2015-01-26
KALLELSE
BERIT LUNDQVIST
DIREKT: 0224-74 90 57

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Kallelse till sammanträde

Organ	Vård- och omsorgsnämnden
Plats	Sammanträdesrummet, Fredsgatan 23, Sala
Tid	Torsdag den 5 februari 2015 kl 13.30.

ÄRENDEN

1 Utseende av justerare

2 Bokslut 2014
Dnr 2015/103
Förslag till bokslut. Bilaga VON 2015/11/1

3 Medborgarförslag höjd habiliteringsersättning
Dnr 2014/1222
Förslag till yttrande. Bilaga VON 2015/12/1

4 Medborgarförslag att hjälpa hemlösa
Dnr 2014/1097
Förslag till yttrande. Bilaga VON 2015/13/1

5 Riktlinje prioriteringsordning rehabteamet
Dnr 2015/108
Förslag. Bilaga VON 2015/14/1

6 Riktlinje medicinska intyg
Dnr 2015/108
Förslag. Bilaga VON 2015/15/1

7 Sammanställning av synpunkter, klagomål och förslag kv 4, 2014 och Årssammanställning 2014.
Dnr 2014/54
Sammanställning kv 4 2014. Bilaga VON 2015/16/1
Årssammanställning 2014. Bilaga VON 2015/16/2

8 Val av kontaktpolitiker m m
Bilaga VON 2015/17/1

9 Lägesrapport arbetet med Ledningssystem
Dnr 2015/106, 107, 108
- Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem. Bilaga VON 2015/18/1
- Ledningssystem för vård och omsorg. Bilaga VON 2015/18/2
- Rapportering av risker och missförhållanden. Bilaga VON 2015/18/3
- Informationssäkerhetspolicy. Bilaga VON 2015/18/4
- Informationssäkerhet. Bilaga VON 2015/18/5

Vård- och omsorgsnämnden

10 Förvaltningschefen informerar

11 Rapporter

12 Ärenden avgjorda med stöd av delegation

13 Kurser och konferenser

14 Anmälningsärenden
Bil. VON 2015/19/

Ordföranden

ÄRENDE NR 2

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Agneta von Schoting

Vård- och omsorgsnämnden

MISSIV

Bokslut 2014

BOKSLUT 2014

Sammanfattning av ärendet

Vård och omsorgsnämnden gör totalt får året 2014 ett underskott på 5 977 tkr. Underskotten är fördelat mellan IFA, individ familj arbete på 3 383 tkr, FO funktionsnedsättningsområdet på 3 547 tkr samt ÄO, äldreomsorg på 1 727 tkr. Förvaltningsövergripande redovisar ett överskott på 2 659 tkr.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta

att fastställa bokslut för 2014 enligt förslag i bilaga.

Agneta von Schoting
Socialchef

Bilaga: Bokslut 2014

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23, Sala
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Bilaga VON 2015/11/1

SALA KOMMUN

Årsbokslut 2014

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

INNEHÅLL

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDENS VERKSAMHETSBERÄTTELSE 2014

Verksamhetsansvar *4*

Målavstämning *5*

Året som gått *15*

Ekonomi *19*

Framtiden *22*

Verksamhetsfakta *24*

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDENS VERKSAMHETSBERÄTTELSE 2014

VERKSAMHETSANSVAR

Vård- och omsorgsnämnden med förvaltning har till uppgift att fullgöra kommunens uppdrag inom socialtjänsten rörande individ- och familjeomsorg samt äldre- och handikappomsorgen enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och Föräldrabalken (FBL).

Nämnden svarar också för vissa delar av psykiatrin samt ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården inkl hemsjukvård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Till nämndens uppgift ingår även psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor, bränder och katastrofer (POSOM).

Grunden för verksamheten är att ge stöd, service och omvårdnad åt personer i kommunen som av olika skäl inte själva klarar av sin vardagssituation med målet att Sala kommun ska vara en trygg och säker kommun att bo och verka i. För att fullgöra uppdraget har vård- och omsorgsförvaltningen (VOF) organiserat sig i olika verksamhetsområden; individ, familj, arbete (IFA) inklusive flyktingmottagande samt funktionsnedsättning(FO) och omsorg om äldre (ÄO).

MÅLAVSTÄMNING

Symbolbeskrivning	
Målen bedöms inte bli uppfyllda	○
Målen bedöms delvis bli uppfyllda	◗
Målen är redan/bedöms bli uppfyllda	●
Mätindikatorer saknas/Endast aktiviteter bidrar	⊗

Nämndens bidrag till kommunfullmäktiges målsättningar

PERSPEKTIVET SAMHÄLLSUTVECKLING

MÅL: ETT VÄXANDE SALA ●

MÅL: EN LÅNGSIKTIG SOCIAL HÅLLBAR UTVECKLING

Vård- och omsorgsnämnden ska inom sitt ansvarsområde verka för att människor med behov av stöd i olika former får adekvata insatser vid rätt tidpunkt. Tillgängliga ekonomiska resurser ska användas effektivt och bästa möjliga lösning ska prövas och väljas.

Nämnden ska också inom sitt verksamhetsområde bidra till att människor kan leva ett aktivt liv, ha inflytande i samhället och med bibehållen självständighet uppleva trygghet i sin hemmiljö.

AKTIVITETER

- Resultat, produktions- och effektivitetsmått ska utvecklas och följas upp för att kunna bedöma kvalitet och kostnadseffektivitet så att rätt insatser sätts in.
- Nämnden ska verka för att trygghetsboenden tillskapas i boendekedjan för att säkerställa att äldre kan bo kvar hemma i möjligaste mån.

PERSPEKTIVET SAMHÄLLSUTVECKLING

MÅL: EN LÅNGSIKTIG MILJÖMÄSSIGT HÅLLBAR UTVECKLING ●
Vård- och omsorgsnämnden ska aktivt verka för att minska miljöbelastningen.

AKTIVITETER

- Alla verksamheter inom förvaltningen ska källsortera.
- Effektivare tjänsteresor genom nyttjande av bilpool.

Kommentar till måluppfyllelse för perspektivet samhällsutveckling:

En genomlysning för att få fram adekvata styrmått från verksamheten pågår.

Verksamheterna källsorterar och daglig verksamhet har tagit detta som en sysselsättning för några deltagare att hjälpa till att köra bort det källsorterade och bidrar därmed till återvinning och hållbarhet.

Bilpoolen används av alla verksamheter.

PERSPEKTIVET VERKSAMHET

MÅL: NÖJDA MEDBORGARE OCH BRUKARE

Vård- och omsorgsnämnden ska fastställa kvalitetsnivå och omfattning på sina insatser och vara tydlig i informationen till medborgarna så förväntningar, insatser och resurser är i paritet.

Alla som kommer i kontakt med Vård- och omsorg ska få ett gott och respektfullt bemötande och insatserna ska utföras av personal med utbildning och kompetens för uppdraget.

Kommuninvånarna ska ha tillgång till en god vård och omsorg.

AKTIVITETER

- Kontaktmannaskap och genomförandeplaner genomgående för alla.
- I ökad utsträckning analysera och publicera resultat av kvalitetsundersökningar som genomförs på nationell och lokal nivå samt utforma handlingsplaner för kvalitetsförbättring utifrån resultaten.

MÅL: GOD SERVICE AV HÖG KVALITET

PERSPEKTIVET VERKSAMHET

Målet är nöjda kunder/brukare med framgångsfaktorerna rätt bemötande, kompetens, tillräcklig bemanning, leverera med kvalitet, avlastning för anhöriga, planering tid/resurs samt tillgänglighet.

Arbetet ska utgå från värdeskapande processer enligt evidensbaserad praktik och kvalitetssäkrade insatser. En av grunderna för kvalitetsarbetet är hantering av synpunkter/klagomål. Brukarnas synpunkter och klagomål redovisas kontinuerligt till nämnden samt större avvikelser. Kvalitetsarbetet ska återkopplas till verksamhet.

Indikatorer från KF: Sala har en god service av hög kvalitet när

- Brukarna får rätt insatser vid rätt tidpunkt av kompetent personal.
- Barn, ungdomar och vuxna får sina individuella behov av stödinsatser tillgodosedda i sin hemmiljö.

AKTIVITETER

- Kvalitetsutveckling i syfte att skapa mer sammanhållna vårdkedjor ska ske inom ramen för arbetet med hemsjukvård i kommunens regi.
- Både på förvaltningsövergripande nivå och arbetsplatsnivå systematiskt kartlägga synpunkter/klagomål som inkommer i syfte att på ett effektivt sätt hantera brister i verksamheten. Arbetet ska ske så att ett lärande skapas i hela organisationen.
- Implementering av värdighetsgarantierna

MÅL: PÅVERKAN OCH INFLYTANDE FÖR KOMMUNENS MEDBORGARE

PERSPEKTIVET VERKSAMHET

Vård- och omsorgsnämnden bidrar till att öka informationen om nämndens ansvarsområde genom att regelbundet ha öppna sammanträden samt utveckla kontaktpolitikeruppdraget ur ett brukarperspektiv.

AKTIVITETER

- Utveckling av förvaltningens information på www.sala.se
- Utveckla formerna för medborgardialog och brukarinflytande.
- Anhörigträffar

Kommentar till måluppfyllelse perspektivet verksamhet:

KVALITET

I samband med arbetet Leda för Resultat har ett arbetssätt utformats som dokumenteras i kvalitetsledningssystemet. Kvaliteten på verksamheten och på vilket sätt arbetet ska utföras samt hur brukarinflytande kan säkerställas kommer följas upp. Arbetet med att bygga upp ledningssystemet har pågått under hela året med nya riktlinjer och dokument. Cheferna har börjat mäta och beskriva viktiga processer i valda delar av sina verksamheter i utbildningssyfte för att sedan förankra detta arbetsätt hos övrig personal. Utveckling av hemsidan samt E-tjänster pågår. Kvar att göra är att anpassa sidan för målgruppen FO, funktionsnedsatta med t.ex tal och bilder. Byte av dokumentationssystem för ÄO och FO har pågått under hela året,det arbetet leds av en projektledare. Efter att IT centralicerades och upphandlingen av det nya systemet gjordes av IT är stödet till förvaltningen bristande i det dagliga arbetet. Det försvårar och fördröjer arbetet med att införa det nya systemet samt utvecklingen av hela IT-området med såväl integrationer, förvaltning av system och säkerhetsfrågor. Stödet till cheferna inom förvaltningen har också försämrats efter att personaladministratörerna centralicerades och förvaltningen bidrog med en heltidstjänst. Idag ges stöd från personalkontoret endast konsultativt vid t.ex svåra rehabärenden. Det som cheferna tidigare kunde få stöd med som t.ex handledning i svåra personalfrågor, ledarskap, personalförsörjning på kort och lång sikt, rekrytering, handledning, statistik i bl.a sjukfrånvaro samt långsiktigt arbete kring arbetsmiljön är det idag inget som personalkontoret gör.

ÄLDREOMSORG ÄO

För att bättre kunna analysera och arbeta med kvalitetsinderindikatorer för god service har ett nytt avvikelsesystem Lisa introducerats. En metod för systematiskt arbete med kvalitetsregistren för de mest sjuka äldre i teamen har också påbörjats. Andelen äldre i ordinärt boende med hemtjänstinsatser har fortsatt att ökat.

INDIVID FAMILJ ARBETE IFA

Institutionsplaceringarna inom område IFA har ökat, beror dels på ny lagstiftning samt ett antal kostsamma utredningsplaceringar av familjer med barn. Samtidigt har enheten arbetat med att öka insatserna på hemmaplan. Ett utökat uppdrag vad gäller flyktingmottagande samt mottagande av ensamkommande barn och ungdomar, har påverkat 2014 års bokslut.

FUNKTIONSNEDSSÄTTNINGSOMRÅDET FO

All personal inom verksamhetsområdet FO har haft en halvdags föreläsning om att skapa " effektiva team " .Verksamheterna kommer att fortsätta jobba med det temat som underlag under 2015. För att förstärka bemanningen och därmed möjligheter till mer aktiviteter på kortidsboendet Skräddargränd har personalgruppen slagits samman med personalgruppen på den nystartade gruppboendet Karpgatan 2, vån 1.

BISTÅNDSENHETEN

En brukarenkät med frågor om upplevt bemötande, tillgänglighet samt informationen från biståndshandläggare har genomförst under två mätperioder. Mars – Maj och September – November. Svarsalternativen graderas från 1- 10 där 10 står för " i högstas grad" nöjd , tillräcklig information osv. 50 % av alla svar har legat på 10 , någon enstaka har svarat 1. Det är 112 personer som svarat på enkäten. Enkäten har deltas ut vid hembesök alternativt besök på förvaltningen. Förbättringsåtgärder som skall provas under 2015 är att skapa större tillgänglighet med hjälp av en telefonlinje/ jourtelefon som är öppen hela dagen. Ett informationsmaterial som kan lämnas vid första kontakt med information och kontakuppgifter till biståndhandläggare. Samma enkät kommer att genomföras under 2015 med samma mätmånader som under 2014.

KONTAKTMANNASKAP, GENOMFÖRANDEPLAN, VÄRDIGHETSGARANTI OCH BRUKARSTÖD

ÄLDREOMSORG

Arbetet med att utveckla kontaktmannaskap och genomförandeplaner som arbetsmetod för äldreomsorgen fortgår. I genomförandeplanen ska den enskilde kunna påverka i så stor utsträckning som möjligt hur, när och på vilket sätt insatser ges. Försök med att strukturera insatserna och målsättningarna enligt äldres behov i centrum pågår i ett hemtjänstteam. En vidareutveckling av arbetet med genomförandeplaner och vårdplaner till gemensamma, verksamhetsövergripande planer, så kallade samordnade individuella planer, pågår och kommer att utvecklas under 2015. Inom Vård och omsorgsboende, VåBo har brukar- och anhörigträffar genomförts i de flesta verksamheter. Genomgång och analys av resultaten i brukarundersökningar har genomförts inom alla enheter. Handlingsplaner utifrån uppföljningen på dem är påbörjad. Arbetet med att skapa sammanhållna vårdkedjor inom hemsjukvården pågår i teamarbetet och tillsammans med landstingsvården i Sala. Efterlevnaden av Värdighetsgarantierna för äldreomsorgen har mätts i samtliga enheter under en månad. Mätningen visade ett gott resultat på många enheter medan några enheter behöver jobba vidare med metoden. Mätningen visade också på behovet att tydligare definiera vad som garanteras.

FUNKTIONSNEDSÄTTNINGSOMRÅDET FO

I boendeformerna inom FO används en systematisk metod (Hurpärmar) för att ta reda på hur de olika insatserna ska utföras utifrån brukarens behov/önskemål. Verksamheterna har under året utvecklat en organisation med kommunikationsombud för att strukturerat arbeta med AKK utvecklingen (alternativ kompletterande kommunikation)i syfte att underlätta kommunikation för brukare med behov av stöd vid kommunicering. I syfte att skapa brukarinflytande sker det regelbundna boenderåd på alla gruppbostäderna. Daglig verksamhet har regelbundna träffar med en referensgrupp av brukare från dagligverksamhet. Alla verksamheter som deltog i Öppna jämförelser kommer under 2015 att jobba vidare med att utveckla hur resultat och analyser ska kunna bli ett bra arbetsunderlag för förbättringar.

PERSPEKTIVET MEDARBETARE

MÅL: TRYGG, SÄKER OCH UTVECKLANDE ARBETSMILJÖ

PERSPEKTIVET MEDARBETARE

Inom Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde har kvalitetsfrågorna fått allt större fokus under de senaste åren. Allt som sker inom nämndens ram har till syfte att vara till nytta för de som är i behov av våra tjänster. Alla medarbetare har rätten och skyldigheten att växa i sin profession. Detta är helt avgörande för verksamhetens utveckling.

Fokus på verksamhetens uppdrag och utveckling har mycket stor betydelse för alla medarbetares välmående på arbetsplatsen. Kvalitet, utveckling och kostnadseffektivitet är ledorden för detta arbete.

Vård- och omsorgsnämnden ska ge förutsättningar för att medarbetarna i förvaltningens verksamheter trivs och känner sig trygga i arbetet.

AKTIVITETER

- Fördjupat arbete kring arbetsmiljöfrågor i enskilda hem.
- Utvecklingsaktivitet för arbetsplatsombud och chefer i syfte att förbättra samverkansarbetet.

MÅL: DELAKTIGHET OCH INFLYTANDE FÖR MEDARBETARNA

PERSPEKTIVET MEDARBETARE

Medarbetarna ska arbeta utifrån angivna mål i verksamhetsplanen och åtaganden i enlighet med lagstiftningen. Medarbetarna ska tillsammans med cheferna verka för att verksamheten utvecklas och effektiviseras i syfte att skapa bästa möjliga nytta för den enskilde brukaren.

AKTIVITETER

- Utveckla formerna för reflektion i arbetet som ett sätt för kvalitetsutveckling.
- Inom ramen för FÖRSAM (förvaltningssamråd) och ENSAM (enhetssamråd) utveckla formerna i arbetet där medarbetarna tillsammans med chefer utvecklar verksamheten i syfte att skapa bästa möjliga nytta för den enskilde brukaren.

MÅL: TYDLIGT OCH BRA LEDARSKAP

Cheferna ska leda verksamheten utifrån angivna mål i verksamhetsplanen och åtaganden i enlighet med lagstiftningen. Cheferna ska tillsammans med medarbetarna verka för att verksamheten utvecklas och effektiviseras i syfte att skapa bästa möjliga nytta för den enskilde, samt skapa förutsättningar för delaktighet och en god arbetsmiljö.

AKTIVITETER

- Översyn av ledningsstrukturen inom förvaltningen i syfte att skapa goda förutsättningar för ledning av verksamheten.
- Skapa och utveckla yrkesstolthet hos medarbetare genom värdegrund, kundperspektiv och arbete med ständiga förbättringar

Kommentar till måluppfyllelse perspektivet medarbetare:

MEDARBETARE

Samtliga chefer inom förvaltningen har deltagit i föreläsningar som syftar till att få kunskap om hur man kan mäta, skapa nyckeltal och se över sina processer för att få ett jämnare flöde och säkerställa leveransen. Alla verksamheter har medarbetarsamtal, regelbunda APT träffar, planeringsdagar och ensamträffar. Nya lönekriterier har arbetats fram. Inom samverkansarbetet provas att arbeta i "verksammöten". Verksam för ordinärt boende har bl.a arbetat med arbetsmiljöfrågor i enskilda hem samt med ergonomi. Mätningar av arbetsmiljörisker i ordinärt boende har inletts. Målet för en sjukfrånvaro understigande 5% nås inte, den blev ca 6,7%? Här följs den nationella utvecklingen med stigande sjukskrivningstal. Samarbetsformerna med Previa har inte gett de resultat ledningen hade hoppats på. En utvärdering av Previa som leverantör av företagshälsovård pågår inför nya avtal. Teamutveckling för individcentrerad vård och omvårdnad pågår kontinuerligt. Här implementeras arbetssättet med riskbedömningar och planer.

Utifrån de statliga medel som länet fått att kompetensutveckla personal inom FO 2013-2014, har baspersona och chefer på område Fortbildats på Mälardalenshögskola i Evidensbaserad praktik och samverkan inom LSS motsvarande 7,5 högskolepoäng. Det har även varit flera medarbetare på inspirationsföreläsningen, där brukarfokus var huvudtemat. Tre chefer inom område FO har vidareutvecklat sig i "Lösningsfokuserat team och ledarskap".

Den stora skogsbranden som härjade i Västmanland under augusti månad när halva ordinarie personalstyrkan var på semester påverkade hela förvaltningen. POSOM gruppen jobbade under de två första veckorna dygnet runt med att bl.a. hålla ställningarna och informera organisationen, genomföra POSOM möten och logga all information, planera för evakueringar med personal, platser, sängar, transporter och kontakter med anhöriga och sen genomföra evakuering av Vård och omsorgsboendet Björkgården samt tre hemtjänsttagare från Västerfärnebo, samordna insatser av kyrkan och röda korset, svara på frågor i telefonen samt ringa till alla i det branddrabbade och avspärrade området ca 140 stycken, öppna och bemanna kriscenter i Västerfärnebo samt följa med och stötta dem som fått sitt hus förstört i branden vid första besöket till huset. Många medarbetare gjorde under den här tiden ett fantastiskt jobb under hög press.

ÅRET SOM GÅTT

ÄLDREOMSORGEN ÄO

Cirka 100 brukare har under våren flyttat inom verksamhetsområdet ÄO. Anledningen till det är öppnandet av det nya boendet Johannesbergsgatan 2, samt förändring av verksamheten på Kaplanen till tryggt boende för äldre. Detta har kunnat ske på ett tryggt och patientsäkert sätt tack vare att alla personalgrupper har arbetat intensivt med de omställningar som behövts. Under året har efterfrågan på Vård- och omsorgsboendeplatser VåBo ökat. Detta har inneburit svårigheter att verkställa boendebeslut i rimlig tid. Det första icke verkställda beslutet inom tre månader rapporterades i december. Korttidsplatser behöver användas till personer som väntar på boendeplats. Det leder till att utskivningsklara från lasarettet inte kan beredas korttidsplats. Under året har 2 368 t kr betalats till Landstinget för utskrivningsklara. Under året har verksamheten haft hög sjukfrånvaro under olika perioder på grund av influensa och vinterkräksjuka. Dessutom har extraresurser behövts för att klara snabb omställning till flera brukare i hemtjänsten samt för att säkerställa omvårdnaden runt brukare med stora behov på VåBo samt på grund av omflyttningarna som gjordes vid evakueringen vid skogsbranden.

Anhörig och brukarträffar genomförs regelbundet inom VåBo. Förbättringsarbete gällande hygien vid tvätt av brukares kläder har genomförts. På Jakobsberg stängdes stora tvättstugan i huset när samtliga våningar fick egna tvätt- och torkmaskiner. All personal på VåBo har under hösten deltagit i en utbildningsdag runt bemötande. Sommarbemanningen i sjuksköterskegruppen var svårlöst. En stor arbetsinsats utfördes av de sjuksköterskor som tjänstgjorde med mycket extratimmar och flera förkortade semestrar till följd. Detta har behövts kompenseras under hösten vilket medfört ökade kostnader. Under perioden har många nya medarbetare rekryterats till område ÄO i samband med öppnandet av det nya boendet, pensionsavgångar samt för att ersätta personal som slutat av andra anledningar. Många erfarna vikarier har kunnat erbjudas tillsvidareanställning. Det har inneburit att tillgången till erfarna vikarier inför sommarsemestrarna var mindre än tidigare år. I januari 2014 hade 369 brukare beslut om insatsen hemtjänst. I Juli 2014 hade 406 brukare insatsen hemtjänst, dvs en ökning med 37 personer. 391 av dessa verkställdes av egen regi. Under hösten har ökningen fortsatt och antalet uppgår nu till 423 som verkställs av den egna regin. 33 personer har valt privat utförare av serviceinsatser. Ersättning till privata utförare har under år 2014 uppgått till 323 t kr.
Verksamhetsuppföljnings systemet Intraphone har införts inom hemtjänsten. Webbaserad kontaktmannaskapsutbildning för all ordinarie personal inom hemtjänsten startad under hösten 2014. Dagverksamhet som vänder sig till personer med demenssjukdom flyttade till Johannesbergsgatan 2 i slutet av maj. Dagverksamhet som vänder sig tillpersoner med önskemål om rehabinsatser och/eller social samvaro flyttade från Ekebygården till Jakobsbergsgården i början av juni. Anhörigstödjarna som arbetar med avlösning i hemmet har under

året utfört 561 timmar hemma hos brukare. Samtliga personalgrupper har medverkat i arbetet med Äldreplan.

FUNKTIONSNEDSÄTTNINGSOMRÅDET FO

I slutet av Maj avslutades Gröna Villan som gruppbostad och brukarna erbjöds nya gruppbostäder på de två nystartade gruppbostäderna Karpgatan 2 vån 1 och vån 3. I och med de två nystartade gruppbostäderna och verksamheten har ökat med fem fullvärdiga lägenheter. Inga extra resurser i form av personal har tillkommit området utan det har omfördelats och flyttats personal mellan verksamheterna. Vid flytten uppkom flytt och städkostnader som inte var tillräckligt budgeterat. Den icke fullvärdiga gruppbostadslägenheten på Johannesberg har varit kvar i området under året och brukare har bott i den t.o.m nya gruppbostäderna startades på Karpgatan 2. Efter det har den stått tom. Under året har det rapporterats in ett icke verkställt gruppbostads beslut till Inspektionen för vård och omsorg, IVO då tidsramen för gynnande beslut har överskridits och VOF därmed riskerar vite. Planeringen med att bygga ny gruppbostad har under året handlat om att hitta tomt samt att beställa ritning på ny gruppbostad efter underlag som togs fram i slutet av förra året. Beräknas inflyttningsklar april 2016. I december i år var det tre icke verkställda servicebostadsbeslut. Dessa beslut förväntas verkställas under 2015 då VOF fått resurser till att starta en ny servicebostadsbas med personal. Flera av de brukare som i dag bor i servicebostäder har behov av gruppbostad p.g.a av ålderssjukdomar som t.e.x demens och kräver därmed mer omvårdnad. Utökad bemanning p.g.a av vård i livets slut. Dagligverksamhet har regelbundna etikträffar för personalen för att bättre kunna fördjupa sig i olika svåra etiska problem och situationer på arbetet. Höstens Etikträffar har tagit underlag till frågor från funktionshinderforskaren Karin Barron som författat en hel ordlista med ord som ibland används i omsorgsverksamheter och som är exempel på maktspråk och ska användas. De har sedan diskuterats om hur personalen själva i verksamheten använder det maktspråket. Inspektionen för vård och omsorg , IVO har gått vidare till förvaltningsrätten med två icke verkställda stödfamiljsbeslut och förvaltningen riskerar därmed vite. Under hösten påbörjades en omorganinsation av verkställighet för insatserna familjehem, stödfamilj, kontaktperson, avlösarservice samt ledsagare. Den 1/1-15 flyttades verkställigheten för familjehem och stödfamilj över till område IFA och flyttas för kontaktperson under första kvartalet -15 . En tjänst har överförts från område FO till IFA för att möjliggöra verkställig av beslut. Poolen har i slutet av året omorganiserats och enhetschefen för dagligverksamhet har utökat sitt chefsuppdrag med 6 poolpersonal. Verksamheten personlig assistans har ökat i omfattning med två nya ärenden där FO betalar de 20 första timmarna. Sjuklönekostnaderna för personlig assistans externa utförare har ökat. Alla verksamheter inom FO har implementerat schemamodellen årsarbetstid. Den schemamodellen ger personal möjlighet till att själv styra sin arbetstid utifrån verksamhetens behov. Det underlättar även samverkan bemanningsmässigt mellan verksamheter. Det blir en större kontinuitet för brukarna då ordinarie

personal kan ta extraturer vi kortfrånvaro. Beslut om boende med särskild service för barn och unga (skolboende i annan kommun)var vid årets början sex stycken, det var budgeterat för fem. Under året har även två nya skolboendebeslut tillkommit vilket har bidragit till underskottet. De övriga kostnaderna för externt boende har inte räknats upp utifrån vad de kostade 2013 och bidrar därmed också till underskottet. Kortidsboendet har under året utökats med flera beslut, verksamheten klarar inte att verkställa fler beslut med nuvarnade bemanning och befintlig budget. Verksamheten har finansierat kultur och fritidkontorets sommarläger i form av matkostnader utfrån ett nämndsbeslut taget 2006, den kostnaden fanns inte i budgeterat.

BISTÅNDSENHETEN.

Den första mars gjordes det chefsbyte på biståndsenheten och verksamhetschef för område FO blev biståndsenhetens närmaste chef, rekrytering av enhetschef för biståndsenheten är klar. Under hela året har ett omfattande utvecklingsarbetet pågått som syftar till att förbättra och förstärka kompetens, rutiner samt metoder för utredning. Detta har bl.a resluterat i en handlingsplan med åtgärder för förbättringat. En konsulent rekryterades till verksamheten som ett led i utvecklingsarbetet. En handläggarna har utbildats till processledare i ÄBIC , äldres behov i centrum som är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med gemensamt språk och strukturerad dokumentation. Processledaren har under året utbildat övriga SoL handlägare i ÄBIC. I slutet på året påbörjades byte av utrednings och dokumentations system. Verksamheten har haft en tillsyn från IVO på myndighetsutövningen gällande hemtjänst. Tillsynen inriktade sig på hela processen från ansökan till verkställighet

INDIVID FAMILJ OCH ARBETE IFA

Under 2014 har IFA organiserats om för att ytterligare effektivisera verksamheten och göra densamma mer tydlig. Verksamheten har organiserats så att alla insatser både vad det gäller myndighetsutövning och öppenvård ligger inom samma område och under samma enhetschef. Till sitt stöd och i en mer direkt arbetsledningsroll har enhetscheferna rekryterat konsulenter. Omorganisationen genomfördes 1/3 2014. Under året har IFA rekryterat nya enhetschefer inom alla enheter totalt fyra stycken. Arbetet har under året intensifierats med att minska kostnaderna för försörjningsstöd och erbjuda personer som av olika anledningar står långt från arbetsmarknaden möjligheter att hitta alternativa vägar till egen försörjning. Olika alternativ och möjligheter till att komma vidare har tagits fram och erbjudits. Jobbcenter startade i mars och innebär att personer som söker försörjningsstöd hänvisas till Jobbcenter för att där utredas vad gäller behov av insats för att korta tiden i försörjningsstöd. Under året har 204 personer hänvisats från försörjningsstöd till Jobbcenter av dessa har 37 personer avslutats. Av dem har 34 personer gått till lönearbete . Erfarenheterna så långt visar att de personer som hänvisats till Jobbcenter står

betydligt längre ifrån arbetsmarknaden än väntat . Detta gör att jobbcenterverksamheten måste arbeta mer med individuell planering, friskvård, samtal, enskilt och i grupp samt lägga tid på omfattande individuell kartläggning än vad som förväntades. Inskrivningstiden kan därför bli något längre för vissa deltagare. Personer som tidigare ingick i Navigatorcentrum ingår idag i jobbcenterverksamheten. Navigatorcentrum har en personal anställd som sköter KIA,(kommunala informationsansvaret) och KAA (kommunala aktivitetsansvaret)d.v.s uppföljning och sysselsättning av ungdomar som inte väljer att gå gymnasiet. Antalet personer i olika arbetsmarknadsinsatser under året har varit totalt 336 personer. 184 personer har avslutats. Av dem har 58 personer gått till lönearbete och nio personer gått till studier med CSN-stöd. Ett socialt företag har startats. Ett samverkansprojekt med arbetsförmedlingen"Matcha Mångfald"har startats. Projektet syftar till att att underlätta för nyanlända att komma in på den lokala arbetsmarknaden i Sala-Heby. Samtliga elever inom gymnasieskolans åk 1 i Sala, har erbjudits möjlighet till feriearbete på alla skollov. Totalt har 253 ungdomar sökt feriearbete under året, av dessa har 140 erbjudits platser och 129 stycken av dessa har tackat ja till feriearbete. Anledningen till att alla som sökt inte kunnat få feriearbete har varit en viss svårighet att rekrytera feriearbetsplatser samt att en del ungdomar tackat nej när de väl erbjudits plats. Under 2014 har ett nytt avtal gällande mottagandet av ensamkommande asylsökande barn och ungdomar skrivits, avtalet innehöll i ett första skede en utökning från tre till sju mottagna ungdomar, avtalet utökades under hösten till att gälla totalt 14 stycken barn och ungdomar med start 1/1 2015. För att möta detta utökade behov har i avvaktan på om och nybyggnad av lokaler, Fyrklövern flyttat till tillfälliga lokaler på Lindgården. Under året har ett nytt s.k. PUT boende(permanent uppehålls tillstånd)öppnat i Gröna villan. Integrationsenheten har erhållit ett bidrag på 75 000 kronor från Sala sparbank ur den s.k. miljonen för att arbeta och stötta föreningslivet att inkludera flyktingar i sina respektive verksamheter. Föräldrautbildningar för nyanlända har genomförts i samarbete med skolförvaltningen. Fadderverksamhet samt flyktingguide för nyanlända har införts. Ett nytt avtal gällande flyktingmottagande har skrivits med migrationsverket där kommunen förbinder sig att ta emot upp till 60 stycken vuxna flyktingar, mot tidigare 40.

Komplicerade familje- och barn/ungdomsplaceringar har ökat. Av 11 placeringar har sex stycken personer varit placerade på Hem för vård och boende, (HVB-hem) för utredning. På dessa utredningshem debiteras dygnskostnaden inte enbart på det placerade barnet utan även för föräldrar som deltar i utredning och/eller behandling. Av de sex barn som placerats med den ena eller båda sina föräldrar har ett barn bott kvar efter utredningstid på en behandlingsavdelning övriga har kommit hem och erbjudits öppenvårdsinsatser.

Antalet inledda utredningar har ökat på grund av nya föreskrifter från Socialstyrelsen(SOSFS 2014:4) som gäller from oktober 2014. Dessa riktlinjer innebär att kommunernas ansvar skärps vad gäller att ingripa när ett barn misstänks ha blivit utsatt för våld eller bevittnat våld av en närstående. Socialnämnden skall utan dröjsmål starta en utredning. Föreskrifterna är rättsligt

bindande och innebär en detaljreglering av socialtjänstlagens stadgar. De omfattar även vuxna som utsätts för våld. Från lagändringens start har antalet inledda utredningar på barn- och ungdomsgruppen ökat, under 2013 inleddes 30 utredningar på inkomna anmälningar under 2014 inleddes 47 utredningar på samma ärenden. Under sista kvartalet 2014 har en ökning noterats av konsulterande telefonsamtal med främst kommunens olika skolor gällande oro för våld. Skyddsplaceringar av hela familjer har gjorts p.g.a. hedersrelaterat våld. Även hos vuxengruppen har antalet placeringar enligt LVM/skyddsplaceringar samt långvariga placeringar ökat. En översyn och förändring av familjehems/familjerättsgruppens arbete har pågått under året. Under 2014 har behovet av insatser inom kommunpsykiatrin ökat samt behovet av bistånd för målgruppen i form av boende eller boendestöd.

EKONOMI

Tabell 1 Sammanställning av nämndens kostnader och intäkter, tkr

Driftbudget	Bokslut -12	Bokslut -13	Bokslut -14	Budget	Avvikelse
Kostnader	504 744	535 878	565 226	554 464	-10 762
Intäkter	-122 660	-143 156	-135 265	-130 500	4 765
Nettokostnad	**382 084**	**392 722**	**429 961**	**423 964**	**-5 997**
Förvaltningsövergripande vht	2 140	-1 000	11 926	14 585	2 659
Individ, familj och arbete	67 099	82 717	78 479	75 096	-3 383
Omsorg om funktionshindrade	84 501	77 180	82 873	79 326	-3 547
Omsorg om äldre	221 364	233 824	256 684	254 957	-1 727
Färdtjänst					
Arbetsmarknadenhet	6 980				
Summa	**382 084**	**392 722**	**429 961**	**423 946**	**-5 997**

EKONOMISK ANALYS

Driftbudget

PERIODENS RESULTAT

Under perioden har förvaltningens ram minskats med – 581 tkr p.g.a centralisering av löneadministrationen. Tillkommande omfördelning mellan förvaltningarna har varit +644 tkr för företagshälsovård.

Nettoresultatet avviker från periodbudgeten med + 6 mkr. Av detta är 0,6 mkr semesterlöneskuld vid årsskiftet och 2,4 mkr är medicinskt färdiga kostnader. Förvaltningsövergripande har gjort ett överskott på 2,6 mkr p.g.a. intäkter från poolen, ÄBIC, skogsbranden och företagshälsovård.

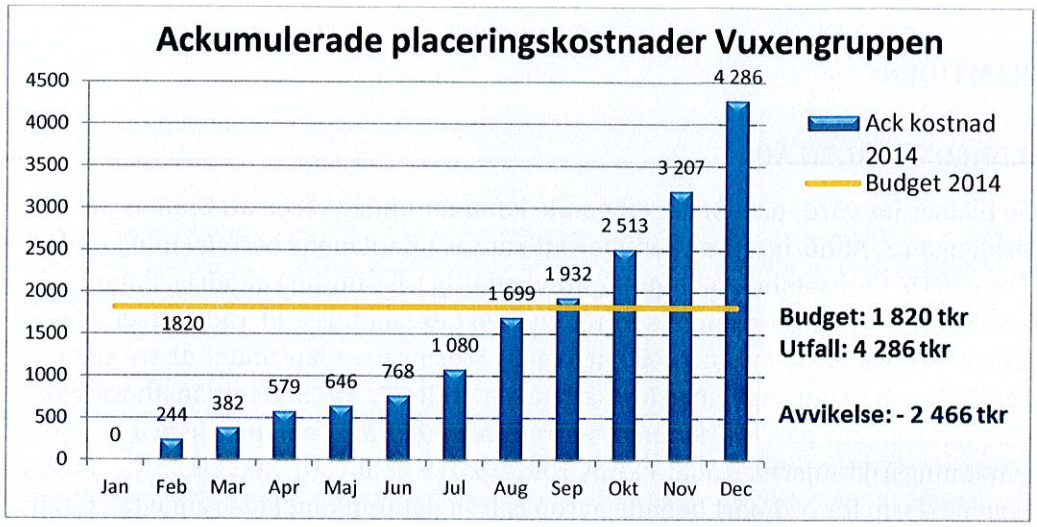
Intäkterna på +4,7 mkr består bl.a. av högre intäkter från Försäkringskassan för personlig assistans på +2,5 mkr då det kommit fler beslut än budgeterat samt interna intäkter för poolpersonal från Resursenheten.

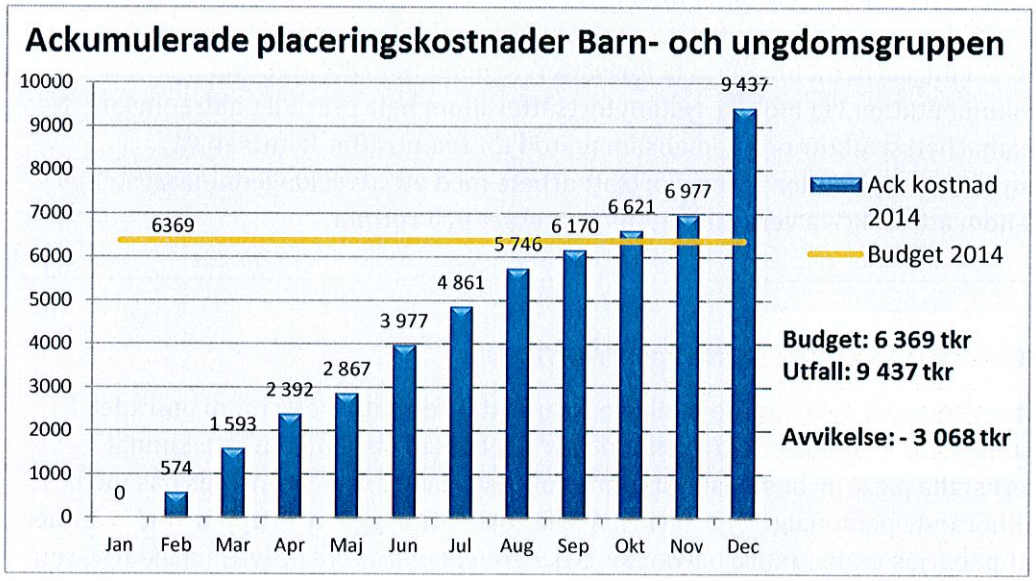
Kostnaderna överskrider resultatet med 10,7 mkr, varav hemtjänst, externt skolboende, ökade kostnader för vikarier samt de tjugo första timmarna för personlig assistans är den övervägande delen.

Inom hemtjänstområdet har personal den största underskotten på 2,2 mkr och övriga verksamhetskostnader på 1,8mkr.

Omsorgen om äldre har lägre hyror än budgeterat med 3,2 mkr samt personalomkostnaderna 0,3 mkr lägre mot budget.

Området FO uppvisar ett underskott på 3,5 mkr där personalkostnaderna har ökat med 1,6 mkr på grund av ökad behov av bemanning bl.a. i vård vid livets slut. Inom området IFA har största underskottet varit för placeringskostnader på både barn och vuxna med 5,5 mkr.





Tabell 2. Placeringskostnader vuxna och barn

Investeringar

Under perioden har investeringar gjorts för 3,2 mkr av totalt budgeten på 6,4 mkr. Den största delen utgör inventarier till Johannesbergsgatan.

FRAMTIDEN

ÄLDREOMSORGEN ÄO

Nio platser för vård- och omsorgsboende kommer under våren att öppnas på Parklängan 3. Anhörigcenter kommer att startas i Kaplanens bottenvåning under våren 2015. Verksamheten kommer att vända sig till samtliga anhöriga inom förvaltningens alla verksamhetsområden med t ex samtalsstöd, råd, kurser och cirklar. Behovet av hemtjänst- och hemsjukvårdsinsatser har under de tre sista åren ökat och ökningen väntas fortsätta även under år 2015. Hemtjänstbeslut för personer som bor på VåBo kommer att införas under året om/när de nya bemanningsriktlinjerna träder i kraft. Under 2015 behöver nya digitala trygghetslarm för ordinärt boende avropas från det upphandlade ramavtalet. När de finns på plats kan arbetet med nya tekniska lösningar t. ex kameratillsyn nattetid påbörjas. Fortsatt arbete med ständiga förbättringar som arbetssätt. Utvecklingsarbetet med Previa fortsätter. Arbetet med att utveckla dokumentation via mobila system fortsätter inom hela området äldreomsorg. Ny teamarbetsstruktur och gemensam metod för teamträffar kommer att implementeras under våren. Fortsatt arbete med att utveckla ledningssystemet genom att beskriva verksamhetens processer och rutiner.

FUNKTIONSNEDSÄTTNINGSOMRÅDET FO

Efterfrågan på insatser inom alla verksamheter fortsätter öka inom området. I januari 2015 fanns det två gynnande servicebostadsbeslut som inte kunnat verkställa p.g.a. av bostadsbrist. Under året ska en ny servicebostads bas med tillhörande personalgrupp startas. Arbete med att bygga ny gruppbostad kommer att påbörjas under andra halvan av 2015. Den planeras stå inflyttningsklar våren 2016. Arbetsbelastningen har ökat och kommer att öka för chefer då området utökas med både en ny servicebostadsgrupp och gruppbostad. Det finns ett behov av ytterligare en enhetschef på området för att klara av att utveckla och följa upp verksamheterna utifrån brukarsäkerhet, ekonomi samt personalens arbetsmiljö. Nämnden rapporterar in tre icke verkställda stödfamiljsbeslut under första kvartalet 2015 till IVO. Omorganiseringen av verkställighet för insatserna familjehem, stödfamilj, kontaktperson, avlösarservice samt ledsagare förväntas vara helt klar under första kvartalet 2015. Det är ett ökat behov av insatser p.g.a. att målgruppen åldras vilket inte ser ut att avta 2015. Ökat behov av nya och lokaler inom dagligverksamhet då de befintliga grupperna har för många deltagare inom Kortidsboendet Skräddargränd klarar inte att verkställa fler beslut med befintlig budget. Fortsatt arbete med ständiga förbättringar samt beskriva verksamhetens processer. Verksamheterna fortsätter med att utveckla arbete med att öka brukarmedverkan. Arbetet med att skapa en modell för arbetsrotation som verksamhetsförbättring kommer att fortsätta under året.

BISTÅNDSENHETEN.

Det påbörjade utvecklingsarbetet fortsätter under det kommande året och i april börjar en ny enhetschef som fortsätter driva denna utveckling vidare. Fortsatt arbete med att arbete utifrån ÄBIC, äldres behov i centrum. Under året kommer verksamheten även se över möjligheten att införa motsvarande system för LSS handläggning, BIC (behoven i centrum). Beroende av beslut från socialstyrelsen gällande specificerade insatsbeslut kring individ anpassad vård på VåBo kommer biståndshandläggarna börja med sådan handläggning.

INDIVID FAMILJ ARBETE IFA

Översyn av bemanning och arbetsbelastning gällande myndighetsutövningen främst vad gäller barn och ungdom kommer att göras. Behov av en klar och tydlig personalstrategi för att rekrytera, behålla och utveckla kompetensnivån vad gäller socialsekreterare inom IFA hela verksamheten kommer påbörjas. Fortsätta utvärdera hemmaplanslösningar för barn/ungdomar och vuxna för att möta upp behov och minska placeringar. Ett eller flera kvalificerade familjehem behövs snarast som ett alternativ till barn och ungdomsplaceringarna. Ny organisation kring familjerätts/familjehemsgruppen genomförs. Samarbetet med arbetsförmedlingen behöver utvecklas så att ungdomar snabbare kan komma in i aktivitetsstöd och sysselsättning. Översyn och utveckling av flyktingmottagandet ska göras. Samarbetet med psykiatrisk öppenvård för barn/ungdomar och vuxna behöver utvecklas för att kunna möta upp ett bredare fält av problemområden tillsammans med landstinget. Start av caféverksamhet på Kaplanen, eventuellt i form av socialt företag. Start av Familjecentral 1/4 2015. Nytt boende för ensamkommande barn och ungdomar kommer att öppnas på Tränggatan 10-12 samt ombyggnation av nuvarande lokaler på Fyrklövern ska ske under första halvåret 2015.

VERKSAMHETSFAKTA

Tabell 3 Verksamhetsfakta

Text	2014	2013	2012
Antal årsarbetare	694	633	636
Antal särskilda boendeplatser SoL	256	269	272
- varav anpassade för personer med psykiska funktionshinder	7	7	7
-varav antal korttidsplatser SoL	15	19	36/19
Antal korttidsboendedygn SoL	Ingen data Kan tas fram	7 487	9 175
Antal personer med hemtjänstinsatser 1/10	423 I egen regi	374	327
Antal beslut bostad vuxna LSS	73	78	66
Antal personer med insatsen personlig assistans LSS/LASS	5/34	3/32	6/35
Antal personer med insatsen daglig verksamhet LSS	82	86	75
Antal beslut boendestöd kommunpsykiatri	45	40	51
Antal beslut elevhemsboende i annan kommun LSS	9	8	14
Antal hushåll med försörjningsstöd	627	720	733
Antal unika personer placerade på institution	30	34	29
Antal deltagare i arbetsmarknadsinsatser	336	308	384
Navigatorcentrum	Ingår i jobbcenter	25	63
Antal ungdomar i feriearbete	129	126	128
Antal mottagna flyktingar	100	131	79

ÅRSRAPPORT 2014

ANTAGEN § X | 2015 | DIARIENUMMER 2015/103 | REVIDERAD § X | XXXX-XX-XX | DIARIENUMMER 20XX/XXX

SALA KOMMUN
Växel: 0224-747 000| E-post: kommun.info@sala.se | Postadress: Box 304, 733 25 Sala

SALA KOMMUN

BILAGA INDIKATORSAMMANSTÄLLNING

Vård och omsorgsnämndens indikatorer

Mål	Indikator	2014	2013	2012	2011
Nöjda medborgare och brukare	Andelen nöjda medborgare ger verksamheten äldreomsorg resp stöd till utsatta personer lägst betyget 55 i SCB:s medborgarundersökning	Ingen mätning 2014	Ingen mätning 2013	47 resp 46	Ingen mätning 2011
Öppna jämförelser brukarbedömning	Andel nöjda helhet hemtjänst/särskiltboende (info,bemötande,hälsa, synpunkt,oro,tider,trygg)	95/86	94/81	90/81	
God service och kvalitet	Rätt insatser vid rätt tidpunkt av kompetent personal	Målet delvis uppfyllt enl underindikatorer	Målet delvis uppfyllt enl underindikatorer	Målet delvis uppfyllt enl underindikatorer	Målet delvis uppfyllt enl underindikatorer
	- antal personer m tryck-sår*	4	Ingen mätning gjord 2013***	Ingen mätning gjord 2012***	Ingen mätning gjord 2011 ***
	- andelen undernärda personer i vård- och omsorgsboenden	Ingen mätning 2014	Ingen mätning 2013	12 %	14 %
	- antalet läkemedelsavvikelser	450	325	235	254
	- antalet fallskador inom verksamheterna	180	203	148	140
	- antalet personal med adekvat utbildning ökar	Ja	Ja	Ja	Ja
God service och hög kvalitet	Barn, ungdomar och vuxna får sina individuella behov tillgodosedda i sin hemmiljö	Målet delvis uppfyllt enl underindikatorer	Målet delvis uppfyllt enl underindikatorer	Målet delvis uppfyllt enl underindikatorer	Målet delvis uppfyllt enl underindikatorer
	- antalet placeringsdygn inom HVB minskar (IFO)	4 214	4 406	3 698	5 892
	- antalet öppenvårdsinsatser ökar (IFO)**	125	123	123	121
	- antalet placeringar köpta av externa utförare minskar (LSS)	14	8	17	15
	- antalet personer m insatser i ordinärt boende ökar i förhållande till antalet personer i särskilt boende , 1/10 (ÄO)	680/236 KVOT 2,88	772/247 KVOT 3,12	622/236 KVOT 2,59	650/258 KVOT 2,51
Trygg, säker och utvecklande arbetsmiljö	Andelen skador/olycksfall/brott minskar för personalen	63 enl Flexite	70 enl Flexite	60 enl Flexite	42 enl Flexite

Mål	Indikator	2014	2013	2012	2011
Trygg, säker och utvecklande arbetsmiljö	Sjukfrånvaron understiger 4 %	7,3 %	5,8 %	5,5 %	4,4 %
Delaktighet och inflytande för medarbetarna	Enhetssamverkan i enlighet med FAS 05 genomförs på alla enheter	100 %	100 %	100 %	100 %
Tydligt och bra ledarskap	Enhetssamverkan i enlighet med FAS 05 genomförs på alla enheter	100 %	100 %	100 %	100 %

*mäts specifik vecka
**stödkontakt med handläggare borträknat

Resursen antal debiterade timmar 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
ÄO	56 405,7	61 584,4	74 577,2	84 328,5	-
IFF	18 469,9	20 310,6	14 686,8	16 646,2	-
Summa	**74 875,55**	**81 894,93**	**89 264,01**	**100 974,7**	**103 008,08**

Bilaga VON 2015/11/2

Internkontrollplan 2014

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2014 omfattar sju processer/rutiner att kontrollers under året.

1. Personalförsörjning genom personalomsättningssiffror ska kontrolleras 1g/år. Siffror har tidigare under året inte kunnat tas ut. Systemet Qlickview har under hösten möjliggjort detta. Siffran 0,45 % för period 140101-141231 fås genom den fördefinierade rapporten. 3 externa avgångar och 47 nyanställda från externt av 703 totalt anställda inom Vård- och omsorg.

2. Medicinskt färdigbehandlade följs varje månad och redovisas för nämnd. Totalt år 2014 blev kostnaderna för medicinskt färdigbehandlade 2 mkr.

3. Viten kontrolleras varje månad. Viten för 2 LSS stödfamilj kommer det beslut på samt 1 LSS kontaktperson, 10 tkr där vite utdömts och utbetalas i september.

4. Placeringskostnad kontrolleras varje månad och redovisas för nämnd.

5. Återsökning från Migrationsverket kontrolleras 1g/år. Kontroll av återsökningar är gjort i december samt översyn av fördelning av schablonersättningens fördelning mellan vård-/omsorg och skolan.

6. EKO-frågor inköpskort kvittokontroll.
   Av 76 fakturor bedömdes ca 65% ha en ofullständig kvittoredovisning då kvittounderlagen saknades, dess återfanns dock senare i pärm hos enhetschef. Ny rutin för hantering av kvitton har upprättas med instruktion att kvittounderlag ska sändas in till ekonomi för scanning till fakturan.

7. Inköpskort avtalstrohet.
   Ikea och Ica var de vanligaste inköpen utan avtal.

ÄRENDE NR 3

Bilaga VON 2015/12/1

2015-01-27
DNR 2014/1222

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Anneli L Sundin

Vård- och omsorgsnämnden

MISSIV

Medborgarförslag höjd habiliteringsersättning

SVAR PÅ REMISS ANGÅENDE MEDBORGARFÖRSLAG OM HÖJD HABILITERINGSERSÄTTNING FÖR DAGLIG VERKSAMHET

Sammanfattning av ärendet
Kommunstyrelsen begär vård- och omsorgsnämndens yttrande över medborgarförslag om höjd habiliteringsersättning för daglig verksamhet.

Daglig verksamhet inriktar sig på personer i yrkesverksam ålder mellan 20-67 år. Personer som deltar i daglig verksamhet får en mindre ersättning, så kallad habiliteringsersättning.

Ersättningen betalas i Sala kommun ut med 44,50 kr för arbete över 4 timmar/dag eller med 31,15 kr för arbete på 4 timmar eller mindre/dag.
Habiliteringsersättningen ser olika ut i landets kommuner och vissa har valt att ta bort ersättningen helt.

Förslag till beslut
Nämnden föreslås besluta

att bibehålla dagens ersättningsnivå då inga budgeterade medel finns till ekonomisk utökning av habiliteringsersättningen 2015,

att frågan kan komma att behandlas i Strategisk plan.

Agneta von Schoting
Socialchef

Bilaga: Svar på remiss angående höjd habiliteringsersättning för daglig verksamhet

Bilaga: Medborgarförslag om höjd habiliteringsersättning

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23, Sala
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Anneli L Sundin
0224-74 90 08
Anneli.L.Sundin@sala.se

Svar på remiss angående medborgarförslag om höjd habiliteringsersättning för daglig verksamhet

Daglig verksamhet inriktar sig på personer i yrkesverksam ålder mellan 20 och 67 år. Personer som deltar i daglig verksamheten får en mindre ersättning, så kallad habiliteringsersättning. I vissa kommuner där en person som är över 65 och väljer att stanna kvar i arbete ytterligare tid, utgår ingen habiliteringsersättning. I Sala har brukarna habiliteringsersättning så länge de arbetar i daglig verksamhet.

Ersättningen betalas i Sala kommun ut med 44.50 kr för arbete över 4 timmar/dag eller med 31.15 kr för arbete på 4 timmar eller mindre/dag. Habiliteringsersättningen ser olika ut i landets kommuner och vissa av dem har valt att ta bort ersättningen helt. Ersättningen är undantagen från skatteplikt och räknas inte som inkomst. Utöver olikheterna i habiliteringsersättning så ser det också olika ut vad gäller arbetsresor och luncher, där vissa kommuner har det inkluderat i sin verksamhet, vilket därmed inte medför en kostnad för brukaren. Andra kommuner tar betalt för såväl resor som eventuella luncher. Även här ser prissättningen olika ut. Idag så betalar brukaren på daglig verksamhet i Sala 500 kr/månad för arbetsresor oavsett hur många dagar denne åker. Lunchen ansvarar brukaren för själv.

Enligt Skatteverket är syftet med ersättningen främst att stimulera uthållighet, allmän aktivitet och prestationsförmåga. Ersättningen till personer som deltar i verksamheten uppgår för nuvarandet normalt till ca 40 kr per heldag, dvs. motsvarande 0,1 % av ett prisbasbelopp. Personerna har i övrigt sin försörjning från socialförsäkringen i form av sjukersättning eller aktivitetsersättning (pension).

I förarbetena till LSS, prop. 1992/93:159, beskrivs att s.k. habiliteringsersättning, sedan tidigare har utbetalats enligt rekommendation från Landstingsförbundet, med syfte att aktivt stimulera till deltagande i daglig verksamhet.

I förarbetet till LSS står det att det bör understrykas att daglig verksamhet inte skall uppfattas som en anställningsform eftersom det inte är frågan om ett avlönat arbete med syfte att producera varor eller tjänster. Däremot ses det som en fördel om daglig verksamhet utformas så att den bidrar till att öka brukarens förutsättningar att senare få en anställning i arbetslivet. (http://www.skatteverket.se/rattsinformation/reglerochstallningstaganden/stallningstaganden/arkiv/ar/2005/stallningstaganden2005/1305664105111.5.5c13cb6b1198121ee8580002095.html hämtat den 20 januari 2015).

Habiliteringsersättningen för år 2014 kostade vård och omsorgsnämnden 527 tkr. Vi har i dagsläget 82 brukare varav 77 % arbetar heltid flera dagar/vecka, resterande arbetar deltid en eller flera dagar i veckan. Vi känner till att vi kommer att få flera ansökningar om daglig verksamhet under våren, utifrån avgångsklasser från gymnasiesärskolan. Vårt brukarantal ökar då till strax under 90 om alla ansökningar blir beviljade. En höjning av habiliteringsersättningen för heltid, från 44.50 kr till 110 kr skulle innebära en kostnad på ca 1,3 miljoner utifrån det brukarantal vi har i dag.

Anneli L Sundin/Verksamhetschef

Laila Forsgren / Enhetschef

SALA KOMMUN

KOMMUNFULLMÄKTIGE

SALA KOMMUN
Kommunstyrelsens förvaltning
Ink. 2014 -12- 03
Diarienr | Aktbilaga

2014-01-22

BLANKETT: MEDBORGARFÖRSLAG

Kommunfullmäktige
Sala kommun
Stora Torget 1
733 25 Sala

Medborgarförslag

Datum: 3/12-14

Namn: Förslagets träd, Arbetstagarrådet Daglig verksamhet

Gatuadress: Fredsgatan 23

Postnummer, ort: 733 25 Sala

Telefon: 0224-74 90 36

Förslagets rubrik: Höjd habiliteringsersättning, Daglig verksamhet

Beskriv och motivera ditt förslag:

Vi vill höja habiliteringsersättningen så att vi inte går minus när vi åker till jobbet.
Vi vill höja den till 110 kr/dag som vi arbetar heldag.
Vi gör alla ett bra jobb och drar vårt strå till stacken för att göra en bättre kommun.

Jag godkänner att Sala kommun lagrar och behandlar de personuppgifter jag lämnat enligt *Personuppgiftslagen* (1998:204).
Jag godkänner även att mitt ärende publiceras på kommunens hemsida.

Underskrift: Se bilaga

SALA KOMMUN
Kommunfullmäktige
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Stora Torget 1
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-188 50
kommun.info@sala.se
www.sala.se

Virve Svedlund
Kommunfullmäktiges sekreterare
virve.svedlund@sala.se
Direkt: 0224-74 70 11

Bilaga till [illegible]
Dagtig verksamhet

DAVID ERIKSSON
Jonas Ekind
Emma Gustafsson
Mikael Kedert
LARS ANDERSON

C C \ \

Thomas. Eriksson
Thomas. DAMMGren
Jim PRONOP
SOFIA NYKVIST

ÄRENDE NR 5

Bilaga VON 2015/14/1

2015-01-27
DNR 2015/108

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Liselotte Eriksson

Vård- och omsorgsnämnden

MISSIV

Ledningssystem

RIKTLINJE PRIORITERINGSORDNING AV ÅTGÄRDER REHABTEAMET I SALA KOMMUN

Sammanfattning av ärendet

Alla åtgärder ska utgå från en individuell yrkesspecifik bedömning. Patientens behov, mål, motivation och prognos är viktiga faktorer i ett prioriteringsarbete. Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut gör en bedömning och planerar åtgärder i samråd med patienten, anhöriga och övrig vårdpersonal.

En prioriteringsordning av åtgärder ska vara ett stöd i det dagliga arbetet, men också ett sätt att visa hur åtgärder normalt prioriteras.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta

att fastställa riktlinje om prioriteringsordning av åtgärder Rehabteamet i Sala kommun.

Agneta von Schoting
Socialchef

Bilaga: Förslag till Riktlinje prioriteringsordning av åtgärder Rehabteamet i Sala kommun.

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23, Sala
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

LEDNINGSSYSTEM		
DOKUMENTNAMN **RIKTLINJE PRIORITERINGSORDNING AV ÅTGÄRDER REHABTEAMET I SALA KOMMUN**	DOKUMENTTYP Riktlinje	GÄLLER TOM. [GÄLLER TILL OCH MED]
ORGANISATION [ORGANISATION]	DOKUMENTÄGARE [HANDLÄGGARE]	DIARIENUMMER [DIARIENUMMER]

Riktlinje Prioriteringsordning av åtgärder Rehabteamet i Sala Kommun

Alla åtgärder ska utgå från en individuell yrkesspecifik bedömning. Patientens behov, mål, motivation och prognos är viktiga faktorer i ett prioriteringsarbete. Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut gör en bedömning och planerar åtgärder i samråd med patienten, anhöriga och övrig vårdpersonal.

En prioriteringsordning av åtgärder ska vara ett stöd i det dagliga arbetet, men också ett sätt att visa hur åtgärder normalt prioriteras.

	Palliativ vård	Korttidsplats	Ordinärt boende	Vård- och omsorgsboende LSS boende
A. Säkerhet och symtomlindrande	1	1	1	1
B. Funktions- och aktivitetshöjande vid förändrat status	2	2	2	3
C. Funktions- och Aktivitetsbevarande	2	3	3	4

Första kontakt ska tas inom 5 arbetsdagar i alla ärenden.

Priordning

Prio 1	Prio 2	Prio 3	Prio 4

A. Säkerhet och symtomlindring.
Åtgärder som vidtas för att hindra skada, exempelvis fallpreventionsarbete. Även handledning och stöd vid förflyttning ryms här för att ge trygghet, för den enskilde, anhöriga och övrig vårdpersonal. Teamträffar och deltagande i relevanta vårdplaneringar.

Symtomlindring kan gälla mobilisering av person som blivit sängliggande, efter sjukdom eller skada, för att förhindra komplikationer.

B. Funktions- och aktivitetshöjande åtgärder.
Åtgärder kan gälla träning efter frakturer eller mobilisering av person som blivit sängliggande, efter sjukdom eller skada. Kognitiv träning för att en person ska kunna klara sitt vardagsliv.

C. Funktions- och aktivitetsuppehållande åtgärder.
Åtgärder som bedöms viktiga för att en patient ska upprätthålla sina funktioner ska i första hand överföras till omsorgspersonal genom instruktion och handledning. Detta görs för att träning ska kunna ske dagligen, i samband med omvårdnad.

ÄRENDE NR 6

Bilaga VON 2015/15/1

2015-01-27
DNR 2015/108

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Liselotte Eriksson

Vård- och omsorgsnämnden

MISSIV

Ledningssystem

RIKTLINJE UTFÄRDANDE AV MEDICINSKA INTYG REHAB

Sammanfattning av ärendet
Hälso- och sjukvårdspersonal som enligt patientdatalagen är skyldiga att föra patientjournal är också skyldiga att på begäran av patienten utfärda ett intyg. Skyldigheten begränsar sig till uppgifter om undersökning, vård eller behandling som behövs för det av patienten begärda ändamålet. Däremot är legitimerad personal inte skyldig att formulera intyget som patienten vill. Skyldighet att utfärda intyg gäller även om det gått lång tid sedan senaste kontakt med patienten.

Förslag till beslut
Nämnden föreslås besluta

att fastställa riktlinje om utfärdande av medicinska intyg Rehab.

Agneta von Schoting
Socialchef

Bilaga: Förslag till Riktlinje om utfärdande av medicinska intyg Rehab.

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23, Sala
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

LEDNINGSSYSTEM		
DOKUMENTNAMN **RIKTLINJE UTFÄRDANDE AV MEDICINSKA INTYG REHAB**	DOKUMENTTYP Riktlinje	GÄLLER TOM. [GÄLLER TILL OCH MED]
ORGANISATION VÅRD-OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN	DOKUMENTÄGARE Vård- och omsorgsnämnden	DIARIENUMMER [DIARIENUMMER]

RIKTLINJE UTFÄRDANDE AV MEDICINSKA INTYG REHAB

SYFTE

Att säkerställa att intyg utfärdas på ett professionellt och likvärdigt sätt och utifrån gällande lagstiftning och författning.[1]

UTFÄRDANDE AV INTYG

Hälso- och sjukvårdspersonal som enligt patientdatalagen är skyldiga att föra patientjournal är också skyldiga att på begäran av patienten utfärda ett intyg. Skyldigheten begränsar sig till uppgifter om undersökning, vård eller behandling som behövs för det av patienten begärda ändamålet. Däremot är legitimerad personal inte skyldig att formulera intyget som patienten vill. Skyldighet att utfärda intyg gäller även om det gått lång tid sedan senaste kontakt med patienten.

Den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälsotillstånd eller vård skall utforma det med noggrannhet och omsorg samt. Som intyg räknas också utlåtanden, ställningstagande och andra liknande handlingar, oavsett hur de benämns.

BEGÄRAN OM INTYG

Uppgiftsskyldighet finns till vissa myndigheter som exempelvis Försäkringskassan, Polis, Åklagare, Domstol, Migrationsverket. Det innebär att legitimerad personal måste svara på frågor eller skriva intyg på personens vård och behandling det vill säga uppgifter om undersökning, vård eller behandling. Det är inte liktydigt med att på begäran vara skyldig att göra olika typer av nya funktionsbedömningar.

Kommunens legitimerade personal i Sala ska utfärda intyg som kan innebära nya funktions- och/eller aktivitetsbedömningar till patient som är inskriven i hemsjukvården, tillhör personkrets enligt LSS och/eller är sedan tidigare känd av Rehabteamet. Vad gäller funktions- och aktivitetsbedömningar till biståndshandläggare kan det även innebära intygsskrivning på ny patient.

---

[1] Patientdatalagen 2008:355
SOSFS 2005:29 Utfärdande av intyg inom hälso-och sjukvård m.m
Juridik för legitimerade arbetsterapeuter. Dina Jakobsson, FSA 2014

Intygstyp 1:

- Kommunens biståndshandläggare för att denne behöver mer information om patientens funktions- och aktivitetsnivå inför biståndsbeslut.
- Patient/bostadanpassningshandläggare som begär intyg inför ansökan om bostadanpassning.

Intygstyp 2:

- Patient/Färdtjänsthandläggare som begär intyg inför färdtjänstansökan.
- Patient/Försäkringskassan som begär intyg inför ansökan om ersättning eller personlig assistans.

Intygstyp 3:

- Utfärdande av intyg (begärd ny funktions- och aktivitetsbedömning) i andra fall än ovan, ska i varje enskilt fall diskuteras med enhetschef som avgör om och hur det ska prioriteras.

Vid osäkerhet kring utfärdande av intyg som inte direkt har samband med patientens vård, ska i varje enskilt fall diskuteras med enhetschef som avgör om och hur det ska prioriteras.

Om Försäkringskassan eller annan myndighet/vårdgivare begär ett medicinskt intyg ska begäran alltid ske skriftligt. Om begäran av tjänsteman inom kommunen inkommer via telefon ska rutin finnas att alltid återringa för att säkerställa att rätt instans/person ringer. Begäran om intyg ska alltid dokumenteras i journal.

KOMPETENS

Den legitimerade personalen ska överväga om det krävs särskild kompetens eller erfarenhet för att utfärda det aktuella intyget och om det kan finnas särskilda skäl att ifrågasätta opartiskheten som intygsutfärdare. Den som inte har tillräcklig kompetens eller erfarenhet eller som inte kan iaktta kravet om opartiskhet ska avböja att utfärda intyget. Skäl som kan ge upphov till ifrågasättande av opartiskhet är släktskap, granne, avtalsförhållande eller en privat relation med patienten. Vid tveksamhet ska närmsta enhetschef kontaktas.

SAMTYCKE OCH INFORMATION

Innan ett intyg utfärdas och lämnas ut ska patienten informeras om de undersökningar, uppgifter och upplysningar som behövs för att intyget ska kunna skrivas. Om patienten själv inte begär intyget ska intygsskrivaren vara förvissad om att det finns ett samtycke. Informationen ska vara tydlig och ges i ett tidigt skede så att patienten har möjlighet att avstå. Om begäran inkommer från myndighet som legitimerad personal har uppgiftsskyldighet till ska patienten informeras om detta. Utredning och bedömning samt utformning av intyget ska göras med respekt för patientens självbestämmande, integritet och värdighet.

INTYGETS UTFORMNING OCH ÄNDAMÅL

Den som avser att utfärda ett intyg/utlåtande ska noga överväga om man har rätt kompetens för att utfärda det aktuella intyget/utlåtandet. Att ha rätt kompetens innebär att kunna utföra undersökningar och göra bedömningar som krävs för det aktuella intyget/utlåtandet.

Huvudregel är att intygsskrivaren ska ha personlig kännedom om de aktuella förhållanden som ligger till grund för bedömning och intyg/utlåtande.

Ett intyg ska grunda sig på en objektiv bedömning av patientens hälsotillstånd, behov, förmåga eller annat förhållande som är orsakat av hälsotillståndet. Det ska innehålla noggranna uppgifter om de undersökningar och information om de upplysningar, journalhandlingar och andra handlingar som ligger till grund för bedömningen. Symtom och iakttagelser som framkommit vid undersökning ska redovisas.

Intygsutfärdaren ska noga se till att endast uttala sig om förhållanden som han eller hon har tillräcklig kännedom om. Det ska tydligt framgå vad som är intygsutfärdarens egna faktiska bedömningar och observationer samt vilka eventuella uppgifter som härrör från patienten, andra personer eller myndigheter. Intygsutfärdaren ska beakta att intyget kan få avgörande betydelse i offentliga och enskilda rättsförhållanden.

Intyget ska utformas på ett sätt så att patienten och mottagaren av intyget kan förstå det och värdera innebörden av uttalandena. Det ska vara fullständigt och entydigt och skrivas med en läslig text och på ett begripligt språk. Medicinska termer ska om möjligt inte användas, men om de förekommer ska de förklaras. Stilen ska vara formell och intyget ska ges ett innehåll som inte kan uppfattas som nedsättande eller kränkande. Uttalanden som kan uppfattas som uttryck för nedsättande moraliska, sociala eller andra värderingar får inte förekomma.

DOKUMENTATION

Medicinskt intyg räknas som en journalhandling och ska dokumenteras i patientens journal.

Om intygsutfärdaren har åtgärdsförslag till exempelvis en ansökan om Bostadsanpassningsbidrag ska det bifogas i ett separat dokument. Åtgärdsförslag är inte en journalhandling. Viktigt att notera att detta ligger utanför intygsskrivarens skyldighet.

Patienten ska alltid erhålla ett exemplar av intyget.

ÄRENDE NR 7

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Patrik Hultgren

Vård- och omsorgsnämnden

MISSIV

Synpunkter, klagomål och förslag

SAMMANSTÄLLNING AV SYNPUNKTER, KLAGOMÅL OCH FÖRSLAG KV 4 2014 SAMT ÅRSSAMMANSTÄLLNING 2014

Sammanfattning av ärendet
Det har under perioden inkommit 12 blanketter, brev och mail. Dessa innehåller 13 synpunkter och klagomål.

Det har under 2014 inkommit 47 blanketter, brev och mail. Dessa innehöll 55 synpunkter och klagomål.

Förslag till beslut
Nämnden föreslås besluta

att notera informationen och lägga den till handlingarna.

Agneta von Schoting
Socialchef

Bilaga: Sammanställning av synpunkter och klagomål kvartal 4 2014

Bilaga: Årssammanställning 2014

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23, Sala
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Bilaga VON 2015/16/1

2015-01-02
DNR 2014/54

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN
Patrik Hultgren
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Sammanställning av synpunkter och klagomål kvartal 4, 2014

Det har under perioden inkommit 12 blanketter, brev, mail dessa innehåller 13 synpunkter och klagomål.

Kategori	Blankett
Enhet	Hemtjänst
Kommentar	Beslutat social samvaro har uteblivit för en brukare
Åtgärd	Samordnare som missat ny insats. EC har haft samtal med samordnaren om missen

Kategori	Blankett
Enhet	Hemtjänst
Kommentar	Anhörig som framför en brukares stora tacksamhet och tillfredsställelse över hur hemtjänsten utför sitt arbete
Åtgärd	EC har delgivit team 7 den positiva synpunkten och tillfogat ett eget "med beröm godkänt"

Kategori	Brev
Enhet	Jakobsbergsgården
Kommentar	En anhörig som anser att den psykiska diagnosen som en brukare har inte hanteras så gott som den borde av personalen, oklart är dock på vilket sätt brevskrivaren anser önskar en förändring
Åtgärd	

Kategori	Mail
Enhet	Handläggare
Kommentar	Mailskrivare som är missnöjd över sin handläggare
Åtgärd	Dialog pågår

SALA KOMMUN
Vård- och omsorgsförvaltningen
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23, Sala
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Patrik Hultgren
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
patrik.hultgren@sala.se
Direkt: 0224-749066

Vård- och omsorgsförvaltningen

Kategori	Blankett
Enhet	Parklängan 2
Kommentar	Brukare som tycker 1. det tar tid innan personalen kommer då denne larmar 2. Tycker personalen luktar rök, något denne inte tål
Åtgärd	

Kategori	Mail
Enhet	Oklart
Kommentar	Synpunkt på kommunens hanterande av ett individärende utifrån vad som rapporterats i media
Åtgärd	

Kategori	Mail
Enhet	Oklart
Kommentar	Synpunkt på kommunens hanterande av ett individärende utifrån vad som rapporterats i media
Åtgärd	Då synpunktsställaren är anonym, går det inte att svara

Kategori	Blankett
Enhet	Hemtjänst
Kommentar	Tycker personalen är bra, men jobbigt att det är så många olika personer
Åtgärd	9 olika medarbetare på de 30 besök som gjorts under denna tid. Ledigheter i gruppen har förhindrat en annan handläggning. Brukaren underrättad

Vård- och omsorgsförvaltningen

Kategori	Brev
Enhet	Särskilt boende
Kommentar	Synpunkter på att en boende gått ut utan personal
Åtgärd	Framkommer att brukaren är i stånd att fatta beslut om ledsagning, vilket brukaren avvisat. Det finns ingen möjlighet att tvinga eller hindra brukaren att gå ut, då denne är så pass välorienterad och heller inte utgör fara för sig själv eller annan. Brevskrivaren har fått svar

Kategori	Blankett
Enhet	Hemtjänst
Kommentar	Brukare som tycker en enskild personal är otrevlig samt inte snäll
Åtgärd	Enhetschefen hanterar ärendet med den enskilde medarbetaren. Synpunktsställaren är underrättad

Kategori	Blankett
Enhet	Hemsjukvård
Kommentar	Synpunkt på diabetesvården till en enskild
Åtgärd	Dialog pågår

Kategori	Mail
Enhet	Larm
Kommentar	Synpunkt att information om trygghetslarm getts allt för fort
Åtgärd	

Bilaga VON 2015/16/2

2015-01-02
DNR 2014/54

SALA KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen

Patrik Hultgren

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Årsrapport av synpunkter och klagomål 2014

Det har under året inkommit 47 blanketter, brev, mail. Dessa innehöll 55 synpunkter och klagomål.

Kvartal	Antal blanketter	Antal synpunkter och klagomål
1	14	16
2	15	20
3	6	6
4	12	13

I de allra flesta fall har ansvarig chef haft dialog med synpunktsställaren.

Då vissa rapportörer är anonyma blir det ogörligt att uppnå full täckning med svar i alla ärenden. I något enstaka fall tycks enhetschefen inte ha svarat på den aktuella synpunkten trots att rapportören är känd.

Den manuella hanteringen av blanketter och svar gör processen svår att överblicka, det blir också svårt att göra någon djupare bedömning om tex orsaker till att blanketten skickas.

SALA1000, v 1.0, 2010-08-26

SALA KOMMUN
Vård- och omsorgsförvaltningen
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

ÄRENDE NR 9

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Kirsi Kirpislidis

Vård- och omsorgsnämnden

MISSIV

Ledningssystem

UPPRÄTTADE STYRDOKUMENT: RIKTLINJER OM FÖRDELNING AV ANSVAR, LEDNINGSSYSTEM FÖR VÅRD OCH OMSORG SAMT FÖR HANTERING AV RISKER OCH MISSFÖRHÅLLANDEN

Sammanfattning av ärendet

Vård och omsorgsnämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem i verksamheten. Ledningssystemet ska innehålla styrande dokument för processer som är viktiga för verksamhetens kvalitet. Styrande dokument ska fastställas och beslutas av ansvarig nämnd och beskriva processens olika aktiviteter, ansvaret samt vilka delar som ska följas upp.

Fördelning av ansvar och uppgifter; beskriver ansvarsförhållandet mellan fullmäktige och nämnd samt nämndens ansvar för ledningssystemet och hur fördelning av uppgifter i ledningssystemet ser ut för verksamhetens del.

Ledningssystemet för Vård och omsorg; beskriver grundläggande delar som måste finnas i ett ledningssystem för socialtjänsten samt hur arbetet ska göras. Av dokumentet framgår även vilka delar som ska följas upp och återrapporteringen till ansvarig nämnd.

Risker och missförhållanden; beskriver skyldigheten och ansvaret för att informera och hantera risker och missförhållanden i verksamheten. Av dokumentet framgår även vilka delar som ska följas upp, sammanställas och analyseras samt återrapporteras till ansvarig nämnd.

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta

att fastställa riktlinjen om Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem

att fastställa riktlinjen om Ledningssystem för Vård och omsorg

att fastställa riktlinjen om Risker och missförhållanden.

Agneta von Schoting
Socialchef

Bilaga: Riktlinje: Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem

Bilaga: Riktlinje: Ledningssystem för Vård och omsorg

Bilaga: Riktlinje: Risker och missförhållanden

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23, Sala
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Vård- och omsorg

Bilaga VON 2015/18/1

SALA KOMMUN

UPPRÄTTAD: 2015-01-14

UTGÅVA: 1

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystemet	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-02-05
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem

Innehåll

Fördelning av ansvar och uppgifter i ledningssystem 1

Fördelning av Ansvar och uppgifter 2

Fullmäktiges ansvar 2

Nämndens ansvar 2

Verksamhetens uppdrag och uppgift 2

Stödjande dokument 4

SALA KOMMUN

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN

FÖRDELNING AV ANSVAR OCH UPPGIFTER

Det samlade strategiska och operativa ledningsansvaret för kommunens verksamhet ligger på fullmäktige, ansvarig nämnd samt förvaltnings- och verksamhetsledningar. Fullmäktiges mål och beslut dokumenteras i styrande dokument såsom policys, program, riktlinjer och planer. Fördelningen av uppgifter och ansvar för arbetet tydliggörs i lagstiftning, reglementen, delegationsordning och i kommunens styrande dokument.

Vård och omsorgsnämndens ledningssystem ska användas för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[1] verksamheten. Kommunens styrande dokument ska ingå i ledningssystemet. I det dagliga arbetet ska ledningssystemet användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Fullmäktiges ansvar

Fullmäktige har det yttersta ansvaret inför medborgarna. De beslutar om mål för verksamheten, utser nämnder, styrelser och beredningar samt bedömer och prövar utövandet av ansvar. Fullmäktige prövar genom granskning av verksamheten om nämnderna uppfyller mål och beslut, om den är effektiv, om välfungerande styrning och kontroll av verksamheten finns samt följer upp räkenskaper och ekonomiska resultat[2].

Nämndens ansvar

Nämnden får sitt uppdrag från fullmäktige. Ansvaret innefattar att förvalta och genomföra verksamhet. Uppdraget tydliggörs i nämndens reglemente och i delegationsordningen. Vård och omsorgsnämnden har ett verksamhetsansvar i vilket ingår ansvar för myndighetsutövning och beslutsfattande samt utförande av verksamheter och tjänster oavsett regi. I ansvaret ingår att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med kommunens mål och gällande lagstiftning samt säkerställa att intern kontroll och uppföljning görs.

Verksamhet i egen regi styrs av fullmäktiges och nämndens mål, lagstiftning samt kommunens styrande dokument. Verksamhet i privat regi styrs av lagstiftning, förfrågningsunderlag och avtal.

Vård och omsorgsnämnden har i egenskap av huvudman och vårdgivare ansvar för att det finns ett ledningssystem för den egna verksamheten[3] och ska säkerställa att privata utförare har ett ledningssystem som uppfyller ställda krav i SOSFS 2011:9.

Verksamhetens uppdrag och uppgift

Beslutanderätten tydliggörs i delegationsordningen. Fördelningen av uppgifter i ledningssystemet tydliggörs i detta dokument. I nämndens styrande dokument ska anges hur uppgifterna som ingår i verksamheternas arbete är fördelade, hur arbetet ska göras för att säkerställa att alla medarbetare arbetar som bestämt samt vad som ska kontrolleras och följas upp[4].

---

[1] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9
[2] 6 kap Kommunalag (1991:900)
[3] 3 kap 1§ SOSFS 2011:9
[4] 3 kap 3 § och 6 kap 1§, SOSFS 2011:9

I arbetet med att upprätta styrande dokument, exempelvis riktlinjer och tillämpningsrutiner, ska användas av nämnden beslutade riktlinjer för dokumentstyrning; dokumentationen av och processen för dokumenthantering. Utgångspunkten är uppdraget, lagstiftning samt fullmäktiges och nämndens mål.

Ansvar för alla medarbetare
Alla medarbetare har en skyldighet att bidra till att verksamheten håller en god kvalitet och en hög patientsäkerhet. Det ingår att medverka i och ta ansvar för verksamhetens uppdrag och kvalitetsarbete[5]. I det ingår en skyldighet att rapportera säkerhetsrisker, missförhållanden och vårdskador samt olika tillbud.

Ansvar för chefer
Ansvaret för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[6] verksamheten ligger på ansvarig chef. Grundläggande delar som ingår i arbetet framgår av beskrivningen: Vård och omsorgsnämndens ledningssystem och de stödjande dokumenten. I ansvaret ingår att förtydliga hur arbetet ska göras och vilka delar som ingår för det egna verksamhetsområdet. Det innebär att chefen för sitt område ansvarar för följande delar

- Utforma rimliga mål med tydlig ambitionsnivå och tillhörande indikatorer som utgår från politiska mål och verksamhetens behov
- Upprätta en laglista samt uppdragsbeskrivning eller åtagandedokument
- Identifiera alla viktiga processer för kvalitet samt säkerställa att de dokumenteras i styrande dokument (tillämpningsrutiner)
- Kontinuerligt arbeta med systematisk förbättring; med riskanalyser, klagomål, avvikelsehantering, egenkontroll och förbättringsarbete
- Regelbundet följa upp och analysera verksamheten med fokus på resultat och utveckling samt upprätta en årlig kvalitetsberättelse

Socialchef
Har det övergripande ansvaret för den operativa verksamheten på delegation av nämnden. Har möjlighet att vidaredelegera vissa uppgifter. Fördelar arbetet i verksamheten och beslutar om tillämpningsrutiner på områden där nämnden beslutat om riktlinjer. Upprättar en delegationsordning för vidaredelgationen

Verksamhetschefer
Ansvarar för att upprätta en laglista, anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning[7] genom att inventera och förteckna de viktiga kommunala styrdokumenten. Förteckningen ska delges underställda chefer vid nyanställning. Kvalitetssäkra tillämpningsrutiner för det egna verksamhetsområdet och ha en övergripande kontroll över tillsynsbeslut och allvarliga händelser. Regelbundet analysera den egna verksamheten för att kunna vidta förbättrande åtgärder samt redovisa resultat såsom öppna jämförelser och annan data. I ansvaret ingår att analysera verksamheten. I analysen ingår att årligen inför VEP välja ut förslag på mål, välja lämpliga nyckeltal och resultatmått samt föreslå plan för uppföljning och egenkontroll.

---

[5] 6 kap 4§ Patientsäkerhetslagen (2010:659), 14 kap 2 § Socialtjänstalgen (2001:453) , 24a§ Lag (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade
[6] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9
[7] 4 kap 1 § SOSFS 2011:9

Stabsfunktioner
Huvudansvar för uppdraget att utarbeta riktlinjer till nämndens ledningssystem ligger på stabsfunktionerna, i uppdraget ingår även att sammanställa en årlig och övergripande analys av hela verksamheten. I uppdraget för staben ingår även övergripande uppgifter, t.ex. inventeringar och utredningsarbete på uppdrag av socialchef. De områden som ingår i verksamheten fördelas enligt följande

- Kvalitetshandläggare – styrande dokument för socialtjänst; myndighetsutövning, individ och familjeomsorg och verksamhet enligt LSS. Ingår i utredningsteamet.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska – styrande dokument för sjukvård och äldreomsorg. Ingår i utredningsteamet.
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering – styrande dokument för sjukvård och äldreomsorg. Ingår i utredningsteamet.
- Systemförvaltare – aktuellt system, förvaltningsplan, informationsklassning och riskanalys samt styrande dokument för hanteringen.

Enhetschefer
Enhetschefen ansvarar för att upprätta en laglista som utgångspunkt för enhetens arbete samt identifiera processer och upprätta tillämpningsrutiner för den egna enheten och ansvarsområdet; Där det finns överenskommelser om samarbete och samordning mellan kommunen med andra huvudmän ska dessa ingå och tillämpningsrutiner utarbetas. Tillämpningsrutiner kvalitetssäkras av överordnad chef och beslutas av nämnd eller socialchef. Det ingår även att planera och leda enhetens arbete och att systematiskt arbeta med uppföljning och kontroll samt förbättring av verksamheten kvalitet på olika områden. I det ingår att sammanställa och analysera data för att utveckla enheten och innehållet i verksamheten.

Styrande och stödjande dokument

Dokumentnamn	**Innehåll**
Vård och omsorg - mål och framtidsfokus	Dokument som beskriver VON:s mål
Dokumenthantering i styrande dokument	Riktlinje för krav på dokumentation och dokumentstyrning
Process för styrande dokument	Riktlinje för arbetsprocessen för VON:s styrande dokument
Vård och omsorgsnämndens ledningssysstem	Riktlinje som beskriver delar och innehåll i VON.s ledningssystem
Risker för missförhållanden och missförhållanden	Riktlinje som beskriver hanteringen av risker och missförhållanden
Händelseanalys	Vägledning för arbetet med händelseanalys

Bilaga VON 2015/18/2

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Vård och omsorgsnämndens ledningssystem	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-02-05
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef Agneta von Schoting	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Ledningssystem för vård och omsorg

Innehåll

Ledningssystem för vård och omsorg 1
Syfte och innehåll 2
Fördelning av ansvar och uppgifter 2
Ledningssystemet olika delar 3
Gemensamt arbetssätt 3
Processer och rutiner 3
Systematiskt förbättringsarbete 4
Riskanalyser 4
Utredning av felhändelser och avvikelser 6
Kontinuerligt förbättringsarbete och utveckling 6
Uppföljning av kvaliten 7
Dokumentation, sammanställning och analys 7
Kvalitetsberättelse 8
Patientsäkerhetsberättelse 8

SYFTE OCH INNEHÅLL

Verksamheten omfattas av krav på ledningssystem[1] i vilket ingår styrande dokument såsom policys, program och planer från kommunfullmäktige samt riktlinjer, handlingsprogram, handlingsplaner och tillämpningsrutiner från nämnden, kommunstyrelsen och den egna verksamheten.

Ledningssystemet ska anpassas till verksamheten och till enheternas inriktning och omfattning[2]. De styrande dokumenten för verksamheten ska identifieras och ingå. Använda nivåer och strukturen är; ledning, kärnverksamhet och stöd. En laglista ska finnas som utgångspunkt för chefernas arbete.

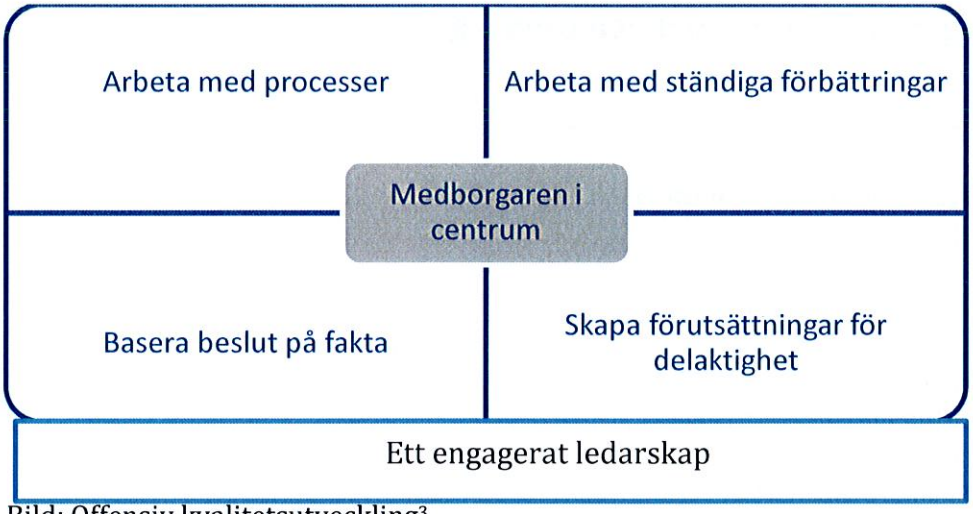


Bild: Offensiv kvalitetsutveckling[3]

FÖRDELNING AV ANSVAR OCH UPPGIFTER

Utgångspunkten är uppdraget, lagstiftning samt fullmäktiges och nämndens mål. Ansvaret för att planera arbetet, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[4] verksamheten ligger på ansvarig chef. I ansvaret ingår att förtydliga hur det ska göras och vilka delar som ingår för det egna verksamhetsområdet. Det innebär att chefen för sitt område ansvarar för följande delar

- Utforma rimliga mål med tydlig ambitionsnivå och tillhörande indikatorer som utgår från politiska mål och verksamhetens behov
- Upprätta en laglista samt uppdragsbeskrivning eller åtagandedokument
- Identifiera alla viktiga processer för kvalitet samt säkerställa att de dokumenteras i styrande dokument (tillämpningsrutiner)
- Kontinuerligt arbeta med systematisk förbättring; med riskanalyser, klagomål, avvikelsehantering, egenkontroll och förbättringsarbete
- Regelbundet följa upp och analysera verksamheten med fokus på resultat och utveckling samt upprätta en årlig kvalitetsberättelse

---

[1] 1 kap 1 § SOSFS 2011:9
[2] 4 kap 1 § SOSFS 2011:9
[3] Bergman, B, Klefsjö, B. Kvalitet från behov till användning, Lund:Studentlitteratur; 2007
[4] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9

LEDNINGSSYSTEMET OLIKA DELAR

Verksamhetsn mål utformas av politiken. Övergripande nationella mål för socialtjänsten finns i lagstiftningen. Det finns särskilda mål för pöola politikområden. Det tillkommer sedan lokala mål. Av dessa mål ska sedan väljas vilka som ska prioriteras. De omvandlas till mätbara mål och följs upp.

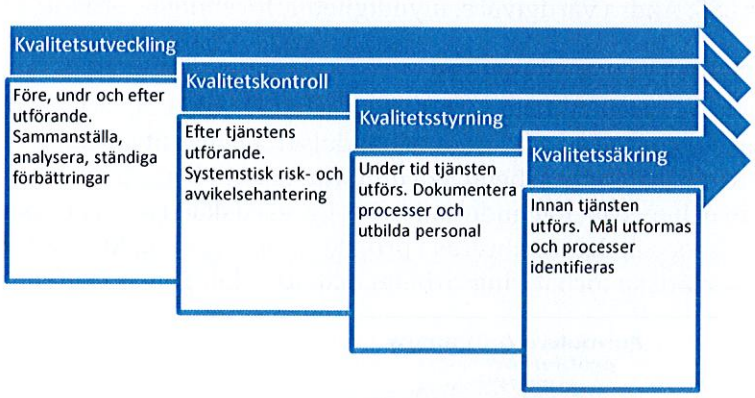


Bild: Bild efter Bergman och Klefsiö, 2001.

GEMENSAMT ARBETSSÄTT

Det arbetssätt som ska användas ska utgå från PDCA-hjulet. Arbetet ska planeras och chefen ska leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra[5] verksamheten. I det dagliga arbetet ska ledningssystemet användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

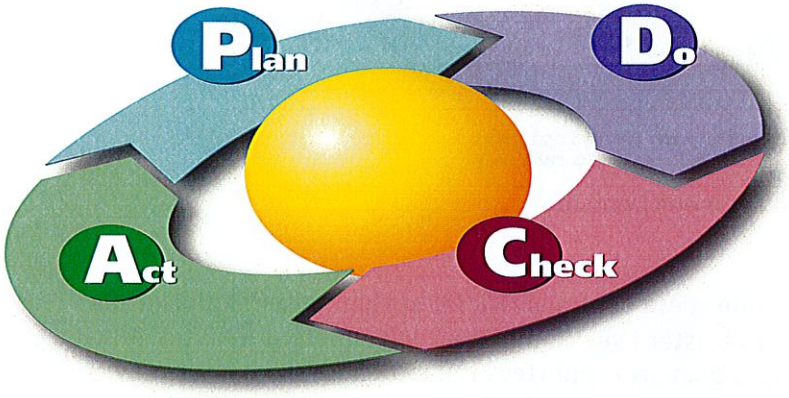


Bild: Wikipedia

PROCESSER OCH RUTINER

De processer som behövs för att säkra kvaliteten ska identifieras, beskrivas och fastställas. För varje process ska identifieras de aktiviteter som ingår och deras inbördes ordning. För varje aktivitet ska utarbetas de tillämpningsrutiner som behövs för enhetens kvalitet. Tillämpningsrutinerna ska beskriva tillvägagångssättet för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat[6]. Ansvarig för att identifiera processer och upprätta tillämpningsrutiner är chefen.

---

[5] 3 kap 1-2 §, SOSFS 2011:9
[6] 4 kap 2-4§§ SOSFS 2011:9

Verksamheten ska även identifiera samverkansprocesser där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges. Om hälso- och sjukvård bedrivs ska även identifieras processer där samverkan behövs för att förebygga vårdskada. Det ska framgå av tillämpningsrutiner hur samverkan ska bedrivas och säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller verksamhet enligt LSS; Andra vårdgivare, myndigheter, föreningar, organisationer[7].

SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Verksamheten ska ha ett systematiskt förbättringsarbete i vilket ingår risk- och avvikelsehantering, utredning av allvarliga felhändelser, egenkontroll samt förbättrande arbete. Förbättringsarbetet ska omfatta klagomål, rapportering av risk för missförhållande och missförhållande samt risk för vårdskada och vårdskada[8]. Utvecklingsarbete drivs och dokumenteras i projektform. Ansvarig för att driva och säkerställa det systematiska förbättringsarbetet och utvecklingen är chefen.

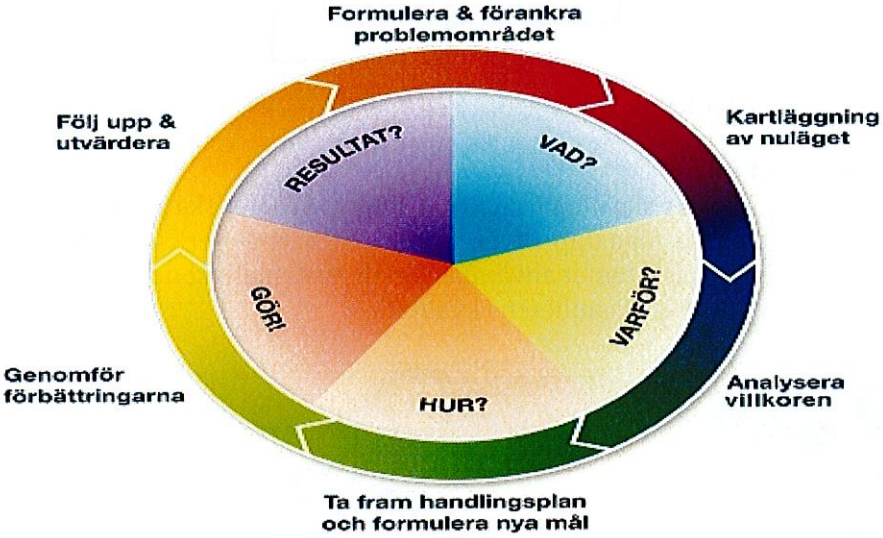


Bild: Västra Götalandsregionens hemsida[9]

Riskanalyser

Det ska fortlöpande bedömas om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens och enhetens kvalitet. Alla medarbetare har en skyldighet att rapportera risker och de ska hanteras av ansvariga chefer enligt för detta upprättade riktlinjer. För varje rapporterad och identifierad risk ska ansvarig chef:[10]

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen/risken inträffar
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av identifierade risker om de inträffar
- Värdera de negativa konsekvenserna med hänsyn tagen till enskilda individer och medarbetare

---

7 4 kap 5-6 §§ SOSFS 2011:9
8 SOSFS 2011:9
9 http://jamlikvard.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Kunskapscentrum-for-Jamlik-vard/jamlik_vard/Verksamhetsutveckling/Verksamhetsutveckling/Strategi/
10 5 kap 1§ SOSFS 2011:9

- Vidta åtgärder för att förhindra eller minska möjligheten för identifierade risker att inträffa
- Vid allvarliga konsekvenser för individen göra en mer omfattande riskanalys, vid behov med stöd av utredningsteamet

Rapportering, hantering och bedömning av risker ska dokumenteras. Enhetens riskanalyser ska delges verksamhetschefen. Det ska finnas en tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens riskhantering med fördelning av uppgifter och ansvar.

Klagomål och synpunkter
Verksamheten ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från[11]

- Enskilda individer och deras närstående
- Medarbetare
- Vårdgivare
- Privat socialtjänst och privat verksamhet enligt LSS
- Myndigheter, och
- Föreningar, andra organisationer och intressenter

Inlämnade klagomål och synpunkter ska hanteras, dokumenteras och besvaras av ansvarig chef. Det ska finnas en tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens hantering av synpunkter och klagomål med fördelning av uppgifter och ansvar.

Felhändelser och avvikelser
Verksamheten ska ta emot och utreda händelser i verksamheten och på enheterna som har medfört eller hade kunnat medföra en risk för missförhållande eller missförhållande samt en risk för vårdskada eller vårdskada[12] . För varje felhändelse ska den ansvarige chefen:[13]

- Uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar igen
- Bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen
- Vid allvarliga konsekvenser för individen aktualisera utredning med händelseanalys via verksamhetens utredningsteam
- Vidta omedelbara åtgärder för att förhindra skada eller upprepning
- Föreslå ett ställningstagande som är motiverat
- Vidta långsiktiga åtgärder för att förhindra eller minska möjligheten för att felhändelsen ska inträffa igen

Det finns en skyldighet att snarast avhjälpa eller undanröja risken för missförhållanden och missförhållandet samt att dokumentera både rapportering och hantering[14]. Rapporterade felhändelser ska hanteras, dokumenteras och åtgärdas. Det är ett uppdrag för ansvarig chef på enheten. Det ska upprättas en

---

[11] 5 kap 3 § SOSFS 2011:9
[12] 5 kap 4§ SOSFS 2011:9
[13] 5 kap 1§ SOSFS 2011:9
[14] 5 kap 5 § SOSFS 2011:9

tillämpningsrutin av vilken framgår enhetens hantering av felhändelser samt fördelning av uppgifter och ansvar.

Utredning av felhändelser och avvikelser
Verksamheten ska utreda alla klagomål och synpunkter samt rapporter om risker, missförhållanden och vårdskador. Utredningen ska ha en sådan omfattning att den kan tillhandahålla ett underlag för ett motiverat ställningstagande och beslut. Inför varje rapporterad risk, missförhållande eller vårdskada ska ansvarig chef bedöma allvaret med hänsyn tagen till konsekvenserna för berörd person enligt särskild bedömningsmall. Alla felhändelser ska utredas och risker värderas. Om felhändelsen eller risken är av allvarlig art ska den rapporteras till överordnad chef. Som allvarlig art ses händelser med negativa konsekvenser för personen alternativt påtaglig risk som hade kunnat medföra negativa konsekvenser. Överordnad chef ansvarar för att utreda händelsen och besluta om åtgärder, utredning görs i samråd med utredningsteamet. För felhändelse av allvarlig art inom sjukvård ansvarar medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) för utredning och beslut om åtgärder, i samråd med utredningstem och ansvarig verksamhetschef enligt 29§ Hälso och sjukvårdslagen.

Kontinuerligt förbättringsarbete och utveckling
Ansvarig chef har uppdraget att med utgångspunkt från resultatet av utredningar och sammanställning med tillhörande analys vidta de åtgärder som bedöms nödvändiga för att säkra verksamhetens kvalitet. Om resultatet visar att verksamhetens processer eller rutiner inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet så ska de ändras och förbättras[15].

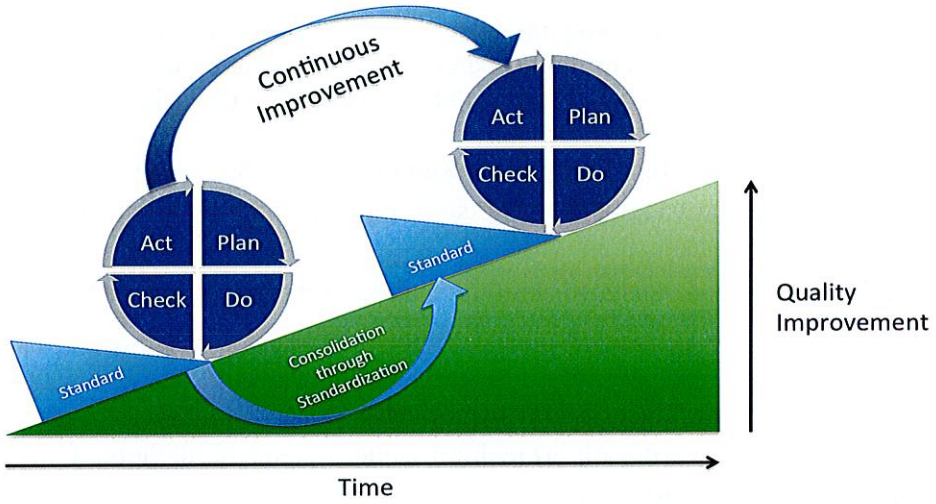
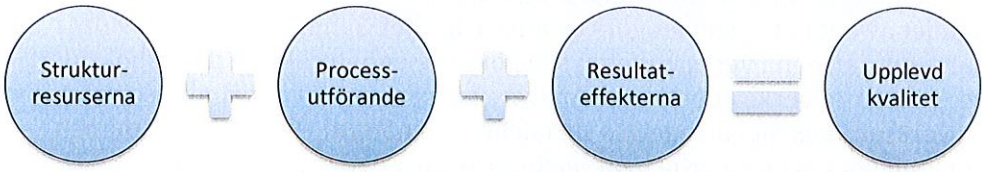


Bild: Wikipedia

När utredning har gjorts av annan och beslut om åtgärder beslutas av överordnad chef eller MAS ansvarar beslutsfattaren för att följa upp att planerade åtgärder genomförs som tänkt samt kontrollerar om det medfört önskat resultat.
För utvecklingsarbete används projekt som arbetsmetod och för dokumentationen används de projektmallar som ingår i ProSala; nämndens projektportfölj.

[15] 5 kap 7-8§§ SOSFS 2011:9

UPPFÖLJNING AV KVALITEN



Uppföljning ska göras på viktiga områden. Kvalitetsområden för socialtjänsten är

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning av insatser
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad socialtjänst
- Tillgänglighet
- Effektivitet

För alla verksamheter ska väljas indikatorer och mått. Måtten bör omfatta både process och resultatmått. Det bör övervägas användning av data från befintliga undersökningar såsom KKiK och Öppna jämförelser.

Egenkontroll

Ansvariga chefer ska utöva internrevison s.k. egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att ansvariga ska kunna säkra verksamhetens kvalitet[16]. Egenkontrollen ska planeras och omfatta

- Värderingar; bemötande och förhållningssätt – enligt plan av enheten
- Det systematiska förbättringsarbetet – enligt plan av enheten
- Granskning av enhetens dokumentation – enligt plan av enheten
- Målgruppsundersökningar – övergripande av verksamhetschef/stab; kund, brukare, närstående , medarbetare
- En internrevision - övergripande årlig kontroll av stab
- Enhetens resultat med uppgifter från kvalitetsregister för äldreomsorgen- enligt plan av enheten och årligen övergripande av MAS och MAR
- Öppna jämförelser på valda områden – årligen övergripande av verksamhetschefer/stab

Det ska finnas en plan för egenkontroll i de olika verksamheterna. Att identifiera områden som ska ingå och planera för genomförandet av egenkontroll är ett uppdrag för ansvarig verksamhetschef. Att fortlöpande utöva egenkontroll enligt plan på den egna enheten är ett uppdrag för ansvarig enhetschef. Att utöva årlig egenkontroll och sammanställa data från kvalitetsregister är ett uppdrag för staben.

DOKUMENTATION, SAMMANSTÄLLNING OCH ANALYS

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras[17]. För enheten inkomna rapporter om risker, missförhållanden och vårdskador samt klagomål och synpunkter bör sammanställas kvartalsvis och analyseras för att på enhetsnivå se mönster eller trender som

---

[16] 5 kap 2 § SOSFS 2011:9
[17] 7 kap 1 § SOSFS 2011:9

indikerar brister i verksamheten[18]. För det systematiska förbättrande arbetet används olika instrument för att dokumentera hanteringen samt särskilda analysinstrument för att sammanställa underlaget på samma sätt på alla enheter. Uthämtandet av data ut systemet görs av ansvarig chef. Sammanställning av data med analys för den egna verksamheten ska göras av enhetschef till delårsbokslutet och delges ansvarig verksamhetschef. Analys görs sedan per verksamhetsområde av ansvarig verksamhetschef och delges socialchef och nämnd. För alla enheter och verksamheten görs även en årlig kvalitetsberättelse. I den sammanställs, dokumenteras och analyseras enhetens systematiska förbättringsarbete. För sjukvård även uppgifter till patientsäkerhetsberättelsen.

Kvalitetsberättelse

Verksamheten ska med dokumentationen från enheterna som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Ansvarig för kvalitetsberättelse är för respektive område, kvalitetshandläggare och MAS. Av den ska framgå

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår ;
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- Vilka resultat som har uppnåtts

Kvalitetsberättelsen ska vara tillgänglig för den som önskar ta del av den. Det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits. Informationsbehovet hos olika externa intressenter har tillgodosetts.

Patientsäkerhetsberättelse

Verksamheten ska senast den 1 mars varje år upprätta patientsäkerhetsberättelse[19] Ansvariga är MAS och MAR för respektive ansvarsområde. Utöver vad som framgår i Patientsäkerhetslagen (PSL) ska den innehålla uppgift om hur[20]

- ansvaret har varit fördelat,
- patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats,
- samverkan har möjliggjorts för att förebygga vårdskada,
- risker för vårdskador hanteras,
- rapporter enligt 6 kap 4 § PSL har hanterats och
- inkomna klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats

Det ska framgå hur många händelser som utretts enligt 3 kap 3 § PSL under föregående kalenderår och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits i verksamhetens olika delar.

---

[18] 5 kap 6§ SOSFS 2011:9
[19] 3 kap 10§ Patientsäkerhetslagen (2010:659)
[20] 3 kap 9§ Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Bilaga VON 2015/18/3

SALA KOMMUN

UPPRÄTTAD: 2015-01-120 UTGÅVA: 1

VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Ledningssystem		
DOKUMENTNAMN Risker och missförhållanden	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-02-05
ORGANISATION VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN	DOKUMENTÄGARE Socialchef	DIARIENUMMER 2015/107
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Rapportering av risker och missförhållanden

Innehåll

Rapportering av risker och missförhållanden 1
Syftet med Lex Sarah 2
Avsikten är att identifiera systemfel, inte att peka ut enskilda medarbetare 2
Information till medarbetare 2
Vem är skyldig att rapportera? 2
Vad ska rapporteras ? 3
Vad är risker och missförhållanden? 3
När och hur ska rapport göras? 3
Att bedöma och undanröja risker 3
Att vidta åtgärder 4
Att utreda 4
Om det inträffade är ett brott 4
Beslut med motivering 5
Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg 5
Stöd och information till den enskilde 5
Information till nämnd 5
Uppföljning och återföring ger lärande 6
Tillämpningsrutin 6
Privata utförare – yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet 6
Avslut och förvaring 6

Denna riktlinje gäller i all verksamhet underställd Vård och omsorgsnämnden och som omfattas av 14 kap. 3–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL respektive 24 b–g §§ och 23 e § LSS, 51 kap 51 kap 2§ SFB samt SOSFS 2011:5. Riktlinjen gäller i valda delar även entreprenader och verksamhet enligt lag om valfrihet, LOV.

Syftet med Lex Sarah

Lex Sarah rapporter är en del av det systematisk förbättringsarbetet och syftar till:

- Att komma tillrätta med brister i verksamheten
- Att rätta till missförhållanden och förhindra upprepning
- Att utveckla och förbättra verksamheten

Avsikten är att identifiera systemfel, inte att peka ut enskilda medarbetare.

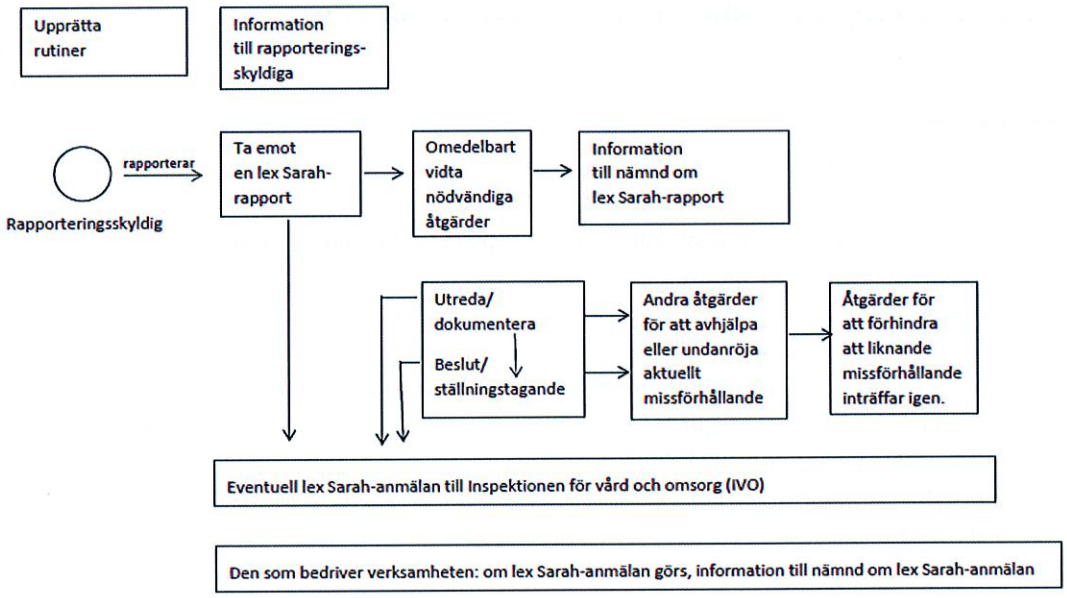


Bild: Centrala moment i Lex sarah[1].

Information till medarbetare

Alla medarbetare ska i samband med anställning, uppdrag eller om de annars tillåts delta i verksamheten, informeras om sitt ansvar att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. De ska även veta vem som utsetts att ta emot rapporten samt hur rutinerna för hanteringen ser ut.

Information ska omfatta vad som i verksamheten kan ses som missförhållanden och risk för missförhållanden och det system som används, LISA, ska ingå som en del i introduktionen. LISA ska vara lätt tillgänglig för alla nämndens medarbetare.

Informationen ska lämnas såväl muntligt som skriftligt (se blankett Medarbetares skyldighet att rapportera). Informationen ska därefter minst en gång per år tas upp och gås igenom i respektive personalgrupp på abetsplatsträffen.

Vem är skyldig att rapportera?

Alla medarbetare, de yrkesverksamma, är skyldiga att rapportera risker och missförhållanden[2]:

---

[1] Handbok för tillämpning av Lex Sarah, 2015, Socialstyrelsen
[2] 2 kap. 1 § SOSFS 2011:5

- Anställda
- Uppdragstagare
- Praktikanter eller motsvarande

Skyldigheten omfattar både myndighetsutövning och utförande, alla insatser ingår:

- individuellt inriktade insatser
- allmänt inriktade insatser
- strukturinriktade insatser

Vad ska rapporteras ?

Medarbetare ska ***genast r***apportera om hen uppmärksammar eller får kännedom om ett ***missförhållande*** eller en ***påtaglig risk för missförhållande***[3] som rör den som får eller kan komma ifråga för insatser i nämndens verksamheter.

Det kan vara utförda handlingar såväl som handlingar som någon har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska och/eller psykiska hälsa[4]. Med en påtaglig risk för missförhållande avses en uppenbar och konkret risk.

Vad är risker och missförhållanden?

Det är medarbetaren själv som bedömer situationen. Missförhållandet eller risken

- ska ha inträffat i eller ha en koppling till verksamheten
- ska avse person som får eller kan komma ifråga för insatser i verksamheten
- ska ha medfört eller riskerar att medföra konsekvenser för personens liv, säkerhet eller hälsa (fysisk eller psykisk)

När och hur ska rapport göras?

Rapporteringen ska göras omgående i systemet LISA till närmast ansvarig chef. Om chefen inte är i tjänst lämnas rapport till ställföreträdare eller överordnad chef. I verksamhet där LISA inte finns görs rapport på blanketten; händelserapport. Rapporteringen ska dokumenteras och beskriva situationen. Det ska noteras

- hur och när situationen uppstod, vilka som var närvarande
- vilka konsekvenser som uppstod för personen eller personerna
- vilka åtgärder som vidtagits i det akuta skedet för att förhindra upprepning.

Om chefen själv berörs sker rapportering direkt till överordnad chef som då övertar ansvaret. Överordnad chef ska omgående informera verksamhetens ledning och nämnden om den uppkomna situationen.

Att bedöma och undanröja risker

I samband med inträffad händelse ska medarbetare förvissa sig om att personen inte utsätts för skada i den akuta situationen. Chefen ska bedöma om det inträffade har inneburit eller kunde ha inneburit allvarliga konsekvenser för personen. För

---

[3] 14 kap 6§ SoL, 7 kap 6§ SoL, 23 e§LSS, 24e§ LSS
[4] 14 kap 3§ sol och 24 b § LSS

bedömningen avänds en checklista och en analysinstrument för konsekvensbedömningen. Chefen ansvarar även för att så snart möjligt informera verksamhetsledning och MAS.

Om bedömningen är att konsekvenserna är allvarliga ska utredningen överlämnas till verksamhetschefen som ansvarar för att situationen utreds. Chefen ansvarar för att uppgifterna lämnas inom systemet LISA eller på annat sätt till utredaren eller utredningsteamet. Det som avses är diarienummer, rapporter och annat efterfrågat underlag som finns i form av journaler, rutiner och egna bedömningar

Att vidta åtgärder
Ansvarig chef ska vidta omedelbara åtgärder för att förhindra att missförhållandet fortsätter eller upprepas. Åtgärder ska vidtas oavsett om situationen är klarlagd eller inte och ska medföra att:

- direkta hot mot personens liv, personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa undanröjs omgående
- konsekvenserna för personens liv, personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa inte förvärras,

Chefen ansvarar även för att rapporten eller rapporterna skrivs och diarieförs. Alla rapporter ska diarieföras på en objektsregistrering för den aktuella enheten.

Att utreda
Utredning av händelser ska alltid göras med händelseanalysmetoden om det inträffade medfört allvarliga konsekvenser d v s är en allvarlig händelse. De kommuniceras alltid med Vård och omsorgsnämndens utredningsteam innan beslut. Utredning påbörjas snarast, dokumenteras och görs skyndsamt[5]. I de flesta fall kan som mest en månad ses som rimlig tid för att utreda och besluta[6]. Syftet är att identifiera faktorer som medför att ett missförhållande fortsätter eller uppstår igen. Orsakssambanden behöver klarläggas och tydliggöras. En riskbedömning måste göras med hänsyn tagen till situation och konsekvenser. Dokumentationen ska föras fortlöpande av involverade personer. Genomförd utredning och orsaksanalys sammanställs av utredaren. Åtgärder som vidtagits eller planeras ska dokumenteras. Händelseanalyser av allvarliga händelser beslutas av socialchef.

Om det inträffade är ett brott
Om personen skadas eller utsätts för ett fysiskt ingripande, ingripande misstänks vara övergrepp eller nödrätt använts för att avvärja fara för liv eller hälsa, görs alltid en utredning. Om rapporterad händelse kan antas vara ett övergrepp och/eller ses som brott ska chef ta upp frågan om polisanmälan med berörd person eller legal ställföreträdare. Övergrepp kan vara:

- Fysiska övergrepp, som örfilar, slag eller annan form av misshandel
- Psykiska övergrepp, som allvarliga eller återkommande hot, trakasserier eller kränkningar.

---

[5] 14 kap. 6 § SoL och 7 kap. 6 § SoL respektive 24 e § och 23 e § LSS
[6] 14 kap 6§ SoL 7 kap 6§SoL, 23 e§ LSS, 24e§ LSS

- Sexuella övergrepp, som sexuella handlingar med inslag av tvång eller våld

Har berörd person förmåga att själv ta ställning och uttryckligen motsätter sig en polisanmälan vägs det in men situationen kan ändå vara sådan att polisanmälan behöver göras. En prövning mot tystnadsplikten ska alltid göras. Ansvarig chef dokumenterar den enskildes önskemål och informerar ledningen om bedömning samt skälen för denna. Har ett övergrepp begåtts av medarbetare eller misstanke finns att övergrepp begätts ska åtgärder vidtas omedelbart för att säkerställa att det inte kan upprepas. Om medarbetare är skyldig till brott bör det polisanmälas. Det fackliga ombudet ska kontaktas om den anställde avstängs från arbetsplatsen under utredningen. Om medarbetare begår övergrepp ska åtgärder vidtas i form av varning eller uppsägning. Åtgärderna beslutas i samråd med personalavdelningen.

Om polisanmälan görs kan verksamheten behöva vänta med att utreda händelsen p.g.a. förundersökningssekretess. Rådgör då alltid med polisen innan utredning påbörjas. Om verksamheten avvaktar ska skälet dokumenteras.

Beslut med motivering

Utredningen ska innehålla ett av utredaren motiverat ställningstagande; om det är en påtaglig risk för ett missförhållande, ett allvarligt missförhållande eller inte.

Bedömningen är beroende av konsekvenserna för personens liv, personliga säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa. Kvalitetsgranskning av utredning och beslut görs av utredningteamet och socialchefen beslutar.

Information, ställningstagande och beslut ska sedan återföras av utredaren till ansvarig chef, medarbetare, berörd person och eventuell legal ställföreträdare eller vårdnadshavare samt Vård och omsorgsnämnden.

Anmäla till Inspektionen för vård och omsorg

Om utredning visar att det inträffade är eller var ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig och konkret risk för ett allvarligt missförhållande ska det anmälas till Inspektionen för vård och omsorg. Anmälan ska göras så snart möjligt[7] av verksamhetschefen . Till anmälan bifogas slutrapport (händelsenalysen), flödesschema och bilagor. Den lämnas in senast två månader efter händelsen.

Stöd och information till den enskilde

Chefen ansvarar för att informera berörd person om det inträffade samt beslutet. Chefen bedömer i samråd med utredaren om det finns behov av stöd till berörd person och/eller medarbetare. Om stöd behövs ordnas det så snart möjligt.

Information till nämnd

I kommunen ansvarar verksamhetschef för information till nämnd om om rapporterade och inträffade risker och missförhållanden. Information lämnas även om utredning och beslut, planerade åtgärder samt eventuell anmälan till Inspektionen för vård och omsorg. För privat verksamhet ansvarar person som är utsedd att förestå verksamheten för att informera nämnden. Uppgifterna ska lämnas inom 5 dagar till nämnd eller för detta utsedd tjänsteman.

---

[7] 14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS

Utförare , privata och kommunala, ska minst 2 ggr per år lämna statistik på andelen klagomål, risker och missförhållanden samt allvarliga risker och allvarliga missförhållanden. Statistiken ska sammanställas och innehålla en analys av den ansvarige chefen.

Uppföljning och återföring för lärande

Rapporterade händelser återförs till enhetens medarbetare av ansvarig chef. Beslutade åtgärder följs upp och dokumenteras. Chefen ansvarar för att delge erfarenheterna från utredningar i egna verksamheten. De återförs och används i det systematiska kvalitetsarbete. Rapporterade och anmälda händelser följs upp månadsvis på arbetsplatsträff, chefsmöte samt på stabs- och ledningsmöte.

En sammanställning görs av cheferna till delårsrapporten. Den omfattar antal rapporterade risker och händelser, antal allvarliga risker eller allvarliga händelser samt orsaker och vidtagna åtgärder. Underlaget analyseras två gånger om året. Vid årets slut skruvs en kvalitetsberättelse.

Tillämpningsrutin

En tillämpningsrutin ska upprättas för rapporteringsskyldigheten. Rutinen ska beskriva hela händelseförloppet från skyldighet att rapportera till hur händelsen utreds och behandlas i verksamheten. Ansvarig för att upprätta och årligen revidera tillämpningsrutin är chefen. Verksamhetschef informerar enhetschefen och enhetschefen sina medarbetare. Om ansvaret överlåts till annan arbetsledare ska det framgå av tillämpningsrutinen.

Yrkesmässigt bedriven verksamhet

Skyldigheten att rapportera risker och missförhållanden gäller för yrkesmässigt bedriven, privat, verksamhet. En motsvarande skyldighet finns att rapportera samt att upprätta en rutin för hantering, utredning och anmälan. Rutinen ska följa SOSFS 2011:5, beslutas av företagets ledning och kvalitetssäkras av nämnden. .

Avslut och förvaring

Inkommen rapport och utredning med flödesscheman , åtgärdsplaner och bilagor bevaras 5 år i verksamheten. De ska diarieföras på den aktuella enheten, d v s där de inträffade och rapporterades. De diarieförs på objektsregistrering för enheten.

Stöddokument

Dokumentnamn	Innehåll
Informationsmaterial - medarbetare	Information om medarbetares skyldighet
Rapportblad - medarbetare	Blankett för rapporten
Checklista för bedömning av missförhållanden	Blankett: Checklista för bedömning
Checklista för rapport/dokumentation	Blankett: Checklista för dokumentationen
Händelseanalysmall – utredning	Händelseanalys– vad den bör innehålla
Vägledning: Händelsenalys	Information om hur händelseanalys går till

SALA KOMMUN

VÅRD- OCH OMSORG
Kirsi Kirpislidis

Vård- och omsorgsnämnden

MISSIV

Ledningssystem

UPPRÄTTADE STYRDOKUMENT – INFORMATIONSSÄKERHETSPOLICY OCH RIKTLINJE FÖR INFORMATIONSSÄKERHET

Sammanfattning av ärendet

För Vård och omsorgsnämndens verksamhet ställs det upp nationella krav i lagstiftning om en Informationssäkerhetspolicy som tydliggör hur verksamheten hanterar informationstillgångar. Det finns även krav på Säkerhetspolicy för hanteringen av personuppgifter både för Vård och omsorgsnämndens och övriga kommunens verksamheter. Upprättad informationspolicy uppfyller de krav som ställs i lagstiftningen på Informationssäkerhetspolicy och Säkerhetspolicy.

Policyn är ett övergripande dokument som beskriver kommunens mål och viljeinriktning, definierar viktiga begrepp samt tydliggör kommunens säkerhetsstrategi. För att förvaltningens olika verksamheter ska kunna arbeta likriktat och effektivt har policyn kompletterats med en riktlinje som mer ingående beskriver hur organisationen bör se ut, hur ansvaret fördelas samt de olika delarna som ska ingå i arbetet med informationssäkerhet.

Vid genomgången visas en film för ledningen som förklarar nyttan med att arbeta för en bra informationssäkerhet från: www.informationssäkerhet.se. Följ länken:

https://www.informationssakerhet.se/sv/kompetensutveckling/Filmer/Kommunledning/

Förslag till beslut

Nämnden föreslås besluta

att överlämna Informationssäkerhetspolicy och Riktlinjen för informationssäkerhet till kommunfullmäktige för fastställande.

Agneta von Schoting
Socialchef

Bilaga: Informationspolicy

Bilaga: Riktlinje för Informationssäkerhet

SALA KOMMUN
Vård- och omsorg
Box 304
733 25 Sala

Besöksadress: Fredsgatan 23, Sala
Växel: 0224-74 70 00
Fax: 0224-192 98
vard.och.omsorgsforvaltningen@sala.se
www.sala.se

Bilaga VON 2015/18/4

SALA KOMMUN

UPPRÄTTAD: 2015-01-16

VERSION/UTGÅVA: 1

KOMMUNSTYRELSEFÖRVALTNINGEN

Informationssäkerhetspolicy

Ledningssystem		GILTIGHETSTID
DOKUMENTNAMN Informationssäkerhetspolicy	DOKUMENTTYP Policy	BESLUTAD 2015-
ORGANISATION/GÄLLER FÖR Sala kommun	DOKUMENTÄGARE Kommunchef	DIARIENUMMER 2015/106
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

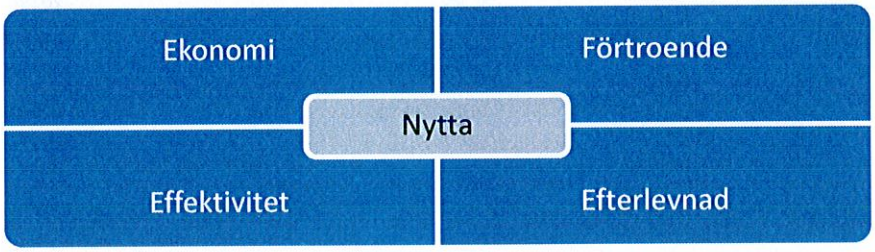
Innehåll

Informationssäkerhetspolicy 1
Informationssäkerhetspolicy 2
Allmänt om informationssäkerhet 2
Ansvaret för information och informationssäkerhet 2
Vad är informationssäkerhet 3
Mål för informationssäkerhetsarbetet 3
Syftet med informationssäkerhetspolicy 3
Salas säkerhetsstrategi 4
Integrerat informationssäkerhetsarbete 4
Utbildning 4
Förvaltning och säker hantering 4
Förbättring och utveckling 5
Egenkontroll- internrevision 5
Organisation, roller och ansvar 5
Externa samverkansparter – privat verksamhet 6

Kommunstyrelseförvaltningen

INFORMATIONSSÄKERHETSPOLICY

Denna policy tydliggör de krav som ställs på hantering av information och informationssäkerhet i Sala kommun. Policyn gäller för kommunal verksamhet, men även för kommunala bolag och kan även vara aktuell för externa utförare enligt avtal. Policyn tydliggör kommunledningens mål och viljeinriktning samt ansvaret för informationssäkerhetsarbetet. Här ingår även hantering av personuppgifter enligt personuppgiftslagen SFS 1998:204 och personuppgiftsförordningen SFS 1998:1191.



I Sala kommun erbjuds medborgare en kommunal service av hög kvalitet; Verksamheten drivs rättssäkert och kostnadseffektivt. Medborgare ska ha förtroende för att information hanteras säkert, den sprids inte till obehöriga.

Allmänt om informationssäkerhet

Verksamheternas informationsförsörjning är en viktig del av kommunens totala informationssäkerhet och arbetet ska bedrivas systematiskt och långsiktigt. Information är en kunskapsbärare och en viktig tillgång. Hantering och arbete med informationssäkerhet utgår från

- Lagar, förordningar och föreskrifter
- Kommunens egna regler och beslut
- Avtal

Informationstillgångar - avser all information oavsett om den behandlas manuellt eller automatiserat samt oberoende av dess form och vilken miljö den förekommer (datorer, telefonsamtal, papper, teknik eller IT-system).

Informationssäkerhet- är organisationens förmåga att hantera informationen så att legala, etiska och verksamhetsmässiga intentioner upprätthålls.

Personuppgifter- all slags information som direkt eller indirekt kan kopplas till en fysisk person som är i livet.

Ansvaret för information och informationssäkerhet

Information och informationssäkerhet ses som en integrerad del av verksamheten. Alla användare och medarbetare som hanterar information och system har ett ansvar för att upprätthålla en god informationssäkerhet. Det ingår ett personligt ansvar att ta till sig och följa gällande regelverk och styrande dokument. Alla medarbetare ska vara införstådda med den egna verksamhetens krav och rapportera händelser som påverkar informationssäkerheten. Det är ett ansvar för chefer på alla nivåer att arbeta för en god informationssäkerhet i den egna verksamheten. I samband med att personal anställs och får tillgång till olika system ansvarar anställande chef för att information ges om hur information och system ska hanteras. Informationen ska ingå i introduktionen. Den som använder kommunens

informationstillgångar på ett sätt som strider mot denna policy eller lagstiftning kan bli föremål för disciplinära eller rättsliga åtgärder.

VAD ÄR INFORMATIONSSÄKERHET[1]

Konfidentialitet: information avslöjas inte för och är inte tillgänglig för obehöriga (används ofta i betydelsen sekretess)

Riktighet: information skyddas mot oönskad och obehörig förändring eller förstörelse (primär information är exakt och fullständig)

Tillgänglighet: informationen är tillgänglig i förväntad utsträckning och inom önskad tid (åtkomlig och användbar)

Spårbarhet: att i efterhand entydigt kunna härleda specifika aktiviteter eller händelser till ett identifierat objekt eller användare (vem, vad och när)

Analys och bedömning görs i förhållande till de fyra definitionerna ovan samt med hänsyn tagen till kommunstyrelsens mål.

MÅL FÖR INFORMATIONSSÄKERHETSARBETET

Personuppgifter behandlas lagligt och all information hanteras säkert. Kommunens verksamheter och medarbetare ska

- ha god kunskap om informationssäkerhet,
- använda sig av säkra system med funktionella tekniska lösningar för hantering av information och personuppgifter,
- ha fungerande administrativa riktlinjer och tillämpningsrutiner,
- rapportera fel och säkerhetsincidenter, samt
- årligen analysera informationssäkerheten i verksamheten

Syftet med informationssäkerhetspolicy

Syftet är att skydda medborgare mot att deras personliga integritet kränks. Personuppgiftslagen som reglerar hur personuppgifter får behandlas. Lagen är subsidiär; Om det i annan lag eller förordning finns bestämmelser som avviker från denna lag ska den bestämmelsen gälla[2]. Avvikande bestämmelser finns t.ex. inom socialtjänsten, sjukvården och för hanteringen i olika register. Behandling av uppgifter med informationsteknik (IT) kräver att uppgifter skyddas i samband med hantering och i systemen. Vilka säkerhetsåtgärder som behövs är beroende av vilka uppgifter som behandlas[3]. Störningar som medför att uppgifter förstörs, blir felaktiga/missvisande eller sprids till obehöriga måste undvikas[4].

---

[1] Definition enligt SS-ISO/IEC 27001
[2] 1-2 §§ Personuppgiftslagen (1998:204)
[3] Säkerhet för personuppgifter, 2008, Datainspektionen allmänna råd
[4] 48§ Personuppgiftslagen (1998:204)

SALA KOMMUN

Kommunstyrelseförvaltningen

SALAS SÄKERHETSSTRATEGI

En bra informationssäkerhet bygger på säkra system och användare som känner till hur information ska hanteras på ett säkert sätt.

Integrerat informationssäkerhetsarbete

Arbetet med och dokumentationen av informationssäkerhet och system bör ingå som en del i ett integrerat ledningssystem där delen som rör informationssäkerhet benämns, ledningssystem för informationssäkerhet, LIS. Ett praktiskt stöd för ett systematiskt informationssäkerhetsarbete finns på: www.informationssäkerhet.se

Arbetet med informationssäkerhet avser både tekniska åtgärder i vilket inräknas brandväggar, krypteringsfunktioner och antivirus och organisatoriska åtgärder som handlar om organisationen, utbildning, policys, riktlinjer och tillämpningsrutiner samt revisioner. Vidtagna åtgärder ska åstadkomma en säkerhetsnivå som är lämplig med hänsyn tagen till[5]:

- Tekniska möjligheter
- Kostnader för genomförande
- Särskilda risker som finns med behandling av personuppgifter
- Personuppgifternas känslighet

Utbildning

Användare ska erbjudas utbildning och kompetensutveckling i lämplig form[6]. Anställande chef ansvarar för att medarbetare utbildas i informationsäkerhet. Utbildning finns tillgänglig; http://disa.msb.se samt http://isa.msb.se

Förvaltning och säker hantering

Det för alla nämnder och i alla verksamheter upprättas styrande dokument för hantering av personuppgifter och system där personuppgifter behandlas framgå:

- Vad som är tillåtet
- Vilka konsekvenser regelbrott/missbruk kan medföra
- Hur efterlevnad ska följas upp
- Vem användare ska vända sig till vid misstänkt intrång/missbruk
- Ansvaret i de olika delar som ingår

För hantering av information, uppgifter och system ska nämnder och verksamheter

- Säkerställa att informationsklassning och kontinuitetsanalyser genomförs, att säkerhetsincidenter och fel rapporteras samt att informationssäkerheten regelbundet analyseras
- Utbilda alla medarbetare i informationssäkerhet via DISA
- Utse säkerhetssamordnare för samordning av informationssäkerhetsarbetet
- Utse systemansvariga för de system verksamheten äger
- Upprätta riktlinjer och tillämpningsrutiner för användare – för viktiga informationstillgångar (processer och system)
- Upprätta förvaltningsplaner - för system med informationsklassning och hantering: riskanalys, beskrivning samt ansvar och fördelning av uppgifter

[5] Säkerhet för personuppgifter, 2008, Datainspektionen allmänna råd
[6] Säkerhet för personuppgifter, 2008, Datainspektionen allmänna råd

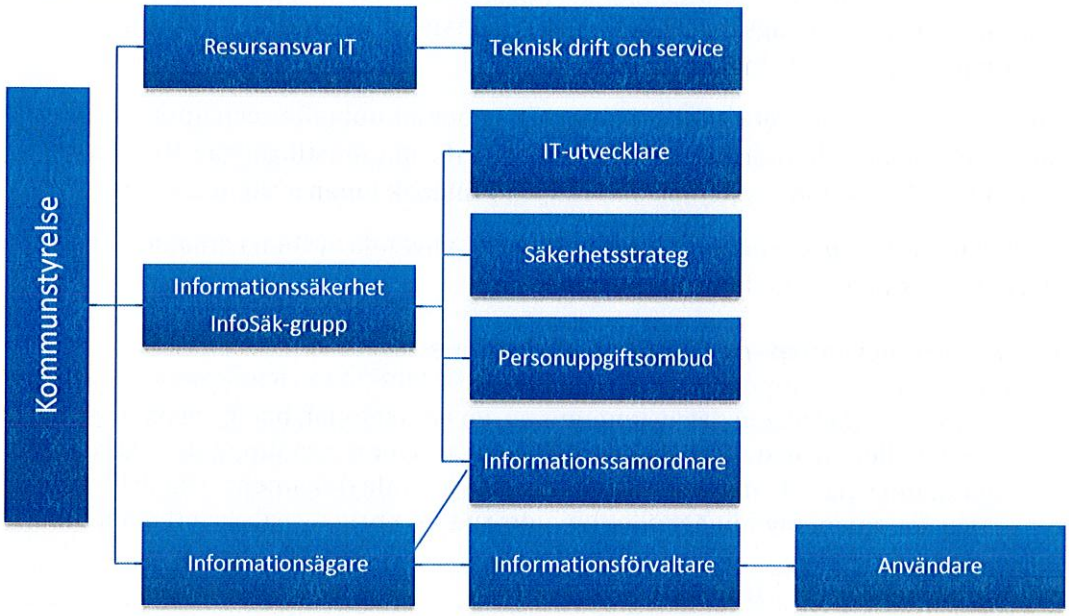
Förbättring och utveckling
Säkerhetspolicyn revideras årligen av säkerhetsstrateg och ska ingå som styrande dokument och kompletteras av kommunens övriga styrande dokument; policys, handlingsplaner, riktlinjer och tillämpningsrutiner.

Informationssamordnare analyserar årligen den egna verksamhetens informationssäkerhet. I det ingår rapporterade fel och säkerhetsincidenter för informationshantering samt förteckning över använda system. Tillsynsrapporter är en bedömning av hur väl verksamheten efterlever lagstiftning och ingår i den årliga analysen. Vid identifierade väsentliga risker, ska ingå en riskanalys och förslag på åtgärder. Analys delges säkerhetsstrateg , IT-chef och personuppgiftsombud.

Egenkontroll- internrevision
Uppföljning och rapportering görs av informationssamordnare och omfattar:

- Medarbetares kompetens; Andel medarbetare som kan uppvisa intyg på genomförd utbildning i DISA..
- Fungerande administrativa rutiner. Kontroll av att förvaltningsplan och styrande dokument för hanteringen finns upprättade
- Fungerande rapportering av säkerhetsincidenter finns för respektive nämnd och verksamhet.
- Analys av informationssäkerheten görs årligen, åtgärder vidtas vid risker.

ORGANISATION, ROLLER OCH ANSVAR



Personuppgiftsansvariga nämnder ska vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda uppgifterna. Personuppgiftssansvaret avgörs sedan av de faktiska omständigheterna d v s vem som bestämmer över informationen och behandlingen[7]. Om flera bestämmer är de tillsammans ansvariga. En användare som inte självständigt får ändra, komplettera eller radera uppgifter är inte ansvarig.

[7] Säkerhet för personuppgifter, 2008, Datainspektionen allmänna råd

SALA KOMMUN

Kommunstyrelseförvaltningen

Kommunstyrelsen- övergripande ansvar, att uppprätta mål och säkerhetsstrategi samt organisation för och revision av informationssäkerheten. Kommunchef har yttersta ansvaret för genomförande och efterlevnad.

Resursansvar IT –förvaltning och drift av system samt teknisk support. Kommunens IT-avdelning eller annan leverantör enligt avtal.

IT-strateg –Bedöma vilka tekniska åtgärder som är lämpliga i tänkta system. IT-chef eller av denne utsedd person med teknisk kompetens. Ingår i InfoSäk.

Säkerhetsstrateg - sammanställa inkomna underlag och analysera kommunens totala informationssäkerhet. Vid identifierade väsentliga risker upprättas handlingsplan med förslag på åtgärder till kommunledningen. . Ingår i InfoSäk

Personuppgiftsansvarig- följa upp interna kontroller av behandlingar som görs, påpeka brister och om de inte korrigeras, anmäla till Datainspektionen. Föra förteckning över system och samråda med Datainspektionen. Ingår i InfoSäk.

Informationsägare/systemägare – *Nämnder/verksamheter* Ansvar för personregister och system som används. Ska upprätta styrande dokument för säker hantering. Bedöma och vidta organisatoriska åtgärder i samråd med IT-avdelning och personuppgiftsansvarig. Utse säkerhetssamordnar och systemförvaltare.

Informationssamordnare- samordna verksamhetens informationssäkerhetsarbete, göra årlig GAP-analys, koninuitetsplan samt sammanställa rapporterade incidenter och vidtagna förbättringsåtgärder. Delger riskanalyser och incidentdata till personuppgiftsombud. Ingår i InfoSäk.

Informations/systemförvaltare- hantering av personuppgifter och upprättande av förvaltningsplan och informationsklassning av informationstillgångar. Upprättar styrande dokument för systemet. Samråd med InfoSäk innan system tas i drift.

Övriga medarbetare – hantera information och använda system i enlighet med de styrande dokument som finns upprättade.

Externa samverkansparter – privat verksamhet

Kommunen är personuppgiftsansvarig enligt SFS 1998:204 och ansvaret är fördelat på nämnderna . Där någon del av kommunen, en verksamhet, bolag, enskild (privat) verksamhet eller en anställd självständigt förfogar över personuppgifter ska samråd ske samt hantering och ansvar tydliggöras i ett styrande dokument. Om driften är ett ansvar för annan myndighet eller huvudman t.ex. i privat regi ska ett avtal finnas.

Stöddokument	**Innehåll**
Kontinuitetsplan	Beskriver hur kontinuitetsplan görs. Hämta på www.informationssakerhet.se
Riskanalys	Beskriver hur riskanalys görs. Hämta på www.informationssakerhet.se
Informationsäkerhet	KF:s riktlinje. Beskriver hur arbetet görs och informationsklassning görs (bedömningsmatris)

Bilaga VON 2015/18/5

SALA KOMMUN

UPPRÄTTAD: 2015-01-18 VERSION/UTGÅVA: 1

KOMMUNSTYRELSEFÖRVALTNINGEN

Informationssäkerhet

Ledningssystem		GILTIGHETSTID
DOKUMENTNAMN Informationssäkerhet	DOKUMENTTYP Riktlinje	BESLUTAD 2015-
ORGANISATION/GÄLLER FÖR Sala kommun	DOKUMENTÄGARE Kommunchef	DIARIENUMMER 2015/106
HANDLÄGGARE Kirsi Kirpislidis	PUBLICERAD	REVIDERAD

Innehåll

Informationssäkerhet 1
Inledning 2
Syftet med informationssäkerhetsarbetet 2
Organisation, roller och ansvar 2
Ansvaret för informationssäkerhet 3
Informationssäkerhetsgrupp – Referensgrupp InfoSäk 3
Hantering av informationstillgångar 3
Rättsliga krav 3
Styrande dokument 3
Förteckning av system 4
Förvaltningsplan 4
Klassificering av information 4
Kriterier för informationssäkerhet 4
Bedömning av nivåer och konsekvenser 5
Riskanalys och riskhantering 7
Hantering av incidenter 7
Uppföljning och revision 7
Egenkontroll- internrevision 7

SALA KOMMUN

Kommunstyrelseförvaltningen

INLEDNING

Verksamheternas informationsförsörjning är en viktig del av kommunens totala informationssäkerhet och arbetet ska bedrivas systematiskt och långsiktigt. Denna riktlinje ska användas av nämnder och verksamheter i Sala kommun samt bolag om bolagen använder sig av stadens gemensamma informationstillgångar.

Informationstillgångar/information- avser all information oavsett om den behandlas manuellt eller automatiserat samt oberoende av dess form och i vilken miljö den förekommer. Exempel på informationstillgångar är:

- Information (databaser, filer, dokument etc.)
- Program (system, operativsystem etc.)
- Tjänster (nätförbindelser och abonnemang)
- Fysiska tillgångar (datorer, lokala nätverk etc.)
- Informationsbärare (pappersdokument, mobiltelefoner, USB etc.)

Informationssäkerhet- omfattar all information och är organisationens förmåga att hantera informationen så att legala, etiska och verksamhetsmässiga intentioner upprätthålls.

Personuppgifter- all slags information som direkt eller indirekt kan kopplas till en fysisk person som är i livet.

Syftet med informationssäkerhetsarbetet

Information ska hanteras säkert: Kommunens verksamheter och medarbetare ska

- ha god kunskap om informationssäkerhet,
- använda sig av säkra system med funktionella tekniska lösningar för hantering av information och personuppgifter,
- ha fungerande administrativa riktlinjer och tillämpningsrutiner,
- rapportera fel och säkerhetsincidenter, samt
- årligen analysera informationssäkerheten i verksamheten

Syftet är att skydda medborgare mot att deras personliga integritet kränks. Behandling av uppgifter med informationsteknik (IT) kräver att uppgifter skyddas i samband med hantering och i systemen. Vilka säkerhetsåtgärder som behövs är beroende av vilka uppgifter som behandlas[1]. Störningar som medför att uppgifter förstörs, blir felaktiga/missvisande eller sprids till obehöriga måste undvikas[2].

ORGANISATION, ROLLER OCH ANSVAR

Kommunen är personuppgiftsansvarig och ansvaret är fördelat på nämnderna. Ansvaret avgörs sedan av de faktiska omständigheterna i det aktuella fallet d v s vem som faktiskt bestämmer över informationen och behandlingen av uppgifter. En användare som inte självständigt får ändra, komplettera eller radera uppgifter är

[1] Säkerhet för personuppgifter, 2008, Datainspektionen allmänna råd
[2] 48§ Personuppgiftslagen (1998:204)

inte ansvarig. Den ansvarige ska vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att skydda uppgifterna.

Ansvaret för informationssäkerhet
Information och informationssäkerhet ses som en integrerad del av verksamheten. Alla användare och medarbetare som hanterar information och system har ett ansvar för att upprätthålla en god informationssäkerhet. Det ingår ett personligt ansvar att ta till sig och följa det regelverk och de styrande dokument som gäller för tjänsten. Verksamheter och system medför olika slag av ansvar. Alla ska vara införstådda med den egna verksamhetens krav och rapportera händelser som påverkar informationssäkerheten.

Det är ett ansvar för chefer på alla nivåer att arbeta för en god informationssäkerhet i den egna verksamheten. I samband med att personal anställs och får tillgång till olika system ansvarar anställande chef för att information ges om hur information och system ska hanteras. Information ska ingå i introduktionen. Den som använder kommunens informationstillgångar på ett sätt som strider mot denna policy eller lagstiftning kan bli föremål för disciplinära eller rättsliga åtgärder.

Informationssäkerhetsgrupp - Referensgrupp InfoSäk
Vid behov av kompetens i tekniska och juridiska frågor ska referensgrupppen tillhandahålla det. Chefer och användare ska i första hand vända sig till utsedd informationsansvarig på den egna nämnden som ansvarar för samordningen av informationssäkerhetsarbetet.

HANTERING AV INFORMATIONSTILLGÅNGAR

Rättsliga krav
Informationshanteringen i kommunen styrs av lagstiftningen[3], en viktig huvudregel är offentlighetsprincipen men i alla verksamhet finns även information som omfattas av sekretessskydd enligt Offentlighets- och sekretesslagen (OSL). I all verksamhet gäller även personuppgiftslagen som reglerar hur personuppgifter får behandlas. Lagen är subsidiär; Om det i annan lag eller förordning finns bestämmelser som avviker från denna lag ska den bestämmelsen gälla[4]. Avvikande bestämmelser finns t.ex. inom socialtjänsten, sjukvården och för hanteringen i olika register. Vid hanteringen av informationstillgångar ska hänsyn tas till regleringen för aktuellt område och verksamhet. Det ska tydliggöras vilken information som får hanteras och hur.

Styrande dokument
För viktiga informationstillgångar upprättas styrande dokument som beskriver de säkerhetslösningar som används och hur säkerheten ska fungera i de olika systemen. En förvaltningsplan ska finnas för alla viktigare system. Av styrande dokument för hantering och system där personuppgifter behandlas ska framgå:

- Vad som är tillåtet

[3] Tryckfrihetsförordningen och Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
[4] 1-2 §§ Personuppgiftslagen (1998:204)

- Vilka konsekvenser regelbrott/missbruk kan medföra
- Hur efterlevnad ska följas upp
- Vem användare ska vända sig till vid misstänkt intrång/missbruk
- Ansvaret i de olika delar som ingår

För styrande dokument ska det finnas en beslutad dokumenthantering och styrning. För att säkerställa riktighet och spårbarhet ska styrande dokument vara i filformat PDF innan de görs tillgängliga på intranät, hemsida eller annat öppet nät.

Förteckning av system
I alla verksamheter ska viktigare informationstillgångar samt ställda krav på säkerhet identifieras och förtecknas. Förteckningen sammanställs av informationssamordnaren med uppgifter från ledning och systemansvariga.

Förvaltningsplan
De krav som ställs på system och verksamheten ska framgå av en förvaltningsplan som systemförvaltaren upprättar. Förvaltningsplan ska visa vem som är

- systemägare,
- systemansvarig samt
- systemadministratörer och/eller
- support

Förvaltningsplanen kan även innehålla information om säkerhetsåtgärder. De säkerhetsåtgärder som i princip alltid ska finnas med för ett system är följande:

- fysisk säkerhet
- tillträdeskontroll
- behörighetskontroll
- inloggning och lösen
- loggning av system
- åtgärder mot förlust av information
- skydd mot skadliga program

Klassificering av information
Klassificering av information är en grundläggande aktivitet för att kunna skydda information och resurser. Informationsklassning ska göras av alla viktigare informationstillgångar och kan för system dokumenteras i förvaltningsplanen.

Det är informationen som är i fokus för vad som ska skyddas. Klassificeringen fungerar som ett beslutsunderlag för ledningen i arbetet med informationssäkerhet. Klassificeringen revideras vid behov, vid nyanskaffning av system eller förändrad organisation. Klassificeringen som används i Sala utgår från MSB:s rekommendationer för klassificering av information.

Kriterier för informationssäkerhet
All information som hanteras eller lagras i någon form behöver skyddas mot oönskad förändring, påverkan och insyn. Det ska inte vara möjligt för obehöriga att ta del av informationen. Användare med rätt till informationen ska däremot komma

åt den efter behov och i rimlig tid. Det är även viktigt att kunna identifiera vem som gjort vad med informationen och i datasystemen.

Salas informationstillgångar ska bedömas utifrån följande 4 egenskaper[5]:

Konfidentialitet: information avslöjas inte för och är inte tillgänglig för obehöriga (används ofta i betydelsen sekretess)

Riktighet: information skyddas mot oönskad och obehörig förändring eller förstörelse (primär information är exakt och fullständig)

Tillgänglighet: informationen är tillgänglig i förväntad utsträckning och inom önskad tid (åtkomlig och användbar)

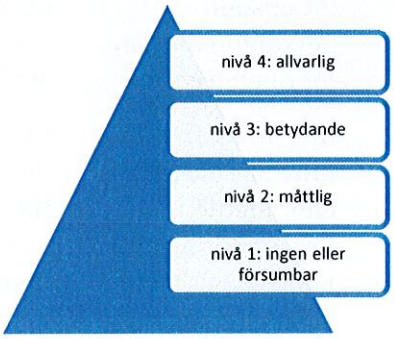
Spårbarhet: att i efterhand entydigt kunna härleda specifika aktiviteter eller händelser till ett identifierat objekt eller användare

Bedömning av nivåer och konsekvenser

Vid klassning av informationstillgångar ska informationens värde bedömas utifrån:

- Den funktion och betydelse som den har för verksamheten
- Konsekvenserna för verksamheten om informationen skulle hanteras felaktigt, försvinna, komma i orätta händer etc.

All fyra säkerhetsaspekter ska användas för klassningen av informationstillgången och värderas till någon av nivåerna:



Om informationen bedöms höra till nivå 1, ingen negativ påverkan eller en försumbar negativ påverkan behöver riskanalys inte göras. Inte heller behövs särskilda skyddsåtgärder för denna nivå.

[5] Definition enligt SS-ISO/IEC 27001

SALA KOMMUN

Kommunstyrelseförvaltningen

Aspekt/ konsekvens	Riktighet	Konfidentialitet	Tillgänglighet	Spårbarhet
Allvarlig -4	Information kan medföra allvarlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den är felaktig	Information kan medföra allvarlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den röjs för obehörig	Information som kan medföra allvarlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är tillgänglig	Information kan medföra allvarlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är spårbar
Betydande -3	Information kan medföra betydande negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den är felaktig	Information kan medföra betydande negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den röjs för obehörig	Information som kan medföra betydande negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är tillgänglig	Information som kan medföra betydande negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är spårbar
Måttlig -2	Information kan medföra måttlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den är felaktig	Information kan medföra måttlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild personom den röjs för obehörig	Information som kan medföra måttlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild personom den inte är tillgänglig	Information kan medföra måttlig negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är spårbar
Ingen eller försumbar - 1	Information som inte har krav på riktighet eller inte medför eller medför försumbar negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den är felaktig	Information utan krav på sekretess eller medför försumbar negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild personom den röjs för obehörig	Information som inte har krav på tillgänglighet eller inte medför eller medför försumbar negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte är tillgänglig	Information som inte har krav på spårbarhet eller inte medför eller medför försumbar negativ konsekvens för egen eller annan organisation eller för enskild person om den inte kan spåras

SALA KOMMUN

Kommunstyrelseförvaltningen

Riskanalys och riskhantering
Alla informationstillgångar och verksamheter är utsatta för risker. För alla viktiga verksamhetskritiska informationstillgångar ska därför upprättas riskanalyser. Arbetet med riskanalysen ska identifiera och värdera tänkbara störningar,allvarliga händelser samt extraordinära händelser.

Arbetet ska fokusera på förebyggande åtgärder och syftar till att säkerställa hanteringen och skydda informationstillgångar. Risker som identifieras ska hanteras och åtgärder vidtas. Riskanalysen ska revideras vid förändring av verksamheten, av IT-stödet, av rättsliga krav eller av annan förändring som påverkar riskanalysen.

Hantering av incidenter
Incidenter, risker och säkerhetsmässiga svagheter ska rapporteras i verksamhetens avvikelsehanteringssystem och tillställas närmaste chef. Chefen ansvarar sedan för att åtgärder vidtas för att minimera skada, åtgärda brister eller vidta åtgärder för att eventuell brottslighet utreds och anmäls. Om rapporterad eller incident avser brister i datasystemet ska även systemägaren informeras.

UPPFÖLJNING OCH REVISION
Säkerhetspolicyn revideras årligen av säkerhetsstrategen. Policyn ingår som styrande dokument och kompletteras av kommunens övriga styrande dokument; policys, handlingsplaner, riktlinjer och tillämpningsrutiner.

Informationssamordnaren gör en årlig analys av informationssäkerheten för nämnden eller den egna verksamheten där rapporterade fel och säkerhetsincidenter för informationshantering samt förteckningen över använda system är en del. Analysen ska, om väsentliga risker identifierats, innehålla en riskanalys och förslag på åtgärder. Förteckning och analys delges styrgruppen för Informationssäkerhet; InfoSäk. Tillsynsrapporter är en bedömning av hur väl verksamheten efterlever lagstiftning och ska om det finns ingå i den årliga analysen.

Egenkontroll- internrevision
Uppföljning och inrapportering ska göras av informationssamordnare till nämnd, verksamhetens ledning och säkerhetsstrateg. Uppföljning görs av följande delar:

- Medarbetares kompetens; Andel medarbetare som kan uppvisa intyg på genomförd utbildning i DISA.
- Fungerande administrativa rutiner. Kontroll av att förvaltningsplan och styrande dokument för hanteringen finns upprättade för samtliga verksamhetsområdes system. Jämförs mot förteckning
- Fungerande rapportering av säkerhetsincidenter finns på respektive förvaltning/verksamhet. Kontroll i LISA eller genom inlämning av statistik.
- Analys görs regelbundet minst årligen och åtgärder vidtas vid risker. Kontroll att det ingår i verksamhetens inlämnade dokument

En sammanställning görs för hela kommunen av säkerhetsstrategen och delges kommunchef och kommunstyrelse.