

Bokslut 2016

Social- och omsorgsnämnden



Hudiksvalls
kommun

Dnr 2016-001-041

Innehåll

1	Kvallietsberättelse	5
2	Patientsäkerhetsberättelse	66
3	Versamhetsberättelser	98
4	Personalstatistik	128
5	Ekonomi och verksamhet	129

Kvalitetsberättelse 2016

Social- och omsorgsförvaltningen



Hudiksvalls
kommun

Innehåll

1	Syfte med kvalitetsberättelsen	4
2	Sammanfattning och analys	4
2.1.1	Kompetens- och personalförsörjning 2016	4
2.1.2	Systematisk uppföljning av beslutade insatser 2016	5
2.2	Analys av resultat i kvalitetsberättelsen 2016	5
3	Vår värdegrund – så här är vi!	6
3.1.1	Vi på social- och omsorgsförvaltningen vill vara: Bäst på att bli bättre!.....	6
4	Social- och omsorgsnämndens mål och resultat	7
4.1	Kommunens vision	7
4.2	Kommunfullmäktiges verksamhetsmål	7
4.3	Nämndens verksamhetsmål	9
	Arbetsmarknad och integration	9
	Handläggarenheten och förebyggande enheten	10
	Individ och familjeomsorgen	10
	Omsorgen om personer med funktionsnedsättning	11
	Äldreomsorg	11
5	Större uppdrag och utvecklingsområden	12
6	Resultat av internkontroll	12
6.1	Delegeringsordningen	13
6.2	Handläggningsprocessen	14
6.3	Tillämpning för sjukskrivning och rehabilitering.....	14
6.4	Tillämpning Offentlighet- och sekretesslagen.....	16
6.5	Samordningsmodellen.....	16
6.6	Hantering av privata medel	17
7	Sammanställning av förvaltningens kvalitet	18
7.1	Avvikelse - förvaltningsövergripande	18
7.2	Synpunkter klagomål och beröm - förvaltningsövergripande	20
7.3	lex Sarah - förvaltningsövergripande	21
7.4	Ej verkställda beslut.....	21
7.5	Tillsyn av utförare inom hemtjänsten.....	23
7.6	Social dokumentation.....	25
7.7	Vad tycker du? - brukarundersökning inom Daglig verksamhet och Omsorgen om personer med funktionsnedsättning	27
7.8	Goda exempel	28
7.8.1	Måltidsprojekt inom Äldreomsorg	28
7.8.2	Trygg hemgång	29
7.8.3	Minska matsvinnet	29
7.8.4	Språkcafé.....	29
7.8.5	Lokal handlingsplan för Barn och ungdom	30
7.8.6	Patricia som social mötesplats.....	30
8	Nationell uppföljning av verksamhetens kvalitet	30

8.1	Öppna jämförelser.....	30
8.1.1	Nytt 2017.....	31
8.1.2	”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”.....	31
8.2	Kommunernas kvalitet i korthet.....	32
8.3	Extern tillsyn.....	33
9	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	34
10	Medarbetar-/medledarberättelse	35
10.1	Personal.....	35
	Hälsa och arbetsmiljö.....	35
	Arbetsskador och tillbud.....	35
	Sjukfrånvaro.....	36
10.2	Förbättringspriser.....	36
10.3	Uppåt-puff-priser.....	37

Bilaga 1. Kommunfullmäktigens verksamhetsmål, måluppfyllelse

Bilaga 2. Handläggningsprocessen

Bilaga 3. Rehabmodellen steg 1

Bilaga 4. Social dokumentation och genomförandeplan, egenkontroll

Bilaga 5. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen

Bilaga 6. Kommunernas kvalitet i korthet, resultat

1 Syfte med kvalitetsberättelsen

Enligt föreskriften om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska kvalitetsarbetet och de resultat som uppnåtts dokumenteras i en sammanhållen kvalitetsberättelse varje år. Flera olika mått analyseras inom samma verksamhet vilket ger en samlad bild av hur förvaltningen uppnår god kvalitet. Kvalitetsberättelsen blir den övergripande årliga kvalitetsredovisningen till de förtroendevalda och verksamheten. Denna ska fungera som ett underlag för politikerna, exempelvis i arbetet med att ta fram områden för internkontroll samt mål och prioriteringar för verksamheten. Den ska också ge ett stöd för att utveckla och förbättra verksamheten som ett led i den kontinuerliga uppföljningen och utvärderingen.

2 Sammanfattning och analys

I föregående års analys och kvalitetsberättelse identifierades två utvecklingsområden

- Kompetens- och personalförsörjning
- Systematisk uppföljning av beslutade insatser

Det framkom även ett behov av att tydliggöra och implementera rutinerna för synpunktshanteringen inom förvaltningen.

2.1.1 Kompetens- och personalförsörjning 2016

Förvaltningen arbetade under 2016 med att ta fram en samlad plan för personalens kompetensutveckling.

Inom området kompetens- och personalförsörjning har arbetet med KIVO-metoden (kvalitetssäkrad inkludering i vård och omsorg) intensifierats. Bristen på utbildade undersköterskor blir allt större, inte bara i Hudiksvall, utan i hela Sverige. Kommunen samarbetar kring dessa utmaningar inom vård- och omsorgscollege Gävleborg, där vi arbetar för att göra yrket mer attraktivt. Ur detta samarbete har KIVO-metoden utvecklats som ett verktyg för arbetsgivaren att systematiskt arbeta med rekrytering från större grupper som är registrerade som arbetslösa hos arbetsförmedlingen. KIVO-metoden fokuserar på utrikesfödda, personer med funktionsnedsättning och ungdomar som blivit hemmasittare. Både hos arbetsgivaren och hos arbetsförmedlingen ser vi att allt fler, framför allt från gruppen utrikes födda med svag kommunikation på svenska, gör snabbare stegförflyttning från arbetslös via utbildning till anställning. Definitionen på en KIVO-deltagare är att arbetsgivaren tillsammans med arbetsförmedlingen är överens om att den arbetslösa ska få stöd hela vägen till anställning. Inom Hudiksvall är arbetet med KIVO-metoden administrerat via rekryteringsenheten. Förutom arbetet i Hudiksvall hjälper

projektledningen i Hudiksvalls ESF projekt till med implementering av KIVO-metoden i ytterligare 30 kommuner.

2.1.2 Systematisk uppföljning av beslutade insatser 2016

Handläggarenheten skapade under året en ny rutin för att få ett gemensamt arbetssätt vid uppföljning av beviljade insatser inom lagen om stöd och service (LSS). Arbetssättet har fungerat bra och liknande upplägg planeras nu för uppföljning av insatser enligt socialtjänstlagen (SoL).

Inom Äldreomsorgen har arbetssättet kring genomförandeplaner utvecklats med syfte att hålla genomförandeplanerna levande och uppdaterade.

2.2 Analys av resultat i kvalitetsberättelsen 2016

Resultatet av kvalitetsberättelsen har analyserats i förvaltningens ledningsgrupp. Syftet med analysen har varit att identifiera övergripande förbättringsområden samt främja ett proaktivt arbetssätt. Tre utvecklingsområden har valts ut:

Delegeringsordningen

Den interna kontrollen av delegeringsordningen visade att förvaltningen behöver se över den skriftliga delegeringsordningen. En arbetsgrupp kommer att tillsättas och denna kommer att arbeta med att få en bättre struktur som gör dokumentet mer tydligt och användarvänligt.

Social dokumentation

Vid egenkontroll och verksamhetsuppföljningar som skett under året har det framkommit att Social dokumentation är ett område som förvaltningen behöver fokusera på.

Avvikelsehantering

Både brukarenkäter och verksamhetsuppföljningar har visat att den satsning som gjorts kring avvikelsehantering och Synpunkter, klagomål och beröm behöver fortsätta. Rutinen för avvikelsehantering kommer att ses över och sammanställning över inkomna avvikelser på strukturell nivå kommer att analyseras varje tertiäl i förvaltningens ledningsgrupp. Arbetet med en uppdaterad version av IT-stödet Treserva pågår och beräknas vara klart i mars 2018. I samband med det ska hela Individ- och familjeomsorgen och Arbetet och integration kopplas till avvikelsemodulen så att hanteringen kan ske på ett likvärdigt systematiskt sätt inom förvaltningen. Detta kommer att ge förvaltningen en bättre helhetsbild kring avvikelser.

Foldern för synpunkter, som riktar sig till den förvaltningen är till för, behöver implementeras i alla verksamheter och nå ut till brukarna/klienterna.

3 Vår värdegrund – så här är vi!

Under året har förvaltningen fortsatt arbetet med att ta fram och utveckla en gemensam värdegrund. Syfte är att ge den samlade socialtjänsten en gemensam grund att vila på genom att ha gemensamma värderingar. Arbetet har främst genomförts av ledningsgrupp och vid ledningsträffar med förvaltningens enhetschefer men också delvis genomförts på arbetsplatser. Den framtagna värdegrunden har som mål att ge en inriktning på hur vi är och hur vi vill uppfattas av andra. Att var och en vet vad som förväntas, något att hämta kraft ifrån.

Våra värdeord och värdegrund beskriver vi så här:

Inkluderande

Grunden för vårt arbete är människors lika värde, med allas möjlighet till delaktighet, i en tillåtande anda.

Pålitliga

Genom att vara tillgängliga och hålla det vi lovar skapar vi förtroende och trygghet hos dem vi möter.

Framåtanda och utveckling

Framtiden skapas av motiverande medarbetare/medledare som vill och vågar tänka nytt.

3.1.1 Vi på social- och omsorgsförvaltningen vill vara: Bäst på att bli bättre!

Vi ger våra invånare förutsättningar till ett gott och värdigt liv genom att erbjuda professionellt och individuellt anpassat stöd. Vi är en attraktiv arbetsplats där alla känner stolthet och glädje. Vår verksamhet ger ett stort värde för invånarna. Detta åstadkommer vi genom vårt kvalitetsarbete med fokus på dem vi är till för. Arbetet genomsyras av vår gemensamma värdegrund.

Som en del i värdegrunden har en medledaröverenskommelse tagits fram. Den har delvis implementerats i förvaltningen men en hel del arbete och dialog återstår. Att gå från medarbetare till medledare beskrivs i särskilt dokument och har följande inledning:

Genom att du erbjuder stimulerande arbetsuppgifter och delaktighet, skapas engagemang och en god arbetsmiljö. Din arbetsinsats är viktig för att den enskilde invånaren ska kunna erbjudas professionellt och individuellt anpassat stöd som ger förutsättningar till ett gott liv. Ditt bidrag till förbättringar och resultat gör skillnad. Målet är att ditt medarbetarskap därmed utvecklas till ett medledarskap.

Förvaltningens värdegrund kommuniceras och implementeras bl.a. genom diskussioner i arbetsgrupper, information på kommunens hemsida och intranät och genom olika typer av produkter (t.ex. trycksaker och nyckelband) samt i en film som också knyter samman värdegrunden med kommunens vision och målstyrning. Filmen finns både på intranätet och på hudiksvall.se.

Grunden för vad vi står för, våra gemensamma värderingar, är lagd i och med årets arbete men arbetet är ständigt aktuellt och pågående. Behov finns att rikta fortsatt uppmärksamhet gällande värdegrundsarbetet och göra aktiviteter/insatser för att göra den mera känd och att alla känner sig delaktiga.

4 Social- och omsorgsnämndens mål och resultat

Här presenteras förvaltningens måluppfyllelse för 2016.

4.1 Kommunens vision

Glad Hudik – Sveriges bästa kommun att leva och verka i.

Kommunfullmäktiges övergripande mål:

- Samhällstjänster av högsta kvalitet
- Blomstrande näringsliv
- Attraktiv och hållbar livsmiljö.

4.2 Kommunfullmäktiges verksamhetsmål

För detaljerad information om resultat kring måluppfyllelse, se bilaga 1.

Samhällstjänster av högsta kvalitet: Förbättrad service, bemötande, snabbhet, enkelhet

Senast 31 december 2016 ska minst 80 % av våra kunder/brukare/klienter och deras närstående som kommer i kontakt med oss uppleva att de möts av omtanke och respekt.

Måluppfyllelse och analys

Förvaltningens bedömning är att vi till stor del uppfyllt målet. I brukarenkäterna inom Omsorgen om personer med funktionsnedsättning kan vi se en höjning av antalet positiva svar gällande bland annat bemötande. I Socialstyrelsens brukarundersökning inom äldreomsorgen är brukarna mycket nöjda med bemötandet och resultatet är relativt stabilt i jämförelse med förra årets resultat.

Senast den 31 december 2016 ska minst 85 % av våra medledare uppleva att vi är en attraktiv arbetsgivare.

Måluppfyllelse och analys

Medarbetarenkäten genomförs vartannat år, senast 2015. Indikatorn ”personalomsättning” presenterar hur många som fortfarande arbetar kvar inom

förvaltningen. Den säger inget om hur stor rörligheten har varit mellan förvaltningens olika verksamheter och enheter.

Senast den 31/12 2016 ska minst 80 % av de som söker kontakt med oss uppleva god tillgänglighet med snabb återkoppling kring information och beslut.

Måluppfyllelse och analys

Hudiksvalls kommun har kortare väntetid till särskilt boende och för försörjningsstöd än riket i snitt. En utmaning blir att bibehålla de resultat som är riktigt bra och samtidigt förbättra de resultat som ligger lite lägre. Framför allt är det indikatorn som mäter väntetiden från aktualisering till uppstart av teaminsats inom Barn och ungdom.

Blomstrande näringsliv

Social- och omsorgsnämnden ska fortsätta arbetet med att utveckla alternativa driftsformer, öka antalet intraprenader och samarbete med sociala företag.

Måluppfyllelse och analys

Resultatet uppfyller inte vad nämnden har satt som mål. Vi har en stadig minskning av antalet platser i sociala företag de två senaste åren. Antalet intraprenader är oförändrat sedan föregående år. Ekonomi har varit en starkt bidragande orsak till det låga resultatet. Då ekonomin inom vissa områden börjat visa bättre resultat kommer det att vara lättare att motivera enheter att skriva ett intraprenadavtal.

Förutsättningarna för de sociala företagen har ändrats och det har påverkat antalet. De personer som behöver stöd att komma ut på arbetsmarknaden har nu ofta så stora svårigheter att kraven som finns inom de sociala företagen är för högt ställda för de personer som kommunen vill placera.

Attraktiv och hållbar livsmiljö

Hållbara och klimatsmarta åtgärder, till exempel öka andelen ekologiska livsmedel till 25 %.

Måluppfyllelse och analys

Kostenhetens arbete har en betydande roll i resultatet. Kostansvarig och dietist arbetar aktivt sedan hösten 2015 med att minska matsvinnet vilket fått positiv effekt på kökens livsmedelsbudget. Genom information om miljöpåverkan, anpassade portionsstorlekar och ändrade rutiner. Inom äldreomsorgen stod ekologiska livsmedel för 23% av den totala livsmedelskostnaden, därmed är målet 25% nära.

När det gäller fossila bränslen är den största delen hemtjänstens bilar. Inom hemtjänsten krävs att det finns fyrhjulsdrivna bilar för att kunna ta sig fram även

vintertid på ett säkert sätt. De bilarna finns inte med alternativa bränslen. Eftersom hemtjänsten står för merparten av transporter inom förvaltningen så blir resultatet svårt att påverka för övriga transporter.

4.3 Nämndens verksamhetsmål

Här presenteras förvaltningens måluppfyllelse för året som gått. I respektive verksamhets verksamhetsrapport i Bokslutet återfinns verksamhetschefernas analys av resultaten.

Arbetsmarknad och integration

10 % av de nyanlända ska vara självförsörjande efter etableringstidens utgång.

Måluppfyllelse

68% var efter etableringstidens utgång inte aktuella vid enhetens för försörjningsstöd (117 personer anlände under 2014 av dessa är 38 personer aktuella på försörjningsstödsenheten).

80 % av de ensamkommande barnen ska placeras i kommunens egna HVB-hem eller familjehem.

Måluppfyllelse

53% av de ensamkommande barnen placeras i kommunens egna HVB-hem eller familjehem.

Andelen arbetslösa ungdomar och utlandsfödda ska minska med fem procentenheter årligen.

Måluppfyllelse

16,7% arbetslösa ungdomar. Minskning med 4,3 procentenheter sedan dec 2015.
Länet: 20,2% arbetslösa ungdomar, minskning med 2,7 procentenheter
30,6% är arbetslösa utlandsfödda. Ökning med 3,8 procentenheter sedan dec 2015.
Länet: 43,5% arbetslösa utlandsfödda, ökning med 1,6 procentenheter.

80 % av personerna med insatsen daglig verksamhet ska vara nöjda med utbudet.

Måluppfyllelse

73% har svarat ja, 21% har svarat ibland och resterande sällan eller aldrig.

Handläggarenheten och förebyggande enheten

Minst 90 % av besluten ska kvarstå efter överklagan och rättslig prövning.

Måluppfyllelse

87 % av besluten kvarstår efter överklagan och rättslig prövning (Antal överklagade beslut: 23. Antal rättade beslut: 3) Målet kan anses vara nått. Om 2 beslut skulle ha rättats skulle måluppfyllelsen ha varit 91 %. Ytterligare 4 beslut har överklagats men ingen dom har meddelats under 2016.

Minst 80 % av besluten ska omprövas innan beslutstidens utgång.

Måluppfyllelse

Mätning ej genomförbar.

Minst 80 % av tills vidarebesluten ska följas upp minst en gång per år.

Måluppfyllelse

Mätning ej genomförbar.

Individ och familjeomsorgen

Minst 90 % av de överklagade besluten ska kvarstå efter prövning.

Måluppfyllelse

Målet är uppfyllt, 96,6 % av de överklagade besluten kvarstår efter prövning:

Försörjningsstödsenheten; 76 beslut överklagades, 1 beslut åter visades för ny handläggning och 1 beslut ändrade Förvaltningsrätten till den överklagandes förmån (97,5 %).

Barn och ungdomsenheten; 1 beslut av 5 SoL-beslut har överklagats och ändrats till förmån för den enskilde (0 %). 24 LVU-beslut varav 9 har överklagats. Inget ändrades vid prövning (100 %).

Vuxenenheten; Inga SoL-avslag. 1 LVU-beslut har överklagats, kvarstod efter prövning (100 %).

På barn- ungdoms- och vuxenenheten ska utredningstiden, där inte beslut om förlängning finns, inte överstiga 120 dagar.

Måluppfyllelse

Mätning ej genomförbar.

På försörjningsstöd ska utredningstiden inte vara längre än 10 dagar.

Måluppfyllelse

Målet bedöms som uppnått då medelvärdet är 8 dagar. 19% har väntat längre än 14 dagar.

Omsorgen om personer med funktionsnedsättning

40-45 procent av de som beviljas personlig assistans ska välja kommunassistans som utförare.

Måluppfyllelse

39,6% har valt kommunassistans som utförare.

Tio personer har beviljats personlig assistans från Handläggarenheten, av dessa har 5 personer valt kommunassistans. 81 personer har beviljats personlig assistans via Försäkringskassan. Av dessa har 31 personer valt kommunassistans.

Minst 90 procent av brukarna ska uppleva att de är trygga.

Måluppfyllelse

Brucarundersökningen inom Omsorgen om personer med funktionsnedsättning visar att 90% känner sig trygga med sin insats. 7% Känner sig trygga ibland och 2% känner sig sällan trygga. Detta är ett samlat resultat från brukarundersökningen inom insatserna: Boendestöd, Gruppboende/korttidsboende/serviceboende samt Kontaktperson.

Äldreomsorg

Samtliga äldreboenden ska ha en nattfasta som understiger 11 timmar.

Måluppfyllelse

Genomsnittet i kommunens särskilda boenden är 11,5 timmar nattfasta. (Jmf 2015: 11 timmar). Avdelning med kortast nattfasta vid mätning har 8,5 timme och avdelning med längst nattfasta vid mätning har 15 timmar.

Minimera antalet personal per kund (hemtjänst).

Måluppfyllelse

Vid mätning av personalkontinuitet inom hemtjänsten under september låg medel på 13 personer (Jmf Februari 2016: 12 personer. Jmf september 2015: 14 personer). Kunder med enbart larm eller matdistribution samt dem som under en eller flera dagar har varit borta från sitt hem har exkluderats. Observera att ett lågt värde är positivt i sammanhanget.

5 Större uppdrag och utvecklingsområden

Uppdrag/utv. Område	Status
Minska sjukskrivningarna	Pågår
Förbättrad service - bemötande, snabbhet, enkelhet	Pågår
Ökad andel ekologiska produkter	Pågår
Väl fungerande arbetsorganisation - delaktighet	Pågår
System för medarbetarna att kunna göra lönekarriär	Försenad
Skapa innovationsrika och entreprenörvänliga miljöer	Klar
Redovisa användning av statliga medel flyktingmottagande	Klar
Inrätta familjecentraler H-vall, Delsbo inom ram	H-vall- Väntar. Delsbo- Stoppad
5 mkr arbetsmarknadsåtgärder - spec. för ungdomar	*
Stödja utvecklingen av sociala företag	Pågår **
Ökad grundbemanning omsorgen	Pågår
Fördjupat samarbete med Natthärberget	Klar
Utreda - arbetsmiljöförbättring IFO-barn/ungdom	Pågår
Hyra temporära moduler för stödboende flyktingbarn	***

* Enig har haft kommunala ungdomsanställningar för de ungdomar som inte har kunnat erbjudas andra arbetsmarknadsåtgärder.

** Har tecknat ett IOP med Coompanion under året. De ska i sin tur stödja de sociala företagen i kommunen samt vara behjälplig med nystartade. Via LOU har kommunen avtal med två sociala företag för olika tjänster.

*** Upphandling har genomförts under året, där avtal ha tecknats med privata hyresvärdar om att förhyra lokaler till två HVB ett i Iggesund och ett i MO.

6 Resultat av internkontroll

Internkontroll är nämndens verktyg för att följa upp att förvaltningen bedriver en säker, effektiv verksamhet. En internkontrollplan ska årligen fastställas i nämndplanen. En risk- och väsentlighetsbedömning ska ligga till grund för vilka områden som ska följas upp. Nedan följer en kort sammanfattning av resultaten för internkontrollen 2016.

6.1 Delegeringsordningen

Att delegeringsordningen följs vid beslut och återrapport

6.1.1 Diarieföring inom Äldreomsorgen

Inom Äldreomsorgen fokuserade internkontrollen på diarieföring. Kontrollen genomfördes i form av en enkätundersökning till enhetschefer inom Äldreomsorgen och 22 enhetschefer valde att svara.

Resultat av enkätundersökning inom Äldreomsorgen

Enkätundersökningen visade att 90% kände till bestämmelserna om vad som ska diarieföras. Majoriteten av dessa svarade att de kände till bestämmelserna "till viss del" (85%). 10 % svarade att de inte kände till bestämmelserna.

Endast 38% hade skickat in något eller några dokument till nämndsekreteraren för diarieföring under det senaste året. Det rörde sig om 1-5 handlingar och ärenden som hade skickats in.

Undersökningen visade att det rådde osäkerhet kring om vissa former av handlingar och ärenden skulle diarieföras. Denna osäkerhet gällde framförallt fackliga handlingar och protokoll. Men även handlingar/ärenden till och från tillsynsmyndigheter.

Analys

Med den osäkerhet kring diarieföring som råder finns risk att dokument som ska diarieföras aldrig kommer till nämndsekreteraren. Inom förvaltningen finns ingen riktlinje eller rutin kring diarieföring och det finns mycket knapphändig information om diarieföring på kommunens intranät. Det enda som kommer upp vid en sökning på "diarieföring" är en länk till "Bra att veta som arbetsledare". I denna text finns följande information:

"Diabas

Diabas är kommunens diarium där du kan söka material, handlingar, protokoll eller andra diarieförda dokument. Diabas når du via Hint."

Förbättringsförslag

Förvaltningen bör skapa en riktlinje för diarieföring och lägga ut denna under Så här jobbar vi.

6.1.2 Att återrapportering sker

Metodproblem gör att resultatet är svårtolkat och inte är tillförlitligt, men ger en misstanke om att återrapporteringen brister. Det kan råda osäkerhet avseende när och hur återrapportering ska göras.

6.2 Handläggningsprocessen

Enligt lagstiftningen ska det enkelt gå att följa och granska handläggning av ärenden utifrån journalanteckningar. Under året har en intern kontroll av flödet från aktualisering till fattat beslut inom tre olika typer av ärenden, totalt har 15 stickprov genomförts inom:

- Barn och ungdom – familjehemsplaceringar
- Vuxenenheten – missbruk
- Handläggarenheten - barnärenden inom handläggarenheten.

Se rapport i bilaga 2.

Resultat

De interna handläggningsprocesserna

Vid en granskning av enbart journalerna går det inte med enkelhet att följa handläggningsprocessen. Mycket fokus ligger på att dokumentera kontakterna i samband med utredningen. Det saknas enhetlighet i rubriksättningen, vilket försvårar möjligheten att följa de olika stegen i handläggningen. Vid en fördjupad granskning av beslutsunderlag och andra dokument framgår dock att enheternas respektive handläggningsprocess till stor del följs.

Utredningstider från aktualisering/anmälan till beslut

Inom barn och ungdom var utredningstiden 4 månader vid tre ärenden, 3 månader vid ett ärende och 1 vecka avseende ett ärende som övergick till lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Inom vuxenenheten var utredningstiden drygt 1 månad vid två ärenden, knappt 2 månader vid ett ärende samt drygt 1 vecka vid två ärenden.

Inom handläggarenheten var utredningstiden knappt 7 månader vid ett ärende. Det var nytt och en personkretsbedömning måste göras innan beslut om insats kunde tas. De fyra övriga ärendena tog cirka en vecka och var beslut som efter omprövningar förlängdes.

Åtgärder

Personalförstärkning har skett under året men även andra åtgärder pågår för att korta ner utredningstider, till exempel IT-hjälpmiddel. Extern utbildning i dokumentation genomförs kontinuerligt inom individ- och familjeomsorgen. Nu senast under 2016 då även LSS-handläggare deltog. Ytterligare utbildning är planerad inom handläggarenheten när det gäller barnärenden inom LSS.

6.3 Tillämpning för sjukskrivning och rehabilitering

Arbetsgivaren har ett tydligt beskrivet arbetssätt som innebär att rehabarbetet ska följa rehab modellen, därför utgick undersökningen från statistiken i Adato. Internkontrollen innefattade en totalundersökning av steg 1 i Rehabmodellen under

helår 2016, i syfte att kontrollera om Rehabmodellen används av Social- och omsorgsförvaltningens chefer.

Se rapport i bilaga 3.

Resultat

- Totalt har 761 stycken rehabbevakningar skickats ut i Adato till ansvarig chef med anledning av upprepad korttidsfrånvaro alt. sjukskrivning mer än en vecka. Dessa 761 rehabärenden avser 461 fysiska personer.
- Av 461 rehabbevakningar på personer där ett rehabärende borde ha öppnats:
 - kvarstår 86 st. (19 %) som icke behandlade 2016-12-31. Varav 10% tillhörde Rekryteringsenheten.
 - 206 st. (44,5 %) har öppnats och avslutats under året.
 - 169 st. (36,5 %) har startat under året och är pågående 2016-12-31.

Den enhet som utmärker sig mest är rekryteringsenheten med totalt 208 rehabbevakningar, avseende 93 personer. Av dessa 93 personer är det 44 personer som inte har något rehabärende öppnat eller avslutat. För 27 personer har det öppnats och avslutats rehabärende under året och 17 personer har pågående rehabärenden. 5 personer har avförts (rehabärenden har inte startats utan bevakningen har bara tagits bort).

Övrig statistik sjukfrånvaro

- **Antal personer som är långtidssjukskrivna:**
Under 2016 hade 283 personer 60 sjukdagar (25-100%) eller fler.
Av dessa 283 hade 53 personer 350-366 sjukdagar.
- **Identifiera antalet personer med upprepad korttidsfrånvaro:**
Under 2016 var det 206 personer inom förvaltningen som hade upprepad korttidssjukfrånvaro 6 ggr eller fler. Den som hade mest frånvaro var borta vid 24 tillfällen.

Analys

Undersökningen visar att förvaltningens chefer är relativt aktiva i användandet av Rehabmodellen. 81 % av de sjukskrivna anställda som klassat in i rehabmodellen har genomgått eller genomgår steg 1. När det gäller rekryteringsenheten så kan det bero på att rehab ansvaret kring timvikarier varit otydligt en längre tid och enheten har därför inte jobbat aktivt med ärenden. Rehabsamordnare är informerad och har lovat att ta upp det med inom personaladministrativa teamet (PA) för att få klarhet. Vad det gäller månadsavlönade upplevs enheten arbeta aktivt med dem.

Bakomliggande orsaker till att 19% av rehabärenden aldrig öppnats har inte undersökts vid denna kontroll. Att ett rehabärende inte har startat i Adato behöver

inte betyda att chefen inte haft kontakt med den anställde och tagit sitt arbetsmiljöansvar.

Åtgärder

Rehabsamordnare ska tydliggöra rehabansvaret gällande timvikarier.

6.4 Tillämpning Offentlighet- och sekretesslagen

Under 2015 hade förvaltningen flera lex Sarah rapporter gällande sekretessbrott. Därav beslutade Social- och omsorgsnämnden att som en del i internkontrollen 2016 följa upp om Offentlighet- och sekretesslagen är känd och att sekretessavtal tecknas med alla anställda.

Att offentlighets- och sekretesslagen är känd och att sekretessavtal tecknas med alla anställda

Kontrollen genomfördes i form av en enkätundersökning till alla anställda inom stora delar av förvaltningen. Enkäten besvarades av 394 anställda.

Resultat av enkätundersökning

Totalt valde 394 av de anställda att öppna enkäten. Svarsfrekvensen på de olika frågorna varierade. Undersökningen visade att alla utom en av respondenterna kände till sekretesslagstiftningen.

95 % hade fått information om sekretessbestämmelserna i samband med sin anställning. 2 % svarade att de inte fått någon information eller "vet ej". Resterande svarade att de fått information om bestämmelserna vid ett senare tillfälle.

Vid kontroll av kunskapsnivån kring sekretessbestämmelsernas innehåll visade den sig vara mycket hög bland respondenterna.

Analys

Sekretesslagstiftningen tas på stort allvar inom förvaltningen. Under året har Sekretessblanketten reviderats och skickats ut på nytt.

Handläggarenheten och Förebyggande enheten har under året gjort ett omtag kring sekretessavtalen för att försäkra sig om att alla anställda har skrivit på.

6.5 Samordningsmodellen

Syftet med den interna samordningsmodellen är att säkerställa att kommunens förvaltningar och verksamheter samarbetar så att den enskilde får rätt, och individuellt anpassat stöd, utifrån ett helhetsperspektiv. Samordningsmodellen förväntas även bidra till kompetensutveckling, förenkla beslutsvägar och korta ner handläggningstider.

Målgruppen är personer, oavsett ålder, med social problematik och/eller funktionsnedsättning och som är i behov av stöd och hjälp samt är aktuell i mer än en verksamhet.

Att samordningsmodellen används

Under perioden september – december 2016 har en mätning genomförts för att se att samordningsgruppen används i aktuella ärenden för att skapa samsyn.

Resultat

Resultatet visar att två av åtta ärenden inte har följt samordningsmodellen.

Åtgärd

En ny upplaga av samordningsmodellen är under framtagande och beräknas vara klar under våren 2017. Den nya upplagan blir mer anpassad efter nuvarande förvaltningsstruktur. Samordningsgruppen byter namn till Samrådsgruppen.

6.6 Hantering av privata medel

Att rutinerna följs

Under april och november 2016 genomfördes en intern kontroll i syfte att kontrollera att rutinerna för "Hantering av privata medel" följs inom särskilt boende samt personlig assistans.

Kontrollen bestod av totalt 14 stickprov. Det gjordes verksamhetsbesök på tre äldreboenden samt av tre verksamhetsområden, sex assistansgrupper, inom personlig assistans. Då flera av brukarna inom personlig assistans själva skötte sin ekonomi föll ett stickprov bort. Samtal har skett kring de lokala rutinerna. Hur förvaringen av privata medel sköts har visats upp vid en rundtur på boendena. När det gäller personlig assistans så har personal beskrivit hur medlen förvaras.

Kontrollen har bestått av en granskning av redovisning i kassabok och kvittenskopior samt sammanställning av en enkät som har besvarats av chef eller ansvarig personal.

Resultat

Resultatet av stickproven visar på en del brister vad gäller redovisning i kassabok samt att en del kvittokopior saknas. Inom personlig assistans saknas fullmakter i någon grupp. Förvaringen sköts generellt bra med några undantag vad gäller personlig assistans.

Åtgärder

Återkoppling har gjorts till ansvariga enhetschefer som påbörjat implementering av rutinerna. Ett exempel på god redovisning och en mall för kassablad har tagits fram och bifogats de gemensamma riktlinjerna för hantering av privata medel.

7 Sammanställning av förvaltningens kvalitet

7.1 Avvikelser - förvaltningsövergripande

Under 2016 har förvaltningen arbetat i en avvikelsemodul inom äldreomsorg och funktionsnedsättning. Modulen möjliggör enkel och snabb sammanställning och analys av avvikelser och skapar därmed bättre förutsättningar för systematiskt kvalitetsarbete inom området. I samband med uppdateringen av dokumentationssystemet Treserva planeras motsvarande modul införas för övriga verksamheter inom individ- och familjeomsorgen. För närvarande används en blankett för avvikelserapportering i dessa verksamheter.

Resultat

År 2016 har ungefär 462 avvikelser enligt SoL/LSS inrapporterats. Av dessa har 25 avvikelser enligt SoL rapporterats via pappersblankett. Nedan finns en sammanställning över hur avvikelserna har fördelat sig utifrån typ av avvikelse inom respektive verksamhetsområde. Cirka 40 % av alla avvikelser är slutförda.

Statistiken är inte helt tillförlitlig då inregistreringen av avvikelser i modulen i vissa fall är ofullständig. Exempel på identifierade felkällor i avvikelserregistreringarna: Märkta med fel lagrum, märkta med fel kategori, händelser har registrerats som inte är avvikelser till exempel arbetsmiljöbrister och dubletter.

En annan felkälla som uppmärksammats är att antalet avvikelser inte överensstämmer vid uttag av statistikuppgifter. (Statistiklista och avvikelsemodul visar inte samma siffror trots samma tidsangivelse). Detta kan bland annat bero på att felaktiga avvikelser tagits bort efter att statistik sammanställts.

Kategori	AoI	FN	Handl/föreb	IFO	ÄO	Tot
Ansökan/handläggning/dokum	4	5		9	10	28
Bemötande	3	8			4	15
Övergripping/kränkning	6	4			28	38
Intern samverkan	29	15	1	5	16	66
Mat och måltider	1	2			6	9
Utförande av insats	12	14			28	54
Trygghet och säkerhet	10	18			59	87
Självmodersförsök/ skadebeteende		1			1	2
Extern samverkan	65	23	2	11	12	113

IT och teknik	3	8			19	30
Hälso- och sjukvård		3			15	18
Övrigt					2	2
Totalt	133	101	3	25	200	462

Avvikelser enligt HSL redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Analys

Av de externa avvikelserna avser cirka 70 % transport inom verksamhetsområdena arbetsmarknad- och integration samt funktionsnedsättning. Inom individ- och familjeomsorg rör 55 % av de externa avvikelserna utebliven samverkan med Region Gävleborg i samband med samordnad individuell planering, SIP. Externa avvikelser inom äldreomsorgen avser mest utskrivningsplanering från sjukhuset på grund av brister i rutiner och kommunikation.

När det gäller trygghet och säkerhet så avser de flesta avvikelserna brister i tillsyn. Framst inom äldreomsorgen men även inom funktionsnedsättning samt arbetsmarknad och integration.

Under året har antalet rapporterade avvikelser minskat från 192 första tertialet till 96 tredje tertialet. Den största minskningen har skett inom Arbetsmarknad och integration samt inom Omsorgen om personer med funktionsnedsättning och gäller transport. En samsynsgrupp med representanter från berörda verksamheter har under året gemensamt arbetat fram förbättringsåtgärder, vilket skulle kunna vara en av förklaringarna till minskningen.

7.1.1 Identifierade utvecklingsområden kring avvikelshantering

Användningen av avvikelsemodulen för att registrera avvikelser digitalt har ökat successivt under året. Fortfarande kan "barnsjukdomar" urskiljas gällande handhavandet av vad som ska registreras och var. Detta gör att vi får felkällor i statistiken. Exempelvis registreras många avvikelser gällande enskilda brukare som en generell avvikelse "Ej person".

Utifrån de verksamhetsbesök som Samordning och kvalitet gjort under året har en muntlig tradition kunnat urskiljas inom flera verksamhetsområden. Det betyder att den statistik förvaltningen får fram gällande avvikelser bara representerar en bråkdel av allt som faktisk sker, uppmärksammas och åtgärdas.

Operativa välfärdsgrupper är ett forum där kommun och hälso- och sjukvården samverkar. De träffas tre gånger per termin. Målet är att uppnå en säker och högkvalitativ samverkan och vårdöverföringar för äldre, för barn och unga, för vuxna med psykisk ohälsa samt person med missbruk/beroendesjukdomar som byter vårdnivå och har behov av flera vårdaktörer. Förhoppningen är att denna grupp kommer att utvecklas och bidra med uppföljning av åtgärder kring de avvikelser som analyserats.

7.2 Synpunkter klagomål och beröm - förvaltningsövergripande

Totalt 49 synpunkter, klagomål och beröm har inkommit under 2016 vilket är en svag ökning från fjolåret. Flest klagomål har gällt bemötande och ansökan/handläggning. Synpunkterna gäller främst information och kommunikation. Antalet beröm har ökat under året. De gäller gott bemötande, god tillgänglighet, bra mat och ett fint förhållningssätt. Fortsatt kvalitetssäkring av synpunktshandlingen behövs under 2017.

Verksamhetsområde	Typ	Antal totalt
Barn- och ungdom	4 klagomål 1 beröm	4
Daglig verksamhet	-	-
Familjerådgivning	-	-
Familjerätt	2 klagomål	2
Funktionsnedsättning	3 klagomål 1 synpunkt	4
Försörjningsstöd	1 klagomål 2 synpunkter 2 beröm	10
Handläggarenheten	3 klagomål 4 synpunkter 1 beröm (avser även ÄO)	3
Integration	-	-
Vuxenenheten	2 klagomål	2
Äldreomsorg	7 klagomål 9 synpunkter 4 beröm	20
Social- och omsorgsförvaltningen	3 klagomål 1 beröm (IFO reception)	4

Synpunkter, klagomål och beröm HSL redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

7.2.2 Identifierade utvecklingsområden kring hanteringen av synpunkter, klagomål och beröm

Vid övergripande sammanställningar och uppföljningar har brister uppmärksammats. Rutinen följs inte fullt ut och det finns ett behov av att göra ett omtag av implementeringen. Exempelvis handhavandet kring återkoppling och dokumentation och registrering av åtgärder. Rutinen och processen har under hösten reviderats och förtydligats.

Utifrån de verksamhetsbesök som Samordning och kvalitet gjort under året har en muntlig tradition kunnat urskiljas inom flera verksamhetsområden. Det betyder att den statistik förvaltningen får fram gällande synpunkter, klagomål och beröm bara representerar en bråkdel av allt som faktiskt rapporteras till medarbetare och chefer. Foldern för synpunktslämning, som riktar sig till brukare, är inte känd och implementerad i alla verksamheter.

7.3 lex Sarah - förvaltningsövergripande

År 2016 inkom 32 rapporter om missförhållanden (två rapporter rörde två verksamheter). Antalet rapporter har minskat med 12 stycken från 2015. Vad minskningen beror på är oklart.

Av de inkomna rapporterna rapporterades fyra stycken till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), nio stycken bedömdes som missförhållanden. När det gäller kategorin övergrepp/kränkning så var det 5 av 10 som efter utredning bedömdes att inte utgöra ett missförhållande eller en avvikelse.

Kategori	AoI	FN	Handl/föreb	IFO	ÄO	Totalt
Ansökan/Handläggning/Dokumentation			2*	4*		6
Bemötande		1				1
Övergrepp/kränkning				5	5	10
Intern samverkan						
Mat och måltider						
Utförande av insats				2	7	9
Trygghet och säkerhet		2		1	4	7
Självmodsförsök/-skadebeteende						
Extern samverkan						
IT och teknik				1		1
Hälso- och sjukvård						
Övrigt						
Totalt		3	2	13	16	34

*Händelserna berör både IFO och Handläggare/förebyggande enheten.

7.4 Ej verkställda beslut

Här nedan redovisas beslut som ej är verkställda per 31 december 2016.

4 kap 1 § SoL

Verksamhet	Typ av bistånd	Antal	Kommentar
Individ- och familjeomsorg	Kontaktfamilj	3	
Individ- och familjeomsorg	Personligt stöd	1	
Funktionsnedsättning	Kontaktperson	4	Varav 1 är ett avbrott i verkställigheten
Totalt antal beslut		8	

9§ LSS

Verksamhet	Typ av bistånd	Antal	Kommentarer
Funktionsnedsättning	Bostad för vuxna	4	Varav 2 är förhandsbesked
Funktionsnedsättning	Daglig verksamhet	3	Varav 2 är förhandsbesked och 1 är avbrott i verkställighet
Funktionsnedsättning	Kontaktperson	1	
Funktionsnedsättning	Korttidsvistelse	1	Avbrott i verkställighet
Totalt antal beslut		9	

Gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL, rapporterade till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Motsvarande antal under 2015 redovisas i parantes.

Verksamhet	AoI	FN	IFO	ÄO	Totalt
Kvartal 1 2016		2	1	1	4

Kvartal 2 2016	1	1	4		6
Kvartal 3 2016		7 (1)	7 (2)		14 (3)
Kvartal 4 2016		4 (3)	2 (9)		6 (12)

7.5 Tillsyn av utförare inom hemtjänsten

Hudiksvalls kommun beslutade om att införa Lagen om valfrihet (LOV) 2011 och den enda privata utföraren, Monitor Hjälpn, är nu verksam inom två av kommunens geografiska områden.

Under 2016 har en uppföljning av hemtjänstutförarna gjorts. Syftet med uppföljningen har varit att se hur kommunens och den privata utförarens enheter lever upp till de kvalitetskrav som ställs i förfrågningsunderlaget, samt bidra till en verksamhetsutveckling genom dialog med verksamheterna.

Uppföljningen har bestått av tre delar:

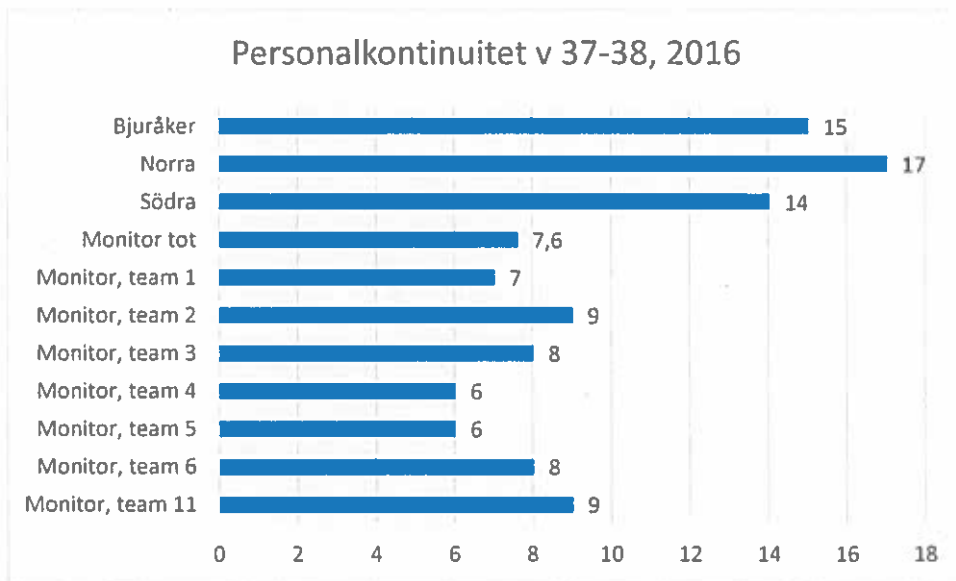
- En enkätundersökning har skickats ut till alla hemtjänstutförare.
- En fördjupad uppföljning av fyra hemtjänstutförare, däribland den privata utföraren. Den fördjupade uppföljningen har bestått i ett verksamhetsbesök, granskning av dokumentation (social journal och genomförandeplaner) samt granskning av personalkontinuitet.

Resultatet av uppföljningen har sammanställts i en enskild rapport. Nedan följer en kort sammanfattning av resultatet.

7.5.1 Resultat av LOV-uppföljning

Personalkontinuitet

Samtliga tre kommunala utförare som ingick i uppföljningen hade vid mättilfället högre personalkontinuitet än kommunen i snitt (13 personer).



Det är viktigt att notera att det finns ett antal faktorer att ta hänsyn till angående personalkontinuiteten. Det blir till exempel en högre siffra i en grupp med stort antal medarbetare och/eller kunder/brukare med stort insatsbehov. Den privata utföraren har satsat på små personalteam vilket kan vara en orsak till deras goda resultat i mätningen.

Muntlig tradition

Uppföljningen gav en tydlig bild av en stark muntlig tradition gällande både avvikelser samt synpunkter, klagomål och beröm. Personal tar emot synpunkter från kunder/brukare och för detta vidare till enhetschef muntligt. Hemtjänsttagarnas synpunkter och klagomål åtgärdas direkt och så långt det är möjligt tillgodoses personens önskemål. Dessa utförare gör inga skriftliga sammanställningar för att se mönster eller trender. Det finns även en utbredd osäkerhet hur avvikelsemodulen används och vad som ska registreras. Detta gäller både enhetschefer och medarbetare.

Social dokumentation och genomförandeplan

Vid granskning av social dokumentation hittades anmärkningsvärt lite journalanteckningar både digitalt och i pappersform hos de kommunala utförarna. Personal upplever att de har för lite tid avsatt för dokumentation och att de osäkra på vad de ska dokumentera. Det som skrivs digitalt är dock av god kvalitet. Den privata utföraren utmärker sig genom att hålla en jämn kvalitet med relevant information.

Generellt så har utförarna börjat digitalisera genomförandeplanerna. Den privata utföraren utmärker sig positivt vid granskningen vad gäller både uppdatering av genomförandeplaner och kunder/brukares delaktighet. Den privata utföraren ser genomförandeplanen som ett bra verktyg i det dagliga arbetet. En stor del av personalen hos de kommunala utförarna tycker däremot att informationen i TES räcker och att genomförandeplanen är överflödig.

Samverkan

Samverkan med kommunens legitimerade personal framstår som god däremot fungerar samarbetet med primärvården inte lika bra. Brister framkommer både gällande primärvårdens tillgänglighet och hemsjukvårdens/primärvårdens rutiner kring delegering och förnyelse av denna. Detta innebär patientsäkerhetsbister och hälso- och sjukvården riskerar att bli av sämre kvalitet.

Utbildningskrav

Vid verksamhetsbesöken framkommer att både medarbetare och enhetschefer tycker att rätt personliga egenskaper ger arbetet en högre kvalitet än en undersköterskeutbildning. Både medarbetare och enhetschefer kan se en vinst för medarbetaren att ha en undersköterskeutbildning då den ger baskunskaper och trygghet kring omvårdnad, som kan vara särskilt viktiga för nya medarbetare.

Identifierade utvecklingsområden

- Hanteringen av synpunkter, klagomål, beröm och avvikelser; Säkerställa att dokumentation av synpunkter och avvikelser sker. Skriftliga sammanställningar över avvikelser per enhet för att se mönster och trender som ett led i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Dokumentation; Att möjliggöra för dokumentation inom ramen för arbetstiden. Öka kunskapen om dokumentationens syfte och att få en systematik i att skriva journal och upprätta samt uppdatera genomförandeplaner.
- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård; Säkerställa att rutinen för att ge och förnya delegering följs.

7.6 Social dokumentation

Under 2016 har 24 granskningar av genomförandeplaner och social dokumentation inom social- och omsorgsförvaltningen gjorts utifrån egenkontrollplanen. Granskning har skett på särskilda boenden och dagverksamhet inom Äldreomsorgen, servicebostäder och kommunassistans inom Omsorgen om personer med funktionsnedsättning, daglig verksamhet samt HVB-hem inom Arbetsmarknad och integration. Fyra personakter inom varje verksamhet granskades, med undantag för daglig verksamhet samt dagverksamhet där två personakter granskades. Se rapport i bilaga 4. Dokumentationsgranskningen inom hemtjänsten genomfördes i samband med tillsynen av hemtjänstutförare och redovisas ovan.

Sammanfattning av resultat - Genomförandeplan

Tretton av 24 personakter saknade genomförandeplan. Ingen på de särskilda boendena hade en genomförandeplan och tre inom kommunassistans saknade genomförandeplan. De rörde PAN-anställda som av sagt sig upprättande av planen. I fyra fall på särskilda boenden hade underlag för Ella vårdplan använts istället.

Elva av 24 hade en genomförandeplan och av dessa var det nio som motsvarar beslutet. I samtliga fall hade den enskilde varit delaktig och i tre framgick att man beaktat personens inställning till de planerade insatserna. Två inom Integration och en inom daglig verksamhet.

Sammanfattning av resultat - Social dokumentation

Samtliga med genomförandeplan hade fortlöpande journalanteckningar som följde dessa planer och som var skrivna utan oskäligt dröjsmål. I de fall genomförandeplan saknades har journalanteckningar förekommit men varit sporadiska. De allra flesta har skrivits utan dröjsmål utom två där det har dröjt mellan 15 dagar och 10 månader. Båda rörde särskilt boende liksom en personakt som saknade genomförandejournal.

Identifierade utvecklingsområden

För att stärka kvaliteten på den sociala dokumentationen skulle en ny kompetenssatsning behöva göras utifrån de lagar och författningar som styr. Främst inom äldreomsorgen, och då för både enhetschefer och deras personal. Det finns ett behov av en grundkurs för nyanställda i social dokumentation där upprättande av genomförandeplaner, hur daganteckningar skrivs i genomförandewebben och vilka av dessa som ska sammanfattas och föras in i personens genomförandejournal bör ingå. Denna grundkurs skulle behöva genomföras årligen, så att även nyanställd personal för möjlighet att gå.

Idag pågår återkommande uppföljningsmöten avseende social och medicinsk dokumentation för enhetschefer, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och dokumentationsansvariga, så kallade "piloter", inom äldre- och funktionsnedsättning. MAS, SAS och systemansvariga i Treserva håller i dessa träffar. Både grundkurs och uppföljningsmöten är viktiga i det systematiska kvalitetsarbetet.

Resultat av granskning inom Individ- och familjeomsorgen

Aktgranskning har även genomförts inom Individ- och familjeomsorgen. Metoden har varit stickprov inom Vuxenenheten och Barn- och ungdomsenheten, totalt 10 stycken akter.

Vårdplaner, genomförandeplaner och journalanteckningar var välformulerade och beskrivande. Det var lätt att följa insatsens genomförande i journalanteckningarna. Uppföljningstider var tydligt dokumenterade och kommunicerade.

Inom Barn och Ungdom noterades en viss fördröjning mellan händelsedatum och dokumentationsdatum. I de granskade akterna finns exempel på att mer än två månader hinner passera mellan händelse och att den dokumenteras.

Varje person har en egen personakt men insatser för mindre barn utgår ofta från hela familjens behov och insatser till exempelvis föräldrar dokumenteras då i respektive barns akt.

7.7 Vad tycker du?" - brukarundersökning inom Daglig verksamhet och Omsorgen om personer med funktionsnedsättning

Hösten 2016 genomförde kommunen en enkätundersökning riktad till brukarna inom funktionsnedsättning och daglig verksamhet. Undersökningen har tidigare genomförts 2012 och 2014. Nytt för denna undersökning var att även Daglig verksamhet ingick. Syftet med undersökningen var:

- Att få en bild av brukarnas uppfattning av våra insatser och utifrån deras svar skapa oss en bedömning av verksamheternas kvalitet
- Att mäta verksamhetens måluppfyllelse
- Att använda resultatet som underlag i det fortsatta förbättringsarbetet

Undersökningen genomfördes under oktober månad 2016.

Resultat inom funktionsnedsättning

268 svar har inkommit vilket innebär en svarsfrekvens på ca 55 %.

Resultatet visar att majoriteten är nöjda med det stöd de fått (92 %) och tycker att personalen har ett bra bemötande (93 %). Det är en ökning från föregående undersökning som baserades på jämförbara enkätfrågor. 90 % upplever att de känner sig trygga med insatserna.

Vid tolkning av resultaten bör metodproblemen i undersökningen vägas in då enkätens målgrupp är mycket komplex med en stor funktionsvariation. Resultatet ger dock en fingervisning åt vilket håll deras omdöme lutar.

Resultatet visar att majoriteten är nöjd med stödet de fått (92 %) och tycker att personalen har ett bra bemötande (93 %). Det är en ökning från föregående undersökning.

90 % upplever att de känner sig trygga med insatserna.

Utvecklingsområdet kommunikation, resultat

Ett utvecklingsområde som identifierades vid föregående brukarundersökning (2014) var bland annat kommunikationen. Utifrån detta formulerades ett verksamhetsmål:

Kunder/brukare ska ha tillgång till de anpassningar och metoder som behövs för god kommunikation.

Komplexiteten i enkätfrågorna kring kommunikation gör att innebörden kan ha tolkats olika och resultatet inte är helt tillförlitligt.

Resultatet i brukarundersökningen inom gruppbostad, service bostad och korttidsbostad har inte förändrats nämnvärt. Inom kommunala verksamheter tycker 69 % att personalen förstår dem i jämförelse med den privata utföraren (Staffansgården) där 86 % svarat att de tycker att personalen förstår dem. Inom personlig assistans har resultatet försämrats från föregående undersökning. Samtidigt har ingen brukare i årets undersökning svarat "sällan" på frågan "Tycker du att personalen förstår dig" (2014 svarade 4 % "sällan").

83 % av barnen med insatsen korttidstillsyn svarade ”ja” på frågan ”Förstår du vad personalen säger till dig” men endast 43% upplevde att personalen förstår dem.

Enheterna har under 2016 arbetat aktivt för att nå målet genom satsningar på olika hjälpmedel och utbildning i teckenspråk för både personal och chefer. En annan satsning har varit PFA, om att förstå och hjälpa brukaren till ett mer självständigt liv, där man bland annat genom att analysera eget filmat material för att förstå olika behov.

Resultat från enkäten inom Daglig verksamhet

122 svar har inkommit vilket innebär en svarsfrekvens på ca 81 %. Resultatet visar att majoriteten trivs på sin dagliga verksamhet (76 %) och är nöjda med arbetsuppgifterna (73 %). På frågan ”Lär du dig nya saker på din dagliga verksamhet?” svarade 56 % ”ja”. Endast 59 % svarade ”ja” på frågan om de får vara med och bestämma på sin dagliga verksamhet.

83 % tyckte att personalen har ett bra bemötande och 80% upplevde att de får hjälp av personalen när de behöver det.

74 % svarade att de vågar prata med personalen om något känns fel och 80 % svarade att de känner sig trygg med de andra deltagarna.

7.8 Goda exempel

7.8.1 Måltidsprojekt inom Äldreomsorg

Vid tre vårdboenden har måltidsprojekt startats med syftet att optimera näringsintaget, förebygga undernäring och därmed förebygga ett ökat vårdbehov. Men även att göra de äldres måltider till en upplevelse genom olika sinnesintryck. Vårdboendena har satsat på att servera många små måltider utspridda över dagen. Förutom en mindre portion varmrätt till huvudmåltiderna serveras små efterrätter och små aptitretare, kraftigare mellan- och kvällsmål. Målet har varit att maten ska vara god, vällagad och näringsriktig mat som ger en smakupplevelse och sinnesintryck. För att uppnå ett gott resultat har projektet krävt ett tätt samarbete mellan kök och omvårdnadspersonal.

Som metod för att mäta resultatet av åtgärderna inom projektet har personalen vägt och kostregistrerat de äldres intag. Uppföljningen av resultatet på en av de deltagande vårdenheterna visade mycket goda resultat efter tre månader, se presentation av detta nedan. Resultat från de två andra vårdboenden håller på att bearbetas.

Resultat av vikt:

60% av deltagarna hade ökat i vikt

30% av deltagarna hade bibehållen vikt

10% av deltagarna hade gått ner (3 personer 6-9 kg)

Resultat av kostregistrering på slumpvis utvalda vid start och efter 3 mån:

Genomsnittligt ökat intag med 225 kcal och 9 g protein per dag.

7.8.2 Trygg hemgång

Äldreomsorgen har infört arbetssättet Trygg hemgång vilket består av flera delar.

- Insatsen förstärkt hemtjänst kan beviljas av handläggare efter sjukhusvistelse eller vistelse på korttidsplats. Kunden får då två timmar vid ett tillfälle då personalen i hemtjänsten kan vara behjälplig med det mest nödvändiga, som till exempel att rensa ur gammal mat i kylskåpet, handla, hämta ut mediciner etc.
- Samordnat vårdplaneringsteam består av handläggare, sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast. De samarbetar kring vårdplaneringar på sjukhuset och koordinatörerna sköter inskrivningar i hemsjukvården.
- Trygg hemgångsteamet består av undersköterskor som arbetar med ett rehabiliterande förhållningssätt. Handläggarna utreder och fattar beslut om teamets insatser. Syftet med Trygg hemgångsteamet är att underlätta hemgång och öka tryggheten efter sjukhusvistelse eller vistelse på korttidsplats, att fler kunder ska kunna gå direkt hem och inte behöva komma på en korttidsplats, samt att minska risken för onödiga återinläggningar på sjukhuset. Trygg hemgångsteamet fungerar som ett stöd för att kunden ska klara så mycket som möjligt själv i hemmet. Insatsen kan beviljas max 14 dagar och övergår sedan vid behov efter beslut från handläggaren till beviljade insatser av hemtjänsten.

Resultatet av det nya arbetssättet har under 2016 följts upp i flera led och fortsatt uppföljning under våren 2017 är planerad.

7.8.3 Minska matsvinnet

Kostansvarig och dietist inom Äldreomsorgen har arbetat aktivt sen hösten 2015 för att minska matsvinnet, genom att informera och öka medvetenheten hos både köks- och vårdpersonal. Personalen har fått se räkne-exempel på miljöpåverkan och har själva fått ge förslag på hur matsvinnet kan minskas. Genom att inte tillaga mer mat än vad som beräknats och att öka enheternas tillgång till leveranser av måltider och dagligvaror nåddes ett gott resultat. Vid uppföljning av åtgärderna under hösten 2016 syntes en markant minskning av matsvinnet och som en följd av detta hade kökens livsmedelsbudget hade förbättrats.

7.8.4 Språkcafé

Ett språkcafé startades upp under mars 2016. Det visade sig vara ett framgångsrikt koncept och blev snabbt en ny mötesplats. Varje lördag kommer 30-40 besökare.

Förebyggande enheten driver caféet i samverkan med Röda korset, studieförbundet vuxenskolan och föreningen Hudik mot rasism.

7.8.5 Lokal handlingsplan för Barn och ungdom

Under året har en nämnds- och förvaltningsövergripande arbetsgrupp tagit fram en plan för att stärka skyddet för barn och unga i vår kommun. Det arbetet har utgått från SKL:s handlingsplan i 44 punkter samt den nationella samordnarens arbete, att kartlägga kommunernas situation och att komma med förbättringsförslag. Planen tydliggör tre utvecklingsområden:

- Personalförsörjning- en förutsättning för att klara vårt uppdrag är att vi kan rekrytera behöriga socionomer som sedan väljer att arbeta kvar. För att det ska uppnås måste vi kunna erbjuda en trygg och hälsofrämjande arbetsmiljö.
- Samverkan - för att kunna öka delaktigheten för de berörda barnen/familjerna och kvaliteten på våra insatser måste både den interna kommunala samverkan och samverkan med t.ex. hälso- och sjukvården förbättras.
- Förebyggande - för att nå målsättningen att minska antalet beviljade insatser, tex familjehemsplaceringar, vill vi bli bättre på att informera, vara mer tillgängliga och på så vis kunna ge tidigare stöd.

7.8.6 Patricia som social mötesplats

Förvaltningen har genomfört en grundlig utredning av Patricia som social mötesplats och nämnden har fattat beslut om att förslaget ska genomföras. Uppstartsarbete pågår. Mötesplatsen är ett kvalitetslyft och innebär att förvaltningen tar ett samlat grepp med den egna förebyggande enheten inom socialtjänsten tillsammans med nätverket Hudiksvall Hela Livet, som efter år i projektform, fått ett fysiskt säte tillsammans med en större förebyggande satsning.

8 Nationell uppföljning av verksamhetens kvalitet

8.1 Öppna jämförelser

Öppna jämförelser genomförs av Socialstyrelsen i samverkan med Sveriges kommuner och landsting (SKL). Öppna jämförelser avser att spegla olika aspekter av kvalitet och resultat och syftar till att skapa insyn och öppenhet.

Värt att notera är att en stor andel av måtten som redovisas i öppna jämförelser är strukturmått vilka bedöms beskriva *förutsättningar* för kvalitet, men däremot inte resultat. Ett nej-svar på en fråga behöver inte alla gånger betyda en avsaknad av t.ex. rutin inom området som efterfrågas utan kan också innebära att det finns en rutin vilken inte uppfyller kriterierna som efterfrågas.

Kommunens resultat inom de olika undersökningarna finns att finna här:

<https://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajamforelser.275.html>

8.1.1 Nytt 2017

Förvaltningen ser det som värdefullt att få kännedom om brukarna/kunderna/klienternas bedömning av kvalitén på de insatser som utförs. Sedan tidigare skickas brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" till alla som har insatser inom hemtjänst och särskilda boenden för äldre. Under 2017 kommer förvaltningen även att delta i två nya nationella brukarundersökningar, som ingår i Öppna jämförelser. Den ena brukarundersökningen är inom Omsorgen för personer med funktionsnedsättning och Daglig verksamhet. Den kommer att ersätta förvaltningens egen undersökning "Vad tycker du?". Den andra brukarundersökningen är inom Individ- och familjeomsorgen, även den är nationell. Båda undersökningarna kommer att genomföras under hösten och resultaten kan jämföras med riket, länet och grannkommunerna.

8.1.2 "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"

I bilaga 5 redovisas resultatet för enkätundersökningarna inom särskilt boende och hemtjänst.

"Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" är en nationell brukarundersökning som genomförs av Socialstyrelsen. Undersökningen genomfördes under våren 2016 och riktar sig till personer över 65 år som har hemtjänst eller bor på särskilt boende.

Svarsfrekvensen inom hemtjänsten var 66 % och inom särskilt boende 54 %.

Frågorna har i regel sex svarsalternativ. Om inte annat anges avser resultatet andelen personer som svarat något av de två positiva omdömena, det vill säga "Mycket bra"/"Ganska bra", "Mycket nöjd"/"Ganska nöjd" eller "Ja, alltid"/"Oftast".

Resultat, särskilt boende

Resultatet av undersökningen är bra inom särskilt boende. Hudiksvalls kommun ligger högre än riket på 17 av 22 frågor.

Antalet positiva svar på frågorna "Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar" och "Har lätt att få kontakt med personalen vid behov" har ökat.

Ensamheten hos äldre på särskilt boende är utbredd; 34% svarar att de inte besväras av ensamhet vilket är samma låga resultat som riket i stort.

De fem utvecklingsområden där Hudiksvall fick minst antal positiva svar inom Särskilt boende:

- Ensamhet
- Information om vart brukare ska vända sig med synpunkter och klagomål

- Information om tillfälliga förändringar
- Läkarens tillgänglighet

Resultat, hemtjänst

Resultatet av undersökningen är generellt mycket bra inom hemtjänsten. Hudiksvalls kommun ligger lika eller högre än riket på samtliga frågor. I jämförelse med 2015 års resultat kan en sänkning av andelen positiva svar urskiljas på frågorna "Kan påverka vilka tider man får hjälp", "Personal kommer på avtalad tid", "Information om tillfälliga förändringar" och "Känner sig trygg hemma med hemtjänst".

Bland hemtjänsttagarna, precis som äldre inom särskilt boende är känslan av ensamhet påtaglig.

Undersökningen visar att även inom hemtjänsten kan kommunen bli bättre på att informera brukarna om vart de ska vända sig med sina synpunkter och klagomål samt ge information om tillfälliga förändringar.

8.2 Kommunernas kvalitet i korthet

I bilaga 6 redovisas i år sju mått inom Kommunernas kvalitet i korthet (KKiK).

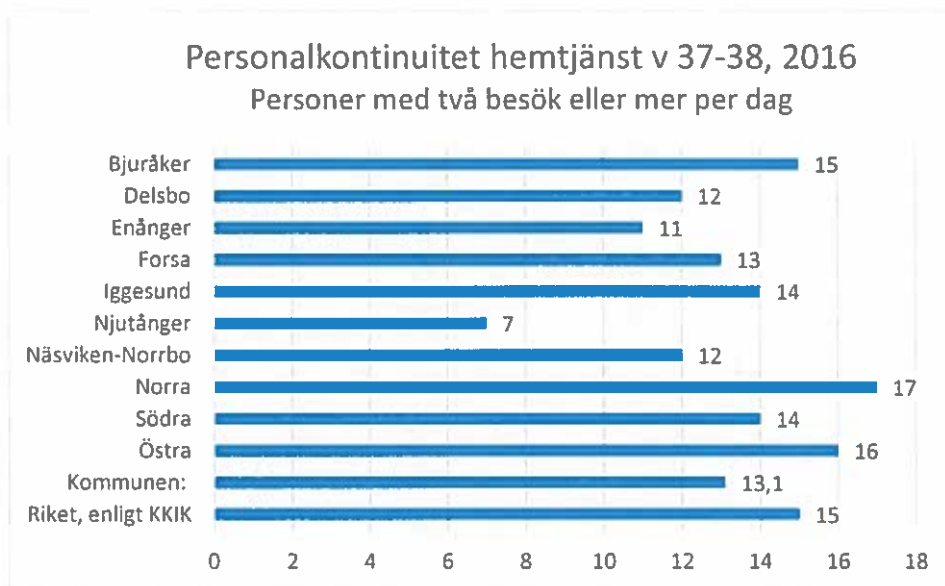
Inom tre områden, ej återaktualiserade ungdomar ett år efter avslutad utredning/insats, personalkontinuitet inom hemtjänst och väntetid från ansökan till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende har det skett en förbättring sedan föregående år. Det går att se en positiv trend mellan åren 2014-2016 inom området ej återaktualiserade ungdomar ett år efter avslutad utredning/insats.

Kvalitetsaspekter inom LSS grupp- och serviceboende är nu oförändrat från att tidigare år haft en positiv trend.

Rörande kvalitetsaspekter inom särskilt boende äldreomsorg har det skett en försämring från föregående år. En orsak till detta resultat kan vara att nya enhetschefer valt att tolka frågorna i undersökningen på ett annat sätt än tidigare enhetschef.

Resultatet för väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd är i år mer rättvisande än föregående år. Rutinerna för aktualisering av ärenden har förändrats och därför är årets resultat inte jämförbart med tidigare år. Hudiksvalls medelvärde ligger långt under medelvärdet i riket.

Hudiksvalls kommuns hemtjänst i snitt har låg personalkontinuitet jämfört med riket i snitt och det har skett en minskning från 14 personer 2015 till 13 personer 2016. Dock är spridningen stor mellan de olika hemtjänstgrupperna.



Resultaten för "Omsorgs- och serviceutbud inom hemtjänsten" presenteras inte nationellt. Detta beror på att några av frågorna i undersökningen endast skulle besvaras om de ingick i hemtjänstens lokala rutiner. Frågorna handlade om hemtjänsttagaren erbjuds att välja manlig eller kvinnlig personal vid personlig hygien samt erbjuds välja personal som talar hemtjänsttagarens språk. Då hemtjänsten saknar skriftlig riktlinje/rutin kring detta besvarades inte dessa frågor och därmed uteblev hela resultatredovisningen. I upprättandet av genomförandeplanen får den enskilde uttrycka sina önskemål kring utförandet av insatsen och hemtjänsten försöker tillgodose den äldres önskemål så långt det är möjligt.

8.3 Extern tillsyn

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) genomförde under 2016 en nationell tillsyn av vården för unga personer (15-25 år) med missbruksproblematik där fokus var myndighetsutövning och samverkan. Hudiksvall var en av flera kommuner som fick besök och resultatet presenterades i en större rapport i februari 2017, "Unga personer inom missbruks- och beroendevården".

Arbetsmiljöverket genomför en nationell tillsyn av socialsekreterares arbetsmiljö. Förvaltningen fick besök i september då fokus var myndighetsutövningen inom Barn och unga samt vuxenenheten, bland annat arbetsbelastning, stödfunktioner samt hot och våld. Inspektionsmeddelandet visade på ett antal brister och krav. Det resulterade i ett stort arbetsmiljöarbete inom hela IFO. Vidtagna åtgärder bedömdes vid Arbetsmiljöverkets återbesök i februari 2017 och de flesta godkändes. Nu återstår ett par som eventuellt kan avskrivas i april, i annat fall kan ett vitesbelopp utdömas.

9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Förvaltningsgemensamt ledningssystem

Arbetet med ett gemensamt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för hela förvaltningen återupptogs i juni 2016. Som en del av planeringen inför Individ- och familjeomsorgens samt Arbete och integrations inträde i "Så här jobbar vi" har det under hösten och vintern pågått en förstudie. Verksamhetsbesök har genomförts med syftet att kartlägga nuläget samt hur förutsättningarna för ett gemensamt ledningssystem ser ut.

Ett levande Så här jobbar vi

Det befintliga "Så här jobbar vi" har under året hållits levande genom att processer, riktlinjer och rutiner reviderats och lagts till, webblänkar har kontrollerats och reviderats. För att kvalitetssäkra våra dokument finns nu en riktlinje för styrdokument och dokumentmallar för riktlinjer och rutiner där det bland annat ska framgå vem som upprättat dokumentet, vem som ansvarar för det och vilken målgrupp det riktar sig till.

Exempel på nya övergripande riktlinjer som kommit till eller omarbetats under året:

"Avviker från bostaden, riktlinje"

"Tvåns- och begränsningsåtgärder samt skyddsåtgärder, riktlinje"

"Dokumenthanteringsplan"

"Avvikelsehantering, rutin"

"Synpunkter, klagomål och beröm, rutin" samt processkartan. "Synpunkter, klagomål och beröm, folder" har reviderats och den finns nu även på engelska.

Samverkan

Den interna samordningsmodellen har setts över och är under ombearbetning för att anpassas efter den nya förvaltningsorganisationen. Under året har följsamheten till Samordningsmodellen följts upp som en del av internkontrollen.

Under året har utbildningar i samordnad individuell plan (SIP) hållits i norra Hälsingland. Så kallade SIP-utbildare inom kommun och Region Gävleborg har utbildat cirka 110 chefspersoner och cirka 150 medarbetare. Nytt för i år är att kommunernas skolverksamheter i länet har tecknat en överenskommelse med Region Gävleborg gällande barn och ungdomar 0-18 år där behov av samverkan med socialtjänst och hälso- och sjukvård har uppmärksammats.

Nytt beslutsstöd

Kommunen har infört ett nytt system för beslutsstöd (Hypergene) och det är under uppbyggnad. Applikationen Verksamhetsplanering kommer att stödja delar av det systematiska arbetssättet kring kvalitetsarbetet. Då beslutsstödet i dagsläget är tänkt att rikta sig till enhetschefer och verksamhetschefer kommer Så här jobbar vi finnas

kvar parallellt och rikta sig till alla medarbetare/medledare på alla nivåer i organisationen.

10 Medarbetar-/medledarberättelse

10.1 Personal

Ökning av antal anställda finns främst inom Arbetsmarknad och integration, Omsorgen om personer med funktionsnedsättning och Individ och familjeomsorgen. På Arbetsmarknad och integration är det den ökade flyktingmottagningen som gjort att antalet anställda ökat. Inom Omsorgen om personer med funktionsnedsättning beror det på att ett par tomma tjänster har tillsatts, men också att ärendetyngden ökat. Inom Individ och familjeomsorgen har det anställts fler handläggare för att få en rimlig arbetsbelastning, man har också ökat det administrativa stödet i enlighet med de rekommendationer som gått ut från Socialdepartementet. Det har också till viss del finansierats med statliga medel.

Inom hela förvaltningen arbetar verksamheterna med lösningar för att klara både bemanning och kompetensförsörjning i nutid, då det är svårt att rekrytera både undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, socialsekreterare, handläggare och enhetschefer. Särskilt svårt är det att rekrytera socionomer till Barn och ungdomsenheten.

Rekryteringsenheten har uppdraget att se över behov och metoder att hitta rätt kompetens i en framtid.

Hälsa och arbetsmiljö

Inom förvaltningen har hälsovägledaren arbetat i projektform på olika enheter. Det har också genomförts flera friskvårdsinsatser som kommunklassikern och kommunstafetten. Fortsatta utbildningar inom Bemanna rätt för att öka inflytande och delaktighet. Ett samarbete med företagshälsan har inletts för att stärka särskilt utsatta enheter.

STAMINA-projektet (Strukturerat och Tidseffektivt Arbetssätt genom Metoder för Inkluderande Arbetsliv) är ett forskningsprojekt som drivs i samarbete med Uppsala universitet, företagshälsan och personalenheten.

Arbetsskador och tillbud

Här i tabellen nedan redovisas de skador och tillbud som rapporterats under året 2016 i Social- och omsorgsförvaltningen.

Verksamhet/enhet	Tillbud	Nollskada	Skada med frånvaro
Arbetsmarknadsåtgärder	1	3	3
Flykting	12	1	0
Funktionsnedsättning (ej HRC)	20	17	12
HRC	9	15	1
Handläggarenheten	1	1	2
IFO	10	3	3
Ledn. SOM	1	0	0
Rekryteringen	6	14	5
Äldreomsorg	41	66	16
Totalt	101	120	42

Sjukfrånvaro

Den totala sjukfrånvaron har sjunkit med 0,3 procentenheter. Mycket positivt är att långtidsfrånvaron har sjunkit med nästan en procentenhet. Äldreomsorgens sjukfrånvaro sjunkit med en procentenhet och även här har långtidssjukskrivningarna minskat. Inom Individ och familjeomsorgen har sjukskrivningarna minskat allra mest, medan inom Arbete och integration och Omsorgen om personer med funktionsnedsättning har sjukskrivningarna ökat något.

10.2 Förbättringspriser

Förbättrings- och ”uppåt-puff”-priser syftar till att uppmuntra och lyfta fram verksamheter som har arbetat framgångsrikt med kvalitets- och utvecklingsfrågor. Social- och omsorgsförvaltningen vill vara ”Bäst på att bli bättre”. Priserna innebär en medveten satsning för att främja detta förhållningssätt inom förvaltningens alla verksamheter.

Pristagare ”Arbetslag- förbättringsarbete”

Hemtjänst Östra 1 och 2 - En välfungerande arbetsgrupp som hela tiden arbetar med idéer till förbättringar, de samarbetar över gränserna och har utarbetat ett kvalitetsdokument. Små team och kontaktman som arbetar runt kund. Utvecklat värdighetsgarantierna, öppet hus och aktiviteter. Kreativa, offensiva, professionella medarbetare som gör enhetschefen glad och stolt.

Personlig assistansgrupp, Marianne Collings område - Underbara personer som alltid arbetar med inställningen ”Bäst på att bli bättre”. Alltid med glädje och bra bemötande. Nyttänkande när det gäller flexibilitet, smidighet och förbättringar. Kunden står alltid i fokus och får sin beviljade insats verkställd på ett oerhört professionellt sätt.

Håsta äldreboende/KIVO - Håsta äldreboende har på ett föredömligt sätt varit piloter och med ett mycket gott resultat testat KIVO-modellen. De har bidragit till att förbättra modellens struktur och gett ett viktigt bidrag till modellens fortsatta spridning i kommunen, länet och hela landet. Tack vare det arbetet har de två första

undersköterskorna i modellen fått sina tillsvidareanställningar inom äldreomsorgen i Hudiksvalls kommun.

Pristagare "Eldsjäl-värdegrund"

Jannie Pevik Fasth - Med stort engagemang och stor kreativitet bidrar hon till att öka seniorers och anhörigas livskvalitet. Hon håller sig á jour med aktuella kulturprojekt som genomförs i Sverige för att sedan hämta hem det bästa av dem till Hudiksvall, till glädje för årsrika personer i vår kommun. Tack vare Jannie har Hudiksvalls kommun blivit bäst på att bli bättre genom att samordna ett utökat kulturutbud till årsrika personer och därigenom bidragit till ett rikare och mera aktivt liv för många.

Pristagare "Eldsjäl-arbetsmiljö"

Marie Eriksson och Daniel Larsson, Kolmo gruppbostad - Marie och Daniel brinner för att förbättra för resten av arbetslaget. De har skapat en varm, välkomnande och funktionell arbetsmiljö för övriga. De har lagt ner mycket extrapass och fritid för att vi ska få trivsel på jobbet. Två starkt lysande eldsjälar som spridit ljus över Kolmos arbetsmiljö.

Karin Albertsson och Emma Andersson, Frejagården - Karin och Emma är alltid positiva och arbetar för att de boende ska få det så bra som möjligt. Lyssnar till behov, gör det "lilla extra". De sprider arbetsglädje även de stunder det kan vara tungt. De tar på sig extra uppgifter med glädje. Två personer som får vara symboler för den positiva arbetsgrupp de är en del av.

Gunilla Tjärnberg, försörjningsstöd - En uppskattad kollega som sprider värme och glädje på arbetsplatsen. Hon är spindeln i nätet som genom sitt arbete skapar förutsättningar för en god arbetsmiljö. Med sitt pedagogiska sätt och med humor, dämpar, förklarar och förebygger hon dagliga konflikter. Hon kommer att lämna ett stort tomrum när hon slutar på arbetsplatsen.

10.3 Uppåt-puff-priser

Tre gånger om året delas det ut ett Uppåt-puffpris till en grupp eller en enskild medarbetare. Alla både arbetslag och enskilda medlemmar/medarbetare och chefer kan nominera till ledningsgruppen. Ofta blir det extra priser eftersom det är många välförtjänta nomineringar. Vid dessa tillfällen kan också någon grupp eller person utanför förvaltningen nomineras. Ledningsgruppen är enväldig jury.

En gång om år delas det ut förbättringspriser inom verksamhetsområdena. Det delas ut pris till en eldsjäl och ett arbetslag som gjort ett strukturerat förbättringsarbete inom de olika verksamhetsområdena. Här är arbetsutskottet tillsammans med ledningsgruppen jury.

Förbättringspriset delas ut vid ett tillfälle i samband med en festlig lunch.



2017-02-06

Bilaga 1

Kommunfullmäktiges verksamhetsmål, måluppfyllelse per indikator

Senast 31 december 2016 ska minst 80 % av våra kunder/brukare/klienter och deras närstående som kommer i kontakt med oss uppleva att de möts av omtanke och respekt.

Indikatorer	Resultat	Jämförelse/kommentar
Bemötande, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, Öppna jämförelser. Andel positiva svar.	98% Hemtjänst	2015 hemtjänst: 98% Riket 97%
	93% Särskilt boende	2015 Säbo: 93% Riket 94%
Bemötande, egen enkät, funktionsnedsättning	Nöjdhet 92%	2014: 83%
	Bemötande 93%	2014: 88%
	Stöd i att göra saker de tycker om på sin fritid 74%	2014: 66%
Andel undertecknade handlingsplaner/genomförandeplaner.	-	Mätning ej genomförd.
Ökad nöjdhet. "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" Frågan "Hur tycker du att samarbetet mellan dig och äldreboendet/ hemtjänsten fungerar?" ställs till den närstående som varit med och besvarat enkäten.	92% positiva Säbo	2015: 85% positiva svar Säbo.
	88% positiva Hemtjänst	2015: 97% positiva svar Hemtjänst.
Andel med kontaktman, Öppna jämförelser, äldre	80% inom hemtjänst	Länet: 84% Riket: 83%

43



Senast den 31 december 2016 ska minst 85 % av våra medledare uppleva att vi är en attraktiv arbetsgivare.

Indikatorer	Resultat	Jämförelse/kommentar
Medarbetarenkät, motivation. HME-frågor		Medarbetarenkät ej genomförd 2016.
Personalomsättning. Minskad.	98% arbetar kvar inom förvaltningen	Hur många av de som var anställda 1 dec 2015 jobbar kvar inom förvaltningen den 1 dec 2016 inkl. tjänstlediga och sjukskrivna. Exklusive pensionsavgångar.
Sjukfrånvaro. Minskad.	Andel sjukfrånvaro: 8,08% Andel lång sjukfrånvaro: 58,12%	2015 Andel sjukfrånvaro: 8,73%. 2015 Andel lång sjukfrånvaro: 58,85%.

Senast den 31/12 2016 ska minst 80 % av de som söker kontakt med oss uppleva god tillgänglighet med snabb återkoppling kring information och beslut.

Indikatorer	Resultat	Jämförelse/kommentar
Tid från ansökan till insats:		
- SÄBO (KKIK mått 7)	54 dagar	(2015: 57 dagar)
- Ekonomiskt bistånd (KKIK mått 8)	8 dagar*	*Förändrat rutinerna för aktualisering av ärenden och har därför under 2016 kunnat få fram ett mer



<p>- Teaminsats BoU, Inkommen anmälan till uppstart i team (BoU)</p>	<p>39 % av de som fått öppenvårdsinsatser verkställda av BoU- teamet har väntat 4 månader eller mer **</p>	<p>korrekt snittvärde. Årets resultat är därför ej jämförbart med 2015 års resultat. (Riket: 16 dagar). **En utredning enligt SoL får pågå högst fyra månader</p>
<p>Tillgänglighet; brukarenkät äldre, egen enkät inom funktionsnedsättning</p>	<p>75% av dem på gruppboende/korttidsbo ende/serviceboende tycker att det går bra att få kontakt med sjuksköterska. 82 % av dem med insatser inom Funktionsnedsättnings- området tycker att de får information om sådant som är viktigt för dem när det gäller deras insats.</p>	
<p>Tillgänglighet; brukarenkät BoU ”har du fått prata med socialsekreteraren så mycket du önskar?”</p>	<p>-</p>	<p>Mätning ej genomförd</p>



Blomstrande näringsliv

Social- och omsorgsnämnden ska fortsätta arbetet med att utveckla alternativa driftsformer, öka antalet intraprenader och samarbete med sociala företag.

Indikatorer	Resultat	Jämförelse/kommentar
Antal intraprenader	16 stycken	14 st inom Funktionsnedsättning och 2 st inom Äldreomsorg) (2015: totalt 16 st)
Antal platser i sociala företag	17 stycken	(14 personer inom AoI och 3 personer inom Försörjningsstöd) (2015: totalt 18 st)

Attraktiv och hållbar livsmiljö

Hållbara och klimatsmarta åtgärder, till exempel öka andelen ekologiska livsmedel till 25 %.

Indikatorer	Resultat	Jämförelse
Matsvinn, HVB-hem i egenregi och Särskilda boenden enligt SoL och LSS. Mätpunkt: 1 vecka i september 2016	-	Mätning ej genomförd. Kostansvarig och dietist arbetar aktivt sedan hösten 2015 med att minska matsvinnet vilket fått positiv effekt på kökens livsmedelsbudget. Genom information om miljöpåverkan, anpassade portionsstorlekar och ändrade rutiner.
Inköpt kopieringspapper. Sammanställ utifrån lista från kopieringen. Hela social- o omsorgsförvaltningen. Inklusivt utskick.	Ökning med 19%	Resultat 2016: 722 052 kr (2015: 585 430 kr) Eventuellt ökad kostnad för kopieringspapper och material, trycksaker

Andel ekologiska livsmedel. Äldreomsorg.	Helår Äldreomsorg (Inkl Läroverket): 23%	Andel av livsmedelskostnaden. (2015: Äldreomsorg 16%)
Andel närodlade livsmedel ("närproducerat")	Av den totala livsmedelskostnaden så består 10 % av inköp från "Små och medelstora företag" (SME)	Flera nya upphandlingar är på gång 2017-18 där Kommunens förhoppning är att lokala leverantörer och SME vill leverera



Bilaga 2

Internkontroll- handläggningsprocessen 2016

1. Bakgrund

Enligt SOSFS 2014:5 4 kap 7 § ”Journalanteckningar och andra handlingar som hör till den enskildes personakt ska hållas ordnade så att det enkelt går att följa och granska handläggningen av ärenden, åtgärder som vidtas i samband med verkställighet av beslut samt genomförande och uppföljning av insatser”

Inspektion för vård och omsorg, IVO

IVO:s kritik utifrån SOSFS 2014:5 4 kap 7 § ” att det enkelt ska gå att följa och granska handläggningen av ärendet, se vilka åtgärder som vidtagits i samband med genomförande av beslut och uppföljningen av insatser.”

Enligt 17 § Förvaltningslagen ska den enskilde kommuniceras angående vilka uppgifter som tillförts utredningen av någon annan samt få möjlighet att yttra sig över det innan beslut fattas.

Den enskilde ska också informeras när en utredning har inletts, syftet med utredningen, när den beräknas vara klar samt vem som kommer att fatta beslut i ärendet. Syftet med informationen är att den enskilde ska känna sig trygg under utredningen.¹

2. Syfte och metod

Under maj 2016 genomfördes en intern kontroll av flödet från aktualisering till fattat beslut inom tre olika typer av ärenden:

- Barn och ungdom – Familjehemsplaceringar
- Vuxenheten – Missbruk
- Handläggarenheten – Barnärenden.

Kontrollen har genomförts genom:

- **Totalt 15 stickprov**
Fem stickprov har slumpats fram inom respektive typ av ärende. En granskningsmall har tagits fram utifrån respektive verksamhets dokumenterade handläggningsprocess/-rutin. Utgångspunkten har varit att ärendet ska vara möjligt att följa utifrån dokumentationen i journalen. Kompletterande granskning av dokumentation i beslutsunderlag m.m. har emellertid behövt göras.

¹ Handläggning och dokumentation inom Socialtjänsten 2015, s 381



3. Resultat

Följs de interna handläggningsprocesserna?

Enligt lagstiftningen ska det enkelt gå att följa och granska handläggning av ärenden utifrån journalanteckningar. Vid en granskning av enbart journalerna i de utlottade stickproven går det inte med enkelhet att följa handläggningsprocessen. Mycket fokus ligger på att dokumentera kontakterna i samband med utredningen. Detta är uppgifter av vikt men de olika stegen i handläggningsprocessen bör också tydligt framgå för att ge en överblick från aktualisering till beslut.

Fördjupad granskning

Vid en fördjupad granskning av beslutsunderlag och andra dokument kopplade till ärendet framgår att respektive handläggningsprocess till stor del följs. Här återfinns uppgifter som bör ha dokumenterats i journalen. Det kan till exempel handla om ett dokumenterat samtycke eller en upprättad vårdplan.

Personlig kontakt

Dokumentationen av vilka uppgifter som framkommer vid kontakt med den enskilde är god. Detsamma gäller uppgifter som inhämtas i samband med att relevanta kontakter tas under utredningen.

Rubriksättning

Det saknas enhetlighet i rubriksättningen i journalerna. De rubriker som används i de beskrivna processerna används dessutom inte i journalanteckningarna vilket också försvårar möjligheten att följa de olika stegen i handläggningen.

Ett exempel på detta är att dokumentationen av en muntlig kommunikering görs under rubriken "telefonsamtal".

Information till den enskilde

Av respektive handläggningsprocess framgår att kommunikering av utredning ska göras till den enskilde samt att information ska ges om inkommen ansökan/anmälan, påbörjad utredning samt beslut. Processerna stämmer väl med styrande lagstiftning, se rubriken Bakgrund.

Vilken information som lämnas till den enskilde framgår emellertid sällan tydligt av journalanteckningarna. Ibland går det att läsa "mellan raderna" vad som delgetts den enskilde men mer fokus ligger på dokumentation av den information som inkommer.

I några fall är informationen inte möjlig att lämna beroende på den akuta situationen eller att den enskilde inte är i stånd att ta till sig information. I dessa fall skulle en journalanteckning om handläggarens ställningstagande förtydliga att informationsansvaret inte har glömts bort men inte bedömts möjligt



Barn och ungdom

I alla de granskade ärendena finns en omfattande dokumentation i journalen.

Inledd utredning

I tre av fem granskade ärenden har beslut om att inleda utredning tagits samma dag som orosanmälan inkommit. I två ärenden har utredningen inletts efter att två orosanmälningar inkommit under en fyra veckors period.

Det framkommer inte av journalen om någon utredningsplan har upprättats eller om samtycke inhämtats.

Kontakter

Barnsamtal och samtal med föräldrarna har genomförts i alla de granskade ärendena. Kompletterande referenssamtal har genomförts i alla ärenden där behov har funnits.

Barnkonsekvensanalys

Av journalanteckningarna framgår det i fyra av fem ärenden att en barnkonsekvensanalys har genomförts gällande skydd eller stöd utifrån barnets situation och behov. Bedömningen görs i löpande text men skulle med fördel kunna göras under egen rubrik i journalen.

Kommunicering

I två av fem ärenden har kommunikering av utredningen dokumenterats i journal. I två ärenden har förutsättningarna för kommunikering varit svåra då det handlat om omedelbara omhändertaganden på grund av förälders psykiska mående.

Handläggarenheten

I de granskade ärendena är informationen i journalen överlag knapphändig. Merparten av den information som finns i ärendet återfinns istället i beslutsdokumentet.

Första kontakt

Enligt dokumenterad process ska kontakt tas inom två veckor från att ansökan/aktualisering görs. I fyra av fem ärenden framgår det av dokumentationen i journalen att den tidsgränsen har hållits. I det femte ärendet kan detta inte utläsas.

Autotexter

Flera steg i utredningsprocessen dokumenteras endast genom autotexter vilket gör utredningen svårföljd. Detta gäller främst aktualisering, beslut om att inleda utredning samt beslut att avsluta utredningen. I två av de granskade ärendena har autotexten vid aktualisering kompletterats med ytterligare dokumentation.

Samtycke

I två av ärendena finns samtycke dokumenterat i journal. I ytterligare två framgår samtycket av andra dokument i ärendet men är i det ena fallet över ett år gammalt. I det femte ärendet är inhämtande av samtycke inte aktuellt.



Barnperspektiv

I ett av ärendena framgår barnperspektivet av dokumentation i journal. I alla övriga ärende framgår emellertid barnperspektivet vid fördjupad granskning av dokument i ärendet.

Kommunicering och beslut

I tre av ärendena är kommunikering dokumenterad i journal. I de övriga två ärendena framgår det vid en fördjupad granskning av ärendet att kommunikering gjorts.

Motiveringen till besluten återfinns i beslutsunderlagen men är endast i ett fall dokumenterat i journal. Ett av besluten gäller utökade insatser. I detta ärende framgår inte vilka uppgifter som är nya och lett till den förändrade behovsbedömningen.

Vuxenenheten

I alla de granskade ärendena finns en omfattande dokumentation i journalen.

Anmälan

I de fall en anmälan inkommer ska kontakt tas samma dag enligt dokumenterad rutin. Denna tidsgräns är betydligt snävare satt än inom övriga två typer av ärenden. I de granskade ärendena når man inte fullt upp till den tidsgränsen. Personlig kontakt eller försök till personlig kontakt har emellertid tagits inom ett par dagar från inkommen anmälan. Enligt rutin ska en förhandsbedömning vara klar inom 14 dagar vilket är en tidsgräns som man når upp till i båda de ärenden där detta varit aktuellt. Det framgår även av dokumentationen att en riskbedömning gjorts i dessa ärenden och beslut om utredning enligt 7 § LVM har fattats av teamledare och finns dokumenterat i journal. Alla dessa steg följer mycket väl dokumenterad rutin för anmälan. Ovan nämnda steg dokumenteras i löpande text men skulle med fördel kunna göras under egen rubrik i journalen.

I fyra av fem ärenden har samtycke varit aktuellt men har endast inhämtats i två ärenden enligt vad som kan utläsas av dokumentation i journal. Ibland vid långvarig upparbetad kontakt kan separat samtyckesblankett finnas i personakten.

Utredning

Enligt dokumenterad rutin ska tid för besök erbjudas inom en vecka från att handläggare tilldelats ärendet. Detta når man i regel upp till. I ett par av ärendena är förutsättningarna sådana att detta inte är möjligt.

En utredningsplan ska enligt rutin upprättas i samband med det första besöket men saknas i alla ärenden utom ett. AUDIT och DUDIT ska genomföras om så bedöms behövt. Dokumentation angående detta saknas emellertid i alla granskade journaler vilket gör det omöjligt att utläsa om det genomförts eller inte samt på vilka grunder det i det senare fallet inte bedömts nödvändigt. Det samma gäller kartläggningsmetoden ASI. Vid misstanke om missbruk i samband med omhändertaganden av polis förekommer det att AUDIT används.



I tre av fem ärenden finns en upprättad vårdplan/SIP. I två ärenden saknas detta.

Kommunicering och beslut

I två ärenden framgår att ärendet kommunicerats den enskilde. I tre ärenden saknas sådan dokumentation. I ett av dessa ärenden har förutsättningarna för kommunikering varit obefintliga. Besluten är motiverade i fyra av fem ärenden och handläggarens förslag till beslut stämmer överens med det beslut som fattats av arbetsutskottet.

Utredningstider från aktualisering/anmälan till beslut

Inom barn och ungdom var utredningstiden 4 månader vid tre ärenden, 3 månader vid ett ärende och 1 vecka avseende ett ärende som övergick till lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Inom vuxenenheten var utredningstiden drygt 1 månad vid två ärenden, knappt 2 månader vid ett ärende samt drygt 1 vecka vid två ärenden.

Inom handläggarenheten var utredningstiden knappt 7 månader vid ett ärende. Det var nytt och en personkretsbedömning måste göras innan beslut om insats kunde tas. De fyra övriga ärendena tog cirka en vecka och var beslut som efter omprövningar förlängdes.

4. Bedömning/åtgärdsförslag

4.4 Vidtagna åtgärder

- Utbildning av Ulrika Ekebro

Utveckling av kontrollmetod, handlägningsprocessen

Inför eventuellt förnyat genomförande av internkontroll av handlägningsprocessen gör utredarna reflektionen att det vore önskvärt med en representant från respektive verksamhet som kan genomföra granskningen i samarbete med utredare/SAS från Samordning och kvalitet. En person med god kännedom om aktuell handlägningsprocess kan underlätta tolkningen av ärendets gång men samtidigt kompletteras av en utredare med ett "utifrån-perspektiv".

5. Utredningstider från aktualisering/anmälan till beslut

Inom barn och ungdom var utredningstiden 4 månader vid tre ärenden, 3 månader vid ett ärende och 1 vecka avseende ett ärende som övergick till lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Inom vuxenenheten var utredningstiden drygt 1 månad vid två ärenden, knappt 2 månader vid ett ärende samt drygt 1 vecka vid två ärenden.



Inom handläggarenheten var utredningstiden knappt 7 månader vid ett ärende. Det var nytt och en personkretsbedömning måste göras innan beslut om insats kunde tas. De fyra övriga ärendena tog cirka en vecka och var beslut som efter omprövningar förlängdes.

5.4 Vidtagna/pågående åtgärder

Personalförstärkning har skett under året men även andra åtgärder pågår för att korta ner utredningstider, till exempel IT-hjälpmiddel. Extern utbildning i dokumentation genomförs kontinuerligt inom individ- och familjeomsorgen. Nu senaste under 2016 då även LSS-handläggare deltog. Ytterligare utbildning är planerade inom handläggarenheten när det gäller barnärenden inom LSS.

Hudiksvall den 25 maj 2016 och 24 februari 2017

Agneta Juhlin
Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Emma Ivarsson
Kvalitetsutvecklare



Bilaga 3

Tillämpning för sjukskrivning och rehabilitering, internkontroll 2016

Totalundersökning av steg 1 i Rehab modellen i syfte att kontrollera om rehab modellen används av social- och omsorgsförvaltningens chefer

Sammanfattande beskrivning av chefens ansvar enligt Rehabmodellens tre steg:

Steg 1

Mål; Åter i ordinarie arbete, ordinarie arbetsplats.

Ansvar; Arbetsledaren ansvarar för att starta ett rehab ärende. Detta innefattar en rehabiliteringsutredning med plan för återgång till arbete samt att möjlighet till anpassning utreds. Arbetsledaren avgör om skattning av arbetsförmåga eller arbetsförmågebedömning ska göras.

Resultat; Återgång i ordinarie arbete efter att rehabilitering avslutats eller övergång till steg 2 eller 3.

Steg 2

Mål; Åter i arbete inom anställningsavtalet.

Ansvar; Arbetsledaren ansvarar för omflyttning inom anställningsavtalet vilket efter förhandling kan ske inom eller utanför arbetsledaren ansvarsområde.

Resultat; Återgång i arbete inom anställningsavtalet efter att rehabiliteringen avslutats eller övergång till steg 3.

Steg 3

Mål; Åter i arbete kommunen.

Ansvar; Arbetsledaren tillsammans med rehab samordnaren ansvarar för att rehabiliteringen formellt avslutas.

Resultat; Omplacering till ledigt arbete eller avslut av anställning.

När ska en rehabiliteringsutredning göras?

Om ansvarig chef inte startar ett rehab ärende i Adato skickas automatiskt ett påminnelse mejl ut, en s.k. rehab bevakning. Mejllet går ut vid sex sjukfrånvarotillfällen under senaste 12-månadersperioden alt. dag 15 vid sjukskrivning utöver sjuklöneperioden.

I rehab ärendet ska en rehabitredning göras vid upprepad korttidssjukfrånvaro (sex tillfällen under den senaste 12-månadersperioden) samt vid sjukfrånvaro mer än 15 dagar. Vid sjukskrivning mer än 15 dagar görs rehabitredning mellan dag 20-30. Rehabitredning ska dokumenteras i Adato.



Metod

Arbetsgivaren har ett tydligt beskrivet arbetssätt som innebär att rehab arbetet ska följa rehab modellen därför utgick undersökningen från statistiken i Adato. Det totala antalet rehab ärenden inom social-och omsorgsförvaltningen under helår 2016 i Adato undersöktes av Samordning och kvalitet tillsammans med rehab samordnare.

Resultat av undersökningen

- Totalt har 761 stycken rehab bevakningar skickats ut i Adato till ansvarig chef med anledning av upprepad korttidsfrånvaro alt. sjukskrivning mer än en vecka. Dessa 761 rehab ärenden avser 461 fysiska personer.
- Av 461 rehab bevakningar på personer där ett rehab ärende borde ha öppnats:
 - kvarstår 86 st. (19 %) som icke behandlade 2016-12-31.
 - 206 st. (45 %) har öppnats och avslutats under året.
 - 169 st. (37 %) har startat under året och är pågående 2016-12-31.

Den enhet som utmärker sig mest är rekryteringsenheten. Totalt 208 rehab bevakningar, avseende 93 personer. Av dessa 93 personer är det 44 personer som inte har något rehab ärende öppnat eller avslutat. För 27 personer har det öppnats och avslutats rehab ärende under året och 17 personer har pågående rehab ärenden. 5 personer har avförts (rehab ärenden har inte startats utan bevakningen har bara tagits bort).

Övrig statistik sjukfrånvaro

- **Antal personer som är långtidssjukskrivna:**
Under 2016 hade 283 personer 60 sjukdagar (25-100%) eller fler.
Av dessa 283 hade 53 personer 350-366 sjukdagar.
- **Identifiera antalet personer med upprepad korttidsfrånvaro:**
Under 2016 var det 206 personer inom förvaltningen som hade upprepad korttidssjukfrånvaro 6 ggr eller fler. Den som hade mest frånvaro var borta vid 24 tillfällen.

Analys

Undersökningen visar att förvaltningens chefer är relativt aktiva i användandet av Rehabmodellen. 82 % av de sjukskrivna anställda som klassat in i rehab modellen har genomgått eller genomgår steg 1.

När det gäller rekryteringsenheten så kan det bero på att rehab ansvaret kring timvikarier varit otydligt en längre tid och enheten har därför inte jobbat aktivt med ärenden. Rehabsamordnare är informerad och har lovat att ta upp det med inom



personaladministrativa teamet (PA) för att få klarhet. Vad det gäller månadsavlönade upplevs enheten arbeta aktivt med dem.

Bakomliggande orsaker till att 19 % av rehab ärenden aldrig öppnats har inte undersökts vid denna kontroll. Att ett rehab ärende inte har startat i Adato behöver inte betyda att chefen inte haft kontakt med den anställde och tagit sitt arbetsmiljöansvar utan rehab arbetet kan ha utförts.

/Renee Holmberg

Bilaga 4

Egenkontroll 2016

Genomförandeplaner och social
dokumentation inom social- och
omsorgsförvaltningen

Sammanfattning

Under senare delen av år 2016 har 24 granskningar av genomförandeplaner och social dokumentation inom social- och omsorgsförvaltningen gjorts utifrån egenkontrollplanen. Granskning har skett på särskilda boenden och dagverksamhet inom äldreomsorgen, servicebostäder och kommunassistans inom funktionsnedsättning, daglig verksamhet samt HVB-hem inom arbetsmarknad och integration. Fyra personakter inom varje verksamhet utom när det gäller daglig verksamhet och dagverksamhet där två personakter granskades.

1.1 Genomförandeplan

Tretton av 24 saknade genomförandeplan. Ingen på de särskilda boendena har en genomförandeplan och tre inom kommunassistans saknar genomförandeplan. De rör PAN-anställda som avsåg sig upprättande av planen. I fyra fall på särskilda boenden har underlag för Ella vårdplan använts istället.

Elva av 24 har en genomförandeplan och av dessa är det nio som motsvarar beslutet. I samtliga fall har den enskilde varit delaktig och i tre framgår att man beaktat personens inställning till de planerade insatserna. Två inom integration och en inom daglig verksamhet.

1.2 Social dokumentation

Samtliga med genomförandeplan har fortlöpande journalanteckningar som följer dessa planer och som är skrivna utan oskäligt dröjsmål. I de fall genomförandeplan saknas har journalanteckningar förekommit men varit sporadiska. De allra flesta har skrivits utan dröjsmål utom två där det har dröjt mellan 15 dagar och 10 månader. Båda rör särskilt boende liksom en personakt som saknar genomförandejournal.

2 Syfte

Syftet med aktgranskningen var att följa upp om personer med biståndsbeslut inom social- och omsorgsförvaltningen har genomförandeplaner. Om dessa motsvarar besluten och om den enskilde varit delaktig i upprättande av planen.

När det gäller socialdokumentation var syftet att granska om journalanteckningarna sker fortlöpande och utan oskäligt dröjsmål samt om de följer genomförandeplanen. Det ingick även att granska om journalanteckningarna gav den information som behövdes utifrån situationen (tillräckliga), var av vikt för genomförandet av insatsen (väsentliga) samt om de var relevanta i sammanhanget och beskriver just det som är viktigt (ändamålsenliga).

3 Metod

Under senare delen av 2016 har en egenkontroll i form av aktgranskning genomförts inom social- och omsorgsförvaltningen inom följande verksamheter.

- Två särskilda boenden
- En dagverksamhet
- Kommunassistans
- Två servicebostäder
- En daglig verksamhet
- Två HVB-hem

Granskningen har genomförts genom totalt 24 stickprov. I steg ett valdes vilka verksamheter som skulle granskas. Två särskilda boenden och en dagverksamhet inom äldreomsorgen, två servicebostäder och kommunassistans inom funktionsnedsättning, en daglig verksamhet inom arbetsmarknad samt två HVB-hem inom integration valdes ut.

I steg två valdes den äldsta och den yngsta personen ut i datasystemet Treserva på respektive verksamhet. Fyra på respektive särskilt boende, fyra på respektive servicebostad samt fyra på kommunassistans. Två på dagverksamhet, två på daglig verksamhet samt två på respektive HVB-hem.

4 Resultat

4.1 Äldreomsorgen

4.1.1 Genomförandeplan

Ingen på de särskilda boendena har en genomförandeplan. I fyra fall på särskilda boenden har underlag för Ella vårdplan använts istället. I de fyra andra används enbart vårdplaner. Vid det andra särskilda boendet berättar ansvarig enhetschef att de har vårdplaner istället för genomförandeplaner, då det är mycket som rör HSL-insatser som personalen dokumenterar efter omvårdnadsträffar.

I de två akterna som har granskats inom en dagverksamhet saknas genomförandeplaner. I ett av fallen har hemtjänstpersonal i sin genomförandeplan tagit med dagverksamhet under punkten "Övriga insatser". Vad, när och hur framgår av planen samt att den enskilde varit delaktig vid upprättandet.

4.1.2 Social dokumentation

Journalanteckningarna i de granskande akterna sker inte fortlöpande utan periodvis och i de flesta fall då utan dröjsmål. Utom i två akter där det har dröjt mellan 15 dagar och 10 månader mellan journalanteckningarna. I en personakt saknas genomförandejournal. I två akter är de sammanfattande daganteckningarna av god kvalitet. Det framgår tydligt att det till exempel är en viktig händelse och de är tillräckligt, väsentligt och ändamålsenligt skrivna.

Vid samtal med personal på dagverksamheten framkommer att daganteckningar vid behov skrivs som en arbetsanteckning i genomförandewebben.

4.2 Funktionsnedsättning

4.2.1 Genomförandeplan

Inom kommunassistans är det en av fyra som har en genomförandeplan. I två av fallen är det föräldrar, som är PAN-anställda, som tackat nej till erbjudandet om att upprätta en genomförandeplan. Den tredje, som inte har en genomförandeplan, har själv sagt ifrån att det inte behövs. I det fall där genomförandeplan finns var inte den enskilde delaktig vid upprättandet. Däremot vid uppföljningen, då det framgår att personen var nöjd med att berätta själv hur hen vill ha det.

Alla på de både servicebostäderna har en genomförandeplan där de enskilda varit delaktiga. En av genomförandeplanerna är knapphändig men innehållsmässigt ändå god. Tre av genomförandeplanerna motsvarar biståndsbesluten men den fjärde har ett knapphändigt beslut där enbart beslutstexten finns med.

4.2.2 Social dokumentation

När det gäller den sociala dokumentationen inom kommunassistans sker den fortlöpande utan oskälig dröjsmål och är av god kvalitet. I de fall där PAN-anställning förekommer är det mindre dokumenterat. Det är ansvarig enhetschef som fört journalanteckningarna, vilka är relevanta, lätta att följa och ändamålsenliga.

När det gäller dokumentationen på de båda servicebostäderna följer samtliga respektive genomförandeplan. Alla journalanteckningar har skett fortlöpande och uppfyller god kvalitet. De är lätta att följa och det som skrivs är tillräckligt, väsentligt och ändamålsenligt i samtliga akter.

4.3 Arbetsmarknad och integration

4.3.1 Genomförandeplan

Båda akterna inom daglig verksamhet har en genomförandeplan. En av dem är skriven i jag-form. Den enskilde har varit delaktig i båda fallen. En av genomförandeplanerna är knapphändig men innehåller ett avsnitt med frågor kring

”trivsel/arbetsmiljö”. Den enskilde har svarat på sju frågor utifrån en femsiffrig skala. Båda genomförandeplanerna motsvarar biståndsbesluten.

4.3.2 Social dokumentation

Även inom daglig verksamhet har de båda akterna innehållit dokumentation som följer respektive genomförandeplan. Daganteckningarna har i båda akterna sammanfattats fortlöpande och förts in i personernas genomförandejournaler. Anteckningarna är tillräckliga, väsentliga samt ändamålsenliga och går lätt att följa.

5 Möjliga förbättringsåtgärder

För att stärka kvaliteten på den sociala dokumentationen skulle en ny kompetenssatsning behöva göras utifrån de lagar och författningar som styr. Främst inom äldreomsorgen och då för både enhetschefer och deras personal. Ett förslag skulle kunna vara att SAS tillsammans med enhetsutvecklare inom äldreomsorgen skulle hålla en grundkurs för nyanställda i social dokumentation, upprättande av genomförandeplaner, hur daganteckningar skrivs i genomförandewebben och vilka av dessa som ska sammanfattas och föras in i personens genomförandejournal. Denna grundkurs skulle behöva genomföras årligen, så att även nyanställd personal får möjlighet att gå.

Idag pågår återkommande uppföljningsmöten avseende social och medicinsk dokumentation för enhetschefer, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och dokumentationsansvariga, så kallade ”piloter”, inom äldre- och funktionsnedsättning. MAS, SAS och systemansvariga i Treserva håller i dessa träffar. Dessa uppföljningsmöten behövs också i det systematiska kvalitetsarbetet.

Hudiksvall 2017-04-22

Agneta Juhlin,
Socialt ansvarig samordnare



2017-03-06

Bilaga 5

Resultat av brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" 2016

Hemtjänst

Fråga	2014	2015	2016	Riket
Handlägggarbeslutet är anpassat efter den äldres behov	72	76	76	73
Fick välja utförare av hemtjänsten	40	64	63	56
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	56	66	64	63
Personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål	88	89	91	87
Kan påverka vid vilka tider man får hjälp	56	68	64	61
Personalen utför sina arbetsuppgifter bra	88	95	92	87
Personalen kommer på avtalad tid	80	92	88	86
Personalen har tillräckligt med tid för arbetet	82	85	88	82
Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar	57	73	69	69
Får bra bemötande från personalen	99	98	98	97
Känner sig trygg hemma med hemtjänst	89	91	89	85
Känner förtroende för personalen	92	96	93	91
Besväras inte av ensamhet	44	44	49	46
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	88	92	84	78
Är sammantaget nöjd med hemtjänsten	92	95	94	89
Fungerande samarbete mellan anhörig och hemtjänsten	91	97	92	89

Särskilt boende

Fråga	2014	2015	2016	Riket
Fick plats på önskat äldreboende	90	91	92	88
Trivs med sitt rum/sin lägenhet	75	79	80	75
Tycker det är trivsamt i gemensamma utrymmen	53	61	61	65

Social- och omsorgsförvaltningen, Samordning och kvalitet

Postadress: 824 80 Hudiksvall • Besöksadress: Stationsgatan 1 A • E-post: social.omsorg@hudiksvall.se

Tfn växel: 0650-190 00 • Fax: 0650-381 90 hudiksvall.se • Org. Nr: 212000-2379



Tycker det är trivsamt utomhus runt boendet	70	71	71	67
Tycker att maten smakar bra	77	77	78	76
Upplever måltiderna som en trevlig stund	69	70	74	70
Personalen har tillräckligt med tid för arbetet	69	72	80	73
Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar	43	46	50	49
Kan påverka vid vilka tider man får hjälp	56	59	61	61
Får bra bemötande från personalen	96	93	93	94
Personalen tar hänsyn till brukarens egna åsikter och önskemål	75	76	80	80
Känner sig trygg på sitt äldreboende	92	90	90	89
Känner förtroende för personalen	87	84	86	87
Är nöjd med de aktiviteter som erbjuds på äldreboendet	57	59	61	63
Möjligheterna att komma utomhus är bra	59	59	61	58
Besväras inte av ensamhet	30	31	34	34
Har lätt att få träffa sjuksköterska vid behov	76	76	77	77
Har lätt att få träffa läkare vid behov	56	53	58	57
Har lätt att få kontakt med personalen vid behov	88	81	84	85
Är sammantaget nöjd med äldreboendet	81	82	85	83
Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål	40	43	50	47
Fungerande samarbete med närstående	88	85	88	88

**Bilaga 6****Resultat av kommunens kvalitet i korhet 2016**

I tabellen nedan redovisas de indikatorer som är kopplade till Social- och omsorgsförvaltningens verksamhet. Undantaget är de indikatorer som gäller ekonomi eller redovisas inom ramen för den nationella brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen".

		2014	2015	2016
Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	Hudiksvall	73	74	81
	Alla kommuner, medel	78	78	78
Kvalitetsaspekter LSS grupp- och serviceboende , andel (%) av maxpoäng	Hudiksvall	78	82	82
	Alla kommuner, medel	82	82	80
Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng	Hudiksvall	56	56	52
	Alla kommuner, medel	66	66	-
Omsorgs- och serviceutbud hemtjänst äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng	Hudiksvall	64	67	.*
	Alla kommuner, medel	66	65	-
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	Hudiksvall	14	14	13
	Alla kommuner, medel	15	15	15
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflytningsdatum till särskilt boende, medelvärde	Hudiksvall	52	76	54
	Alla kommuner, medel	52	57	58
Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde	Hudiksvall	3	3	8
	Alla kommuner, medel	16	16	17

*Resultatet publicerades inte då Hudiksvall inte har fastställda riktlinjer för Hemtjänsten och utifrån detta valde att inte svara på några frågor.

Beskrivning av indikatorer

Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)
Andel (%) ungdomar i åldern 13-20 år som inte återkommit till socialtjänsten inom ett år efter avslut av samtliga utredningar och/eller insatser. Återaktualisering avser endast formell utredning. Gäller ej ekonomiskt bistånd. Ensamkommande flyktingbarn ingår inte. Avser insatser/utredningar som avslutades första halvåret år T-1. Källa: Egen undersökning i kommunen.

Kvalitetsaspekter LSS grupp- och serviceboende , andel (%) av maxpoäng

Baseras på resultatet av ett antal delnyckeltal, kvalitetsaspekter, inom LSS grupp- och serviceboende. De ingående delnyckeltalen finns som undernoder till detta nyckeltal. För varje delnyckeltal kan man ha ett värde mellan 0-100 procent och detta poängsätts enligt följande - 0 % ger 0 poäng, 1-25 % ger 1p, 26-50 % ger 2p, 51-75 % ger 3p, 76-99 % ger 4p, 100 % ger 5p. Poängen summeras och delas med maximalt möjlig poäng och multipliceras sedan med 100 för redovisning i procent. Observera att



delnyckeltalen ibland ändras och byts ut mellan åren. Källa: Delnyckeltalen är publicerade av kommunen i Kolada utifrån anvisningar från RKA. Maxpoängen tas fram inom SKL:s projekt KKIK.

Kvalitetsaspekter särskilt boende äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng

Baseras på resultatet av ett antal delnyckeltal, kvalitetsaspekter, inom särskilt boende (äldreomsorg). De ingående delnyckeltalen finns som undernoder till detta nyckeltal. För varje delnyckeltal kan man ha ett värde mellan 0-100 procent och detta poängsätts enligt följande - 0 % ger 0 poäng, 1-25 % ger 1p, 26-50 % ger 2p, 51-75 % ger 3p, 76-99 % ger 4p, 100 % ger 5p. Poängen summeras och delas med maximalt möjlig poäng och multipliceras sedan med 100 för redovisning i procent. Observera att delnyckeltalen ibland ändras och byts ut mellan åren. Källa: Delnyckeltalen är publicerade av kommunen i Kolada utifrån anvisningar från RKA. Maxpoängen tas fram inom SKL:s projekt KKIK.

Omsorgs- och serviceutbud hemtjänst äldreomsorg, andel (%) av maxpoäng

Baseras på resultatet av ett antal delnyckeltal som handlar om omsorgs- och serviceutbud inom hemtjänst (äldreomsorg). De ingående delnyckeltalen finns som undernoder till detta nyckeltal. För varje delnyckeltal får man antingen maximalt 1, 2 eller 3 poäng. Poängen summeras och delas med maximalt möjlig poäng och multipliceras sedan med 100 för redovisning i procent. Observera att delnyckeltalen ibland ändras och byts ut mellan åren. Källa: Delnyckeltalen är publicerade av kommunen i Kolada utifrån anvisningar från RKA. Maxpoängen tas fram inom SKL:s projekt KKIK.

Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde

Medelvärde, antal olika personal som en hemtjänsttagare möter under en 14-dagarsperiod. Gäller de personer, 65 år eller äldre, som har två eller fler besök av hemtjänsten varje dag (måndag-söndag). Trygghetslarm och matleveranser räknas ej. Mätningen avser tiden 07.00- 22.00. Hemsjukvårdspersonal redovisas inte. Brukare som inte bott i det egna hemmet under hela eller delar av mätperioden exkluderas ur mätningen. Källa: Egen undersökning i kommunen.

Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde

Medelvärde, antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum avseende särskilt boende inom äldreomsorg. Med ansökningsdatum avses det datum då ansökan om plats på särskilt boende kommer in till kommunen, oavsett om ansökan görs skriftligt eller muntligt. Med erbjudet inflyttningsdatum avses det datum då den enskilde enligt kommunens erbjudande har möjlighet att flytta in på ett särskilt boende, oavsett om den enskilde sedan väljer att flytta in eller inte. Avser samtliga utredningar avseende plats på särskilt boende som avslutades i kommunen under första halvåret, och som avsåg personer som vid tidpunkten för ansökan var 65 år eller äldre. Källa Egen undersökning i kommunen.

Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället för ansökan vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde

Genomsnittligt antal dagar från första kontakten för ansökan vid nybesök, med socialtjänsten till dess att beslut om försörjningsstöd har fattats. Med första kontakt avses muntlig eller skriftlig kontakt angående ansökan om försörjningsstöd. Allmänna förfrågningar exkluderas. Mätperiod är första halvåret. Källa: Egen undersökning i kommunen.

OBS: Kommentar till ovanstående mått

Tidigare års resultat på detta mått bör tolkas med stor försiktighet, då 2015 års rutiner för aktualisering inte stämmer överens med definitionen av måttet. Verksamheten har efter dialog med RKA (rådet för kommunala analyser) tagit fram nya rutiner för aktualisering. Det nya arbetssättet har under 2016 möjliggjort en mer tillförlitlig mätning av ovanstående mått.

Patientsäkerhetsberättelse 2016

Social- och omsorgsförvaltningen



Hudiksvalls
kommun

Innehåll

1	Sammanfattning	5
2	Övergripande mål och strategier 2016	6
3	Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
4	Struktur för uppföljning/utvärdering	7
5	Uppföljning genom egenkontroll	8
6	Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	8
7	Samverkan för att förebygga vårdskador	9
8	Risikanalys	10
9	Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet	11
10	Hantering av synpunkter, klagomål och beröm	13
10.1	Sammanställning och analys.....	13
11	Samverkan med patienter och närstående	14
12	Resultat	15
12.1	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - ”Så här jobbar vi”	15
12.2	Hemsjukvård.....	15
12.3	Rehabilitering.....	16
12.4	Dokumentation	16
12.5	Öppna jämförelser.....	16
12.5.1	Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre.....	16
12.5.2	Brukarundersökning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen.....	17
12.5.3	Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2016	18
12.6	Kvalitetsregister.....	19
12.6.1	Senior alert.....	19
12.6.2	Svenska palliativregistret – Hudiksvalls kommun/region Gävleborg..	21
12.6.3	BPSD registret	24
12.7	Egenkontroll.....	25
12.7.1	PPM-HALT.....	25
12.7.2	PPM-BHK.....	25
12.7.3	Trycksår, bälte, KAD, UVI.....	26
12.7.4	Läkemedelshantering – egenkontroll	27
12.8	Övrigt.....	28
12.8.1	Hygien	28
12.8.2	Nationell patientöversikten, NPÖ	28
12.8.3	Utbildning.....	28

13	Övergripande mål och strategier för kommande år	30
13.1	Nämndens verksamhetsmål 2017 (från Nämndsplanen)	30
13.2	Egna mål HSL 2017	30
13.3	Egna strategier HSL 2017.....	30
13.4	Efterfrågeutveckling och trender 2017 (från Nämndsplanen)	31
13.4.1	Hälso- och sjukvård	31
13.5	Särskilda uppdrag/utvecklingsområden från nämnden 2017 (från Nämndsplanen).....	32

1 Sammanfattning

Under 2016 har verksamheten jobbat vidare med att få en patientsäker dokumentation i Treserva HSL enligt ICF. Dokumentationsgruppen har träffats regelbundet och hittat former för samverkan. Planeringen för ny version av Treserva har påbörjats.

Antalet registrerade avvikelser är högt sedan avvikelsemodulen i Treserva infördes vilket är positivt. Fortsatt arbete med enhetschefernas analyser och åtgärder av sina avvikelser. Strukturerade riskanalyser vid skydds- och begränsningsåtgärder, avvikelser, synpunkter och klagomål är ett förbättringsområde i förvaltningen. När riskanalys görs vid förändringar i verksamheten ska även patient/brukarperspektivet tillgodoses. Patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet när det är möjligt.

Hemsjukvården fortsätter att öka och ett nytt länsövergripande avtal tecknades under året. Samverkan med primärvårdens chefer sker regelbundet för att öka patientsäkerheten vid vårdens övergångar.

Användningen av kvalitetsregistren ökar sakta. En hög andel på SÄBO registrerats i Senior alert, färre med registrerade åtgärder. Fortsatt låg andel registreringar i hemsjukvården. För att kunna jobba strukturerat med Senior alert behövs ett fungerande teamarbete. I Svenska palliativregistret ligger några indikatorer lågt, där är samverkan med primärvårdens läkare viktig. Fler SÄBO har anslutit sig till BPSD registret och flera väntar på utbildning.

Ingen internkontroll riktad mot hälso- och sjukvård har genomförts under året. Egenkontroll med fokus på Vårdrelaterade infektioner, Basala hygienrutiner och klädkrav, Trycksår-bälte-KAD-UVI samt Läkemedelshantering har genomförts. Regelbundna hygienronder i samarbete med länets hygiensjuksköterska genomförs på några boenden årligen.

Kompetensförsörjning är ett problem både för Rehabenheten och sjuksköterskeorganisationen. Det är svårt att bibehålla kontinuitet vilket leder till svårigheter att utveckla verksamheten.

2 Övergripande mål och strategier 2016

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

- Dokumentation – journalgranskning ska visa korrekt dokumentation i vård- och rehabplaner samt status.
- Implementering av avvikelsemodulen i Treserva – antalet avvikelser ska öka med 50 %.
- Senior alert – antalet riskbedömningar ska öka till 80 %.
- Svenska palliativregistret - läkarinformation till patienten (brytpunktssamtal), utförd validerad smärtskattning, eftersamtal erbjudet och munhälsobedömning ska öka till 80 %.

Uppföljning av mål och strategier 2016

Under 2016 fortsatte systemansvariga för HSL att kontinuerligt granska alla journaler utifrån ICF-införandet 2015. Dokumentationsgruppen har träffats varje månad för att följa upp och utveckla dokumentationen. MAS har medverkat vid träffar med dokumentationsansvariga/piloter inom ÄO och FN varje termin.

Registreringar i nya avvikelsemodulen i Treserva har skett sedan årsskiftet 2015/2016. Av totalt 1 426 avvikelser under året var 761 kopplade till hälso- och sjukvård. Det är en ökning med drygt 500 % från föregående års HSL-avvikelser som var 150 stycken.

Antalet riskbedömningar i Senior alert ligger på 49,66 % december 2016, en minskning från 50,34 % från samma period 2015. Antalet riskbedömningar på SÄBO är ca 90 %, det innebär att antalet registreringar i hemsjukvården 2015 var mycket lågt.

I Svenska Palliativregistret är täckningsgraden 2016 67,3 % jämfört med 70,3 % föregående år. Läkarinformation till patienten (brytpunktssamtal) 43 %, utförd validerad smärtskattning 16,4 %, eftersamtal erbjudet 43,9 % och munhälsobedömning 39,8 %.

Ansvarig för uppföljning av målen i patientsäkerhetsberättelsen är medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Övergripande mål och strategier för 2017 se sid.3030.

3 Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

Social- och omsorgsnämnden har som vårdgivare yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren har uppdragit åt medicinskt ansvarig sjuksköterska att skriva patientsäkerhetsberättelse.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, ska säkerställa att patientens behov av säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen har uppdragit åt medicinskt ansvarig sjuksköterska att fullgöra dessa uppgifter.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för uppföljning och egenkontroll samt att riktlinjer och rutiner för god patientsäkerhet och kvalitet finns och är kända av berörd personal, t.ex. rutiner för läkarkontakt, Lex Maria, dokumentation, läkemedelshantering och delegering.

Enhetschef ansvarar för att tillsammans med sina medarbetare analysera avvikelser som rör enheten samt föreslå förbättringar för att minska risken att händelsen ska upprepas.

All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls.

Avtal hemsjukvård har tecknats mellan länets kommuner och region Gävleborg.

Förvaltningen har avtal med Vårdhygien, region Gävleborg.

Kommunen har avtal med regionens Patientnämnd.

Kommunens MAS representerar länets MAS:ar i styrgruppen för STRAMA Gävleborg (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).

4 Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Genom egenkontroll görs systematisk uppföljning av verksamheten. Resultatet sammanställs och presenteras årligen i patientsäkerhetsberättelsen, se Resultat s.15.

- Punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner, Svenska HALT, via Folkhälsoinstitutet genomförs en gång per år.
- Punktprevalensmätning Basala hygienrutiner och klädregler, PPM-BHK, via SKL genomförs en gång per år.
- Punktprevalensmätning Trycksår, bälte, kateter, urinvägsinfektion sker lokalt tre gånger per år.
- Egenkontroll Läkemedelshantering genomförs årligen.
- Uppföljning av kvalitetsregistren sker varannan månad av MAS.
- Uppföljning av avvikelser och synpunkter/klagomål/beröm redovisas tertialvis till ledningsgrupp och två gånger per år till nämnd.
- Hygienronder genomförs var tredje/fjärde år på alla boenden.

- Länets MAS:ar träffar Smittskydd/Vårdhygien två gånger per år. Länsgemensamma Hygienråd uppdateras årligen.
- Länets Läkemedelsgrupp träffas regelbundet och reviderar riktlinjen Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborgs län (Läkemedelsparmen).
- Strama redovisas årligen av regionens Läkemedelskommitté.
- I Öppna jämförelser finns några frågor riktade till hälso- och sjukvård.

5 Uppföljning genom egenkontroll

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

Uppföljning, utvärdering och resultat av egenkontroll finns på sid.19.

- Svenska HALT 2016
- PPM-BHK
- Strukturerad journalgranskning
- Trycksår, bälte, kateter (KAD) och behandlad urinvägsinfektion (UVI)
- Läkemedelshantering
- Senior alert
- Svenska Palliativregistret
- BPSD-registret
- Avvikelser
- Synpunkter, klagomål och beröm
- Hygienronder

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Under 2016 har patientsäkerhetsarbetet för att öka patientsäkerheten bedrivits genom:

- Fortsatt arbete med dokumentation enligt ICF för all HSL-personal.

- Varje termin träffar MAS, tillsammans med SAS, piloter/dokumentationsansvariga i Genomförandewebben för att säkerställa omvårdnadspersonalens dokumentation i Genomförandewebbens vårdplaner.
- En gemensam halvdag för att stärka teamarbetet mellan enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast har genomförts med MAS och SAS som ansvariga. Fortsatta träffar planeras årligen.
- Avvikelser och synpunkter/klagomål/beröm har inrapporterats och åtgärder har vidtagits på enheten där händelsen har ägt rum.
- Läkemedelsgenomgångar enligt Socialstyrelsens definition har i samarbete med läkare genomförts av sjuksköterskor på boenden och i hemsjukvården. Primärvården ansvarig.
- Punktprevalensmätningar på Basala hygienrutiner, Vårdrelaterade infektioner (HALT), Trycksår, Bälte, Kateter, Urinvägsinfektion genomförs regelbundet.
- Registreringar i nationella kvalitetsregistren Senior alert och Svenska Palliativregistret av sjuksköterskor samt i BPSD av omvårdnadspersonal.
- Hygienronder och egenkontroll läkemedelshantering har genomförts av MAS.
- Rutinen Intern vårdkedja inom ÄO har reviderats och har gått igenom på träffar med enhetschefer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster/fysioterapeuter och sjuksköterskor.

7 Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Social- och omsorgsförvaltningen tecknar årligen avtal med primärvården om läkarmedverkan på särskilda boenden och i hemsjukvård.

Avtal om hemsjukvård mellan länets kommuner och region Gävleborg.

Meddix, informations/kommunikationsverktyg för personer som är utskrivningsklara från slutenvården i regionen används.

Det samordnade vårdplaneringsteamet har bidragit till en ökad patientsäkerhet då fler yrkeskategorier involveras vid utskrivning från slutenvården.

Verksamhetschefer och kvalitetssamordnare från primärvården samt kommunens verksamhetschefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska träffas varje kvartal och samverkar kring gemensamma frågor.

Vårdenhetschefer och kvalitetssamordnare från primärvården samt enhetschefer HSL från kommunen träffas regelbundet och samverkar, främst kring hemsjukvårdsfrågor.

Enhetschefer HSL i Hälsingland träffas regelbundet.

Vårdenhetschefer i slutenvården på Hudiksvalls sjukhus och verksamhetschefer och medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen har inte träffats under året men ett gemensamt projekt runt mobilt sjukvårdsteam pågår.

Operativa välfärdsgruppen träffas tre gånger per termin. Målet är att uppnå en säker och högkvalitativ samverkan och vårdöverföringar för äldre som byter vårdnivå och har behov av flera vårdaktörer.

Vaccinationer registreras i Svevac.

Avtal med Vårdhygien och regelbundna träffar med länets MAS:ar och Vårdhygien/Smittskydd.

Avtal med Patientnämnden tecknas årligen.

8 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Syftet med riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser.

Riskbedömning som görs på individnivå fortlöpande är via Senior Alert och BPSD.

Hygienronder görs på alla boenden, ungefär vart tredje/fjärde år. Vid dessa upprättas ett vårdhygieniskt protokoll. Där identifieras de områden där enheterna ska göra förändringar.

Riskanalys i verksamheten av enhetschefer HSL har under året genomförts inför sommarsemesterperioden, omfördelning av geografiska områden, införande av undersköterska i hemsjukvården, frånvaro av omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS), underbemanning på sjukgymnast/fysioterapeut, minskad tid på Safiren för rehab, samt inför införande av Samordnat vårdplaneringsteam och Trygg hemgång. Där analyseras både arbetsmiljörisker och patientsäkerhetsrisker.

Årliga genomgångar av rutiner och riktlinjer genomförs och revideras vid behov.

MAS bevakar och implementerar nya/ändrade lagar, författningar och föreskrifter.

Omvärldsspaning genomförs av MAS och EC HSL.

9 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

En avvikelse är när det inte blir som det var tänkt och detta får eller hade kunnat få negativa konsekvenser för våra kunder/brukare. Att allt inte alltid blir som det var tänkt är naturligt men det är viktigt att alla avvikelser dokumenteras. Det är för att vi ska kunna lära oss av erfarenheterna och minska risken att liknande händelser inträffar igen. Det finns rutiner och processer för rapportering och utredning av avvikelser och synpunkter och klagomål.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, personal som utför uppgift på delegation samt personal som biträder legitimerad personal är skyldig att rapportera avvikelser som rör hälso- och sjukvård.

En avvikelsemodul i Treserva används inom äldreomsorg och funktionsnedsättning, vilken möjliggör ett enklare sätt för personalen att registrera avvikelser. Modulen möjliggör enkel och snabb sammanställning och analys av avvikelser och skapar därmed bättre förutsättningar för systematiskt kvalitetsarbete inom området. Modulen infördes i december 2015.

Enhetschef på boendet ansvarar, i samarbete med HSL personal, för att utreda avvikelser. Avvikelser ska tas upp i personalgruppen för att få ett lärande i verksamheten. Förändringar föreslås som ska minska risken att händelsen inträffar igen.

Avvikelseerna går igenom av medicinsk ansvarig sjuksköterska för att bedöma om vidtagna åtgärder är tillräckliga eller om ytterligare åtgärder behöver vidtas.

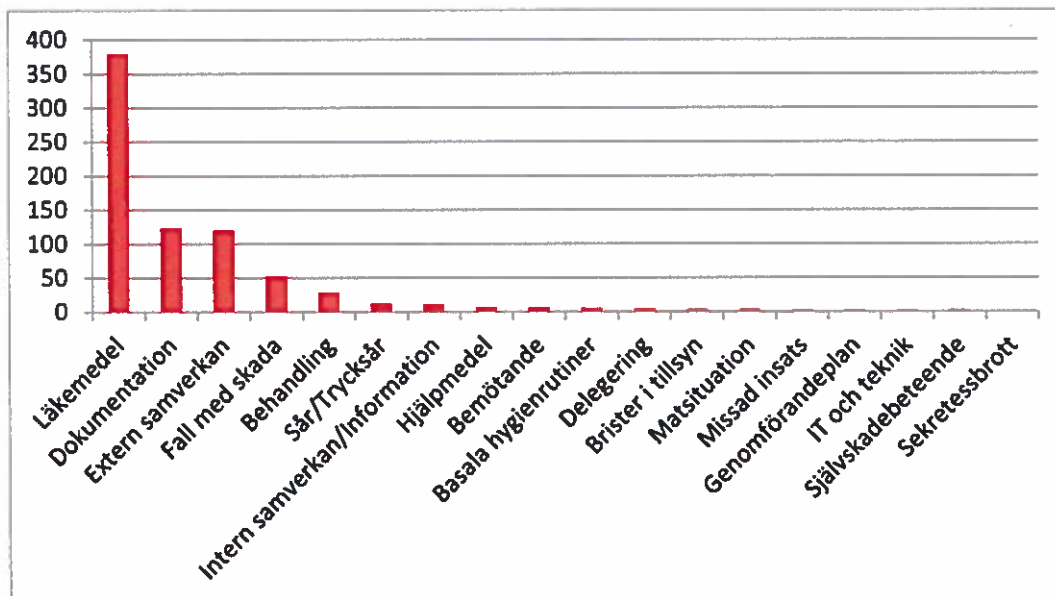
Vissa avvikelser delges övriga enhetschefer och sjuksköterskor för ett lärande i organisationen.

Externa avvikelser skickas vidare av MAS som bevakar svar och återkopplar till den som skrivit avvikelserna samt enhetschef. Under året har 108 st. avvikelser skickats till slutenvården och primärvården. Dessa rör till största delen informationsöverföring vid byte av vårdgivare, t.ex. att aktuell läkemedelslista saknas, läkarepikris finns inte med osv. Även brukare som kommer hem utan föregående rapportering till sjuksköterska eller hemtjänstpersonal.

Inkomna externa avvikelser utreds av ansvarig enhetschef och svar skickas vidare av MAS. 12 st. avvikelser rörande sår, informationsöverföring, dokumentation, läkemedel, provtagning och ID-märkning har utretts under året.

Avvikelser rörande dokumentation har ökat under året. De visar på brister i dokumentation av uppföljning i vårdplaner av fördelade insatser till Genomförandewebben. Gäller främst att omvårdnadspersonal inte har dokumenterat uppföljning i vårdplan för rehabinsatser.

Den största delen avvikelser, 379 st., rör läkemedelshantering. Ser man till antalet tillfällen läkemedel hanteras under året är andelen fel lågt.



46 % av avvikelserna rör läkemedel som ej är givna på rätt tid. Orsak är oftast glömska eller slarv. I vissa fall får patienten läkemedlet senare eller så bedömer läkare/sjuksköterska att dosen kan hoppas över.

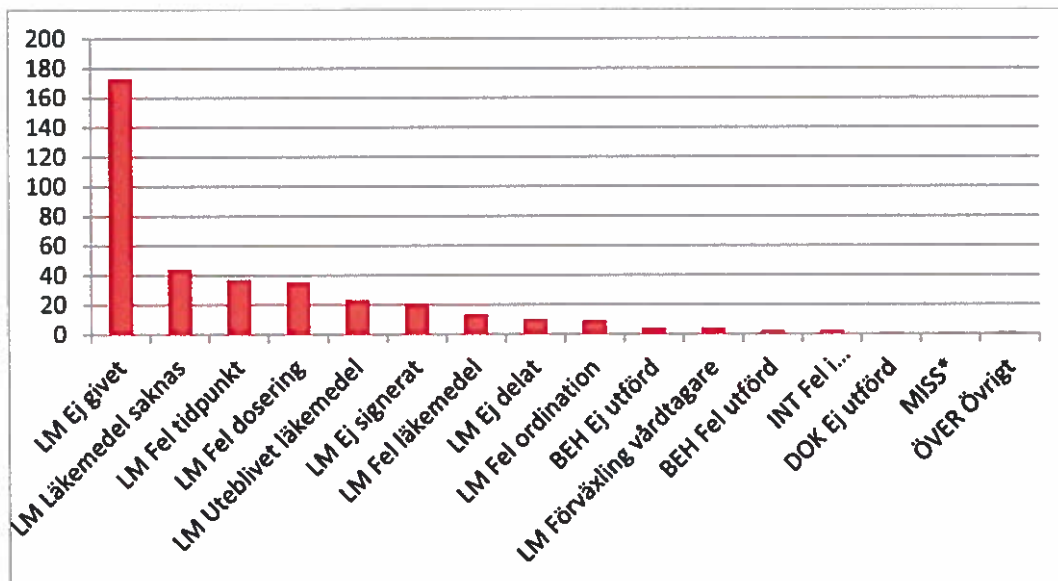
12 % av avvikelserna rör saknade läkemedel. Orsak kan vara att patienten redan fått men på fel tid, att det inte är delat av sjuksköterska eller att det försvunnit av andra orsaker.

Läkemedel som getts vid fel tidpunkt är 10 %. Det kan vara att patienten redan fått morgondosen och nästa person kommer och av misstag ger lunchdosen.

Trots att antalet avvikelser gällande läkemedelshantering är högt så har det inte lett till någon allvarlig undvikbar vårdskada, Lex Maria, under 2016.

Omvårdnadspersonal ger brukare läkemedel på delegering av sjuksköterska. Under året har MAS sett över rutiner för delegering. All omvårdnadspersonal ska göra en webbutbildning, basutbildning Jobba säkert med läkemedel, innan delegering. Vid förlängning av delegering ska en webbutbildning Vård av äldre med diabetes genomföras. Rutinen Delegering för nyanställda har reviderats tillsammans med enhetschefer. Innehåll och användning av material för sjuksköterskornas delegeringsutbildning har reviderats.

Enhetschefer med en hög andel avvikelser ska göra en riskanalys och se över enhetens rutiner för att minska antalet fel.



10 Hantering av synpunkter, klagomål och beröm

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

Synpunkter, klagomål och beröm ger oss värdefull information och möjlighet att utveckla och förbättra verksamheten. Synpunkter kan lämnas av brukare/patienter och närstående via webben eller via ett skriftligt formulär.

Klagomål och synpunkter från enskilda utreds av enhetschef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska. Vissa klagomål och synpunkter utreds tillsammans med utredare eller verksamhetschef.

Klagomål från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden utreds av enhetschef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska. I vissa fall i samarbete med utredare och/eller verksamhetschef.

10.1 Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Synpunkter och klagomål som rör hälso- och sjukvård från patienter och närstående är få. De synpunkter som kommit fram tas upp på arbetsplatsträffar för att få ett lärande i organisationen. Rutiner och arbetssätt har gås igenom och revideras.

	2015	2016
Synpunkter och klagomål via webben/skriftligt formulär	3	10
Klagomål via IVO	2	2
Tillsyn från IVO gällande HSL	2	0
Patientnämnden	0	1

Nio synpunkter angående omvårdnad och bemötande har utretts av enhetschef HSL och en av MAS i samarbete med utredare. Åtta gällde vård och behandling, en läkemedel och en bemötande.

Två klagomål avseende brister i vård och omsorg från IVO har utretts av MAS i samarbete med enhetschef och utredare.

IVO har under året inte gjort någon tillsyn i kommunen där HSL varit involverad.

Kommunen har avtal med regionens Patientnämnd, avtalet förlängs ett år i taget. Under 2016 var det ett ärende, rörande bemötande samt vård och behandling, som utreddes av enhetschef HSL.

Ingen av synpunkterna/klagomålen har bedömts som allvarlig undvikbar vårdskada av MAS.

11 Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid inflyttning till särskilt boende får personen/närstående en informationsbroschyr med tips på lämpliga möbler, belysning med mera bland annat för att undvika fallskador.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns på varje enhet, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut har ansvar för flera enheter.

Sjuksköterska finns tillgänglig på telefon dygnet runt.

Vårdplanering görs vid ankomst till korttidsplats, inskrivning i hemsjukvård i samarbete med primärvården samt vid flytt till särskilt boende.

Vid utredning av avvikelser medverkar vid vissa tillfällen patient och/eller deras närstående.

HSL-personal kan delta på Anhörigträffar på SÄBO, anhörigcenter osv.

12 Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

12.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete -"Så här jobbar vi"

Verksamheten jobbar utifrån ledningssystemet "Så här jobbar vi". Riskanalyser och egenkontroller genomförs. Dokument revideras vid behov.

Under hösten påbörjades ett projekt att under 2017 införa ett nytt beslutsstöd, Hypergene.

12.2 Hemsjukvård

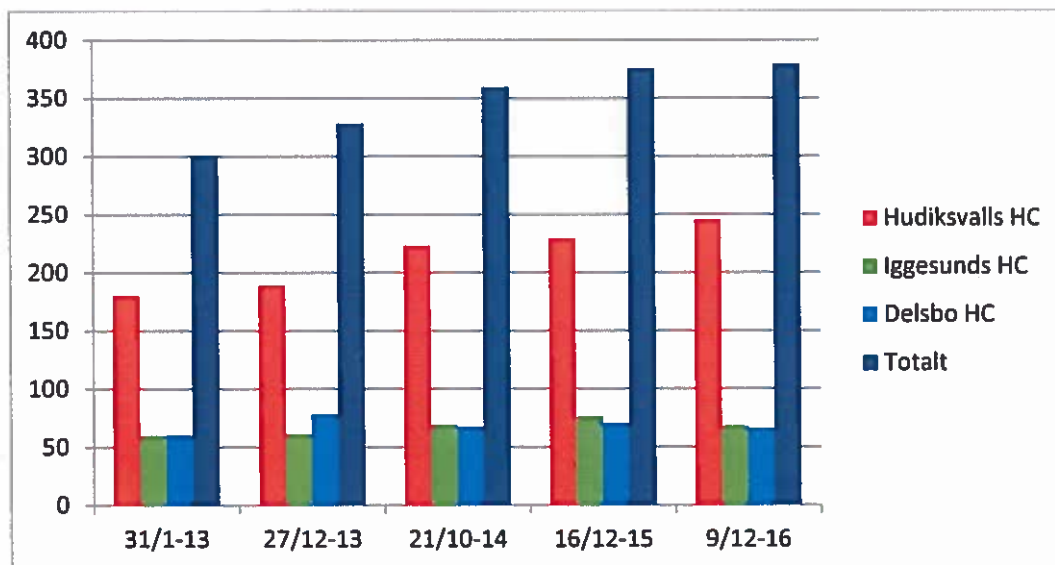
Ett nytt avtal för hemsjukvård trädde i kraft 2016-07-01.

Antalet patienter i hemsjukvården har stabiliserats något under året men antalet är trots det högre än tidigare år.

En undersköterska och en sjuksköterska har anställts i Hudiksvalls hemsjukvård som förstärkning och i ytterområdet har man förstärkt med en sjuksköterska.

Enhetschefer HSL har regelbundna samverkansmöten med primärvårdens chefer för att få en samsyn kring gemensamma frågor.

Koordinatorer och sjukhushandläggare har ett samarbete genom införandet av Samordnat vårdplaneringsteam under hösten.



12.3 Rehabilitering

Rehabenheten har infört en årlig uppföljning av lyftselar, en åtgärd efter en Lex Maria under 2015.

Lokal rutin för medicinsk tekniska produkter/hjälpmedel och en ny rutin för rengöring av hjälpmedel på särskilt boende har tagits fram.

Senior Alert inte nått så bra resultat, rehabenheten är oftast beroende av att sjuksköterska har gjort riskbedömning och aktualiserat till arbetsterapeuter eller sjukgymnaster/fysioterapeuter. Rehab utför många åtgärder, men det dokumenteras inte alltid i Senior Alert. Det är därför är det svårt att följa arbetet.

Har jobbat med "Rehabtid", där rehabpersonal kan fördela tid till hemtjänst (gäller endast de som är inskrivna i HSV) för att utföra viss rehabilitering under en tidsbegränsad period.

Flera arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter har slutat och det har varit svårrekryterat vilket innebär hårdare prioriteringar och alla brukare har inte kunnat få insatser som tidigare.

Förändringen att fler SÄBO platser används som tillfälliga korttidsplatser har medfört en försämring ur patientperspektivet och bör följas upp under 2017. Rehabenheten har inte tillräckligt med personal som kan utföra de insatser som krävs, framför allt är det svårt med bedömning och hjälpmedelsöversyn/ordination eftersom rehabpersonal inte finns tillgänglig varje dag på varje SÄBO. En del SÄBO har bara bemannat med arbetsterapeuter/sjukgymnaster/fysioterapeuter 1 dag/vecka.

12.4 Dokumentation

Systemansvariga för Treserva HSL har under 2016 fortsatt att gå igenom samtliga journaler för att se följsamheten till dokumentation enligt ICF. Problem har tagits upp i Dokumentationsgruppen som kommunicerar det vidare till övriga sjuksköterskor och arbetsterapeuter/sjukgymnaster/fysioterapeuter. Gruppen består av sjuksköterskor från respektive område, arbetsterapeut, sjukgymnast, systemansvariga HSL samt MAS.

12.5 Öppna jämförelser

<http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforlser/aldreomsorg>

12.5.1 Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre

De fem första resultaten är tagna från kvalitetsregistren Senior alert och Svenska palliativregistret. De övriga åtta resultaten är tagna från Läkemedelsregistret och registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.

Några av frågorna skiljer sig från tidigare år så resultatet är inte jämförbart (i. u.). Flera av resultaten är beroende av primärvårdens läkares ordinationer.

	Procent	Rank	Rank av	Jämfört föreg. år
Andel personer 65 år och äldre med hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) med åtgärder vid risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa.	20	93	130	↑
Andel personer 65 år och äldre med hälso- och sjukvård i särskilt boende (hemsjukvård) med åtgärder vid risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa.	64	113	277	↑
Andel personer 65 år och äldre i särskilt boende med bedömd risk för trycksår grad 1 med ordination av tryckutjämnande underlag.	40	74	252	i. u
Andel av avlidna som före döden fått informerande samtal om sin situation, 2014–2015. Brytpunktsamtal	37	226	237	↓
Andel av avlidna som smärtskattats under den sista levnadsveckan, 2014–2015.	15	207	237	i. u
Andel personer 75 år och äldre med hemtjänst som behandlats med tre eller fler psykofarmaka samtidigt vid mättilfället.	5,2	74	284	i. u
Andel personer 75 år och äldre i särskilt boende som behandlats med tre eller fler psykofarmaka samtidigt vid mättilfället.	14,4	111	279	i. u
Andel personer 75 år och äldre i hemtjänsten som behandlats med tio eller fler läkemedel samtidigt vid mättilfället.	18,3	102	285	i. u
Andel personer 75 år och äldre i särskilt boende som behandlats med tio eller fler läkemedel samtidigt vid mättilfället.	24,0	167	279	i. u
Andel personer 75 år och äldre i hemtjänsten som behandlats med minst ett av fyra olämpliga läkemedel vid mättilfället.	11,4	177	285	i. u
Andel personer 75 år och äldre i särskilt boende som behandlats med minst ett av fyra olämpliga läkemedel vid mättilfället.	12,4	232	279	i. u
Andel personer 75 år och äldre i hemtjänsten som behandlats med antipsykotiska läkemedel vid mättilfället.	0,9	7	285	i. u
Andel personer 75 år och äldre i särskilt boende som behandlats med antipsykotiska läkemedel vid mättilfället.	13	153	279	i. u
				De 25 % som placerat sig högst
				De 50 % som placerat sig i mitten
				De 25 % som placerat sig lägst

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-3-1>

12.5.2 Brukarundersökning, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen
Årets undersökning innehöll bara frågor till brukare på SÄBO. Tidigare år har frågan även ställts till kunder i hemtjänst.

	Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?	Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?
	Mycket lätt/ Ganska lätt, %	Mycket lätt/ Ganska lätt, %
2016	77	58
2015	76	53
2014	76	56

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-10-2>

12.5.3 Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, 2016

Några av frågorna skiljer sig från tidigare år så det finns inget resultat att jämföra med (i. u). Rutin finns för genomförandeplanering men inte direkt för vårdplanering. För läkemedelsgenomgång finns en länsgemensam rutin, där ligger ansvaret på läkaren att genomföra årliga fördjupade läkemedelsgenomgångar. Utredning vid urinläckage kan ha gjorts av primärvården. Individuell utprovning av inkontinenshjälpmedel är ett förbättringsområde som en grupp sjuksköterskor ansvarar för.

Hemtjänst	2016 %	2015 %
Aktuell rutin för schemalagda möten med sjuksköterska eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, i frågor som rör personer med behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser.	25	100
Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med den enskilde och med den kommunala hälso- och sjukvårdspersonal och hälso- och sjukvårdspersonalen vid landstingets vårdcentral samt hemtjänstpersonal.	8	i. u
Aktuella rutiner finns för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den enskilde och läkare samt ansvarig sjuksköterska där hemtjänstpersonal medverkar.	17	i. u
Andel personer vid enheten som har en namngiven kontakt med en legitimerad personal.	100	i. u
Särskilt boende		
Aktuella rutiner finns för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård (vårdplanering) ska genomföras i samverkan med den enskilde och ansvarig läkare och kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal.	0	i. u
Aktuella rutiner finns för hur fördjupade läkemedelsgenomgångar ska genomföras i samverkan med den enskilde och läkare samt med ansvarig sjuksköterska och omsorgspersonal.	83	i. u
Andel personer 65 år och äldre i permanent särskilt boende med aktuell basal utredning avseende urinläckage.	12	19
Andel personer 65 år och äldre i permanent särskilt boende med individuell utprovade inkontinenshjälpmedel.	66	23

<http://www.socialstyrelsen.se/oppnainamfor/lsr/aldreomsorg/enhetsundersokningenomaldreomsorg>

12.6 Kvalitetsregister

Det finns många kvalitetsregister i hälso- och sjukvården. De vi i Hudiksvalls kommun har valt att ansluta oss till är Senior alert, Svenska Palliativregistret och BPSD.

12.6.1 Senior alert

Senior alert är ett nationellt 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.

Genom att använda Senior alert systematiseras det vårdpreventiva arbetssättet på individnivå och ger varje vårdgivare möjlighet att följa och använda sig av de olika resultaten från individ till övergripande nivåer. Detta förbättrar patientsäkerheten och som en följd även minska uppkomna vårdskador.

Under december 2016 genomförde egenkontroll på fem slumpvis utvalda enheter.

Egenkontrollen visar tydligt att användandet av kvalitetsregistret varierar kraftigt. På de enheter där Senior alert används som verktyg (Tryggebo och Lyckbacken) kan även utläsas registrerade resultat; att de insatta åtgärderna lett till att risker förhindrats.

Funktionen "Händelse" används inte vilket gör att enheterna inte får det underlag de skulle kunna haft för att göra rätt bedömningar gällande åtgärder.

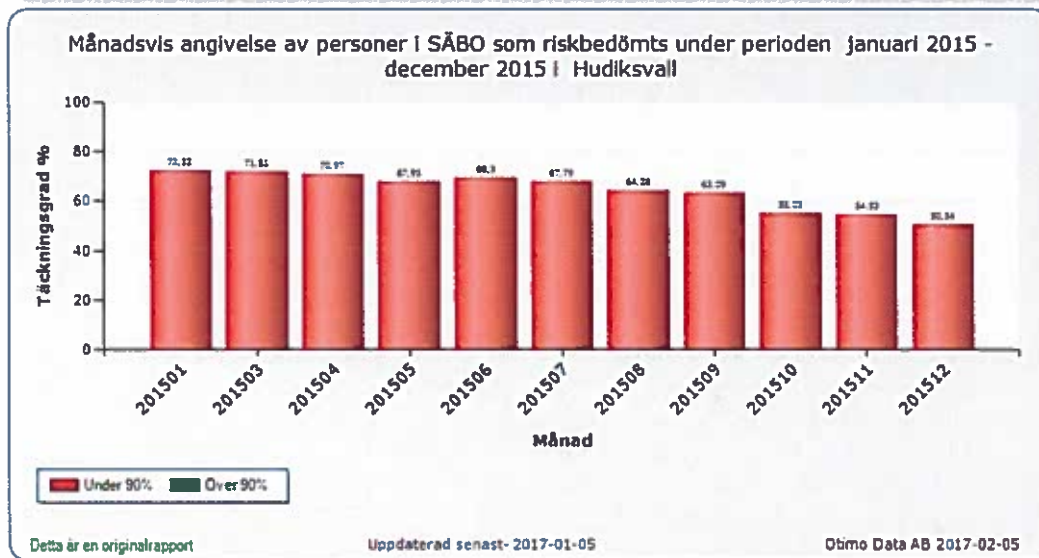
Att hoppa över utredning av bakomliggande orsaker och/eller att inte göra klart registreringarna kan medföra att arbete med registreringarna utförs i onödan då de snabbt blir inaktuella samt att de insatta åtgärderna blir verkningslösa då de kan vara fel åtgärder för individen.

Förslag till utvecklingsområden är tätare vägningar (genom tätare vägningar kan hälsoförändringar snabbare upptäckas och åtgärder snabbt sättas in), teamsamverkan (att rehabenheten kontaktas för konsultation varje gång risk för fall framkommer och att man tillsammans bör man göra utredningen av bakomliggande orsaker för att kunna sätta in rätt åtgärder) samt diskutera funktionen "Händelse" och hur den skulle kunna användas för att vara ett stöd i arbetet.

Resultatet presenterades för verksamhetschefer och enhetschefer HSL.

Varannan månad har MAS rapporterat antal inmatade riskbedömningar, åtgärder, händelse, uppföljningar och avslut till enhetschefer och sjuksköterskor.

Teamarbete är viktigt för att få en fungerande process i Senior alert.



<http://www.kvalitetsportal.se/Rapporter.aspx>

Nedanstående uppgifter är tagna från Senior alert, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. 90,8 % av staplarna ovan representerar SÄBO, det innebär att antalet registreringar i hemsjukvården 2015 var mycket lågt.

	Senior alert 2015		Personer i särskilt boende 2015
	Antal personer	%	Antal
Hela Riket	69 854	79,4	88 003
21 Gävleborg	2 985	93,7	3 186
Hudiksvall	453	90,8	499

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-1-25>

Munhälsobedömning - ROAG

ROAG-J är integrerat i Senior alert. Med hjälp av ROAG-J kan munhälsoproblem identifieras inom vård- och omsorg med god systematik. En stor fördel med instrumentet är att ett gemensamt språk skapas för alla berörda. Målet är att vård och omsorg av våra äldre skall präglas av ett förebyggande arbetssätt med tydlig struktur så att resultaten kan återkopplas. Allt för att förbättra munhälsa och allmänhälsa hos äldre och sjuka.

Tandvården har under året fortsatt att besöka särskilda boenden inom äldreomsorg och funktionsnedsättning och utbildat omvårdnadspersonal i munhälsobedömning och munvård. Varje år erbjuds brukare, som uppfyller kraven, Nödvändig tandvård av tandhygienist.

MAS bjuder varje höst in omvårdnadspersonal, enhetschefer och sjuksköterskor som inte tidigare fått utbildning av tandhygienist.

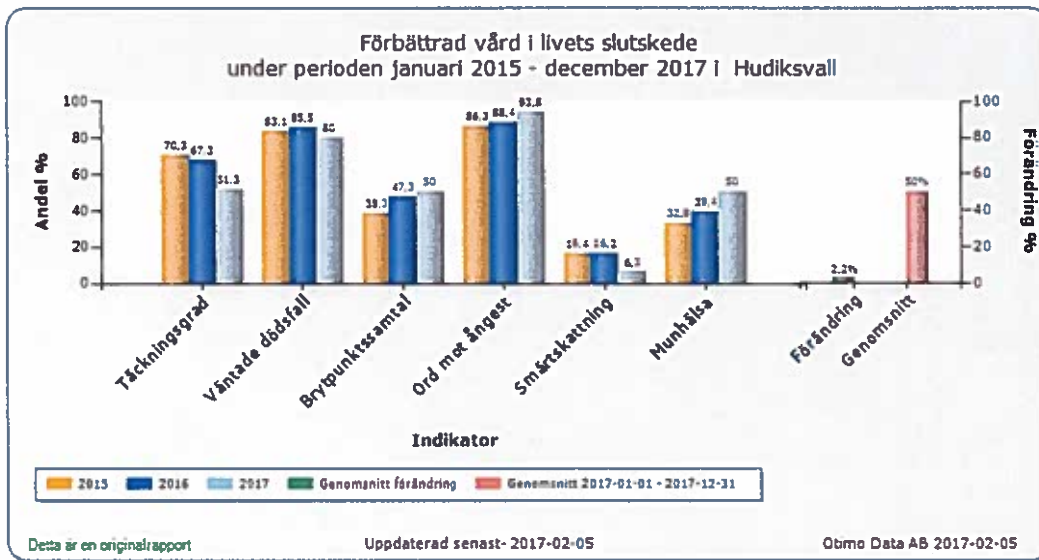
12.6.2 Svenska palliativregistret - Hudiksvalls kommun/region Gävleborg

Nedanstående uppgifter är tagna från Svenska palliativregistret, dödsorsaksregistret, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning och patientregistret. 80,1 % av avlidna på SÄBO är registrerade, ingen uppgift finns som jämförelse med hemsjukvård.

	Svenska palliativregistret 2015		Antal som avlidit i särskilt boende enligt Socialstyrelsens register 2015
	Antal	%	Antal
Hela Riket	22 377	78.0	28 675
21 Gävleborg	890	84,9	1035
Hudiksvall	117	80.1	146

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-1-25>

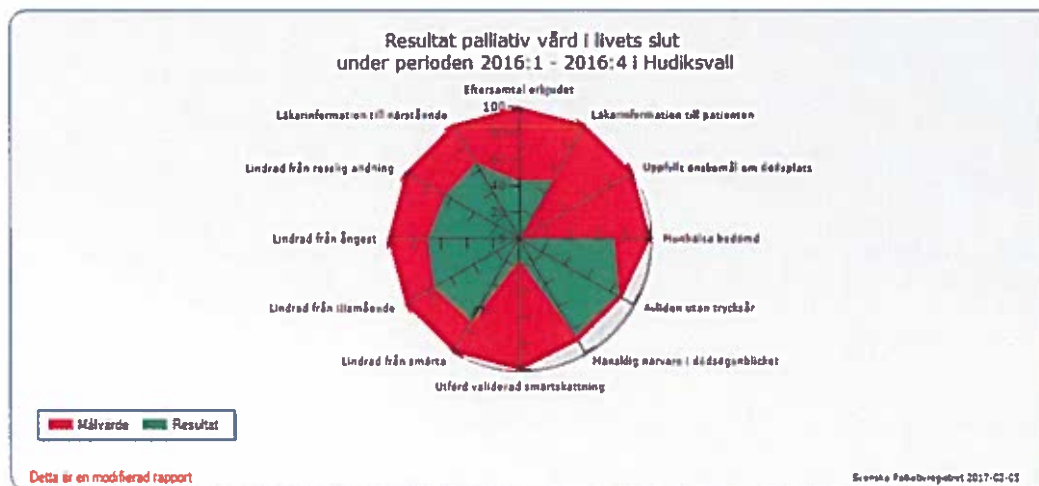
Registreringar i palliativregistret utförs av slutenvård, primärvård och kommunen i samma register. Täckningsgraden har sjunkit under 2015 och 2016. För 2017 är drygt en månad registrerad.

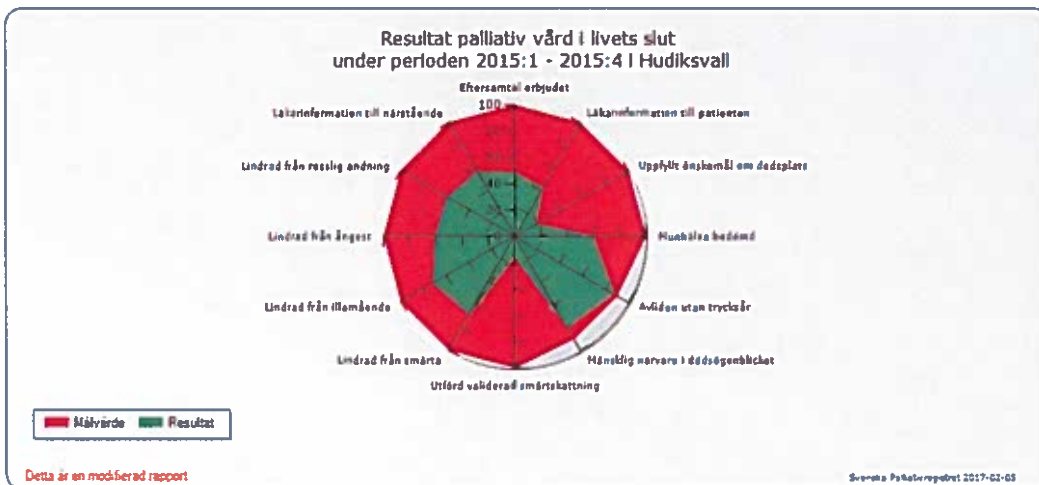


<http://www.kvalitetsportal.se/Rapporter.aspx>

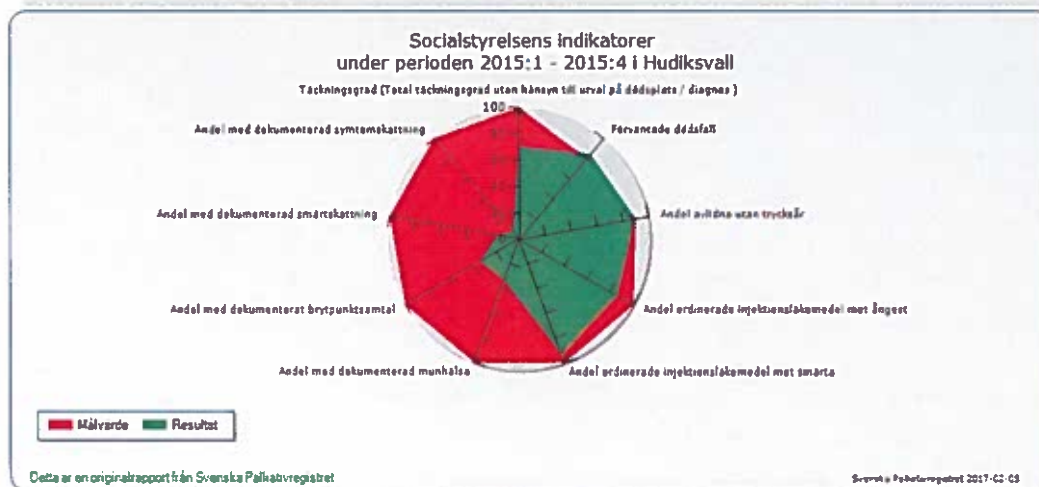
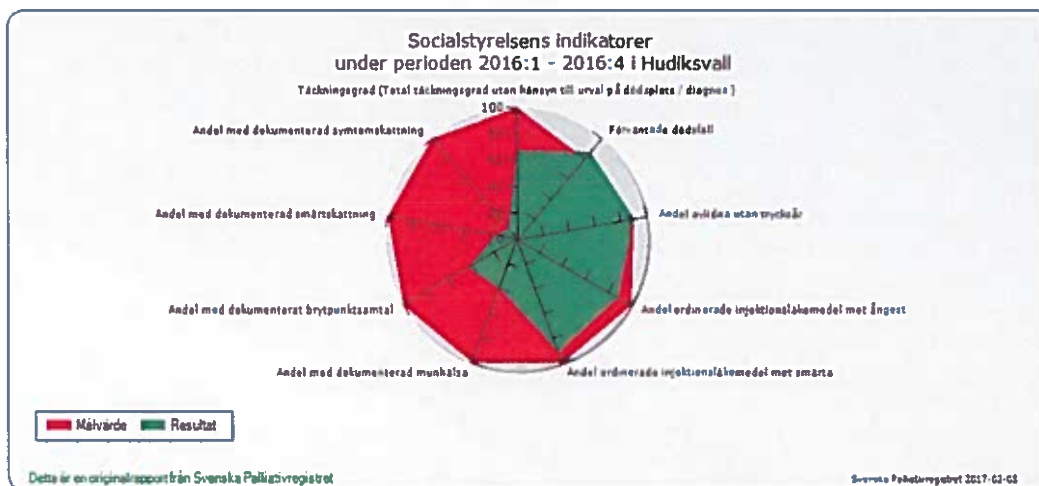
Andelen med bedömd munhälsa, mänsklig närvaro i dödsögonblicket, lindrad från ångest och rosslig andning samt läkarinformation till närstående har ökat något sedan föregående år.

Uppfyllt önskemål om dödsplats och utförd validerad smärtskattning ligger fortfarande lågt. Mer utbildning till sjuksköterskor i validerade mätinstrument för smärtskattning planeras.



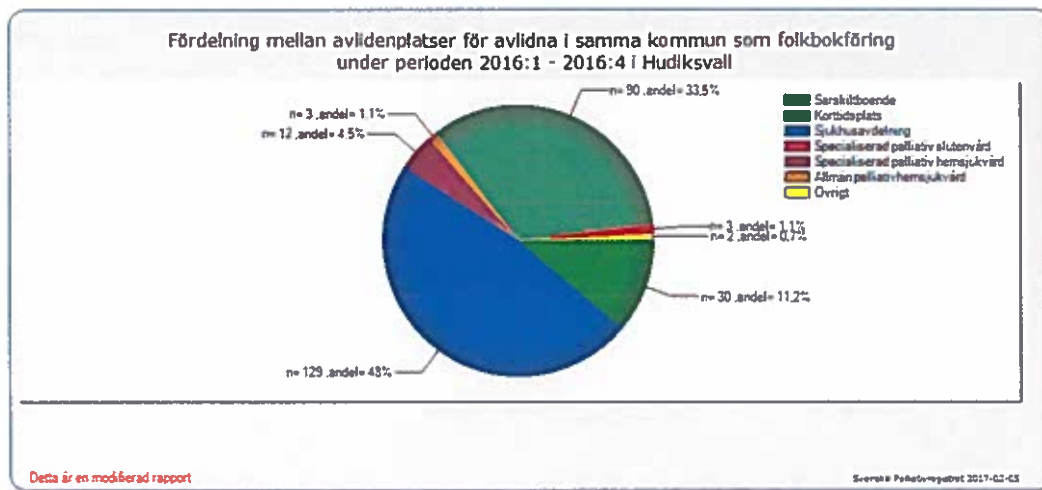


Andel med dokumenterad munhälsa och dokumenterat brytpunktsamtal har ökat något sedan föregående år. Dokumenterad smärt- och symtomskattning ligger lågt.



<https://data.palliativ.se/app/utdata/RapportBE.aspx>

Ungefär hälften avlider på kommunens SÄBO, korttidsplatser, hemsjukvård och inom specialiserad palliativ hemsjukvård.



<https://data.palliativ.se/app/utdata/RapportBE.aspx>

12.6.3 BPSD registret

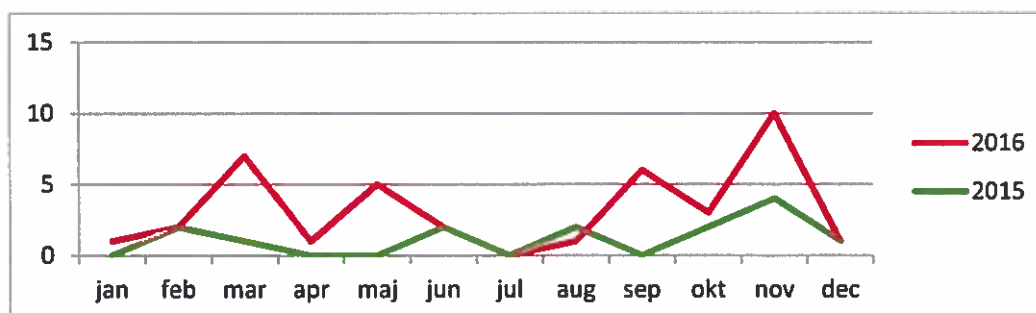
BPSD står för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Syftet är att genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

Att arbeta med BPSD-registret & en bra struktur i omvårdnadsarbetet kan bidra till:

- Ökad livskvalité för personen med demenssjukdom
- Implementering av de nationella riktlinjerna
- Personcentrerad omvårdnad & ett gemensamt språk för personalen
- Teamarbete & tydliga mål
- Kvalitetssäkring genom ständiga uppföljningar
- Att tydliggöra vårdtyngden & bidra till en verksamhetsutveckling

Helenedal och Frejagården arbetar med det sedan tidigare. Under året har Tunbacka och Edsbacka gått utbildning i BPSD-registret och flera enheter önskar utbildning.

40 st. registreringar genomfördes under 2016 jämfört med 14 st. under 2015.



<http://www.bpsd.se/arbeta-med-registret/utdata/>

12.7 Egenkontroll

12.7.1 PPM-HALT

Svenska HALT är årliga återkommande punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaförbrukning inom särskilt boende i Sverige.

Målet är att inventera förekomsten av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning inom särskilt boende i Sverige samt att erbjuda ett nationellt enhetligt mätverktyg.

Syftet är att stödja det lokala arbetet med att förebygga infektioner förvärvade på särskilt boende samt att optimera antibiotikaanvändningen.

Under v.46-47 mättes Vårdrelaterade infektioner, Antibiotikaanvändning, Förekomst av riskfaktorer och Vårdtyngd hos vårdtagare på 11 av 19 SÄBO. Tre patienter (1 %) hade en pågående vårdrelaterad infektion och nio hade en pågående antibiotikakur.

Resultatet presenterades för sjuksköterskor och ledningsgruppen av MAS.

12.7.2 PPM-BHK

Den nationella mätningen av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete är avsedd som ett stöd för landstingen/regionerna och kommunerna i arbetet med att uppnå hög följsamhet. Punktprevalensmätningen baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg” (SOSFS 2015:10).

En ökad följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler bidrar till en minskning av vårdrelaterade infektioner.

I Hudiksvalls kommun genomfördes 78 registrerade observationer på 7 enheter under v.13-14.

Enhet	Antal observerad personal	Antal korrekt i samtliga 8 steg	Antal korrekt i 4 hygiensteg	Antal korrekt i 4 klädregler
Hudiksvalls kommun - Edshammar	6	3	4	5
Hudiksvalls kommun - Fredens kulle/Opalen	1	0	0	0
Hudiksvalls kommun - Fredens kulle/Smaragden	6	1	1	6
Hudiksvalls kommun - Helenedal	14	4	5	13
Hudiksvalls kommun - Lyckbacken	1	0	1	0
Hudiksvalls kommun - Månbacken	41	19	25	35
Hudiksvalls kommun - Tunbacka	9	1	1	6
Totalt	78	28	37	65

Hemtjänst och funktionsnedsättning har svårt att observera i omvårdnadssituationer då de ofta jobbar ensam men skulle observera punkterna i *Korrekt handläggning av klädregler* och ta upp resultatet på APT.

Sett till alla åtta steg ligger Hudiksvalls kommun på 52:a plats av 63 kommuner med 37 % korrekt i alla åtta steg. Följsamheten till klädregler är nästan dubbelt så bra som följsamheten till hygienrutiner vilket kan bero på att fokus i verksamheterna under våren har varit egna inköp eller leasing av arbetskläder.

Enligt hygienombuden är det största problemet personal som inte följer Naglar korta och fria från nagellack och konstgjort material samt Fri från ringar, klockor, armband, bandage och stödskenor. Det förekommer att hygienombuden påpekar utan resultat men det är enhetschef som ansvarar för följsamheten.

En Hygienöverenskommelse tas fram av MAS och ska följas av alla som arbetar i patientnära vård- och omsorg.

Resultatet presenterades för verksamhetschefer och enhetschefer fick sammanställningen.

12.7.3 Trycksår, bälte, KAD, UVI

Tre gånger per år genomförs mätningar på förekomst av trycksår, var de uppkommit, förekomst av bälte, om det finns ordination och riskbedömning, antal brukare med urinkateter samt förekomst av urinvägsinfektion.

Resultatet presenteras för sjuksköterskor, enhetschefer HSL och verksamhetschefer HSL av MAS.

Under året har tre mätningar i ÄO genomförts. Mätning v.46-47 2016 svarade 34 av 34 enheter. Fler än tidigare mätningar. Totalt är det ca 900 brukare på SÄBO och i hemsjukvård.

Antalet sår uppkommet på annan plats har ökat något sedan föregående mätning. På boende/i hemsjukvård är det ingen större skillnad. Annan plats är t.ex. slutenvård.

15 enheter hade inte någon brukare med bälte, det är en minskning sedan v.30. På de övriga varierar det mellan 1-5 st., totalt 34 st. vilket är en ökning. 16 hade ordination på bälte. En fråga om riskbedömning är gjord lades till i nuvarande mätning, 18 av 33 har en riskbedömning.

Andelen män och kvinnor med KAD har ökat, 64 resp. 20. Av dessa hade 0 brukare pågående behandling för urinvägsinfektion, men 10 av de som inte hade KAD.

	Sår uppkommit på boende/i hemsjukvård	Sår uppkommit på annan plats	Bälte/Läkarordination på bälte (fr.v.30) /Riskbedömning (fr.v.46-47)	KAD man	KAD kvinna	UVI behandling utan KAD	UVI behandling med KAD
v.46-47 2016 svarade 33 av 34 enheter	17	14	34/16/18	64	20	10	0
v.30 2016 svarade 30 av 34 enheter	16	10	26/18	48	19	3	5
v.15 2016 svarade 30 av 34 enheter	14	7	21	49	18	5	2
v.48-49 2015 svarade 24 av 34 enheter	12	13	16	45	11	5	3

12.7.4 Läkemedelshantering - egenkontroll

Under året har MAS genomfört egenkontroll av läkemedelshantering på samtliga enheter där sjuksköterskor hanterar läkemedel. Som stöd har en länsgemensam checklista använts.

Förbättringsområden som uppmärksammades var att aktualisera Lokal arbetsordning för läkemedelshantering, signaturförtydligandelista, ordinationer enligt generella direktiv fastställt/undertecknat av aktuell läkare, rutin/kunskapsunderlag för delegering, temperaturkontroll samt ansvarig namngiven person för narkotikakontroll.

Under året har en rutin för Saknade narkotikaklassade läkemedel tagits fram och reviderats då det försvunnit läkemedel från enskilda patienter på några enheter. Narkotikajournal används hos den enskilde som har narkotikaklassade läkemedel att ta vid behov.

Delegeringsrutinen har setts över och en mall för vad som ska finnas i en delegeringspärm för utbildning av vård- och omsorgspersonal tagits fram av MAS.

Enhetschefer HSL har fått information och ansvarar för att rutiner för läkemedelshantering följs.

12.8 Övrigt

12.8.1 Hygien

Hygienronder har tillsammans med MAS och hygiensjuksköterska från Vårdhygien under året genomförts på Edshammar, Månsbacken, Tunbacka, Fredens kulle och Forsa rehab.

Lokala utbildningar riktade till all omvårdnadspersonal har hygiensjuksköterska och MAS genomfört på rehabenheten, Edsbacka, Edshammar och Månsbacken.

Utbildning för hygienombud, enhetschefer och sjuksköterskor har genomförts två gånger under året av hygiensjuksköterska och MAS.

MAS arbetar med att ta fram en Hygienöverenskommelse vars syfte är att förebygga och förhindra smittspridning och infektioner i vård och omsorg. Att vård- och omsorgspersonal av alla kategorier konsekvent tillämpar basala hygienrutiner i sitt arbete är den mest grundläggande åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner inom alla former av vård och omvårdnad. Det ingår också att genomföra en webbutbildning i *Basala hygienrutiner och klädregler*.

Hygienråd för kommunal hälso- och sjukvård i Gävleborgs län och Checklista vid misstanke om Calici uppdateras årligen av Vårdhygien i samarbete med länets MAS:ar.

12.8.2 Nationell patientöversikten, NPÖ

Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.

Då det är svårt att få samtycke från många av våra brukare och de uppgifter som finns i NPÖ inte direkt uppdateras används det inte i någon större utsträckning.

12.8.3 Utbildning

Rehabenheten genomför årligen utbildning till omvårdnadspersonal. Sjuksköterskor bjuds in men i år har ingen deltagit. Detta år har fokus varit på handhavande av lyftar.

Sjukgymnast och arbetsterapeut har under året deltagit i regionens Strokekompetensutbildning. Två arbetsterapeuter har gått Handledarutbildning 7,5hp.

Rehabpersonal har deltagit i bl.a. fortbildningskurs för instruktör i Modern arbetsteknik, hjälpmedelsmessa, aktivitetsmodell för arbetsterapi, rehabilitering för äldre, träning för äldre, osteoporos samt Hjälparens kompass.

Såransvarig sjuksköterska har deltagit i sårbehandlingssymposium.

Sjuksköterskor har deltagit i Svår psykisk ohälsa hos äldre, regionala Läkemedelskommitténs utbildning, Inkontinensutbildning, HALT-utbildning, Läkemedel för äldre, BPSD-utbildning, Hjälparens kompass, SIP, Lifecare samt HLR.

Munhälsobedömning – ROAG – har av tandhygienist getts till omvårdnadspersonal och sjuksköterskor som inte gått den tidigare.

Hygienutbildning har getts till hygienombud, sjuksköterskor, enhetschefer.

TVå sjuksköterskor har gått Handledarutbildning 7,5hp vid högskolan i Gävle.

13 Övergripande mål och strategier för kommande år

13.1 Nämndens verksamhetsmål 2017 (från Nämndsplanen)

Från 2017 finns ett HSL-mål med i nämndens verksamhetsmål:

- 80 % av de personer som är inskrivna i hemsjukvården och bor på SÄBO ska ha en aktuell riskbedömning i Senior Alert.
- 100 % av personer med risk ska ha minst en åtgärd planerad inom varje riskområde i Senior Alert.

Indikator: Andel personer med hemsjukvård/bor på SÄBO som har en registrerad risk för trycksår, fall, undernäring som har åtgärd (i Senior alert) kopplad till risken.

13.2 Egna mål HSL 2017

- Samtliga enheter på SÄBO, korttids och två gruppboheter för äldre genomför observationer PPM-BHK 2017, vecka 12-13, och registrerar resultatet. Hemtjänst och funktionsnedsättning genomför ”Korrekt handläggning av klädregler” och diskuterar resultat på APT.

Indikator: Antal enheter dividerat med antal mätningar.

- Alla enheter i ÄO deltar i HALT 2017, vecka 46-47.

Indikator: Antal enheter dividerat med antal mätningar.

13.3 Egna strategier HSL 2017

- Fortsatt arbete med teamsamverkan och riskanalyser med fokus på patientsäkerhet.
- Strukturerade riskanalyser vid skydds- och begränsningsåtgärder, avvikelser, synpunkter och klagomål
- MAS tar fram en Hygienöverenskommelse i samarbete med VC som ska skrivas på av all personal som arbetar patientnära.
- Systematisk journalgranskning ska genomföras av Dokumentationsgruppen. En rutin och mall tas fram.
- Arbete under året med den nya versionen av Treserva som ska var klar för införande mars 2018.

- Meddix byts ut till Lifecare, ett IT-stöd för samordnad vårdplanering mellan landsting, kommuner och primärvård. Översyn av rutiner, samarbete och arbetssätt.
- Uppdaterad version av ordinationsverktyget Pascal 2.0 sker under 2017.
- Hygienronder och hygienutbildningar genomförs kontinuerligt.
- Behov av en utbildning för sjuksköterskor i förskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel.
- Utbildning i Munhälsa-ROAG årligen.
- PPM-Trycksår, bälte, KAD, UVI minskas till två gånger per år, v.21 och v.47.
- Senior alert uppdateras nationellt i februari. Översyn av rutiner, samarbete och arbetssätt.
- Fler SÄBO ska ansluta sig till BPSD-registret.
- SveDem, ett nationellt kvalitetsregister för demenssjukdomar, som nu anpassats för SÄBO. Kan användas i samverkan med primärvården men förutsätter att de registrerar nytillkomna diagnosticerade.
- Jobba mer med kvalitetsarbete för arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter. MAS ska tillsammans med särskilt avsatt sjukgymnast under våren jobba med kvalitetsfrågor.
- MAS ska ha regelbundna träffar med rehabpersonal.

13.4 Efterfrågeutveckling och trender 2017 (från Nämndsplanen)

13.4.1 Hälso- och sjukvård

Kompetensförsörjning är ett problem både för Rehabenheten och sjuksköterskeorganisationen. Det är svårt att bibehålla kontinuitet vilket leder till svårigheter att utveckla verksamheten.

Teamarbetet mellan sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, fysioterapeuter, enhetschefer och omvårdnadspersonal samt läkare behöver kontinuerligt utvecklas. Med vårdplaner/genomförandeplaner som har sin grund i riskbedömningar enligt Senior alert och brukaren/patienten som en del i teamet är målet en god hälsa och vård på lika villkor för individen.

Hemsjukvården utvecklas vidare i samverkan med primärvården och slutenvården. Ett nytt avtal för hemsjukvården gäller från juni 2016. Samverkan med primärvården är också viktig för att öka måluppfyllelsen i kvalitetsregistren, till exempel Svenska palliativregistret.

Rehabenheten behöver kunna fokusera mer på fallförebyggande åtgärder, både vad gäller träning och att se över miljön. Forskningen beskriver att träning har god effekt även på äldre.

Avvikelser analyseras och sammanställs av enhetschef för att vi ska kunna lära oss av erfarenheterna och minska risken att liknande händelser inträffar igen.

Verksamhetsövergripande analyser behöver genomföras i syfte att se mönster och vidta verksamhetsövergripande förebyggande åtgärder.

13.5 Särskilda uppdrag/utvecklingsområden från nämnden 2017 (från Nämndsplanen)

- Fortsatt uppdrag att följa upp Trygg hemgång.
- Arbeta för att bli en mer attraktiv arbetsgivare, genom en väl fungerande arbetsorganisation och möjlighet till delaktighet.
- Bli bättre på att se individens behov inom alla våra verksamheter.
- I vid bemärkelse arbeta förebyggande.
- Aktivt fortsätta arbetet med att utveckla och öka användningen av välfärdsteknologi.
- Att stödja sociala företag och kooperativa lösningar som en del i arbetet att skapa arbetstillfällen och egen försörjning för personer som annars skulle riskera att stå utanför arbetsmarknaden.

Hudiksvall 2017-02-28

Karin Wedin Papaztcheva

Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Verksamhetsrapport arbete och integration 2016

Verksamhet

Arbete och integration består av Hudiksvalls Resurscentrum (HRC), arbetsmarknadsenheten, integrationsenheten samt boenden för ensamkommande barn

Viktiga händelser

- En ny organisation för verksamhetsområdet arbete och integration togs i bruk februari 2016. Verksamhetens ledning och administration samlokaliseras i samband med det i lokaler inom Guldsmeden.
- Arbetsmarknadsenheten startade november 2015 och ett år framåt ett projektsamarbete med intresseorganisationerna Röda Korset Hudiksvallskretsen och Naturkompetens, för gruppen nyanlända språksvaga. Verksamheten har bedrivits vid Röda Korsets lokaler vid Trädgårdsgatan i Hudiksvall. Samarbetet med Röda Korset har fallit väl ut.
- Arbetsmarknadsenheten har startat upp projekt Ung i Gävleborg i februari 2016 vilket ska pågå tom december 2017. Projektet är en del i ett länsgemensamt EFS finansierat projekt, i samverkan med övriga kommuner och Region Gävleborg. Syftet med projektet är att minska ungdomsarbetslösheten. Projektet har riktat sig till Enigs målgrupp och de som står allra längst från arbetsmarknaden, som varken arbetar eller studerar.
- Kommunen har 2015, i samverkan med Arbetsförmedlingen skrivit under en avsiktsförklaring att genom samverkan, utifrån lokala behov, långsiktigt och varaktigt minska ungas arbetslöshet. Målgruppen är samtliga ungdomar mellan 16-24 år som varken studerar eller arbetar eller som är undersysselsatta. Avsiktsförklaringen utgår ifrån kriterierna i (DUA) Delegationen för unga till arbete på uppdrag av regeringen.
- Integrationsenheten har varit hårt belastad under året vad gäller utredningsarbete, placeringar och omplaceringar av ensamkommande barn. Anledningen har varit det ökade mottagande som skedde under 2015 och där verksamheten inte hann utföra sina åtagande klart. Ytterligare ha fler nyanlända familjer valt att bosätta sig i kommunen mot tidigare år.
- Två hyresavtal om lokaler till HVB för ensamkommande barn har tecknats under året vid Mo och i Iggesund. Deras bygglovsprocesser har föranletts av överklaganden, vilket har gjort att lokalerna inte är färdigställda. Lokalerna i Iggesund beräknas vara färdigställda i april 2017.



- Integrationsenheten fick under tiden 2015-10-01—2016-04-30 ett utökat ansvar på uppdrag av Migrationsverket att driva tillfälliga evakueringsplatser för asylsökande. Tre boenden drevs i Hudiksvall vid Hällan 10 pl, Killingen 17 pl och Mo skola 50 pl. Boendena bemannades upp med tillfälligt anställd personal dygnet runt.
- HRC har fått fler deltagare under året, vilket har föranlett att ytterligare två enheter har startats Mini Håstagruppern i Hudiksvall och Mini Juvelen i Norrbo.
- Inom HRC har planering påbörjats för att skapa nya mer ändamålsenliga lokaler till några dagliga verksamheter. Härvan kommer att flytta in i affärslokaler i Guldsmeden. Ateljen kommer att flytta till före detta postlokaler vid Storgatan 56. Utöver detta söks andra lokaler för dagverksamheterna Kobra och Nyansen. En ny upphandling har genomförts under året för dagliga verksamheten Grön omsorg.
- En översyn har påbörjats vad gäller transporter av deltagarna och kostnaderna till och från dagliga verksamheterna.
- En översyn har påbörjats avseende mathanteringen inom HRC, vad gäller riktlinjer för pedagogiska måltider samt kostnaderna.

Verksamhetsmål

- *10 % av de nyanlända ska vara självförsörjande efter etableringstidens utgång.*
Indikator: Antal nyanlända som anlände för två år sedan och slutfört sin etableringsplan och som inte är aktuella på försörjningsstödsenheten.
Resultat 68%.
Analys: Det var 117 personer som anlände under 2014 av dessa är det 38 personer som är aktualiserade vid försörjningsstödsenheten efter avslutad etableringsplan. Anledning kan vara egen försörjning via arbete eller studier. En del kan ha flyttat från kommunen.
- *80 % av de ensamkommande barnen ska placeras i kommunens egna HVB-hem eller familjehem.*
Indikator: Statistikuppgifter utifrån beviljade insatser.
Resultat: 53% av de ensamkommande barnen var placerade i kommunens egna HVB-hem eller familjehem vid årets slut.
Analys: Målet är inte uppnått. I samband med den kraftiga inströmningen av barn hösten och vintern 2015 fanns inte tillräckligt med platser inom kommunen för att bosätta dem. Detta innebar att platser köptes upp över hela landet hos privata utförare. Hemflyttning till kommunen har inte varit möjlig i så stor utsträckning p g a att barnen har etablerat sig i kommunen där de först blev bosatta och emotsätter sig flytt till Hudiksvall.
- *Andelen arbetslösa ungdomar och utlandsfödda ska minska med fem procentenheter årligen.*
Indikator: Statistikuppgifter utifrån Arbetsförmedlingens uppgifter.
- Resultat: 16,7% arbetslösa ungdomar, en minskning med 4,3 procentenheter 30,6% är arbetslösa utlandsfödda, en ökning med 3,8 procentenheter.
Analys: Ungdomar har fått det lättare att etablera sig på arbetsmarknaden.



Enigs verksamhet har varit en bidragande del i detta. Gruppen nyanlända har ökat kraftigt i hela landet vilket kan påverka att procentsatsen för arbetslöshet också ökar utifrån att fler personer slås om de få enkla jobb man kan ta som nyanländ, p g a svårigheter med språk och utbildning.

- *80 % av personerna med insatsen daglig verksamhet ska vara nöjda med utbudet.*
Indikator: Brukarenkät inom daglig verksamhet, egen fråga om utbud.
Resultat: 73% har svarat ja, 21% har svarat ibland och resterande sällan eller aldrig.
Analys: Målet är uppnått om man slår ihop de positiva svarsalternativen vilket motsvarar 94% av de svarande. Detta är ett bra bevis på den verksamhet vi bedriver i 20 olika verksamheter.

Personal och arbetsmiljö

Inom arbete och integration är det 126 tillsvidareanställda och 53 visstidsanställda. Några av de visstidsanställda är vikarier inom HRC och HVB ensamkommande barn. De flesta är personer inom arbetsmarknadsenheten som är i en tillfällig arbetsmarknadsinsats.

Tillsvidare anställd personal har ökat från 2015 med 11 personer. En orsak är en tillfällig förstärkning av socialsekreterare inom ensamkommande barnen 5,0 tjänster, för att klara anhopningen av utredningsarbete p g a den stora flyktingströmmen hösten och vintern 2015. Flyktingenheten ökade sitt mottagande under 2016 vilket innebar att verksamheten utökades med 1, 0 flyktingsekreterare. HVB för ensamkommande barn har utökats med en person 0,50 tjänst som arbetar med samtal med ungdomarna utifrån deras ökade dåliga mående. HRC har utökat med 3,0 tjänst varav två till en nyöppnad verksamhet samt förstärkning med en tjänst p g a fler deltagare 2016.

Fysisk skyddsronnd och brandskyddstillsyn har genomförts inom enheterna under 2016.

Arbetsmiljöverket har varit på inspektion under året vid Resursens vedhantering. Vissa anpassningsåtgärder har utförts efter inspektionen.

Ledning och administration för Arbete och integration flyttade i februari 2016, till gemensamma lokaler i Guldsmeden.

Flyktingenheten

Avtalet om antalet anvisade flyktingar med Länsstyrelsen och Migrationsverket omfattade under 2016, 55 personer. Flyktingenhetens totala mottagande för 2016, uppgick till 178 personer. Större delen av dessa personer har självbostatt sig i kommunen, men samtliga har haft någon form av kontakt eller stöd från flyktingenheten. Bostadsfrågan för flyktingarna har varit ett stort problem under året. Hudiksvalls Bostäders bestånd har varit mycket begränsat. Avtal har också tecknats med privata fastighetsägare kring lägenheter i kommunen.



Flyktingenheten har svårt att planera sin verksamhet eftersom man inte kan förutse hur många som anländer till kommunen. Verksamheten har också varit belastad med att fler nyanlända är sjuka och har ett dåligt mående.

En lokal överenskommelse för etableringsuppdraget (LÖK), finns mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Landstinget Gävleborg, Migrationsverket och kommunen. Denna revideras årligen.

Länets kommuner, Arbetsförmedlingen, Migrationsverket och Länsstyrelsen har ett samarbete inom "Integration Gävleborg" sedan flera år. Gemensamma informationsträffar, utbildningar, studiebesök och olika projekt har genomförts under året.

Under 2016, har Migrationsverkets enhet i Söderhamn haft ca 450-500 platser i kommunen för asylsökanden vid Svanbacken i Delsbo, Njutångersgården i Njutånger samt platser i lägenheter främst i Iggesund. Dessa platser ansvaras och sköts av Migrationsverket. Beslut har fattats inom Migrationsverket att avveckla flera av anläggningarna under 2017 p g a de minskade flyktingströmmarna.

På grund av den omfattande flyktingströmmen till Sverige under sommaren och hösten 2015 bistod kommunen Migrationsverket att driva tillfälliga evakueringsplatser för asylsökande. Under tiden oktober 2015 tom april 2016 drevs tre evakueringsboenden Hällan, Killingen och Mo skola med totalt 77 platser.

Mottagna kommunplacerade flyktingar 2016

Natio- nalitet	Mottag flykt- ingar	Varav vuxna	Varav barn	Varav asyl	Varav Kvot - flykting	Varav Familje- återför- ening	Varav från annan kommun
Afghanistan	11	7	4	9		2	
Eritrea	63	43	20	39	16	8	
Etiopien	1		1			1	
Jemen	4	1	3	4			
Kongo	3	3			2	1	
Palestina	2	1	1	2			
Syrien	80	55	25	54	16	10	
Sri Lanka	1	1				1	
Statslös	12	9	3	6		6	
Sudan	1	1				1	
SUMMA	178	121	57	114	34	30	0

År **Antal mottagna flyktingar
genom flyktingmottagningen**

2011	50
2012	86
2013	84
2014	115
2015	94
2016	178

Ensamkommande barn

Avtalet om mottagande av ensamkommande barn med Länsstyrelsen och Migrationsverket omfattade för 2016, 105 asylplatser och 22 platser med uppehållstillstånd. Det flesta av dessa barn hade anlant under den stora flyktingströmmen 2015.

Vid Kaskö och Västerbo HVB har platserna utökats till 11 respektive 12 under året, för att kunna ta hem fler barn som varit utplacerade i andra kommuner.

För att klara det stora antalet redan mottagna barn var vid utgången av 2016, ca 40% av platserna upphandlade hos privata utförare.

Ensamkommande barnen har visat tecken på ett allt sämre psykiskt mående med en del drogproblematik som inte har visat sig i samma utsträckning tidigare år. Detta har inneburit nya och svårare utmaningar för verksamheten under 2016.

Inom verksamheten har en personalomsättning blivit kännbar under 2016. Anledningen är bl a en oro vad som kommer att ske med arbetstillfällena på sikt, när nu inströmningen av barn har minskat kraftigt.

Mottagna ensamkommande barn 2016

Nationalitet	Mottagna barn	Varav inom avtal	Varav på anknytning	Varav överflytt från annan kommun
Afghanistan	3	3	2	
Algeriet	2	2		
Kenya	1	1		
Libyen	1	1		
Marocko	2	2		
Syrien	1	1	1	
Somalia	2	2		
SUMMA	12	12	3	0

År **Antal mottagna
ensamkommande barn**

2011	10
2012	10
2013	13
2014	37
2015	109
2016	12

Hudiksvalls Resurscentrum (HRC)

Under 2016 har 19 dagliga verksamheter samt en ambulerande musik/dramagrupp funnits inom kommunen.

En av de dagliga verksamheterna Grön Omsorg är upphandlad hos en privat utförare vid en lantgård. En ny upphandling har genomförts under året. Verksamheten kommer fr om februari 2017 att bedrivas av en privat utförare i Ilsbo. Kommunen kommer att ha två handledare anställda i verksamheten.

Ett samarbete pågår med Studieförbundet Vuxenskolan och kommunens musik/dramagrupp. En deltagare har anlitats till att vara cirkelledare för en musikgrupp. Daglig verksamhet är också upphandlad för 27 deltagare vid privata utföraren Staffans Gården i Delsbo.

En översyn av delar av lokalerna för HRC- verksamheten har genomförts under året utifrån bristfälliga lokaler. Nyansens dagverksamhet flyttades från Norrbo till Hudiksvall under året för att begränsa transporterna. Långvinds dagliga verksamhet har utökats under året och kommer att fortsätta utökas och där mer lokalyta kommer att skapas.

Utbildning och implementering har genomförts av pedagogiskt förhållnings och arbetssätt (PFA). Det har skapats genomförandeplaner för samtliga deltagare vilka är införda i datastödet Treserva. Införandet av datastödet Medvind för personalens schemaläggning har påbörjats under året.

En Kund/brukarundersökning har genomförts under året. En enkät har skickats ut med frågeställningen, vad tycker kunderna/brukarna om sin Dagliga verksamhet. Det var 122 personer som besvarade enkäten. Det fanns fyra lika svarsalternativ till nio frågor. I svaren på samtliga frågor pendlade svaren mellan 80-100% av personerna som var positiva till verksamheten.



Deltagare i HRC

År	Antal deltagare i dagligverksamhet inom LSS	Antal deltagare i sysselsättning inom SOL	Antal deltagare köpt plats vid Staffansgården inom LSS	Totalt personer
2015	167	15	25	207
2016	199	11	26	236

Arbetsmarknadsenheten

Projekt Ung i Gävleborg pågår under perioden 2016-02-01—2017-12-31, där regionens alla 10 kommunerna ingår. I Hudiksvalls benämns projektet Ung i Hudiksvall. Budgeten för de 23 projektmånaderna omsluter ca 7,7 mkr varav kommunen får ca 5 mkr från Europeiska sociala fonden (ESF). Vid årets slut hade projektet nått de antal ungdomar som skulle ingå i projektet 125 stycken. Projektet har bl.a. medfört att Enig har upparbetat ett gott samarbete med bl.a. Forsa folkhögskola. Forsa har öppnat upp för kontinuerliga starter för målgruppen inom Kommunala aktivitetsansvaret (KAA). Sommaraktiviteter har genomförts med ungdomar, som gett mycket gott resultat i form av fortsatta planeringar till ex arbete, praktik eller studier.

En ny arbetsmarknadsinsats har införts under året benämnd Extratjänst. Personen anställs hos arbetsmarknadsenheten och arbetar vid någon av kommunens övriga arbetsplatser. Vid uppstart tecknades avtal med Arbetsförmedlingen om 40 personer. Under året utökades avtalet till 70 personer.

Arbetsmarknadsinsatsen Utbildningskontrakt har införts. Samarbete sker mellan vuxenutbildningen, Arbetsförmedlingen och Enig där antalet deltagare ökar fortlöpande.

Arbetet med den lokala överenskommelsen (DUA) startade under året. Detta medförde ett samarbete med Arbetsförmedlingen gällande anställning av två skolinformatörer. Dessa är ute på kommunens grundskolor och informerar eleverna om Arbetsförmedlingens uppdrag och tjänster. En projektledare motsvarande 50% tjänst har rekryterats för att driva DUA överenskommelsen.

Under våren 2016 genomfördes en stor mässa gällande anställning av ungdomar. Delaktiga var bl.a. Swedbank, Hudiksvalls Näringslivs AB, Arbetsförmedlingen, arbetsmarknadsenheten samt ca ett 40-tal företagare.

Samarbete har påbörjats gällande elever med funktionsnedsättning och möjlighet till arbete inom vården, arbetsnamnet är KIVO 2.

Sommaren 2016, deltog 237 ungdomar i sommarpraktik. Detta var möjligt utifrån att nämnden omfördelade medel så att alla som sökte sommarpraktik skulle kunna erbjudas det.



Antal deltagare har ökat kraftigt inom arbetsmarknadsenheten utifrån ovanstående åtgärder och insatser som vidtagits under året. Statistiken för 2015 är till viss del missvisande utifrån att samtliga deltagare inte redovisades i statistiken.

Deltagare i Sysselsättning

År	Antal personer anvisad från försörjningsstödsenheten	Antal personer anvisad från arbetsförmedlingen	Totalt personer
2015	81	48	129
2016	154	237	391

Arbetsförmedlingens arbetslöshetsstatistik

	Hudiksvalls kommun		Gävleborgs län		Riket	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Inskrivna arbetslösa som andel (%) av den registrerade arbetskraften 16-64 år	9%	8,3%	11,9%	11,5%	8%	7,8%
Inskrivna arbetslösa som andel (%) av den registrerade arbetskraften 18-24 år	21,0%	16,7%	22,9%	20,2%	13,1%	11,5%
Inskrivna arbetslösa som andel (%) av den utrikesfödda registrerade arbetskraften 16-64 år	26,8%	30,6%	41,9%	43,5%	22,1%	22,8%

Arbetslösheten 16-64 år har minskat mellan december 2015 och december 2016 i kommunen med 0,7 % enheter.

Arbetslösheten 18-24 år har minskat mellan december 2015 och december 2016 i kommunen med 4,3 % enheter.

Arbetslösheten utrikesfödda 16-64 år har ökat mellan december 2015 och december 2016 i kommunen med 3,8 % enheter.

Framtiden

- En stor utmaning inför 2016, är hur kommunen ska kunna bidra till att hantera den stora flyktingströmmen som har kommit till landet. Där bostadsbristen är den största utmaningen att lösa. Om inte antalet anvisade flyktingar utökas utifrån kommunanvisade, så beräknas dock flyktingarna i kommunen öka genom att fler själv bosätter sig och kommer som anknytning till redan anlända släktingar och ensamkommande barn.

- Statsbidragen för ensamkommande barn kommer från 1 juli 2017, att kraftigt minska. Detta kommer innebära att verksamheten kommer få stora svårigheter att klara sig enbart på statsbidragen. Verksamheten kommer att anpassas så långt det är möjligt till de nya statsbidragsnivåerna.
- Regeringen har aviserat om att de ensamkommandebarn som anvisas till kommunerna ska placeras inom kommunen. Det innebär att köpa platser hos privata utförare i andra kommuner är uteslutet. Detta ställer krav på kommunen att ha beredskap av egna lediga platser när ett barn anländer.
- Ett projekt kommer att starta under 2017, med stöd från Länsstyrelsen för att skapa ett folkhögskolespår riktat mot ensamkommande barn. Detta ska ge de ensamkommande barn som har svårigheter att klara gymnasiestudierna ett annat studiealternativ vid Forsa folkhögskola.
- Ett ettårigt boendeprojekt kommer att starta 2017. Syftet med projektet är att skapa kontakter och samarbete med fler privata hyresvärdar för att lättare hitta bostäder till de nyanlända som väljer att vilja bosätta sig inom Hudiksvalls kommun.
- Utifrån nationella överenskommelser mellan Arbetsförmedlingen och SKL om att minska arbetslösheten bland ungdomar, nyanlända och funktionsnedsatta, krävs nya arbetssätt och ett utökat samarbete med näringslivet.
- Antalet personer som behöver daglig verksamhet och stöd till sysselsättning ökar bl a för gruppen funktionsnedsatta och nyanlända. Det innebär en högre belastning på befintlig verksamhet och anpassning av lokaler.
- Ett ökat stöd behövs för deltagarna inom HRCs verksamheter för att ge förutsättningar till att utvecklas och komma vidare för fler deltagare till den öppna arbetsmarknaden. För gruppen psykiskt funktionshindrade pågår ett projekt IPS för att fler personer ska komma ut på arbetsmarknaden.

Ekonomiskt utfall

Flyktingverksamheterna redovisar ett överskott. Tilläggsanslag har förts över mellan åren vilket har gjort att det blivit ett överskott samt att extra statsbidrag har tillskjutits under 2015 och 2016 för omställningskostnader för den höga flyktingströmmen. Delar av överskottet ska föras över till 2017 på kostnader från 2015 och 2016 som kommer att belasta även 2017.

HRC verksamheterna redovisar ett överskott motsvarande 600 kkr. Trots utökade deltagare under året redovisar verksamheten ett överskott. Stor återhållsamhet. Ett arbete har pågått under året för att minska transportkostnaderna vilket har visat på resultat jämfört med 2015, när ett stort underskott redovisades. Personal har samnyttjats för att minska vikariekostnaderna.

Arbetsmarknadsenheten redovisar 200 kkr i överskott, efter justeringar av centrala medel som ska tillföras för Enig och Integrationsprojekt. Överskottet beror helt på lägre kostnader för utvecklingsanställningarna. Inför 2016 gjordes en justering av löneutbetalningarna för dem från månadslön till timlön, vilket har genererat ett överskott.

Annica Westerberg
verksamhetschef



2017-02-05

Verksamhetsrapport 2016, Handläggare- och förebyggande enheten

Viktiga händelser

Åtgärder efter inspektion av Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO genomförde en inspektion i Hudiksvalls kommun den 2015-05-06–05-07.

Inspektionen genomfördes vid handläggarenheten. Utgångspunkten för inspektionen var hur kommunen uppfyller kraven på rättssäkerhet i myndighetsutövningen avseende handläggning enligt lagen om stöd och service för funktionshindrade, LSS. En åtgärdsplan redovisades för IVO 160128.

Vidtagna åtgärder under 2016;

- Riktlinjer för handläggning
- Fastställd utredningsstruktur
- Mall för uppföljning av beslut
- Utbildning i social dokumentation

Beslut om Trygg hemgång

Den 1 september startade Hudiksvalls kommuns äldreomsorg (Hudiksvall, Forsa, Näsvisen) ett nytt arbetssätt - Trygg hemgångsteam. Teamet består av undersköterskor som arbetar utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Det är biståndshandläggarna som utreder och fattar beslut om insatsen Trygg hemgångsteam. Målsättningen är att alla som skrivs ut efter sjukhusvistelse ska kunna gå hem till sitt ordinarie boende.

Precis som tidigare kallar Region Gävleborg till vårdplanering. Biståndshandläggaren utreder behov och fattar beslut om eventuella insatser.

Patricia som social mötesplats

Patricia utvecklas till en lättillgänglig, pålitlig och inkluderande social mötesplats för ett flertal olika målgrupper och föreningar inom kommunen. Det att finnas en levande, sammanhållen verksamhet som odlar en kultur där äldre och behövande människor utvecklas, stödjer varandra och trivs tillsammans. Verksamheten vänder sig också till arbetsmarknadsenhetens målgrupper som behöver en utvecklande

Social- och omsorgsförvaltningen,

Maria Ström Åslund • Tfn: 0650-191 01 • E-post: maria.strom-aslund@hudiksvall.se
Postadress: 824 80 Hudiksvall • Besöksadress: Trädgårdsgatan 4 • E-post: social.omsorg@hudiksvall.se
Tfn växel: 0650-190 00 • Fax: 0650-381 90 • www.hudiksvall.se • Org. Nr: 212000-2379



insatser. Från 1 januari 2016 ingår Hudiksvall Hela Livet i den förebyggande verksamheten och från 1 januari 2017 även Patricia kök.

Volontärsverksamhet

Volontärsverksamheten har, i samverkan med andra intressenter ansökt om, och beviljats medel från Länsstyrelsen för att under 2017 arbeta fram ett utvecklat arbetssätt som bygger på samverkan mellan kommunen och civila sektorn. Målet är dels att se över kommunens interna organisation för att åstadkomma samlade insatser för asylsökande och kommunplacerade personer, dels att utveckla aktiviteten språkvän hos föreningar och gymnasieskolor samt att planera för aktiviteten "Välkommen hit" i Dellenbygden.

Mottagningstelefon

Inför sommarsemestrarna 2015 infördes systemet med mottagningstelefon för att öka handläggarenhetens tillgänglighet. Systemet permanentades efter utvärdering september 2016. Vid utvärdering bestämdes att, pga. personalomsättning och ökande ärendemängd, telefontiden minskas och det innebär att en mottagningstelefon är bemannad av handläggare (schemalagt) måndag-fredag 13.00–15.30.

Kvantitativa mått

Verksamheten har inga kvantitativa mått

Kvalitativa mått

Verksamhetsmål 2016

Minst 90 % av besluten ska kvarstå efter överklagan och rättslig prövning

Utfall; 87 % av besluten kvarstår efter överklagan och rättslig prövning

Antal överklagade beslut: 23

Antal rättade beslut: 3

Målet kan anses vara nått.

Ytterligare 4 beslut har överklagats men ingen dom har meddelats under 2016.



Minst 80 % av besluten skall omprövas efter beslutstidens utgång

Minst 80 % av tillsvidarebeslut ska följas upp minst en gång per år

Dessa mål kan inte följas upp i verksamhetssystemet

Personal och arbetsmiljö

	2016-12-31			2015-12-31		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Antal anställda med månadslön						
Tillsvidareanställda	25	0	25	24	x	24
Visstidsanställda	0	0	0	2	2	4
Totalt	25	0	25	26	2	28
Antal årsarbetare						
Tillsvidareanställda	24	0	24	23	x	23
Visstidsanställda med månadslön	0	0	0	2	2	4
Genomsnittlig sysselsättningsgrad månadsavlönade	96,2%	0,0%	96,2%	93,6%	100,0%	94,1%
Medelålder	43,4	0,0	43,4	47,2	x	47,2
Sjukfrånvaro i % av arbetade timmar						
Total sjukfrånvaro	4,4%	x	4,3%	5,2%	0,2%	4,8%
Varav långtidssjukfrånvaro, 60 dagar eller mer	18,7%	x	18,7%	19,6%	0,0%	19,6%
29 år eller yngre	11,5%	x	11,5%	x	x	x
30-49 år	3,7%	x	3,7%	5,3%	x	5,3%
50 år och äldre	3,4%	x	3,3%	4,9%	0,2%	4,3%

Antal anställda och antal årsarbeten

- Antalet tillsvidareanställningar har ökat med 1 anställd. Detta beror på en tidigarelagd rekrytering inför pensionsavgång 201703.
- Antalet visstidsanställda med månadslön har minskat (4) –3 personer inom arbetsmarknadsprogram har flyttats till arbetsmarknadsenheten samt en vikare inom handläggarenheten avslutade vikariatet i förtid började arbeta hos annan arbetsgivare
- Enheten har under året haft 3 personer på timanställning. 2 socionomer under utbildning har arbetat motsvarande 20 % för att täcka upp för personer med önskad lägre sysselsättningsgrad. 1 person arbetar på timanställning för att avlasta färdtjänst/boendehandläggare då arbetsbelastningen varit hög inom boendesamordningen. Tidigare var färdtjänsthandläggare 1.0 och



boendesamordning 0.5 men har nu rationaliserats till totalt 1.0. Budgetvakans 0.5 används till biståndshandläggning.

Sysselsättningsgrad

- 5 personer hade vid ingången av 2016 önskad lägre sysselsättningsgrad. En person ökade sin önskade sysselsättningsgrad från 80 % till 100% och en person från 65 % till 75%.

Hälsa och arbetsmiljö

- Den totala sjukfrånvaron har minskat jämfört med 2015. En person som varit sjukskriven våren 2016 började arbeta heltid maj 2016. För att medarbetaren skulle klara återgången till 100 % har tjänstens innehåll (målgrupp) ändrats.
- Det är svårt att ange vad som påverkat att sjukfrånvaron förbättrats mellan 2015 och 2016 då verksamheten haft 11 nyrekryteringar. Det kan vara svårt att jämföra skillnaden mellan åren.
- Två hälsoinspiratörer arbetar med aktiviteter för medarbetare inom enheterna. På arbetsplatsträff beslutades att friskvårdspeng 500kr/anställd fördelas i första hand ut individuellt. De medel som inte utnyttjas före 0630 tillfaller hälsoinspiratörerna att använda för gruppaktiviteter ex. Blodomloppet, kommunstafetten, gemensamma promenader, spa-kväll samt teambildande aktiviteter.
- Ergonomisk genomgång samt åtgärder utifrån kartläggning av samtliga arbetsplatser har genomförts.
- Medarbetare på handläggarenheten upplever problem med inomhusmiljön – luften. Luftrenare har installerats men detta har i vissa fall inte hjälpt. En medarbetare har flyttats till annan arbetsplats utanför kommunförvaltningen pga. svåra andningsproblem då hen vistas på bl.a. handläggarenheten. Verksamhetschef har under året haft kontakt med fastighetsägarens inomhusgrupp med anledning av de upplevda problemen. December 2016 har vi nu fått besked om att kontroll/mätningar av inomhusluften skall göras. Åtgärder kommer att vidtas beroende vad resultatet av mätningarna visar. Verksamhetschef har regelbunden kontakt med kommunens fastighetschef. Inomhusluften är ett stort orosmoment för all personal.

Rekrytering och kompetensförsörjning

- 9 avgångar har skett under året; 2 pensioneringar, 5 st till annat arbete i förvaltningen samt 2 st till annan arbetsgivare. Detta motsvarar 37.5 % av totalt anställda. Dessutom har 2 medarbetare har gått på barnledighet under



året. För att klara bemanningen har 5 omflyttningar inom enheten gjorts samt rekrytering av 11 nya medarbetare (alla externrekryterade).

- Processen har varit krävande eftersom personalkategorin biståndshandläggare kräver speciell utbildningsbakgrund företrädesvis socionomprogrammet och sociala omsorgsprogrammet och vi konkurrerar om arbetskraften både inom kommunen men också med Region Gävleborg. Vi har dock provat annan utbildningsbakgrund och anställt bl.a. en Kriminolog vilket i detta fall visat sig fungera mycket bra. Även rehabvetare har visat sig fungera inom biståndshandläggningen. Vi har också under året visstidsanställt 3 socionomstuderande på 20 % (60% under sommarsemestern). Två är nu (201702) tillsvidareanställda och en anställd på vikariat fram till 1808.
- Kompetenshöjande insatser under året;
 - Inspirerande ledarskap (1 pers)
 - Motiverande samtal LSS (1pers)
 - Våld i nära relationer (alla)
 - Social dokumentation (LSS)
 - Hjälparens kompass (alla)
 - Samordnad individuell plan (alla)
 - LSS- juridisk grundkurs (Vch)
 - Personlig assistans (1pers)

Planerade insatser 2017; Att möte människor med rättshaveristiskt beteende april 2017, Social dokumentation SoL handläggare oktober 2017, uppföljning Bemanna Rätt september 2017

Ekonomiskt utfall

Handläggarenheten och den förebyggande verksamhetens utfall för 2016 hamnar på ett överskott på 683 tkr. Överskottet har huvudsakligen uppstått på personalkostnader för handläggarna då personalomsättningen har varit 37.5 % och det har inneburit att tjänster varit vakanta under de pågående 11 rekryteringarna.

På förebyggande verksamheten har vi haft en del förändringar under året. Ansvaret för bidragsanställd personal överflyttades till arbetsmarknadsenheten så även intäkterna och verksamheten förstärktes med en till medarbetare då Hudiksvall Hela Livet flyttades till Förebyggande enheten.



Framtid

Handläggarenheten

Den äldre befolkningen ökar i antal, medellivslängden höjs och därmed ökar behovet av hemtjänst och särskilt boende för äldre. För att möta upp ökad efterfrågan på omsorg har bl.a. äldreomsorgen utvecklat nya metoder och arbetssätt i sin verksamhet.

Detta innebär att nya former av beslut skall fattas, snabbare uppföljningar skall genomföras av handläggarna och antal personer som är i behov av biståndsbedömning ökar.

Personer med funktionsnedsättningar ökar och bland annat ökar bedömning av ansökan om personlig assistent. Detta innebär att antalet biståndsärenden som skall utredas, beslutas och följas upp ökar.

Förebyggande enhet

Övergripande målsättning för den Förebyggande enhetens är att på olika sätt förebygga ohälsa och stödja sina respektive målgrupper och utveckla ändamålsenliga förebyggande stödsystem inom de olika verksamhetsområdena.

Hudiksvall Hela Livet

Hudiksvall Hela Livet (HHL) är en samverkan mellan Hudiksvalls kommun, Hälsinglands museum, frivilligorganisationer samt olika utbildningar vid högskola och gymnasium och ingår sedan januari 2016 i den förebyggande verksamheten. HHL skapar och erbjuder kulturaktiviteter för och med äldre i hela kommunen. Kulturen används som resurs för att främja hälsa och för individens utveckling "hela livet". Ett övergripande syfte är att bidra till ett meningsfullt åldrande, förändra samhällets normer kring åldrandet, inklusive bidra till att äldre betraktas och används som en samhällsresurs. I förlängningen förväntas vi bidra till en äldre befolkning som håller sig friskare längre och som i mindre utsträckning får behov av institutionsboende.

HHL arbetar även under 2017 med nyetablering och utveckling av träffpunkter och mötesplatser för seniorer över hela kommunen. Verksamheten fortsätter att stärka det nätverk som samverkar och i större utsträckning samverka med omsorgspersonal inom hemtjänst och särskilt boende med social och kulturell stimulans som verktyg.

Anhörigstöd

Anhörigstöd är till för personer som ger stöd och vård till närstående och består i dagsläget av råd, information, anhöriggrupper, föreläsningar mm. För att möta den



ökade efterfrågan av anhörigstöd behöver det utföras på 2 nivåer. Först och främst skall vård- och omsorgsverksamheterna stödja och hjälpa anhöriga. Då ordinarie verksamhet inte räcker till kan anhöriga vända sig till anhörigstöd där de kan ges stöd genom gruppaktiviteter eller individuellt.

Anhörigsamordning skall utvecklas till att i större utsträckning vara ute i organisationen för att vara behjälpliga att bygga strukturer och rutiner för anhörigstöd samt ha tät med intresseföreningar och organisationer mm för att inhämta anhörigas synpunkter och önskemål, för att sedan föra deras talan i besluts/planeringssammanhang.

Volontärverksamhet

Behovet av volontärverksamhet ökar i takt med att nya målgrupper identifieras och att befintliga målgrupper ökar.

Volontärverksamheten förmedlar kontakt mellan människor för ömsesidig nytta och glädje. Syftet är att bidra till god livskvalitet och ökad trygghet både för volontären och den som är i behov av volontär. Volontärer gör en frivillig insats och bidrar till att skapa trivsel, trygghet, gemenskap mm. De ska inte ersätta anställd personal. Under 2017 så utvecklas framförallt uppdragen för målgrupperna äldre och nyanlända.

Nya former för volontärverksamhet skall utvecklas bland annat i samarbete med organisationer och föreningar.

Handläggarenheten Förebyggande enheten

Maria Ström Åslund
Verksamhetschef

Verksamhetsrapport 2016

Individ- och familjeomsorgen

Verksamhetschef: Anna-Carin Keisu

Viktiga händelser

Förändring av organisation och bemanning

Barn- och ungdomsenheten delades under våren i två delar. Vi skiljer nu på myndighetsutövning respektive behandling, familjehemsgrupp, familjerätt och medling/ungdomstjänst. Enheten har därmed utökats från en till två enhetschefer, från tre till fyra teamledare samt med fler socialsekreterare. Utökningen från 15 till 20 socialsekreterare med myndighetsutövning gjordes utifrån att arbetsbelastningen mätts under en längre tid och som visat det utökade behovet. Tyvärr har hela den utökningen inte kommit till stånd på grund av svårigheten att rekrytera socionomer. För att underlätta samarbetet runt barnet/ungdomen/familjen har en flytt in till Guldsmeden påbörjats för alla som arbetar inom Barn- och ungdomsenheten.

På Försörjningsstöd har enheten omstrukturerats för att ännu bättre kunna möta upp klienternas behov. För att få bättre kontroll över hyresgarantier och andrahandskontrakt samt ett utökat samarbete med Hudiksvallsbostäder har en tjänst som Boendehandläggare skapats.

Inom Vuxenenheten förändrades verksamheten då Gula Villans motivationsboende lades ner. Istället skapades ett Öppenvårdsteam som ska störa, stödja och motivera personer i eget boende till drogfrihet. Ansvaret för ungdomar, 18-20 år, med missbruksproblematik har flyttats från Barn och Ungdom till Vuxenenheten där det finns bättre resurser att ge dem stöd och hjälp.

Alla tre enheterna har under året skapat respektive förstärkt sina mottagningsfunktioner för att öka tillgängligheten och snabbare kunna göra bedömningar för det fortsatta arbetet.

Social- och omsorgsförvaltningen

Anna-Carin Keisu • Tfn: 0650-190 19 • E-post: anna-carin.keisu@hudiksvall.se
Postadress: 824 80 Hudiksvall • Besöksadress: Trädgårdsgatan 4 • E-post: social.omsorg@hudiksvall.se
Tfn växel: 0650-190 00 • Fax: 0650-381 90 • www.hudiksvall.se • Org. Nr: 212000-2379



Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde under 2016 en nationell tillsyn där Hudiksvall var en av flera kommuner för att se hur "nämnden utreder och beslutar om nödvändiga insatser för att personer mellan 15-25 år får hjälp att komma tillrätta med sina missbruksproblem". Utifrån deras påpekanden om brister har åtgärder vidtagits. En större samlad rapport "Unga personer inom missbruks- och beroendevården" presenterades i februari 2017.

Arbetsmiljö

Arbetsmiljöverket genomförde under hösten, som ett led i deras nationella tillsyn, en inspektion av arbetsmiljön för socialsekreterare som arbetar med myndighetsutövning inom Barn och ungdom samt Vuxen. Fokus var på arbetsbelastning, stödfunktioner samt hot och våld. Det resulterade i ett antal brister och krav som skulle åtgärdas. Nyligen genomfördes deras kontrollbesök och de flesta av våra åtgärder godkändes. Några mindre kompletteringar ska göras/rapporteras innan den 15 april. I annat fall kan ett vite utdömas.

I förbättringsarbetet för att skapa en god arbetsmiljö har denna inspektion haft en central och pådrivande roll. Alla åtgärder som vidtagits har involverat alla medarbetare inom IFO trots att inspektionen endast gällde delar av verksamheten.

Den fysiska arbetsmiljön har förbättrats för många men det saknas fortfarande kontor till alla socialsekreterare på plan 5.

Rekryteringar

Under året har framför allt Barn och ungdom samt Försörjningsstöd genomfört ett stort antal rekryteringar, vilket tar mycket tid och resurser i anspråk och det tar lång tid innan nya medarbetare är färdigintroducerade.

Under 2016 har alla fyra enhetscheferna nyrekryterats. Tre av dem är nya som chefer men alla fyra har stor erfarenhet och kompetens inom IFO:s verksamheter



Kvantitativa mått

Verksamheten har inga kvantitativa mått.

Kvalitativa mått

Verksamhetsmål 2016

Minst 90% av de överklagade besluten ska kvarstå efter överklagan och prövning i domstol

Försörjningsstöd – av 1564 beslut om avslag överklagades 76 beslut av den enskilde. Förvaltningsrätten återvisade 1 beslut för ny handläggning och 1 beslut ändrades till förmån för den enskilde. Utfall 97,5%.

Barn och ungdom – av 5 beslut om avslag enligt SoL överklagades 1, detta ändrades till förmån för den enskilde. Utfall 0 %. Av 24 beslut enligt LVU överklagades 9, alla kvarstod efter prövning. Utfall 100%.

Vuxen – Inga beslut om avslag enligt SoL. Av 9 beslut om LVM har 1 överklagats, detta kvarstod efter prövning. Utfall 100%.

På Barn och ungdoms- samt Vuxenenheten ska utredningstiden, där inte beslut om förlängning finns, inte överstiga 120 dagar

Dessa uppgifter kan tyvärr inte tas fram i nuvarande verksamhetssystem.

På Försörjningsstöd ska utredningstiden inte vara längre än 10 dagar

Medelvärde 8 dagar (lägre än riket enligt KKIK). 19% av de sökande har väntat mer än 14 dagar.



Personal och arbetsmiljö

	2016-12-31			2015-12-31		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Antal anställda med månadslön						
Tillsvidareanställda	83	13	96	72	12	84
Visstidsanställda	3	1	4	17	22	39
Totalt	86	14	100	89	34	123
Antal årsarbetare						
Tillsvidareanställda	82	13	95	71	12	83
Visstidsanställda med månadslön	3	1	4	15	21	36
Genomsnittlig sysselsättningsgrad månadsavlönade	98,8%	98,2%	98,7%	95,6%	97,9%	96,2%
Medelålder	42,1	43,6	42,3	39,8	42,5	40,2
Sjukfrånvaro i % av arbetade timmar						
Total sjukfrånvaro	7,5%	8,4%	7,6%	11,0%	10,9%	11,0%
Varav långtidssjukfrånvaro, 60 dagar eller mer	63,6%	63,3%	63,5%	67,2%	56,4%	64,3%
29 år eller yngre	4,4%	x	4,4%	4,7%	12,8%	6,1%
30-49 år	7,8%	6,1%	7,5%	14,2%	6,5%	12,0%
50 år och äldre	8,6%	15,4%	9,5%	9,4%	19,5%	12,7%

Antalet tillsvidareanställda har ökat på grund av den utökade bemanningen på Barn och ungdom samt det utökade administrativa stödet.

Antalet visstidsanställda har minskat och det beror på att gruppen med UVA/OSA-anställningar har flyttats från IFO till Arbetsmarknadsenheten under året.

Sjukfrånvaron har minskat mycket och en viss del av det kan nog förklaras med att UVA/OSA-anställningarna flyttats.

Hela IFO har under året haft stort fokus på att förbättra den psykosociala arbetsmiljön med målsättning att minska sjukfrånvaron. Några exempel är den ökade bemanningen för att få en acceptabel arbetsmängd, skapande av mottagningsfunktioner för att minska "ryckigheten" i arbetet, förstärkt stöd i svåra ärenden, avlastat socialsekreterarna administrativa arbetsuppgifter för att frigöra tid till kärnuppdraget. Efter Arbetsmiljöverkets inspektion har ännu fler åtgärder påbörjats.

Rekrytering pågår ständigt men det är endast på Barn och ungdom som vi inte lyckas bemanna alla tjänster. En förklaring är att det råder stor brist på socionomer över hela landet och det finns ett behörighetskrav på socionomexamen för att utreda barn och ungdomar. För att behålla kompetens och erfarenhet är det viktigt att minska personalomsättningen inom hela verksamheten. IFO är också en verksamhet som behöver ständig kompetensutveckling och handledning för att klara de komplexa situationer man har att hantera.

Ekonomiskt utfall

Driftredovisning per verks (netto)	Utfall 2015-12	Utfall 2016-12	Års budget	Avvikelse
IFO Övergripande		-3 310	13 108	-16 418
Familjerått	-2 068	-1 637	-1 850	213
Familjerådgivningen	-510	-836	-649	-187
Försörjningsstöd	-49 507	-44 363	-48 760	4 397
Barn och ungdom	-56 738	-63 122	-57 954	-5 168
Vuxen	-30 702	-27 375	-27 032	-343
				0
				0
				0
				0
Netto	-139 525	-140 643	-123 137	-17 506

IFO har ökat sitt underskott med cirka 800 000 kr jämfört med 2015 och stannar på -17,5 miljoner. För att ge enheterna /medarbetarna större möjlighet att förstå och följa resurser och kostnader i budget, lades en budget per enhet/kostnadsställe utifrån utfallet 2015. Enheternas budgetar lades lite under de kostnader de haft under 2015 som ett möjligt strävansmål. I budgeten för 2016 lades även den utökade bemanningen inom Barn och ungdom in trots att inga medel tillförts. Det budgeterade underskottet blev då -19,7 miljoner vilket lades centralt på IFO övergripande. På grund av denna budgetering är det svårt att på ett enkelt sätt se årets utfall.

Två områden har trots den budgeteringen inte klarat att nå sitt strävansmål, det är dels vårt egna HVB Kompaniet och dels familjehem/kontaktfamiljer/kontaktpersoner. Av den anledningen gav nämnden PWC i uppdrag att se över dessa två områden.

Utfallet, inklusive underbudgeteringen, för Barn och ungdom blev -18,3 miljoner och där de ökade familjehemskostnaderna är den stora delen. På grund av svårigheter att rekrytera socialsekreterare till Barn och ungdom har konsult använts några månader för att klara kravet på utredningstid.

Utfallet, inklusive underbudgeteringen, för Vuxen/missbruk blev -6,2 miljoner och där kostnader för externa placeringar på HVB är den stora delen. Under året har motivationsboendet Gula Villan lagts ner och ett öppenvårdsteam startats. De ska störa, stödja och motivera personer i eget boende till drogfrihet. Önskade effekter som t.ex. färre placeringar har ännu inte kunnat påvisas.



Utfallet, inklusive ramreduceringen, för Försörjningsstöd blev +3,6 miljoner. Det kan förklaras med att antalet hushåll som beviljas ekonomiskt bistånd inte ökat under året. Stort fokus läggs på att hjälpa de sökande till egen försörjning vilket ofta sker i samverkan med Arbetsförmedling och Försäkringskassa.

Framtid

De allra största utmaningarna för IFO idag är den ekonomiska situationen samt bemanning och arbetsmiljö. Det blir fler och mer komplexa ärenden vilket leder till fler placeringar. Det är framför allt placeringar enligt LVU och LVM som ökar, vilka också är mer resurskrävande, både vad gäller personal och ekonomi. Även så kallade skyddade placeringar, på grund av våld i nära relationer eller hedersrelaterat våld, ökar. Dessa blir ofta både långvariga och kostsamma. För att på ett bättre sätt kunna följa och analysera ekonomin håller nyckeltal på att tas fram med hjälp av SKL. Vad gäller att arbeta systematiskt med arbetsmiljön, avseende både organisatoriska och sociala faktorer, har vi stora förhoppningar att metodstödet Stamina ska hjälpa oss.

I den Lokala handlingsplan som har arbetats fram under 2016 för att stärka skyddet för Barn och unga tydliggörs tre nyckelområden att arbeta med. Det första är *personalförsörjningen*, vilket är en förutsättning för att vi ska klara vårt uppdrag. Vi måste kunna rekrytera behöriga socialsekreterare som sedan väljer att arbeta kvar så kompetens och erfarenhet behålls inom verksamheten. För att det ska uppnås måste vi kunna erbjuda en trygg och hälsofrämjande arbetsmiljö. Det andra är *samverkan*, både den interna kommunala samverkan men också den externa samverkan med bland annat hälso- och sjukvården måste förbättras. Genom bra samverkan kan både delaktigheten för de berörda samt kvaliteten på våra insatser öka. Det tredje är det *förebyggande arbetet*, att till exempel bli bättre på att informera om socialtjänsten, bli mer tillgängliga och på så vis kunna ge tidigare stöd.

I vårt arbete med att hjälpa vuxna med behov av ekonomiskt stöd eller med behov av stöd för att behålla sin drogfrihet är kommunens bostadsbrist ett stort hinder. Att ha en egen bostad är en grundläggande förutsättning för att vi ska kunna ge eller för de som behöver ta emot stöd och hjälp.

PWC:s två rapporter kommer att ligga till grund för vårt arbete för att förbättra familjehemsvården och missbruksvården, vilket är två av våra prioriterade utvecklingsområden under kommande år.

Verksamhetsrapport 2016

Omsorgen om personer med funktionsnedsättning,
Charlotte Palmborg, verksamhetschef

Viktiga händelser

- Efter det att personal från gruppboende och enhetschefer var med och föreläste om intraprenad, flexitidsavtal, önskad sysselsättningsgrad och bemanna rätt i Stockholm på Intradagarna 2015 har vi fått förfrågningar om ytterligare framträdande. I maj var två enhetschefer i Stockholm och deltog i en konferens och presenterade hur vi arbetar i Hudiksvall inom dessa områden. Vi har även haft studiebesök och får fortfarande förfrågningar om hur vi arbetar och intresse om studiebesök.
- Startar upp STAMINA-projektet. Stamina står för Strukturerat och Tidseffektivt Arbetsätt genom Metoder för ett Inkluderande och hälsofrämjande Arbetsliv. Projektledaren är en enhetschef från verksamheten Funktionnedsättning. Genom STAMINA kommer deltagande arbetsplatser och chefer att fullt ut uppfylla kraven i den nya föreskriften om organisatorisk och social arbetsmiljö AFS 2015:4.
- Ökat antal externa placeringar pga av grava psykiatriska funktionsnedsättningar. Ej fruktbara diskussioner med Regionen pågår om gemensamt ekonomiskt ansvar för placeringarna.
- Antalet barn/ungdomar har ökat inom korttidsplatser och korttidstillsyn.
- Byggstart för nya gruppboendet på Byvägen startade i maj. Inflyttning maj 2017.
- Tre nya enhetschefer har tillträtt dels för att två gått vidare till andra verksamheter och dels för att vi har behövt utöka vår verksamhet pga fler brukare.
- Vi har nu startat utbildningar inom teamet Intellectuell funktionsnedsättning i vårt nya pedagogiskt förhållnings- och arbetsätt, PFA. Vi har utbildat egen personal som i sin tur ska utbilda arbetskamrater och kollegor. Utbildningsgruppen består av 11 personer; 5 utbildare, 5 handledare och en enhetsutvecklare. Tanken är att implementera PFA i alla enheter där alla medledare arbetar efter det förhållningssättet. Har fått förfrågningar från andra kommuner om studiebesök för PFA.

Kvantitativa mått

- Två platser inom gruppboende Lss är inte tillsatta då nytt boendet inte öppnades som planerat. Kommer öppna i maj 2017.
- Ledsagarservice och avlösarservice har vi inte nått upp till åtagandet beroende på att insatserna inte efterfrågas i den utsträckning som förväntat. Avlösarservice är bl a lägre därför att en ungdom bor nu på extern boende men beräknas behöva stora insatser under sommarlovet 2017. På gruppboendena utförs ledsagarservice till viss del av ordinarie personal i stället för att ansöka om servicen. Vi har sänkt volymen till 5000 timmar inom båda områdena inför 2017.

- Även inom boendestöd är utfallet lägre än åtagandet men där har vi i stort sett utfört timmarna då insatsen även verkställs utifrån behov av stöd och motivation att komma ut i sysselsättning och i ett coachande förhållningssätt som socialstyrelsen rekommenderar. Idag har 120 personer boendestöd inom psykiatri och 32 inom vardagsstöd.
- Personlig assistans har minskat men vi ser nu en ökad efterfrågan inför 2017. Har lagt volymen 100. Träffpunkterna ökar i intresse och framförallt ser vi fler yngre som söker sig dit.

Kvalitativa mått

KFs verksamhetsmål 2016

Senast den 31 december 2016 ska minst 80 % av våra kunder/brukare/klienter och deras närstående som kommer i kontakt med oss uppleva att de möts av omtanke och respekt.

På frågan: Är du nöjd med stödet du får? Svarar 92% ja och 7,4% ibland

På frågan: Har personalen ett bra bemötande mot dig? Svarar 93% ja och 5% ibland.

Ett fantastiskt resultat! Hög måluppfyllelse!

Senast den 31 december 2016 ska minst 80 % av de som söker kontakt med oss uppleva god tillgänglighet med snabb återkoppling kring information och beslut.

På frågan: Får du information om sådant som är viktigt för dig när det gäller din insats?

Svarar 82% ja och 14% ibland.

Målet uppnått!

På frågan: Går det bra för dig att få kontakt med sjuksköterska? Svarar 75,3% ja och 16,4% ibland.

Godkänt resultat.

Nämndens verksamhetsmål 2016

40-45 procent av de som beviljas personlig assistans ska välja kommunassistans som utförare.

Resultat 40%

Minst 90 procent av brukarna ska uppleva att de är trygga.

Resultat 90%

Personall och arbetsmiljö

- **Antal anställningar och antal årsarbeten**

Från 2015 till 2016 har antalet tillsvidareanställda årsarbetare ökat från 302 årstill 310 alltså 8 personer, dvs 2,6% ökning. Antalet visstidsanställda har ökat från 22 till 33, dvs med 11 personer. Ökningen beror bl a på att behovet ökat inom gruppboendena. Bland annat är det full beläggning på Backavägen men även att några brukare kräver ökad bemanning. Flera enheter har också bemannat upp för att slippa anlita vikarier där av det ökade antalet visstidsanställda.

- **Sysselsättningsgrad**

Sysselsättningsgraden har ökat från 91,1 till 93,2 % vilket är 2,3%. Det är positivt och vi ser gärna att vi har så mycket ordinarie personal som möjligt i vår verksamhet.

- **Hälsa och arbetsmiljö**

Kommentarer kring analys av sjukfrånvaron:

Sjukfrånvaron är på 8,4%, en ökning från 2015 med 1,0 procentenheter vilket är en ökning 13,5%. Glädjande har långtidsfrånvaron minskat med 8,4 procentenheter. För att skapa bästa möjliga arbetsmiljö kommer vi att arbeta med STAMINA-modellen. Genom att arbeta med delaktighet, ansvar, engagemang ges förutsättningar till att skapa friska, attraktiva arbetsplatser med frisknärvarande personal.

- **Rekrytering och kompetensförsörjning**

Vi samarbetar nära med rekryteringsenheten och har återkommande träffar med dem för att på bästa sätt säkerställa rätt kompetens. Vi arbetar efter SKL:s nio strategier för att möta den stora utmaningen om kommande personalbehov:

- Använd kompetensen rätt
- Bredda rekryteringen
- Låt fler jobba mer
- Förläng arbetslivet
- Visa karriärmöjligheter
- Skapa engagemang
- Utnyttja tekniken
- Marknadsför jobben

Vi har bland annat påbörjat ett samarbete med kommunikationsavdelningen och Arbetsförmedlingen för att marknadsföra arbetet som personlig assistent. Vi tar gärna emot praktikanter och flera har gått handledarutbildningen. Vi gör vad vi kan för att fånga upp nya usk:or eller andra kompetenser som kommer att behövas. Vi arbetar proaktivt med personalförsörjningen.

Den stora satsningen att införa ett nytt pedagogiskt förhållnings- och arbetssätt, PFA, har startat där egen utbildad personal utbildar grupper från våra boenden. Det är 11 personer som driver utbildningen framgångsrikt och den är mycket uppskattad av deltagarna. Vi räknar med att kompetenshöja alla personal inom ett par år inom området vilket kommer att höja både arbetsglädjen och kompetensen inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning. Personalen har under året fått gå utbildning i schemaläggning och vi har nya inplanerade utbildningstillfällen med Bemanna rätt.

Personalen inom psykiatrin har inplanerade dagar inom sitt område och flera inom intellektuell funktionsnedsättning åker årligen på Intradagarna som ger dem omvärldspaning och kunskap om nya rön inom området.

Cheferna har fått gå Hjälparens kompass som varit mycket uppskattad. Alla chefer kommer också att arbeta utifrån STAMINA-modellen innan året är slut.

Sjuksköterskorna har deltagit i relevanta utbildningar för att höja sin kompetens inom funktionshinderområdet. Fritidskonsulenterna har deltagit i nätverksträffar för att få input och ny kompetens.

Ekonomiskt utfall

- **Verksamheten går med ett plusresultat om 2 259 000 kr.** I resultatet ligger ett överskott från intraprenaderna om 3 573 000 kr vilket innebär ett underskott om knappt 1 314 000 kr. Detta underskott härrör från:
- Fler placeringar på Staffansgården än budgeterat. Underskott 400 000 kr
- Utlösen av två personer i verksamheten. Kostnad 600 000 kr.
- Ökade kostnader inom assistans. Totalt underskott på Kommunassistans om 400 000 kr. Delårsprognosen var överskott på 1 Mkr vilket ett chefsområde nästan har då det är flest PAN-anställda där. Övriga chefsområden, 4 stycken, har underskott. Försäkringskassans ersättning har minskat och stämmer inte överens med de faktiska kostnadsökningarna. Här ser vi att det kan bli ett bestående problem.
- Även kostnaderna för privata utförare har ett underskott på ca 300 000 kr.
- Kortidsvistelse på Solrosen och korttidstillsyn Kajutan av barn har ökat med ökade kostnader som följd. Underskott blir närmare 600 000 kr men tack vare externa köp till Knoppis blir det totala underskottet endast 125 000 kr.
- Avlösarservice och kontaktpersoner har ökat och har ett underskott på 200 000 kr respektive 100 000kr.
- Flera enheter har ett plusresultat tack vare stort ekonomiskt medvetande och delaktighet i planering av bemanning. Det gör att det totala underskottet för året endast hamnar på 1 314 000kr men totalt sett överskott om 2 259 000 kr.
-

Framtid

- Öka antalet intraprenader. Utveckla intraprenadernas innehåll och förutsättningar.
- Verka för att permanenta en IPS-enhet när IPS-projektet med hjälp av projektmedel från Samordningsförbundet tar slut 161231. Med hjälp av IPS enheten finna nya former och samverka med andra myndigheter för att stödja vägen till arbete eller meningsfull sysselsättning.
- Vi ser att gruppen med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar kommer öka framförallt inom gruppen födda på 90 och 00-talet.
- Förverkliga åtgärder och behov som framkom i 2016 års boendeutredning. Ytterligare boenden behövs och enligt utredningen kommer det behövas 4-5 nya boenden inom en 5 års period.
- Antalet äldre ökar inom funktionsnedsättning vilket innebär nya krav på kompetens, omvårdnad samt hälso- och sjukvård.
- Kompetensförsörjningen en fortsatt utmaning framförallt undersköterskor och sjuksköterskor.



Verksamhetsrapport 2016 Äldreomsorg

Viktiga händelser

- Blir allt svårare att få tag på tillräckligt med kompetens personal
- Samarbete med företagshälsovården för att förebygga samt minska antalet sjukskrivna
- Arbetat med handlingsplanen för enhetschefernas arbetsmiljö
- Infört Trygg hemgång inom centrala Hudiksvall samt Forsa/Näsviken
- Påbörjat samarbete med regionen kring mobilt sjukvårdsteam
- Hemsjukvården fortsätter att öka
- KIVO-projektet
- Arbete med att förtydliga flexidsavtalet

Verksamheten

Äldreomsorgen har haft stora kostnader för introduktion av nya vikarier samt vikariatskostnader. Allt fler nya vikarier vill över sommaren arbeta deltid och kortare perioder, vilket innebär att flera personer behöver introduceras på samma vikariat. Vi har även haft en del avhopp av vikarier. Det blir allt svårare att få tag på utbildad personal, både när det gäller omvårdnadspersonal och högskoleutbildade. På en del enheter är sjukskrivningstalen höga. Vi påbörjat ett arbete kring hälsa i arbetslivet utifrån nya AFS 2015:4 Organisatorisk och social arbetsmiljö, med hjälp av verktyget STAMINA. Införandet av flexidsavtal överallt har haft positiva effekter. Periodvis behövs ökad bemanning utifrån ökad vårdtyngd. Vi har även haft en del specialärenden som behövt extra resurser.

Hemsjukvården har höga underskott beroende på underfinansiering och ökat antal kunder och insatser. Svårigheter att rekrytera legitimerad personal innebär att kostnaderna ökar för annonsering, introduktion, hyrkostnader mm.

Förarbetet till och införandet av Trygg hemgång har inneburit vissa "puckelkostnader".

Vi ser inom hemtjänsten en ökning av kunder som har omfattande behov samt ökat behov av nattinsatser.

Nya föreskriften kring arbetskläder och hygien har inneburit ökad kostnader för arbetskläder.

För första gången på flera år så har vi fått stora kostnader för personer som är utskrivningsklara från sjukhuset.



Genomförda åtgärder

Regelbunden genomgång av ekonomin med ekonom.

Genomgång på enheterna av flexitidsavtalet samt workshop kring avtalet.

Anpassningar av scheman. Utbildad några personer i schemaläggning.

Viss överanställning för att minska behovet av timvikarier från rekryteringsenheten.

Arbete med att minska sjukskrivningarna i samarbete med personalavdelningen och företagshälsovården. Påbörjat arbetet med "Hälsa i arbetslivet" och STAMINA.

Fortsättning av Bemanna rätt

Arbetat med enhetschefernas arbetsmiljö för att möjliggöra för dem att arbeta med strategiska frågor.

Infört arbetssättet Trygg hemgång i centrala Hudiksvall samt Forsa/Näsviken området.

Fått beslut om att öppna platser på Tryggebo.

Ständigt pågående arbete med arbetssätt och anpassning av hemtjänsten.

Undersöker ny, och har infört vissa tekniska lösningar inom ordinärt boende, som t.ex. nattkameror.

Personalstatistik

Antal anställda, årsarbeten och sysselsättningsgrad

På ytterområdet har antalet anställda med månadslön totalt ökat något, det är en marginell minskning av sysselsättningsgraden utifrån att vi har önskad sysselsättningsgrad, och medelåldern har minskat från 48,3 till 47,8 år. Den totala sjukfrånvaron har minskat från 10,6 till 9,9 %. Långtidsfrånvaron har minskat från 61,2 till 60,2%. Av totalen ökar sjukfrånvaron i åldern 29 år eller yngre, medan övriga åldersgrupper sjunker.

På centrala området har antalet anställda med månadslön totalt sjunkit från 499 till 488 personer, sysselsättningsgraden har ökat marginellt och medelåldern har sjunkit från 45,7 till 45,1 år. Den totala sjukfrånvaron har minskat från 11,2 till 10 %. Långtidsfrånvaron har minskat från 62,1 till 61,4 %. Även i centrala området har sjukfrånvaron i åldern 29 år och yngre ökat, medan övriga åldrar minskar.

Hälsa och arbetsmiljö

Enheterna har arbetat intensivt tillsammans med personalavdelningen kring sjukfrånvaron och rehab, i samarbete med företagshälsovården. Riskbedömningar görs vid till exempel förändringar i verksamheten eller vid behov. Vi har påbörjat arbetet med Hälsa i arbetslivet och verktyget STAMINA.

Rekrytering och kompetensförsörjning

Rekryteringsfrågan har blivit en högprioriterad fråga, då vi får allt svårare att rekrytera personal till våra verksamheter. Det gäller både omvårdnadspersonal och högskoleutbildad personal. Vi arbetar med Vård- och omsorgscollege och KIVO-projektet. Vårt arbetsmiljöarbete är en viktig faktor för att behålla personal.

Verksamhetens personal/arbetsmiljöarbete

Vi kommer att fortsätta arbeta främjande för att verka för en god arbetsmiljö och för att minska sjukskrivningarna. Alla enheter ska arbeta med det systematiska arbetsmiljöarbetet. En handlingsplan är framtagen för enhetschefernas arbetsmiljö och arbetet utifrån planen ska fortsätta under året. Vi kommer att påbörja ett rehabprojekt "Hälsa i arbetslivet" och prova verktyget STAMINA. Arbetet med flexidsavtal fortgår, liksom arbetet med visionen och verksamheternas egen utveckling genom bl.a. Bemanna rätt, hälsoprojektet, Hjälparens kompass och värdegrundsarbete. För att trygga vår kompetensförsörjning kommer vi att delta i KIVO-projektet, VO-college är återcertifierat och samarbetet med rekryteringsenheten ska ytterligare utvecklas. En flerårsplanering finns för utbildning i förflyttningsteknik och handhavande av personlyftar. Vi hoppas att många av våra medledare kommer att delta i Hälsoutmaningen.

Framtid

Hemtjänst

Vi fortsätter arbeta med TES-planering, insatsregistrering, genomförandeplanering, social dokumentation, kontaktmannaskap, rutiner och värdighetsgarantier. Arbetssättet kring individbaserat brandskydd kommer att införas i samtliga hemtjänstgrupper. Matilda och nattkameror ska införas på fler ställen.

Särskilt boende

Vi fortsätter arbeta med utveckling av kontaktmannaskap, värdighetsgarantier, genomförandeplanering och det sociala innehållet. Det är viktigt att utveckla teamsamverkan mellan alla yrkeskategorier för att uppnå bästa möjliga kvalitet för kunderna. Arbetet med BPSD, planering och kostprojekt fortgår. KS har tillsatt en boendeutredning. Nya larm ska installeras, med möjlighet till nattkameratillsyn.

Trygg hemgång

Det nya arbetssättet med Trygg hemgång ska följas, utvecklas och spridas till hela kommunen.

Hälso- och sjukvård

Hemsjukvården fortsätter att utveckla sina arbetssätt och utvecklingen av hemsjukvården ska fortsätta följas. Registreringar och åtgärder utifrån kvalitetsregistren ska fortgå och öka. Munhälsobedömningar och smärtskattning vid

palliativ vård samt uppföljningar av resultat på omvårdnadsträffar är viktiga områden att utveckla.

I samarbete med regionen planeras ett samarbete kring mobilt sjukvårdsteam.

Kost

Vi fortsätter vårt samarbete med kostenheten genom träffar varje termin mellan enhetschefer inom ÄO och kost. Kostombudsträffarna fortgår och vi fortsätter arbetet med att minska nattfastan och öka miljömedvetenheten, bl.a. genom att minska matsvinn.

Gemensamma utvecklingsarbeten hela äldreomsorgen

Under hela året kommer ekonomin att följas och analyseras noggrant så att åtgärder för att komma i balans kan sättas in. Ett stort uppdrag för hela förvaltningen är att jobba för att möta kommande personalbehov, med marknadsföring, rekrytering, att vara en attraktiv arbetsgivare och kunna både behålla och rekrytera personal. En konferens kommer att hållas i slutet på januari kring framtida utmaningar. I samband med konferensen invigs en utställning kring åldrandet. Ett studiematerial kommer att tas fram till den utställningen som enheterna kan jobba med sin personal i kring. Vi behöver också arbeta med enheternas möjligheter och vilja att ta emot praktikanter och elever, de är våra framtida medarbetare. Ett annat viktigt gemensamt utvecklingsområde är teamarbete för att kunna möta kundernas individuella behov. Målet att öka antalet intrapenader och andra boendeformer fortsätter. Utbildning i taktil stimulering fortsätter. Resultatet av utredningen av dagverksamheterna och sociala träffpunkterna ska genomföras. Det sociala innehåller för våra kunder utvecklas genom samarbete med Hudiksvall hela Livet samt kulturprojektet. I samarbete med SKL kommer vi att arbeta med bemanning nattetid. Förberedelser kommer att pågå under året inför uppgraderingen av Treserva 2018. I övrigt ska vi hålla i och hålla ut med allt vi jobbat med tidigare.

Inger Myrsten
verksamhetschef
ytterområdet

Yvonne Rissanen
verksamhetschef
centrala området

Social och omsorg

Personalstatistik

	2016-12-31			2015-12-31		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Antal anställda med månadslön						
Tillsvidareanställda	1 433	148	1 581	1 416	144	1 560
Visstidsanställda	174	58	232	159	67	226
Totalt	1 607	206	1 813	1 575	211	1 786
Antal årsarbetare						
Tillsvidareanställda	1 305,6	139,4	1 445	1 282	137	1 419
Visstidsanställda med månadslön	139	47	186	126	59	185
Timavlönade	127	48	175,6	148	39	187
Övertid, fyllnadstid omräknat till årsarbeten	3,5	0,6	4,1	6	1	7
Genomsnittlig sysselsättningsgrad månadsavlönade	89,9%	90,4%	90,0%	89,4%	93,0%	89,8%
Medelålder	46,1	44,1	45,9	46,3	45,3	46,2
Sjukfrånvaro i % av arbetade timmar						
Total sjukfrånvaro	8,9%	5,2%	8,4%	9,1%	6,2%	8,7%
Varav långtidssjukfrånvaro, 60 dagar eller mer	59,4%	42,4%	57,9%	59,9%	44,5%	58,5%
29 år eller yngre	7,1%	4,4%	6,4%	5,8%	5,8%	5,8%
30-49 år	9,2%	3,8%	8,5%	9,6%	4,2%	8,9%
50 år och äldre	9,3%	7,9%	9,1%	9,8%	9,2%	9,8%

Anvisning

- Antal anställda och antal årsarbeten

Ökningen finns främst inom integration och arbetsmarknad, funktionsnedsättning och individ och familjeomsorgen. På Integration och arbetsmarknad är det den ökade flyktningmottagningen som gjort att antalet anställda ökat, funktionsnedsättning beror det på att ett par tomma platser tagits i bruk under året, men också att ärendetyngden ökat. På individ och familjeomsorgen har det anställts fler handläggare för att få en rimlig arbetsbelastning man har också ökat det administrativa stödet i enlighet med de rekommendationer som gått ut från socialdepartementet. Det har också till viss del finansierats med statliga medel.

- Visstidsanställda ökar också något medan både timanställda och övertid/fyllnadstid minskar.

- Sysselsättningsgrad

En marginell ökning av sysselsättningsgraden totalt. Men ganska stora variationer inom de olika verksamhetsområdena. Det förklaras av att alla har nu möjlighet till önskad sysselsättningsgrad och då varierar SSGR också. Men alla som vill ha heltid har också möjlighet att få det nu. Finns det inte utrymme på den egna enheten så går det att få med hjälp av rekryteringsenheten.

- Hälsa och arbetsmiljö

- Den totala sjukfrånvaron har sjunkit med 0,3 procentenheter, och den stora glädjen är att långtidssjukfrånvaron har sjunkit med nästan en procentenhet. Går man också till de olika verksamhetsområdena så har äldreomsorgens sjukfrånvaro sjunkit med en procentenhet och även långtidssjukskrivningarna har minskat inom ÄO. Individ och familjeomsorgen har minskat sjukskrivningarna allra mest, medan arbete och integration och funktionsnedsättning ökat något.
- Inom förvaltningen har hälsovägledaren arbetet i projektform på olika enheter. Det har också genomförts flera friskvårdsinsatser som kommunklassikern och kommunstafetten. Fortsatta utbildningar inom Bemanna rätt för att öka inflytande och delaktighet. Ett samarbete med företagshälsan har inletts för att stärka särskilt utsatta enheter. STAMINA-projektet (Strukturerat och Tidseffektivt Arbetsätt genom Metoder för Inkluderande Arbetsliv) Projektet är ett forskningsprojekt som drivs i samarbete med Uppsala universitet, företagshälsan och personalenheten.
- Inom äldreomsorgen har bemanningen ökat med hjälp av statliga medel. Det pågår också en översyn av lednings och stödfunktioner inom ÄO och FN för att avlasta personal arbetsuppgifter som inte ingår i basuppdraget. Inom Individ och familjeomsorgen har ett liknande arbete gjorts främst inom Barn och ungdom.

Social- och Omsorgsnämnd

Ordförande: Henrik Persson
Förvaltningschef: Pia Andersson

Ekonomi och verksamhet

Skickas till din förvaltningsekonom senast fredag den 10 februari 2017

Ekonomiskt åtagande (nettokostnad)

Belopp i tusen kronor (tkr)

Driftredovisning	Utfall 2015-12	Utfall 2016-12	Års budget	Avvikelse
Intäkter	163 604	256 144	165 512	90 632
Personalkostnader	-723 187	-767 347	-725 210	-42 137
Övriga kostnader	-315 320	-376 325	-324 050	-52 275
Netto	-874 903	-887 528	-883 748	-3 779

Driftredovisning per verks (netto)	Utfall 2015-12	Utfall 2016-12	Års budget	Avvikelse
Ledning	-101 362	-109 587	-102 122	-7 465
Handläggarenhet	-12 353	-13 161	-13 844	683
Äldreomsorg	-402 410	-404 846	-396 164	-8 682
Funktionsnedsättning	-176 002	-188 551	-190 810	2 259
Rekryteringsenhet	-1 317	-4 790	-1 823	-2 967
Individ- och familjeoms. Arbete och integration	-136 946	-138 150	-120 638	-17 512
	-44 512	-28 443	-58 347	29 904
Netto	-874 903	-887 528	-883 748	-3 779

Anslag ur Arbetsmarknads- och sociala investeringsfonden:

ENIG	-1 678	-1 525	0	-1 525
SHS-PROJEKT	-575	-703	0	-703
SUMMA	-2 253	-2 228	0	-2 228

Ekonomi och verksamhet

Ledning

Monitorhjälpen ökade volymen under 2016 och kostnaden översteg budgeten med 6,3 mkr.

Färdtjänsten är alltid svårbudgeterad, då nya brukare med annat resebehov slår kraftigt utan att kommunen kan göra något för att påverka kostnaderna. Detta år var underskottet 2,4 mkr.

Stöd- och utvecklingsenheten har under 2016 haft stora utmaningar med personalväxling, samt utlån av personal till andra verksamheter, både inom kommunen och till externfinansierade projekt med åtagande långt utöver kommunens interna arbete.

Under året bedrevs många stora, huvudsakligen externfinansierade projekt.

IT har haft en expansiv utveckling under året, men några kostnader som var budgeterat för 2016 kommer först nästa år.

Det administrativa teamet var periodvis underbemannat utan att det gick att ta in ersättare.

Handläggare- och förebyggande enheten

Handläggarenheten och den förebyggande verksamhetens utfall för 2016 hamnar på ett överskott på 0,7 mkr. Överskottet har huvudsakligen uppstått på personalkostnader för handläggarna då personalomsättningen har varit 37,5 % och det har inneburit att tjänster varit vakanta under de pågående rekryteringarna.

Äldreomsorg

Äldreomsorgen har haft stora kostnader för introduktion av nya vikarier. Allt fler nya vikarier vill över sommaren arbeta deltid och kortare perioder, vilket innebär att flera personer behöver introduceras på samma vikariat. Det blir allt svårare att få tag på utbildad personal, både när det gäller omvårdnadspersonal och högskoleutbildade. På en del enheter är sjukskrivningstalen höga. Vi påbörjat ett arbete kring hälsa i arbetslivet utifrån nya AFS 2015:4 *Organisatorisk och social arbetsmiljö*, med hjälp av verktyget STAMINA. Införandet av flexitidsavtal överallt har haft positiva effekter. Periodvis behövs ökad bemanning utifrån ökad vårdtyngd. Vi har även haft en del specialärenden som behövt extra resurser.

Hemsjukvården har ett underskott på 5,0 mkr som beror på underfinansiering och ökat antal kunder och insatser. Svårigheter att rekrytera legitimerad personal innebär att kostnaderna för annonsering, introduktion, hyrkostnader mm ökar.

Förarbetet till och införandet av Trygg hemgång har inneburit vissa ”puckelkostnader”.

Vi ser inom hemtjänsten en stor ökning av kunder som har omfattande behov samt ökat behov av nattinsatser.

Nya föreskriften kring arbetskläder och hygien har inneburit ökad kostnader för arbetskläder.

För första gången på flera år så har vi fått stora kostnader för personer som är utskrivningsklara från sjukhuset.

Under året har ett antal åtgärder genomförts för att komma till rätta med ekonomin.

Omsorgen om personer med funktionsnedsättning

Verksamheten går med ett plusresultat om 2,3 mkr. I resultatet ligger ett överskott från intraprenaderna om 3,6 mkr vilket innebär ett underskott om knappt 1,3 mkr. Detta underskott härrör från:

- Fler placeringar på Staffansgården än budgeterat.
- Avgångsvederlag via avslut av två anställda i verksamheten.
- Ökade kostnader inom assistans. Försäkringskassans ersättning har minskat och stämmer inte överens med de faktiska kostnadsökningarna. Här ser vi att det kan bli ett bestående problem.
- Kostnaderna för privata utförare.
- Kortidsvistelse på Solrosen och korttidstillsyn Kajutan av barn har ökat med ökade kostnader som följd.
- Avlösarservice och kontaktpersoner har ökat.
- Flera enheter har ett plusresultat tack vare stort ekonomiskt medvetande och delaktighet i planering av bemanning. Det gör att det totala underskottet för året endast hamnar på 1,3 mkr.

Rekryteringsenheten

Rekryteringsenheten har framförallt uppdraget att bistå med strategisk personalförsörjning. Under året har detta varit mycket framgångsrikt, vilket medfört en minskning av antalet beställda vikarier, och en ökning av stöd för hantering av enheternas tillsvidareanställda som själv går in som vikarier. Det senare innebär ingen debiterad kostnad. Med den minskade volymen skulle timkostnaden för 2016 behövt vara högre. I stället för en retroaktiv höjning av timkostnaden blev resultatet ett underskott på rekryteringsenheten på 3,0 mkr.

Individ- och familjeomsorg

Individ- och familjeomsorgen har ökat sitt underskott med 0,5 mkr jämfört med 2015 och stannar på -17,5 mkr. Det budgeterade underskottet vid ingången av 2016 var 19,7 mkr. För att ge större möjlighet för enheterna/medarbetarna att kunna följa och förstå resurser och kostnader i budget, lades en budget per enhet/kst utifrån 2015 års verkliga kostnader. Nivåerna lades lite under utfallet med ett inbyggt strävansmål. I budgeten för 2016 lades också en utökning av antalet socialsekreterare på Barn och ungdom efter att arbetstygdsräkningar gjorts. Detta har bidragit till att sjukskrivningstalen har sänkts med 3,5 % enheter. Den stora insatsökningen som kom under andra halvan av 2014 och höll i sig hela 2015 har bromsats upp under 2016.

Två områden har trots den budgeteringen inte klarat att nå sitt budgetmål, dels vårt egna HVB Kompaniet och dels kostnaderna för det ökade antalet familjehem/kontaktpersoner. Av den anledningen har nämnden gett PWC i uppdrag att genomlysna dessa två verksamheter för att dels se hur kostnaderna är i jämförelse med andra kommuner och dels ge förslag på åtgärder.

Större avvikelser på Individ- och familjeomsorgen:

- Ökning av familjehemskostnader på Barn och ungdom
- Konsultkostnader på Barn och ungdom
- Många och dyra externa placeringar inom Vuxen
- Lägre utbetalningar av försörjningsstödet än budgeterade

Arbete och integration

Flyktingverksamheterna redovisar ett överskott på 29,0 mkr. Tilläggsanslag har förts över mellan åren vilket har gjort att det blivit ett överskott. Extra statsbidrag har tillskjutits under 2015 och 2016 för omställningskostnader för den höga flyktingströmmen. Delar av överskottet har förts över till 2017.

HRC verksamheterna redovisar ett överskott motsvarande 0,6 mkr. Trots ökat antal deltagare under året redovisar verksamheten ett överskott. Ett arbete har pågått under året för att minska transportkostnaderna vilket har visat resultat jämfört med 2015 när ett stort underskott redovisades. Personal har samnyttjats för att minska vikariekostnaderna.

Arbetsmarknadsenheten redovisar 0,2 mkr i överskott, efter justeringar av centrala medel som ska tillföras för Enig och Integrationsprojekt.

Investeringar per projekt

Projekt (tkr), ange projektnummer	Utfall 2016-12	Budget (Inkl TA fr 2015)	Avvikelse
8002	353	2 500	2 147
8008	432	125	- 307
8009	924	2 485	1 561
			-
Summa	1 709	5 110	3 401

Medel till investeringar är inte förbrukade under 2016.

Arbetet är påbörjat och vi kommer att behöva icke förbrukade medel till genomförande av våra planerade investeringsprojekt.

Förvaltningschef

Pia Andersson

Kvantitativt åtagande

Anvisning

Här redovisas de delar av det kvantitativa åtagandet där man inte nått målet för året. Dubbelklicka i tabellen för att starta Excel och lägga in siffror. Klicka utanför tabellen när du är klar.

Åtagande	Volym	Utfall jan-dec	Avvikelse
<u>Aldreomsorg</u>			
Hemtjänsttimmar	220 000	251 907	31 907
<u>Funktionsnedsättning</u>			
Säbo SOL LSS, platser	121	119	-2
Ledsagarservice LSS timmar/år	7 000	2 196	-4 804
Kontaktpersoner SOL och LSS	170	149	-21
Avlösarservice i hemmet timmar/år	6 000	2 820	-3 180
Personliga assistenter, brukare	103	97	-6
Frivillig psykiatri "Träffen"	23	25	2
<u>Hudiksvalls Resurscentrum</u>			
LSS Daglig verksamhet (personer)	172	199	27
Staffansgården	27	26	-1
Socialpsykiatri (platser)	10	11	1
Förs.stödstagare och avtal via AF	200	391	191

Funktionsnedsättning

Två platser inom gruppboende LSS är inte tillsatta då nytt boendet inte öppnade som planerat. Kommer öppna i maj 2017. Ledsagarservice och avlösarservice har vi inte nått upp till åtagandet beroende på att insatserna inte efterfrågas i den utsträckning som förväntat. Avlösarservice är bl a lägre därför att en ungdom bor nu på extern boende men beräknas behöva stora insatser under sommarlovet 2017. På gruppboendena utförs ledsagarservice till viss del av ordinarie personal i stället för att ansöka om servicen. Vi har sänkt volymen till 5000 timmar inom båda områdena inför 2017.

Även inom boendestöd är utfallet lägre än åtagandet men där har vi i stort sett utfört timmarna då insatsen även verkställs utifrån behov av stöd och motivation att komma ut i sysselsättning och i ett coachande förhållningssätt som socialstyrelsen rekommenderar.

Personlig assistans har minskat men vi ser nu en ökad efterfrågan inför 2017. Har lagt volymen 100. Träffpunkterna ökar i intresse och framförallt ser vi fler yngre som söker sig dit.

Arbetsmarknadsenheten

Arbetsmarknadsenheten har ökat med ett stort antal deltagare. Regeringen har beslutat om olika nya arbetsmarknadsåtgärder som ex Extratjänster, utbildningskontrakt mm vilket har föranlett fler deltagare och därmed högre kommunala kostnader. Försörjningsstödsenheten har förmedlat fler deltagare till verksamheten under året.

- **Rekrytering och kompetensförsörjning**

- Inom hela förvaltningen arbetar verksamheterna med lösningar för att klara både bemanning och kompetensförsörjning i nutid, då det är svårt att rekrytera både undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, socialsekreterare, handläggare och enhetschefer. Särskilt svårt är det att rekrytera socionomer till Barn och ungdomsenheten.
Rekryteringsenheten har uppdraget att se över behov och metoder att hitta rätt kompetens i en framtid.

Skicka uppgifterna via e-post till elin.joelsson@hudiksvall.se senast **10 februari**.

Kommentarer