



KALLELSE / FÖREDRAGNINGSLISTA

2017-01-31

ÄLDREOMSORGSNÄMNDEN

Tid	Torsdagen den 31 januari kl.14.00
Plats	Demokratin, Södertälje stadshus
Sekreterare	Johan Karlsson
Ordförande	Kerstin Pettersson (V)

Ärenden

1. Upprop

2. Protokollets justering

3. Fastställande av dagordning

Informationsärenden

4. Ordförande informerar

5. Socialdirektören informerar

6. Ekonomisk uppföljning

7. Information om Björkmossen

8. Information om platssituationen

9. Uppföljning av att kostpolicyn efterlevs

10. Bättre måltider i särskilt boende

**11. Gratis broddar för äldre – information om ärende beslutat i
kommunstyrelsen**

Beslutsärenden

12. Revisionsrapport nr 6/2016 – Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria

Dnr: ÄON 16/082

Beslutsunderlag

- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-01-13
- Revisionsskrivelse, daterad 2016-11-03
- Revisionsrapport 6/2016
- Yttrande över revisionsrapport – Granskning av kommunens hanteringar av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria”, daterad 2017-01-12

13. Verksamhetsplan och budget för äldreomsorgsnämnden 2017

Dnr: 16/072

Beslutsunderlag

- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad 2017-01-11
- Verksamhetsplan för äldreomsorgen med bilagor

14. Yttrande över remiss – ”Ökad insyn i välfärden”

Dnr: 16/084

Beslutsunderlag

- Handlingar eftersändes till mötet

15. Uppföljningsplan för verksamhet inom äldreomsorgen 2017-2019

Dnr: 17/001

Beslutsunderlag

- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad den 9:e januari 2017
- Uppföljningsplan för verksamheter inom äldreomsorgsnämnden 2017-2019 daterad den 9:e januari 201

16. Revidering av riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen

Dnr: 16/090

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad 2016-12-20
- Förslag till riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning.
- Riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och handikappomsorgen, daterade 2007-03-01

17. Anmälningssärenden

18. Delegationsbeslut

19. Övriga frågor

Med vänlig hälsning

Kerstin Pettersson (V)
Ordförande
Äldreomsorgsnämnden
Telefon (direkt): 08-523 030 72
E-post: kerstin.a.pettersson@sodertalje.se

Johan Karlsson
Sekreterare
Äldreomsorgsnämnden
Telefon (direkt): 08-523 018 95
Johan.Karlsson@sodertalje.se

Ärende 9. Underlag till
informationspunkten
Uppföljning av kostpolicy



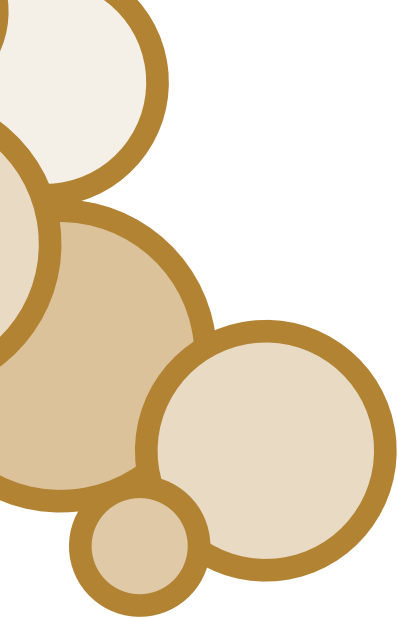
Södertälje
kommun



Kostpolicy

inom äldreomsorgen





”Alla matgäster, men även anhöriga, ska känna en trygghet i att det serveras välsmakande och näringsriktigt väl sammansatt kost inom Södertälje kommuns måltidsverksamheter. Maten som serveras ska vara säker avseende specialkost och livsmedelshygien. Den ska vara framställd under goda etiska förhållanden och med så låg miljöpåverkan som möjligt.”

Antagen av kommunfullmäktige
2010-03-29, § 62

Kostpolicy

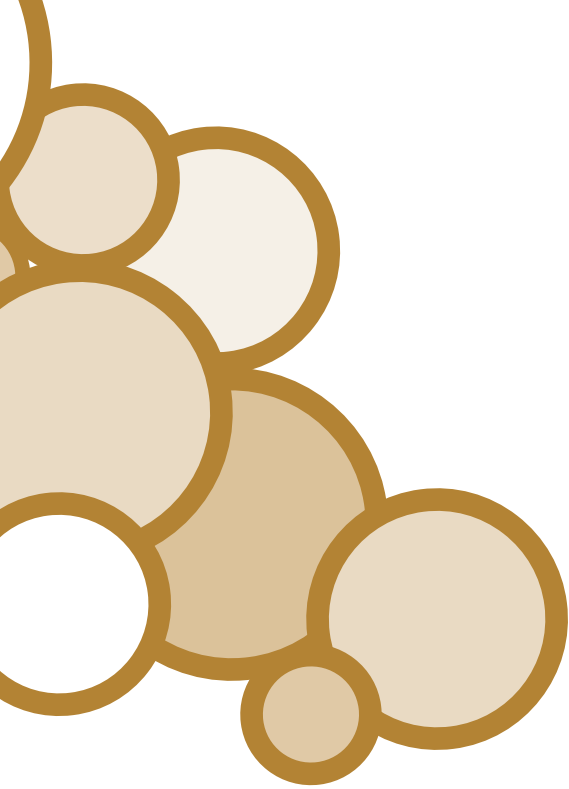
Kommunen har sin kostverksamhet inom skilda områden som utbildning, äldreomsorg och socialomsorgen. Kostpolicyn ska vara ett styrande dokument för att kvalitetssäkra måltidsverksamheten i det dagliga arbetet. Policyn kan även användas vid planering och uppföljning av måltidsverksamheten. Kostenheten och respektive resultatenhetschef ansvarar för att policyn efterlevs.

Kostpolicyn syftar bland annat till att:

- servera god mat av hög kvalitet och bra näringsinnehåll i kommunens samtliga verksamheter – måltiderna ska vara något man ser fram emot under dagen.
- säkerställa en bra näringsstatus och förebygga undernäring hos de äldre.
- genom måltiderna förebygga kostrelaterade problem som övervikt och fetma och därigenom minska risken för till exempel diabetes, högt blodtryck samt hjärt- och kärlsjukdomar.
- betona måltiden som en viktig källa för sociala kontakter, speciellt inom omsorgens verksamheter.
- sträva efter att göra de bästa valen ur etiska och miljömässiga utgångspunkter.
- hålla hög kvalitet på livsmedelshygien.
- åstadkomma vackra och ändamålsenligt måltidsmiljöer.

Kostpolicyn på de följande sidorna är formulerad i ett antal konkreta punkter och målsättningar under olika rubriker.





Näring

- Maten ska vara god och omväxlande. Den ska vara fri från onödiga tillsatser och omväxlande och ska gå att ursprungs- och näringsdeklareras så långt det är möjligt. Härdat fett (transfett) får ej serveras.
- Nattfastan för de äldre ska inte överstiga elva timmar. Måltiderna för övrigt ska vara väl utspridda över dygnet. Om behov finns om nattfastan blir för lång skall möjlighet till ett nattmål finnas.
- Boendeformer med totalt måltidsansvar ska servera frukost, lunch, middag samt tre mellanmål.
- De äldre ska även ha god tillgång till drycker så att de får i sig tillräckligt med vätska. Hänsyn måste tas till äldres hjälpbehov och sväljsvårigheter. Måltiderna ska vara utformade enligt de svenska näringsrekommendationerna för äldre.
- Måltiden får aldrig bli en rutin. Måltiden ska anpassas så att den boende inte blir stressad. Det är viktigt att skapa lugn och ro under måltiden och att duka på ett inbjudande sätt. Det är mycket viktigt att verksamheterna arbetar aktivt för att skapa matglädje för de äldre i form av att till exempel erbjuda ett glas vin i samband med måltiden.
- För äldre är det speciellt viktigt att det tillhandahålls specialkost efter olika individuella behov. Specialkost kan vara dietkost, energiberikad kost, extra näringstillskott, passerad kost, gelékost, flytande kost samt önskekost. Specialkost för olika sjukdomar ska kunna levereras vid särskilda behov efter intyg av läkare eller dietist.

Hållbar utveckling och måltidsmiljö

- Kommunen ska verka för ökad ekologisk odling genom att i möjligaste mån köpa ekologiska livsmedel.
- Kommunen ska verka för upphandlingssätt som gynnar närodlade och närproducerade produkter. Strävan ska vara att minimera antalet varutransporter till enheterna. Verksamheterna ska sträva efter att årstidsanpassa råvarorna för att på så sätt minska transportsträckor.
- Genmodifierade organismer (GMO) ska undvikas så långt det går att spåra. Verksamheterna ska också välja etiskt märkta produkter i så stor utsträckning de kan och ej servera rödlistade eller utrotningshotade arter.
- Samtliga kök ska vara KRAV-certifierade och säkerställa miljövänliga arbetsmetoder samt ett miljövänligt inköpsmönster, de ska även vidta åtgärder för att minska matsvinn ur såväl miljösynpunkt som pedagogisk synpunkt. Allt avfall ska källsorteras.
- Vid utformningen av restauranger ska man sträva efter att acceptabel ljudnivå (inte över 65 dB) uppnås.
- Miljökontoret ska ha ett konsultativt förhållningssätt gentemot köksverksamheterna. Samtliga kök ska följa gällande livsmedelslagstiftning, kommunens hygienpolicy samt utgå från kommunens egenkontrollprogram. Programmet ska enheterna själva anpassa för den egna

verksamheten. Detta gäller även cafeteriaverksamheter.

- Varje enhetschef, matråd eller liknande bör undersöka möjligheten att skapa mötesplatser för alla äldre genom att servera gemensamma måltider.
- Varje resultatenhetschef ansvarar för att det finns ett matråd eller liknande som kan påverka matsedeln samt stimulera engagemang för bra måltider och trevlig måltidsmiljö inom sin verksamhet. Ett sätt kan vara att skapa några tillfällen för möjlighet att föreslå önskematsedel.
- Maten ska tillagas i ändamålsenliga kök så nära matgästerna och serveringstillfället som möjligt. Kommunens strävan är att fortsätta utbyggnaden av antalet tillagningskök.
- Gällande brukare med behov av särskild omsorg på grund av till exempel funktionshinder ska tillräcklig tid avsättas för hjälp vid måltiden. Måltiden och hjälpmedel ska anpassas utifrån den ätandes behov.
- Matgästerna ska få ett bra bemötande. Det ska finnas gemensamma överenskommelser för trivsel och ordning i varje matsal. Miljön ska vara ordnad så att alla matgäster får en god måltidsservice och tycker att det är trevligt att äta. Måltiderna ska även presenteras på ett aptitligt sätt som främjar goda matvanor.



Kvalitet

- Matgästernas behov ska vara utgångspunkten i arbetet för varje anställd. Verksamheterna ska sträva efter att uppmuntra personalen att delta i måltiden med brukarna.
- Brukare på vård- och omsorgsboenden samt på våra dagliga verksamheter ska kunna vara med och baka bröd, förbereda måltiderna eller hjälpa till i disken. Detta kan till exempel ske genom kökspraktik och pedagogisk matlagning ute på avdelningarna.
- Enkel och konkret information om kommunens måltider ska finnas lätt tillgänglig på vård- och omsorgsverksamheter och på till exempel internet.
- All personal som hanterar livsmedel inom kommunens verksamheter ska regelbundet genomgå adekvata utbildningar.
- Av livsmedelssäkerhetsskäl så ska all kökspersonal bära enhetliga arbetskläder avsedda för kök.
- Inom vård och omsorg ska mat och näring ses som en integrerad del av omvårdnaden.
- Det ska vara enkelt för samtliga kök att handla ekologiskt och närproducerat. Utbud och aktuella priser måste tydligt framgå. Upphandlings- och inköpssystem måste stödja detta.
- Kostpolicyn ska stämmas av vartannat år.
- Budgetmedel ska avsättas så att kvalitetskraven uppnås. Kostnaderna för måltiderna ska åtminstone räknas upp med index så att ingen urholkning av matkvaliteten sker.
- Måltidsverksamheten bör kontinuerligt utvärderas via brukarenkäter.





Ärende 10. Underlag till informationspunkten Bättre måltider i särskilt boende

Rapport | 2017-01-12

Uppföljning

– av "Bättre måltider för äldre"

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	3
2. Tillvägagångssätt	3
3. Glasberga	3
4. Ljungbacken.....	4
5. Gustavgården (Värmdö).....	5
6. Analys och slutsats.....	5

1. Bakgrund

Äldreomsorgen i Södertälje har som målsättning att de boende på kommunens vård- och omsorgsboenden ska se fram emot måltiden som en av dagens höjdpunkter.

- Alla boende ska vara nöjda med den mat som serveras på kommunens vård- och omsorgsboenden.
- Maten ska vara näringsriktig och de boende ska tycka att maten är god.
- Måltidssituationen ska upplevas trevlig och vara anpassad efter de boendes individuella förutsättningar och önskemål.

Under sommaren 2015 inleddes, som ett led i att uppnå dessa mål, ett arbete med att öka valfriheten gällande mat och måltidssituationen på kommunens vård- och omsorgsboenden. De två boenden i kommunen som har egna tillagningskök, det vill säga Glasberga och Ljungbacken, började i december 2015 att, på försök, servera två olika rätter till lunch. I den processplan som upprättades för arbetet framgick att försöket skulle pågå fram till hösten 2016 och därefter utvärderas.

Syftet med försöket var att, utifrån erfarenheter och lärdomar från Glasberga och Ljungbacken, utreda förutsättningarna för att bredda möjligheten för boende på kommunens vård- och omsorgsboenden att få välja mellan två rätter till lunch.

2. Tillvägagångssätt

Under november och december 2016 har en uppföljning av försöket med servera två olika rätter till lunch genomförts. Vid uppföljningen har intervjuer genomförts med resultatombudschef för kommunens vård- och omsorgsboenden, resultatombudschef för kostenheten samt resultatombudschef, gruppchefer och omvårdnadspersonal vid Glasberga och Ljungbacken. Ett studiebesök har också gjorts på Gustavgårdens vård- och omsorgsboende i Värmdö, där de arbetat med flera alternativa lunchrätter under flera år och är mycket nöjda med resultaten.

3. Glasberga

På Glasberga finns ett tillagningskök som levererar varm lunch till boendegruppernas mottagningskök fem dagar i veckan samt kall lunch under helgen. Köket levererar huvudkomponenten i maträtten och boendet tillagar tillbehören. Boendet har en nära dialog med köket.

På Glasberga arbetar omvårdnadspersonalen med att, i möjligaste mån, vara flexibla gällande de boendes måltidsönskemål. De kan ibland laga till flera olika tillbehör för att individanpassa måltiden. De kan också laga någon enklare måltid, som toast, omelett eller matigare smörgås,

om någon av de boende inte skulle vilja ha den mat som serveras. De boende kan påverka vilken mat som ska serveras genom deltagande i matråd eller genom att lämna in önskemål till köket.

Glasberga började i december 2015 med att, på försök, servera två olika rätter till lunch i samtliga boendegrupper. Försöket pågick fram till maj 2016 då det avslutades på grund av att boendet upplevde förfarandet som övervägande problematiskt.

Den erfarenhet som personalen, på så väl demensgrupperna som på omvårdnadsgrupperna, har av försöket med att servera två olika lunchrätter är att det inte föll väl ut. Måltidssituationen blev stökig samt orolig och konflikter uppstod mellan de boende om vilken mat de skulle ha. Efter att de återgick till att enbart servera en måltid igen så blev måltidssituationen betydligt lugnare.

Ekonomisk uppföljning av kostnaderna visar också att boendets matkostnader ökade med ca.19 tkr per månad i samband med försöket.

För att dämpa oron runt måltidssituationen och minska konflikterna mellan de boende behöver förfarandet ses över och utvecklas så att det anpassas efter boendets förutsättningar. Exempelvis kan beställningar till tillagningsköket göras i förväg för att förenkla måltidsplaneringen. Vissa förberedelser kan då göras längre i förväg. Matsvinnet kan minskas när tillagningskök och mottagningskök får möjlighet att planera inköp i god tid.

4. Ljungbacken

På Ljungbacken finns ett tillagningskök som levererar varm lunch till boendegrupperna alla dagar i veckan. På Ljungbacken finns också ett vårdshus. Boendet betalar köket per levererad portion. Kostnaden per matportion är något högre än på övriga boenden men till skillnad från övriga boenden så får Ljungbacken hela måltiden levererad, inkl. samtliga tillbehör.

Uppfattningen i tillagningsköket är att matsvinnet minskat i samband med att de började servera två olika rätter till lunch. De har fått en bättre ekonomi och kan nu även leverera viss ”guldkant” till boendet för samma portionskostnad. Resultatenhetschefen berättar bland annat att de haft en skaldjursbuffé och att de ibland kan få en tårta eller en ostbricka levererad utan att de behöver betala extra för det.

På boendet serveras alltid ett lunchalternativ som utgörs av klassisk husmanskost samt ett något mindre traditionellt alternativ. Boendegrupperna beställer upp båda alternativen men oftast mer av det mer traditionella då det brukar vara störst åtgång på detta. Då all mat inkl. tillbehör levereras varm så behövs inga större förberedelser inför måltiden.

Såväl chefer som omvårdnadspersonal är mycket positiva till att låta de boende få välja mellan två rätter. De tycker att det har fungerat bra både i demens- och omvårdnadsgrupper. Om de boende får god tid på sig och inte stressas upplever de att de allra flesta vet vad de vill ha för alternativ. Det enda negativa som de erfarit är att det mest populära alternativet ibland tar slut och vissa boende då tvingas välja det andra alternativet.

Ljungbacken eftersträvar att de boende, i så stor utsträckning som möjligt, ska ha inflytande över maten och måltiderna. De boende kan alltid välja vad de vill ha till frukost och om någon av dem inte vill ha den rätt som serveras till middag har boendet möjlighet att tillaga något enklare alternativ så som smörgåsar eller omelett. Under 2017 kommer demensteamet att hålla i en utbildning om individanpassade måltider som riktar sig till omvårdnadspersonalen.

5. Gustavgården (Värmdö)

Gustavgården är ett stort vård- och omsorgsboende i Värmdö. Boendet har 110 boendeplatser fördelat på 11 boendegrupper. På boendet bor både demenssjuka personer och personer med omvårdnadsbehov. Boendet har ett tillagningskök som levererar varm lunch alla dagar i veckan. På Gustavgården finns också ett vårdshus.

Gustavgården har under fler år erbjudit de boende att välja mellan de tre olika rätter som serveras till lunch i vårdshuset. Ett av dessa alternativ klassas som "huvudrätt". Det är det alternativ som de flesta, av erfarenhet, troligtvis kommer att välja och också det alternativ som boendegrupperna beställer i de fall någon av de boende inte uttrycker något eget önskemål. En del demensgrupper beställer alltid lika mycket av alla tre alternativen för att ge de boende möjlighet att pröva alla alternativ. Något som boendegrupperna tycker fungerar bra.

Tillagningsköket på Gustavgården levererar all mat som serveras på avdelningarna, inkl. frukost och mellanmål. Mot bakgrund av detta är det svårt för köket att ta fram någon exakt kostnad per portion men kökschefen säger att kostnaderna och matsvinnet har gått ner successivt sedan de började låta de boende välja mellan olika lunchrätter. Köket uppvisade 2016 sitt historiskt bästa resultat.

Kökschefen tror att en av anledningarna till det goda resultatet och minskade matsvinnet är att de kan återanvända mat som de tidigare slängt. Blir det exempelvis potatis över en dag så kan detta användas till att göra broccolibiffar eller som bas i en potatissoppa, vilket kan bli nästkommande dags andra eller tredje alternativ.

På Gustavgården har omvårdspersonal och boende en nära dialog med köket. De har kontinuerliga möten där de kan ta upp det som fungerar bra och det som fungerar mindre bra. Köket uppmuntrar delaktighet och strävar efter att tillmötesgå de olika önskemål som inkommer. De tillagar ofta internationell mat som andra eller tredje alternativ, vilket är mycket uppskattat. Många av de boende vill gärna prova nya rätter och tycker att detta är ett spännande inslag i vardagen.

6. Analys

Uppföljningen av det försök som genomförts på Glasberga och Ljungbacken visar att de två boendena har mycket olika erfarenheter av arbetet. På Glasberga föll försöket inte väl ut i någon

boendets boendegrupper, vilket medförde att boendet valde att avsluta försöket i maj 2016. Ljungbacken har helt andra erfarenheter och de chefer och den omvårdspersonal som intervjuats är endelat positiva till att fortsatt servera två rätter till lunch.

Ljungbacken, i likhet med Gustavgården i Värmdö, har även minskat kostnader och matsvinn sedan valmöjligheten infördes. På Glasberga ökade däremot kostnaderna i samband med försöket.

Då skillnaderna är så väsentliga är det svårt att, i dagsläget, göra en bra utvärdering av vad som krävs för ett breddinföra möjligheten att välja mellan två rätter på kommunens vård- och omsorgsboenden.

De praktiska förutsättningarna på Glasberga skiljer sig från Ljungbacken så till vida att det enbart är huvudkomponenten som levereras till boendegruppernas mottagningskök på Glasberga medan Ljungbacken får hela måltiden levererad. Det innebär att omvårdnadspersonalen på Glasberga har en högre arbetsbelastning i samband med måltiderna då förberedelserna är betydligt mer omfattande än på Ljungbacken.

För att möjliggöra för Glasberga att återuppta serveringen av två rätter till lunch behöver därför arbetssättet anpassas efter boendets förutsättningar. Om beställningar till köket kan göras i förväg förenklar detta den dagliga planeringen av måltiderna. Vissa förberedelser kan då göras med längre framförhållning och matsvinnet minimeras om tillagningskök och mottagningskök får möjlighet att planera inköp och råvarunyttjande i god tid.

7. Fortsatt planering

För att kunna utvärdera resultaten av försöket behöver Glasberga beredas möjlighet att arbeta annorlunda än Ljungbacken och en ny uppföljning av försöksboendenas resultat, utifrån denna förändring, bör göras innan sommaren 2017. Mot bakgrund av uppföljningsresultaten kan sedan lämpliga beslut om vad som krävs för att breddinföra arbetssättet fattas. Då kommunens vård- och omsorgsboenden har olika förutsättningar och de flesta av boendena idag får kall mat levererad till boendenas mottagningskök måste troligtvis arbetssättet se olika ut på olika boenden.

Under hösten 2017 ska kommunens samtliga vård- och omsorgsboenden ta fram en plan för införande av två lunchalternativ under 2018. Planen kommer att redovisas för nämnden i december 2017.



TJÄNSTESKRIVELSE

2017-01-05

Social- och omsorgskontoret

Kommunstyrelsen

Ärende 11. Underlag till informationspunkt om kommunstyrelsens beslut i utredning om gratis broddar för äldre

Gratis broddar för äldre

Dnr: KS 16/397, ÄON 16/089

Sammanfattning av ärendet

Kommunstyrelsen beslutade den 25 november 2016 § 221 att ge stadsdirektören i uppdrag att utreda för- och nackdelar med att Södertälje kommun inför gratis utdelning av broddar till personer över 70 år som är skrivna i kommunen.

Av bilagda PM framgår att kostnaden för verksamhet med erbjudande om gratis broddar beräknas uppgå till 2,3 Mkr, beroende av hur många som tar ut broddar och på upphandling kan kostnaden bli lägre. I de kommuner som erbjudit gratis broddar har verksamheten uppskattats av målgruppen men effekten har inte kunnat mätas. I andra kommuner har förslag om gratis broddar prövats men avslagits på grund av att det inte finns evidens för effekterna och att det inte är i överensstämmelse med likabehandlingsprincipen enligt kommunallagen.

Av kunskapssammanställning från Sveriges kommuner och landsting framgår att det sällan är en enskild orsak till att personer faller utan flera faktorer som exempelvis läkemedel, balans, dålig syn eller dåligt underlag.

Kommunförvaltningen föreslår att medel till erbjudande om gratis broddar till personer över 70 år inte anslås på grund av för hög kostnad, brist på evidens och att det kan strida mot likabehandlingsprincipen i kommunallagen.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad den 5 januari 2017

Bilagda PM daterad den 5 januari 2017

Skrivelse från Kommunalrådskansliet, S, MP och V daterad 25 november 2016

Skrivelse från Kommunala pensionärsrådet daterad den 10 oktober 2016

Fallskador bland äldre

<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/fallskador-bland-aldre-en-sammanfattning-av-en-kunskapsoversikt-om-fallskador.html>

Samhället kostnader för fallolyckor

<https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/25878.pdf>

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Kommunförvaltningens förslag har inga ekonomiska effekter

Kommunförvaltningens förslag till kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen beslutar att medel till utdelning av gratis broddar till pensionärer inte anslås.



Rickard Sundbom

Stadsdirektör



Lenita Granlund

Socialdirektör

Handläggare: Inga-Lena Palmgren

utredare

stab

Telefon (direkt): 08- 523 038 60

E-post: inga-lena.palmgren@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Äldreomsorgsnämnden

Kommunala pensionärsrådet

Akten



Rapport | 2017-01-05

Gratis broddar till äldre

Inga-Lena Palmgren

utredare

stab

Telefon (direkt): 08-523 038 60

E-post: inga-lena.palmgren@sodertalje.se

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Bakgrund	3
3. Fallskador.....	3
3.1 Orsaker	3
3.2 Kostnadsfördelning	5
3.3 Effekter	5
4. Andra kommuner, exempel.....	6
5. Ekonomiska konsekvenser	7

1. Sammanfattning

Förvaltningens uppdrag är utreda för- och nackdelar med att Södertälje kommun inför gratis utdelning av broddar till personer över 70 år, kostnad för Södertälje kommun, erfarenheter och effekter från andra kommuner och förutsättningar att genomföra detta tillsammans med andra samarbetspartners.

Av denna PM framgår att kostnaden för verksamhet med erbjudande av gratis broddar beräknas uppgå till 2,3 Mkr, men beroende på hur många som tar ut broddar och upphandling kan kostnaden bli lägre. Erfarenheter från andra kommuner, som beslutat om utdelning av gratis broddar, är att uttaget av broddar varierar från ca 25 % till drygt 70 % av målgruppen. Verksamheten har i andra kommuner uppskattats av målgruppen men effekterna har inte gått att mäta.

Kommuner som beslutat att avslå framställan om att införa utdelning av gratis broddar har bland annat framfört att det saknas evidens för att det har positiva effekter men också att det kan strida mot kommunallagen och att det inte ingår i det kommunala uppdraget.

Förutsättningarna för att tillsammans med andra samarbetspartners genomföra verksamheten har inte utretts eftersom utredningstiden varit för kort. Om medel anslås till gratis broddar måste en upphandling genomföras som tar cirka tre månader.

Av kunskapssammanställning från Sveriges kommuner och landsting framgår att det sällan är en enskild orsak till att personer faller utan flera faktorer som exempelvis läkemedel, balans, dålig syn eller dåligt underlag.

2. Bakgrund

Kommunstyrelsen beslutade den 25 november 2016 § 221 att ge stadsdirektören i uppdrag att utreda för- och nackdelar med att Södertälje kommun delar ut gratis broddar till personer över 70 år som är skrivna i kommunen. Utredningen ska presenteras för kommunstyrelsen senast januari 2017 och särskilt beskriva beräknade kostnad för Södertälje kommun, erfarenheter och effekter från andra kommuner och förutsättningar att genomföra detta tillsammans med andra samarbetspartners.

3. Fallskador

3.1 Orsaker

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har publicerat rapporten Fallskador bland äldre som är en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador

<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/fallskador-bland-aldre-en-sammanfattning-av-en-kunskapsoversikt-om-fallskador.html>

I rapporten framgår bland annat om var fallskador sker:

”Inomhus och på plant golv

Man kan lätt tro att de flesta fallen sker från hög höjd, som från en stol. En vanlig föreställning är också att de flesta fallen sker när man ska resa sig upp eller när man ska gå på toaletten på natten. Så är det dock inte. Kunskapssammanställningen visar att de allra flesta fallskador sker inomhus på ett plant golv, när man redan är uppe och rör sig. Ofta säger man att den utlösande faktorn är möbler, mattor, golv eller alkoholkonsumtion. Det kan vara *en* bidragande orsak, men det kan också finnas andra förklaringar som felaktig läkemedelskonsumtion, dålig balans eller felaktiga glasögon

Utomhus och på vintern

De som skadas utomhus är ofta under 80 år och vistas ofta ute. Ungefär en tredjedel av de fallolyckor som drabbar äldre och som kommer i kontakt med akutvården, sker utomhus. Många av dessa olyckor inträffar på snö och is. Eller också är något föremål som steg, trappa eller hjälpmedel inblandat. Därför tror man att många fall utomhus borde kunna förebyggas. Närmare 75 procent av fallolyckorna utomhus relaterar till olika former av markunderlag. Samtidigt är den fysiska miljön *en* orsak, fallet beror också på den enskilda personens förmåga och beteende. Vintermånaderna december till mars är helt dominerande när det gäller skador utomhus och betydligt fler kvinnor än män drabbas.”

I SKL:s rapport finns också sammanställning av de viktigaste förebyggande insatserna från kommunen/landstinget som är:

- ”• Kommunal plan i nära samarbete med landstinget
- Utbildning/information till både äldre och personal
- Individuell riskbedömning för personer med ökad fallrisk
- Förebyggande insatser på särskilda boenden/sjukhus
- Läkemedelsgenomgångar
- Sekundärprevention för individer som redan fallit en gång
- Snöröjning/sandning/bra utebelysning
- Fysisk träning även för mycket gamla”

Av kunskapssammanställningen framgår att det sällan är en enskild orsak till att personer faller utan flera faktorer som exempelvis läkemedel, balans, dålig syn eller dåligt underlag.

3.2 Kostnadsfördelning

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har i rapporten Samhällets kostnader för fallolyckor beskrivet kostnadsfördelningen och av rapporten

(<https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/25878.pdf>) framgår bland annat följande:

”Ofta finns ett intresse av att kartlägga vilka aktörer som bär vilka kostnader i samband med en olycka. Det är dock viktigt att notera att de kostnadsbärare som redovisas i detta sammanhang är primära och står för de utbetalningar som blir aktuella i samband med olyckan. Den egentliga kostnadsbäraren är i slutändan alltid individen i rollen som skadad, skattebetalare, förvärvsarbete eller anhörig.

Omkring 45 procent av den totala kostnaden bärs av den offentliga sektorn. Landstinget står för den största andelen av denna kostnad medan individen bär den största kostnaden i den privata sektorn. Av den totala kostnaden bär individerna 45 procent eller 10 miljarder vilket motsvarar drygt 1000 kronor per invånare.

Individ 45%
Landsting 28%
Kommun 12%
Näringsliv 10%
Stat 6%”

3.3 Effekter

Den direkta effekten av förebyggande insatser är svår att mäta på kort sikt. Effekten av att dela ut gratis broddar har inte kunnat mätas hos någon av de kommuner som infört systemet. En effektutvärdering kräver en utarbetad metod för uppföljning och utvärdering, samverkan med andra är en förutsättning. Som tidigare nämnts är det flera bakomliggande orsaker till fallolyckor vilket innebär svårigheter att mäta effekt av en enskild insats.

Om en fallolycka inträffar kan det få stora konsekvenser för individen, kommunen och landstinget. Av rapporten från SKL (se ovan punkt 3.1) framgår att de som skadas utomhus ofta är under 80 år och vistas ofta ute. Ungefär en tredjedel av de fallolyckor som drabbar äldre och som kommer i kontakt med akutvården, sker utomhus. Många av dessa olyckor inträffar på snö och is.

En fallolycka kan innebära att den enskilde får behov av hemtjänstinsatser som inte tidigare behövts. Om en fallolycka kan förhindras är det stora vinster framförallt för individen men också för samhället i övrigt.

Kunskapssammanställningen från SKL "Fallskador bland äldre" avslutas med frågeställningarna:

"Allmänt skadeförebyggande för +65 tveksamt?"

Allmänt förebyggande insatser för +65 är kanske tveksamt? Det finns i alla fall än så länge ingen evidens för att det fungerar. De allmänna aktiviteter/insatser som är både hälsofrämjande i stort och skadeförebyggande gäller i princip alla människor i alla åldrar, även om betydelsen av vissa aktiviteter ökar i takt med åldern. Kanske de allmänt hälsofrämjande och förebyggande insatserna inte ska vara så fokuserade på att man just fyllt 65 år? Kan det t.o.m. vara kontraproduktivt? "Bara för att jag fyllt 65 år vill kommunen att jag... jag är väl inte gammal heller!" Man kan alltså ställa frågan om man ska ha allmänna insatser riktade till just människor som fyllt 65 år. WHO rekommenderar fallförebyggande insatser efter fyllda 70 år. Kanske är det bättre med folkhälsoinsatser som riktas mot hela befolkningen?

Allmänt skadeförebyggande för +80?"

När det gäller allmänt skadeförebyggande insatser för människor som är över 80 år finns det däremot större anledning att tala om riktade insatser till just den åldersgruppen. I de åldrarna finns ofta ett behov av att särskilt kolla ögonen, se till att man får tillräckligt med sol/D-vitamin (särskilt för kvinnor), att man gör en läkemedelsgenomgång och att man får råd om lämplig fysisk aktivitet. Man kan också behöva hjälp med att kolla den fysiska miljön och vissa produkter, som skor och mattor. Alla insatser bör respektera individers behov av integritet och bygga på förståelse för svårigheter att påverka människors beteenden."

4. Andra kommuner, exempel

Kommunerna i landet gör på olika sätt och någon sammanställd statistik finns inte, det är inte heller alla kommuner som behandlat frågan. Exempel på hur andra kommuner har arbetat med frågan om gratis broddar har undersökts genom telefonsamtal, beslutsunderlag eller genom att läsa på respektive kommuns hemsida. Frågan om att erbjuda gratis broddar har ofta väckts genom ett medborgarförslag eller från kommunala pensionärsrådet (eller motsvarande). Det som redovisas här är ett axplock av olika kommuners bedömningar.

Argumenten för att starta verksamhet med erbjudande om gratis broddar anges ofta till att förebygga fallskador. Exempel på kommuner, som för andra året eller längre, beslutat att erbjuda broddar till alla pensionärer över 65 år är Haninge, Göteborg och Borås. Stockholms kommun erbjuder, från vintern 2016/17, broddar till målgruppen 75 år och äldre som har insatser i form av hemtjänst och/eller trygghetslarm. Gemensamt för kommunerna som erbjuder broddar är att det för med sig administrativa insatser exempelvis i form av informationsbrev, med kupong, till alla som är berättigade till ett par broddar och att distribution och utprovning organiseras. Dessutom tillkommer kostnader för upphandlingsförfarande.

Några kommuner, exempelvis Huddinge och Kungsbacka, har erbjudit broddar som engångsinsats. Oavsett om det är en engångsinsats eller inte, för verksamheten med sig kostnader för administration, distribution och upphandling.

I kommuner som avslagit förslag om att införa gratis broddar är ett motiv att det saknas evidens för att det har effekt. Ett annat motiv är att det kan strida mot likabehandlingsprincipen enligt kommunallagen. I kommunallagen 2 § står det: kommuner och landsting skall behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. Exempel på kommuner som avslagit förslag om broddar är Mjölby, Katrineholm och Bollebygd. Dessutom anförs i både Mjölby och Katrineholm att det inte ligger i det kommunala uppdraget att dela ut broddar eller annan personlig skyddsutrustning.

5. Ekonomiska konsekvenser

Beräkning av kostnader har gjorts i enlighet med uppdraget från kommunstyrelsen.

Utgångspunkten är ett antagande om att varje broddpar kostar 200 kronor (källa: apotekets broddar kostar i december 2016, 189 – 239 kronor). En upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) måste genomföras. Om upphandlingsbeloppet överstiger 534 890 kr (gräns för direktupphandling) och upp till cirka 1 900 000 kr är det en förenklad upphandling. Tiden för upphandling kan beräknas till cirka tre månader, där anbudstiden beräknas till en månad och för/efterarbete resten av tiden.

I den kravspecifikation som måste föregå en upphandling bör krav ställas på broddar som täcker hela sulan och på broddar som fästs under hälen. Den enskilde ska kunna välja utifrån hur lätt det är att ta på och av broddarna.

Beräkning

Totalt antal personer över 70 år 2017 är 11 160 (källa kommunens befolkningsprognos)

Kostnad

om 100 % av målgruppen tar ut broddar	2 232 000 kr
---------------------------------------	--------------

Kostnad

om 50 % av målgruppen tar ut broddar	1 116 000 kr
--------------------------------------	--------------

Administration

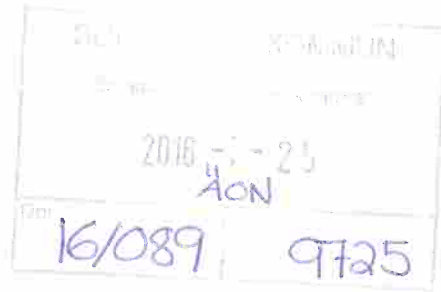
(beräknat en månads kontorsarbete arbete plus
papper, kuvert porto)

100 000 kr

Tillkommer ytterligare kostnader för upphandling,
distribution, utprovning mm.

Den årliga kostnaden som tillkommer efter införande är svår att beräkna men målgruppen ökar årligen med de som fyller 70 år under året och med de nyinflyttade.

Kommunförvaltningen föreslår att medel till erbjudande om gratis broddar till personer över 70 år inte anslås på grund av för hög kostnad, brist på evidens och att det kan strida mot likabehandlingsprincipen i kommunallagen.



1 (2)

2016-11-25

Kontor

Kommunalrådskansliet
Socialdemokraterna
Miljöpartiet
Vänsterpartiet

Kommunstyrelsen

Ärende 23 uppdrag att utreda gratis broddar för äldre

Under vintertiden försvåras framkomligheten och tillgängligheten i samhället. Snötäcken och halka försvårar mest för den som redan tidigare känner sig osäker på hur man ska ta sig fram. Bland de som drabbas allra mest är våra pensionärer. Det är också en grupp som är kraftigt överrepresenterad avseende fallolyckor vintertid.

Kommunala pensionärsrådet (KPR) har, mot bakgrund av ovanstående problematik, föreslagit i en skrivelse till kommunstyrelsen att Södertälje kommun skulle ansvara för gratis tilldelning av broddar till alla äldre över 70 år som är folkbokförda i kommunen.

Som KPR framhåller i sin skrivelse har bland annat Göteborg, Kramfors, Haninge och Huddinge redan infört gratis utdelning av broddar. Utifrån Göteborg kommuns kostnader uppskattar KPR vidare att det för Södertäljes del skulle medföra en kostnad på ca 2, 25 miljoner kronor.

När det gäller att dela ut broddar till alla personer över 70 år är det vid i en första anblick ett sympatiskt förslag. Fler äldre som använder broddar skulle sannolikt minska andelen fallolyckor under vinterhalvåret. Man kan också anta att ett innehav av broddar innebär att fler äldre faktiskt vågar gå ut under vintermånaderna, vilket i sig leder till högre livskvalitet. Samtidigt måste kostnaden för gratis broddar vägas mot andra viktiga behov som finns för att förbättra för kommunens äldre.

Ett sätt att minska kommunens kostnad för detta skulle kunna vara att en eller flera samarbetspartners samverkar med kommunen kring denna fråga, till exempel landstinget,

pensionärsorganisationer eller försäkringsbolag. I en del kommuner har utdelningen av broddar skett i samband med influensavaccinering.

Sammantaget anser vi att frågan bör utredas förutsättningslöst. Utredningen bör belysa för- och nackdelar med ett införande av gratis broddar och särskilt beskriva:

- beräknad kostnad för Södertälje kommun
- erfarenheter och effekter från andra kommuner
- förutsättningarna att genomföra detta tillsammans med andra samarbetspartners

Förslag till beslut

Att stadsdirektören ges i uppdrag att utreda för- och nackdelar med att Södertälje kommun inför gratis utdelning av broddar till personer över 70 år skrivna i kommunen.

Att utredningen ska presenteras för kommunstyrelsen senast januari 2017 och särskilt beskriva

- beräknad kostnad för Södertälje kommun
- erfarenheter och effekter från andra kommuner
- förutsättningarna att genomföra detta tillsammans med andra samarbetspartners



SKRIVELSE

2016-10-10

Kommunala pensionärsrådet

Kommunstyrelsen

Gratis broddar till alla äldre

Drygt sex gånger fler personer dör i fallolyckor än i vägtrafiken och sju gånger fler läggs in på sjukhus till följd av fall. Omkring 1600 personer dör varje år på grund av en fallolycka (4 varje dag) enligt myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Fallolyckor bland äldre är ett stort hälsoproblem som medför stora kostnader och lidande för den enskilde. De totala kostnaderna för fallolyckor är cirka 22 miljarder kronor per år. Av dessa kostnader står kommunerna för ungefär 45 %. På grund av denna anledning anser kommunala pensionärsrådet att frågan bör uppmärksammas mer i kommunen.

Snön och halkan innebär inte endast en ökad risk för fallolyckor, utan bidrar även till att äldre väljer bort att komma ut från sin bostad under vintern. Några kommuner som Göteborg, Kramfors, Haninge och Huddinge har beslutat att dela ut gratis broddar till äldre. Broddar på skorna minskar risken för halka och kan därmed minska fallskador och isolering.

Göteborgs kommun fick via upphandling ett pris på 150 kronor per halkskydd. I Södertälje kommun finns det ungefär 15000 personer 65 år och äldre. Det skulle innebära en kostnad för kommunen på cirka 2,250 mkr om alla skulle tacka ja till erbjudandet första året. Följande år skulle kostnaden bli betydligt mindre.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår kommunala pensionärsrådet att kommunstyrelsen ska ansvara för gratis utdelning av broddar till alla äldre över 70 år och som är folkbokförda i Södertälje kommun.

Ulla Rygin (S)

Ordförande kommunala pensionärsrådet

Handläggare: Elin Malmqvist

Samordnare kommunala pensionärsrådet

Telefon (direkt): 08 523 049 79

E-post: elin.malmqvist@sodertalje.se



TJÄNSTESKRIVELSE

2017-01-13

Social- och omsorgskontoret

Socialnämnden

Omsorgsnämnden

Äldreomsorgsnämnden

Ärende 12

Yttrande avseende revisionsrapport nr 6/2016 - Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria

Dnr: SN 16/086, OMS 16/085, ÄON 16/082

Sammanfattning av ärendet

På uppdrag av revisorerna i Södertälje har EY genomfört en granskning med syftet att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria.

I rapporten konstateras det att en grundläggande förutsättning för att ha en ändamålsenlig hantering är att faktiska avvikelser blir rapporterade. En närmare granskning av nämndernas kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser visar att det finns en risk för underrapportering av avvikelser. Otillräcklig rapportering av avvikelser kan leda till allvarliga kvalitetsbrister om de inte identifieras och hanteras i verksamheterna.

Granskningen visar också att det saknas en fastställd rutin för hanteringen av lex Maria.

Kommentar: Social- och omsorgskontoret ska under 2017 arbeta aktivt med avvikelshanteringen och hanteringen av lex Sarah och lex Maria då detta är ett prioriterat utvecklingsområde. Det konstateras i rapporten att det föreligger en risk för underrapportering av avvikelser, vilket kontoret även sedan tidigare identifierat som ett problem. Att hitta en systematik för rapportering av avvikelser och skapa en tydlig struktur och för att arbeta med avvikelsebaserat förbättringsarbete är således en naturlig del av det utvecklingsarbetet.

Att utveckla ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att det ska vara långsiktigt och hållbart. För att uppnå detta måste verksamheterna arbeta med att utveckla en organisationskultur där rapportering, hantering och analys av avvikelser ses som en naturlig del i det ständiga förbättringsarbetet.

Social- och omsorgskontoret föreslår att nämnden antar skrivelsen ”yttrande över revisionsrapport – Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria” daterad 2017-01-12 som sitt svar till revisionen.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-01-13

Revisionsskrivelse, daterad 2016-11-03

Revisionsrapport 6/2016

Yttrande över revisionsrapport – Granskning av kommunens hanteringar av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria”, daterad 2017-01-12

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

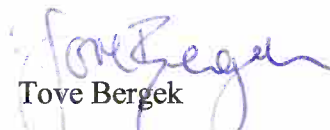
Förslaget medför inga ekonomiska konsekvenser.

Kontorets förslag till nämnden:

1. Nämnden antar skrivelsen ”yttrande över revisionsrapport – Granskning av kommunens hanteringar av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria” daterad 2017-01-12 som sitt svar till revisionen.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.



Lenita Granlund
Socialdirektör



Tove Bergek
Kvalitetsutvecklare

Handläggare: Tove Bergek

Kvalitetsutvecklare

Staben

Telefon (direkt): 08-523 03 592

E-post: tove.bergek@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Akten

Revisorerna



SKRIVELSE

2017-01-12

Social- och omsorgskontoret

Socialnämnden

Äldreomsorgsnämnden

Omsorgsnämnden

Yttrande över revisionsrapport - Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria

Dnr: SN 16/086, OMS 16/085, ÄON 16/082

På uppdrag av revisorerna i Södertälje har EY genomfört en granskning med syftet att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria. **Denna skrivelse innehåller kommentarer till de förslag som revisionen har lämnat och utgör nämndens svar till revisionen.**

I rapporten konstateras det att en grundläggande förutsättning för att ha en ändamålsenlig hantering är att faktiska avvikelser blir rapporterade. En närmare granskning av nämndernas kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser visar att det finns en risk för underrapportering av avvikelser. Otillräcklig rapportering av avvikelser kan leda till allvarliga kvalitetsbrister om de inte identifieras och hanteras i verksamheterna.

Granskningen visar också att det saknas en fastställd rutin för hanteringen av lex Maria.

Revisionsrapporten utmynnar i en rad konkreta förbättringsförslag när det gäller hanteringen av lex Sarah och lex Maria.

Här följer en redovisning av de förslag som ges i rapporten samt av det förbättringsarbete avseende hanteringen av avvikelser, lex Sarah och lex Maria, som planeras under 2017.

- Förslag: Fastställ en ändamålsenlig rutin för hanteringen av Lex Maria.

Kommentar: Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterskor kommer under 2017 att ta fram en rutin för denna hantering.

- Förslag: Komplettera rutinen för avvikelser enligt SoL och LSS med underrättelse till enskild, återkommande information till personal och analys av avvikelser.
Säkerställ i rutiner för avvikelshantering att det tydligt framgår hur avvikelser ska användas för att utveckla och förbättra verksamheten.

Kommentar: Under 2017 är arbetet med avvikelser ett prioriterat utvecklingsområde. I detta utvecklingsarbete ingår översyn av de rutiner som idag finns för hantering av avvikelser.

- Förslag: Nämnderna bör ha en uttalad målsättning att öka avvikelserapporteringen.

Kommentar: Då arbetet med avvikelser är ett prioriterat utvecklingsområde under 2017 bör nämnden ge social- och omsorgskontoret i uppdrag att återkomma med rapportering av hur arbetet med avvikelshantering utvecklas under året. En väl fungerade rapportering av avvikelshantering säkerställer kvalitet i verksamheterna och är viktigt del av kontroll och styrning för nämndera.

- Förslag: Följ inom ramen för egenkontrollen upp att information om rapporteringsskyldigheten ges till personalen.

Svar: I kvalitetsberättelsen följs detta upp och resultatet redovisas årligen till nämnderna. Verksamheternas ansvar för att själva, inom ramen för egenkontrollen, följa upp att detta görs bör dock förtydligas.

- Förslag: Överväg att införa IT-stöd för avvikelser i förhållande till SoL och LSS.

Svar: Under 2017 kommer social- och omsorgskontoret att undersöka möjligheterna att införa IT-stöd för avvikelshantering.

Sammanfattande kommentar: Social- och omsorgskontoret ska under 2017 arbeta aktivt med avvikelshantering och hanteringen av lex Sarah och lex Maria då detta är ett prioriterat utvecklingsområde. Det konstateras i rapporten att det föreligger en risk för underrapportering av avvikelser, vilket kontoret även sedan tidigare identifierat som ett problem. Att hitta en systematik för rapportering av avvikelser och skapa en tydlig struktur och för att arbeta med avvikelsebaserat förbättringsarbete är således en naturlig del av det utvecklingsarbetet.

Att utveckla ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att det ska vara långsiktigt och hållbart. För att uppnå detta måste verksamheterna arbeta med att utveckla en organisationskultur där rapportering, hantering och analys av avvikelser ses som en naturlig del i det ständiga förbättringsarbetet.

.

Södertälje kommun
Revisorerna

SÖDERTÄLJE KOMMUN	
Social- och Omsorgskontoret	
2016-11-03	
Dnr: 16/082	9604

Revisionsskrivelse
2016-11-03

Till: Omsorgsnämnden, Socialnämnden, Äldreomsorgsnämnden
För kännedom: Kommunfullmäktige

Revisionsrapport nr 6/2016 – Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria

På vårt uppdrag har EY genomfört en granskning med syftet att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah.

Inledningsvis konstateras i rapporten att en grundläggande förutsättning för att ha en ändamålsenlig hantering är att faktiska avvikelser blir rapporterade. En närmare granskning av nämndernas kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser visar att det finns risk för en underrapportering av avvikelser.

Av granskningen framgår att det finns en fastlagd rutin för Lex Sarah som i stort motsvarar kraven enligt SOSFS 2011:5. För att helt motsvara föreskrifternas krav behöver vissa delar av rutinen kompletteras och tydliggöras. Däremot finns i dagsläget ingen fastställd rutin för anmälan enligt Lex Maria.

Revisionsrapporten utmynnar i ett antal konkreta förslag till förbättringar när det gäller hanteringen av anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria.

Vi önskar kommentarer från omsorgsnämnden, socialnämnden och äldreomsorgsnämnden på de noteringar och rekommendationer som framgår av rapporten. Svar lämnas senast den 30 januari 2017.

För revisorerna i Södertälje kommun


Christer Björk


Sören Lekberg

Bilaga: Revisionsrapport nr 6/2016 – Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria

SÖDERTÄLJE KOMMUN	
Social- och omsorgskontoret	
2016-11-04 ACN	
Dnr 16/082	Diagn 9603

Södertälje kommun

Granskning av kommunens hantering av anmälningar
utifrån Lex Sarah och Lex Maria



Building a better
working world

Innehåll

1	Sammanfattning	2
2	Inledning	4
2.1	Bakgrund	4
2.2	Syfte.....	4
2.3	Avgränsningar.....	4
2.4	Ansvariga nämnder	4
2.5	Revisionskriterier	4
2.6	Metod.....	5
2.7	Kvalitetssäkring	5
3	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd	6
3.1	Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).....	6
3.2	Föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5).....	6
3.3	Föreskrifter och allmänna råd om lex Maria (SOSFS 2005:28)	7
4	Nämndernas ansvarsområden och organisation	8
4.1	Nämndernas ansvarsområden	8
4.2	Social- och omsorgskontoret.....	8
4.3	Organisation av kommunens hälso- och sjukvård.....	9
5	Ledningssystem och rutiner	9
5.1	Avvikelsehanteringen	10
5.2	Styrdokument för rapportering av missförhållande.....	11
5.3	Rapportering avvikelse enligt SoL och LSS	12
5.4	Styrdokument för avvikelserapportering enligt HSL	12
5.5	Tillämpning	13
5.6	Utbildning.....	13
6	Statistik över avvikelser, synpunkter och klagomål.....	14
6.1	Avvikelser och anmälningsärenden enligt lex Sarah och lex Maria	14
6.2	Nämndernas vidtagna åtgärder med utgångspunkt i avvikelserna	15
6.3	Bedömning.....	16
7	Svar på revisionsfrågorna	18
	Bilaga 1 Källförteckning.....	1
	Bilaga 2 Föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5)	2
	Bilaga 3 Processbeskrivning avvikelse enligt SoL och LSS	1
	Bilaga 4 Processbeskrivning avvikelse enligt HSL	2

1 Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna genomfört en granskning med syftet att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah.

När det gäller avvikelser som har bedömts som missförhållanden enligt Lex Sarah är slutsatsen att de är relativt få samtidigt som trenden är att de minskar. Under 2014 gjordes ingen anmälan enligt Lex Sarah. Allvarliga missförhållanden ska anmälas till IVO. År 2015 gjordes en anmälan per nämnd och hittills under 2016 två anmälningar inom äldreomsorgsnämndens ansvarsområde. Avvikelser som avser misstanke om vårdskador förekommer i än mer begränsad utsträckning. Sedan 2014, då två ärenden förekom, har det inte förekommit någon anmälan till IVO enligt Lex Maria.

För verksamhet som bedrivs i enlighet med SoL, LSS och HSL finns krav på att de ska omfattas av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ett syfte med ledningssystemet är att det ska bidra till att säkerställa att verksamheterna kan leva upp till de kvalitetskrav som följer av lagstiftning och föreskrifter, vilket bl.a. innebär att förhindra att avvikelser inträffar genom att rätt saker görs på rätt sätt.

När det faktiskt inträffar avvikelser blir hanteringen av dessa avgörande för att skapa en effektiv och säker verksamhet. Bristar i hanteringen av avvikelser kan leda till att allvarliga kvalitetsbrister eller risker för kvalitetsbrister inte identifieras och hanteras. Av den anledningen är det en grundläggande förutsättning att faktiska avvikelser blir rapporterade. Enligt vår bedömning bör därför ansvariga nämnder ha en uttalad målsättning att öka avvikelserapporteringen i syfte att bidra till att öka verksamhetens benägenhet att rapportera avvikelser. Vi har dock inte noterat att det finns en sådan uttalad målsättning hos nämnderna. Hantering av avvikelser bör vara ett viktigt medel för nämndernas interna styrning och kontroll. En väl fungerande bruttorapportering av avvikelser inom socialtjänst, verksamhet enligt LSS och enligt HSL ökar möjligheten att också identifiera avvikelser som ska leda till anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria.

Enligt vad som har framgått av nämndernas egna kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser så finns det en risk att det finns en underrapportering av avvikelser. Omsorgsnämnden respektive socialnämnden hade inom hälso- och sjukvårdsverksamheten 2015 förutom rapporteringen av läkemedelsavvikelser ingen avvikelse avseende verksamhet enligt HSL i övrigt. Vår bedömning är därför att ledningssystemet inte till fullo säkerställer att personalen agerar i enlighet med processer och rutiner för hanteringar av avvikelser generellt och enligt Lex Sarah och Lex Maria.

Nämnderna har fastställt ett ledningssystem enligt socialstyrelsens föreskrifter. För hanteringen av avvikelser hänvisas i ledningssystemet till riktlinjer, rutiner, checklista och blanketter som finns på intranätet. Enligt vår bedömning så har en rutin för Lex Sarah fastställts som i stort motsvarar kraven enligt SOSF 2011:5.

Avseende hantering av anmälan enligt Lex Maria så finns för närvarande en checklista och en processkarta men ingen rutinbeskrivning. Jämfört med rutinen för Lex Sarah finns utifrån checklista och processkarta för Lex Maria vissa oklarheter i hanteringen.

- I jämförelse med kvalitetsutvecklarens roll och ansvar avseende Lex Sarah anges inte hur medicinsk sjuksköterska ska återkoppla eller föreslå eventuella förbättringsförslag till verksamheten.

- ▶ Resultatombudschef ansvar för uppföljning av att vidtagna åtgärder är i jämförelse med rutin för lex Sarah inte definierad.
- ▶ Det är otydligt vilken resultatombudschef som är mottagare av avvikelserapporten beroende på vilken legitimerad personal som anmäler.

Bedömningen är att en rutin för anmälan enligt Lex Maria behöver dokumenteras och fastställas. Av rutinen bör framgå ansvar och roller, tillvägagångssätt för den interna utredningen, information till patient eller närstående, vad anmälan ska innehålla, åtgärder m.m.

Ett syfte med en anmälan enligt Lex Maria, men också enligt Lex Sarah, är att identifiera eventuella systemfel i verksamheten samt att kontinuerligt utvärdera och lära för att undvika upprepningar av den inträffade händelsen. Därför bör det också av rutinerna för Lex Sarah och Lex Maria tydligt framgå hur detta syfte ska säkerställas.

Ytterligare skillnad gäller användande av IT-stöd i rapporteringen. Registrering och dokumentering av vårdavvikelser görs i verksamhetssystemet Procapita vilket underlättar uppföljningen, som är av grundläggande betydelse för det systematiska kvalitetsarbetet. Vår bedömning är att det bör övervägas att, även för avvikelser i förhållande till SoL och LSS, införa ett IT-stöd för rapportering.

De intervjuade är förtrogna med rutiner, checklistor, blanketter etc. för hanteringen av avvikelser och vårdavvikelser. Enligt uppgift ges också information till personal vid anställning men också återkommande. Huruvida personalen faktiskt har kunskap om när och hur en anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria ska göras kan inte verifieras i denna granskning. Vi noterar dock att det inte har framgått av riktlinjer eller andra dokument, som vi tagit del av, att information till personalen ska ges när det gäller rapportering av vårdavvikelser. Inom ramen för egenkontrollen har det inte heller gjorts någon uppföljning av om information om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah faktiskt ges till personalen. Av omsorgsnämndens respektive socialnämndens kvalitetsredovisning per augusti 2016 har framgått att ca hälften av medarbetarna fått information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah.

Mot bakgrund av vad som har framkommit i granskningen föreslås:

- Fastställ en ändamålsenlig rutin för hantering av ärenden enligt Lex Maria.
- Komplettera rutinen för avvikelser enligt SoL och LSS med underrättelse till enskild, återkommande information till personal och analys av avvikelser.
- Nämnderna bör ha en uttalad målsättning att öka avvikelserapporteringen.
- Säkerställ i rutiner för avvikelshantering att det tydligt framgår hur avvikelser ska användas för att utveckla och förbättra verksamheten.
- Följ inom ramen för egenkontrollen upp att information om rapporteringsskyldigheten ges till personalen.
- Överväg att införa IT-stöd för avvikelser i förhållande till SoL och LSS.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

I socialtjänstlagens 14 kap. 2-7 § och 7 kap. 6 § finns bestämmelser som anger att verksamheter ska bedriva ett systematiskt förbättringsarbete. Motsvarande bestämmelser finns i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS 24 a-g §§ och 23 e §. Verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra sin kvalitet. Även i hälso- och sjukvårdslagen finns sådana bestämmelser. Av 31 § HSL framgår att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Enligt föreskriften SOSFS 2011:9 om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete kap 5 ska vårdgivare och den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Avvikelseanmälan och hantering av allvariga händelser enligt lex Maria, (SOSFS 2005:28) och lex Sarah (SOSFS 2011:5) ger anvisningar om hur kvalitetsbrister, som inneburit eller skulle kunnat medföra vårdskada eller missförhållanden, i verksamheten ska hanteras.

2.2 Syfte

Granskningen syftar till att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- Finns och tillämpas rutiner för hantering av anmälningsärenden?
- Finns det en kunskap i organisationen om när anmälan till Lex Sarah eller Lex Maria ska ske?
- Har nämnderna säkerställt att hanteringen av anmälningsärenden sker i enlighet med föreskrifter?
- På vilket sätt utnyttjas anmälningsärenden i utvecklingssyfte tillsammans med övrig avvikelshantering?
- I vilken mån vidtas åtgärder utifrån den information som anmälningsärendena ger och IVO:s förelägganden?

2.3 Avgränsningar

Granskningen avser inte övrig avvikelshantering mer än när det gäller utvecklingsarbetet.

2.4 Ansvariga nämnder

Socialnämnden, Omsorgsnämnden och Äldreomsorgsnämnden.

2.5 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut.

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5)

- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Maria (SOSFS 2005:28)

2.6 Metod

Granskningen grundas på studier av relevanta dokument samt intervjuer med befattningshavare på social- och omsorgskontoret. Intervjuade befattningshavare och granskade dokument framgår av källförteckningen.

2.7 Kvalitetssäkring

Utöver vår interna kvalitetssäkring har samtliga intervjuade fått möjlighet att komma med synpunkter på rapportutkastet. Detta för att säkerställa att revisionsrapporten bygger på korrekta fakta och uttalanden.

3 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

3.1 Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Systemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska nämnden planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Verksamheten ska identifiera, beskriva och fastställa processer som behövs för att säkra dess kvalitet. Till processerna ska rutiner utarbetas och fastställas vilka dels ska beskriva hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Processer och rutiner ska säkerställa att samverkan möjliggörs inom den egna verksamheten och mellan andra verksamheter, vårdgivare och myndigheter. Att personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet ska säkerställas.

I det systematiska förbättringsarbetet ska riskanalyser göras fortlöpande. Även egenkontroll ska bedrivas för att löpande kunna följa upp och säkra verksamhetens kvalitet. Vidare ska klagomål och synpunkter på verksamheten tas emot och utredas. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Kvalitetsarbetet bör dokumenteras och sammanställas i en kvalitetsberättelse. Enligt patientsäkerhetslagen ska det systematiska patientsäkerhetsarbetet även dokumenteras och sammanställas i en årlig patientsäkerhetsberättelse.

3.2 Föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5)

Bestämmelser om lex Sarah finns i SoL¹ och LSS² samt i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah.

Anställda, uppdragstagare, praktikant eller deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program är skyldiga att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Information om rapporteringsskyldigheten ska ges i samband med anställning, ett uppdrag, en praktikperiod eller liknande. Informationen ska därefter ges återkommande. Information om vem som är utsedd mottagare av rapporter ska också ges vid anställning samt vid förändrad mottagare. Det allmänna rådet är att informationen bör ges både muntligt och skriftligt minst en gång per år.

I socialstyrelsens föreskrift nämns "missförhållanden" och "allvarliga missförhållanden". Med missförhållanden avses "såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa". Med en påtaglig risk för ett missförhållande, som också ska rapporteras, ska avses att det är en fråga om en uppenbar och konkret risk för ett missförhållande.

¹ 14 kap. 2–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL

² 24 b-24 g §§ och 23 e § LSS

Med allvarliga missförhållanden avses "såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett allvarligt hot eller har medfört allvarliga konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykisk hälsa".

En påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, som också ska anmälas, gäller en fråga om en uppenbar och konkret risk för ett allvarligt missförhållande.

Rapporterat missförhållande ska utredas och åtgärder ska vidtas. Föreskrifterna specificerar dels vad utredningen ska innehålla, dels dokumentering av vidtagna åtgärder. Utredningen ska utvisa om det rapporterade missförhållandet är en avvikelse eller en allvarlig eller påtaglig risk för missförhållande som ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Anmälan ska göras på en särskild blankett³.

Rutiner för bland annat rapportering, utredning och undanröjning av missförhållanden och risker ska vara fastställda och dokumenterade⁴. Rutinerna ska även omfatta anmälan om allvarliga missförhållanden och risker för allvarliga missförhållanden.

Den enskilde som berörs bör alltid underrättas om ett missförhållande som har inträffat. Anmälände nämnd bör informera den nämnden som beslutat om insatsen ifall anmälan har gjorts.

3.3 Föreskrifter och allmänna råd om lex Maria (SOSFS 2005:28)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Maria hänvisar till 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen som fastslår att anmälan till IVO ska göras vid händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Händelser som bör föranleda anmälan är t.ex. fallskador, förväxlingar, felaktiga förskrivningar, feldoseringar eller felexpedieringar, läkemedelshantering, felaktigt utförd vård och sådana som förorsakats av brister i arbetsrutiner, i vårdens organisation eller i samarbetet mellan olika vårdenheter.

Anmälan ska göras på en särskilt framtagna blankett som ska ha inkommit till IVO inom två månader från det att händelsen inträffade. Om det av patientsäkerhetsskäl är angeläget att händelsen snabbt kommer till IVO:s kännedom, ska anmälan göras dit omedelbart.

Anmälan ska innehålla en intern utredning som ska innefatta bland annat händelseförloppet, omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder, identifierade orsaker till händelsen, riskbedömning och riskförebyggande åtgärder som vidtagits med utgångspunkt i riskbedömningen.

Anmälan ska göras av den eller de befattningshavare som vårdgivaren utsett. Den anmälningsskyldige bör vara en befattningshavare som har möjlighet att göra jämförelser mellan anmälningsfall, och delta i patientsäkerhetsarbetet och det systematiska kvalitetsarbetet. Den utsedda befattningshavaren bör inte ha personalansvar.

Patienten ska underrättas om att en händelse som medfört en vårdskada föranlett en lex Maria-anmälan. Möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse ska ges patienten. Vid gjord lex-Maria ska en anteckning i patientjournalen göras.

³ Är en bilaga till föreskrifterna.

⁴ I bilaga 2 beskriver vi närmare vad rutinerna och utredningen bör innehålla.

Vårdgivaren ska tillse att tid och resurser avsätts för arbetet med anmälningar enligt lex Maria.

Socialstyrelsen kommer att under hösten 2016 remittera förslag på nya föreskrifter till aktuella remissinstanser. De nya föreskrifterna beräknas börja gälla vid halvårsskiftet 2017.

4 Nämndernas ansvarsområden och organisation

4.1 Nämndernas ansvarsområden

4.1.1 Omsorgsnämnden

Omsorgsnämndens verksamhetsområde omfattar verksamhet för funktionshindrade. Nämnden ansvarar för kommunens verksamhet enligt LSS och fullgör de uppgifter som ankommer på kommunen för funktionshindrade enligt SoL, med undantag av den uppgift som avser insatser till personer med demensdiagnos. Nämnden leder inom sin verksamhet hälso- och sjukvården, dock inte enligt 24 § HSL⁵.

4.1.2 Socialnämnden

Socialnämndens verksamhetsområde är individ- och familjeomsorg och andra sociala frågor. Nämnden fullgör de uppgifter som enligt lag åligger socialnämnd med undantag för de uppgifter som åligger arbetslivsnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden. Även socialnämnden leder inom sin verksamhet hälso- och sjukvården, dock inte enligt 24 § HSL.

4.1.3 Äldreomsorgsnämnden

Äldreomsorgsnämnden fullgör vissa av kommunens uppgifter enligt SoL till personer över 65 år. Nämnden ansvarar för insatser enligt SoL för personer som har fastställd demensdiagnos oavsett ålder. Ansvar för uppgifterna rör inte personer boende inom kommunaldelsnämndernas geografiska ansvarsområde.

Äldreomsorgsnämnden utövar också ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården i nämndens egen verksamhet och fullgör kommunens uppgifter enligt 24 § HSL även för de verksamheter som bedrivs av andra nämnder. Anmälning enligt lex Maria ska göras till berörd verksamhetsansvarig nämnd.

4.2 Social- och omsorgskontoret

Nämndernas verksamhet bedrivs av social- och omsorgskontoret som är organiserad i fyra myndighetsutövande resultatområden. Övriga tre resultatområden utgör utförarorganisationen i kommunens egenregiverksamhet. Resultatområdena, som leds av en resultatområdeschef, är i sin tur organiserade i resultatenheter med resultatenhetschef som ansvarig. Denne är organisatoriskt inordnad direkt under resultatområdeschef.

Inom social- och omsorgskontorets stab finns bland annat kvalitets- och uppdragsenhet och två medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Kvalitets- och uppdragsenheten består bland annat av 4 kvalitetsutvecklare som har uppdraget att samordna och stödja det övergripande kvalitetsarbetet. Uppdraget innebär bland annat kvalitetssäkring av rutiner och processer. Enheten ger även stöd i löpande frågor på verksamheternas uppdrag. Enligt rutin för lex

⁵ 24 § HSL: Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en sjuksköterska som svarar för att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Sarah (se avsnitt 5.2) utreds händelse eller missförhållande av kvalitetsutvecklare som utses av kvalitets- och uppdragschef.

De två medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) ansvarar enligt 24 § HSL för att kontoret har system som säkrar en hög patientsäkerhet samt en god och säker vård. Dessa två ansvarar även för att det finns system för lex Maria-anmälningar och hantering av vårdavvikelser. De planerar och genomför kvalitetsuppföljningar och ansvarar därför för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatsen, som sammanställs i nämndernas patientsäkerhetsberättelser. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna har ingen underställd personal.

4.3 Organisation av kommunens hälso- och sjukvård

Kommunen hälso- och sjukvårdsansvar är upp till sjuksköterskenivå och innefattar vård/omvårdnad, rehabilitering, habilitering⁶ och hjälpmedel. Ansvaret omfattar personer som får bostadsbehovet tillgodosett enligt SoL eller LSS samt daglig verksamhet enligt LSS.

På särskilda boenden inom äldreomsorgen är sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter som arbetar dagtid anställda på respektive enhet och svarar därmed för hälso- och sjukvården på dagtid. Övrig tid svarar hälso- och sjukvårdspersonal anställda på Hälso- och sjukvårdsenheten för hälso- och sjukvården i särskilda boenden. Hälso- och sjukvårdsenheten är organiserad i tre team:

- ▶ **Socialpsykiatri/LSS:** Områdesansvariga sjuksköterskor med patientansvar som på dagtid ger sjukvård och planerad sjukvård på boendet och i daglig verksamhet.
- ▶ **Kvälls- och nattpatrull:** Består av ca tre sjuksköterskor som under kvällar och nätter är ansvariga för patientens omvårdnad och följer den vårdplan som omvårdnadsansvarig dagsjuksköterska har upprättat i samråd med patienten. Teamet utgår från Artursbergs korttidsboende och arbetar mot de olika enheterna.
- ▶ **Demensteam:** Består av fyra demensutvecklare som handleder och utbildar vård- och omsorgspersonal om demenssjukdomar. Informerar även anhöriga om demenssjukdomar.

Organiseringen innebär att legitimerad personal anställda på Hälso- och sjukvårdsenheten har "två" resultatenhetschefer att rapportera till: resultatenhetschef för boendet/daglig verksamhet och hälso- och sjukvårdsenhetens resultatenhetschef.

5 Ledningssystem och rutiner

De tre nämnderna har fastställt "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete". I ledningssystemet sammanfattas gemensamma utgångspunkter, den organisation och de övergripande riktlinjer som gäller för det systematiska kvalitetsarbetet. Ledningssystemet med process- och rutinbeskrivningar, riskanalyser och rutiner för hantering av avvikelser har digitaliserats och finns tillgängligt för medarbetaren i systemet Ensolution.

Ledningssystemet utgår ifrån kvalitetsbestämmelser för verksamhet enligt SoL, LSS och HSL. Systemet har följande struktur:

- ▶ Kommunens värdegrund och värdegrundsprinciper

⁶ För personer som har varaktiga funktionsnedsättningar ansvarar landstinget för rehabilitering, både behandling och råd och stöd.

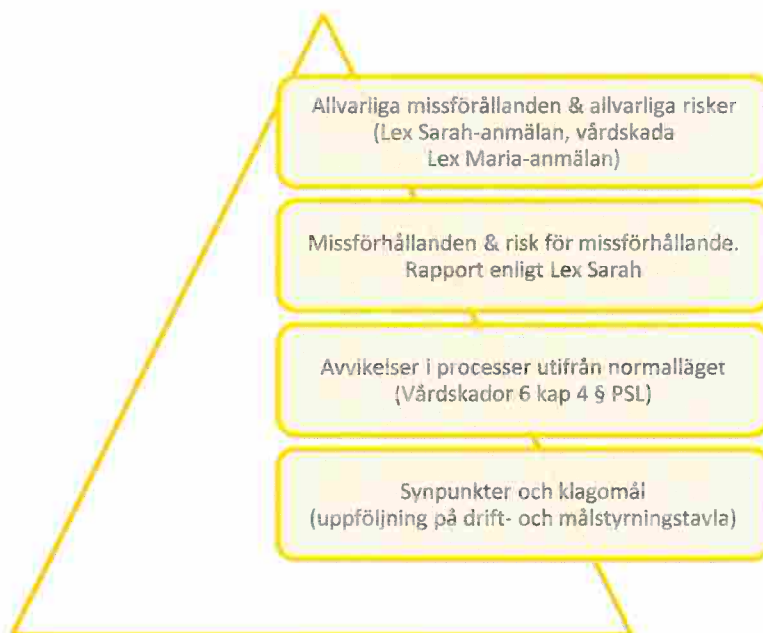
- ▶ Ledning för kvalitet
 - ▶ Kommunfullmäktiges och kommunstyrelsens styrning
 - ▶ Kommunens styrprocess
 - ▶ Kvalitetsarbetets ansvarsfördelning
- ▶ Kvalitetsarbetets innehåll
 - ▶ Processer och rutiner
 - ▶ Samverkan
 - ▶ Synpunkter från brukare, KPR, KHR och intresseorganisationer
 - ▶ Riskanalys
 - ▶ Egenkontroll
 - ▶ Uppföljning på individnivå och övergripande nivå
 - ▶ Avvikelsehantering
 - ▶ Förbättringsarbete med växthuset
 - ▶ Dokumentation av kvalitetsarbetet

Inom ramen för granskningen har vi valt att fokusera på avvikelsehanteringen.

5.1 Avvikelsehanteringen

I ledningssystemet beskrivs typerna av avvikande händelser utifrån allvarlighetsgrad, d.v.s. klagomål och synpunkter, avvikelser, missförhållanden och allvarliga missförhållanden kan beskrivas i nedanstående figur.

Figur 1 - Typ avvikelse



Registrering av avvikelser görs både manuellt och elektroniskt beroende på avvikelseyp. Rapportering av avvikelser enligt SoL och LSS görs genom ifyllnad av avsedda blanketter medan rapportering av vårdskada enligt Lex Maria sker i en avvikelsemodul i verksamhetssystemet Procapita. Brukaren kan lämna synpunkter och klagomål via en e-tjänst på kommunens webbplats eller via en blankett som lämnas till personalen.

5.1.1 Kvalitetsredovisning och patientsäkerhetsberättelse – Rapportering av avvikelser

Av nämndernas kvalitetsredovisningar för 2015 framgår att det systematiska arbetet med avvikelshanteringen avseende SoL och LSS varierar mellan verksamheterna. Det innebär att verksamheterna har kommit olika långt i sitt arbete med att rapportera, dokumentera samt analysera klagomål, synpunkter och avvikelser.

Det framgår vidare att avvikelser bör vara en stående punkt på verksamheternas veckomöten. Personalen bör involveras i analysarbetet och tillsammans med arbetsledningen komma fram till lämpliga åtgärder att vidta. Analys på aggregerad nivå bör också göras för att se om det finns frekvent återkommande avvikelser som behöver riskanalyseras. Utbildningsinsatser behövs för att skapa förståelse för vikten av avvikelsearbetet som en bas i det systematiska förbättringsarbetet i sin helhet.

I omsorgsnämndens kvalitetsredovisning per augusti 2016 anges att verksamheterna behöver stöd med struktur och verktyg för att på ett enklare sätt kunna hantera avvikelser mer systematiskt och kunna avgöra skillnaden mellan en avvikelse och missförhållande.

I nämndernas patientsäkerhetsberättelser för 2015 beskrivs att verksamheterna behöver fortsätta bli bättre på att rapportera vårdavvikelser och se detta som en viktig del i förbättringsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet. Ifall verksamheterna går från en individsyn till systemsyn samt fokuserar mera på att kunna identifiera bakomliggande orsaker till att avvikelser inträffar ökar patientsäkerheten.

Enligt två av intervjupersonerna har fokus varit på hanteringen av avvikelser enligt lex Sarah och lex Maria och säkerställande att dessa processer fungerar, istället för avvikelshanteringen som helhet.

5.2 Styrdokument för rapportering av missförhållande

5.2.1 Rutin för rapportering av missförhållande

För rapportering av missförhållanden har en rutin tagits fram med syfte att beskriva aktiviteterna från rapport om missförhållanden till utredning och beslut. Ytterligare ett syfte med rutinen är att informera alla medarbetare om vad rapporteringsskyldigheten innebär. Rutinen gäller för alla medarbetare i Södertälje kommun som utför uppgifter inom socialtjänsten samt i verksamhet enligt LSS.

De kategorier av missförhållanden som ska rapporteras är: fysiska övergrepp, sexuella övergrepp, psykiska övergrepp, brister i bemötande av anställda m.fl. brister i rättssäkerhet vid handläggning och genomförande, brister i utförande av insatser (felaktigt utförda eller inte alls), brister i fysisk miljö, utrustning och teknik och ekonomiska övergrepp. Händelser som inte är att beakta som ett missförhållande enligt lex Sarah ska rapporteras som synpunkt/klagomål, HSL-avvikelse eller som arbetsmiljötillbud.

Rutinerna klargör linje- och verksamhetsansvaret mellan involverade befattningshavare i rapporteringen. Resultatområdeschef eller resultatenhetschef är skyldig att informera personal/uppgiftstagare om rapporteringsskyldigheten och att hantera inkomna rapporter. Resultatenhetschefs ansvar är att akuta åtgärder till följd av händelsen vidtas och att de åtgärder som genomförs i utredningen av det befarade missförhållandet genomförs. Kvalitets- och uppgiftschef ska utse kvalitetsutvecklare som utreder den inkomna rapporten. Kvalitetsutvecklaren har på delegation från nämnderna att besluta om att inleda och avsluta utredning, samt ifall anmälan till IVO ska göras.

5.3 Rapportering avvikelse enligt SoL och LSS

I rutinen⁷ beskrivs processen från upptäckt av ett missförhållande till beslut. Utöver själva rutinbeskrivningen finns en processkarta som redovisar de aktiviteter som ingår i hanteringen av avvikelse enligt SoL och LSS (se bilaga 3). Av processkartan framgår vem som är ansvarig för samt vilka som involveras i att utföra en viss aktivitet i hanteringen av synpunkter och klagomål samt missförhållanden.

Rutinbeskrivningen kan sammanfattas i följande steg: upptäckt och rapportering, mottagning av rapport, utredning och beslut. Medarbetaren ska vid upptäckt av missförhållande eller risk för missförhållande/händelse rapportera detta omgående. För rapporteringen ska en särskild avsedd blankett användas. Resultatenhetschef som mottar rapporten ska säkerställa att akuta åtgärder vidtas och utreda händelsen.

För utredningen ska kvalitetsutvecklaren använda en särskilt framtagna utredningsmall. I utredningen ska händelseförlopp och analys samt bedömning av händelsen beskrivas. Utredningen ska även innehålla förslag på åtgärder samt när uppföljning ska ske och vem som är ansvarig för det. Kvalitetsutvecklaren beslutar på delegation av berörd nämnd om händelsen ska bedömas som:

- ▶ Missförhållande
- ▶ Påtaglig risk för missförhållande
- ▶ Allvarligt missförhållande
- ▶ Påtaglig risk för allvarligt missförhållande

Händelsen ska även rubriceras enligt de tidigare nämnda kategorierna. Vid ett allvarligt eller en påtaglig risk för allvarligt missförhållande ska kvalitetsutvecklaren snarast göra en anmälan på avsedd blankett till IVO. Utredning ska skickas till IVO så snart den är klar, dock senast 2 månader efter att anmälan gjordes.

5.4 Styrdokument för avvikelserapportering enligt HSL

5.4.1 Riktlinje för rapportering av avvikelser inom kommunens hälso- och sjukvård

Enligt riktlinjen är syftet med avvikelsehanteringen att öka patientsäkerheten genom att på ett systematiskt sätt registrera, åtgärda och följa upp. Rapporteringen av avvikande händelser ska vara ett sätt att förbättra kvalitén och säkerheten i vården. Avvikelsen ska i första hand fokusera på vad som inträffat, inte vem som är inblandad. Vidare anges att alla som upptäcker en avvikelse har skyldighet att rapportera den. Avvikelser kan förekomma i samband med utförandet av hälso- och sjukvårdsuppgift, brukaren faller, vid läkemedelshantering, informationsöverföring och i samverkan mellan organisationer.

Riktlinjerna innehåller även en checklista med aktiviteter som ska utföras i hanteringen av en avvikelse inom kommunens hälso- och sjukvård.

5.4.2 Checklista för rapportering av avvikelser inom kommunens hälso- och sjukvård och lex Maria anmälan

I nuläget finns ingen framtagna rutin för hanteringen av lex Maria-anmälan, utan MAS ansvarar för att anmäla och utreda enligt delegationsordningar. Även ska en särskild

⁷ Rutinen är giltig mellan 2014-09-01 och 2016-12-31 och reviderades 2015-11-25.

checklista tillämpas. Processkartan för vårdavvikelse vård- och omsorgsboende respektive vårdavvikelse LSS boende och boenden socialpsykiatri anger vilka som är involverade och de aktiviteter som ska utföras vid en vårdavvikelse.

Vid inträffad vårdavvikelse ska legitimerad personal åtgärda avvikelsen samt registrera händelsen i avvikelsemodulen och dokumentera händelsen i patientjournalen. Av processkartan för vårdavvikelse LSS framgår inte att avvikelsen ska registreras i avvikelsemodulen. Överlag ska avvikelsemodulen användas för dokumentering i fler aktiviteter enligt processkarta vårdavvikelse vård- och omsorgsboende i jämförelse med den andra processkartan.

Resultatenhetschefen mottar avvikelsen i avvikelsemodulen vilket inte framgår av processkartan för vårdavvikelse LSS. Enligt resultatombudschef Utförare av äldreomsorg i egenregiverksamheten så är mottagande resultatenhetschef varierande beroende på den anmälande legitimerade personalen. Dokumentering och eventuellt vidtagna åtgärder ska enligt checklistan och processkarta vårdavvikelse vård- och omsorgsboende göras.

Vid en allvarlig vårdavvikelse bedömer resultatenhetschef i samråd med legitimerad personal om den ska skickas vidare till MAS för vidare handläggning. Vid oklarheter skickas vårdavvikelsen alltid vidare till MAS. Ifall vårdavvikelsen bedöms som allvarlig startar MAS en utredning om lex Maria-anmälan till IVO, vilket denne har på delegation.

Enligt checklistan ska alla avvikelser rapporteras på verksamhetens målstyrningstavla. När alla åtgärder är klara avslutar resultatenhetschefen avvikelsen i avvikelsemodulen. Då avvikelsen enligt processkarta vårdavvikelse LSS inte rapporteras in i avvikelsemodulen avslutas den heller inte i modulen.

5.5 Tillämpning

Samtliga av de intervjuade uppger att deras verksamheter är förtroga med styrdokumentet för rapportering av avvikelse enligt lex Sarah respektive lex Maria.

Av intervjuerna framkommer att behörigheter till ledningssystemet och verksamhetssystemet Procapita varierar mellan personalkategorierna. Tillsvidareanställda har full behörighet till båda systemen medan till exempel timanställda saknar behörighet. Detta begränsar möjligheten att ta ut exempelvis blanketter från ledningssystemet. Enligt resultatombudschef för äldreomsorg i egen regi ska medel i äldreomsorgsnämndens kommande budget för 2017 avsättas för inköp av fler licenser till ledningssystemet och Procapita.

I de verksamheter där kommunen bedriver verksamhet tillsammans med Stockholms läns landsting görs avvikelserapporteringen till landstinget som även utreder avvikelserna. Resultatombudschef Utförare funktionsnedsättning upplever att återkopplingen från landstingets sida är svag.

5.6 Utbildning

Enligt rutin för rapportering av missförhållanden ansvarar resultatenhetschefen för att tillse att medarbetarna får relevant information om anmälningsärenden. Det kan ske genom att chefen själv informerar eller att en kvalitetsutvecklare informerar. Ett samstämmigt mönster från intervjuerna är att medarbetare får minst en gång per år information om lex Sarah och lex Maria. Informationen ges vanligtvis i samband med APT-möten. Information om anmälningsärenden ges även vid nyanställning.

Enligt omsorgsnämndens kvalitetsredovisning per augusti 2016 har kvalitetsutvecklarna under våren kommit ut till samtliga ledningsgrupper för verksamheter i egen regi och informerat om rapporteringsskyldigheten gällande avvikelser och hur arbetet måste systematiseras och analyseras i större utsträckning.

Av nämndernas kvalitetsredovisningar per augusti 2016 framgår att ca hälften av omsorgsnämndens verksamheter informerat sin personal om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah medan ca 55 % av socialnämndens medarbetare informerats om rapporteringsskyldigheten. Flera medarbetare inom äldreomsorgsnämndens verksamheter har genomgått webbutbildning om lex Sarah. Det framgår inte av kvalitetsredovisningarna vad siffrorna baseras på.

Resultatombudschef Utförare av hemtjänst i egenregi upplever att hög chefsomsättning kan påverka att personalen inte får tillräcklig kunskap om anmälningsärenden.

Av kvalitetsredovisningarna för 2015 framgår att utbildningsinsatser är nödvändiga för att skapa förståelse för vilken roll avvikelsearbetet har i det systematiska förbättringsarbetet som helhet. Vidare anges att avvikelser bör vara en stående punkt på verksamheternas veckomöten och personalen bör involveras i analysarbetet och tillsammans med arbetsledningen komma fram till vilka åtgärder som kan vara lämpliga att vidta.

6 Statistik över avvikelser, synpunkter och klagomål

I tabellen nedan redovisas det totala antalet avvikelser, synpunkter och klagomål avseende nämndernas verksamhet enligt SoL och LSS.

Tabell 1 – Avvikelser 2015

Nämnd	2015
Omsorgsnämnden	428
Socialnämnden	163
Äldreomsorgsnämnden ⁸	615

När det gäller vårdavvikelser som redovisas i patientsäkerhetsberättelsen 2015 så framgår för omsorgsnämnden att alla verksamheter inte har rapporterat in sammanställning av de inträffade avvikelserna. Inrapporterade avvikelser avser uteslutande läkemedelshantering. Antalet avvikelser redovisas i diagramform varför det exakta antalet läkemedelsavvikelser inte direkt kan avläsas. Uppskattningsvis kan det röra sig om ca 450 läkemedelsavvikelser.

Av socialnämndens patientsäkerhetsberättelse 2015 framgår 1 190 avvikelser vid läkemedelshantering. Av dessa avser 755 ett boende med 8 platser. Inga vårdavvikelser för andra hälso- och sjukvårdsprocesser har rapporterats under året.

Äldreomsorgsnämnden hade 2015, enligt patientsäkerhetsberättelsen, 232 vårdavvikelser varav 162 läkemedelsavvikelser.

6.1 Avvikelser och anmälningsärenden enligt lex Sarah och lex Maria

Tabellen nedan visar rapporterade avvikelser enligt lex Sarah respektive lex Maria mellan 2014 och första oktober 2016.

⁸ I patientsäkerhetsberättelsen redovisas äldreomsorgsnämndens och kommunalnämndernas inrapporterade avvikelser tillsammans.

Tabell 2 – Anmälningsärenden under perioden 2014-2016-10-01

	Avvikelse som ej bedömts som missförhållande	Miss- förhållanden	Allvarliga miss- förhållanden	Misstanke om vård- skador eller klagomål	Lex Maria anmä- ningar till IVO
Omsorgsnämnden					
2014	19	16	0	-	-
2015	18	10	1	4	0
2016	17	6	0	1	0
Totalt	54	32	1	5	0
Socialnämnden					
2014	3	1	0	0	0
2015	2	2	1	0	0
2016	3	0	0	1	0
Totalt	8	3	1	1	0
Äldreomsorgsnämnden					
2014	3	10	0	2	2
2015	9	8	1	3	0
2016	2	3	2	4 ⁹	0
Totalt	14	21	3	9	2

Statistiken visar att flest rapporteringar enligt lex Sarah görs inom omsorgsnämndens verksamheter. Sett till varje nämnd har antalet rapporter som bedömts som avvikelser legat på en jämn nivå. Bedömda missförhållanden har dock minskat för varje år.

Antalet allvarliga missförhållanden som anmälts till IVO har varit någon enstaka anmälan per nämnd och år. Äldreomsorgsnämnden har hittills i år gjort två anmälningar i jämförelse med en anmälan tidigare år.

Flest misstankar om vårdskador eller klagomål rapporteras inom äldreomsorgsnämndens verksamheter. Statistiken visar en gradvis ökning. Inom omsorgsnämnden har antalet rapporteringar minskat och socialnämndens rapporteringar legat på en konstant nivå.

Senaste lex Maria-anmälningarna till IVO gjordes av äldreomsorgsnämnden 2014. Övriga nämnder har inte gjort någon lex Maria-anmälan under perioden.

6.2 Nämndernas vidtagna åtgärder med utgångspunkt i avvikelserna

Med utgångspunkter i nämndernas kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser för 2015 och per augusti 2016 beskriver vi de åtgärder som respektive nämnds verksamhet har vidtagit.

6.2.1 Omsorgsnämnden

Med utgångspunkt i bedömda missförhållanden som avsåg kategorierna brister i utförande, ekonomiska övergrepp, brister i fysisk miljö och brister i rättssäkerhet har 13 förbättringsåtgärder vidtagits. Åtgärderna är kopplad till var och en av dessa kategorier. Generella åtgärder vid konstaterade missförhållanden är att riskbedömningar görs, rutiner ses över och handlingsplaner upprättas.

⁹ När rapporten skrivs pågår en utredning där bedömning inte är färdig.

Förbättringsåtgärderna har dels riktats mot arbetsmetoder och rutiner, dels för individen. En förändrad arbetsmetod och nya rutiner kring brukare har införts och värdegrund samt krav och förväntningar på personal har kommunicerats ut. Åtgärder för att undvika ekonomiska missförhållanden har varit bland annat att rutiner för kvittokontroll skärpts och rutiner för redovisning av brukares privata medel har gått igenom. Vidare har personalåtgärder som varning och avsked vidtagits.

De åtgärder som vidtagits till följd av anmälan till IVO har varit uppföljning samt omplacering av brukare till annat boende och prioriterat arbetet med uppföljning av insatser.

IVO har efter anmälan dragit in tillståndet för den verksamhet som brukaren tidigare var placerad i.

Genomförda åtgärder under första halvåret 2016 har överlag varit att verksamheterna reviderat och säkerställt att befintliga rutiner är kända och används av arbetsgruppen. En ökad medvetenhet om risker mellan brukare och planering har lyfts på regelbundna möten i verksamheterna. Vidare pågår ett arbete med att implementera metoder i verksamheten som ska skapa struktur, tydlighet och förutsägbarhet. En omorganisation där tre korttidsboenden ska bli två har genomförts.

6.2.2 Socialnämnden

Bedömda missförhållanden under 2015 gällde brist i informationsöverföring mellan två verksamheter, bristande rutiner för hembesök och brister i samverkan och rättssäker handläggning. De åtgärder som vidtagits rör arbetssätt och återkoppling till klienten. Nya rutiner har även tagits fram. Behovsbilden av samverkan inom resultatområdet och mellan nämndens resultatområden har klargjorts och ett arbete med att förstärka samverkan anges pågå.

6.2.3 Äldreomsorgsnämndens vidtagna åtgärder

Bedömda missförhållanden rörde i stor utsträckning brister i utförandet; försummelse som felaktigt utförda insatser och brister i samverkan med andra enheter både internt och externt. Lex Sarah-anmälningarna har föranlett att 13 förbättringsåtgärder vidtagits. Exempel på dessa är rutinutveckling och rutinförankring, kompetenshöjande åtgärder, samverkan med primärvården, personalåtgärder, information om vikten av snabb avvikelserapportering och genomgång av delegationsordning på APT.

Under halvåret 2016 har de verksamheter som rapporterat avvikelser enligt lex Sarah vidtagit adekvata förbättringsåtgärder. Vidare har personalåtgärder som avsked vidtagits.

6.3 Bedömning

I alla verksamheter inträffar händelser som kan medföra eller medför brister i kvaliteten. Dessa händelser eller avvikelser kan i vissa fall leda till missförhållanden/allvarliga missförhållanden (SoL/LSS) eller vårdskador/allvarliga vårdskador (HSL). För verksamhet som bedrivs i enlighet med SoL, LSS och HSL finns krav på att de ska omfattas av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ett syfte med ledningssystemet är att det ska bidra till att säkerställa att verksamheterna kan leva upp till de kvalitetskrav som följer av lagstiftning och föreskrifter, vilket bl.a. innebär att förhindra att avvikelser inträffar genom att rätt saker görs på rätt sätt.

När det faktiskt inträffar avvikelser blir hanteringen av dessa avgörande för att skapa en effektiv och säker verksamhet. Brister hanteringen av avvikelser kan det leda till att allvarliga

kvalitetsbrister eller risker för kvalitetsbrister inte identifieras och hanteras. Av den anledningen är det en grundläggande förutsättning att faktiska avvikelser blir rapporterade. Enligt vår bedömning bör därför ansvariga nämnder ha en uttalad målsättning att öka avvikelserapporteringen i syfte att bidra till att öka verksamhetens benägenhet att rapportera avvikelser. Vi har dock inte noterat att det finns en sådan uttalad målsättning hos nämnderna. Hantering av avvikelser bör vara ett viktigt medel för nämndernas interna styrning och kontroll. En väl fungerande bruttorapportering av avvikelser inom socialtjänst, verksamhet enligt LSS och enligt HSL ökar möjligheten att också identifiera avvikelser som ska leda till anmälan enligt Lex Sarah eller Lex Maria.

Enligt vad som har framgått av nämndernas egna kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser så finns det en risk att det finns en underrapportering av avvikelser. Omsorgsnämnden respektive socialnämnden hade inom hälso- och sjukvårdsverksamheten 2015, förutom rapporteringen av läkemedelsavvikelser, ingen avvikelse avseende verksamhet enligt HSL i övrigt. När det gäller avvikelser som har bedömts som missförhållanden enligt Lex Sarah är slutsatsen att de är relativt få samtidigt som trenden är att de minskar. Sedan 2014 har det inte förekommit någon anmälan enligt Lex Maria. Vår bedömning är därför att ledningssystemet inte till fullo säkerställer att personalen agerar i enlighet med processer och rutiner för hanteringar av avvikelser generellt och i enlighet med Lex Sarah och Lex Maria.

Nämnderna har fastställt ett ledningssystem enligt socialstyrelsens föreskrifter. För hanteringen av avvikelser hänvisas i ledningssystemet till riktlinjer, rutiner, checklista och blanketter som finns på intranätet. Enligt vår bedömning så har en rutin för Lex Sarah fastställts som i stort motsvarar kraven enligt SOSFS 2011:5. Det som inte framgår av rutinbeskrivningen är att den enskilde som berörs alltid bör underrättas om ett missförhållande som har inträffat och om en anmälan har gjorts till IVO om ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Det bör framgå av rutinerna vem som ska ta ställning till om och hur den enskilde som berörs ska informeras om rapporten och de åtgärder som har vidtagits med anledning av den. Av rapporteringsblanketten framgår dock en fråga om den enskilde har underrättats om att missförhållandet/händelsen rapporteras.

Enligt rutinen för Lex Sarah är resultatområdeschefer och resultatenhetschefer skyldiga att informera personal/uppdragstagare om rapporteringsskyldigheten. Det framgår dock inte av rutinen när information ska ges och att den ska ges återkommande.

Ytterligare en aspekt som inte framgår av rutinen är att analys av avvikelser ska göras på aggregerad nivå med syftet att se exempelvis mönster och trender.

Avseende hantering av anmälan enligt Lex Maria så finns för närvarande en checklista och en processkarta men ingen rutinbeskrivning. Jämfört med rutinen för Lex Sarah utifrån checklista och processkarta för Lex Maria framgår vissa skillnader i hanteringen.

Våra iakttagna otydligheter är följande:

- ▶ I jämförelse med kvalitetsutvecklarens roll och ansvar avseende Lex Sarah anges inte hur medicinsk sjuksköterska ska återkoppla eller föreslå eventuella förbättringsförslag till verksamheten.
- ▶ Resultatområdeschefers ansvar för uppföljning av vidtagna åtgärder är i jämförelse med rutin för Lex Sarah inte definierad.

- Det är otydligt vilken resultatenhetschef som är mottagare av avvikelserapporten beroende på vilken legitimerad personal som anmäler.

Bedömningen är att en rutin för anmälan enligt Lex Maria behöver fastställas. Av rutinen bör framgå: ansvar och roller, tillvägagångssätt för den interna utredningen, information till patient eller närstående, vad anmälan ska innehålla, åtgärder m.m.

Det yttersta syftet med en anmälan enligt Lex Maria men också enligt Lex Sarah är att identifiera eventuella systemfel i verksamheten samt att kontinuerligt utvärdera och lära för att undvika upprepningar av den inträffade händelsen. Därför bör det också av rutinen tydligt framgå hur detta syfte ska säkerställas.

Ytterligare skillnad gäller användande av IT-stöd i rapporteringen. Registrering och dokumentering av vårdavvikelser görs i verksamhetssystemet Procapita vilket underlättar uppföljningen, som är av grundläggande betydelse för det systematiska kvalitetsarbetet. Vår bedömning är att det bör övervägas att även för avvikelser i förhållande till SoL och LSS införa ett IT-stöd för rapportering.

De intervjuade är förtrogna med rutiner, checklistor, blanketter etc. för hanteringen av avvikelser och vårdavvikelser. Enligt uppgift ges också information till personal vid anställning men också återkommande. Huruvida personalen faktiskt har kunskap om när och hur en anmälan enligt Lex Sarah och Lex Maria ska göras kan inte verifieras i denna granskning. För att besvara denna fråga krävs enligt vår bedömning att en enkätundersökning görs, riktad till personalen. Vi noterar dock att det inte har framgått av riktlinjer eller andra dokument, som vi tagit del av, att information till personalen ska ges när det gäller rapportering av vårdavvikelser. Inom ramen för egenkontrollen har det inte heller gjorts någon uppföljning av om information avseende rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah faktiskt ges till personalen. Av omsorgsnämndens respektive socialnämndens kvalitetsredovisning per augusti 2016 har framgått att ca hälften av medarbetarna fått information om rapporteringsskyldigheten enligt Lex Sarah.

7 Svar på revisionsfrågorna

Nedan beskrivs i sammanfattande form svaren på revisionsfrågorna och de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga.

Delfråga	Svar
1 Finns och tillämpas rutiner för hantering av anmälningsärenden?	Delvis. Det finns en fastställd rutin för rapportering av missförhållanden enligt Lex Sarah tillsammans med en definierad processkarta. För Lex Maria-anmälan finns inte en motsvarande rutin fastställd. Av nämndernas kvalitetsredovisningar framgår att avvikelserapporteringen varierar mellan nämndernas verksamheter och att det totalt sett sannolikt finns en underrapportering. En notering är att det förekommer relativt få Lex Sarah rapporter samt relativt få rapporterade vårdavvikelser vid sidan om läkemedelsrelaterade avvikelser. Detta indikerar att alla avvikelser inte rapporteras samt att styrdokumentet inte tillämpas fullt ut.

Delfråga	Svar
2 Finns det en kunskap i organisationen om när anmälan till Lex Sarah eller Lex Maria ska ske?	Delvis. De personer som intervjuats (med verksamhets- eller ansvar för anmälan) uppger att de är förtrogna med de styrdokument som avser anmälningsärenden. Det framgår av rutinen för rapportering av Lex Sarah att resultatombudschefen och resultatansvarschefen är skyldig att informera personal/uppdragstagare om rapporteringsskyldigheten. Vi har dock inte noterat att det finns motsvarande reglering av informationsansvaret för vårdavvikelser. Då det framgår i kvalitetsredovisningarna att underrapportering av avvikelser förekommer och att det finns behov av utbildningsinsatser, vilket sammantaget indikerar att kunskapen om anmälan är helt tillräcklig. Enligt vår bedömning bör det inom ramen för ledningssystemet finnas en egenkontroll av att personal faktiskt ges tillräcklig och återkommande information om avvikelserapportering i allmänhet och om Lex Sarah och Lex Maria i synnerhet.
3 Har nämnderna säkerställt att hanteringen av anmälningsärenden sker i enlighet med föreskrifter?	Delvis. Det finns en definierad rutin tillsammans med en processkarta för Lex Sarah anmälan som i huvudsak lever upp till gällande föreskrift. För anmälan enligt Lex Maria finns inte en fastställd rutin. Däremot finns en riktlinje och en checklista för avvikelser inom kommunens hälso- och sjukvård och Lex Maria anmälan samt en processkarta.
4 På vilket sätt utnyttjas anmälningsärenden i utvecklings- syfte tillsammans med övrig avvikelshantering?	Anmälningsärenden och övrig avvikelshantering ingår enligt uppgift som en del i verksamhetens utvecklings och förbättringsarbete. Händelseanalys och förslag på olika förbättringsåtgärder i anmälningsärenden är ett verktyg för verksamheten att arbeta med. Avvikelshantering följs upp och analyseras och redovisas i olika forum till personalen. Resultatet blir många gånger att rutiner ändras eller att nya rutiner tas fram.
5 I vilken mån vidtas åtgärder utifrån den information som anmälningsärendena ger och IVO:s förelägganden?	I ärenden enligt Lex Sarah ansvarar resultatansvarschefen dels för att akuta åtgärder vidtas, dels för att de åtgärder som föreslås i utredningen genomförs. I nämndernas kvalitetsredovisningar redovisas vidtagna åtgärder. IVO har under 2015 inte lämnat något föreläggande till nämnderna avseende anmälningar enligt Lex Maria eller Lex Sarah.

Södertälje den 3 november 2016

Gunnar Uhlin
Verksamhetsrevisor

Andreas Halvarsson
Verksamhetsrevisor

Bilaga 1 Källförteckning

Intervjuade befattningshavare

- Kvalitets- och uppdragschef
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Resultatområdeschef barn och ungdom
- Resultatområdeschef Vuxenheten
- Resultatområdeschef Funktionsnedsättning/Äldreomsorg
- Resultatområdeschef Utförare funktionsnedsättning
- Resultatområdeschef Utförare Boende Äldreomsorg
- Resultatområdeschef Utförare Hemtjänst Äldreomsorg
- Kvalitetsutvecklare Försörjningsstöd
- Resultatenhetschef Försörjningsstöd/Mottagning och utredningsenheten

Granskade dokument

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Maria (SOSFS 2005:28)
- Reglemente för omsorgsnämnden (antaget 14 december 2010, § 91, senast ändrat 30 september 2013, § 143)
- Reglemente för socialnämnden (antaget 14 december 2010, § 91, senast ändrat 26 november 2012 § 259)
- Reglemente för äldreomsorgsnämnden (antaget den 25 september 2000, § 262, senast ändrat 28 november 2011, § 308)
- Checklista för hantering av hälso- och sjukvård (beslutad 2014-08-21)
- Lex Sarah – Rutin för rapportering av missförhållanden (daterad 2015-11-25)
- Processbild hantera avvikelse enligt SoL
- Processbild vårdavvikelse LSS boende och boenden socialpsykiatri
- Processbild vårdavvikelse vård- och omsorgsboende
- Riktlinje för rapportering av – Avvikelser inom kommunens hälso- och sjukvård (daterad 2013-11-22)
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (daterad 2015-07-23)

Bilaga 2 Föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah (SOSFS 2011:5)

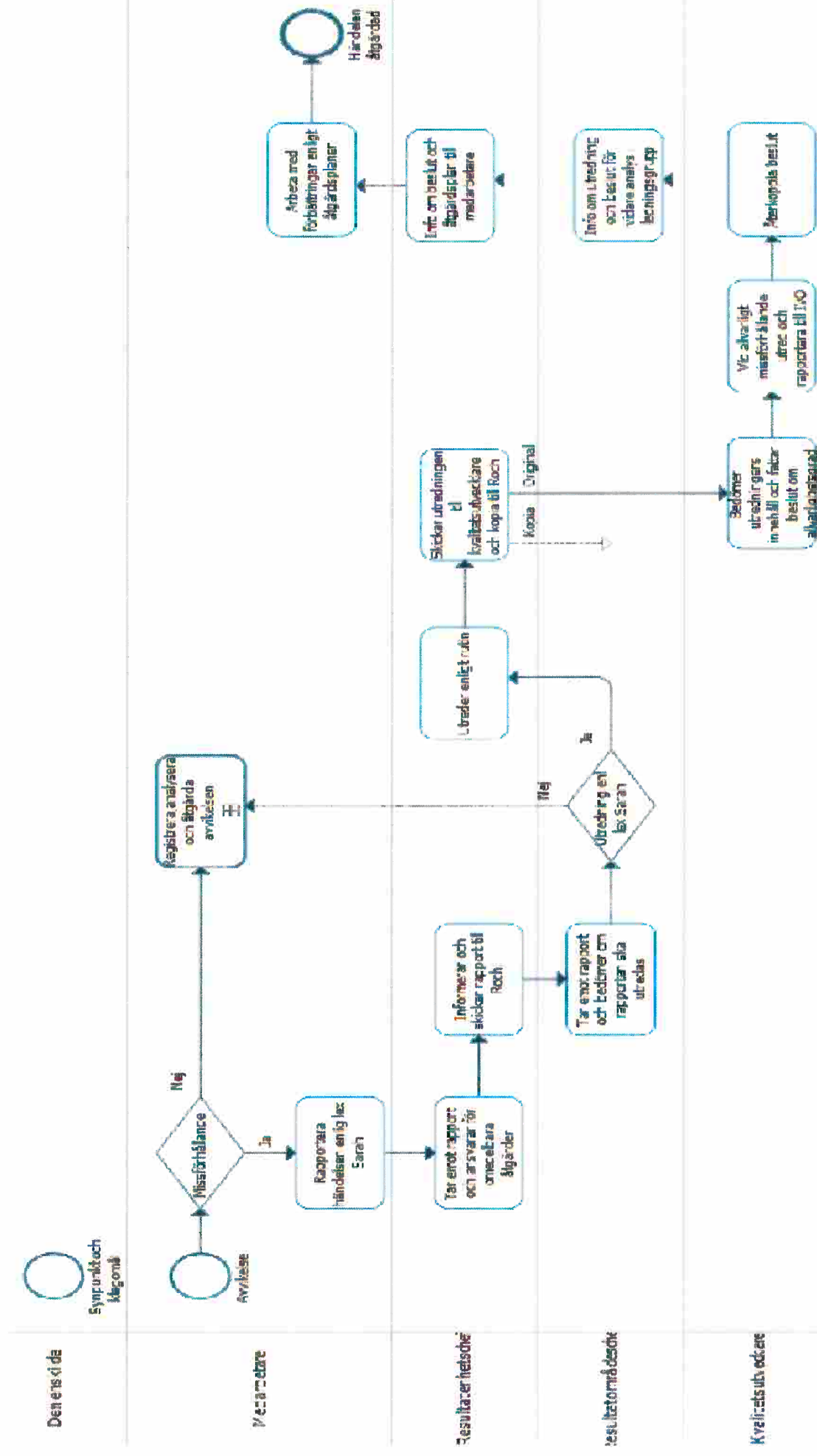
Enligt allmänna råden bör rutinerna innehålla följande:

- ▶ Vem som ska informera de rapporteringsskyldiga om deras skyldighet.
- ▶ Vem rapporteringen ska göras till och hur rapporteringen ska göras.
- ▶ Utvisa vem som ska ansvara för att åtgärder vidtas för att utan dröjsmål undanröja eller avhjälpa det rapporterade missförhållandet eller risken för ett missförhållande.
- ▶ Vilka personer i verksamheten som ska informeras och hur de ska informeras om en rapport och de åtgärder som har vidtagits med anledning av den samt om och hur berörd personal ska ges stöd.
- ▶ Framgå vem som ska ta ställning till om och hur den enskilde som berörs ska ges stöd och informeras om rapporten och de åtgärder som har vidtagits med anledning av den.
- ▶ Vem som ska ansvara för bedömningen av om en anmälan till Socialstyrelsen ska göras och vem som ska ansvara för att anmälan till Socialstyrelsen.

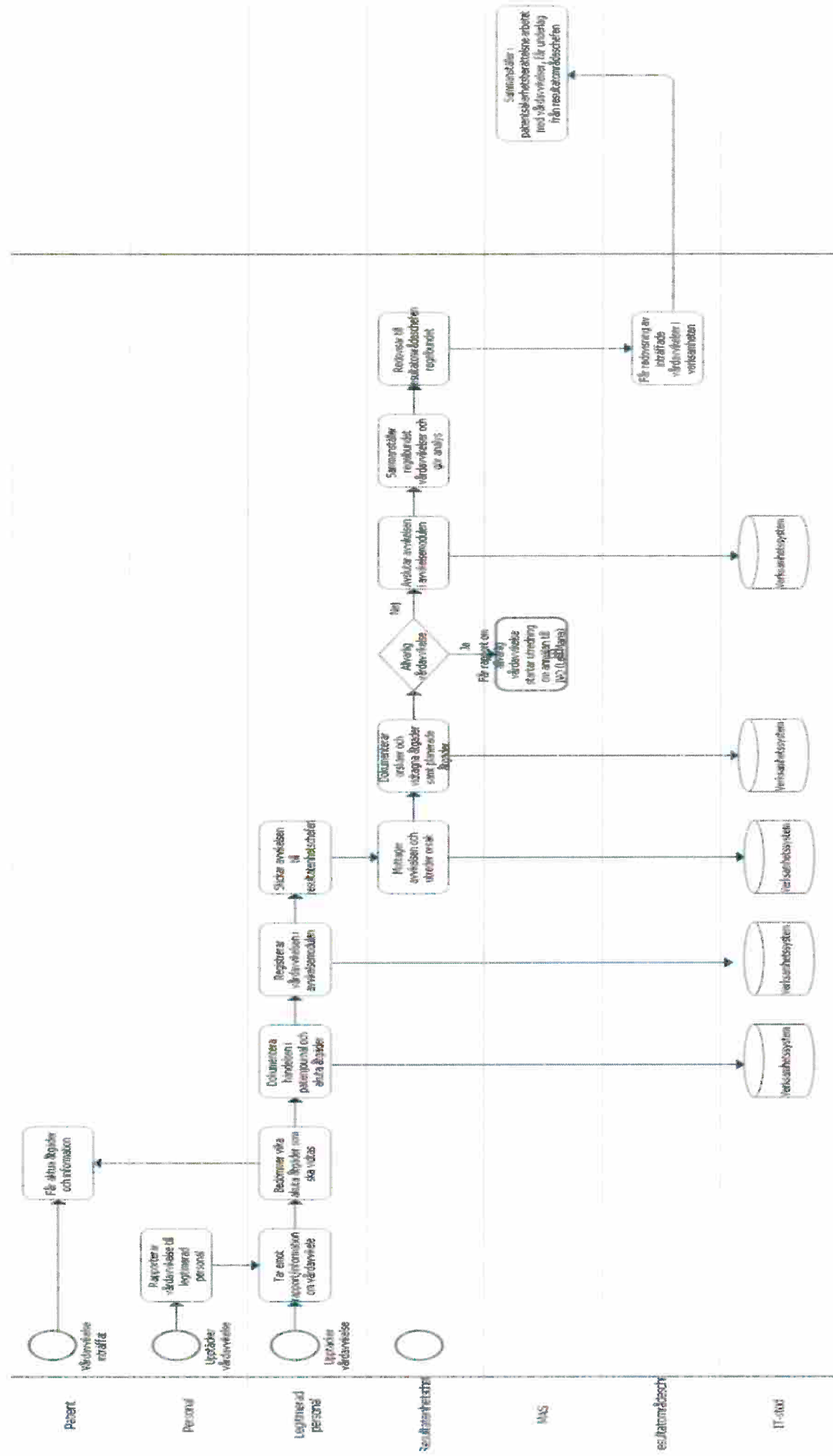
Rutinerna för utredningen bör utvisa

- ▶ Vem som ska ansvar för att det som har rapporterats utreds,
- ▶ Vad en utredning ska innehålla och vem som ska avsluta utredningen med ett beslut eller ett ställningstagande.

Bilaga 3 Processbeskrivning avvikelse enligt SoL och LSS



Bilaga 4 Processbeskrivning avvikelse enligt HSL





TJÄNSTESKRIVELSE

2017-01-11

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

Ärende 13

Verksamhetsplan med budget 2017

Dnr: 16/072

Sammanfattning av ärendet

Förslag till äldreomsorgsnämndens verksamhetsplan för 2017 innehåller en verksamhetsidé och en kort beskrivning av omvärldshändelser. Därefter följer mål fastställda av kommunfullmäktige samt förslag till nämndspecifika mål för styrning av verksamheten och tillhörande indikatorer för uppföljning. Därefter presenteras nämndens budget för 2017 samt den verksamhetsspecifika internkontrollplanen för 2017.

Social- och omsorgskontoret föreslår att äldreomsorgsnämndens verksamhetsplan med budget 2017 fastställs i enlighet med kontorets förslag.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad 2017-01-11

Verksamhetsplan med budget 2017 med bilagor.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Äldreomsorgens budget uppgår till 679 mnkr. Från och med 1 januari 2017 har allt ansvar för äldreomsorg flyttats till äldreomsorgsnämnden. Budgeten utgår från att hemtjänstens volymer ska minska under 2017 och att korttidsvårdens volymer uppgår till samma nivåer som 2016 års budget. Vård- och omsorgsboendenas budgetvolymer har ökats med nio platser. Under 2017 kommer fortsatt fokus vara att följa hemtjänsttimmarna och kostnadsutvecklingen inom hemtjänsten.

Kontorets/förvaltningens förslag till nämnden:

äldreomsorgsnämndens verksamhetsplan med budget 2017 fastställs enligt kontorets förslag.

Lenita Granlund

Socialdirektör

Mette Holst

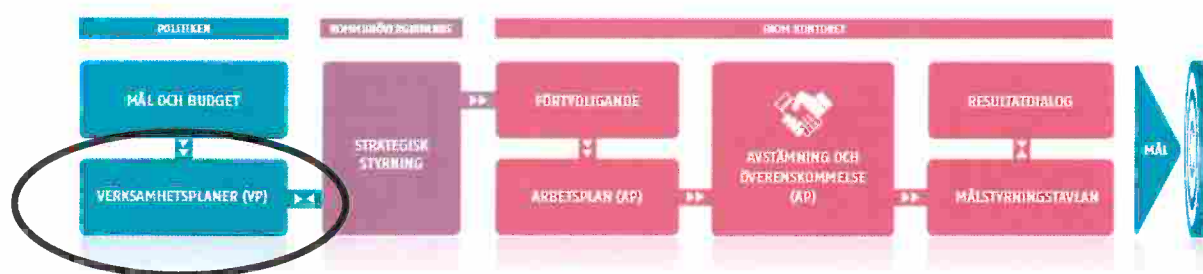
Ekonomichef

Handläggare: Mette Holst
Ekonomichef
Social- och omsorgskontoret
Telefon (direkt): 08-523 062 38
E-post: mette.holst@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen
Kommundelsnämnderna
Akten

Verksamhetsplan 2017

**Nämnd:**

Äldreomsorgsnämnden

Kontor:

Social- och omsorgskontoret

Nämndens ordförande:

Kerstin Pettersson

Ansvarig kontorschef:

Lenita Granlund

Datum: 18 jan 2017

Innehållsförteckning

1. Nämndens ansvarsområden och verksamheter	3
1.1 Nämndens verksamheter och funktioner	3
1.2 Antal anställda	3
1.3 Organisationsschema	4
1.4 Verksamhetsidé	4
1.5 Verksamhetsinriktning	4
1.6 Kommunens värdegrund	6
2. Omvärldshändelser av betydelse för äldreomsorgsnämnden	7
2.1 Bemanning på äldreboenden	7
2.2 Socialstyrelsens uppdrag kring demenssjukdom	7
2.3 Tillitsdelegationen	7
2.4 Ny vision för e-hälsa	7
2.5 Valfärdsutredningen	8
2.6 Socialstyrelsens uppdrag kring jämställdhet	8
2.7 Fortsatt satsning på ökad bemanning	8
2.8 Kompetensförsörjning och kvalitet i välfärden	8
3. Verksamhetsmål 2017-2019	10
4. Ekonomi	12
4.1 Internbudget	12
4.1.1 Gemensamt	13
4.1.2 Ordinärt boende	13
4.1.3 Särskilt boende	14
4.1.4 Övriga budgetposter	15
4.2 Investeringar	15
5. Statsbidrag, riktade satsningar och återsökningar	16
6. Nämndens internkontroll	17
6.1 Väsentliga processer för äldreomsorgsnämndens måluppfyllelse	17
6.2 Riskbedömning och riskhantering	17
7. Uppföljning	19

1. Nämndens ansvarsområden och verksamheter

Äldreomsorgsnämnden fullgör vissa av kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (SoL) till personer över 65 år. Till detta räknas inte försörjningsstöd, insatser för funktionshindrade, som före 65 års ålder fortlöpande fått insatser enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och/eller lag om införande av socialförsäkringsbalken, tvångsvård enligt lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), behandlingsinsatser enligt SoL för personer med missbruksberoende eller kommunkontrakt. Äldreomsorgsnämnden ansvarar för insatser enligt SoL som har fastställt demensdiagnos oavsett ålder.

I äldreomsorgsnämnden uppgifter ingår inhyrning av anläggningar för särskilda boendeformer och uthyrning av bostäder i dem.

Nämnden fullgör vidare kommunens uppgifter enligt lag om bostadsanpassningsbidrag mm, lag om färdtjänst och lag om riksfärdtjänst.

Nämnden utövar också ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården i nämndens egen verksamhet. Inom nämndens verksamhetsområde, ska det finnas en medicinsk ansvarig sjuksköterska, som svarar för de uppgifter, som framgår av tillämpliga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslag.

Nämnden får även utföra andra uppgifter på beställning av social- och omsorgsnämnden.

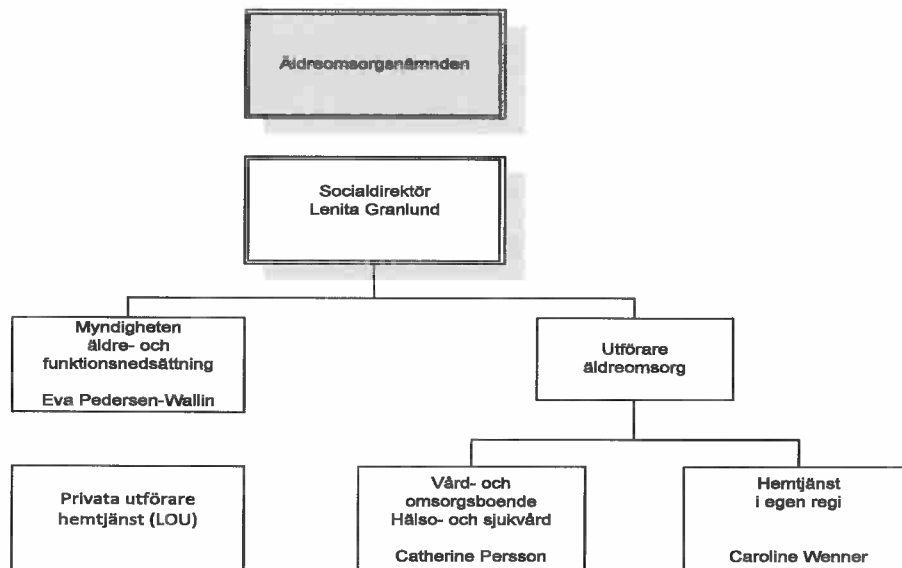
1.1 Nämndens verksamheter och funktioner

Insatser i ordinärt boende, vård- och omsorgsboende, hälso- och sjukvårdsinsatser, dagverksamhet, bostadsanpassning och förebyggande insatser.

1.2 Antal anställda

Per den 31 oktober 2016 var 821 personer (734,5 årsarbetare) anställda inom äldreomsorgsnämnden.

1.3 Organisationsschema



1.4 Verksamhetsidé

Äldreomsorgsnämnden ska verka för att Södertälje kommuns äldre, i sin tillvaro känner trygghet, värdighet, delaktighet samt valfrihet. Brukaren ska erbjudas en kompetent och flexibel omsorg samt möjlighet till ett stimulerande liv.

1.5 Verksamhetsinriktning

Alla äldre ska utifrån sina egna förutsättningar och med rätt stöd kunna leva ett så självständigt liv som möjligt. Insatserna ska anpassas efter individuella behov utifrån ett helhetsperspektiv och i samverkan med berörda aktörer.

Antalet äldre ökar och fler har kroniska sjukdomar. Äldreomsorgens verksamheter ska arbeta för en god livskvalitet för de äldre. För att kunna erbjuda en god vård och omsorg behövs boenden, som motsvarar behoven. Behoven hos äldre ska därför följas noggrant och en långsiktig och strategiskt hållbar planering i samverkan mellan kontor, bolag och externa aktörer ska tas fram.

Under perioden ska arbetet med kost, måltidsmiljöer och rehabiliterande arbetssätt förstärkas. Genom att arbeta funktionsbevarande och stödja anhöriga som vårdar närstående kan behoven av äldreomsorg skjutas upp. En fortsatt satsning på kulturaktiviteter ger ytterligare möjligheter att stimulera äldre till ett aktivt liv.

Metoder och arbetssätt som används inom äldreomsorgen ska så långt som möjligt baseras på forskning och beprövad erfarenhet. Nationella kvalitetsregister och uppföljning av insatser är viktiga delar för att kvalitetssäkra äldreomsorgen. Under 2017 kommer en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen att presenteras. Denna kommer att vara en viktig utgångspunkt i det fortsatta arbetet.

Att personalen har rätt kompetens är av största vikt. För att kunna möta framtidens krav på en verksamhet med kvalitet behövs hållbara strategier för att attrahera och kompetensutveckla personal. Strategier för långsiktig kompetensförsörjning ska därför tas fram.

En satsning pågår kring rekrytering av medarbetare inom hela Social- och omsorgskontoret. Trenden är en mer rörlig arbetsmarknad med kortare anställningsperioder. För att vara en attraktiv arbetsgivare behöver fokus läggas på en bra introduktion, få medarbetare att stanna kvar i kommunen men också på att få medarbetare att återvända. De ökade kraven och förväntningar på varje medarbetare innebär att tid behöver avsättas för vidareutbildning.

Social – och omsorgskontoret ska ha en hälsofrämjande arbetsmiljö som bidrar till att sjukskrivningstalen minskar. Inriktningen är att öka frisknärvaron så att fler medarbetare är friska och kan arbeta. Signaler på begynnande ohälsa är upprepade sjukfrånvaro och prioriterat är därför att bromsa inflödet av ny korttidssjukfrånvaro.

Insatser mot den arbetsrelaterade ohälsan planeras, genomförs och följs upp i ett flerårigt arbete i projektform. Arbetet ska bedrivas utifrån forskning och beprövade erfarenheter i andra kommuner och organisationer. Inriktningen för det långsiktiga hälsoarbetet är att öka frisknärvaron så att fler medarbetare är friska och arbetsföra och inte har återkommande sjukfrånvarotillfällen. En fortsatt strävan på lång sikt mot en genomsnittlig sjukfrånvaro på 5 procent för kommunen som helhet utgör ett måttal som en del av den långsiktiga inriktningen.

I slutet av november 2016 togs första spadtaget till det nya vård- och omsorgsboende Björkmossen, som beräknas vara klart maj 2018. Parallellt med det arbetet kommer äldreomsorgsnämnden tillsammans med stadsbyggnadsnämnden och Telge Fastigheter påbörja planläggningen av ytterligare ett vård- och omsorgsboende för att möjliggöra driftstart 2021.

Digitaliseringen bidrar till resurseffektivare verksamhet, bättre underlag för uppföljning och rättssäkra beslut. Hjälpmedel som utvecklats inom ramen för välfärdsteknologi kan bidra till ökad trygghet samt ge möjlighet att bibehålla och utveckla självständighet.

En ökad digitalisering kan medföra stora vinster för nämndens målgrupper. Det kan handla om stöd som ger ökad självständighet och

trygghet och inte minst olika typer av tjänster, som förenklar människors vardag. I ett längre perspektiv kan verksamhetsutveckling, med stöd av digitalisering, innebära stora kostnadseffektiviseringar.

Införandet av digital social dokumentation i vård- och omsorgsboende är en annan viktig komponent, för att kunna tillgodogöra sig digitaliseringens möjligheter.

1.6 Kommunens värdegrund

Medborgaren först, detta betyder för oss:

Vi har alltid vårt fokus på medborgarna i Södertälje kommun, i vårt arbete och när vi fattar beslut.

- Vi utgår alltid från det behov som brukaren har
- Vi skapar möjligheter till dialog och delaktighet

Vår strävan är att varje resurs alltid ska användas till att skapa värde för medborgaren

Respekt för individen, detta betyder för oss:

I Södertälje kommun respekterar vi alla människor oavsett ålder, kön etnicitet, religion, funktionsnedsättning eller sexuell läggning.

- Vi ska alltid visa människor aktning och empati
- Vi lyssnar aktivt
- Vi bemöter människor på det sätt vi själva vill bli bemötta
- Vi visar respekt för varandra

Mer än förväntat, detta betyder för oss:

I Södertälje kommun har vi ambitionen att ge våra medarbetare, medborgare och brukare mer än förväntat.

- Vi ger våra medborgare ett gott bemötande, bra service och goda tjänster.
- Vi använder de gemensamma resurserna på ett effektivt sätt
- Vi utgår alltid från att skapa ett mervärde för brukaren

Utgå alltid från samhällsuppdraget, detta betyder för oss:

Vi ska stödja människors strävan efter ett bra liv med god livskvalitet och se vårt uppdrag i ett helhetsperspektiv.

Olikheter är en styrka, detta betyder för oss:

Vi kommer att lyckas med vårt samhällsuppdrag om vi använder våra olikheter i organisationen vid rekrytering, samarbete, arbetslagssammansättning, medborgardialog med mera. Genom detta perspektiv bejakar vi nyfikenhet, öppenhet och lyhördhet.

2. Omvärldshändelser av betydelse för äldreomsorgsnämnden

2.1 Bemanning på äldreboenden

Regeringen har den 11 februari 2016 beslutat om en ändring i socialtjänstförordningen. I förordningen förtydligas att den enskildes behov ska vara styrande, och om det behövs ska personal finnas tillgänglig dygnet runt. SKL har tillsammans med kommuner, Föreningen Sveriges socialchefer, FAMNA och Vårdföretagarna, påbörjat ett arbete med ta fram nya arbetssätt och rekommendationer för kvalitet i särskilda boenden. Inspektionen för vård och omsorg, IVO, kommer också att bjudas in att delta. Målsättningen är att ta fram en rekommendation om arbetssätt och kvalitet som kommunerna kan anta. Arbetet beräknas pågå under två år.

2.2 Socialstyrelsens uppdrag kring demenssjukdom

De nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom revideras och en remissversion var klar innan årsskiftet 2016-2017. Den är nu ute på remiss i valda instanser, bland annat kommunförbundet Stockholms län. Remissvaret ska vara klart i mars 2017. Socialstyrelsen har dessutom i uppdrag att genom en nationell samordningsfunktion genomföra ett projekt med syfte att lämna ett samlat underlag dels för en bred nationell strategi om demenssjukdomar, dels som underlag till en plan för prioriterade insatser inom området för perioden fram till 2022.

2.3 Tillitsdelegationen

Regeringen har beslutat att tillsätta en tillitsdelegation som ska arbeta för ökad tillit i styrningen av den offentliga sektorn. Detta är en prioriterad fråga för regeringen som menar att en tillitsbaserad styrning skapar effektivare verksamheter och större nytta och kvalitet för medborgarna. Målet är att proffsen i offentlig sektor ska tillåtas vara proffs. Tillitsdelegationen har bland annat i uppdrag att genomföra projekt som främjar idé- och verksamhetsutveckling i hela styrkedjan - från nationell nivå till genomförandet i kommuner och landsting. Delegationen ska också analysera den statliga tillsynens effekter på kommunernas och landstingens verksamhetsutveckling. I uppdraget ingår även att studera olika ersättningsmodellers effekt på kvalitetsutveckling och effektivitet, samt lämna förslag på hur ersättningsmodeller kan utformas

2.4 Ny vision för e-hälsa

Regeringen och SKL har kommit överens om en ny vision för e-hälsa som tar sikte på 2025, då Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.

2.5 Velfärdsutredningen

Velfärdsutredningen med Ilmar Reepalu som särskild utredare ser över den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster. Syftet med utredningen är att säkerställa att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och eventuella överskott som huvudregel ska återföras till den verksamhet där de uppstått. En rapportering gjordes i november 2016 och senast i maj 2017 ska tilläggsuppdrag avseende tillståndsplikt och en vidareutveckling av Ägarprövningsutredningens förslag om krav på ekonomisk långsiktighet, insikt, erfarenhet och lämplighet redovisas.

2.6 Socialstyrelsens uppdrag kring jämställdhet

Regeringens uttalade politiska ambition är att minska oskäliga skillnader baserade på kön gällande bemötande, behovsbedömning och insatsers innehåll och omfattning inom socialtjänst eller verksamhet med stöd av LSS. Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag som ska slutredovisas i juni 2017 med syfte att förbättra jämställdhetsperspektivet i öppna jämförelser av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

2.7 Fortsatt satsning på ökad bemanning

Regeringen avsätter 2 miljarder kronor per år 2016–2018 för att höja kvaliteten i äldreomsorgen. Genom en ökad tillgång till personal kan kommunerna påverka kvaliteten och effektiviteten inom äldreomsorgen. En ökad bemanning inom äldreomsorgen kan skapa utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den enskilde vilket kan bidra till att exempelvis förebygga psykisk ohälsa, bryta isolering och öka kvaliteten på måltiderna. Det kan också ge större möjligheter för personalen att bidra till att gemensamt utveckla verksamheten och en förbättrad arbetsmiljö för personalen.

2.8 Kompetensförsörjning och kvalitet i välfärden

Regeringen vill öka kvaliteten och säkra kompetensförsörjningen inom välfärden.

Genom extratjänster har kommuner, landsting och privata utförare inom välfärden möjlighet att få en extra resurs som kan stötta verksamheten. Från den 1 december 2016 utvecklar regeringen extratjänsterna ytterligare. Extratjänsterna kommer bland annat att omfatta ersättning för arbete på 100 procent av en heltid och målgruppen vidgas också till att omfatta nyanlända.

Efter dialog med Sveriges kommuner och landsting och Fackförbundet Kommunal satsar regeringen på utbildning för tidsbegränsat anställda inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Utbildningssatsningen ska möjliggöra kompetensutveckling och tillsammans med extratjänster och traineejobb förbättra kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården samt stärka tidsbegränsat anställdas

långsiktiga ställning på arbetsmarknaden. Regeringens avsikt är att förslaget träder i kraft så snart som möjligt 2017.

3. Verksamhetsmål 2017-2019

Nämndmål 1: Brukaren ska uppleva delaktighet i vardagen

Indikatorer	Utgångsläge 2016	Mål 2017
Brukarbedömning helhet hemtjänst äldreomsorg	83 %	89 %
Brukarbedömning helhet särskilt boende äldreomsorg	84 %	85 %
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel	78 %	87 %
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - hänsyn till åsikter och önskemål, andel	82 %	85 %
Brukarbedömning biståndsbedömarens beslut är anpassat efter behov	60 %	73 %

Nämndmål 2: Äldreomsorgens personal har rätt kompetens och erhåller kontinuerlig kompetensutveckling

Indikatorer	Utgångsläge 2015	Mål 2017
Andel medarbetare på vård- och omsorgsboende som har adekvat utbildning	83%	85%
Andel medarbetare inom hemtjänst som har adekvat utbildning	69%	75%

Nämndmål 3: Andelen äldre som upplever trygghet i äldreomsorgen ska öka.

Indikatorer	Utgångsläge 2016	Mål 2017
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - trygghet, andel	86 %	89%
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg- förtroende för personalen, andel	88 %	90 %
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet, andel	82 %	85 %
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg- förtroende för personalen, andel	84 %	91 %

Nämndmål 4: De äldre på särskilt boende ska uppleva måltiden som en trevlig stund på dagen och tycka att maten som serveras smakar bra.

Indikatorer	Utgångsläge 2016	Mål 2017
Andel äldre i särskilt boende som uppgett att maten som serveras på det särskilda boendet smakar mycket eller ganska bra.	75 %	76 %
Andel äldre som uppgett att måltiderna som serveras på det särskilda boendet alltid eller oftast är en trevlig stund på dagen.	70 %	75 %

Nämndmål 5: Nämndens verksamheter arbetar systematiskt med att öka graden av digitalisering

Indikatorer	Utgångsläge 2016	Mål 2017
Andel utförda aktiviteter i den digitala handlingsplanen	Nytt mål	100%

Nämndmål 6: Sjukfrånvaron ska minska

Indikatorer	Utgångsläge 2016	Mål 2017
Total sjukfrånvaro i procent av arbetad tid	10,8 %	8,0 %

4. Ekonomi

Under 2017 kommer fortsatt fokus vara att följa kostnadsutvecklingen inom hemtjänsten. Hemtjänsttimmarna har minskat under 2016 och bedömningen inför budgeten 2017 är att timmarna kommer att minskas ytterligare. Från och med 1 juni kommer tid- och insatsregistrering att vara införd för alla utförare.

Ökat behov av särskilda boendeplatser finns fortfarande under 2016. Under början av 2017 kommer nio nya platser inom Wijbacken att färdigställas. I avvaktan på det nya boendet på Björkmossen köps platser externt eller på korttidsboende. Volymerna i budgeten för 2017 för särskilt boende och korttidsvården anses därmed överensstämma med behoven.

Från och med 1 januari 2017 har all ansvar för äldreomsorg flyttats till äldreomsorgsnämnden.

4.1 Internbudget

Utgångsläget för beräkningen av äldreomsorgens nämndbidrag 2017 är det kommunbidrag som fastställdes i mål- och budget 2017-2019. Vidare har justering för ökade lokalkostnader gjorts med 0,3 mnkr för Cederströmska gården, som inte längre tillhör äldreomsorgsnämnden.

Totala ramen för äldreomsorgsnämnden fördelas enligt följande:

Verksamhet (tkr)	Budget 2016	Utfall jan-nov 2016	Budget 2017	Förändring
Administration	27 795	25 330	36 722	8 927
Bemanningservice	2 857	2 619	2 857	0
Bostadsanpassning	5 508	5 045	6 074	566
Hälso- och sjukvård	34 291	34 469	37 186	2 895
Summa gemensamt	70 451	67 463	82 839	12 388
Hemtjänst	204 488	181 455	196 535	-7 953
Korttidsvård	42 617	38 211	43 225	608
Utskrivningsklara	1 250	173	500	-750
Dagverksamhet	28 051	25 903	29 397	1 346
Summa ordinärt boende	276 406	245 742	269 657	-6 749
Servicehus	5 058	3 161	5 550	492
Vård- och omsorgsboende	301 830	270 543	315 576	13 746
Summa särskilt boende	306 888	273 704	321 126	14 238
Förebyggande	4 421	4 105	3 886	-535
Tillagningskök	282	1 008	282	0
Nämnd	1 177	1 068	1 188	11
Summa övrig verksamhet	1 459	2 076	1 470	
Riksfärdstjänst	80	42	80	0
Totalt nämnden	659 705	593 132	679 058	19 353
Ofördelat/resultat	4 257	10 200	0	

4.1.1 Gemensamt

Inom verksamhetsområdet finns kostnader för administration inklusive myndigheten, bemanningservice, bostadsanpassning och hälso- och sjukvårdsinsatser. I budgeten finns 2,0 mnkr avsatt för extra satsning på äldreomsorgen. Vidare har hälso- och sjukvården utökats med 2,0 mnkr på grund av ett ökat behov av hälso- och sjukvårdspersonal.

4.1.2 Ordinärt boende

Inom området ordinärt boende ingår kostnader för hemtjänst, korttidsvistelse, utskrivningsklara samt dagverksamhet.

Hemtjänst

Inom verksamheten finns kostnader för hemtjänst inklusive avlösning, ledsagning och larm. Budgeten för 2017 utgår ifrån att medborgarnas behov av hemtjänst inom Södertälje kommun kommer att vara i

överensstämmelse med jämförbara kommuner och ett fortsatt fokus på rättsäker och individuella behovsbedömningar. Hemtjänstpriset har ökats till 390 kr/timme från och med 1 juni då tid- och insatsregistreringen beräknas komma igång ¹. Se bilaga 1 Prislista 2017.

Totalt antal hemtjänsttimmar

Budget 2016	Utfall jan-nov 2016	Budget 2017
585 900	492 843	514 200

Korttidsboende

Budgeten för 2017 utgår ifrån antalet belagda platser 2016. I priset för egen regi ingår kompensation för samordnad varutransport samt ersättning för 2016 års extra lönesatsning. Vidare har priset ökats med 3,0 procent som kompensation för pris- och löneökningar ².

Totalt dygn på korttidsboende

Budget 2016	Utfall jan-nov 2016	Budget 2017
19 740	17 157	18 852

Utskrivningsklara

Inom området finns kostnader till Landstinget för utskrivningsklara. Budgeten för 2017 är gjord utifrån 2016 års utfall.

Dagverksamhet

Inom området finns kostnader för dagverksamhet och turbundna resor. Kostnaderna för turbundna resor avser ett fast pris och avstämning av antalet resor jämfört med det fasta priset görs två gånger per år.

4.1.3 Särskilt boende

Inom området finns kostnader för servicehus och vård- och omsorgsboende.

Servicehus

Budgeten utgår ifrån 2016 års utfall. Utförarna av servicehusinsatser är hemtjänstpersonal. Hemtjänstpriset har ökats till 390 kr/timme från och med 1 juni då tid- och insatsregistreringen beräknas komma igång ³.

Totalt antal timmar servicehus

Budget 2016	Utfall jan-nov 2016	Budget 2017
11 388	7 737	11 388

Vård- och omsorgsboende

Budgeten avseende vård- och omsorgsboende utgår ifrån 2016 års antal belagda platser samt en utökning med nio platser för Wijbackens boende. I budgeten finns 3,0 mnkr avsatt för att öka digitaliseringen i

¹ Se bilaga 1, Prislista 2017

² Ibid

³ Ibid

verksamheten. I priset för egen regi ingår kompensation för extra nattpersonal, 2016 år extra lönesatsning samt samordnad varutransport. Utöver det har priset ökats med 2,0 procent som kompensation för pris- och löneökningar ⁴.

Antal personer i snitt

Budget 2016	Utfall 2016 (snitt)	Budget 2017
520	513	529

4.1.4 Övriga budgetposter

Förebyggande

Här finns kostnader avseende anhörigcenter, fixarservice och mötesplatser.

Riksfärdstjänst

Här finns kostnader avseende resor med riksfärdstjänst. Budgeten är oförändrat mot 2016.

Produktionskök

Inom området finns kostnader för äldreomsorgens produktionskök för mat till äldreboenden och till matportioner inom hemtjänsten. Produktionsköken finansieras av intäkter från verksamheterna. Budgeten för 2017 avser lokalkostnader.

Politisk verksamhet

Inom den politiska verksamheten återfinns kostnader för sammanträden och övriga kostnader som berör nämndens verksamhet. Anslaget har räknats upp med 1 procent.

4.2 Investeringar

I mål och budget 2017-2019 finns 1,2 mnkr beslutade investeringar avsatta för äldreomsorg för 2017. Dessa är för inventarier till utbyggnaden av Wijbackens äldreboende samt inventarier till Mariekällgårdens produktionskök. Det finns även nämndsbeslutade investeringar på 2,3 miljoner kronor, som i dagsläget är ofördelade.

⁴ Se bilaga 1 Prislista 2017

5. Statsbidrag, riktade satsningar och återsökningar

Statsbidrag	Belopp 2016	Belopp 2017	Koppling till nämndens måluppfyllse
Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen 2016-2017	15 mnkr	15 mnkr	Syftet med stimulansmedlen är att skapa ökad trygghet och kvalité för den enskilde.

Återsökningar	Belopp som ska återsökas under 2017	Koppling till nämndens måluppfyllse
Återsökningar av särskilda kostnader för äldre från Migrationsverket	Ca 4,0 mnkr	Då kommuner har rätt till ersättning för vissa kostnader de har för personer som har ansökt om asyl i Sverige, innebär det att de återsökningar som görs ska täcka delar av kostnader som uppkommer och därmed bidra till måluppfyllelsen att få en ekonomi i balans.

6. Nämndens internkontroll

6.1 Väsentliga processer för äldreomsorgsnämndens måluppfyllelse

Dokumenterade process och rutinbeskrivningar stärker den interna kontrollen då det utgör ett bra underlag för genomförande av en risk- och konsekvensbedömning.

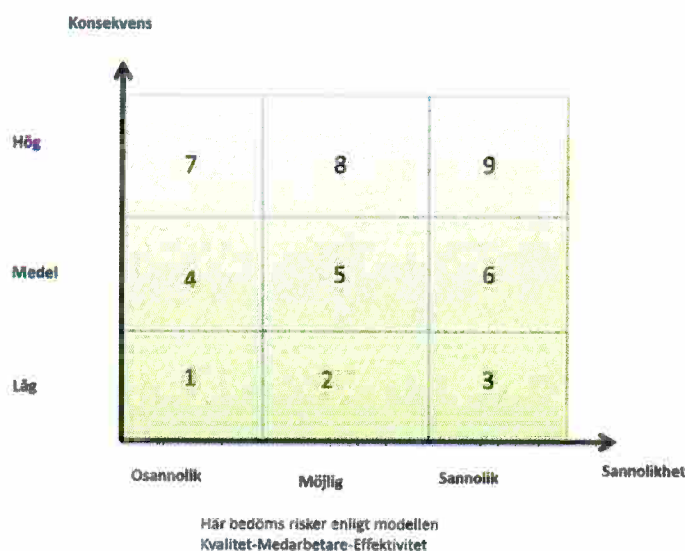
Väsentliga processer för nämndens måluppfyllelse:

- Huvudprocess verksamhet, Handläggning
- Stödprocess HR, Kompetensförsörjning
- Stödprocess IT, Drift och säkerhet
- Stödprocess Lokaler

6.2 Riskbedömning och riskhantering

Utifrån dokumenterade process-/rutinbeskrivningar görs en bedömning av vilka sannolika fel som kan uppstå. Därefter skall bedömas hur stor sannolikhet det är för att felet uppstår, dvs en riskbedömning görs.

Under hösten 2015 togs en ny modell för riskanalys och internkontroll fram för social- och omsorgskontoret. Modellen utgår från en övergripande riskanalys som genomförs av kontorets ledningsgrupp, där ett antal risker har identifierats och lagts in i ett riskanalysschema. Därefter har stabens kvalitetsenhet bearbetat materialet och utifrån detta tagit fram internkontrollmått. I riskanalysschemat har riskerna poängbedömts enligt principen i matrisen nedan:



De risker som erhållit riskpoäng 6 eller mer har tagits med internkontrollplanen. Samtliga risker som identifieras av verksamheten ska dock åtgärdas⁵.

6.3 Internkontroll

Internkontroll är en skyldighet för kommunerna som regleras i kommunallagen. Kommunallagen (6 kap.7§) föreskriver att nämnderna var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Respektive nämnd ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för den interna kontrollen i kommunen.

⁵ Se bilaga 2 för nämndens samlade internkontroll

7. Uppföljning

Uppföljningar	Behandling i KS/KF	Uppföljningarna omfattar
Delårsrapport per den 30 april inkl helårsprognos	ÄON 1 juni KS 16 juni KF 21 juni	• Ekonomisk uppföljning av driftverksamhet inkl finansiell analys • Uppföljning av investeringar
Delårsrapport per den 31 augusti inkl helårsprognos	ÄON 3 okt KS 27 okt KF 2 nov	• Ekonomisk uppföljning inkl finansiell analys • Uppföljning av investeringar • Prognos av God Ekonomisk Hushållning • Uppföljning av KF-mål och inriktning 2017-2019 • Uppföljning av internkontrollplan • Uppföljning av program och planer
Årsbokslut per den 31 december	Årsbokslutet behandlas preliminärt i februari/mars i nämnden och i mars i kommunstyrelsen. Årsbokslutet hanteras i kommunfullmäktige i maj.	• Ekonomisk uppföljning av driftverksamhet inkl finansiell analys • Uppföljning av investeringar • Uppföljning av God Ekonomisk Hushållning • Uppföljning av KF-mål och inriktning 2017-2019 • Uppföljning av internkontrollplan • Uppföljning av program och planer



Äldreomsorgsnämnden

Interna priser för Äldreomsorgsnämndens verksamheter 2017

Vårdnivåpriser på särskilda boenden

exkl hälso&sjukv

Pris omvårdnadsboende	1 273	kr per dygn
Pris demensboende	1 580	kr per dygn
Korttidsboende	1 747	kr per dygn

Hemtjänstpriser 1 januari till 31:a maj:

Ordinärt boende	322	kr per timme
Ordinärt boende	340	kr per timme (Enhörna, Hölö-Mörkö, Vårdinge)
Servicehus inkl fast avgift	322	kr per timme

Hemtjänstpriser från och med 1 juni:

Ordinärt boende	390	kr per timme
Ordinärt boende	390	kr per timme (Enhörna, Hölö-Mörkö, Vårdinge)
Servicehus inkl fast avgift	390	kr per timme

Anhörigvårdare	210	kr per timme
-----------------------	-----	--------------

Köp av mat från Bergviks produktionskök

Varmrätt, exklusive dessert	41	kr
Varmrätt, inklusive dessert	46	kr
Potatis, pasta, ris etcetera ingår ej i angivna priser.	(3 kr)	
Dagverksamhet	46	kr

Bilaga 2: Internkontrollplan Äldreomsorgsnämnd, Södertälje kommun 2017
1.1 Kvalitet

Risk	Bedömd sannolikhet	Bedömd konsekvens	Riskpoäng
Teknikstöd (fungerar inte, inte ändamålsenligt, saknas)	Sannolik	Hög	9
Beslut är inte aktuella (Myndighet ÄO)	Möjlig	Medel	4
Bristande uppföljning av beslut	Sannolik	Medel	6
Lokaler är inte ändamålsenliga (boende)	Möjlig	Hög/medel	4
Vi kan inte rekrytera tillräckligt många med rätt kompetens (eftergymnasial utbildning)	Sannolik	Hög	9
Vi kan inte rekrytera tillräckligt många med rätt kompetens (omsorgspersonal)	Sannolik	Medel	6

Process	Kontrollmål	Ansvarig för att kontroll utförs	Kontrollmetod (inkl frekvens)	Rapport till	När sker rapportering
Handläggning och dokumentation	Alla beslut följs upp minst 1 gång per år	Myndighetschef ÄO	Stickprov 5 % SLU på uppföljningar årligen senast i augusti.	Kontorschef	Delårsbokslut 31/8
Teknikstöd, Stödprocess: IT	Rutiner finns för att hantera driftstörningar inom IT och telefoni	Resultatombudschef	Uppföljning av att rutiner finns för att säkerställa brukarens trygghet	Kontorschef	Delårsbokslut 31/8
Kompetensförsörjning	Alla medarbetare ska ha adekvat utbildning för sitt uppdrag	Myndighetschef ÄO	Andel handläggare som har socionom-utbildning	Kontorschef	Delårsbokslut 31/8

1.2 Åtkomstkontroll HSL journal

Riskbedömning

Sannolika fel som kan uppstå	Låg risk	Medel risk	Hög risk	Konsekvens ¹
Obehöriga kommer åt patientuppgifter		•		K+

Åtkomstkontroll av journal inom kommunal Hälso- och sjukvård

Vårdgivaren (nämnden) ska göra systematisk återkommande loggkontroll med syfte att avhålla personal från att läsa patientuppgifter som de inte behöver ha i sitt arbete.

Process	Kontrollmål	Ansvarig för att kontroll utföres	Kontrollmetod (inkl frekvens)	Rapport till	När sker rapportering
HSL: Riktlinje för logghantering och åtkomstkontroll	Loggningen granskas kvartalsvis under minst 48 timmar (utförts till 100 %)	Resultatombudschef	SLU och antalet anställda som kontrolleras bör omfatta så många att det motsvarar sannolikheten att varje användare blir granskad minst en gång per år.	Kontorschef	Delårsboksut 31/8

¹ A= allvarlig konsekvens

K= Kännbar konsekvens

L= Lindrig konsekvens

1.3 Dokument och ärendehantering

Riskbedömning

Sannolika fel som kan uppstå	Låg risk	Medel risk	Hög risk	Konsekvens ²
Inkommen och utskickad post blir inte öppnad, registrerad och i övrigt adekvat hanterad		•		A

Internkontroll dokument- och ärendehantering

Rutin	Kontrollmål	Ansvarig för att kontroll utföres	Kontrollmetod (inkl frekvens)	Rapport till	När sker rapportering
Posthantering	Att inkommen och utskickad post blir öppnad, registrerad och i övrigt adekvat behandlad	Nämndsekreterare/ registrator	Stickprov bland inkomna och utskickade brev och e-post	Chefen för kontoret	Delårsbokslut 31/8

² A= allvarlig konsekvens

K= Kännbar konsekvens

L= Lindrig konsekvens

1.4 Återsökning av statsbidrag för flyktingar och asylsökande 2016

Rutin	Kontrollmål	Ansvarig för att kontroll utförs	Kontrollmetod (inkl frekvens)	Rapport till	När sker rapportering
Återsökning av statsbidrag för flyktingar och asylsökande	1. Att statsbidragsansökningar av särskilda och extraordinära kostnader görs inom alla relevanta områden enligt upprättad instruktion. 2. Säkerställa att alla berättigade personer identifieras som omfattas av återsökning.	Verksamhetscontroller	Upprätta en instruktion. Kontinuerlig uppdatering minst en gång per år.	Kontorschef	Delårsbokslut 31/8
Återsökning av statsbidrag för flyktingar och asylsökande		Verksamhetscontroller	Avstämning mot Migrationsverkets statistik och utbetalningslistor.	Kontorschef	Delårsbokslut 31/8

Intern kontrollplan för att vi söker berättigade riktade statsbidrag 2016

Process/Rutin	Kontrollmål	Ansvarig för att kontroll utförs	Kontrollmetod (inklusive frekvens)	Rapport till	När sker rapportering
Ansökan om statsbidrag	Att vi söker rätt statsbidrag	Verksamhetscontroller	Identifiera möjliga statsbidrag och dokumentera dessa i verksamhetsplanerna samt redovisa och följa upp dessa i managementrapporterna	Kontorschef	Delårsbokslut 31/8
Ansökan om statsbidrag	Krävs medfinansiering	Verksamhetscontroller	Detta ska framgå i verksamhetsplaner och managementrapporter.	Kontorschef	Delårsbokslut 31/8
Ansökan om statsbidrag	Säkerställa redovisning av berättigade statsbidrag så att kommunen får berättigade medel	Verksamhetscontroller	Projektplan inklusive implementering och utvärdering ska finnas för varje ansökan om statsbidrag.	Kontorschef	Delårsbokslut 31/8
Ansökan om statsbidrag	Undvika en permanent utökning av verksamhet med tillfällig finansiering	Verksamhetscontroller	Projektplan inklusive implementering och utvärdering ska finnas för varje ansökan om statsbidrag.	Kontorschef	Delårsbokslut 31/8

1.5 Arkivering av räkenskapsinformation

Riskbedömning

Arkivering av räkenskapsinformation regleras i arkivlagen, i lagen om kommunal redovisning och i arkivreglementet för Södertälje kommun.

Sannolika fel som kan uppstå	Låg risk	Medel risk	Hög risk	Konsekvens ³
Räkenskapsinformation förekommer	•			A
Räkenskapsinformation bevaras inte i sin ursprungliga form		•		K+
Räkenskapsinformation förvaras så att återsökning försvåras		•		K+
Räkenskapsinformation förvaras i olämpliga lokaler*			•	K
Gallringsregler finns inte eller uppdateras inte	•			K
Räkenskaper levereras inte enligt dokumenthanteringsplan	•			L

³ A= allvarlig konsekvens
K= Kännbar konsekvens
L= Lindrig konsekvens

Intern kontrollplan för Arkivering av räkenskapsinformation 2016

Rutin	Kontrollmål	Ansvarig för att kontroll utförs	Kontrollmetod (inkl frekvens)	Rapport till	När sker rapportering
Arkivering av räkenskapsinformation	Att dokumenthanteringsplaner finns för området ekonomistyrning.	Redovisning & Ekonomistyrning för centrala arkiv. Särskilt utsedd på resp kontor där räkenskapsinformation finns.	Årlig kontroll av att dokumenthanteringsplanen motsvarar behoven.	Kontorschef	Delårsboksut 31/8
Arkivering av räkenskapsinformation	Att arkivering sker enligt dokumenthanteringsplanen	Enligt ovan samt stadsarkivet	Att arkivering sker enligt planen, d.v.s. att man på sina egna kontor bara har räkenskapsmaterial som man ska ha enligt planen	Kontorschef	Delårsboksut 31/8



TJÄNSTESKRIVELSE

2017-01-25

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

Ärende 14

Remisyttrande "Ökad insyn i välfärden" (SOU 2016:62)

Dnr: 16/0084

Sammanfattning av ärendet

Social och omsorgskontoret har fått en remiss från Socialdepartementet om betänkandet "Ökad insyn i välfärden" (SOU 2016:62). Regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandets innehåll.

Utredningen innehåller förslag på hur offentlighetsprincipen kan införas i privat offentligt finanserad vård, skola och omsorg. Förslaget innebär att allmänheten får ökad insyn i verksamheter utan att medföra någon märkbar skillnad för brukare i fråga om skydd för deras integritet. Privata aktörer följer samma regler som verksamheter som bedrivs av kommun eller landsting där allmänheten har en lagstadgad rätt till insyn genom allmänna handlingars offentlighet och meddelarrätt.

Social- och omsorgskontorets bedömning är att om privata aktörer ska tillämpa offentlighetsprincipen blir en trolig följeffekt ökad administration och därmed också ökade kostnader för de privata aktörerna. De ökade kostnaderna kommer sannolikt att spilla över på kommunen vid upphandling med de privata aktörerna. Däremot ger tillämpningen av offentlighetsprincipen en utökad möjlighet för allmänheten att granska och få insyn i den privat finansierade vården, skolan, och omsorgen. Social- och omsorgskontoret ser därför försiktigt positivt på att offentlighetsprincipen införs i verksamheter som bedrivs av privata aktörer.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterat 2017-01-25

Social- och omsorgskontorets remissvar daterat 2017-01-25

Ärendet

Utredningens uppdrag har huvudsakligen bestått av att lämna förslag om hur offentlighetsprincipen kan införas i privat utförd offentligt finansierad vård, skola och omsorg. Utgångspunkten har varit att finna former för genomförande som inte nödvändigtvis ökar administrationen för utförarna inom vård, skola och omsorg. Ytterligare en utgångspunkt har varit att patienternas, elevernas, barnens och andra brukares integritet ska skyddas. Social- och omsorgskontoret har fått i uppdrag att svara avseende vård- och omsorgsområdet.

Skillnaden mellan offentlig och privata aktörer

Kommunal och landstingskommunal verksamhet som utförs av privata aktörer är finansierad av allmänna medel. Hade verksamheten utförts av en kommun eller ett landsting hade den omfattats av offentlighetsprincipen. När verksamheten i stället utförs av en privat aktör omfattas den inte av offentlighetsprincipen. En av skillnaderna mellan verksamhet som utförs i kommunal eller landstingskommunal regi och verksamhet som utförs av privata aktörer är således allmänhetens rätt till insyn i verksamheten. I verksamheter som bedrivs av kommun eller landsting har allmänheten en lagstadgad rätt till insyn och ska på begäran tämligen omgående få del av allmänna handlingar, om de inte innehåller några sekretesskyddade uppgifter.

De nya lagändringarna

Utredningen föreslår att offentlighetsprincipen ska införas i offentligt finansierad, privat utförd välfärd. Tre nya paragrafer förslås i 2 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL (*se bilaga*). Förändringen innebär:

- Anställda, uppdragsgivare och enskilda juridiska personer som bedriver offentligt finansierade, privat utförda välfärdsverksamheter ska omfattas av meddelarskyldighet.
- Enskilda juridiska personer som bedriver offentligt finansierade, privat utförda välfärdsverksamheter ska vara skyldiga att registrera sina handlingar och att skyndsamt handlägga framställningar om utlämnande av allmänna handlingar enligt samma princip som gäller för myndigheter.
- Allmänhetens behov av insyn i de offentligt finansierade, privat utförda verksamheterna kommer att tillgodoses.

Synpunkter från andra myndigheter

Socialstyrelsen är tveksam till att offentlighetsprincipen införs i verksamheter som bedrivs av privata aktörer. Enligt gällande bestämmelser kan kommunen begära in information från privata aktörer som bedriver verksamhet som överlåtit genom avtal (3 kap. 19 a § kommunallagen [1991:900], KL) omfattas redan av offentlighetsprincipen. De överlåtna verksamheterna är dessutom underkastade statlig tillsyn och kommunerna har ett uppföljningsansvar av dem (3 kap. 19 § KL). Enligt Socialstyrelsens erfarenheter fungerar kommunernas uppföljning på verksamhetsnivå i huvudsak, medan uppföljningen på individnivå ibland kan vara bristande. Socialstyrelsen föreslår i stället för att införa offentlighetsprincipen en skärpning av vissa regler inom vård- och omsorgsområdet. Som ett exempel kan fler verksamheter bli tillståndspliktiga (t.ex. hemtjänst).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är försiktigt positiva till att offentlighetsprincipen införs hos privata aktörer inom vård och omsorg. Införandet kommer dock troligen inte att påverka IVO:s verksamhet i någon större utsträckning, annat än att större insyn i dessa verksamheter generellt skulle leda till att IVO får fler tips från allmänheten om eventuella missförhållanden. Enligt IVO:s uppfattning behöver inte införandet av offentlighetsprincipen medföra större praktiska problem även om det kan innebära ökade administrativa kostnader.

Sveriges Kommuner och landsting (SKL) är positiva till förslaget men anser att offentlighetsprincipen kan medföra vissa praktiska problem för privata aktörer som bedriver verksamhet med mindre omfattning. Ökad administrativ börda kan medföra ökade kostnader som mindre aktörer inte kan klarar av.

Kommunens allmänna synpunkter på utredningen

Enligt gällande bestämmelser kan kommunen redan begära in information från privata aktörer som bedriver verksamhet som överlåtit genom avtal (3 kap. 19 a § kommunallagen [1991:900], KL). De handlingar som kommer in till kommunen omfattas av offentlighetsprincipen, varför allmänheten redan i dag kan få insyn i privata aktörers verksamhet. De överlåtna verksamheterna är dessutom underkastade statlig tillsyn och kommunerna har ett uppföljningsansvar av dem (3 kap. 19 § KL). Om offentlighetsprincipen införs hos privata aktörer finns en viss risk att ökad administration kan bidra till ökade kostnader med anledning av de arbetsuppgifter i ärendehantering och arkivering som tillkommer. Offentlighetsprincipen i verksamheter som överlåtit genom avtal till privata utförare kommer sannolikt att återspeglas i upphandlingarna och därmed slutligen landa med ökade kostnader för det allmänna. Kommuner och landsting får så att säga betala för de privata utförarnas ökade administrativa kostnader.

Social- och omsorgskontoret ser försiktigt positivt på att offentlighetsprincipen införs för privata aktörer eftersom det ökar allmänhetens insyn i verksamheterna. Vi ser samtidigt negativt på att förändringen kan medföra ökad administration och därmed ökade kostnader för kommunen. Otydlighet finns kring de faktiska kostnaderna för införandet av offentlighetsprincipen vilket kräver noggrannare klargörande i det fortsatta lagstiftningsarbetet

Alternativet till införandet av offentlighetsprincipen är att skriva tydliga och väl genomarbetade avtal med privata aktörer som möjliggör ändamålsenliga kommunala uppföljningar.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Om offentlighetsprincipen införs hos privata aktörer finns en viss risk att ökad administration kan bidra till ökade kostnader på grund av de arbetsuppgifter i ärendehantering och arkivering som tillkommer. Med anledning av de ökade kostnaderna som kan påverka mindre privata aktörer negativt föreslår utredningen att offentlighetsprincipen tillämpas med undantag för fysiska personer. I många fall driver fysiska personer sin verksamhet utan andra anställda och ibland i det egna hemmet och omfattar få brukare. På så sätt är kostnaderna för kommunens eller landstingets köp av verksamhet av en fysisk person begränsade.

Privata aktörers ökade administrativa kostnader för att leva upp till offentlighetsprincipens krav kommer sannolikt att återspeglas vid upphandling och på så sätt även falla på kommunen. Otydlighet finns kring de faktiska kostnaderna för införandet av offentlighetsprincipen vilket kräver noggrannare klargörande i det fortsatta lagstiftningsarbetet.

Kontorets förslag till nämnden:

Äldreomsorgsnämnden antar kontorets remissyttrande

Lenita Granlund

Socialdirektör

Marlen Eskander

Utredare

Handläggare: Marlen Eskander

Utredare

Enheten för strategiskt stöd och administration

Telefon (direkt): 08-523 028 45

E-post: marlen.eskander@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Socialdepartementet

Akten



REMISSVAR

2017-01-25

Social- och omsorgskontoret

Regeringskansliet

Socialdepartementet,

Enheten för folkhälsa och sjukvård

”Ökad insyn i välfärden” (SOU 2016:62)

Socialdepartementets diarienummer S2016/06178/FS

Sammanfattning av ärendet

Södertälje kommun har tagit del av rapporten ”Ökade insyn i välfärden”. Enligt gällande bestämmelser kan kommunen redan begära in information från privata aktörer som bedriver verksamhet som överlåtits genom avtal (3 kap. 19 a § kommunallagen [1991:900], KL). De handlingar som kommer in till kommunen omfattas av offentlighetsprincipen, varför allmänheten redan i dag kan få insyn i privata aktörers verksamhet. De överlåtna verksamheterna är dessutom underkastade statlig tillsyn och kommunerna har ett uppföljningsansvar av dem (3 kap. 19 § KL). Om offentlighetsprincipen införs hos privata aktörer finns en viss risk att ökad administration kan bidra till ökade kostnader med anledning av de arbetsuppgifter i ärendehantering och arkivering som tillkommer. Offentlighetsprincipen i verksamheter som överlåtits genom avtal till privata utförare kommer sannolikt att återspeglas i upphandlingarna och därmed slutligen landa med ökade kostnader för det allmänna. Kommuner och landsting får så att säga betala för de privata utförarnas ökade administrativa kostnader.

Södertälje kommuns bedömning är att om privata aktörer ska tillämpa offentlighetsprincipen blir en trolig följd effekt ökad administration och därmed också ökade kostnader för de privata aktörerna. De ökade kostnaderna kommer sannolikt att spilla över på kommunen vid upphandling med de privata aktörerna. Däremot ger tillämpningen av offentlighetsprincipen en utökad möjlighet för allmänheten att granska och få insyn i den privat finansierade vården, skolan, och omsorgen. Social- och omsorgskontoret ser därför försiktigt positivt på att offentlighetsprincipen införs i verksamheter som bedrivs av privata aktörer.

Alternativet till införandet av offentlighetsprincipen är att skriva tydliga och väl genomarbetade avtal med privata aktörer som möjliggör ändamålsenliga kommunala uppföljningar.

Sammanfattning

Uppdraget

Uttredningens uppdrag är att lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i privat utförd, offentligt finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning, vissa särskilda utbildningsformer i 24 kap. skollagen (2010:800) och annan pedagogisk verksamhet enligt 25 kap. samma lag till den del de erbjuds av privata anordnare. Utgångspunkten ska vara att finna former för ett genomförande som inte onödigtvis ökar administrationen för utförarna inom vård, skola och omsorg. Ytterligare en utgångspunkt är att patienternas, barnens, elevernas och andra brukares integritet ska skyddas. I uppdraget ingår även att överväga om det behöver göras någon ändring i sekretessregleringen, och i så fall föreslå hur en sådan ändring bör se ut samt överväga om, och i så fall i vilken utsträckning, kommunallagens (1991:900), KL, och skollagens bestämmelser som rör insyn hos privata utförare fortfarande kommer att fylla en funktion om offentlighetsprincipen införs.

Ökad insyn i välfärden

Uttredningen föreslår genom tre nya paragrafer i 2 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL att offentlighetsprincipen i princip ska införas i offentligt finansierad, privat utförd välfärd. Enskilda juridiska personer som driver sådan verksamhet ska med vissa undantag jämföras med myndigheter vid tillämpningen av offentlighets- och sekretesslagen. Förslaget medför att enskilda juridiska personer ska iakttä reglerna i offentlighets- och sekretesslagen om hanteringen av allmänna handlingar. Några ändringar i de materiella sekretessbestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen bedöms inte vara nödvändiga. Det innebär att patienter, barn, elever och andra brukare i privata verksamheter kommer att omfattas av samma sekretessbestämmelser i offentlighets- och sekretesslagen som i motsvarande offentliga verksamheter. Ett tillägg föreslås i 6 kap. 11 § OSL av innebörd att de som omfattas av bestämmelsen åläggs en skyldighet att lämna fullföljdshänvisning enligt 21 § andra stycket förvaltningslagen (1986:223). Anställda och uppdragstagare i offentligt finansierade, privat utförda välfärdsverksamheter ska omfattas av meddelarskydd. Bestämmelsen i 13 kap. 2 § OSL utvidgas därför till att omfatta även enskilda juridiska personer som bedriver offentligt finansierad välfärd. Införandet av offentlighetsprincipen i offentligt finansierade, privat utförda välfärdsverksamheter för med sig ett antal nya krav på privata aktörer. De ska bl.a. vara skyldiga att registrera sina handlingar och att skyndsamt handlägga framställningar om utlämnande av allmänna handlingar enligt samma principer som gäller för myndigheter.

Privata aktörer ska tillämpa arkivlagen

Arkivlagen görs tillämplig på arkiven hos enskilda juridiska personer som driver offentligt finansierad välfärd. Den kommunala arkivmyndigheten ska vara arkivmyndighet för kommunala verksamheter som överlåts till en privat utförare. För landstingskommunala verksamheter är det arkivmyndigheten i landstingen som ska vara arkivmyndighet. Det blir möjligt för kommuner och landsting att meddela föreskrifter om arkivvård. Kommuner och landsting ges också rätt att meddela föreskrifter om avgifter för tillsyn och förvaring av arkiven.

Vissa följdändringar blir nödvändiga

Allmänhetens behov av insyn i de offentligt finansierade, privat utförda välfärdsverksamheterna kommer att tillgodoses genom bestämmelserna om handlingsoffentligheten i offentlighets- och sekretesslagen. Utredningen bedömer därför att allmänhetens möjlighet till insyn genom 3 kap. 18 a § KL bör anpassas till detta. Som en följd av att offentlighetsprincipen gäller i enskilt bedrivna välfärdsverksamheter införs en erinran om det i bestämmelser om tystnadplikt i 6 kap. 12–14 och 16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), 15 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) och 29 kap. 14 § skollagen. En följd av att offentlighetsprincipen gäller blir också att tillämpningsområdet för vissa bestämmelser som ger brukare rätt att ta del av handlingar i sin personakt m.m. begränsas till enskilda verksamheter i vilka offentlighetsprincipen inte är tillämplig. Enskilda juridiska personer som bedriver offentligt finansierad välfärd ska tillämpa vissa bestämmelser i avgiftsförordningen (1992:191).

Konsekvenser av utredningens förslag

Förslaget medför vissa konsekvenser för privata aktörer som bedriver offentligt finansierad välfärdsverksamhet, eftersom det kommer att leda till en ökad administration och vissa kostnader. Införandet av offentlighetsprincipen bedöms inte medföra någon märkbar skillnad för brukare i fråga om skydd för deras integritet.

Ikraftträdande

Bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019. Handlingar som kommit in till eller som upprättats hos privata aktörer före denna dag ska enligt förslaget inte omfattas av den nya regleringen.



TJÄNSTESKRIVELSE

2017-01-09

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

Ärende 15

Uppföljningsplan för verksamhet inom äldreomsorgen 2017 - 2019

Dnr: ÄON 17/001

Sammanfattning av ärendet

Kommunen är ansvarig för att kontrollera och följa upp både verksamhet i egen regi och verksamhet som bedrivs av privata utförare. Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 är alla utförare av socialtjänst skyldiga att ha ett ledningssystem för kvalitet. Detta innebär att utföraren har ett eget ansvar för att säkra och utveckla kvalitet i sin verksamhet.

En andel av kommunens verksamhet utförs av andra än kommunen. Detta får till följd att uppföljning och kontroll av externa leverantörer kommer allt mer i fokus. Uppföljning är aktiviteter som genomförs löpande för att säkerställa kvaliteten på verksamheten. Uppföljningen utgår till största delen utifrån de krav som ställs i förfrågningsunderlag, avtal och godkännanden. Förutom planering av uppföljningen behöver en kommunikation ske med berörda parter och intressenter för att göra krav, förutsättningar och resultat kända. Berörda grupper kan vara brukare, patienter, leverantörer, ansvariga politiker och medborgare.

Utgångspunkten för uppföljningen är de mål och den inriktning som anges av fullmäktige, att medborgare och brukare upplever att erbjudna tjänster motsvarar behoven och håller en hög kvalitet i förhållande till både lagstiftning och den enskildes förväntningar. År 2015 ändrades kommunallagen så att kommunen har skyldighet att kontrollera och följa upp kommunal verksamhet som genom avtal utförs av privata utförare. Fullmäktige ska för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för verksamhet som utförs av privata utförare. I programmet ska också anges hur mål, riktlinjer och övriga föreskrifter inom området ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses. Ett sådant program antogs av Kommunstyrelsen 2016-01-29 Dnr: KS 16/17, § 11.

Resultatet av uppföljningsarbetet är ett verktyg för såväl nämnden som utförarna för att arbeta med ständiga förbättringar. Syftet är att genom den föreslagna uppföljningsplanen åskådliggöra systemet på ett tydligt och transparent sätt.

Ett hållbart system behöver också vara anpassningsbart om organisation, mål och förutsättningar förändras. Under planperioden ska riktade uppföljningar göras i alla delar av verksamheten vilket framgår av uppföljningsplanen. Alla verksamheter följs upp årligen. Vartannat år sker en mer fördjupad uppföljning och vartannat år sker uppföljning utifrån bl a resultatet från föregående år. Uppföljningsplanen ska årligen följas upp och revideras.

Social- och omsorgskontoret föreslår att nämnden antar uppföljningsplanen för verksamhet inom äldreomsorgen 2017-2019 i enlighet med kontorets förslag.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad den 9:e januari 2017

Uppföljningsplan för verksamheter inom äldreomsorgsnämnden 2017-2019 daterad den 9:e januari 2017

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet om uppföljningsplan för verksamheter inom äldreomsorgen 2017-2019 medför inga ekonomiska konsekvenser.

Kontorets/förvaltningens förslag till nämnden:

1. Nämnden beslutar att anta uppföljningsplan för verksamhet inom äldreomsorgen 2017-2019.



Lenita Granlund
Socialdirektör



Greger Lilliebladh
Verksamhetsstrateg

Handläggare: Greger Lilliebladh
Verksamhetsstrateg
Staben
Telefon (direkt): 08-523 064 19
E-post: greger.lilliebladh@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Akten

KPR

Uppföljning av verksamheten inom äldreomsorgsnämnden inklusive uppföljningsplan 2017-2019

Innehåll

Innehåll	2
1. Utgångspunkter för uppföljning.....	3
1.1 Syftet med uppföljningsarbetet	4
1.2 Verksamhetsområden som följs upp	4
1.3 Omfattning	4
2. Uppföljning på olika nivåer	4
2.1 Avtalsuppföljning	4
2.2 Individuppföljning	5
2.3 Uppföljning av ekonomi/volymer.....	5
2.4 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.....	5
2.5 Brukarnas uppfattning om kvalitet.....	5
3. Olika typer av uppföljningar och åtgärder	5
3.1 Planlagda uppföljningar	5
3.2 Händelsestyrd uppföljning	6
3.3 Särskilt riktade uppföljningar	6
3.4 Ekonomisk uppföljning.....	7
3.5 Åtgärdsplan	7
4. Analys och rapportering.....	8
5. Uppföljningsplan.....	8
6. Revidering av uppföljningsplanen	8

1. Utgångspunkter för uppföljning

Kommunen är ansvarig för att kontrollera och följa upp både verksamhet i egen regi och verksamhet som bedrivs av privata utförare. Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 är alla utförare av socialtjänst skyldiga att ha ett ledningssystem för kvalitet. Detta innebär att utföraren har ett ansvar för att säkra och utveckla kvalitet i sin verksamhet.

Enligt riksdagens beslut om ändring av kommunallagen har kommunen skyldighet att kontrollera och följa upp kommunal verksamhet som genom avtal utförs av privata utförare. Fullmäktige ska för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för verksamhet som utförs av privata utförare. I programmet ska också anges hur mål, riktlinjer och övriga föreskrifter inom området ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses. Ett sådant program antogs av Kommunstyrelsen 2016-01-29 Dnr: KS 16/17, § 11.

Uppföljning handlar om att kontrollera att verksamhet bedrivs utifrån gällande avtal (externt) och överenskommelser (internt). I 3 kap 3 § socialtjänstlagen, 6 § lag om stöd och service till vissa funktionshindrade samt 2 § a hälso- och sjukvårdslagen fastslås att socialtjänstens verksamhet ska ske med kvalitet. Socialstyrelsen har också, utifrån begrepp i lagstiftningen, definierat följande kvalitetsområden för socialtjänst:

- Självbestämmande och integritet
- Helhetssyn och samordning av andra insatser
- Trygghet och säkerhet
- Kunskapsbaserad tjänst
- Tillgänglighet inom tjänsten
- Effektiv socialtjänst

Socialstyrelsen har också fastställt en definition av god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vården ska vara:

- Jämlik
- Ändamålsenlig
- Kunskapsbaserad
- Patientcentrerad
- Säker

Kvalitet kan följas upp från olika perspektiv. En vanlig uppdelning är struktur-, process- och resultat kvalitet. *Strukturkvalitet* handlar om verksamhetens förutsättningar, ex. kompetens och organisation. *Processkvalitet* handlar om arbetssätt, rutiner och bemötande och *resultatkvalitet* om effekterna.

1.1 Syftet med uppföljningsarbetet

I det här dokumentet beskrivs grundläggande principer och inriktning för uppföljningsarbetet. Syftet med uppföljningsarbetet är att:

- Kontrollera att avtal/överenskommelser följs
- Säkerställa att politiska mål uppfylls
- Säkerställa att den enskilde som beviljats insatser får dessa verkställda i enlighet med beslut och till förväntad kvalitet
- Bidra till verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring

Uppföljningsarbetet är ett verktyg för såväl nämnden som utförarna att arbeta med ständiga förbättringar. Målbilden är att medborgare och brukare upplever att erbjudna tjänster motsvarar behoven och håller en hög kvalitet i förhållande till både lagstiftning och den enskildes förväntningar.

1.2 Verksamhetsområden som följs upp

Följande verksamhetsområden följs upp

- Vård- och omsorgsboende
- Hemtjänst/Nattpatrull/Larm
- Korttidsboende
- Dagverksamhet
- Kommunal hälso- och sjukvård

1.3 Omfattning

Äldreomsorgsnämnden beslutar årligen om en plan för uppföljning av verksamhet inom nämndens område. Planen är ett levande dokument som behöver vara flexibel och anpassningsbar om organisation, mål och förutsättningar ändras. Uppföljningsplanen ska årligen följas upp och revideras.

2. Uppföljning på olika nivåer

2.1 Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning avser de avtal som nämnden tecknat med privata utförare i enlighet med lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU). Dessa uppföljningar styrs innehållsmässigt av det förfrågningsunderlag som legat till grund för avtalets tecknande.

Förfrågningsunderlag (FFU)

Förfrågningsunderlag är underlag för tilldelning av uppdrag, ekonomisk ersättning och är direkt styrande för den uppföljning av privata utförare som sedan sker. I förfrågningsunderlaget fastställs de krav och den kvalitetsnivå som ska gälla för den verksamhet/tjänst som är aktuell. Här definieras också vad som ingår i tjänsten.

Hur kraven på utförarna är ställda och formulerade i förfrågningsunderlaget styr på vilket sätt uppföljningar kan genomföras. Det är därför viktigt att krav formuleras så att de är uppföljningsbara. Krav på insyn och att utföraren ska vara behjälplig vid uppföljning är också nödvändiga för att garantera medborgarnas insyn i verksamheten oavsett utförare. Att utföraren även har system för egenkontroll och t ex avvikelser och klagomål för att själva kunna följa upp sin verksamhet är krav som ingår i förfrågningsunderlagen.

Kommunala utförare

Särskilda överenskommelser för 2017 har tecknats mellan myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF) och kommunala utförare. Överenskommelserna speglar jämförbara avtal med externa utförare inom verksamhetsområdet.

2.2 Individuppföljning

Individuppföljningen sker utifrån den eller de insatser som berörd person beviljats genom myndighetsbeslut. Här är frågan om och hur man fått de insatser som beviljades. Dessa uppföljningar görs av biståndshandläggare. Individuppföljningen fokuserar på vilken effekt tjänsten/stödet fått för den enskilde, d v s resultat kvalitet. Individuella insatser följs upp vid behov, men minst en gång per år.

2.3 Uppföljning av ekonomi/volymer

- Uppföljning av beställda och fakturerade tjänster utförs av MÄF.
- Inhämtande av uppgifter från tillsynsmyndigheter om externa utförare fullgör sina skyldigheter avseende skatter och avgifter, sker regelbundet av Telge Inköp.
- Uppföljning av ekonomi och tillhörande volymer görs regelbundet av resultatenhetschef/ resultatområdeschef tillsammans med ekonom/controller.

Vid oegentligheter hos externa utförare som rör skatter, avgifter eller utförarens skyldigheter som arbetsgivare ska dessa inte utredas av kommunen utan anmälas till ansvarig myndighet så som Skatteverket, Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket, Arbetsförmedlingen, Migrationsverket eller Polisen.

2.4 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL 18 -18 §§ omfattar de som bor i de särskilda boendeformer eller bostäder med särskild service och de som vistas i dagverksamheter och daglig verksamhet. Ansvar omfattar insatser till och med sjuksköterskenivå, även arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Det omfattar också rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel inklusive förbrukningsartiklar som behövs för inkontinens.

MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) ansvarar för uppföljning av att hälso- och sjukvård, den planerade uppföljningen och utvecklingsområden beskrivs i en årlig patientsäkerhetsberättelse.

2.5 Brukarnas uppfattning om kvalitet

Brukarnas uppfattning inhämtas på olika sätt, till exempel via nationella eller egna brukarenkäter. Ett komplement till dessa enkäter är biståndshandläggarnas individuppföljning.

3. Olika typer av uppföljningar och åtgärder

3.1 Planlagda uppföljningar

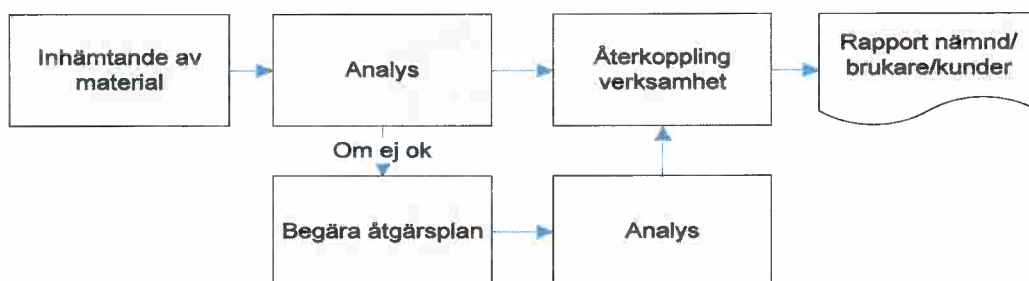
Uppföljningarna som genomförs är till övervägande del planlagda. Social- och omsorgskontorets stab tar fram planering och genomför uppföljningar. Planeringen utgår med en resursberäkning per

sakområde/insatsområde och vilka typer av uppföljning som är planerade. Varje enskilt sakområde/insatsområde har en rullande planering där fördjupade uppföljningar sker vartannat år.

En viktig utgångspunkt är att följa förändringar över tid och att det är möjligt att jämföra enheter med varandra. I kvalitetsuppföljningen ingår kontroll av verksamhetens arbete med systematiskt förbättringsarbete (riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättringsåtgärder), information från kvalitetsregister, analys av avvikelser och synpunkter/klagomål, eventuella tillsyner och externa revisioner, brukarens uppfattning, måluppfyllelse, nationella jämförelser granskning av journaler och akter etc.

Metoder som används i uppföljningsarbetet är ex. webbenkäter, insamling av års- eller verksamhetsberättelser, verksamhetsbesök och samtal med ledningen och samtal med personal. Besök i verksamheten kan göras både anmälda och oanmälda. Besöken kan ske på kontorstid och vid andra tidpunkter (kväll, natt och helger). Arbetssätt och metoder som används vid olika uppföljningar beskrivs närmare i kontorets interna rutiner.

Uppföljning sker förenklat enligt följande process



3.2 Händelsestyrd uppföljning

En händelsestyrd uppföljning orsakas av en särskild händelse. Det kan exempelvis vara:

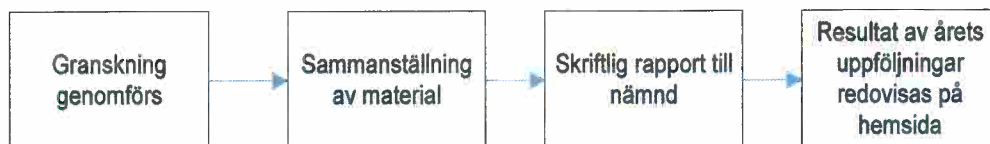
- Upprepade avvikelser hos samma utförare, eller enstaka avvikelse där det föreligger uppenbar risk att den upprepas
- Särskilt allvarlig händelse till exempel brist i kompetens, medvetna avsteg från avtal eller upprepade händelser i ett tydligt mönster
- Stora avvikelser i budget/debitering/fakturerings eller indikatorer för måluppfyllelse

Upptäcks akuta brister ska både socialdirektör och nämnd meddelas.

3.3 Särskilt riktade uppföljningar

Förutom regelbundna uppföljningar kan särskild granskning göras inom utvalt område. Dessa områden utses antingen på förekommen anledning, till exempel ny lagstiftning eller efter beslut av nämnden/respektive ordförande. Det kan vara ett särskilt perspektiv inom en eller flera verksamheter och eller ett eller flera områden. Anledningar till särskilt riktade uppföljningar kan vara politiska mål och uppdrag eller aktuella frågor på nationell, regional och/eller lokal nivå såsom aktualiserats av regeringen och Socialstyrelsen. Utifrån resultatet av uppföljning skrivs en rapport som lämnas till respektive chef eller nämnd.

Särskild granskning sker i korthet enligt nedan:



Exempel på olika typer av riktade uppföljningar

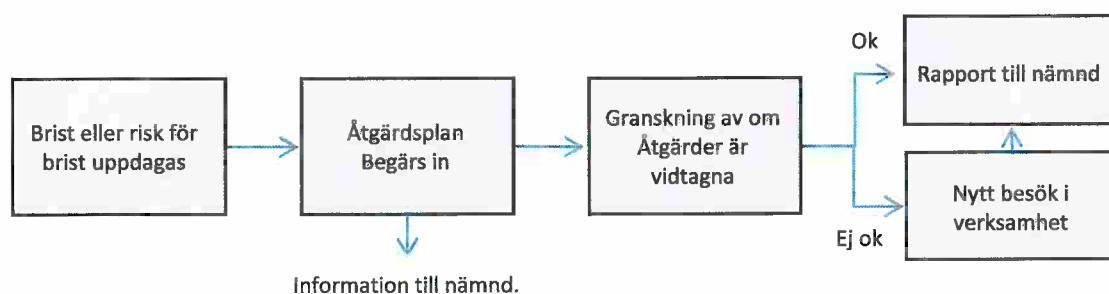
1. Särskild granskning inom ett område
2. Stickprovskontroll av utförare
3. Granskning sker genom besök i verksamheten och intervjuer av ledning, personal och brukare

3.4 Ekonomisk uppföljning

Uppföljning av all verksamhet görs en gång per månad i en ekonomisk rapport. I den finns uppgifter och nyckeltal som är utvalda för att beskriva ett månadsaktuellt och ackumulerat utfall.

3.5 Åtgärdsplan

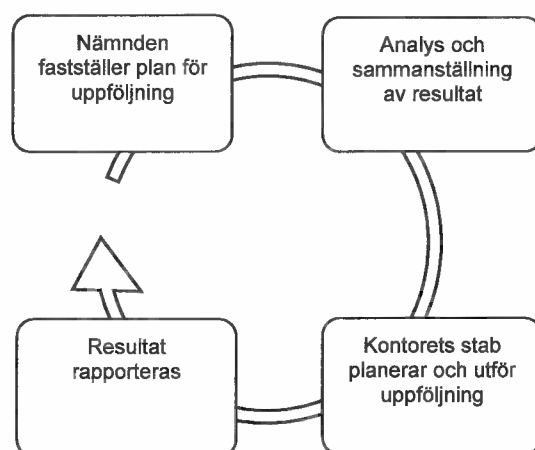
Vid uppdagande av allvarig brist eller risk för brist i en verksamhet begärs en åtgärdsplan in av uppföljande enhet.



1. Allvarlig brist eller risk för allvarlig brist eller upprepade brister framkommer.
2. Åtgärdsplan begärs in. Chef för verksamheten ansvarar för att ta fram åtgärder.
3. Granskning av att åtgärder är vidtagna görs genom ny uppföljning i form av besök i verksamheten.
4. Om bristerna inte åtgärdats sammanställs en rapport med förslag till vidare hantering i det enskilda fallet.

4. Analys och rapportering

En rapport av resultatet ges till nämnden efter varje uppföljning enligt uppföljningsplan.



5. Uppföljningsplan

Under planperioden ska uppföljningar göras av nedanstående delar av verksamheten. Alla verksamheter följs upp enligt ett rullande schema. Vartannat år sker en mer fördjupad uppföljning och vartannat år sker uppföljning utifrån bl.a. resultatet från föregående år.

För 2017 kommer fokusområden i uppföljningen vara:

- avvikelser
- kompetens
- dokumentation

	2017	2018	2019
ÄON	-Hemtjänst -Nattpatrull -Larmprocessen -Tidigare uppföljning särskilt boende, dagverksamhet	-Dagverksamhet -Särskilt boende -Tidigare uppföljning hemtjänst, nattpatrull, larmprocessen	-Hemtjänst -Nattpatrull -Larmprocessen -Tidigare uppföljning särskilt boende, dagverksamhet
Fördjupningsområde	Vid behov	Vid behov	Vid behov

6. Revidering av uppföljningsplanen

Uppföljningsplanen revideras årligen.



TJÄNSTESKRIVELSE

2016-12-20

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

Omsorgsnämnden

Ärende 16

Revidering av riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning

Dnr: OMS 16/098

ÄON 16/090

Sammanfattning av ärendet

Vid nämndens sammanträde 31 maj (ÄON) / 2 juni (OMS) 2016 gav nämnden social- och omsorgskontoret i uppdrag att revidera riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och handikappomsorgen, antagna 2006-11-30 och reviderade 2007-09-04.

Sedan 2007 har avgiftshanteringen utvecklats och riktlinjerna har nu setts över så att de följer aktuella lagar och föreskrifter.

Syftet med det nya förslaget till riktlinjer är att det ska fungera som ett stöd för avgiftshandläggarna, som de kan ha nytta av i sitt dagliga arbete. Riktlinjerna har därför reviderats såväl språkligt som innehållsmässigt. Även dispositionen och strukturen har omarbetats för att göra dokumentet mer lättillgängligt.

En ändring av reglerna för debitering vid frånvaro har gjorts i syfte att skapa ett mer rättvist system.

I de nuvarande riktlinjerna beräknas avgiften vid frånvaro genom den enskildes avgift divideras med 30 och det beloppet multipliceras sedan med antalet dagar som den enskilde fått hjälp. Detta system medför att den enskilde kan få reduktion av avgift vid kortare frånvaro trots att insatserna har utförts hos brukaren samt att kommunen haft kostnaden för insatserna. Systemet blir orättvist då den enskilde i dessa fall betalar betydligt lägre avgift för de utförda insatserna än vad övriga individer med samma insatser betalar.

Ändringen som gjorts i det nya förslaget till riktlinjer innebär att om den enskilde är borta delar av en månad eller av annan anledning inte får beviljade insatser utförda sker reduktion enbart om kostnaderna för de utförda insatserna inte överskrider kommunens maxtaxa eller den enskildes avgiftsutrymme. Det innebär att den enskilde alltid, oavsett kortare frånvaro, debiteras för utförd tid.

Social- och omsorgskontoret föreslår att nämnden antar kontorets förslag till reviderade riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse, daterad 2016-12-20

Förslag till riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

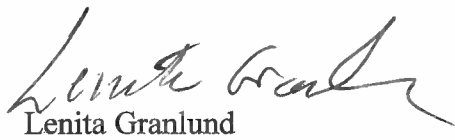
Riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och handikappomsorgen, daterade 2007-03-01

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Förslaget medför inga ekonomiska konsekvenser.

Kontorets förslag till nämnden:

Nämnden antar kontorets förslag till reviderade riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning.



Lenita Granlund

Socialdirektör



Tove Bergek

Kvalitetsutvecklare

Handläggare: Tove Bergek

Kvalitetsutvecklare

Staben

Telefon (direkt): 08-523 03 592

E-post: tove.bergek@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Akten

Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning



Riktlinjer

- för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning

Innehållsförteckning

Allmänt	3
Avgiftsbeslut.....	3
Beslutsunderlag.....	3
Uppgiftsvägran.....	3
Avgiftsunderlag	4
Beräkning av inkomst	4
Inkomster	4
Utländska pensioner och ersättningar till krigsinvalider mm.	4
Inkomst av kapital.....	4
Beräkning av makars inkomster.....	4
Beräkning av inkomst vid utmätning och skuldsanering.....	4
Förbehållsbelopp	5
Minimibelopp.....	5
Lagstadgade minimibelopp i socialtjänstlagen	5
Individuellt tillägg.....	5
Individuellt tillägg för mat.....	6
Individuellt tillägg för god man eller förvaltare	6
Beräkning av boendekostnaden	6
Beräkning av boendekostnad för makar och andra sammanboende	7
Jämkning med anledning av dubbla hyreskostnader	7
Avgiftsutrymme.....	7
Uträkning av avgiftsutrymme	7
Inget eller negativt avgiftsutrymme.....	8
Avgifter.....	8
Maxavgift.....	8
Avgiftsbelagda insatser	8
Regler vid start, avslut och uppehåll av insatser.....	9
Regler för ändring av avgifter.....	9
Debitering	9

Allmänt

Dessa riktlinjer behandlar avgifter för insatser som beviljats enligt SoL för äldre personer (65 år och äldre) och personer med funktionshinder (yngre än 65 år). Avgifterna regleras i 8 kap. Socialtjänstlagen (SoL).

Av lagen framgår att:

- avgifterna ska vara skäliga,
- avgifterna får inte överstiga kommunens självkostnader,
- avgifterna ska differentieras med hänsyn till den enskildes ekonomiska förhållanden,
- den enskilde ska förbehållas tillräckliga medel för sina normala levnadsomkostnader (förbehållsbelopp).

Avgiftsbeslut

Ett avgiftsbeslut enligt SoL baseras på en individuell ekonomisk utredning med syfte att fastställa den enskildes avgiftsunderlag, faktiska boendekostnad, minimibelopp, med hänsyn tagen till eventuella individuella tillägg och/ eller avdrag, samt förbehållsbelopp.

Ett avgiftsbeslut enligt 8 kap SoL är ett myndighetsbeslut (ex. bistånd enl. 4 kap. SoL). Beslut om avgift ska fattas i samtliga ärenden som rör insatser enligt SoL och som är avgiftsbelagda enligt kommunens avgiftssystem. Den enskilde ska alltid få ett beslut om sin individuella avgift. Om insatserna eller andra faktorer som påverkar avgiftens storlek, förändras fattas nytt avgiftsbeslut. Beslut om avgift fattas enligt 8 kap 2-9 §§ SoL i enlighet med dessa riktlinjer.

Den enskilde kan överklaga beslut om avgift, beräkning av avgiftsunderlag, boendekostnad eller minimibelopp till förvaltningsrätten (16 kap 3 § SoL).

Beslut om avgift enligt 8 kap 2-9 §§ SoL fattas av delegat enligt delegationsordning.

Beslutsunderlag

Vid handläggning av nya ärenden inhämtar handläggare uppgifter från Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten och i vissa fall skattemyndigheterna men den enskilde ska inkomma med underlag i form av uppgifter om aktuella inkomster och aktuell boendekostnad. Det är även den enskildes skyldighet att inkomma med nytt underlag vid förändring av de ekonomiska förutsättningarna.

Samtliga avgiftsbeslut för pågående avgiftsbelagda insatser revideras årligen. Nya avgiftsbeslut fattas efter att systemet uppdateras med hänsyn till nytt prisbasbelopp, nya avgifter och ny inkomstuppgifter från Försäkringskassan och Pensionsmyndigheterna

Uppgiftsvägran

Den enskilde som inte lämnar uppgifter för avgiftsprövningen debiteras högsta avgift till dess att inkomst och uppgiftblanketten lämnats. Den enskilde har 10 dagar på sig att inkomma med uppgifter. Inkommer den enskilde med uppgifterna senare registreras de då och den enskildes avgift kan komma att ändras från och med den månad de inkommer till myndigheten.

Avgiftsunderlag

Beräkning av inkomst

Med avgiftsunderlag avses den inkomst den enskilde kan antas komma att få under de närmaste tolv månaderna, fördelad med lika belopp per månad. Inkomsten ska enligt 8 kap 4 § SoL beräknas med tillämpning av 102 kap 29 § 1, 2, 4 och 5 socialförsäkringsbalken (SFB).

Inkomster

Med inkomst avses alla former av pensioner såsom garantipension, tjänstepension, tilläggspension, och privata pensionsförsäkringar m.fl. Vidare beaktas aktuella inkomster av tjänst, näringsverksamhet, kapitalinkomster och livränta vid avgiftsunderlaget. Inkomsten beräknas *före* skatt.

Även vissa skattefria inkomster räknas som inkomst och ska tas med i avgiftsunderlaget. Bostadsbidrag, bostadstillägg för pensionärer (BTP) och särskilt bostadstillägg för pensionärer (SBTP), kommunalt bostadsbidrag för handikappade (KBH), äldreförsörjningsstöd (ÄFS) och andra månadsvis regelbundna bidrag räknas som inkomst (dock inte; handikappersättning, försörjningsstöd, assistansersättning, barnbidrag samt ersättning som betalas ut från kapitalförsäkringar).

I de fall den enskilde sökt men ännu inte fått beslut om bostadsbidrag, bostadstillägg eller KBH kan detta inte medräknas i avgiftsunderlaget. Om den enskilde senare beviljas bostadsbidrag eller bostadstillägg retroaktivt, kan detta räknas med som en inkomst från den dag uppgiften inkommer till myndigheten.

Utländska pensioner och ersättningar till krigsinvalider mm.

I regel räknas utländska pensioner som inkomst. Omkostnader för vård, omsorg och boende med heldygnsomsorg kan under vissa förutsättningar debiteras finska staten genom Statskontoret i Helsingfors (SKL Cirkulär 2001:86).

Skadestånd som betalas ut av svenska staten räknas inte som inkomst. Detsamma gäller även ersättning till offer för nationalsocialistisk förföljelse. (SFS 1956:29)

Inkomst av kapital

Kapitalvinster avser alla typer av skattepliktiga ränteinkomster, utdelningar och kapitalvinster vid försäljning av tillgångar. Det framgår av den enskildes deklaration vad som är kapitalinkomster. Ett eventuellt underskott av kapital minskar inte avgiftsunderlaget storlek.

Beräkning av makars inkomster

Som huvudregel räknas makars inkomster samman och fördelas med hälften vardera. Andra sammanboendes inkomster räknas var för sig.

Beräkning av inkomst vid utmätning och skuldsanering

Vid utmätning och skuldsanering ser Kronofogdemyndigheten till att den enskilde förbehålls utrymme att kunna betala sin avgift för hemtjänst eller andra insatser till kommunen. Således ska den enskildes beräknade inkomst före utmätning av lön eller skuldsanering hos Kronofogdemyndigheten ligga till grund för avgiftberäkningen.

Förbehållsbelopp

Med förbehållsbelopp avses det belopp som den enskilde ska förbehållas av sina egna medel innan individuell avgift för hemtjänst, dagverksamhet och kommunal hälso- och sjukvård fastställs. Den enskildes förbehållsbelopp uppgår till summan av den enskildes minimibelopp och dennes boendekostnad.

Minimibelopp

Minimibeloppets nivå bestäms utifrån prisbasbeloppet som årligen fastställs av regeringen, enligt lagen om allmän försäkring (1962:381). Minimibeloppet ska täcka normalkostnader för:

- livsmedel, alla måltider,
- kläder, skor, fritid och hygien,
- förbrukningsvaror,
- dagstidning, telefon,
- Radio- och TV-avgift,
- möbler och husgeråd,
- hemförsäkring,
- hushållsel,
- resor (inkl. färdtjänst)
- tandvård,
- öppen hälso- och sjukvård,
- läkemedel

Kostnaderna för dessa poster utgår från konsumentverkets beräkningar av skäliga levnadskostnader.

Lagstadgade minimibelopp i socialtjänstlagen

Minimibeloppet ska enligt 8 kap 7 § SoL utgöra lägst en tolfte del av

- 1,3546 gånger prisbasbeloppet för ensamstående eller
- 1,1446 gånger prisbasbeloppet för var och en sa sammanlevande makar eller sambor.

Vid beräkning av avgifter för personer som är under 65 år är minimibeloppet 10 % högre.

Minimibeloppet för makar som inte delar hushåll beräknas på samma sätt som för ensamstående.

Individuellt tillägg

Det kan finnas särskilda omständigheter när den enskilde har fördyrade levnadsomkostnader inom ramen för de poster som det lagstadgade minimibeloppet ska täcka. Det kan också förekomma att den enskilde därutöver, av olika skäl, har andra levnadsomkostnader än dessa (8 kap. 8 § SoL).

I dessa fall ska nivån på minimibeloppet höjas i skälig omfattning under förutsättningar att:

- Kostnaden är av den karaktären att den bör tillgodoses inom ramen för minimibeloppet
- Kostnaden är av varaktig karaktär

- Kostnaden får ej understiga 200 kr/ månad

En förutsättning för att individuellt tillägg ska bli aktuellt är att den enskilde lämnat uppgifter för avgiftsprövning.

Individuellt tillägg görs som regel när:

- Mat erhålls via hemtjänst, i särskilt boende, i korttidsboende eller i dagverksamhet
- Hushåll med barn under 18 år

Det finns också individuella tillägg som kräver en ansökan från den enskilde. Dessa tillägg görs efter prövning av handläggare:

- Kostnader för god man och förvaltare
- Underhållsbidrag som betalas ut till den enskildes barn: Kostanden ska alltid styrkas av intyg från försäkringskassan.
- Fördyrad kost på grund av specialkost (om detta inte täcks av handikappersättning eller ingår i högkostnadsskyddet). Kostnaderna ska alltid styrkas med läkarintyg och kvitton.
- Kostnader för personliga hjälpmedel (om detta inte täcks av handikappersättning eller ingår i högkostnadsskyddet). Kostnaderna ska alltid styrkas med läkarintyg och kvitton.
- Kostnader till följd av funktionsnedsättning (om detta inte täcks av handikappersättning eller ingår i högkostnadsskyddet). Kostnaderna ska alltid styrkas med läkarintyg och kvitton.
- Kostnader för dubbla hyror i samband med avyttring av hyresrätt eller vid provboende för den som beviljats parboende.

Individuellt tillägg för mat

Individuellt tillägg görs som regel om den enskilde är beviljad:

- matalådor som levereras i ordinärt boende
- korttidsboende
- särskilt boende
- dagverksamhet

Det individuella tillägget ska kompensera för de fördyrade matkostnader som insatserna medför. Tillägget görs utifrån ett schablonbelopp och oberoende av kostnadens storlek, dvs. den kan vara lägre än 200 kr per månad.

Individuellt tillägg för god man eller förvaltare

Om den enskilde själv betalar arvode/omkostnad för god man eller förvaltare görs ett individuellt tillägg som motsvarar den enskildes faktiska kostnad för arvodet/ omkostnaden (dvs. årskostnaden dividerat med 12). Den enskilde måste styrka kostnaden genom att lämna kopia på utdrag från överförmyndarnämnden.

Beräkning av boendekostnaden

Boendekostnaden är en del av den enskildes förbehållsbelopp och kan ha stor betydelse för den enskildes avgift. Det är därför viktigt att uppgift om boendekostnaden stämmer. Vid beräkning av den enskildes boendekostnad tillämpas Pensionsmyndighetens regler för bostadstillägg till

pensionärer m fl. Vid beräkning av kostnader för uppvärmning av bostad och vatten samt övrig drift tillämpas i första hand Pensionsmyndighetens schablonbelopp (PFS 2015:6).

Om det kan verifieras att den enskildes faktiska boendekostnad inte överensstämmer med uträkning i enlighet med Pensionsmyndighetens schablonbelopp, ska den enskildes faktiska boendekostnad ligga till grund för beräkning av dennes förbehållsbelopp. Som huvudregel ingår uppvärmning av bostad och vatten i hyran eller månadsavgiften, medan kostnaden för hushållsel normalt inte ingår. Undantag från huvudregeln förekommer dock. Då den enskilde har lån för sin bostad räknas 70 % av räntekostnaden som månadsavgift.

Olika beräkningar av boendekostnaden görs för:

- Hyresrätt
- Bostadsrätt
- Villa

Beräkning av boendekostnad för makar och andra sammanboende

Boendekostnaden fördelas lika mellan den enskilde och övriga vuxna personer som denne eventuellt delar bostaden med (t.ex. make/maka, sambo eller andra vuxna personer).

Jämkning med anledning av dubbla hyreskostnader

I vissa fall är det inte möjligt för den enskilde att säga upp hyreskontrakt för sin tidigare bostad i direkt anslutning till inflytt till särskilt boende med hyreskontrakt.

Den enskilde kan då ansöka om jämkning av omsorgsavgiften i maximalt tre månader. Det gäller endast om den enskilde inte har kontanter eller lätt realiserbara tillgångar (aktier, fonder, obligationer mm) som överstiger två prisbasbelopp.

Om den enskilde beviljats plats på särskilt boende och dennes make/ maka/ sambo, i enlighet med 4 kap 1c § beretts möjlighet att flytta med kan maken/ makan/ sambon välja att provbo på boendet under maximalt sex månader. Under denna tidsperiod görs ett tillägg för dubbla hyror.

Avgiftsutrymme

Genom att lägga ihop bostadskostnaden, det lagstadgade minimibeloppet samt i förekommande fall individuellt tillägg och/ eller avdrag får man fram förbehållsbeloppet. Förbehållsbeloppet dras sedan av från den sammanlagda inkomsten efter skatt, kyrkoskatt, begravningsavgift samt eventuellt bostadstillägg. Den återstående summan utgör den enskildes avgiftsutrymme och bestämmer vilken avgift som kan tas ut av den enskilde.

Uträkning av avgiftsutrymme

+nettoinkomst (efter skatt) per månad	
+nettoinkomst(efter skatt) av kapital per månad	+minimibelopp
+ev. bostadstillägg	+ev. individuellt tillägg
+ev. andra skattefria inkomster	+bostadskostnad
Summa = avgiftsunderlag	Summa = förbehållsbelopp

avgiftsunderlag

-förbehållsbelopp

Summa = avgiftsutrymme

Inget eller negativt avgiftsutrymme

I de fall den enskilde har 0 kronor eller ett negativt avgiftsutrymme, innebär det att ingen omsorgsavgift kan tas ut. Avgiften för mat påverkas inte av avgiftsutrymmet. Handläggaren är då skyldig att informera den enskilde om möjligheten att söka försörjningsstöd enligt SoL eller äldre försörjningsstöd (ÄFS) hos Pensionsmyndigheten.

Avgifter

Maxavgift

I 8 kap. 5 § SoL, regleras en högsta avgift för hemtjänst i ordinärt och särskilt boende, dagverksamhet och kommunal hälso- och sjukvård. Avgifterna baseras i lagen på andel av prisbasbeloppet. I SoL finns också ett högkostnadsskydd i form av högsta avgift för boende som får debiteras i de fall boendekostnaden inte ska fastställas som hyra, dvs. bostad som inte omfattas av hyreslagen.

Avgiftsbelagda insatser

Avgift debiteras för följande biståndsbedömda insatser:

- Trygghetslarm
- Hemtjänst
- Leverans av matlådor
- Dagverksamhet
- Korttidsboende
- Hjälp i hemmet i form av personligt utformat stöd
- Avlösarservice för personer 65 år och äldre
- Boendeavgift om eget hyreskontrakt inte finns
- Snöskottning/ halkbekämpning

Oavsett insatsernas omfattning kan den enskilde aldrig debiteras högre avgift för insatserna än den lagstadgade maxtaxan. Det finns dock avgifter som undantas detta. Dessa är:

- Färdiglagade matportioner
- Mat på särskilt boende
- Förbrukningsarticklar i permanent vård- och omsorgsboende
- Mat på korttidsboende
- Vid dödsfall på särskilt boende eller korttidsboende debiteras dödsboet för bårtransport.

Avgiften för ovanstående insatser fastställs årligen av kommunfullmäktige i beslut om Mål och Budget.

Följande biståndsbedömda insatser är avgiftsfria:

- Ledsagning (om detta är enda insatsen)

- Avlösarservice upp till 8 timmar per månad (för personer över 65 år)
- Boendestöd inom psykiatri
- Digitalt trygghetsstöd

Regler vid start, avslut och uppehåll av insatser

För trygghetslarm och snöskottning/ halkbekämpning betalas hel månadsavgift oavsett när i månaden insatsen påbörjas eller avslutas.

Den enskilde betalar alltid för utförd tid. Om den enskilde är borta delar av en månad eller av annan anledning inte får beviljade insatser utförda kan detta innebära att avgiften reduceras. Reduktion sker enbart om kostnaderna för de utförda insatserna inte överskrider kommunens maxtaxa eller den enskildes avgiftsutrymme.

Kostnaden för mat reduceras alltid vid sjukhusvistelse och även vid övrig bortovaro, under förutsättning att den enskilde anmäler bortovaron till handläggare minst sju dagar i förväg.

Regler för ändring av avgifter

När avgiften beslutas ska alltid minimibeloppet bevakas. Om minimibeloppet inte uppnås ska avgiften sänkas. Det är kommunens skyldighet att besluta omnedsättning av avgiften. Den enskilde har rätt att få en individuell prövning. Skälen till individuell prövning kan exempelvis vara dubbla bostadskostnader och hänsyn till kvarboende makes ekonomi.

Den enskilde är skyldig att anmäla förändrade inkomst- förmögenhets- och bostadsförhållanden. Kommunen kan kontrollera de uppgifter som är offentliga hos andra myndigheter. Efter kontroll kan avgiften ändras.

Ändring av avgiften sker månaden efter det att förhållandena som påverkat avgiften förändras.

Debitering

Alla avgifter debiteras månadsvis i efterskott utom hyror som debiteras månadsvis i förskott.

Debitering av mat och hemtjänstavgifter sker månadsvis i efterskott. Kommunen fattar årligen beslut om vilken som är den lägsta avgift som kan faktureras per månad. Vid små avgiftsbelopp kan fakturering göras för en längre period.

Avgift för betalningspåminnelse tas ut enligt gällande förordning. Vid försenad betalning utgår dröjsmålsränta enligt räntelagen.



Riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och handikappomsorgen

den 1 mars 2007

2006-10-30

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ALLMÄNT	3
AVGIFTER OCH HEMTJÄNSTBEGREPP	4
INKOMSTBEGREPP	5
FÖRBEHÅLLSBELOPP	6
REGLER VID START, AVSLUT OCH UPPEHÅLL AV INSATSER.....	7
REGLER FÖR ÄNDRING AV AVGIFTER.....	7
FÖRBRUKNINGS- OCH HYGIENARTIKLAR I ÄLDREBOENDE.....	8
BOENDEAVGIFT OM EGET HYRESKONTRAKT INTE FINNS.....	9
ÖVRIGA AVGIFTER	10
DEBITERINGSRUTINER.....	11
ALLMÄNNA BESTÄMMELSER	11

Allmänt

Dessa riktlinjer för avgifter inom äldre- och handikappomsorgen gäller alla som har ett biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL). Därutöver utarbetas årligen tillämpningsanvisningar av respektive kontor där aktuella belopp framgår.

Beräkningsgrunden för varje avgift framgår i detta dokument i en ruta i anslutning till det som behandlas i respektive avsnitt.

Avgifterna för insatserna styrs av SoL. Av lagen framgår att:

- avgifterna ska vara skäliga
- avgifterna får inte överstiga kommunens självkostnader
- avgifterna får differentieras med hänsyn till den enskildes ekonomiska förhållanden
- den enskilde ska förbehållas tillräckliga medel för sina normala levnadsomkostnader

Avgiften bestäms av avgiftsutrymmet och inte av hjälpens omfattning.

Avgiftsutrymmet är aktuell inkomst reducerad med

- skatt
- bostadskostnad
- minimibelopp (fastställs årligen)
- begravningsavgift
- avgift till trossamfund, gäller de samfund som via Skatteverket får in sina medlemsavgifter. (År 2006 är det Svenska kyrkan, Evangeliska frikyrkan, Frälsningsarmén, Metodistkyrkan i Sverige, Romersk-katolska kyrkan, Svenska Alliansmissionen, Svenska Baptistsamfundet, Svenska Missionskyrkan.)

Den högsta hemtjänstavgift som kan tas ut bestäms årligen och uppgår för år 2006 till 1 588 kronor per månad.

Maximal hemtjänstavgift beräknas: 48 % av gällande prisbasbelopp (pbb) dividerat med 12.

Högsta hemtjänstavgift fastställs årligen av Socialstyrelsen.

Avgifter och hemtjänstbegrepp

Hemtjänst innefattar dels insatser av servicekaraktär och dels insatser som är mer inriktade mot personlig omvårdnad, i eget boende eller inom särskilt boende inklusive korttidsvistelse.

Serviceinsatser är exempelvis praktisk hjälp med hemmet skötsel, att gå ärenden, tillredning av måltider och distribution av färdiglagad mat.

Personlig omvårdnad är exempelvis hjälp att äta och dricka, klä sig, förflytta sig, personlig hygien samt olika trygghetsinsatser.

Avgift tas ut för hemtjänst och för följande biståndsbedömda insatser:

- | | |
|--|---|
| - matdistribution | - ev mat vid dagverksamhet |
| - färdiglagade matportioner | - turbundna resor |
| - matabonnemang på särskilt boende | - snöskottning/halkbekämpning |
| - förbrukningsartiklar i permanent äldreboende | - hjälp i hemmet i form av personligt utformat stöd |
| - mat vid korttidsvistelse | - avlösarservice för personer 65 år och äldre vid mer än 8 timmar |
| - trygghetslarm | - boendeavgift om eget hyreskontrakt inte finns |
| - dagverksamhet ??? | |
| - korttidsvistelse | |

Halv avgift betalas för:

- biståndsbedömd dagverksamhet inklusive resor
- snöskottning/halkbekämpning, debiteras säsongen november-mars. Avgift debiteras för hela säsongen oavsett om det funnits behov av snöskottning eller inte.
- Dagverksamhet

Avgiftsfritt är följande biståndsbedömda serviceinsatser:

- ledsagning, om man inte har hemtjänst i övrigt
- avlösarservice för personer under 65 år om man inte har hemtjänst i övrigt
- boendestöd inom psykiatri
- telefontjänst, dvs. daglig telefonkontakt från hemtjänsten
- öppen dagverksamhet, eventuell förtäring betalas av den enskilde

Oavsett olika kombinationer av insatser kan avgiften vara högst hel hemtjänstavgift (1 588 kronor/månad år 2006).

Självkostnad för hemtjänsttimme

Kommunfullmäktige fastställer årligen kommunens självkostnad för en hemtjänsttimme och för år 2006 är den 282 kronor per timme. Hemtjänstavgift beräknas alltid utefter avgiftsutrymmet. I undantagsfall är omfattningen av hjälpen sådan att avgiftsutrymmet är högre än självkostnaden, i de fallen beräknas den enskildes hemtjänstavgift efter kommunens självkostnad per hemtjänsttimme.

Självkostnaden för en hemtjänsttimme fastställs årligen av kommunfullmäktige i beslut om Mål&Budget.

Inkomstbegrepp

Som underlag för avgiftsberäkning räknas alla skattepliktiga inkomster dvs. inkomst av tjänst, näringsverksamhet och kapital.

Avgiftsunderlag är även bostadsstöd och övriga inkomster.

De inkomster som uppges ska vara för innevarande år, förutom inkomst av kapital som avser föregående år.

Förmögenhet är inte avgiftsgrundande.

Som inkomst räknas inte:

- | | |
|---|--|
| - vårdbidrag | - barntillägg till garantipension |
| - handikappersättning | - ersättning för barn i familjehem (omkostnadsdelen) |
| - assistansersättning | - hemsjukvårdsbidrag |
| - barnbidrag | |
| - statligt studiestöd i form av förlängt barnbidrag och studiehjälp | |

Avgifterna ska beräknas på nytt om något som påverkar avgiftens storlek har ändrats. Den enskilde ska underrättas om att avgiften ändras om inte förändringen enbart beror av förändrat prisbasbelopp.

För makar och registrerade partners ska inkomsten beräknas utgöra hälften av deras sammanlagda inkomster. Motsvarande gäller inte sambos inkomster dock ska hyran delas på.

Förbehållsbelopp

Förbehållsbeloppet omfattar minimibelopp och bostadskostnad.

Minimibeloppet ska täcka den enskildes normala levnadsomkostnader för:

- livsmedel
- kläder/skor
- fritid
- hygien
- dagstidningar, telefon, TV-avgift
- hemförsäkring
- hälso- och sjukvård
- tandvård
- hushållsel
- förbrukningsvaror
- resor
- möbler, husgeråd
- läkemedel

Minimibeloppet är knutet till prisbasbeloppet som justeras årligen. Minimibeloppet varierar beroende på familjesituation och ålder. Nedanstående belopp gäller för år 2006.

Minimibeloppet för ensamstående:

65 år och äldre	4 281 kr.
19-64 år	4 709 kr.

Minimibeloppet för makar, sambo och registrerade partners:

65 år och äldre, per person	3 586 kr.
19-64 år, per person	3 945 kr.

Om en av dem bor i särskilt boende räknas minimibeloppen som för ensamstående för var och en.

Minimibeloppet kan sänkas efter individuell prövning. Om någon del av levnadsomkostnaderna ingår i avgiften för hemtjänst och dagverksamhet om kostnaden ingår i avgift/hyra för särskilt boende eller om någon del av levnadsomkostnaderna ges kostnadsfritt, kan minimibeloppet sänkas med motsvarande summa

Minimibeloppet kan höjas efter individuell prövning. Kommunen har skyldighet att utreda om behov av ett högre minimibelopp finns om den enskilde begär det. Minimibeloppet ska höjas om den enskilde av *särskilda omständigheter* har kostnader av *varaktig karaktär* och behovet avser ett *väsentligt belopp*.

- Särskilda omständigheter prövas utifrån den enskildes situation.
- Varaktig karaktär innebär att kostnaderna måste bestå under minst sex månader.
- Väsentligt belopp betyder att kostnaderna ska vara högre än 200 kronor per månad.

Minimibelopp beräknas:

För ensamstående över 65 år: 1,294 multiplicerat med gällande pbb dividerat med 12
För makar, sambo och registrerade partners över 65 år: 1,084 multiplicerat med gällande pbb dividerat med 12
För personer under 65 år gäller ovanstående plus 10 %.

Minimibeloppet fastställs årligen av Socialstyrelsen.

Bostadskostnaden för egna hem räknas enligt Försäkringskassans bostadskostnadsregler,

Den faktiska hyran eller månadsavgiften för bostaden räknas, minus bostadsbidrag eller bostadstillägg för pensionärer. Om el ingår i hyran görs ett schablonavdrag.

Då en av makarna, sambos eller registrerade partners flyttar till en särskild boendeform från en gemensamt ägd fastighet/bostadsrätt räknas nettobostadskostnaden för hemmavarande.

Fastighetsskatt och förmögenhetsskatt för permanentboende och fritidshus räknas från bruttoinkomsten.

Regler vid start, avslut och uppehåll av insatser

När hjälpen startar eller avslutas debiteras en trettiondel av månadsavgiften multiplicerat med det antal dagar man fått hjälp. För trygghetslarm betalas hel månadsavgift oavsett när trygghetslarmet har installerats.

Om den enskilde, minst sju dagar i förväg, avsäger sig hemtjänst sju kalenderdagar eller mer reduceras avgiften motsvarande antal dagar som man av sagt sig hjälpen. Avgiften reduceras med en trettiondel av månadsavgiften multiplicerat med det antal dagar man av sagt sig hjälpen.

Vid sjukhusvistelse reduceras hemtjänstavgiften och matkostnad i särskilt boende med belopp motsvarande antalet hela dagar. Avgiften reduceras med en trettiondel av månadsavgiften multiplicerat med antal dagar sjukhusvistelse.

Regler för ändring av avgifter

När avgiften beslutas ska alltid minimibeloppet bevakas, om minimibeloppet inte uppnås ska avgiften sänkas. Det är kommunens skyldighet att besluta om nedsättning av avgiften. Den enskilde har alltid rätt att få en individuell prövning. Skälen till individuell prövning kan exempelvis vara dubbla bostadskostnader och hänsyn till kvarboende makes ekonomi.

Den enskilde är skyldig att anmäla förändrade inkomst-, förmögenhets- och bostadsförhållanden. Kommunen kan kontrollera de uppgifter som är offentliga hos andra myndigheter. Efter kontroll kan avgiften ändras.

Ändring av avgiften sker månaden efter det att förhållandena som påverkat avgiften har förändrats.

Förbruknings- och hygienartiklar i äldreboende

Den enskilde som bor permanent i äldreboende har stort inflytande över utrustning och möblering.

Den enskilde ska själv stå för:

- möbler, armaturer, gardiner, mattor, och övrigt som behövs i ett hem (ej dammsugare)
- täcke, kuddar, lakan, handdukar
- hälsa- och hygienartiklar, exempelvis tvål, tandkräm, schampo, hudkrämer
- flyttstädning

Äldreboendet ser till att förbrukningsmaterial finns och det är exempelvis:

- tvätt- och sköljmedel
- tvättlappar
- städmaterial
- rengöringsmedel
- toalett- och hushållspapper
- soppor
- glödlampor

Avgiften för förbruknings och hygienartiklar fastställs enligt Konsumentverkets normer. För år 2006 är avgiften 100 kronor/månad.

Om den enskilde önskar kan egen säng och madrass tas med under förutsättning att arbetsmiljöns krav kan tillgodoses. I annat fall ska äldreboendet se till att det finns säng och madrass.

Konsumentverkets normer används för beräkning av avgiften för förbruknings- och hygienartiklar.

Kommunfullmäktige beslutar i Mål&Budget om hur avgiften ska beräknas.

Boendeavgift om eget hyreskontrakt inte finns

Huvudprincipen är att den som bor i särskild boendeform betalar hyra för lägenheten/rummet. I de fall boendekostnaden i särskild boendeform inte fastställs som hyra är högsta avgiften som får debiteras 1 654 kronor per månad för år 2006.

Boendeavgiften ingår i avgiftsutrymmet och kan reduceras för att garantera förbehållsbeloppet.

Hemtjänstavgift och matabonnemang ska debiteras lika som på kommunens egna särskilda boendeformer.

Personer som förväntas komma tillbaka till sin ordinarie bostad och därför har kvar kostnaden för den, ska inte debiteras någon ytterligare bostadskostnad.

Högsta avgift för boendeavgift om eget hyreskontrakt inte finns beräknas med 50 % av gällande pbb dividerat med 12.

Högsta avgift för boendeavgift fastställs årligen av Socialstyrelsen

Övriga avgifter

Mat

Avgifter för mat tas ut sedan hänsyn tagits till avgiftsutrymmet. Högsta avgift för mat på särskilt boende är 2 349 kronor per månad år 2006.

I minimibeloppet ingår livsmedelskostnad enligt konsumentverkets normer. Avgiften för mat reduceras om livsmedelsdelen i minimibeloppet inte uppnås på grund av den enskildes inkomster och utgifter.

Avgift för mat på dagverksamhet

Avgift för frukost, mellanmål och lunch är 57 kronor per besöksdag år 2006.

Korttidsvistelse.

Den enskilde betalar matkostnad och hemtjänstavgift för vistelsetiden. Om den enskilde har hemtjänst i sin ordinarie bostad är hemtjänstavgiften densamma oavsett om man får hjälpen i korttidsvård eller i ordinarie bostad. Om den enskilde får korttidsvård och inte har hemtjänstinsatser i övrigt debiteras hemtjänstavgift och mat med 1/30 per vistelsedag. Debitering sker för både in- och utskrivningsdagen.

Trygghetslarm.

För trygghetslarm betalas en fast avgift varje månad. Hel månadsavgift betalas även om man har larmet del av månaden. Får år 2006 är avgiften 154 kronor per månad.

Turbunden resa.

Avgift för turbunden resa motsvarar kostnaden för SL-kort för pensionärer, om man inte har andra avgifter för hemtjänst.

Transport av avliden

Avgift för transport av avliden person från särskilt boende till bårhus är 750 kronor år 2006.

Avgift för mat på särskilt boende beräknas: 71 % av gällande pbb dividerat med 12.

Avgift för trygghetslarm beräknas: 4,65 % av gällande pbb dividerat med 12.

Avgift för transport av avliden person från särskilt boende till bårhus får maximalt uppgå till 5 % av prisbasbeloppet, exakt belopp fastställs efter upphandling.

Kostnaden för frukost och mellanmål på dagverksamhet beräknas i enlighet med kostnader för livsmedel enligt Konsumentverket normer och Svenska Kommunförbundets cirkulär 2001:149. Avgift för lunch är samma som avgift för lunch som distribueras till ordinärt boende.

Ovanstående avgifter fastställs årligen av kommunfullmäktige i beslut om Mål&Budget.

Debiteringsrutiner

Alla avgifter debiteras månadsvis i efterskott utom hyror som debiteras månadsvis i förskott.

Kommunfullmäktige beslutade i mars 1999 att övergång till förskottshyra skulle ske successivt från och med den 1 maj 1999. För hyresgäster som tecknat hyreskontrakt med kommunen före denna tidpunkt sker debitering av hyror månadsvis för innevarande månad.

Debitering av mat- och hemtjänstavgifter sker månadsvis i efterskott. Kommunen beslutar årligen om vilken lägsta avgift som faktureras per månad.

Vid små avgiftsbelopp kan fakturering göras för en längre period.

Avgift för betalningspåminnelse tas ut enligt gällande förordning. Vid försenad betalning utgår dröjsmålsränta enligt räntelagen.

Allmänna bestämmelser

Beslut om avgifter, avskrivning och justering

Allmän årlig omprövning av inkomster och avgifter

En allmän omprövning av inkomster och avgifter ska normalt ske en gång årligen med tillämpning av ändrade prisbasbelopp, skattebestämmelser, inkomst- och förmögenhetsuppgifter mm per den 1 mars utan retroaktivitet från årets början.

Fastställande av avgifter och minimibelopp

Avgifter och minimibelopp knutna till prisbasbeloppet beräknas årligen. Minimibelopp för matabonnemang i särskilt boende, matdistribution i ordinärt boende och mat i dagverksamhet räknas om årligen enligt Konsumentverkets normer för livsmedel. Minimibelopp för barnfamiljer räknas om årligen enligt Konsumentverkets normer. I de tillämpningsanvisningar som respektive kontor fastställer årligen beräknas minimibeloppen utifrån de senast aktuella normerna från Konsumentverket. Övriga avgifter fastställs av kommunfullmäktige.

Överklagande

Individuella beslut som rör avgifternas storlek kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol genom förvaltningsbesvär. (SoL 16 kap. 3 §). Rätten att överklaga med förvaltningsbesvär gäller den som beslutet berör.

Uppgifter som kan överklagas är:

- avgiftsunderlaget enligt 8 kap. 4 § SoL,
- förbehållsbeloppet enligt 8 kap. 6-8 §§ SoL och
- fastställd avgift enligt 8 kap. 5 § SoL

Kommunfullmäktiges beslut om avgiftstaxa kan bli föremål för laglighetsprövning, så kallat kommunalbesvär enligt kommunallagen. (Kommunallagen 10 kap.)

ÄLDREOMSORGSNÄMNDEN

Nämnd	Dnr	Ärende	Anmärkning	Handläggare
31 januari 2017				
Information	13/065	Uppföljning att kostpolicy efterlevs	2016-04-26, § 60,	Cathrine Persson
Information	16/067	Bättre måltider i särskilt boende	Rapport som ska till nämnden	Tove Bergek
Information	16/089	”Gratis broddar för äldre” – uppdrag från stadsdirektören	Till KS senast januari 2017, Skriftlig information finns snart. Kolla med I-L	Inga-Lena Palmgren
Beslut	16/082	Revisionsrapport nr 6/2016 – Granskning av kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och lex Maria	Svar senast 30 januari 2017	Tove Bergek
Beslut	16/072	Verksamhetsplan och budget för äldreomsorgsnämnden år 2017		Maria Johansson/Mette Holst
Beslut	16/084	Remiss ”Ökad insyn i välfärden”, SOU 2016:62	Svar senast 20 februari 2017	Marlen Eskander
Beslut	17/001	Uppföljningsplan för verksamhet inom äldreomsorgen 2017-2019		Uppföljningsenheten /Anki Mohlin
Beslut	16/090	Revidering av riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen	OMS 2016-06-02, § 56	Tove Bergek
6 mars 2017				

Beslut	16/083	”Trivselsvårdinnor vid äldreboenden” - medborgarförslag		Tove Bergek
Beslut	16/087	Revisionsrapport nr 8/2016 - Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS	Svar senast 28 februari 2017	Charlotte Fagerstedt
Beslut	16/016	Årsbokslut 2016		Maria Johansson
Beslut	17/002	Kvalitetsrapport med patientsäkerhetsberättelse 2016		Tove Bergek/Carina Bark
Beslut	16/063	Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, remissversion – Tjänstemannaremiss – ska ej tas i nämnd	Svar senast 170301 till KSL	Inga-Lena Palmgren
Beslut	16/062	Handlingsplan digitalisering		Lisa Mattson
11 april				
Beslut	17/005	Rapportering av ej verkställda beslut 2017		Mari Lindskog
Information		Återrapportering Bergvik		?
30 maj				
	17/003	Delårsbokslut		Maria Johansson
20 juni				

Ofördelade Nämnd-uppdrag				
---------------------------------	--	--	--	--

April 2017	16/020	Rapport om hur mat och måltidssituationen utvecklas på Björkmossen och andra boende	2016- 04-26, § 60	Socialdirektören
April 2017		Omvandla och utveckla verksamheten i nuvarande Bergviks vårdshus, utreda förutsättningarna för att låta en daglig verksamhet eller annan driftsform driva caféverksamhet i lokalerna	Se beslutet i protokoll från 2016-12-14	Charlotte Fagerstedt
Ej tidsbestämt				
September 2017	16/039	Uppdrag från ÄON att utarbeta en fördjupad analys (boendeplan)	ÄON 161004, § 136	Inga-Lena Palmgren