

## Kallelse till socialnämnden

<b>Nämnd</b>	Socialnämnden
<b>Tid</b>	Onsdagen den 31 januari 2024 klockan 17.00
<b>Plats</b>	Höger kammarsal, kommunhuset
<b>Justerare</b>	Fredrik Wärnbring

## Föredragningslista

- | <b>Nr</b> | <b>Ärende</b>   |
|-----------|---|
| 1.        | Val av justerare och tid för justering<br>Tid för justering: fredag den 2 februari kl. 8.00                           |
| 2.        | Godkännande av dagordning   |
| 3.        | Presentation av socialt ansvarig samordnare<br>Föredragande: Jonas Linderholm Arnklint                                |
| 4.        | Presentation av medicinskt ansvarig sjuksköterska<br>Föredragande: Michelle Nilsson                                   |
| 5.        | Presentation av controller<br>Föredragande: John Jaresund   |
| 6.        | Redovisning av internkontroll 2023<br>Föredragande: Jonas Linderholm Arnklint, Michelle Nilsson och Sara Svenningsson |
| 7.        | Bokslut 2023<br>Föredragande: Pernilla Ekstrand   |
| 8.        | Information om rapportering av ej verkställda beslut - kvartal 4 2023<br>Föredragande: Pernilla Ekstrand              |
| 9.        | Ändring av detaljplan för Kämparp 1:8 m.fl.   |
| 10.       | Delegationsärenden  |
| 11.       | Informationsärenden   |

**Dokumenttyp**  
Kallelse

**Datum**  
2024-01-17

**Sida**  
2 (2)

Hans Jarstig  
Ordförande

Sara Svenningsson  
Sekreterare

## Internkontroll 2023

### Förslag till beslut

Redovisning av internkontroll 2023 godkänns.

### Beskrivning av ärendet

Internkontrollen syftar till att säkerställa:

- Att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och kostnadseffektivt
- En tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer mm.

Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att se till att det finns en god intern kontroll. Varje nämnd har en skyldighet att styra och följa upp den interna kontrollen inom nämndens verksamhetsområden.

Internkontroll för år 2023 innebär kontroll av:

- **Skydds- och begränsningsåtgärder**  
Kontroll av kännedom och tillämpning av rutiner och processer.
- **Klagomålshantering**  
Kontroll av kännedom och tillämpning av rutiner och processer.
- **Rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah**  
Kontroll av kännedom och tillämpning av rutiner och processer
- **Senior alert**  
Följsamhet i registrering kontrolleras.
- **Hållbara scheman**  
Följsamhet till arbetstidslagen kontrolleras.
- **Personlig integritet**  
Här kontrolleras huruvida medarbetare tar del av information i verksamhetssystem som de har ett behörigt tjänsteintresse till.

- **Verkställa beslut**  
Kontroll av rättssäkerhet.
- **Basala hygienrutiner**  
Här är kontrollmomentet smittskydd.
- **Aktuella genomförandeplaner**  
Kontroll av rättssäkerhet.
- **Uppföljning av biståndsbeslut**  
Kontroll av rättssäkerhet.
- **Bemanning**  
Här är kontrollmomentet i vilken utsträckning förvaltningen lyckas tillsätta utlysta tjänster.
- **Kompetens**  
Kontroll av att medarbetare har adekvat kompetens.

## Resultat och eventuella åtgärder

För respektive område som kontrollerats har undersökts om det finns aktuell dokumenterad rutinbeskrivning, om rutinen fungerar enligt rutinbeskrivning, om rutinen fungerar men behöver utvecklas, om avvikelser mot rutiner har konstaterats samt om det, i förekommande fall, finns förslag till åtgärder.

## Skydds- och begränsningsåtgärder

Inom socialförvaltningen i Habo kommun bedrivs vård och omsorg i enighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till personer med vissa funktionshinder (LSS). Dessa lagar bygger på frivillighet.

Tvångs- och begränsningsåtgärder får endast användas med stöd av lag. Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lag om rättspsykiatrisk vård (LRV) är lagar som innebär att personers frihet inskränks.

Inom socialförvaltningens verksamheter får tvångs- och begränsningsåtgärder inte förekomma. Inom socialförvaltningens verksamheter kan däremot arbete

med skyddsåtgärder vara aktuellt i syfte att skydda, stödja eller hjälpa den enskilde. Den enskilde ska ha gett sitt samtycke till åtgärden.

Rutin för skydds och begränsningsåtgärder finns men rutinen fungerar ej fullt ut och saknar vissa delar, tex hur dokumentation i enskild journal ska se ut.

Rutinen gäller för skydds- och begränsningsåtgärder och **tvångsåtgärder**. I våra verksamheter får det inte förekomma tvångsåtgärder- så detta blir lite missvisande. Behov av revidering av rutinen finns.

Det finns brister i följsamhet i rutinen, framförallt i att dokumentera samtycke till skyddsåtgärd samt om riskbedömning är gjord.

Åtgärd:

MAS och SAS kommer under våren 2024 att se över rutinen och revidera.

Det finns behov av att ut i verksamheterna förtydliga skillnaden mellan tvångsåtgärder och begränsningsåtgärder samt skyddsåtgärder. Samt att ut i verksamheterna trycka på följsamhet till rutinen.

### **Klagomålshantering**

Klagomål hanteras i IT-systemet DF Respons. Vem som helst kan skicka in ett klagomål via kommunens hemsida. Klagomål kan också tas emot muntligen eller på andra sätt och då ska den som tar emot det tillse att det registreras i IT-systemet. Internkontrollen visar att det fram till slutet av oktober 2023 fanns elva klagomål som hade hanterats i DF Respons. I ett ärende framgick inte i IT-systemet om eller hur klagomålet besvarats. Vid efterforskning av detta har det framkommit att klagomålet har besvarats men inte dokumenterats enligt rutin.

### **Rapporteringskyldigheten enligt lex Sarah**

Alla medarbetare, uppdragstagare med flera är enligt lag skyldig att rapportera missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden. Under hösten 2023 genomfördes ett kunskapstest i förvaltningen, där alla medarbetare ombads svara på ett antal frågor om lex Sarah. Antalet svarande uppgick till 50 procent. Resultatet visade att de som svarade i stort vet vad lex Sarah innebär men att det finns förbättringspotential kring vetskap om hur rapportering ska ske och hur gången ser ut efter att en rapport inkommit. Åtgärd är redan vidtagen genom att förvaltningens ledningsgrupp påmint alla chefer om vikten av att de enligt skriftlig rutin för lex Sarah minst en gång per år och vid alla nyanställningar ska informera om rutinen och skyldigheterna. Vidare har SAS

tagit fram en intern utbildningsfilm som alla chefer fått del av för att kunna använda i sina arbetsgrupper.

### Senior alert

Senior alert är ett av Sveriges cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Med hjälp av Senior alert blir arbetet strukturerat och systematiskt.

De som ska riskbedömas enligt senior alert är alla över 65 år som är inskrivna i hemsjukvård. Att göra riskbedömningar ingår i legitimerad personals profession och ansvarsområde, men senior alert möjliggör ett strukturerat arbetssätt och teamsamverkan.

Sedan projekt senior alert september 2022-2023 finns numera en tydlig rutin och process för senior alert på SÄBO. En påbörjad rutin finns för korttiden som är under utveckling.

Dock finns ännu ingen rutin för hemtjänsten/hemsjukvård och övriga verksamheter.

På SÄBO är följsamheten till rutinen hög och arbetssättet följs enligt rutin.

Åtgärder:

Grunden för vidare arbete med senior alert på hemtjänsten/hemsjukvården bygger på teamsamverkan. 2024 finns en plan om att starta ett förbättringsarbete/projekt kring teamsamverkan hemsjukvård/hemtjänst.

Där kommer grunden läggas för den interna samverkan kring patienten vilket kommer möjliggöra riskbedömningar och åtgärdsplanering tillsammans i teamet- och kvalitetsregistret senior alert blir då lättare att implementera även där.

### Hållbara scheman

Kontrollmomentet innebär kontroll av att arbetstidslagen följs. Rutin enligt rutinbeskrivning finns och fungerar. Förvaltningen använder verksamhetssystemet MultiAccess som signalerar om arbetstid förläggs felaktigt. Avstämningar sker även regelbundet mellan HR och chefer i förvaltningen. Inga brister har noterats.

## Personlig integritet

Loggkontroller ska göras i syfte att kontrollera att medarbetare endast tar del av uppgifter om brukare och patienter som de behöver för att kunna utföra sitt arbete. Den som olovligen bereder sig tillgång till uppgifter om enskilda kan göra sig skyldig till dataintrång. Förvaltningen har en rutin för loggkontroll som inte har fungerat i praktiken. En ny rutin är under framtagande och kommer att tillämpas under 2024.

## Verkställa beslut

Förvaltningen rapporterar ej verkställda beslut till IVO en gång per kvartal. Socialnämnden, kommunfullmäktige och kommunens revisorer får del av informationen efter rapporteringen till IVO. Förvaltningen har en rutin och en tillhörande process som beskriver tillvägagångssätt och ansvar för rapportering. Rutinen är daterad 2006 och är i behov av uppdatering. Det finns behov av att utveckla processen så att den blir mer detaljerad. Förvaltningen håller på att se över om ansvaret för rapporteringen av ej verkställda beslut ska flyttas närmare de verksamheter som ansvarar för att verkställa beslut om bistånd.

## Basala hygienrutiner

Infektioner till följd av vård och omsorg förekommer inom kommunal vård och omsorg, både inom hälso- och sjukvård och äldre- och funktionshinderomsorgen. Ett stort antal vård- och omsorgstagare rör sig mellan olika vårdgivare och olika vård- och omsorgsformer, såsom slutenvård, öppenvård och olika boendeformer. Kontakterna kan vara många och ibland täta, vilket ökar risken för smittspridning.

Att förebygga infektioner är en viktig del i kvalitets- och säkerhetsarbetet inom alla former av vård, omsorg och omvårdnad.

### Enligt grundläggande regelverk såsom:

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Socialtjänstlagen (2001:453)
- Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

ska vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS uppfylla kraven på god kvalitet. Det innebär exempelvis att den ska vara trygg, säker och som hälso- och sjukvårdslagen tydligt uttrycker vara av god hygienisk standard. Ovan nämnda ska systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. God hygienisk standard innebär att lokaler, utrustning, organisation och planering av verksamheten utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt. Detta förutsätter att verksamheten har vårdhygienisk kompetens.

Process finns för vårdhygienisk egenkontroll på ledningssystemet. Denna innehåller en rutin för smittförebyggande åtgärder. Samt ansvarsbeskrivning och roller. Denna beskriver även verksamhetens ansvar gällande smittförebyggande åtgärder och den egenkontroll som skall utföras av chefer. Det finns brister i följsamhet i denna. Finns även brister i innehåll på lokal nivå- det behöver ex. tydligt framgå hur vi arbetar med basal hygienrutiner ute i våra verksamheter, vem introducerar nyanställda m.m. Men det behöver även framgå rutiner kring hur det ser ut just i respektive verksamhet, lokaler m.m.

Åtgärd:

MAS har på ledningsgrupp ÄO/FO/HS 17/1 informerat och uppmanat enhetschefer att följa den process och rutin som finns gällande egenkontroll av vårdhygieniskt standard.

MAS har även på ledningsgrupp 17/1 informerat om att det finns en chefsutbildning att gå som regionens smittskydd håller i.

Förslag till åtgärd är även att bjuda in Smittskydd till förvaltningsövergripande chefsträff. Detta för att informera och stötta cheferna i det systematiska vårdhygienarbetet och kunna jobba för målet att uppnå en god hygienisk standard.

MAS tillsammans med hygienombud kommer att revidera och uppdatera rutiner som rör basala hygienrutiner under 2024.

### **Aktuella genomförandeplaner**

Av 6 kap. 2 § SOSFS 2014:5 följer att en genomförandeplan bör upprättas av den som ska utföra en insats. Genomförandeplanen syftar till att skapa en tydlig struktur för genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Genom planen tydliggörs både för den enskilde och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur. En genomförandeplan underlättar också journalföringen. Vidare kan sägas att genomförandeplanen är ett helt



centralt verktyg för att kunna arbeta enligt Individens behov i centrum (IBIC) på det sätt som är avsikten.

Internkontrollen visar att de flesta enhetschefer valt att i sina kritiska kvalitetsfaktorer ha indikatorn ”Antal ej aktuella genomförandeplaner”. Inom äldre- och funktionshinderomsorgen är det bara fyra SÄBO-enheter som inte har den kvalitetsindikatorn. Merparten av de som använder denna indikator rapporterar grönt (målvärde uppnått) eller gult (nära målvärde). Hemtjänsten rapporterar dock rött (ej accepterat värde) och anger att det har varit svårt att etablera en rutin för arbetet, delvis till följd av att det inte funnits dokumentationsombud i alla grupper.

En socialt ansvarig samordnare (SAS) har nu anställts i förvaltningen. Ett av fokusområdena för denne under den närmste tiden är att arbeta för att höja nivån på den sociala dokumentationen inom äldre- och funktionshinderomsorgen, där arbetet med genomförandeplanen är en del. Ett arbete med att ta fram en plan för detta är påbörjat.

### Uppföljning av biståndsbeslut

Det är biståndsenheten och individ- och familjeomsorgen (IFO) som ansvarar för att fatta beslut om bistånd och följa upp besluten. Uppföljningen syftar bland annat till att ta reda på om insatsen följer nämndens beslut och gällande författningar och uppmärksamma eventuellt förändrat behov.

Internkontrollen visar att det inom IFO i stort genomförs uppföljningar på tillfredställande sätt. Uppföljning av biståndsbeslut fattade av biståndsenheten följs inte upp i tillräcklig omfattning. Enheten har under en längre tid haft utmaningar med detta. Enhetschef beskriver att det bland annat beror på underbemanning till följd av sjukskrivningar, personalomsättning och bristande systematik i arbetssättet med hur långa beslut som fattas och när uppföljningar ska göras. Personalsituationen blir under våren 2024 stabilare, vilket möjliggör förbättringsarbete, och enhetschef planerar åtgärder i form av att ta fram rutiner för hur arbetet med uppföljningar ska bedrivas.

### Bemanning

Bemanning kontrolleras på övergripande nivå i socialförvaltningen varje tertiäl genom kontroll av utannonserade tjänster och tillsättningar av tjänster. Syftet är att ta reda på om utannonserade tjänster har gått att tillsätta. Eventuella avvikelser redovisas för socialnämnden varje tertiäl. Rutinen fungerar väl.

### Kompetens

Kompetens är en kritisk kvalitetsfaktor på övergripande nivå i styrmodellarbetet. Definitionen är att medarbetare har rätt kompetens för sitt uppdrag och detta följs upp varje tertiäl genom kontroll av hur stor andel vårdbiträden och hur stor andel undersköterskor som arbetar i äldreomsorgen i Habo. Eventuella avvikelser redovisas för socialnämnden varje tertiäl. Rutinen fungerar väl.

Jonas Linderholm Arnklint  
Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Sara Svenningsson  
Utredare

Michelle Nilsson  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

**Beslutet skickas till:**  
Kommunstyrelsen  
Kommunens revisorer  
Chefer i socialförvaltningen



# HABO KOMMUN

Socialförvaltningen

Birgitta Johansson  
IT-samordnare

## TJÄNSTESKRIVELSE

Datum  
2024-01-18

Dnr  
SN23/70

Sida  
1 (1)

Till  
Socialnämnden

### Information om rapportering av ej verkställda beslut enligt SoL och LSS – fjärde kvartalet 2023

Socialnämnden har för fjärde kvartalet 2023 rapporterat till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om sex gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL samt ett beslut enligt 9 § LSS som ej verkställts inom tre månader från beslutsdatum (Tabell 1).

Kön	Tidigare rapporterat	Beviljad insats	Dagar från beslut till rapporterings-tillfället	Notering
M	Kvartal 2 2023 Kvartal 3 2023	Kontaktfamilj (SoL)	250	Resursbrist. Verkställt 2023-10-19
M	Kvartal 2 2023 Kvartal 3 2023	Kontaktfamilj (SoL)	250	Resursbrist. Verkställt 2023-10-19
M	Kvartal 3 2023	Stödfamilj (LSS)	241	Resursbrist. Avslutat 2023-11-30. Annan insats ersätter.
M	Kvartal 3 2023	Parboende (SoL)	182	Resursbrist. Avslutat 2023-10-14 på sökandes begäran.
K	Kvartal 3 2023	Särskilt boende (SoL)	147	Resursbrist. Verkställt 2023-11-14
M	Kvartal 3 2023	Särskilt boende (SoL)	132	Resursbrist. Verkställt 2023-11-16
K	Kvartal 3 2023	Särskilt boende (SoL)	139	Re Resursbrist. Verkställt 2023-12-12

Tabell 1

### Sammanställning av tidigare rapporterade ej verkställda beslut

Förvaltningen har sammanställt rapporterade ej verkställda/avslutade beslut i Bilaga 1.

Pernilla Ekstrand  
Förvaltningschef

Birgitta Johansson  
IT-samordnare

**Expedieras till**  
Kommunfullmäktige  
Kommunrevisionen

## Sammanställning av rapporterade ej verkställda beslut/avbrott i verkställighet enligt SoL och LSS

Bilaga 1

Beviljad insats	Lag- rum	kön		Beslutsdatum/ Avbrotts- datum	Dagar från beslutsdatum till rapporterings- tillfället	Rapporterings- tillfällen	Verkställt/ avslutat	Antal dagar från beslut till verkställt/avslutat	Notering
		k	m						
<b>Följande beslut rapporterades 2023 kvartal 2</b>									
Kontaktfamilj	SoL		x	2023-02-10	140				
Kontaktfamilj	SoL		x	2023-02-10	140				
<b>Följande beslut rapporterades 2023 kvartal 3</b>									
Kontaktfamilj	SoL		x	2023-02-10	232	2023 kvartal 2			
Kontaktfamilj	SoL		x	2023-02-10	232	2023 kvartal 2			
Stödfamilj	LSS		x	2023-04-03	180				
Parboende	SoL		x	2023-04-24	159				
Särskilt boende	SoL	x		2023-06-19	103				
<b>Följande beslut rapporterades 2023 kvartal 4</b>									
Kontaktfamilj	SoL		x	2023-02-10	250	2023 kvartal 2 2023 kvartal 3	2023-10-19	250	
Kontaktfamilj	SoL		x	2023-02-10	250	2023 kvartal 2 2023 kvartal 3	2023-10-19	250	
Stödfamilj	LSS		x	2023-04-03	241	2023 kvartal 3	2023-11-30	241	
Parboende	SoL		x	2023-04-24	182		2023-10-24	182	
Särskilt boende	SoL	x		2023-06-19	147		2023-11-14	147	
Särskilt boende	SoL		x	2023-07-06	132		2023-11-16	132	
Särskilt boende	SoL	x		2023-07-26	139		2023-12-12	139	

## Ändring av detaljplan för Kämparp 1:8 m.fl.

### Förslag till beslut

Socialnämnden har inga synpunkter på förslaget.

### Beskrivning av ärendet

Plan- och exploateringsenheten har tagit fram ett förslag till ändring av detaljplan för att möjliggöra detaljhandel med skrymmande varor.

Kommunen ser ett behov av att möjliggöra detaljhandel med skrymmande varor inom aktuell del av industriområdet Tumbäck, som är beläget i norra delen av Habo tätort. Fastigheterna Kämparp 1:23 och Kämparp 1:13 som ligger i den södra delen av industriområdet bedöms vara lämpliga att pröva för användningen genom en ändring av gällande detaljplan. Fastigheterna är strategiskt lokaliserade nära väg 195 och Hjovägen och trafik behöver inte passera genom befintligt industriområde.

Ett förslag på ändring av detaljplan har tagits fram och byggnadsnämnden beslutade den 20 december 2023 att skicka ut handlingarna till berörda sakägare och myndigheter enligt 5 kapitlet 11 § plan- och bygglagen för samråd. Samrådstiden pågår mellan 15 januari – 19 februari 2024.

Planförslaget finns att ta del av digitalt på Habo kommuns hemsida:

<http://www.habokommun.se/planer>

Synpunkter på planförslaget ska inkomma skriftligen senast den 19 februari 2024

**Dokumenttyp**  
Tjänsteskrivelse

**Datum**  
2024-01-18

**Diarienummer**  
SN24/21

**Sida**  
2 (2)

Sara Svenningsson  
Utredare

**Beslutet skickas till**  
plan@habokommun.se



Till Socialnämnden

### **Informationsärenden i samband med socialnämnden den 31 januari 2024**

I samband med nämndutskick bifogas en innehållsförteckning på de handlingar som ligger i den röda informationsmappen som cirkulerar under nämndsammanträdena. Om det finns handlingar som ledamöterna vill titta närmare på finns, dessa tillgängliga hos förvaltningsadministratören före och efter sammanträdet.

#### **Informationsmappen innehåller följande handlingar:**

1. Kommunfullmäktige
  - *Utveckling av Habo kommuns modell för målstyrning och verksamhetsuppföljning § 92 (2023-10-26)*
2. Facklig Samverkan
  - *Minnesanteckningar 25 januari 2024*