett ledningssystem. Detta ledningssystem ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Ett fungerande ledningssystem gör det möjligt för verksamheten att rätt saker görs vid rätt tillfälle. Det skapar möjligheter för verksamheten att förebygga händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser.

Det är viktigt att ledningssystemet omfattar verksamhetens alla delar och med stöd av detta system ska verksamheten kunna:

- Planera
- Leda
- Kontrollera
- Följa upp

- Utvärdera
- Förbättra verksamheten

## 2 Definition av kvalitet

I 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 definieras kvalitet på följande sätt:

*att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt*

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

### 2.1 Definitioner/förklaringar

**Avvikelse** – En avvikelse är något som inträffar och som inte överensstämmer med verksamhetens normala rutiner avseende brukaren/klienten/patienten. Det kan exempelvis vara avsteg från hygienregler, att läkemedel inte getts på rätt tidpunkt, till rätt person, brister i information, utebliven insats eller att omvårdnaden brustit så att trycksår kunnat uppstå. Det kan också vara brister i omsorgen och brister i attityd och bemötande. En avvikelse kan ge större eller mindre konsekvenser för den drabbade.

**Avvikelsehantering** – Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera avvikelser samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt, sammanställa och återföra erfarenheterna.

**Checklista** – Checklista är en kontrollista som används för att komma håg att utföra specifika uppgifter. Verksamhetsspecifika checklistor antas av respektive chef.

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

**Handlingsplan** - En handlingsplan är mer konkret och specifik än en plan och innehåller ansvar, tidsplan och uppföljning för de åtgärder som anges i handlingsplanen. Syftet med handlingsplanen är samma som för planen, den anger vilka åtgärder styrelsen/nämnden ska vidta inom ett område för att mål, policy, lagar med mera ska efterlevas. Handlingsplaner antas av kommunstyrelsen eller ansvarig nämnd i de fall politiskt ställningstagande krävs, och i övriga fall av respektive förvaltningschef.

**Internkontroll** – En systematisk uppföljning och utvärdering där det primära syftet är att säkerställa att de av kommunfullmäktige fastställda målen uppfylls.

**Plan** - En plan innehåller åtgärder som ska vidtas inom ett särskilt område och syftar till att förverkliga exempelvis mål, policy, lagar med mera. Den är kortfattad och går inte in på detaljnivå utan håller sig på en övergripande nivå. En plan kan

åtföljas av en riktlinje eller rutin som går in djupare och förtydligar vad som ska åstadkommas inom området för planen. Planer antas av kommunfullmäktige.

**Policy** - En policy anger kommunens värderingar och förhållningssätt inom ett visst område. En policy ska ge en princip att följa. En policy ska vara kortfattad. Policyer antas av kommunfullmäktige.

**Process** – En process kan definieras som en serie aktiviteter som skapar ett värde för de som organisationen är till för, det vill säga brukare/klienter/patienter. En process har en väldefinierad början, ett väldefinierat slut och kännetecknande är att den upprepas många gånger. Process ska inte förväxlas med **flöde** där värdet är att nå målet. Det liknar mer en arbetsbeskrivning.

**Program** - Ett program uttrycker en värdegrund och en önskad utveckling av verksamheten. Programmet ska ange övergripande prioriteringar som kommunen ska uppnå inom ett visst område. I samband med framtagande av ett program bör möjligheten till inflytande för invånare, brukare, näringsliv och andra intressenter prövas. Program antas av kommunfullmäktige.

**Regel** - En regel sätter exakta gränser för vårt handlande i olika situationer och förbjuder vissa beteenden. Reglerna koncentrerar sig på hur en åtgärd utförs. Regler antas av ansvarig chef eller kommunens ledningsgrupp. Regler av principiell karaktär som har ett politiskt ställningstagande antas av kommunstyrelsen.

**Riktlinje** - Riktlinjer avser främst frågor som rör ren verkställighet. Riktlinjer kan ses som en handbok för hur arbetsuppgifterna ska utföras. De ska skapa en gemensam norm för önskat beteende och ge handläggaren ett visst utrymme att själv utforma detaljerna i åtgärden som regleras i riktlinjen. Riktlinjer antas av respektive nämnd, kommunstyrelsen antar kommunövergripande riktlinjer. Om riktlinjen är av principiell karaktär antas den av kommunfullmäktige. Det finns även riktlinjer som kommunen har gemensamt med Regionen, dessa beslutas inte internt i kommunen.

**Riskanalys** – Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, samt bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

**Rutin** - Rutiner är detaljerade instruktioner för hur en viss fråga ska hanteras eller hur en arbetsuppgift ska utföras. I rutinen ska det tydligt anges vad som ska göras, när det ska göras och vem som är ansvarig för att det görs. Avdelningars interna rutiner antas av ansvarig chef. Mer övergripande rutiner antas av kommunens ledningsgrupp.

**Samverkan** – Samverkan innebär att, då aktiviteter överskrider gränser inom eller mellan organisationer, handla eller fungera gemensamt för ett visst syfte. Aktörer möts på lika villkor, där aktiviteter syftar till att uppnå det gemensamma målet.

**Styrdokument** - Utöver de lagar och förordningar som styr den kommunala verksamheter åligger det kommunerna själva att upprätta egna styrdokument. Vissa styrdokument är lagstadgade och måste finnas i en viss form inom alla kommuner. Kommunen har även möjlighet att ta fram andra styrdokument för att reglera sina verksamheter. De styrdokument som finns för oss är Program, Policy, Plan, Handlingsplan, Riktlinje, Regel och Rutin.

**Åtgärdsplan** – En åtgärdsplan är en verksamhetsspecifik handlingsplan. Den ska vara konkret och specifik, innehålla ansvar, tidsplan och uppföljning för de åtgärder som anges. Skillnaden från handlingsplan är att åtgärdsplan får antas av respektive chef.

**Överenskommelser** – Överenskommelser beskriver övergripande principer och gemensamma värderingar. Det är basen för samverkan mellan parterna inom de områden där man delar hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen samt samverkan mellan Region Örebro län och kommunernas socialtjänst, vidare skolornas elevhälsa, e-hälsa och kunskapsstyrning. Inom ett stort antal områden finns och tillkommer överenskommelser som mera i detalj reglerar hur samverkan inom dessa områden ska ske.

## 2.2 Laglista

Laglistorna säkerställer att Social- och arbetsmarknadsförvaltningen i Hallsbergs kommun efterlever alla de lagar, förordningar och regler som gäller för verksamheterna. Laglista för Vård- och omsorg finns att läsa i ledningssystemet Ensolution. Laglista för Individ- och familjeomsorgen finns i IFO:s egna ledningssystem.

## 2.3 Hallsbergs kommuns styrsystem

Styrsystemet berättar vad kommunen strävar efter och vad vi ska fokusera på. Det innehåller bland annat:

**Vision** – Hur vi vill att kommunen ska utvecklas i framtiden.

**Värdeord** – Hur vi ska agera varje dag.

**Strategiska områden** – Kommunens väg för att nå visionen.

**Mål och indikatorer** – De strategiska områdena omvandlas till konkreta aktiviteter som kan följas upp.

### 2.3.1 Vision

I Hallsbergs kommun är alla välkomna, oavsett vem man är, var man kommer från och vart man är på väg. Den trivsamma blandningen av landsbygd, natur och samhällen erbjuder livskvalitet och upplevelser för alla. Det lokala näringslivet visar framåtanda och drivkraft, och utvecklar både region och individer.

Våra goda kommunikationer med omvärlden skapar möten och formar Hallsberg till en kommun som alltid är vaken. De kommunala verksamheterna verkar nära individen, erbjuder ett professionellt bemötande och är lyhörda för idéer och synpunkter.



Vi ser positivt på framtiden och tar långsiktigt ansvar för nuvarande och kommande utmaningar.

### 2.3.2 Värdeord

**Glädje** - Hallsbergs kommun, såväl organisation som geografiskt område, kännetecknas av varierande mötesplatser där människor känner glädje och stolthet. Glädjeämnen i vardagen finns bland annat i kommunens varierande och fina natur och i det rika föreningslivet. Vi bemöter varandra med respekt, inspirerar och ger varandra kraft och energi.

**Driv** - Här får man saker gjorda. Man är snabb till beslut och entreprenörskap är ett honnörsord. Vi fångar upp goda idéer och omsätter dem i verklighet. De kommunala verksamheterna kommunicerar tydligt och öppet, och beundras för sin förmåga att ta hand om synpunkter och utveckla kvalitén.

**Öppenhet** - I dialog med invånare och näringsliv utvecklas hela kommunen. Vi tar intryck av goda idéer och stora förändringar är alltid väl förankrade och påverkade av dem som berörs. Vi är stolta över vårt integrationsarbete och öppna för mångfald. Hallsberg är alltid öppet och vi erbjuder service dygnet runt.

### 2.3.3 Strategiska områden

**Hållbar kommun** – Hallsbergs kommun ska vara ett ekonomiskt, socialt och ekologiskt hållbart samhälle, där människors livskvalité ökar utan att det påverkar vår gemensamma miljö.

**Livslångt lärande** – Allas lika rätt till en bra utbildning är en förutsättning för ett samhälle där alla får ett gott liv. Alla kommunens verksamheter ska verka för att lärandet fortsätter genom hela livet, såväl under som efter arbetslivet.

**Allas inflytande** – De kommunala verksamheterna verkar nära individen, och ska erbjuda ett professionellt bemötande och vara lyhörda för idéer och synpunkter.

**God service** – De kommunala verksamheterna ska kommunicera tydligt och öppet.

### 2.3.4 Mål och indikatorer

Kommunstyrelsen och nämnderna sätter upp mål som omvandlar de strategiska områdena till konkreta aktiviteter. Det beslutas också vilka indikatorer som ska användas för att mäta om målen uppfylls. Genom att avläsa resultatet av nämndernas nämndmål ska slutsatser kunna dras av om de mer långsiktiga strategiska områdena är på väg att uppfyllas.

**Förvaltningsplan** - Förvaltningsplanen innehåller förutom en beskrivning av hur uppdraget i Mål- och budgetdokumentet ska uppnås och vem som ska göra det, även prioriterade fokusområden för det kommande året. Förvaltningsplanen ska utgöra grunden för det dagliga arbetet som bedrivs och bidra till tydlighet för alla medarbetare inom organisationen. Den ger också möjlighet att skapa en gemensam bild inom förvaltningen av vad man vill åstadkomma under kommande år, hur arbetet ska utvecklas och läggas upp effektivt för att skapa bästa resultat.

Detta sammanställs i en årlig förvaltningsplan vilken förvaltningschefen är ansvarig för att upprätta. Förvaltningsplanen ska fastställas senast i december.

**Verksamhetsplan** - Verksamhetsplanen innehåller en beskrivning hur området ska bidra till nämndens nämndmål, prioriterade fokusområden utifrån förvaltningsplanen, önskat resultat, en inventering av vilka resurser som finns och vilka som behövs samt vem som är ansvarig. Verksamhetsplanen ska fastställas senast i december.

**Enhetsplan** - Enhetsplanen innehåller aktiviteter som ska göras, vem som ansvarar för respektive aktivitet och när aktiviteten ska vara genomförd samt prioriterade fokusområden från förvaltnings- och verksamhetsplanen. Enhetsplanen ska fastställas senast i januari. Genom arbetsplatsträffen bidrar medarbetaren vid upprättande av aktiviteter för arbetsplatsen, vilka ska bidra till att nämndens nämndmål uppfylls.

### 2.3.5 Måluppfyllelse

Uppföljning av verksamhet sker tre gånger om året.

- Tertialrapport
- Delårsrapport
- Årsredovisning

I dessa rapporter analyseras utfall för varje nämndmål och en prognos läggs för helåret i tertial- och delårsrapporterna. Det utförs även internkontroller enligt beslutad plan.

## 3 Ansvar

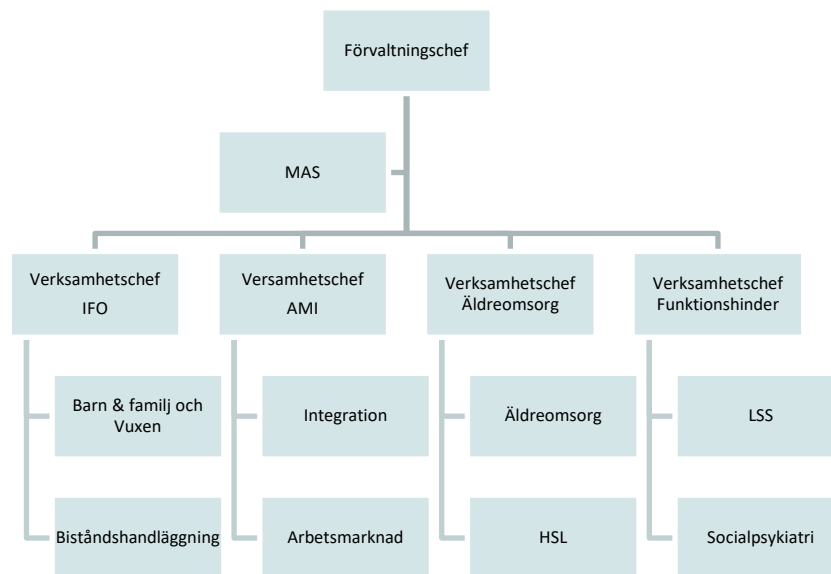
3 kap. SOSFS 2011:9

*1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.*

*2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.*

*3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.*

### 3.1 Organisation inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen



### 3.2 Ansvarsfördelning inom Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Nedan beskrivs ansvarsfördelningen inom Social- och arbetsmarknadsförvaltningen.

#### 3.2.1 Social- och arbetsmarknadsnämnden

Kommunfullmäktige fattar beslut om ramar och mål senast i juni året före budgetåret. Nämnden preciserar målen för förvaltningens arbete och bestämmer vad som ska prioriteras för respektive år genom att ta fram budget och nämndmål kopplat till dessa beslut.

Social- och arbetsmarknadsnämndens ansvar är:

- att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet
- att ge förutsättningar för att verksamheten kan uppfylla de krav som regleras i lagstiftning, förordningar och föreskrifter
- att fastställa de riktlinjer som erfordras för att det systematiska kvalitetsarbetet ska uppfylla SOSFS 2011:9

#### 3.2.2 Förvaltningschef/Verksamhetschef HSL

Förvaltningschefen beslutar om förvaltningens strategier som pekar ut den säkraste och mest effektiva vägen för att uppnå nämndmål och politiska prioriteringar.

Förvaltningschef/Verksamhetschef HSL's ansvar är:

- att inom ramen för kvalitetsledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

- att formulera kvalitetsmål för förvaltningen och arbeta för att dessa mål nås
- att systematiskt följa upp och analysera förvaltningens arbete för att löpande vidta förbättringsåtgärder
- att kommunicera och omsätta socialnämndens övergripande strategier och mål i en årlig verksamhetsplan för social- och arbetsmarknadsförvaltningen

### **3.2.3 Verksamhetschef**

Verksamhetschef är ansvarig för att verksamhetsplan upprättas inom sitt område så att nämndmålen nås och att verksamheten bedrivs inom de ekonomiska ramarna.

Verksamhetschefens ansvar är:

- att inom sitt verksamhetsområde bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete
- att göra en ansvarsfördelning för kvalitetsarbetet inom sitt verksamhetsområde
- att kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sitt verksamhetsområde
- att föra dialog med medarbetare, brukare/klienter/patienter, med anhöriga, legal företrädare och intresseorganisationer med flera om verksamheten och dess uppdrag
- att skapa förutsättningar för medarbetare att i vardagen reflektera kring kvalitet samt tillvarata synpunkter och förbättringsförslag
- att inom sitt verksamhetsområde följa upp, utveckla och dokumentera kvalitetsarbetet

### **3.2.4 MAS**

MAS ansvar är:

- att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet enligt hälso- och sjukvårdslagen
- att patienterna får den vård och behandling som läkare förordnat
- att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientjournalagen
- att rutinerna för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande
- att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patienters tillstånd fordrar det
- att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna

- att anmälan görs till den nämnd som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom

### 3.2.5 Enhetschef

Enhetschefen tar fram och tydliggör enhetens arbete gentemot nämndmålet i en enhetsplan.

Enhetschefens ansvar är:

- att leda kvalitetsarbetet inom sina respektive enheter
- att genom bemötande och personligt engagemang vara ett föredöme i en framåtsyftande kvalitetsutveckling
- att inom sina respektive enheter bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete
- att kommunicera och omsätta övergripande strategier och mål inom sina respektive enheter
- att föra dialog med medarbetare, brukare/klienter/patienter, med anhöriga, legal företrädare och intresseorganisationer med flera, om verksamheten och dess uppdrag
- att vara tillgänglig för brukare/klienter/patienter för att underlätta deras möjlighet att påverka kvaliteten i verksamheten
- att skapa förutsättningar för medarbetare att i vardagen reflektera kring kvalitet samt tillvarata synpunkter och förbättringsförslag
- att inom sina respektive enheter följa upp, utvärdera, utveckla och dokumentera kvalitetsarbetet
- att tillsammans med medarbetarna utveckla och förbättra arbetsmetoder för att tillgodose brukarens individuella behov

### 3.2.6 Medarbetare

En förutsättning för en framgångsrik organisation är att varje medarbetare känner sig ha förtroende att utföra och utveckla sina arbetsuppgifter. Alla medarbetare måste se sin roll i helheten och aktivt arbeta gemensamt med andra för att uppfylla målen. Det är därför viktigt att medarbetarna har kunskap om den röda tråden från vision via strategiska områden till nämndmål och aktiviteter.

Medarbetaren ansvarar för att utföra sitt arbete med god kvalitet, hög säkerhet och att följa beslutade styrdokument och arbets sätt.

Medarbetarens ansvar är:

- att skapa förtroende och god kvalitet genom att visa engagemang, lyhördhet och respekt i varje möte med brukare/klienter/patienter, deras anhöriga och legal företrädare samt i förhållande till egna kollegor, chef och samarbetspartners

- att tillämpa gällande lagar och förordningar samt riktlinjer, rutiner, instruktioner och övrigt antagna dokument
- att aktivt delta i den egna kompetensutvecklingen
- att aktivt delta i utvecklandet av nya rutiner och metoder
- att aktivt delta vid upprättande av aktiviteter i enhetsplanen
- att delta i uppföljning av måluppfyllelse och resultat
- att rapportera fel och brister, missförhållanden och avvikelser, synpunkter och klagomål samt delta i avvikelse- och riskhanteringsarbete
- att på eget initiativ söka den information som behövs för arbetet

## 4 Processer och rutiner

4 kap. 2 § SOSFS 2011:9

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.*

2 kap. 1 § SOSFS 2011:9

*En process är serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.*

4 kap. 3 § SOSFS 2011:9

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 §*

- 1. identifiera de aktiviteter som ingår, och*
- 2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning.*

4 kap. 4 § SOSFS 2011:9

*För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.*

*Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.*

### 4.1 Processer inom Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Inom Social- och arbetsmarknadsförvaltningen finns huvudprocesser och styrprocess. Dessa beskrivs nedan. Utöver dessa processer kan även underliggande del- och stödprocesser förekomma. I ledningssystemet finns en förteckning över processer och tillhörande dokument inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen.

#### **4.1.1 Huvudprocesser**

Inom Social- och arbetsmarknadsförvaltningen har tre huvudprocesser identifierats. Kopplat till dessa huvudprocesser finns upprättade rutiner.

##### **Handläggning enligt SoL och LSS**

Beskriver huvudprocessen handläggning från anmälan/ansökan till beslut.

- Anmälan eller ansökan
- Samtycke
- Utredning
- Bedömning
- Beslut enligt delegation; vid bifall vidare till verkställighet, vid avslag ges information om hur överklagan går till.
- Fortlöpande sker dokumentation genom hela processen

##### **Verkställighet enligt SoL och LSS**

Beskriver huvudprocessen verkställighet från mottagande av uppdrag till avslut.

- Mottagande av uppdrag
- Planering
- Genomförande
- Uppföljning
- Utvärdering av resultat
- Fortlöpande sker dokumentation genom hela processen

##### **Åtgärder enligt HSL**

Beskriver huvudprocessen för HSL från identifierat behov till avslut.

- Identifiering av behov hos den enskilde
- Samtycke
- Utredning
- Bedömning av behov och vårdnivå
- Vid bedömd hemsjukvård, planering av åtgärder
- Utföra åtgärder; den legitimerade själv eller genom delegerad personal
- Uppföljning
- Utvärdering av resultat
- Fortlöpande sker dokumentation genom hela processen

#### **4.1.2 Styrprocess**

Styrprocessen beskriver hur planering, genomförande, uppföljning och åtgärder ska utföras för att systematiskt utveckla kvalitetsarbetet inom förvaltningen.

Kopplat till styrprocessen finns upprättade rutiner.

## 5 Samverkan

4 kap. 5 § SOSFS 2011:9

### **Socialtjänst och LSS**

*Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.*

*Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.*

*Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.*

4 kap. 6 § SOSFS 2011:9

### **Hälso- och sjukvård**

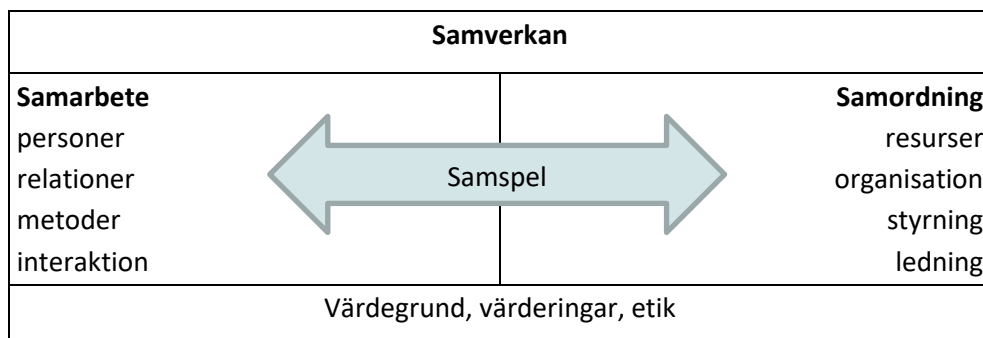
*Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.*

*Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.*

*Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.*

### 5.1 Samverkan i social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Samverkan kan beskrivas som ett samlingsbegrepp för samarbete och samordning. Samarbete står för de mellanmänniska relationerna med och kring brukare/klienter/patienter. Samordning står för stödstrukturer som behövs för att samarbeta. Nedanstående modell visar att samarbete och samordning samspelar och är beroende av varandra för att samverkan ska bli långsiktig och framgångsrik. Samverkan kräver också ett gemensamt synsätt på värdegrund och etik. När samverkan sker med externa aktörer kring en enskild person måste bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt beaktas.





### 5.1.1 Intern samverkan

Intern samverkan ska ske enligt framtagna processer och rutiner för att tillgodose behov hos brukare/klienter/patienter samt säkerställa kvalitet i den egna verksamheten.

### 5.1.2 Extern samverkan

Extern samverkan med andra vårdgivare och myndigheter ska ske enligt framtagna processer och rutiner för att tillgodose behov hos brukare/klienter/patienter.

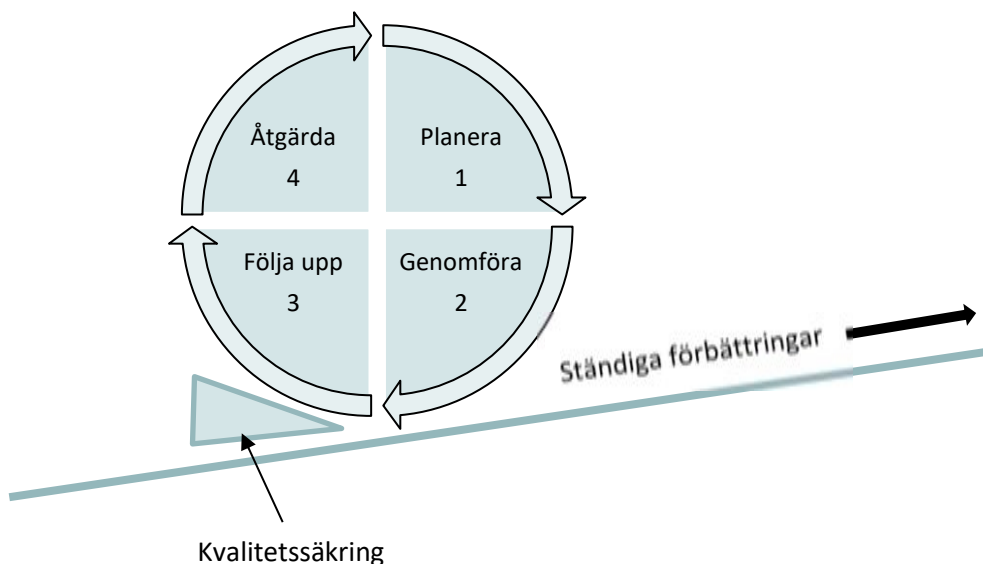
## 6 Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete.

Risicanalyser ska göras i förbyggande syfte för att förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar.

Egenkontroller ska göras för att undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten.

Rapporter, klagomål och synpunkter ska tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.



#### 1. Planera

- Identifiera krav och mål i lagstiftningen.
- Planera arbetet för att säkerställa dessa krav och mål – ta fram processer och rutiner.
- Identifiera risker och genomföra riskanalyser.

## 2. Genomföra

- Arbeta utifrån fastställda processer och rutiner.
- Ta emot rapporter klagomål och synpunkter – utred, sammanställ och analysera.

## 3. Följa upp

- Följa upp och utvärdera resultatet – egenkontroll.

## 4. Åtgärda

- Utveckla och förbättra processer och rutiner – arbeta för att nå krav och mål.

## 6.1 Riskanalyser

5 kap. 1 § SOSFS 2011:9

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.*

*För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS*

- 1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och*
- 2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.*

Det ska fortlöpande och vid förändring ske bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje händelse ska sannolikheten för att den inträffar bedömas samt vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden för brukare/klienter/patienter.

## 6.2 Egenkontroll

2 kap. 1 § SOSFS 2011:9

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

5 kap. 2 § SOSFS 2011:9

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll.*

*Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.*

För att följa upp kvaliteten i verksamheterna sker egenkontroller kontinuerligt enligt en egenkontrollplan. Den beskriver vad och hur olika kontrollpunkter ska följas upp. Egenkontrollplanen uppdateras årligen, vilket leder till att de olika

kontrollpunkterna kan förändras över tid. Det finns både förvaltningsgemensamma egenkontrollpunkter, samt verksamhetsknutna egenkontrollpunkter.

### 6.3 Utredning av avvikelser

Avvikelse är ett samlingsgrepp och omfattar synpunkter, klagomål, rapporterade vårdskador och missförhållanden. Grunden för god kvalitet utgörs av de krav och mål som finns i lagar och föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade. För att veta vad som är god kvalitet eller vad som avviker från det behöver uppdraget för verksamheten vara tydligt. Alla som arbetar i verksamheten behöver förstå betydelsen av de krav och mål som gäller för just sin verksamhet för att kunna uppnå god kvalitet. Chefer och medarbetare ska hålla sig uppdaterade utifrån att nya krav och mål kan tillkomma och att befintliga kan upphävas eller förändras. Om verksamheten inte uppnår god kvalitet utifrån krav och mål uppstår avvikelser.

#### 6.3.1 Klagomål och synpunkter

5 kap. 3 § SOSFS 2011:9

*Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från*

1. *vård- och omsorgstagare och deras närstående,*
2. *personal,*
3. *vårdgivare,*
4. *andra som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS,*
5. *myndigheter, och*
6. *föreningar, andra organisationer och intressenter.*

Alla intressenter, vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, verksamheter inom LSS, myndigheter, föreningar och andra organisationer som upplever brister i en verksamhets kvalitet har rätt att framföra klagomål och synpunkter.

Missförstånd och problem ska alltid lösas direkt i verksamheten om det går. Denna hantering behöver inte registreras i avvikelsemodulen om inte ansvarig chef anser att det är nödvändigt för enhetens kvalitetsarbete. Synpunkter och utvecklingsförslag som lämnas direkt till verksamheten ska analyseras och resultaten av bedömningen ska återges till den som lämnat synpunkten.

#### 6.3.2 Rapporteringsskyldighet av vårdskador och missförhållanden

Lagstiftningen reglerar vilka som har skyldighet att rapportera vårdskada eller risk för vårdskada alternativt missförhållande eller risk för missförhållande.

*Rapporteringsskyldighet – vårdskada eller risk för vårdskada*

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra

vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen har rapporteringsskyldighet även när det gäller andra skador än vårdskador till följd av säkerhetsbrister i verksamheten.

#### *Rapporteringsskyldighet – Missförhållande eller risk för missförhållande*

Alla som fullgör uppgifter inom socialtjänsten och stöd och service till vissa funktionshindrade, är skyldig att rapportera om de uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för insats inom verksamheten.

### **6.3.3 Sammanställning och analys**

5 kap. 6 § 2011:9

*Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.*

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras samlad för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Att enbart utreda varje enskild rapport, klagomål eller synpunkt, utan en samlad analys kan göra att problem inte uppmärksammas fullt ut. Resultaten från avvikelsestatistik, utredningar, analyser ska användas i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. Framkomna mönster och trender som indikerar brister i kvalitén ska åtgärdas av verksamheten. Både positiva resultat och förbättringsområden ska ligga till grund för ett lärande och leda till förbättring av processer och överenskomna arbetssätt. Verksamhetens samlade analys ska användas för att prioritera utvecklingsområden fortlöpande under året.

I den årliga patientsäkerhetsberättelse (skrivs av MAS) redovisas en sammanställning av alla avvikelser, klagomål och synpunkter samt åtgärder som vidtagits.

## **6.4 Förbättrande åtgärder i verksamheten**

5 kap. 7 § SOSFS 2011:9

*På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.*

Genom de olika aktiviteter som ingår i det systematiska förbättringsarbetet kan den som bedriver verksamheten få kännedom om avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter. Sådana avvikelser ska då åtgärdas så att verksamhetens kvalitet säkras.

I utredningar analyseras om det finns brister i kvalitet utifrån krav och mål relaterat till avvikelsen. Bakomliggande orsaker till brister ska alltid identifieras för att ligga till grund för beslut om effektiva åtgärder.

Förslag på åtgärder tas fram av analysledare och verksamhetskunniga/analysteam. Åtgärder ska vara så konkreta att det går att följa upp och bedöma om de haft önskad effekt. Uppdragsgivaren har det slutliga

ansvaret att besluta om vilka åtgärder som ska vidtas, vem som är ansvarig för genomförandet och vem som ska följa upp effekten av åtgärder.

Ett viktigt steg i avvikelshanteringen är när utredningar och planerade åtgärder ska återkopplas till berörda. Kunskapsåterföring är en betydelsefull del i det systematiska förbättringsarbetet som ger ett ökat lärande samt en större förståelse för vikten av avvikelserapportering. En ökad kunskap och insikt bidrar till större delaktighet i verksamhetens systematiska förbättringsarbete.

## 6.5 Förbättring av processerna och rutinerna

5 kap. 8 § SOSFS 2011:9

*Om resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.*

Vid framkomna avvikelser ska även processer och rutiner ses över. Om dessa inte är ändamålsenliga för att säkerställa verksamhetens kvalitet ska processer och rutiner förbättras. Detta innebär att verksamheten blir en lärande organisation. Utifrån framkomna avvikelser förbättras fortlöpande verksamhetens styrning så att liknande avvikelser inte återupprepas. Därmed utvecklas och säkras verksamhetens kvalitet. Att en avvikelse inträffar i en verksamhet är något negativt. Som en del av ett systematiskt förbättringsarbete är det viktigt att betona att varje upptäckt av en sådan avvikelse är något positivt. Genom upptäckten av en avvikelse säkerställs dels att den kan åtgärdas och dels att verksamheten får en möjlighet att se över sin styrning och därigenom kan förhindra att liknande avvikelser återupprepas. Den största tillgången i förbättringsarbetet (i arbetet med att upptäcka vad som inte fungerar bra i verksamheten) är personalen och brukare/klienter/patienter. Därför är det viktigt att personal och brukare/klienter/patienter alltid uppmuntras till att lämna in rapporter, klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

## 7 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

6 kap. 1 § SOSFS 2011:9

*Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.*

6 kap. 4 § och 1 kap. 6 § Patientsäkerhetslagen

*Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Med patientsäkerhet avses i denna lag skydd mot vårdskada.*

14 kap. 2 § Socialtjänstlagen

*Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.*

24 a § Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

*Var och en som fullgör uppgifter enligt denna lag ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.*

För att uppnå god kvalitet och hög patientsäkerhet är alla medarbetares engagemang och delaktighet nödvändig. Rätt kompetens ökar möjligheterna att medverka i kvalitetsarbetet och ger förutsättningar att kunna ge god vård och omsorg.

Medarbetarnas kompetens och lämplighet säkerställs genom att vid:

**Rekrytering** – använda fastslagen rutin för att nya medarbetare ska ha den kompetens som krävs för uppdraget.

**Introduktion** – skapa förutsättningar för medarbetaren att kunna utföra god vård och omsorg.

**Medarbetarsamtal** – använda fastslagen skrift för att säkra medarbetarens förståelse för verksamhetens mål och kvalitetsarbete.

**Lönesamtal** – använda fastslagen skrift för att synliggöra medarbetarens prestation kopplat till verksamhetens mål och kvalitetsarbete.

**Kompetensutvecklingsplan** – skapa förutsättningar för att varje medarbetare ska upprätthålla den kompetens som krävs för arbetet.

## 8 Dokumentationsskyldighet

7 kap. 1 § SOSFS 2011:9

*Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.*

Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Det innebär även att arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och att hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras. Det ska också dokumenteras vilka förbättrade åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till. Det kan dels vara fråga om dokumentation av planeringen av de olika aktiviteterna, dels fråga om dokumentation av framkomna resultat och hur dessa har hanterats.

### 8.1 Patientsäkerhetsberättelse

7 kap. 2 § och 3 § SOSFS 2011:9

*Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.*

*Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur*

- 1. ansvaret enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen har varit fördelat,*
- 2. patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats,*
- 3. samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,*
- 4. risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.,*
- 5. rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hanterats, och*
- 6. inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 a § och enligt 3 kap. 8 a § patientsäkerhetslagen som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.*

*Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.*

*Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad*

- 1. att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och*
- 2. att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.*

## **8.2 Kvalitetsberättelse**

Allmänna råd SOSFS 2011:9

Allmänna råd till 7 kap. 1 §

*Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå:*

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,*
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och*
- vilka resultat som har uppnåtts*

*Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad*

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och*
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.*

## Referenser

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*

Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*

Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)

SFS 1993:387. *Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade*

Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa\\_sfs-1993-387](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387)

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*

Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*

Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20119-om-ledningssystem-for-systematiskt-kvalitetsarbete/>

Socialstyrelsen, *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*

Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2012-6-53.pdf>

Socialstyrelsen, *Samverkan i re/habilitering – en vägledning*

Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2008-126-4.pdf>



# Svar till revisorerna i Hallsbergs kommun

12

21/SAN/344

## Svar till revisorerna i Hallsbergs kommun

### Ärendebeskrivning

Revisorerna har låtit genomföra en granskning av ledning, styrning och uppföljning inom social- och arbetsmarknadsnämnden. Med anledning av granskningen kommer följande svar från social- och arbetsmarknadsnämnden.

### Förslag till beslut

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen föreslår social- och arbetsmarknadsnämnden

- att godkänna svaret till revisorerna.
- att anta svaret som sitt.

### Ärendet

Syftet med granskningen är att bedöma om social- och arbetsmarknadsnämnden har en ändamålsenlig verksamhet inom givna ekonomiska ramar genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av verksamheten.

Revisorernas bedömning är att i allt väsentligt har nämnden en ändamålsenlig verksamhet inom givna ekonomiska ramar genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av verksamheten.

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till social- och arbetsmarknadsnämnden:

- Se över nyttan med att införa ev. riskanalys/konsekvensanalys i beslutsunderlagen som är kopplade till beslutet.
- Att aktivt vidta åtgärder för att uppfylla nämndens verksamhetsmål för att säkerställa verksamhetens kvalitet och effektivitet.
- Analysera resultatet i den enkät som biläggs rapporten i syfte att utveckla verksamheten och identifiera förbättringsområden.

Granskningen visar att det genom nämndens reglemente, delegationsordning och förvaltningsplan finns en tydlig ansvarsfördelning mellan nämnden och förvaltningen rörande ansvar och roller i styrning av verksamhet och ekonomi. Det finns en grundligt dokumenterad uppföljning av verksamhet och ekonomi. Uppföljningen innehåller analyser och, när så är aktuellt, förslag till åtgärder.

Det finns en struktur för när och vad som ska följas upp till nämnden som omfattar både verksamhet och ekonomi. Det har som oftast inte funnits behov för nämnden att vidta åtgärder vad gäller ekonomi.

Vad gäller verksamhet har nämnden inte vidtagit åtgärder för att nå måluppfyllelse utifrån den rapportering som lämnats vid delårsrapport för 2020 samt 2021. Ledamöterna i nämnden behöver framåt vara än mer aktiva, delaktiga, engagerade och ta ansvar för att bidra till att nämndens ledning, styrning och uppföljning blir tillräcklig och tillfredsställande.

Förvaltningen har ansvar för att till nämnden lämna tydliga förbättringsförslag så att nämnden kan prioritera mellan de olika förslagen avseende både verksamhet och ekonomi. Förslagen ska vara väl underbyggda och innehålla tydliga fakta för att möjliggöra för nämnden att prioritera mellan förslagen och fatta beslut utifrån det. Vid behov finns en barnkonsekvensanalys inskriven i beslutet eller bilagd.



För att säkerställa att orsakerna till verksamhetens kvalitetsresultat utvärderas löpande har ett antal aktiviteter utifrån nämndens mål tagits fram. Aktiviteterna utvärderas och analyseras i verksamheten tillsammans med personalen.

Förvaltning och nämnd analyserar målen inför varje år och ser också över om mål eller indikatorer behöver förändras för att kunna mäta, förbättra och analysera verksamheten. De ekonomiska förutsättningarna samt förvaltningens utmaningar presenteras för nämnden varje år inför budgetberedningen.

- Barnkonsekvensanalys är utförd och redovisas i tjänsteskrivelsen eller i bilaga
- Vid prövning av barnets bästa är bedömningen att ärendet som ska beslutas inte rör barn.

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen

Jaana Jansson  
Förvaltningschef

## Elin Öberg

---

**Från:** Lars Dahlin (SE - ASR) <lars.dahlin@pwc.com>  
**Skickat:** den 28 december 2021 10:58  
**Till:** Socialförvaltningen - Hallsberg  
**Kopia:** Kommun - Hallsberg; Revisorerna - Hallsberg  
**Ämne:** Granskning av styrning och ledning Social och Arbetsmarknadsnämnden  
**Bifogade filer:** Missiv - Styrning och ledning SAN HallsbergUnderskrivet.pdf; Revisionsrapport Ledning, styrning och uppföljning SAN - Hallsberg kommun 2021.pdf

Hej

Översänder på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna missiv och revisionsrapport över granskning av styrning och ledning Social och Arbetsmarknadsnämnden för hantering av nämnden och för kännedom till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige

//Lars

**Lars Dahlin**

PwC | Kommunal Sektor | Certifierad kommunal revisor | Director  
Direkt: +46 (0)10 2127853 | Mobil: +46 (0)70 2807050  
Email: [lars.dahlin@pwc.com](mailto:lars.dahlin@pwc.com)  
PwC Sverige  
Box 351, 651 08 Karlstad | Tullhusgatan 1 B  
[www.pwc.com/se](http://www.pwc.com/se)

The information transmitted is intended only for the person or entity to which it is addressed and may contain confidential and/or privileged material. Any review, retransmission, dissemination or other use of, or taking of any action in reliance upon, this information by persons or entities other than the intended recipient is prohibited. If you received this in error, please contact the sender and delete the material from any computer. E-mail transmission cannot be guaranteed to be secure or error-free as information could be intercepted, corrupted, lost, destroyed, arrive late or incomplete, or contain viruses. The sender therefore does not accept liability for any errors or omissions in the contents of this message, which arise as a result of e-mail transmission. Also, please note that any views or opinions presented in this email are solely those of the author and do not necessarily represent those of the company.





2021-11-10

Social- och Arbetsmarknadsnämnden

Kommunfullmäktige  
Kommunstyrelsen

### Granskning av ledning, styrning och uppföljning inom Social- och arbetsmarknadsnämnden.

Revisorerna har låtit genomföra en granskning av ledning, styrning och uppföljning inom Social- och arbetsmarknadsnämnden. Granskningens syfte är att bedöma om Social- och arbetsmarknadsnämnden har en ändamålsenlig verksamhet inom givna ekonomiska ramar genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av verksamheten?

Vår revisionella bedömning utifrån genomförd granskning är att Social- och arbetsmarknaden i allt väsentligt har en ändamålsenlig verksamhet inom givna ekonomiska ramar genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av verksamheten.

Granskningen visar att det genom nämndens reglemente, delegationsordning och förvaltningsplanen finns en tydlig ansvarsfördelning mellan nämnden och förvaltningen rörande ansvar och roller i styrning av verksamhet och ekonomi. Det finns en grundlig dokumenterad uppföljning av verksamhet och ekonomi och uppföljningen innehåller analyser och, när så är aktuellt, förslag till åtgärder.

Det finns en struktur för när samt vad som ska följas upp till nämnden som omfattar både verksamhet och ekonomi och det har som oftast inte funnits behov för nämnden att vidta åtgärder vad gäller ekonomi. Vad gäller verksamhet har nämnden inte vidtagit åtgärder för att nå måluppfyllelse utifrån den rapportering som lämnats vid delårsrapport för 2020 samt 2021.

Ledamöterna i nämnden behöver framåt vara än mer aktiva, delaktiga, engagerade och ta ansvar för att bidra till att nämndens ledning, styrning och uppföljning blir tillräcklig och tillfredsställande. Av Kommunallagens 12 kap 9 § framgår ansvaret att lämna revisionen upplysningar varför vi konstaterar att det faktum att endast 7 ledamöter/ersättare i berörd nämnd (33 procent) besvarade vår enkät trots tre påminnelser inte är förenligt med kommunallagen.

Utifrån genomförd granskning rekommenderar vi Social- och arbetsmarknadsnämnden att:

- Se över nyttan med att införa ev. riskanalys/konsekvensanalys i beslutsunderlagen som är kopplade till beslutet.
- Att aktivt vidta åtgärder för att uppfylla nämndens verksamhetsmål för att säkerställa verksamhetens kvalitet och effektivitet.

Handläggare

Revisorerna

Postadress

694 80 Hallsberg

Besöksadress

V:a Storgatan 14

Telefon

0582-68 50 00 vx  
0582-68 5x xx fax

E-post

revisorema@hallsberg.se



2021-11-10

- Analysera resultatet i den enkät som biläggs rapporten i syfte att utveckla verksamheten och identifiera förbättringsområden.

Revisionsrapporten översänds till Er för yttrande, svar och vidtagande av åtgärder med anledning av granskningen.

Yttrande sänds till [revisorerna@hallsberg.se](mailto:revisorerna@hallsberg.se) senast den 31 mars 2022.

**FÖR HALLSBERGS KOMMUNS REVISORER**

Kjell Unevik  
Ordförande

Siv Palmgren  
Vice ordförande

# Deltagare

HALLSBERGS KOMMUN 212000-1926 Sverige

***Signerat med Svenskt BankID***

***2021-12-23 19:26:45 UTC***

Namn returnerat från Svenskt BankID: Kjell Owe Unevik

Datum

Kjell Unevik

Leveranskanal: E-post

***Signerat med Svenskt BankID***

***2021-12-23 15:36:36 UTC***

Namn returnerat från Svenskt BankID: SIV PALMGREN

Datum

Siv Palmgren

Leveranskanal: E-post





# Ledning, styrning och uppföljning inom social- och arbetsmarknadsnämnden

**Hallsberg kommun**

November 2021

*Projektledare: Malou Olsson*

*Projektmedarbetare: Jonathan Melkko*




# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Hallsberg kommun genomfört en granskning av ledning, styrning och uppföljning inom social- och arbetsmarknadsnämnden. Granskningens syfte är att bedöma om social- och arbetsmarknadsnämnden har en ändamålsenlig verksamhet inom givna ekonomiska ramar genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av verksamheten?

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att social- och arbetsmarknaden *i allt väsentligt* har en ändamålsenlig verksamhet inom givna ekonomiska ramar genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av verksamheten.

Ledamöterna i styrelser och nämnder behöver framåt vara än mer aktiva, delaktiga, engagerade och ta ansvar för att bidra till att styrelsens och nämndens ledning, styrning och uppföljning blir tillräcklig och tillfredsställande. Av Kommunallagens 12 kap 9 § framgår ansvaret att lämna revisionen upplysningar varför vi konstaterar att endast 7 ledamöter/ersättare i berörd nämnd (33 procent) besvarade vår enkät trots tre påminnelser är otillfredsställande.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

Revisionsfrågor	Bedömning
1. Finns det en tydlig ansvarsfördelning mellan nämnden och förvaltningen rörande ansvar och roller i styrning av verksamhet och ekonomi?	Ja 
2. Finns det dokumenterade uppföljningar av verksamhet och ekonomi som innehåller analyser och förslag till åtgärder?	Ja 
3. Får nämnden del av uppföljningar avseende verksamhet och ekonomi och vidtar nämnden vid behov aktiva åtgärder?	Delvis 

## Rekommendationer

För att utveckla granskningsområdet bör social- och arbetsmarknadsnämnden prioritera följande rekommendationer:

- Se över nyttan med att införa ev. riskanalys/konsekvensanalys i beslutsunderlagen som är kopplade till beslutet.
- Att aktivt vidta åtgärder för att uppfylla nämndens verksamhetsmål för att säkerställa verksamhetens kvalitet och effektivitet.
- Analysera resultatet i den enkät som biläggs rapporten i syfte att utveckla verksamheten och identifiera förbättringsområden.



# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	1
<b>Inledning</b>	4
<b>Bakgrund</b>	6
<b>Syfte och revisionsfrågor</b>	6
<b>Revisionskriterier</b>	6
<b>Avgränsning</b>	6
<b>Metod</b>	4
<b>Granskningsresultat</b>	6
<b>Ansvarsfördelning</b>	6
<b>Dokumenterad uppföljning</b>	8
<b>Uppföljning och åtgärder</b>	10
<b>Samlad bedömning</b>	13
<b>Rekommendationer</b>	13
<b>Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor</b>	14
<b>Bilagor</b>	15

# Inledning

## Bakgrund

Av kommunallagen framgår att kommunens nämnder ska ha kontroll över sin verksamhet. Detta innebär att nämnderna själva ansvarar för att ha en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll så att verksamheten bedrivs på ett effektivt sätt och att det finns säkra rutiner som förhindrar förlust för kommunen och säkerställer att redovisningen är rättvisande. För att kunna följa verksamhetens utveckling kring produktion, kvalitet och ekonomi som grund för politiska beslut är det väsentligt att tillräcklig information i en strukturerad form efterfrågas av nämnden samt att nämnden använder denna information som en grund i sitt beslutsfattande. Tydliga nyckeltal är viktigt för att kunna följa verksamheten.

Revisorerna har i sin riskanalys noterat att det finns en risk avseende social- och arbetsmarknadsnämndens ledning, styrning och uppföljning. PwC har därför fått i uppdrag att genomföra en fördjupad granskning av nämndens ledning, styrning och uppföljning.

## Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om social- och arbetsmarknadsnämnden har en ändamålsenlig verksamhet inom givna ekonomiska ramar genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av verksamheten.

Revisionsfrågor:

- Finns det en tydlig ansvarsfördelning mellan nämnden och förvaltningen rörande ansvar och roller i styrning av verksamhet och ekonomi?
- Finns det dokumenterade uppföljningar av verksamhet och ekonomi som innehåller analyser och förslag till åtgärder?
- Får nämnden del av uppföljningar avseende verksamhet och ekonomi och vidtar nämnden vid behov aktiva åtgärder?

## Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

Revisionskriterierna utgörs av kommunallagens kap 6 och lokala styrdokument.

## Avgränsning

Granskningen avgränsar sig till att omfatta social- och arbetsmarknadsnämnden.

## Metod

Granskningen har genomförts genom:

Analys av styrande dokument i form av mål, budget, riktlinjer, rutiner, nämndens protokoll m.fl.

Intervjuer med nämndens ordförande, förvaltningschef och förvaltningens ekonom.

En webbenkät har skickats ut till nämndens ordinarie ledamöter och ersättare. Vidare har ytterligare enkät skickats ut till tjänstepersoner inom förvaltningen med budgetansvar. Svarefrekvensen visar följande:

- 33 procent av de förtroendevalda (ordinarie ledamöter och ersättare) har besvarat enkäten.
- 81 procent av tjänstepersonerna har besvarat enkäten.

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

# Granskningsresultat

## Ansvarsfördelning

*Revisionsfråga 1: Finns det en tydlig ansvarsfördelning mellan nämnden och förvaltningen rörande ansvar och roller i styrning av verksamhet och ekonomi?*

### *lakttagelser*

I det kommunövergripande *mål- och budgetdokumentet för 2021* framgår att Hallsberg kommuns styrsystem utgår från en mål- och resultatstyrning. Vidare tydliggörs planeringsförutsättningar, styrsystem, verksamhetsområden, budgetramar m.fl. Dokumentet beskriver även på övergripande nivå ansvarsfördelningen mellan fullmäktige, styrelse och nämnder. Nedan sammanfattas social- och arbetsmarknadsnämndens ansvarsområden utifrån det som framgår av mål- och budgetdokumentet 2021:

- hjälp och stöd till familjer och deras barn med ungdomar
- stöd till ensamkommande barn
- äldreomsorg
- hälso- och sjukvård
- integration- och arbetsmarknadsfrågor
- förebyggande arbete inom nämndens ansvarsområden
- delta i samhällsplanering

Det kommunövergripande mål- och budget 2021 beskriver även ansvarsområden för socialförvaltningen:

- utifrån individuella behov stärka och hjälpa alla personer som behöver stöd, vård eller rehabilitering för att de så självständigt som möjligt ska klara sin tillvaro.

Enligt social- och arbetsmarknadsnämndens reglemente, antagen av kommunfullmäktige 2019-06-10, ska nämnden svara för Hallsberg kommuns uppgifter inom socialtjänsten. Följande är några urval av lagstiftning som ska följas:

- Socialtjänstlagen
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Lag om vård av unga (LVU)

Från nämndens reglemente tydliggörs att nämnden ska verka för att fastställda mål uppnås och i övrigt följa givna uppdrag och riktlinjer. Vidare framgår av reglementet att nämnden är ansvarig för att dess organisation är tydlig och ändamålsenlig med hänsyn till fullmäktiges mål och styrning samt lagar.

I delegationsordningen för social- och arbetsmarknadsnämnden, 2020-09-30, har nämnden beslutat om delegering inom särskilda områden. Exempelvis har nämnden delegerat beslutsrätt för delar av ärenden inom:

- Försörjningsstöd (IFO)
- barn- och unga (IFO)



- Hälso- och sjukvård

Utifrån fullmäktiges övergripande mål har social- och arbetsmarknadsnämnden beslutat om mål för sin verksamhet. I social- och arbetsmarknadsförvaltningens verksamhetsplan framgår att förvaltningschefen ska upprätta en förvaltningsplan utifrån nämndens mål för verksamheten. I förvaltningsplanen framgår vidare att nämnden särskilt ska:

- arbeta för att säkerställa en ekonomi i balans med bibehållen, och då det är möjligt, förbättrad kvalitet.
- Gällande ekonomi och kvaliteten i verksamheten ska detta följas upp och redovisas fortlöpande.

Förvaltningsplanen definierar även förvaltningens särskilda ansvar:

- arbeta för individens självständighet
- arbeta utifrån gällande lagstiftning av professionell personal och med effektiva arbetssätt

I förvaltningsplanen framgår även vilka uppdrag förvaltningschefen gett områdescheferna med anledning av de politiska prioriteringarna.

Från social- och arbetsmarknadsförvaltningens måldokument 2021 framgår nämndens nedbrutna mål utifrån de kommunövergripande mål som fullmäktige beslutat om.

Nämnden har vidare, i *Budget 2021 Social- och arbetsmarknadsnämnden*, beslutat om fördelning av budgetramar och effektiviseringsuppdrag till nämndens olika verksamheter. Då en effektivisering krävs på 1 500 tkr under år 2021 för att nämnden ska få en budget i balans, har därför verksamheterna fått ett gemensamt uppdrag att hitta åtgärder för att minska nettokostnaderna. Budgetdokumentet tydliggör vidare att förvaltningen fortlöpande ska arbeta med effektiviseringar.

Vid intervjuer framhävs nämndens delegationsordning som det dokument för hur ansvarsfördelningen mellan nämnd och förvaltning ser ut. I och med att delegationsordningen reviderades föregående år, 2020-09-30, lyfter intervjuade att ansvarsfördelningen mellan nämnd och förvaltning även blivit tydligare. Andra faktorer som tydliggjort ansvarsfördelningen är enligt intervjuade genomförda utbildningar och att det är en kommunorganisation som har korta beslutsvägar i och med att det beskrivs vara en liten kommun.

Följande slutsatser framgår av enkäten som besvarats av de förtroendevalda:

- 100 procent anser att de har tillräcklig kunskap om nämndens uppdrag och ansvar utifrån nämndens reglemente
- 75 procent anser att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan nämnden och förvaltningen.
- 71 procent anser att resursfördelningen till nämndens olika verksamheter är tydligt dokumenterad.

Genom enkäten som skickats ut till tjänstepersoner med budgetansvar inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen framgår följande slutsatser:

- 78 procent anser att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan nämnd och förvaltning.

I fritextsvar framgår att det finns en viss avsaknad av tydliga uppdrag från nämnd vad förvaltningen ska arbeta med. Vidare framgår att gränser ibland har överskridits vad gäller roller och ansvar från ledamöter, dock nämns att detta har förbättrats under året.

### *Bedömning*

*Revisionsfråga 1: Finns det en tydlig ansvarsfördelning mellan nämnden och förvaltningen rörande ansvar och roller i styrning av verksamhet och ekonomi?*

**Bedömning:** Ja.

Bedömningen baseras på följande:

- Genom nämndens reglemente, delegationsordning samt förvaltningsplanen framgår det att det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan nämnden och förvaltningen rörande ansvar och roller i styrning av verksamhet och ekonomi. Vidare kan vi konstatera utifrån besvarad enkät att ansvarsfördelningen mellan nämnd och förvaltning upplevs tydlig.

### **Dokumenterad uppföljning**

*Revisionsfråga 2: Finns det dokumenterade uppföljningar av verksamhet och ekonomi som innehåller analyser och förslag till åtgärder?*

#### *lakttagelser*

Det är främst följande dokumenterade uppföljningar som sker kopplat till verksamhet och/eller ekonomi:

- Årsredovisning (verksamhet & ekonomi)
- Tertialrapport (verksamhet & ekonomi)
- Delårsrapport (verksamhet & ekonomi)
- Intern kontroll (verksamhet)
- Ekonomisk uppföljning/rapport (ekonomi)

Årsredovisningen innehåller sammanfattande analyser och beskrivningar av verksamhet och ekonomi utifrån året som gått. I årsredovisningen för 2020 framgår den slutliga måluppfyllelsen för nämndens mål. Pandemin beskrivs ha varit en av faktorerna som bidragit att målen till fullo inte kunnats nås. Avseende driftredovisning redovisade nämnden ett budgetöverskott. Eventuella åtgärder för ekonomin har således inte varit aktuella. I slutet av årsredovisningen lämnas övergripande kommentarer som fokuserar på framtiden och vilka utmaningar som finns. Det avsnittet beskriver utmaningarna och vad som krävs för att hantera utmaningarna. I övrigt innehåller årsredovisningen inte särskilda förslag till åtgärder.

Tertialrapport följer upp och beskriver väsentliga händelser för verksamheterna. Även nämndsmålen följs upp i tertialrapporten där analyser görs kring arbetet med att uppnå

målen. Tertialrapporten beskriver även prognoser för budgetutfall samt analys till det över- alternativt underskott som framgår. Slutligen innehåller tertialrapporten ett avsnitt för åtgärder för budget i balans. I och med att tertialrapport 2021 prognostiserar en budget i balans har inga åtgärder varit aktuella.

Delårsrapporten innehåller likt tertialrapporten rapportering av verksamhet och ekonomi. Nedan sammanfattas vad delårsrapporten innehåller:

- Väsentliga händelser för verksamheterna
- Måluppföljning
- Driftredovisning och faktorer som kan påverka årets resultat
- Åtgärder för budget i balans (åtgärder lämnas ej då prognosen är "budget i balans")

Internkontroll följs upp kvartalsvis och innehåller resultatet utifrån den genomförda kontrollmetoden. Uppföljningen lämnar en bedömning av vad de genomförda kontrollerna visat, genom rött (större avvikelser), gult (mindre avvikelser) och grönt (inga avvikelser). Vidare lämnas kommentarer, främst där bedömningen visat på avvikelser. Även genomförda/planerade åtgärder lämnas där fokus också ligger på beskrivning av hur den fortsatta uppföljningen ska ske och vem som är ansvarig för att följa upp. Utifrån en riskbedömningsmatris har ett antal risker lyfts in till nämndens internkontrollplan. Således sker riskanalys en gång per år. Intervjuade framhåller dock att särskilda riskanalyser/konsekvensanalyser inför beslut inte framgår.

I protokoll för 2021 framgår det att ekonomisk uppföljning sker månadsvis. Ekonomiska uppföljningarna innehåller analyser av exempelvis personalkostnader, utbetalat försörjningsstöd och overtidskostnader. Vidare innehåller de ekonomiska uppföljningarna förslag till nämndens beslut utifrån prognosen för det ekonomiska utfallet vid årets slut. Under 2021 har prognosen varit "budget i balans", varpå åtgärder inte varit aktuella. Under början av 2020 framgick dock en prognos som visade underskott vid årets slut. I tjänsteskrivelsen utgjorde förslag till beslut främst av:

- att nämnden godkänner informationen
- att nämnden lägger informationen till handlingarna

De intervjuade lyfter även att enkäter för brukarundersökningar är exempel på uppföljningar som sker avseende verksamhet. Inom granskningen noterar vi att brukarundersökning finns med i förvaltningens årshjul för vad som ska rapporteras till nämnd och när. Mer om årshjulet nämns under avsnitt tre (*Uppföljning och åtgärder*). Vi har även tagit del av brukarundersökning avseende verksamhetsår 2020.

Följande framgår av den enkät som besvarats av de förtroendevalda:

- 100 procent anser att rapportering av ekonomi och verksamhet innefattar analyser och redovisning av orsaker till ev. avvikelser.
- 71 procent anser att rapportering av ekonomi och verksamhet innehåller förslag till beslut/åtgärder för nämnden att ta ställning till utifrån resultatet av uppföljningen

Från enkäten som besvarats av tjänstepersoner framgår följande slutsatser:

- 100 procent anser att uppföljningarna för verksamhet och ekonomi innehåller analyser och redovisning av orsaker till ev. avvikelser.
- 76 procent anser att uppföljning av verksamhet innehåller förslag till beslut/åtgärder för nämnden att ta ställning till.
- 88 procent anser att uppföljning av ekonomi innehåller förslag till beslut/åtgärder för nämnden att ta ställning till.

### *Bedömning*

*Revisionsfråga 2: Finns det dokumenterade uppföljningar av verksamhet och ekonomi som innehåller analyser och förslag till åtgärder?*

**Bedömning:** Ja.

Bedömningen baseras på följande:

- Det finns en grundlig dokumenterad uppföljning av verksamhet och ekonomi.
- Uppföljningen innehåller analyser och, när så är aktuellt, förslag till åtgärder.

För framtiden föreslås nämnden se över nyttan med att införa ev. riskanalys/konsekvensanalys i beslutsunderlagen som är kopplade till beslutet.

### **Uppföljning och åtgärder**

*Revisionsfråga 3: Får nämnden del av uppföljningar avseende verksamhet och ekonomi och vidtar nämnden vid behov aktiva åtgärder?*

#### *lakttagelser*

Nämndens reglemente § 7 tydliggör följande avseende uppföljning, återredovisning och rapportering:

- Nämnden ska kontinuerligt följa upp sin verksamhet.

Social- och arbetsmarknadsförvaltningen har upprättat ett årshjul för år 2021. Årshjulet innehåller datum för nämndens sammanträden samt vad ska rapporteras till nämnden på respektive sammanträde. Exempelvis framgår när årsredovisning, tertialrapport, delårsrapport samt internkontroll ska rapporteras. Ekonomisk rapport ska, enligt årshjulet, rapporteras vid varje sammanträde. Utöver dessa finns det även reglerat när rapportering ska ske för övrig uppföljning, exempelvis:

- Kvalitetsberättelse
- Ej verkställda beslut
- Arbetsmiljöstatistik
- Investeringar
- Lex Maria

Från protokoll framgår att årshjulet och vad som ska rapporteras till nämnd följs.

Utifrån det som framkom under förra avsnitt (revisionsfråga 2) är det främst tertialrapport, delårsrapport och de månadsvisa ekonomiska uppföljningar som innehåller förslag till åtgärder, om behov av dessa är aktuella. Under 2021 har de

månadsvisa ekonomiska uppföljningarna visat ett budgetöverskott. Däremot fanns det prognos för budgetunderskott vid början av 2020. Vid dessa uppföljningar beslutade nämnden som oftast om att "uppdra förvaltningen att nå budget i balans". Nämndens ekonomiska utfall för 2020 blev ett budgetöverskott om 1,8 mnkr.

Från delårsrapport 2021 framgår måluppfyllelse för nämndens mål. Det är en variation mellan gröna (uppfyllda) och gula (delvis uppfyllda) bedömningar som lämnas vid delårsrapport. För uppföljning av nämndsmålen följer en kommentar kring arbetet som varit, väsentliga händelser samt vad som kommer göras senare under året. Det lämnas inga bedömningar att något eller några nämndsmål ej kommer att nås. Nämnden har 2021-09-22 beslutat om att godkänna informationen om delårsrapporten för 2021 utan särskilda åtgärder. Vid delårsrapport för 2020 var måluppfyllelsen liknande, en variation mellan gröna och gula men ingen röd. Nämnden godkände även då uppföljningen. Vid årsredovisning 2020 framgick fortsatt en variation mellan gröna och gula bedömningar, och inga röda.

Från intervjuer beskrivs att verksamhetschefer, vid de tillfällen budgeten inte var i balans inom verksamheten, fått informera nämnden vad underskottet beror på och vilka åtgärder som planeras vidta. Vidare lyfter intervjuade att nämnden gör verksamhetsbesök för att själva få information om sina verksamheter.

Från protokoll framgår att förvaltningschefen har en stående punkt där denne lämnar information om aktuella händelser. Det finns även en stående punkt för nämnden att ställa frågor till förvaltningschefen. Enligt intervjuade pågår det ett arbete för att skapa en struktur för vad som är aktuellt att tas upp vid dessa tillfällen, särskilt vad gäller information från förvaltningschefen.

Av de förtroendevalda som besvarat enkäten framgår följande:

- 100 procent anser att rapportering för verksamhet och ekonomi sker regelbundet till nämnden.
- 71 procent anser att nämnden fattar aktiva beslut för att få en ekonomi i balans.
- 57 procent anser att nämnden fattar aktiva beslut för att verksamhetens mål ska nås.

Följande framgår utifrån de svar som lämnats av tjänstepersonerna i enkäten:

- 100 procent anser att de lämnar dokumenterade uppföljningar av verksamhet och ekonomi för sin respektive enhet.
- 53 procent upplever att nämnden fattar beslut för att nå en ekonomi i balans.
- 71 procent anser att nämnden fattar beslut för att verksamhetens mål ska nås.

I fritextsvar finns det tjänstepersoner som beskriver målen som svåra att nå beroende på vilka förutsättningar som finns.

### *Bedömning*

*Revisionsfråga 3: Får nämnden del av uppföljningar avseende verksamhet och ekonomi och vidtar nämnden vid behov aktiva åtgärder?*

**Bedömning:** Delvis.

Bedömningen baseras på följande:

- Det finns en struktur för när samt vad som ska följas upp till nämnden som omfattar både verksamhet och ekonomi.
- Det har som oftast inte funnits behov för nämnden att vidta åtgärder vad gäller ekonomi.
- Vad gäller verksamhet har nämnden inte vidtagit åtgärder för att nå måluppfyllelse utifrån den rapportering som lämnats vid delårsrapport för 2020 samt 2021.

# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Hallsberg kommun genomfört en granskning av ledning, styrning och uppföljning inom social- och arbetsmarknadsnämnden. Granskningens syfte är att bedöma om social- och arbetsmarknadsnämnden har en ändamålsenlig verksamhet inom givna ekonomiska ramar genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av verksamheten?




Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att social- och arbetsmarknaden *i allt väsentligt* har en ändamålsenlig verksamhet inom givna ekonomiska ramar genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av verksamheten.

## Rekommendationer

För att utveckla granskningsområdet bör social- och arbetsmarknadsnämnden prioritera följande rekommendationer:

- Se över nyttan med att införa ev. riskanalys/konsekvensanalys i beslutsunderlagen som är kopplade till beslutet.
- Att aktivt vidta åtgärder för att uppfylla nämndens verksamhetsmål för att säkerställa verksamhetens kvalitet och effektivitet.
- Analysera resultatet i den enkät som biläggs rapporten i syfte att utveckla verksamheten och identifiera förbättringsområden.

## Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Finns det en tydlig ansvarsfördelning mellan nämnden och förvaltningen rörande ansvar och roller i styrning av verksamhet och ekonomi?	<b>Ja</b> Genom nämndens reglemente, delegationsordning samt förvaltningsplanen framgår det att det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan nämnden och förvaltningen rörande ansvar och roller i styrning av verksamhet och ekonomi.	
2. Finns det dokumenterade uppföljningar av verksamhet och ekonomi som innehåller analyser och förslag till åtgärder?	<b>Ja</b> Det finns en grundlig dokumenterad uppföljning av verksamhet och ekonomi. Uppföljningen innehåller analyser och, när så är aktuellt, förslag till åtgärder.	
3. Får nämnden del av uppföljningar avseende verksamhet och ekonomi och vidtar nämnden vid behov aktiva åtgärder?	<b>Delvis</b> Det finns en struktur för när samt vad som ska följas upp till nämnden som omfattar både verksamhet och ekonomi. Det har som oftast inte funnits behov för nämnden att vidta åtgärder vad gäller ekonomi. Vad gäller verksamhet har nämnden inte vidtagit åtgärder för att nå måluppfyllelse utifrån den rapportering som lämnats vid delårsrapport för 2020 samt 2021.	



# Bilagor

Inom granskningen har påståenden inom ett antal områden skickats ut via en webbenkät. De förtroendevalda (ordinarie ledamöter och ersättare) i social- och arbetsmarknadsnämnden har fått ta ställning till påståenden inom följande områden:

- Uppdrag och styrande dokument
- Ansvar och roller
- Mål
- Intern kontroll
- Resursfördelning
- Rapportering och åtgärder
- Uppföljning och resultat

En webbenkät har även skickats till berörda tjänstepersoner med budgetansvar inom social- och arbetsmarknadsförvaltningen. Tjänstepersonerna har fått ta ställning till påståenden inom följande områden:

- Ansvar och roller
- Mål och intern kontroll
- Rapportering och uppföljning

2021-11-10

Lars Dahlin

Malou Olsson

---

*Uppdragsledare*

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Hallsberg kommuns förtroendevalda revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från 2021-05-12. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

