

## Kallelse till socialnämnden

<b>Nämnd</b>	Socialnämnden
<b>Tid</b>	Onsdagen den 29 januari 2025 klockan 17.00
<b>Plats</b>	Höger kammarsal, Kommunhuset
<b>Justerare</b>	Kajsa Särenholm

## Föredragningslista

### Nr    Ärende

1. Val av justerare och tid för justering  
Tisdag den 4 januari 2024 kl. 16.30
2. Godkännande av dagordning  
Föredragande: Hans Jarstig
3. Budgetuppföljning 2024  
Föredragande: John Jaresund
4. Redovisning av internkontroll 2024  
Föredragande: Sara Svenningsson, Jonas Linderholm Arnklint, Michelle Wahlby
5. Tillsynsärende gällande serveringstillstånd  
Föredragande: Sara Svenningsson
6. Information om rapportering av ej verkställda beslut- kvartal 1 2025  
Föredragande: Pernilla Ekstrand
7. Delegationsärenden
8. Informationsärenden  
Föredragande: Pernilla Ekstrand

Hans Jarstig  
Ordförande

Sandra Grip  
Sekreterare

## Budgetuppföljning 2024

### Beslut

Information läggs till handlingarna.

### Beskrivning av ärendet

#### Driftsuppföljning helår 2024 (Tkr)

Verksamhet/Enhet	Budget helår	Prel. utfall helår	Avvikelse Budget - Prognos
Politisk verksamhet	696	549	148
Socialförvaltningen gemensam	12 172	11 206	965
Övergripande ÄO o FO samt hälso- o sjukvård	43 825	41 424	2401
Äldreomsorg	106 181	102 894	3287
Funktionshinderomsorg	58 194	58 586	-392
Individ- och familjeomsorg	34 591	35 085	-494
Flykting och integration	37	-65	102
<b>Total</b>	<b>255 696</b>	<b>249 679</b>	<b>6 017</b>

**Kommentar till avvikelse och planerade/genomförda åtgärder drift**

Socialnämndens preliminära utfall för året hamnar på totalt +6 017tkr.

För den politiska verksamheten redovisas ett överskott på +148tkr där lägre arvoden till förtroendevalda är den störst bidragande posten.

För socialförvaltningen gemensamt förväntas en avvikelse mot budget på +965 tkr där ej tillsatt tjänst och förlängd föräldraledighet är de största bidragande posterna.

Vad gäller kostnader för Övergripande ÄO o FO samt hälso- och sjukvård förväntas ett överskott på +2 401tkr. De största bidragande posterna är ej tillsatta tjänster och sjukskrivningar under året. Nytt avtal för fakturering av nattsjuksköterska till Mullsjö och erhållna bidrag som ej varit budgeterade.

För äldreomsorgen redovisas ett överskott på +3 287tkr. De störst bidragande posterna är LOV-relaterade både på kostnads- och intäktssidan (via bidrag för tidigare års arbete med att minska antalet timanställda). Andra bidragande poster är ej tillsatta tjänster och en nettoeffekt av att avdelningen Linden inte öppnat.

Gällande funktionshinderomsorgen visas ett underskott mot budget på -392tkr. Störst bidragande poster är en särskild avgift till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) och en intäkt gällande personlig assistans som spåddes komma från Försäkringskassan men som uteblev.

För individ- och familjeomsorgen redovisas ett underskott på -494tkr. De störst bidragande posterna till utfallet är kopplade till ökade kostnader för placeringar och till viss del även ökade kostnader för försörjningsstödet.

John Jaresund  
Controller

**Dokumenttyp**  
Tjänsteskrivelse

**Datum**  
2025-01-21

**Diarienummer**  
SN25/24

**Sida**  
3 (3)

**Beslutet skickas till**  
Ekonomichef

## Internkontroll 2024

### Förslag till beslut

Redovisning av internkontroll 2024 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 2024 innebär kontroll av:

- **Rutin för loggkontroll**  
Kontroll av att rutinen följs och att loggkontroller utförs
- **Senior Alert**  
Kontroll av följsamhet i registrering
- **Basala hygienrutiner**  
Kontroll av att följsamhetsobservationer görs
- **Korrekt information till kommuninvånare**  
Kontroll av att information och kontaktuppgifter på hemsidan är aktuella
- **Socialnämndens delegationsordning**  
Kontroll av att delegationsordningen är aktuell utifrån befattningar och att beslut fattas av behörig delegat

- **Rutin för e-posthantering vid frånvaro**  
Kontroll av att medarbetare följer rutinen
- **Anmälningsskyldighet/skyldighet att överföra information vid misstanke om att barn far illa**  
Kontroll av att medarbetare har kännedom om skyldigheten
- **Social dokumentation**  
Kontroll av följsamhet i regelverk för social dokumentation
- **Verkställa socialnämndens beslut**  
Granskning av nämndprotokoll för att kontrollera att socialnämndens beslut har verkställts alternativt kommer att verkställas
- **Dataskyddsförordningen**  
Kontroll av att registerförteckningen över personuppgiftsbehandlingar är aktuell och komplett

## 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.

## Rutin för loggkontroll

Kontroll av loggar i verksamhetssystem görs för att den enskildes integritet ska säkerställas. Innehållet i journaler skyddas av sekretess. Medarbetare ska bara ta del av information om individer som krävs för att kunna utföra sitt arbete. Loggkontrollen ska utföras på ett systematiskt och regelbundet sätt samt utifrån uppkommen misstanke om otillbörlig användning.

I inledningen av 2024 togs beslut om en rutin för loggkontroll. Förberedelser gjordes i augusti för att kunna genomföra de första kontrollerna. När logglistor skulle administreras till chefer för kontroll uppstod behov av revidering av rutinen utifrån ett antal punkter som varit svåra att förutse när rutinen togs fram. Rutinen har omarbetats under hösten och beslut om reviderad rutin fattades den 20 december 2024. De första loggkontrollerna kommer nu att genomföras under inledningen av 2025.

## 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 en tydlig rutin och process för senior alert på SÄBO och Korttiden.

Dock finns ännu ingen rutin för hemtjänsten/hemsjukvård och övriga verksamheter. 2024 fanns en plan för implementerat arbete i hemtjänsten och ett projektdirektiv skrevs. Projektet kunde dock inte genomföras på grund av hög arbetsbelastning och andra prioriteringar i hemtjänsten.

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

2024 genomförde Senior Alert tillsammans med Habo kommun, en kvalitetsgranskning av följsamhet till senior alerts process samt dokumentation kring detta.

#### Resultat:

Kvalitetsgranskningen visar att av alla patienter som valdes ut hade alla aktuella riskbedömningar och utförs 2ggr/år enligt rutin. Alla steg i processen följs. Merparten av uppgifterna stämmer mellan journal och kvalitetsregister.

Granskningen visar förbättringspotential gällande att Rehab behöver ta en mer central roll i delarna kring fall, då det är dokumenterat i journal men saknas uppgifter i registret som underlag i förbättringsarbete. Samt att hemsjukvården saknar registrerande enheter.

#### Åtgärd:

De brister som uppmärksammats i kvalitetsgranskningen kommer att tas vidare till senior alert-ombud som planerar åtgärder kring bristerna. Införande av arbetssätt kring Senior alert på hemtjänsten/hemsjukvården är ett prioriterat område 2025.

## 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.

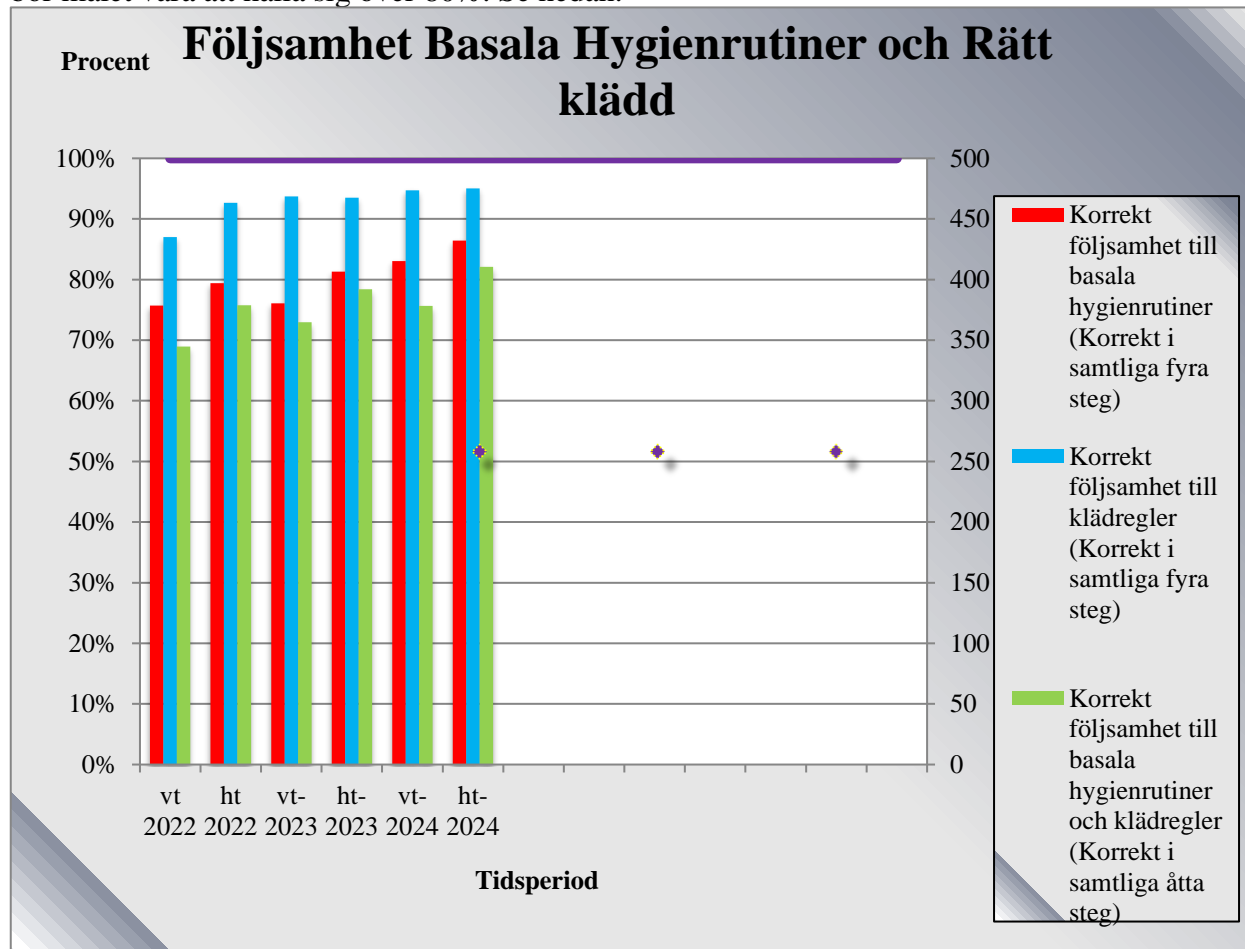
Regelbunden mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ger ett underlag till förbättringar i verksamheten. Hög följsamhet bidrar till en minskning av vårdrelaterade infektioner och på så vis till att öka säkerheten för de boende.

Följsamhetsmätningen är helt enkelt ett redskap till att kunna arbeta förebyggande och medverka till att alla följer hygienrutiner, vilket är ett gemensamt ansvar.

I Habo Kommun ska enligt rutin följsamhetsmätningar av basala hygienrutiner göras 2g/år av hygienombud.



Nivån för följsamhet ser ut att ha stabiliserats över 80% och enligt smittskydd bör målet vara att hålla sig över 80%. Se nedan.



#### Åtgärd:

Fortsatt god följsamhet till basala hygienrutiner över 80% och fortsatta mätningar enligt plan 2025. Mätningarna som görs ska leda till nya förbättringar i varje verksamhet.

#### Korrekt information till kommuninvånare

Rutin finns i form av checklista vid förändring av befintlig verksamhet eller vid ny verksamhet. I checklistan framgår att chef för respektive verksamhet ansvarar för att hålla hemsidan uppdaterad. Kontroll har gjorts genom att chefer har fått i uppdrag att gå igenom sina respektive områden på hemsidan och att skicka förslag till ändringar till IT-samordnare som genomför ändringarna. Efter avstämning kan konstateras att kontroller har utförts.

## Socialnämndens delegationsordning

Kontrollen har genomförts genom att delegationsordningen har gått igenom och delegater har stämts av mot aktuella befattningar och genom stickprov för att kontrollera att beslut fattats av rätt delegat. I den första delen har inga brister noterats. Vid stickprovet valdes nio beslutstyper, där socialsekreterare/biståndshandläggare inte har delegation att fatta beslut, ut. För åtta av beslutstyperna förekom inga brister. Vad gällde en typ av beslut inom ekonomiskt bistånd framkom att det förekommit brister men att detta redan åtgärdats. Två typer av beslut som rör individ- och familjeomsorgen, barn- och ungaenheten, var inte delegerade, vilket nu åtgärdats.

Vidare uppmärksammades inom ramen för den här kontrollen att den som arbetar med myndighetsutövning eventuellt förlitar sig på att om det tekniskt går att fatta ett beslut i verksamhetssystemet, så har man per automatik delegation att fatta ett sådant beslut. Även om verksamhetssystemet så långt det går ska harmoniera med delegationsordningen är det viktigt att alla medarbetare vet att det är delegationsordningen som avgör vilka beslut man har rätt att fatta.

Det har också visat sig att information behöver skickas till IT-samordnare när nämnden har beslutat om ändringar och/eller tillägg i delegationsordningen. Detta för att säkerställa att ändring görs i verksamhetssystemet, så att enbart rätt befattning har teknisk möjlighet att kunna fatta beslut.

Efter genomförd kontroll skickas numera beslut till IT-samordnare om alla ändringar/tillägg i delegationsordningen. Chefer inom de verksamheter där brister setts har informerats om vad som framkommit och förväntas nu vidta de åtgärder som behövs för att säkerställa att delegationsordningen efterlevs.

## Rutin för e-posthantering vid frånvaro

Rutin för hantering av e-post vid frånvaro finns. Kontrollen har utförts genom att e-post har skickats under semestern till chefer och medarbetare inom administration, hälso- och sjukvård, biståndsenheten, individ- och familjeomsorgen och staben med instruktioner om att svara omgående om att e-posten har tagits omhand. Resultatet visar att e-posten togs omhand i 13 fall av 37. Efter genomförd kontroll har rutinen uppdaterats och en fullmakt för e-post har tagits fram. Chefer ansvarar för att befintliga och nya medarbetare undertecknar fullmakt för e-post och följer den uppdaterade rutinen för hantering av e-post vid frånvaro.

## Anmälningsskyldighet/skyldighet att överföra information vid misstanke om att barn far illa

Rutin för hantering av information vid misstanke om att barn far illa finns. Kontrollen genomfördes med hjälp av ett kunskapstest. Alla förvaltningens medarbetare förutom inom IFO med en e-postadress i kommunen (cirka 250 personer) fick ett antal frågor skickade till sig. 174 medarbetare svarade och resultatet visar att de flesta vet om sin skyldighet och har en bra bild av hur man ska agera. Dock är drygt en av fyra osäker på vart man kan vända sig för att rådfråga i svåra situationer. När det gäller kännedom om att vi har en rutin och var man hittar den var det ett sämre resultat.

Alla chefer har fått en sammanställning av resultatet för förvaltningen i stort och avseende sina medarbetare. De områden som testet visade på brister inom finns beskrivna i fastställda rutin. Rutinen är relativt ny då den fastställdes i januari 2024. Respektive chef förväntas nu utifrån resultatet på sin enhet informera sina medarbetare på det sätt som krävs.

### Social dokumentation

Den här kontrollen har genomförts genom att journalföring och innehåll i genomförandeplan har granskats utifrån en granskningsmall i ärenden, där lex Sarah-utredning genomförts eller där utredning av avvikelser har krävt godkännande av socialt ansvarig samordnare (SAS). Journal och genomförandeplan har granskats i cirka tio ärenden och resultatet visar bland annat journalanteckningar i stor utsträckning är skrivna med respekt för individen, att det sällan finns information i journal som inte bör finnas där och att det i stor utsträckning framgår vad som är faktiska omständigheter och vad som är bedömningar. Det finns samtidigt flera exempel på formuleringar och ord som inte bör användas. Det framgår i stor utsträckning om avvikelserapporter är skrivna men sällan vad som föranlett den men aldrig om det är ett missförhållande/påtaglig risk för missförhållande som rapporterats. Huruvida det saknas dokumentation som borde funnits har inte den här typen av granskning kunnat svara på.

Upprättad genomförandeplan finns i alla granskade ärenden. I drygt hälften av ärendena är det tydligt att den stämmer överens med uppdraget och vilka målen är. I samtliga fall framgår om den enskilde varit delaktig eller inte och vilka som ska ge stödet. I de flesta fall finns information om när uppföljning av genomförandeplanen ska ske. I hälften av fallen har bedömts att beskrivningen av hur stödet ska ges inte är tillräckligt för att ny kollega ska kunna arbeta utifrån den och i hälften saknas information om när stödet ska ges. En

genomförandeplan bör revideras vid behov och om så har skett har inte den här granskningen kunnat svar på.

Under året har en arbetsgrupp ledd av SAS genomfört en kartläggning av hur arbetet med att säkra efterlevnad av bestämmelser om dokumentation inom äldre- och funktionshinderomsorgen ser ut och förslag på åtgärder för att åstadkomma förbättring har arbetats fram. Två nya verksamhetschefer har anställts och de tillsammans med SAS, MAS och IT-samordnare håller nu på att lägga en plan hur förbättringsarbetet ska bedrivas.

### **Verkställa socialnämndens beslut**

Granskning av socialnämndens protokoll visar att det finns ett beslut som ännu inte har verkställts. Beslutet fattades av socialnämnden den 19 juni 2024 § 44:

”Förvaltningen får i uppdrag att möjliggöra att personer med psykisk ohälsa som har behov av social samvaro ges tillträde till en samlingslokal.

Förvaltningen bör beakta redan befintliga förhyrda lokaler och se om möjlighet finns att bredda verksamhet eller samnyttja lokalerna.”

Ett arbete pågår i förvaltningen för att verkställa beslutet.

### **Dataskyddsförordningen**

Socialnämndens registerförteckning över personuppgiftsbehandlingar har gått igenom för att stämma av att ingen personuppgiftsbehandling saknas kopplat till de datasystem som används inom socialförvaltningen. Registerförteckningen bedöms vara komplett.

Jonas Linderholm Arnklint  
Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Sara Svenningsson  
Utredare

Michelle Wahlby  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

**Dokumenttyp**  
Tjänsteskrivelse

**Datum**  
2025-01-10

**Diarienummer**  
SN23/162

**Sida**  
9 (9)

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