



KALLELSE / FÖREDRAGNINGSLISTA
2017-03-06

ÄLDREOMSORGSNÄMNDEN

Tid	Måndag den 6 mars kl.14.00
Plats	Dirigenten, Södertälje stadshus
Sekreterare	Irene Löving
Ordförande	Kerstin Pettersson (V)

Ärenden

1. Upprop

2. Protokollets justering

3. Fastställande av dagordning

Informationsärenden

4. Allmänhetens frågestund

5. Ordförande informerar

6. Socialdirektören informerar

7. Information om Björkmossen

8. Information om "Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården"

9. Information om kost inom äldreomsorgsnämndens verksamhet

Beslutsärenden

10. Svar på medborgarförslag om Trivselvärdinnor på äldreboenden

Dnr: 16/083

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2017-01-26
- Medborgarförslag daterat 2016-08-26

11. Rapportering av ej verkställda beslut och avbrott enligt SoL och LSS, kvartal fyra 2016

Dnr: 16/055

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse daterad 2017-01-30
- Rapport ej verkställda beslut kvartal fyra, daterad 2017-01-30

12. Revisionsrapport nr 8/2016 – Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och Lss

Dnr: 16/087

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-13
- Yttrande gällande "Revisionsrapport nr 8/2016 – Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS", daterad 2017-02-13
- Revisionsrapport nr 8/2016 – Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS

13. Kvalitetsrapport med patientsäkerhetsberättelse 2016

Dnr: 17/002

Beslutsunderlag

- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-08
- Kvalitetsrapport daterad 2017-02-08
- Patientsäkerhetsberättelse daterad 2017-02-06
- Patientsäkerhetsberättelse från A&O

14. Handlingsplan för digitalisering inom socialtjänsten 2017-2018

Dnr: 16/062

Beslutsunderlag

- Handlingsplan för digitalisering inom socialtjänsten 2017-2018
- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-02
- Skrivelse från KPR

15. Årsbokslut för äldreomsorgsnämnden 2016

Dnr: 16/016

Beslutsunderlag

- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad 2017-02-16
- Årsbokslut 2016 med bilagor.

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

Dnr: 16/090

Beslutsunderlag

- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad 2017-02-16

17. Ärendebalans

18. Anmälningssärenden

19. Delegationsbeslut

20. 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



TJÄNSTESKRIVELSE

2017-01-26

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

Ärende 10

"Trivselvärdinnor vid äldreboenden"-medborgarförslag

Dnr: ÄON 2016/0083

Sammanfattning av ärendet

Kommunfullmäktige har överlämnat ett medborgarförslag till äldreomsorgsnämnden för beredning och beslut (KF 2016-10-31, § 181). Enligt medborgarförslaget ska det skapas fasta tjänster för trivselvärdinnor på vård- och omsorgsboenden i kommunen.

En del av kommunens vård- och omsorgsboende har så kallade "trivselvärdinnor" anställda i verksamheten. Då det inte finns utrymme i budget för kommunens vård- och omsorgsboenden att anställa dessa trivselvärdinnor har verksamheterna vänt sig till arbetsförmedlingen för att kunna få tjänsterna subventionerade från dem genom så kallade nystartsjobb.

När anställningarna genom nystartsjobb upphör finns inte möjlighet för kommunens vård- och omsorgsboenden att fortsätta ha dessa personer anställda då verksamheternas budget endast täcker anställning av utbildad omvårdnadspersonal, vilket inte dessa är.

Social- och omsorgskontoret föreslår att äldreomsorgsnämnden avslår medborgarförslaget.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2016-01-26

Medborgarförslag daterat 2016-08-26

Ärendet

Kommunfullmäktige har överlämnat ett medborgarförslag till äldreomsorgsnämnden för beredning och beslut (KF 2016-10-31, § 181). Enligt medborgarförslaget ska det skapas fasta tjänster för trivselvärdinnor på vård- och omsorgsboenden i kommunen.

En del av kommunens vård- och omsorgsboenden har så kallade "trivselvärdinnor" anställda vid i verksamheten. Dessa trivselvärdinnor har, i sin tjänst, roterat på avdelningarna och givit de boende en värdefull "guldkant" på tillvaron. De har arrangerat aktiviteter så som exempelvis bingo, högläsning, sittgympa, fika, promenader etc.

Då det inte finns utrymme i budget för kommunens vård- och omsorgsboenden att anställa dessa trivselvärdinnor har verksamheterna vänt sig till arbetsförmedlingen för att kunna få tjänsterna subventionerade från dem genom så kallade nystartsjobb.

Nystartsjobb är en statlig subventionerad sysselsättning som infördes av regeringen 1 januari 2007. Arbetsgivare som anställer en långtidsarbetslös får en subvention motsvarande arbetsgivaravgiften under en begränsad tidsperiod. (sex mån- fem år) Nystartsjobben riktas (förutom till arbetslösa) även till sjukskrivna, förtidspensionerade och nyanlända flyktingar som har stått utanför arbetslivet i minst ett år. Intentionen med nystartsjobben är att stimulera arbetsgivare att anställa personer som varit utanför arbetsmarknaden under en längre tid.

När anställningarna upphör finns inte möjlighet för kommunens vård- och omsorgsboenden att fortsätta ha dessa personer anställda då verksamheternas budget endast täcker anställning av utbildad omvårdnadspersonal, vilket inte dessa är.

Social- och omsorgskontoret föreslår att äldreomsorgsnämnden avslår medborgarförslaget.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

-

Kontorets/förvaltningens förslag till nämnden:

Social- och omsorgskontoret föreslår att äldreomsorgsnämnden avslår medborgarförslaget.



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

Förslagsställaren
Akten



**Södertälje
kommun**

☒ **MEDBORGARFÖRSLAG**

☐ **MEDBORGARFRÅGA**

SÖDERTÄLJE KOMMUN

Social- och omsorgskontoret

2016-11-10

Dnr

Rnr

Ankomststämpel

SÖDERTÄLJE KOMMUN Kommunstyrelsen	
2016-08-30	
Dnr 16/283	Rnr

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med PUL. Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av förvaltning/nämnd. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

Medborgarförslaget/Medborgarfrågan skickas till adressen
längst ner på blanketten.

Förslag/Fråga

Jag arbetar för närvarande som trivselsvårdinna på Glasberga vård- och omsorgsboende. Anledningen till att jag skriver till er är att min tjänst som trivselsvårdinna kommer försvinna när min insats från Arbetsförmedlingen tar slut i augusti 2017.

I politiken pratar man väldigt mycket om hur dåligt våra äldre har det och om att vi behöver göra det bättre för dem. På Glasberga vård- och omsorgsboende tycker jag att de äldre har det bra. För att ni ska förstå på vilket sätt vi sätter guldkant på deras tillvaro så ska jag beskriva hur en arbetsdag kan se ut för mig.

Jag arbetar vardagar mellan 09.00-15.30. Varje vecka byter jag avdelning och stannar då på den avdelningen en hel vecka. Jag börjar med att berätta för brukarna vilken dag det är, vem som har namnsdag, hur vädret kommer bli de närmaste dagarna och jag läser även en del nyheter för dem. Detta skapar en gemenskap, vilket uppskattas av brukarna. Efter detta går jag ut med några av dem på en promenad i det friska. Måndagar, torsdagar och fredagar är det gymnastik, och på tisdagar är det sygrupp. På onsdagarna har vi tipspromenad. Vid dessa aktiviteter är min arbetsuppgift att motivera brukarna till att delta i aktiviteterna, men även att hjälpa till att aktivera dem i salen. Ungefär en timme om dagen ägnar vi oss åt att spela spel, läsa böcker eller jobba med ett collage. På tisdagar har vi bingo, och inför detta brukar jag baka tillsammans med brukarna. Ibland behöver de bara någon att prata med över en kopp kaffe. Då finns jag där för att göra det, eller sjunga eller ta en promenad. Vi har en frisörhörna på boendet där man till exempel kan få håret fönat eller naglarna filade och målade.

Hur skulle brukarnas vardag se ut om inte trivselsvårdinnorna fanns kvar? Jag och min kollega, vars tjänst avslutas inom kort, har byggt upp en trygghet bland brukarna, men även bland undersköterskorna. Som undersköterska har man fullt upp med duschning, dukning, rapportering m.m. Därmed finns inte tid till de arbetsuppgifter som jag har. Brukarna som bor på Glasberga vård- och omsorgsboende är precis som du och jag. Skillnaden är att du och jag har våra familjer att åka hem till efter jobbet, vilket inte de har på samma sätt. Därför bör ni satsa på att ge våra äldre en tryggare vardag genom att skapa fasta tjänster för trivselsvårdinnor på äldreboenden runtom i kommunen. Jag är väldigt nöjd med min arbetsplats, och mina kollegor är nöjda med mig. På grund av ekonomin finns inte möjlighet att förlänga mitt avtal efter augusti 2017. Därför väddar jag nu till er om att införa en post för sådana tjänster i budgeten för år 2017.

Hälsningar,

Postadress
Södertälje kommun
Stadskansliet
151 89 SÖDERTÄLJE

Besöksadress
Campusgatan 26

Telefon
08-523 010 00 (vxl)

E-postadress
sodertalje.kommun@sodertalje.se
Internetadress
www.sodertalje.se

Lody Barhanko
Trivselsvårdinna
Glasberga vård- och omsorgsboende

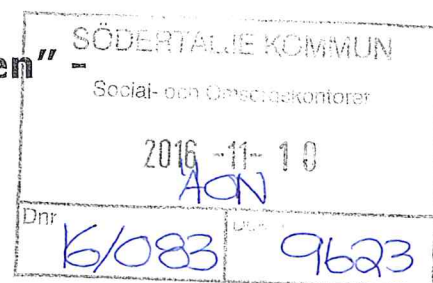
Personuppgifter

Namn	
Lody Barhanko	
Adress	Postadress
Visthusvägen 7	15259 Södertälje
Telefon (även riktnummer)	Telefon mobil (även riktnummer)
0736387202	0736387202
E-postadress	
-	

Namnteckning

Ort och datum	
Södertälje, 2016-08-26	
Namnteckning	Namnförtydligande
Lody Barhanko	Lody Barhanko

§ 181 "Trivselsvårdinnor vid äldreboenden" - medborgarförslag



Bil A:144, Dnr: KS 16/288

Sammanfattning av ärendet

Lody Barhanko har inlämnat ett medborgarförslag där hon föreslår att det skapas fasta tjänster för trivselsvårdinnor på äldreboenden i kommunen.

Vid sammanträdet informerar Lody Barhanko kommunfullmäktige om sitt förslag.

Kommunfullmäktiges beslut

Medborgarförslaget överlämnas till äldreomsorgsnämnden för beredning och beslut.

Beslutet skickas till

L Barhanko

Äldreomsorgsnämnden

Akten

Justerandes signum

LA [signature]

Anslagsdatum

2016-11-08

Utdragsbestyrkande

[signature]



TJÄNSTESKRIVELSE

2017-01-30

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

Ärende 11

Rapportering av ej verkställda beslut och avbrott enligt SoL och LSS, kvartal fyra 2016

Dnr: ÄON 16/055

Sammanfattning av ärendet

Enligt 16 kap 6 f-h §§ socialtjänstlagen (SoL), 28 f-h §§ lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och 9 kap 10 § kommunallagen (KL) är kommunerna skyldiga att anmäla samtliga gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader. Syftet är att stärka rättssäkerheten för enskilda som beviljats bistånd. Ansvarig nämnd har skyldighet att rapportera till kommunens revisorer, kommunfullmäktige och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om beviljad insats inte verkställts inom tre månader. Nämnden ska även rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader.

Äldreomsorgsnämndens verksamheter har totalt 26 gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SoL som inte verkställts inom tre månader för kvartal tre 2016.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2017-01-30

Rapport ej verkställda beslut kvartal fyra, daterad 2017-01-30

Ärendet

Enligt 16 kap 6 f-h §§ socialtjänstlagen (SoL), 28 f-h §§ lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och 9 kap 10 § kommunallagen (KL) är kommunerna skyldiga att anmäla samtliga gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader. Syftet är att stärka rättssäkerheten för enskilda som beviljats bistånd. Ansvarig nämnd har skyldighet att rapportera till kommunens revisorer, kommunfullmäktige och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om beviljad insats inte verkställts inom tre månader. Nämnden ska även rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader.

Som yttersta konsekvens kan IVO hos förvaltningsrätten ansöka om utdömande av en särskild avgift hos förvaltningsrätten.

Äldreomsorgsnämnden ska anmäla nya ärenden i en individrapport. Även ärenden som efter ytterligare tre månader inte är verkställda ska anmälas i *individerapporten* samt tidigare inrapporterade ärenden som har verkställts i en *kvartalsrapportering*.

Nämnden ska fortsätta att rapportera ej verkställt beslut tills beslutet är verkställt eller avslutat av annan anledning, en så kallad *återrapportering*. Ansvarig nämnd kan när som helst rapportera att ett beslut har verkställts.

Rapporten redovisas efter verksamhetsområde och siffrorna sammanställs i en tabell.

Rapportering har gjorts till IVO. Statistikrapporten den 30 januari 2017 visar att antalet icke verkställda beslut enligt SoL 4 kap 1 § var 26 och avser alla särskild boendeform.

Kontorets/förvaltningens förslag till nämnden:

Äldreomsorgsnämnden godkänner rapporten för kvartal fyra år 2016 och överlämnar den till Kommunfullmäktige och till Kommunrevisorerna.

Lenita Granlund

Socialdirektör

Mari Lindskog

Verksamhetsstrateg

Handläggare: Mari Lindskog
Verksamhetsstrateg
Staben
Telefon (direkt): 08-523 043 93
E-post: mari.lindskog@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

Kommunrevisionen

Akten



Rapport | 2017-01-30

Ej verkställda beslut

Kvartal fyra 2016

Mari Lindskog
Verksamhetsstrateg
Social- och omsorgskontoret/Staben
Telefon (direkt): 08-523 043 93
E-post: mari.lindskog@sodertalje.se

Statistikrapport avseende ej verkställda gynnande beslut kvartal fyra 2016

Denna rapport redovisar ej verkställda gynnande beslut enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen (SoL) och rapportering enligt 16 kap 6 f-h §§ SoL och 9 kap 10 § kommunallagen (KL) till äldreomsorgsnämnden, kommunfullmäktige samt kommunens revisorer över antal gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut samt antal gynnande beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställighet avbröts.

Rapporten avser kvartal fyra 2016 med fördelning över de verksamhetsområden som äldreomsorgsnämndens ansvarar över. Äldreomsorgsnämndens verksamheter har 26 gynnande ej verkställda beslut enligt 4 kap 1 § SoL att rapportera för kvartal fyra 2016.

Beslut som har verkställts till och med aktuellt datum har inte tagits med.

Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning

Redovisningen för Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning har visat att verksamheten vid kvartal fyra 2016 hade totalt 26 gynnande ej verkställda beslut enligt SoL.

Totalt finns 26 st inom tre månader ej verkställda beslut. De beslut som ej verkställts avser elva män och 15 kvinnor och avser alla insatsen särskild boendeform. Orsak till att besluten inte har verkställts framgår av tabellen nedan.

Född	Kön	Insats	Lagrum	Orsak	Datum för beslut/avbrott	Rapportdatum
1930	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161227	2016-09-23	2017-01-12
1926	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161221	2016-09-23	2017-01-12
1928	Man/Pojke	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161221	2016-09-14	2017-01-12
1936	Man/Pojke	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161205	2016-09-14	2017-01-12

1927	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161214	2016-09-09	2017-01-12
1921	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161130	2016-08-31	2017-01-12
1925	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161212	2016-09-07	2017-01-12
1934	Man/Pojke	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 16-10-07	2016-08-17	2017-01-12
1926	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Den enskilde har tackat nej, erbjudande 160922, 161001	2016-08-26	2017-01-12
1930	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, väntar på parlägenhet	2016-09-14	2017-01-12
1957	Man/Pojke	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, den enskilde har tackat nej 161104	2016-09-23	2017-01-12
1939	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå	2016-08-04	2017-01-12
1932	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 170103	2016-10-10	2017-01-12
1934	Man/Pojke	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161007	2016-08-17	2017-01-12
1931	Man/Pojke	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161202	2016-08-17	2017-01-12
1932	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Den enskilde har tackat nej, 161026, 161115, 170105	2016-09-23	2017-01-12
1938	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161229	2016-09-27	2017-01-12
1925	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161227	2016-09-27	2017-01-12

1939	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 170103, tackar nej 170105 pga vill stå i kön till boende som öppnar februari 2017	2016-10-05	2017-01-12
1940	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 170103	2016-10-05	2017-01-12
1930	Man/Pojke	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161202, 161227	2016-10-05	2017-01-12
1921	Man/Pojke	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 170104	2016-10-12	2017-01-12
1932	Man/Pojke	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå	2016-07-26	2017-01-12
1923	Kvinna/flicka	Särskild boendeform	SoL 4.1	Ingen ledig lägenhet, med rätt vårdnivå, erbjudande 161118	2016-07-27	2017-01-12
1931	Man/Pojke	Särskild boendeform	SoL 4.1	Den enskilde har tackat nej, erbjudande 160912, 161114	2016-08-02	2017-01-12
1931	Man/Pojke	Särskild boendeform	SoL 4.1	Den enskilde har tackat nej, 160901, 160914, 161230	2016-06-16	2017-01-12



TJÄNSTESKRIVELSE

2017-02-13

Social- och omsorgskontoret

Socialnämnden,

Äldreomsorgsnämnden,

Omsorgsnämnden

Ärende 12 **Revisionsrapport nr 8/2016- Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS**

Dnr: SN 16/092, OMS 16/094, ÄON 16/087

Sammanfattning av ärendet

På uppdrag av revisorerna i Södertälje har EY granskat utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS inom social- och omsorgskontorets verksamheter.

När det gäller hanterandet av överklaganden är bedömningen att nämnder och förvaltning har en fullgod styrning och kontroll med uppföljning och tydliga riktlinjer för hur dessa ska hanteras. Överklaganden administreras skyndsamt, få beslut ändras i Förvaltnings- och Kammarrätt och nämnderna följer domstolarnas utslag.

Utredningstiderna överskrider målen i tid till förhandsbedömning (barn och ungdom), tid till nybesök och utredningstid (försörjningsstöd), tid till beslut om hemtjänst (äldreomsorg) och tid till beslut om personlig assistans (funktionsnedsättning). Trots att utredningstiderna överskrids är revisorernas bedömning att nämnder och förvaltning har en god uppföljning och styrning av ärendehantering, vilket gör att skadan av de långa utredningstiderna är begränsad i flera fall. I flera fall överskrids tiderna lite och enheterna provar olika metoder för att effektivisera processen.

Revisorerna rekommenderar att ta fram handlingsplaner för att åtgärda de ärendeprocesser där ledtiderna är för långa samt förstärka vidtagna åtgärder för att attrahera och framför allt behålla den kompetens som krävs för dessa utredningar.

Social- och omsorgskontoret har vidtagit åtgärder för de ärendeprocesser som är för långa. Försörjningsstöd har exempelvis ändrat bokningsrutinen vid nybesök och barn och ungdom har effektiviserat mottagningsgruppen. Bristyrken som socionomer är ett problem som Södertälje kommun delar med stora delar av landet. Fråga är prioriterad och en arbetsgrupp ledd av personaldirektören och socialdirektören har resulterat i flera aktiviteter som exempelvis rekryteringsbonus, kartläggning av varför personal avslutar sin anställning, chefsstöd och ett aktivt arbete gentemot studenter.

Social- och omsorgskontoret föreslår att nämnden antar skrivelsen *Yttrande avseende Revisionsrapport – Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS*, daterad 2017-01-16, som sitt svar till revisionen.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-13
- Yttrande gällande "Revisionsrapport nr 8/2016 – Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS", daterad 2017-02-13
- Revisionsrapport nr 8/2016 – Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser

Kontorets förslag till socialnämnden:

1. Nämnden antar skrivelsen "yttrande avseende revisionsrapport – Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS", daterad 2017-02-13 som sitt svar till revisionen.
2. Paragrafen justeras omedelbart.

Kontorets förslag till omsorgsnämnden:

1. Nämnden antar skrivelsen "yttrande avseende revisionsrapport – Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS", daterad 2017-02-13 som sitt svar till revisionen.
2. Paragrafen justeras omedelbart.

Kontorets förslag till äldreomsorgsnämnden:

1. Nämnden antar skrivelsen "yttrande avseende revisionsrapport – Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS", daterad 2017-02-13 som sitt svar till revisionen.
2. Paragrafen justeras omedelbart.



Lenita Granlund

Socialdirektör

Charlotte Fagerstedt

Utredare

Handläggare: Charlotte Fagerstedt

Utredare

Staben

Telefon (direkt): 08 523 066 76

E-post: charlotte.fagerstedt@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Akten

Revisorerna



SKRIVELSE

2017-02-13

Social- och omsorgskontoret

Revisorerna i Södertälje kommun

Yttrande avseende revisionsrapport nr 8/2016- Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS

Dnr: SN 16/092, OMS 16/094, ÄON 16/087

På uppdrag av revisorerna i Södertälje har EY granskat utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS inom social- och omsorgskontorets verksamheter. Denna skrivelse innehåller kommentarer till de förslag som revisionen har lämnat och utgör nämndens svar till revisionen.

I revisionsrapporten ges två rekommendationer.

Rekommendation 1: Formulera handlingsplaner för att åtgärda de ärendeprocesser där ledtiderna är för långa.

Kommentar:

- Barn och ungdom- tid till förhandsbedömning

Inom barn och ungdom tar mottagningsenheten emot alla anmälningar och gör en förhandsbedömning om en utredning ska påbörjas eller inte. Förhandsbedömningen ska ske inom 14 dagar. Socialsekreterare träffar klienten och en förhandsbedömning görs oftast inom utsatt tid, men dokumentationen hinner inte göras inom 14 dagar. Inom mottagningsgruppen pågår därför effektiviseringar av processen och en administrativ tjänst har tillsatts.

- Försörjningsstöd – både tid till nybesök och utredningstid.

Försörjningsstöd har sedan hösten 2016 ändrat bokningsrutinen vid nybesök vilket har resulterat i en förkortning av väntetider. Verksamheten kommer att fortsätta följa utvecklingen av väntetiderna och vid behov vidta ytterligare åtgärder. Personalomsättningen påverkar handläggningstiden för nybesök eftersom handläggare som ska avsluta sin anställning inte längre kan ta emot nybesök, utan måste prioritera att avsluta de utredningar som de har påbörjat. Utredningstiden vid nybesök kommer månatligen följas för att kunna analysera och arbeta fram förändringar som förbättrar utredningstiden i nybesöksärenden.

I revisionsrapporten avser utredningstiden vid försörjningsstöd endast utredningstiden vid nybesök, men de allra flesta utredningar görs i redan pågående ärenden. För att få en helhetsbild av utredningstiden för hela området har internkontrollmålen ändrats och under 2017 kommer utredningstiden för hela verksamheten följas.

- Äldreomsorg – tid till beslut om hemtjänst

Inom myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning är det främst personalbristen som är orsak till väntetiden till beslut om hemtjänst. Personalbristen är en fråga som är prioriterad inom kontoret, se beskrivning under rekommendation 2.

- Funktionsnedsättning – tid till beslut om personlig assistans

Inom myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning finns strategier för att arbeta med utredning i tid, bland annat används styrtavlor. Utredningstiden inom personlig assistans sker redan inom rimlig tid. Statistiken har blivit missvisande då utredningarna inte har avslutats i rätt tid i verksamhetssystemet, vilket har lett till längre utredningstider än vad de faktiskt är.

Rekommendation 2. Vidta eller förstärka redan vidtagna åtgärder för att attrahera och framför allt behålla den kompetens som krävs för dessa utredningar.

Kommentar:

Bristyrken som socionomer och sjuksköterskor är ett problem som Södertälje kommun delar med stora delar av landet. Fråga är prioriterad och en rad åtgärder har genomförts och planeras. En arbetsgrupp ledd av personaldirektören och socialdirektören med representanter från HR, kommunikation, försörjningsstöd och barn och ungdom har resulterat i ett antal åtgärder. Exempelvis har en rekryteringsbonus införts för socionomer, avslutningssamtal med alla som valt att sluta sin anställning, chefstöd, ett aktivt arbete gentemot studenter och strukturerat arbete kring att ta emot praktikanter. Resultatområdescheferna arbetar också med att utveckla introduktionen för de nyanställda. Gemensamma aktiviteter planeras för att skapa sammanhållning inom kontoret, exempelvis julfest och deltagande i motionstävlingar. Barn och ungdom undersöker också möjligheten att ta fram ett traineeprogram.

För närvarande pågår intervjuer med personal som har avslutat sin anställning. Syftet med kartläggningen är att svara på frågan hur social- och omsorgskontoret kan bli en bättre arbetsgivare. Kartläggningen ska redovisa det som personalen tycker är positivt i organisationen och fånga upp förbättringsområden.

Social- omsorgskontoret ingår i det kommunövergripande projektet hållbar arbetshälsa som innebär en rad aktiviteter för att minska ohälsotalen. Inom projektet arbetar ledningen med fyra olika friskhetsfaktorer; ledarskap, delaktighet, kommunikation och synen på hälsa.

Målet är ett nära-och hållbart ledarskap för att värna om en god arbetsmiljö som tillvaratar medarbetarnas engagemang och kompetens. Det bygger på att medarbetarna är delaktiga i exempelvis utvecklingsarbetet. För att skapa förutsättningar för det ser kontoret över chefsuppgiften, chefsmandaten och det stöd cheferna behöver i sina uppdrag. Exempel på aktiviteter är kontinuerliga chefsdagar för kontorets chefer, chefsintroduktion, utvecklingsgrupper för nya chefer som stärker chefernas personliga ledarskap och arbetet med medarbetarna. Utöver det tas aktiviteter fram för att vidareutveckla det hållbara ledarskapet.



2017-02-15

Tjänsteskrivelse

Kontor

Social- och
omsorgskontoret

Handläggare

Tove Bergek
08-523 03 592

Äldreomsorgsnämnden

Ärende 13

Kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse 2016

Dnr ÄON 2017/002

Sammanfattning av ärendet

Kvalitetsrapport

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrift om ledningssystem för kvalitet, SOSFS 2011:9. Enligt föreskriften ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Resultaten från det gångna årets kvalitetsarbete dokumenteras och analyseras i en så kallad kvalitetsrapport som redovisas till nämnden.

I kvalitetsrapporten för 2016 konstateras att verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter. Det ständiga förbättringsarbetet har resulterat i nya rutiner, nya arbetssätt och nya organisatoriska strukturer. Det finns dock områden där verksamheterna måste arbeta mer systematiskt och strukturerat under 2017.

Patientsäkerhetsberättelse

Den 1 januari 2011 trädde en ny lag om patientsäkerhet i kraft (SFS 2010:659), PSL. Syftet med Patientsäkerhetslagen är att vården ska bli säkrare och leda till färre vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel eller på att vårdpersonalen begått misstag. Vårdgivaren ska dokumentera vad som har gjorts för att identifiera, analysera och så långt det är möjligt minska riskerna i vården och förebygga tillbud och negativa händelser. Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för hälso- och sjukvården på vård- och omsorgboende och på dagverksamhet. Resultatet redovisas årligen till nämnden i en så kallad patientsäkerhetsberättelse.

Under 2016 har mycket förbättringsarbete genomförts men det finns områden som behöver utvecklas och förbättras ytterligare under 2017.

Social- och omsorgskontoret förslår att nämnden godkänner kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse för 2016.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-15.

Kvalitetsrapport daterad 2017-02-08.

Patientsäkerhetsberättelse daterad 2017-02-15

Bilaga I till patientsäkerhetsberättelse, daterad 2017-02-15

Ärendet

Kvalitetsrapport

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrift om ledningssystem för kvalitet, SOSFS 2011:9. Socialstyrelsen definierar kvalitet enligt följande: *"att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. I föreskriften om ledningssystem framgår också (7 kap. 1 §) att: "Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras."*

I kvalitetsrapportern för 2016 redogörs för uppföljning och resultat av det kvalitetsarbete som bedrivits inom nämnders verksamheter. Rapporten innehåller statistik avseende Lex Sarah-rapporter, inkomna avvikelser, resultat av individ- och verksamhetstillsyner, genomförd kompetensutveckling, egenkontroller samt en beskrivning av vilket förbättringsarbete som bedrivits utifrån brister som har uppmärksamrats. Uppföljningen av nämndens verksamheter visar att det bedrivs en goda, säkra och ändamålsenliga insatser. Det finns dock förbättringsområden att arbeta vidare med. Uppföljningen av övrigt kvalitetsarbete visar att verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter. Det ständiga förbättringsarbetet har resulterat i nya rutiner, nya arbetssätt och nya organisatoriska strukturer. Det finns dock områden där verksamheterna måste arbeta mer systematiskt och strukturerat under 2017.

Prioriterade utvecklingsområden inför 2017 är:

- Avvikelsehantering
- Riskanalysarbete
- Samverkansprocesser
- Fördjupad analys av offentlig statistik som ett förbättringsverktyg
- Tydliggöra processer och arbeta med rutiner

Patientsäkerhetsberättelse

Den 1 januari 2011 trädde en ny lag om patientsäkerhet i kraft (SFS 2010:659), PSL. Syftet med Patientsäkerhetslagen är att vården ska bli säkrare och leda till färre vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel eller på att vårdpersonalen begått misstag. Vårdgivaren ska dokumentera vad som har gjorts för att identifiera, analysera och så långt det är möjligt minska riskerna i vården och förebygga tillbud och negativa händelser. MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) följer tillsammans med verksamhetschef upp hälso- och sjukvården inom de olika boendena genom att regelbundet analysera och följa upp inkomna avvikelser. Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för hälso- och sjukvården på vård- och omsorgboende och på dagverksamhet.

Under 2016 har mycket förbättringsarbete genomförts men det finns områden som behöver utvecklas och förbättras under 2017.

Utvecklingsområden som identifierats i patientsäkerhetsberättelsen är:

- Processen för inkommande vårdavvikelse bör ses över och förbättras och verksamheterna behöver arbeta mer med att kartlägga bakomliggande faktorer vid analys av avvikelser
- Riskbedömningar görs på individnivå i team och vårdplan upprättas. Det verksamheten behöver bli bättre på är att följa upp om de vidtagna åtgärderna har gett avsedd effekt.
- Redovisa om avvikelser uppstår till följd av bristande hälso- och sjukvård, bristande/otillräckliga insatser eller om det är hem/bostadsmiljö för att möjliggöra kartläggning av vilken process vilka aktiviteter som behöver utvecklas.
- Systemet och rutinen för hantering av klagomål och synpunkter på vården kan förbättras.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört journalgranskning utifrån standardiserad mall. Det framkom en del svagheter som behöver ses över och åtgärdas.

Social- och omsorgskontoret förslår att nämnden godkänner kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse för 2016.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ärendet har inga ekonomiska konsekvenser eller behov av finansiering.

Social- och omsorgskontorets förslag till nämnden:

1. Nämnden godkänner kontorets kvalitetsrapport 2016.
2. Nämnden godkänner kontorets patientsäkerhetsberättelse 2016.



Lenita Granlund
Socialdirektör



Tove Bergek
Kvalitetsutvecklare



Nermin Varli
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutet expedieras till:

Akten

Kommunala Pensionärsrådet



Rapport 2017-02-08

Kvalitetsrapport

-Äldreomsorgsnämnden 2016

Tove Bergek
Kvalitetsutvecklare
SK
Telefon (direkt): 08-523 035 92
E-post: tove.berge@sodertalje.se

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning.....	3
2.	Inledning.....	3
3.	Risikanalys	3
4.	Avvikelser, synpunkter och klagomål	4
5.	Missförhållanden enligt lex Sarah.....	5
6.	Tillsyn.....	6
7.	Egenkontroll	7
	Brukarundersökningen	7
	Uppföljning	7
	Drifttavlor.....	8
8.	Kompetensutveckling.....	8

1. Sammanfattning

Under 2016 har Äldreomsorgsnämndens verksamheter arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter. Det ständiga förbättringsarbetet har resulterat i nya rutiner och nya arbetssätt. Det finns dock områden där verksamheterna måste arbeta mer systematiskt och strukturerat under 2017 för att ta kvalitetsarbetet till nästa nivå.

Prioriterade utvecklingsområden inför 2017 är:

- Avvikelsehantering
- Riskanalysarbete
- Samverkansprocesser
- Fördjupad analys av offentlig statistik som ett förbättringsverktyg
- Tydliggöra processer och arbeta med rutiner

2. Inledning

Grunden för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten är ett väl fungerande och systematiskt kvalitetsarbete. I detta arbete ingår att förebygga brister och ta hand om synpunkter och klagomål för att minska risken för att det ska inträffa avvikelser eller missförhållanden i verksamheten.

I Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem SOSFS 2011:9 anges att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. I de allmänna råden anges också att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Föreliggande rapport är en sammanställning av kvalitetsarbetet inom hemtjänst, särskilt boende samt myndigheten för äldre (MÄF).

3. Riskanalys

Riskanalys är en metod för att förebygga skador och andra negativa händelser. Riskanalys handlar dels om att analysera vad som hänt när något gått fel och dra lärdom av det enskilda fallet. Detta kallas händelseanalys. Riskanalys handlar även om att kartlägga risker som finns i verksamheten just nu eller som kan tänkas uppstå genom en förändring. Denna typ av riskanalys görs på grupp eller organisationsnivå.

Vården och omsorgen om de äldre ska hålla en god kvalitet och ge den äldre förutsättningar för att leva ett bra liv. Riskanalyser är ett bra sätt att säkerställa att det blir så. Det handlar om flera olika saker:

- Att förebygga skador.
- Hitta förklaringar till en ökad mängd klagomål, avvikelser eller negativa resultat i brukarundersökningar och Öppna jämförelser.
- Uppmärksamma och kartlägga problem kring omsorgsinsatser.
- Regelbundet se över verksamhetens kvalitet och hitta långsiktiga lösningar.
- Skapa förståelse för hur verksamheten kan arbeta mer personcentrerad.

Samtliga verksamheter uppger att de genomfört riskanalyser under 2016 men utformningen och omfattningen av dessa varierar. De riskanalyser som utförts har resulterat i en rad förbättringar. Exempel på sådana förbättringar är:

- Noggrannare förberedelser inför sommaren för att rusta personalen för eventuella behov av ökad beredskap.
- En mer tydlig och strukturerad introduktion av nyanställda.
- Genomgång med personalen runt sekretess och tystnadsplikt.
- Risker som kan uppstå i samband med omorganisation har definierats och nödvändiga rutiner har tagits fram.
- Omfördelning av administrativa arbetsuppgifter har genomförts i syfte att skapa tydligare arbetsfördelning och få bättre kontroll över ex. bemanning.
- Tydliggörande av ledningsstrukturen.
- Individuella utbildningsinsatser i samband med digitaliseringen inom hemtjänsten.
- Rutiner, för överrapporteringen mellan sjuksköterskor och omvårdnadspersonal, har utvecklats.
- Dokumentationssystem har anpassats efter nuvarande krav.

4. Avvikelser, synpunkter och klagomål

I alla verksamheter inträffar avvikelser, det vill säga händelser som avviker från det som fastställts i processer och rutiner. Utöver detta inkommer även klagomål och synpunkter. Klagomål avser att någon klagar på att verksamheten inte uppnår tillräcklig kvalitet. Synpunkter avser övrigt som framförs, som berör verksamhetens kvalitet, till exempel förslag på förbättringar.

Avvikelsehanteringen är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och syftar till att upptäcka och förebygga vårdskador och kvalitetsbrister. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i författningar betyder det att det finns en kvalitetsbrist som verksamheten måste förbättra. Det är viktigt att hitta grundorsaken till att en avvikelse sker för att kunna vidta rätt åtgärder så att det inte upprepas. Det är viktigt att inte fokusera på vem som gjort fel, utan på vilka grundläggande kvalitetsförbättringar som behövs. När en avvikelse rapporteras är den som är ansvarig för verksamheten skyldig att uppmärksamma detta och vidta åtgärder, t ex se över processer och rutiner så att dessa är ändamålsenliga och följs, för att säkra att verksamheten arbetar systematiskt för att förbättra kvaliteten.

Det är likt föregående år mest frekvent förekommande med synpunkter, klagomål och avvikelser gällande utförande av insatser, informationsöverföring och bemötande. De förbättringsåtgärder som vidtagits i samband med dessa är bland annat samtal med personal (både på individ och gruppnivå), utbildningsinsatser, utveckling och uppdatering av rutiner, förankring av gällande rutiner samt genomgång av nationell värdegrund och lokala värdighetsgarantier.

Under 2016 rapporterade verksamheterna in 894 avvikelser (567 för egen regi och 327 för privat regi), vilket är att jämföra med 2015 då verksamheterna rapporterade in 631 avvikelser.

De 631 avvikelser som rapporterades in 2015 avsåg dock enbart verksamheter i egen regi så årets resultat innebär en viss minskning för dessa verksamheter. Utförare i privat regi har inte redovisats i kvalitetsrapporten tidigare år så för dessa saknas jämförelsetal.

Antalet inrapporterade avvikelser skiljer sig avsevärt mellan de olika verksamheterna vilket indikerar att de har kommit olika långt i sitt arbete med att rapportera och dokumentera avvikelser, synpunkter och klagomål. Många gånger får verksamheterna in klagomål och synpunkter som åtgärdas direkt och därför inte dokumenteras. Det finns en förbättringspotential i att verksamheterna går från individsyn till systemsyn och att de mer fokuserar på att identifiera bakomliggande orsaker till att avvikelser inträffar. Upphovet till avvikelser finns oftast i systemet, och om verksamheterna inte åtgärdar grundorsaken finns risk att de upprepar sig.

MÄF skiljer sig från de utförande verksamheterna då antalet avvikelser, synpunkter och klagomål där är anmärkningsvärt få i förhållande till de utförande verksamheterna. En bidragande orsak till detta skulle kunna vara att MÄF kommunicerar sina utredningar och därigenom möjliggör för den enskilde att komma med synpunkter redan i ett tidigt skede. Möjligheten att överklaga är en annan tänkbar anledning till att antalet klagomål är färre. Det förklarar dock inte helt de låga antalet avvikelser, synpunkter och klagomål. Utifrån verksamhetens omfattning är antalet ändå lågt.

Under 2017 kommer avvikelshanteringen att ses över, i syfte att göra avvikelserapporteringen så smidig och lätthanterlig som möjligt. 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. Avvikelserna bör också analyseras på aggregerad nivå för att se om det finns frekvent återkommande avvikelser som ex. skulle kunna föranleda initiering av en riskanalys.

5. Missförhållanden enligt lex Sarah

Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet som ska bedrivas i verksamheter inom socialtjänsten och enligt LSS. Syftet är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten är skyldig att rapportera missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden.

Med missförhållande avses både utförda handlingar och handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl underlåtit att utföra. Handlingarna ska ha inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa.

Missförhållande kan exempelvis vara; övergrepp och brister i omsorgerna som utgör ett hot mot enskilds liv, hälsa eller säkerhet. Med en påtaglig risk för ett missförhållande avses att det är fråga om en uppenbar och konkret risk för att ett missförhållande (SOSFS 2011:5 2 kap. 1 §) ska inträffa. Missförhållanden som bedöms som allvarliga ska anmälas till Inspektionen för Vård- och Omsorg (IVO).

Alla lex Sarah-rapporter ska utredas. Utredningen av en lex Sarah-rapport syftar till att klarlägga vad som har hänt, varför det har hänt och vad som kan göras för att förhindra att något

liknande händelser igen. Det är därför viktigt att identifiera bakomliggande orsaker till missförhållandet på systemnivå. Syftet är inte att peka ut vem som har gjort fel i den aktuella situationen.

Under perioden 2016-01-01 t.o.m. 2016-12-31 inkom tio lex Sarahrapporter gällande Äldreomsorgsnämndens verksamheter. Fyra av dessa har bedömts som avvikelser och skickats åter till verksamheterna för registrering och fortsatta åtgärder.

Fyra rapporter har, efter utredning, bedömts som missförhållanden. Dessa rapporter gällde följande händelser:

- En boende på ett särskilt boende blev kränkt verbalt och hanterad hårdhänt av en personal.
- Personal följde inte gällande larmrutin och gick till fel brukare, vilket resulterade i att brukaren som larmat blev liggande, på golvet i sin bostad, betydlig längre än vad som är acceptabelt.
- En person som ansökt om särskilt boende fick vänta i sex månader på sitt avslagsbesked, vilket orsakade den sökande onödigt lidande.
- Nattpersonal som arbetar på särskilt boende motar in en av de boende i sin lägenhet och stänger dörren om den boende för att hen inte ska störa dem.

Två rapporter har, efter utredning, bedömts som allvarliga missförhållanden. Båda rapporterna har gällt personal som förgripit sig sexuellt på brukare. Båda händelserna har, efter utredning, rapporterats till inspektionen för vård- och omsorg (IVO). IVO har beslutat att avsluta dessa ärenden då de anser att nämnden gjort tillräckliga utredningar och vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa att liknande händelser inte inträffar igen.

De verksamheter som har skickat in lex Sarah-rapporter har vidtagit adekvata förbättringsåtgärder till följd av dessa, oavsett om händelsen bedömts som allvarligt missförhållande, missförhållande eller avvikelse. I de fall där enskilda medarbetare handlat på ett oacceptabelt sätt har anställningen avslutats omedelbart.

Privata utförare ansvarar själva för att utreda inkomna lex Sarahrapporter och, vid behov, anmäla allvarliga missförhållanden till IVO. Under första halvåret har en privat utförare av hemtjänst rapporterat att de gjort en lex Sarahanmälan.

Verksamheterna arbetar aktivt med lex Sarah och informerar personalen kontinuerligt om rapporteringsskyldigheten och syftet med lex Sarah. De rapporter som inkommit har givit upphov till ett antal förbättringsåtgärder vidtagits för att höja kvaliteten i verksamheten och förhindra att händelserna upprepar sig.

6. Tillsyn

IVO bedriver tillsyn ur ett brukar- och patientperspektiv och inriktar sig på sådant som är angeläget för enskilda och för grupper av människor. Om inte annat framgår av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen ska tillsynen vara riskbaserad och granska det som är väsentligt för att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet. IVO utför både generella tillsyner och granskningar samt tillsyn utifrån klagomål från enskild. Även JO genomför utredning efter klagomål från enskild.

En verksamhetstillsyn har genomförts av IVO på MÄF till följd av klagomål på ett gynnande beslut som avslutats utan att detta gått till på ett riktigt sätt. Klagomålet handlade också om bristande rutiner för överlämning av larmnycklar.

Verksamhetstillsynen har lett till en ny rutin tagits fram för att förtydliga vad som gäller vid erbjudande om plats på boende samt vid återtagande av ansökan. Rutinen för överlämning av larmnycklar har också förtydligats. IVO har avslutat ärendet.

I övrigt har ingen av verksamheterna haft någon tillsyn under 2016.

På uppdrag av revisorerna i Södertälje genomförde Ernst and Young (EY), under 2016 en granskning med syftet att bedöma om socialnämnden, omsorgsnämnden och äldreomsorgsnämnden har en ändamålsenlig hantering av lex Sarah och lex Maria. I rapporten konstaterades att en grundläggande förutsättning för en ändamålsenlig hantering är att faktiska avvikelser och missförhållanden blir rapporterade. En närmare granskning av nämndernas kvalitetsredovisningar och patientsäkerhetsberättelser visade att det fanns en risk för underrapportering. Otillräcklig rapportering av avvikelser kan leda till allvarliga kvalitetsbrister om de inte identifieras och hanteras i verksamheten. Social- och omsorgskontoret ska under 2017 arbeta aktivt med avvikelshanteringen samt hanteringen av lex Sarah och lex Maria då detta är ett prioriterat utvecklingsområde. Att hitta en systematik för rapportering av avvikelser och skapa en tydlig struktur för att arbeta med avvikelsebaserat förbättringsarbete är således en naturlig del av utvecklingsarbetet.

7. Egenkontroll

Den som bedriver verksamhet enligt socialtjänstlagen ska utöva egenkontroll. Syfte med egenkontrollen är att säkerställa att den verksamhet som bedrivs är av god kvalitet.

Egenkontrollen kan se ut på många olika sätt. Det kan exempelvis röra sig om:

- Jämförelse av resultat i ex. "Öppna Jämförelser" dels med andra verksamheter men också med verksamhetens resultat från tidigare år.
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- Inhämtande av synpunkter från andra intressenter eller ex. revisorer

Brukarundersökningen

För fjärde året i rad har Socialstyrelsen frågat alla äldre med äldreomsorg vad de tycker om sin vård och omsorg. Resultaten från 2016 års nationella brukarundersökning har återförts till verksamheterna och de frågor där Södertälje ligger under rikets medel eller där verksamheternas resultat visar en nedåtgående trend har analyserats. Det är dock viktigt att bryta ner resultaten på enhetsnivå för att få en mer djupgående förståelse för var bristerna finns. Flera enheter får genomgående bra resultat medan andra enheter får resultat som behöver analyseras mer noggrant. Brukarundersökningen är en bra indikation på möjliga kvalitetsbrister i verksamheten och är ett bra verktyg att använda i det fortlöpande förbättringsarbetet.

Uppföljning

Uppföljningsarbetet är ett verktyg för såväl nämnder 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. Äldreomsorgsnämnden beslutar årligen om en uppföljningsplan.

Uppföljning kan ske på olika sätt, genom t ex intervjuer med förutbestämda frågor till ansvarig chef och omvårdnadspersonal eller genom granskning av dokumentation och observationer. Uppföljningarna genomförs i huvudsak av personal på uppföljningsenheten som, om uppföljningen omfattar många enheter, kan förstärkas med personal från kvalitetsenheten och/eller utredarenheten.

Drifftavlor

De flesta av äldreomsorgsnämndens verksamheter arbetar med olika typer av så kallade drifftavlor. Drifftavlorna är verksamheternas egenkontroll det vill säga ett sätt att konkret följa de viktigaste processerna i verksamheten. Det ger möjlighet att se och rätta till avvikelser på daglig- och veckobasis. På drifftavlorna följer de olika verksamheterna till exempel; ärendemängd, in- och utflöde, utredningstider, uppföljning av insats och att brukare får de insatser som är beslutat varje dag eller vecka

8. Kompetensutveckling

Kompetensutveckling är något väsentligt för alla yrkesverksamma personer. Det är även betydelsefullt för att säkerställa kvaliteten i verksamheten då medarbetarnas kunskaper och färdigheter måste överensstämma med de aktuella kraven på deras yrkesroll. Under 2016 har en rad olika kompetensutvecklande aktiviteter genomförts i de olika verksamheterna. Exempel på kompetensutvecklings insatser som varit lite mer omfattande är:

- Flera medarbetare på MÄF samt åtta chefer i hemtjänsten har genomgått högskoleutbildning i socialrätt (7,5 poäng).
- Ett antal medarbetare i hemtjänst och på särskilt boende har under året slutfört utbildning inom omvårdnadslyftet.
- Flera medarbetare har genomgått webbutbildningar i lex Sarah, demensvård och psykisk ohälsa.
- Alla medarbetare i hemtjänsten har genomgått utbildning i digital social dokumentation.(ca 350 st.)
- Dementsteamet har hållit i utbildningar om demensvård och värderingar. På särskilt boende har måltidssituationen för personer med demenssjukdom varit ett fokusområde.
- Många medarbetare har deltagit i Nestors öppna föreläsningar och seminarier.
- Medarbetare har även, i olika utsträckning, bl.a. deltagit i utbildningar i social dokumentation, förflyttningsteknik, mat och livskvalitet, munhälsa, basal hygien, värdegrund, avvikelshantering, konflikthantering, olika verksamhetssystem, upprättande av genomförandeplan, riskanalys, hjärt- och lungräddning, nollvision för tvångsåtgärder, inkontinens, taktilmassage, rehabiliterande förhållningssätt, kultur i vården (Kultur 365), fallprevention, hot och våld i nära relation samt färdtjänsthandläggning.



2017-02-15

Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivare äldreomsorgsnämnden

2016

Nermin Varli
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Södertälje kommun

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	3
<i>Inledning</i>	5
<i>Uppföljning genom egenkontroll</i>	6
Verktyg för uppföljning	6
<i>Förbättringar som genomförts 2016</i>	7
<i>Processer för ökad patientsäkerhet och kvalitet</i>	8
Demenssjukdom och verktyget BPSD register	8
Källa: BPSD register	9
Vård i livet slut och palliativa registret	9
Vårdhygien	9
Läkemedelshantering	10
Habilitering/rehabilitering.....	10
<i>Samverkan för att förebygga vårdskador</i>	11
<i>Riskhantering</i>	12
<i>Avvikelsehantering</i>	14
<i>Patientnämnden</i>	16
<i>Inspektionen för vård och omsorg(IVO)</i>	16
<i>Anmälan enligt lex Maria</i>	16
<i>Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet</i>	16
<i>Hantering av klagomål och synpunkter</i>	16
<i>Samverkan med patienter och närstående</i>	17
<i>Övergripande mål och strategier för kommande år</i>	17
<i>Patientsäkerhetsarbetet på dagverksamhet</i>	18

Sammanfattning

Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för hälso- och sjukvården på vård- och omsorgboende och på dagverksamhet. Totalt finns det 413 + 9 (2017) vård- och omsorgboendeplatser fördelat på 9 enheter i kommunal regi och en enhet på entreprenad med 48 vård- och omsorgboendeplatser. 2018 är det planerat för 54 nya vård- och omsorgboendeplatser.

Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att identifiera och förebygga skador och risker som orsakas av hälso- och sjukvården, samt att säkerställa en adekvat hantering av redan inträffade skador som hade kunnat undvikas.

Ledningssystemet för det systematiska patientsäkerhetsarbetet kan alltid förbättras och ska upplevas som ett verktyg för att leda och planera men också för att kontrollera, följa upp och utvärdera arbetet. Systemet ska kopplas ihop med verksamhetens strategier och mål i det dagliga arbetet och öka medvetenhet och förståelse för patientsäkerhetsarbetet hos all personal. Genom att tillämpa ett systematiskt arbetsätt uppfylls de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut och det är en förutsättning för att uppnå god kvalitet i vården. För att verksamheten ska uppfylla krav och mål behöver verksamheten se över och utveckla det lokala ledningssystemet för patientsäkerhetsarbetet.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) arbetar kontinuerligt med att informera om att patientsäkerhet omfattar hela sjukvårdssystemet och att verksamheten ska arbeta systematiskt och i samverkan.

En ökad medvetenhet och förståelse för patientsäkerhetsarbetet genererar ett ökat systematiskt kvalitetsarbete. Processen för inkommande vårdavvikelse bör ses över och förbättras, ansvar och roller bör tydliggöras och dokumentationen av analys och åtgärd bör förbättras. Likaså behöver verksamheten arbeta mer med att kartlägga bakomliggande faktorer vid analys av avvikelser, vilket kommer att stödja verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalen i det förebyggande arbetet och därmed förhindra eller minska risken för att patienter drabbas av vårdskador och öka säkerheten i vården.

Under 2016 har mycket förbättringsarbete genomförts men det finns områden som behöver utvecklas och förbättras under 2017.

Utvecklingsområden som identifierats i patientsäkerhetsberättelsen är:

- Processen för inkommande vårdavvikelse bör ses över och förbättras och verksamheterna behöver arbeta mer med att kartlägga bakomliggande faktorer vid analys av avvikelser
- Riskbedömningar görs på individnivå i team och vårdplan upprättas. Det verksamheten behöver bli bättre på är att följa upp om de vidtagna åtgärderna har gett avsedd effekt.
- Redovisa om avvikelser uppstår till följd av bristande hälso- och sjukvård, bristande/otillräckliga insatser eller om det är hem/bostadsmiljö för att möjliggöra kartläggning av vilken process/vilka aktiviteter som behöver utvecklas.

- Systemet och rutinen för hantering av klagomål och synpunkter på vården kan förbättras.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört journalgranskning utifrån standardiserad mall. Det framkom en del svagheter som behöver ses över och åtgärdas.

Inledning

Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag (2010:659). Patientsäkerhet i denna lag handlar ytterst om skydd mot vårdskada¹.

Patientsäkerhetsberättelsen är till för att ge inblick i arbetet med att, genom ständiga förbättringar, erbjuda en god och säker vård.

Socialstyrelsen beskriver patientsäkerhetsarbetet på följande sätt: ”Det arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser”. Vårdgivaren har ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vårdgivaren har också en skyldighet att utreda händelser som lett till, eller hade kunnat leda till vårdskada. Vad som karaktäriserar patientsäkerhetsarbetet är att arbeta förebyggande och att fokusera på struktur istället för individ. Patientsäkerhetsarbetet ska inriktas på att skapa säkra system som skall fungera som barriärer.

I denna rapport redovisas patientsäkerhetsarbetet under 2016 och ges exempel på hur verksamheterna arbetar med att förbättra kvaliteten i vården samt vilka delar som kommer att utvecklas. För att åstadkomma god kvalitet finns lagar, föreskrifter och verksamhetsmål att tillgå

Kvalitet är att patienten får en god och säker vård, känner trygghet, bevarar och utvecklar det friska, bemöts med respekt för privatliv och personlig integritet, får individanpassad vård, är delaktig, får möjligheter till välbefinnande och välmående och känner meningsfullhet i tillvaron.

Patientsäkerhet är

- att skydda patienter från att skadas i eller av vården
- en del i det dagliga arbetet
- att kommunikationen är god i alla möten inom vården
- att kontinuiteten i kontakter med vården fungerar
- att patienterna är välinformerade om sin sjukdom, om planeringen och om egenvården.

Patientsäkerhetsarbete handlar även om att på bästa sätt ta hand om de patienter och närstående som trots allt drabbas av en vårdskada.

De förebyggande fokusområdena i patientsäkerhetsarbetet ska innefatta de områden/processer där flest antal återkommande avvikelser inträffar.

En framgångsfaktor för att lyckas i patientsäkerhetsarbetet är att involvera patient, närstående och personal till att delta.

¹En vårdskada är enligt patientsäkerhetslagen när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Uppföljning genom egenkontroll

Resultatenhetschefen på respektive boende ansvarar för kvalitetsuppföljning på enheten och ska medverka i upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen. Kvalitetsuppföljning ska utföras systematisk och vid behov.

Resultatombudschefen redovisar årligen patientsäkerhetsarbetet till MAS som analyserar och sammanställer den.

För att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut i verksamheterna och säkerställa kravet på god kvalitet behöver verksamheten se över och utveckla det lokala ledningssystemet för patientsäkerhet och dess uppföljning.

Ledningssystemet för patientsäkerhet ska upplevas som ett verktyg för att leda och planera men också för att kontrollera, följa upp och utvärdera arbetet.

Uppföljning görs av

- Mål
- Process
- Indikatorer
- Lagar och föreskrifter

Verktyg för uppföljning

- Brukarenkät där det ingår vårdfrågor
- Risk-och avvikelshanteringssystem
- Journalgranskning
- Kvalitetsregister
- Palliativa registret
- registret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).
- Riskbedömning- Senior alert(munhälsa, fall, trycksår, nutrition och blåsdysfunktion/inkontinens)
- Socialstyrelsens och SKL:s öppna jämförelser
- Hygienronder, genomförs av hygiensjuksköterska från smittskydd Stockholm
- Kvalitetsbokslut
- Årsredovisningar
- Granskning av läkemedelshantering (av farmaceut)
- Rapporter till nämnd
- Läkemedelsgenomgångar i samverkan med läkarorganisationen
- Klagomål och synpunkter
- Infektionsregistrering, verksamheten ingår i den nationella mätning som genomförs årligen
- Besiktning av medicintekniska produkter

Genomgång av registreringar i kvalitetsregistret Senior Alert sker veckovis för resultatområdet och månadsvis på social- och omsorgskontorets ledningsgrupp. På enheten används individresultat på t ex boendemöte kring brukaren och teambaserade bedömningar används för att förbättra omvårdnaden och hälso- och sjukvården. För systematiskt kvalitetsarbete tas resultat och analys upp på exempelvis APT och ledningsgrupper. Utbildningsinsatser genomförs och rutiner ses över.

MAS följer upp patientsäkerhetsarbetet genom risk- och vårdavvikelse rapportering, klagomål och synpunkter på vården, journalgranskning, granskning av läkemedelshantering, möten, enkäter, redovisningar, verksamhetsbesök (tillsyn) och hygienronder.

MAS har granskat hälso- och sjukvårdsjournaler med standardiserad mall på tre, slumpmässigt valda, vård- och omsorgsboende (en patientjournal per boende). Syftet med granskningen var att få en uppfattning om huruvida rätt saker dokumenteras och att dokumentationen är tillräcklig. De svagheter som påvisats var tämligen lika i granskade journaler, resultatet var tillräckligt för att identifiera vad som behöver utvecklas.

Uppföljning av trycksår har genomförts på korttidsboendet för att få bättre uppfattning om ifall trycksår utvecklas efter det att brukaren vistats på korttidsboendet eller om patienten hade trycksår redan innan vistelsen. Resultatet visade att patienten hade trycksår innan vistelsen.

Förbättringar som genomförts 2016

- Förbättringar har genomförts avseende bedömning av och dokumentation om huruvida brukaren själv kan ta ansvar för att hantera sina läkemedel (egenvård). Dokumentationen kan ytterligare förbättras.
- Samtliga medarbetare har fått grundutbildning i munhälsa.
- Alla leg. sjuksköterskor och leg. arbetsterapeuter har under året genomgått fördjupad utbildning i munhälsobedömningar.
- Som ett led i att arbeta med olika frågor kopplade till nutrition, mat och måltidssituationer pågår ett långsiktigt arbete. Det sker ett utökat samarbete mellan resultatområdet och kostenheten i processen "Bättre måltider i vård- och omsorgsboende". Bl.a. pågår projekt för ökad valfrihet och ökad matglädje. Kostombudsträffar har genomförts och en dietist har anställts i verksamheten.
- Flera sjuksköterskor har erhållit utbildning avseende förskrivningsrätt vid inkontinens.
- På några områden har lokala rutiner arbetats fram eller är under framtagning.
- Översyn och dokumentation av lokala rutiner har gjorts för att förbättra säkerheten vad gäller kontroll och tillsyn av läkemedel.
- Under november 2016 anställdes en metodutvecklare med särskild inriktning mot hälso- och sjukvård samt rehabilitering. Metodutvecklaren ingår i resultatrådets stöd- och utvecklingsteam som organiserats under hösten. Numera ingår också dietist i teamet.

- Resultatområdet har ökat samarbetet mellan enheterna vad gäller legitimerad personal för att minimera konsekvenserna av tidvis brist på medarbetare.
- En majoritet av enheterna har förbättrat egenkontrollerna av basala rutiner och utbildat i basala hygienrutiner. Här har dock inte alla enheter nått målet.
- Samtliga medarbetare har fått grundutbildning i munhälsa.
- Alla leg. sjuksköterskor och leg. arbetsterapeuter har under året genomgått fördjupad utbildning i munhälsobedömningar.
- Utbildning i basala hygienrutiner. Här har dock inte alla enheter nått målet.
- Det har genomförts ett stort antal delegeringsutbildningar.
- Fler sjuksköterskor har erhållit utbildning avseende förskrivningsrätt inom inkontinens.
- Samtliga medarbetare har fått utbildning i hot och våld i nära relationer.

Processer för ökad patientsäkerhet och kvalitet

Demenssjukdom och verktyget BPSD register

Alla vård- och omsorgsbonden som har personer med demenssjukdom arbetar med registret BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Ett verktyg som stödjer verksamheten i att uppnå ett likvärdigt omhändertagande, minska användningen av neuroleptika och i stället främja arbetet med omvårdnadsåtgärder för patienter med demens. Som ytterligare stöd finns ett lokalt vård- och omsorgsprogram framtaget för demenssjukdomar för att vårdgivare ska uppnå de krav och rekommendationer som gäller i lagar, föreskrifter och nationella riktlinjer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut medverkar i BPSD-arbetet.

BPSD	Andel 2016	Andel 2015
Personer som har olämpliga läkemedel	41 % (riket 38 %)	58% (54%)
Personer som verkar smärtfria	77 % (riket 71 %)	76% (riket 70%)
Personer som har bemötandeplan	79 % (riket 87 %)	81% (riket 87%)
Personer som har fått läkemedelsöversyn genomförd	86 % (riket 86 %)	

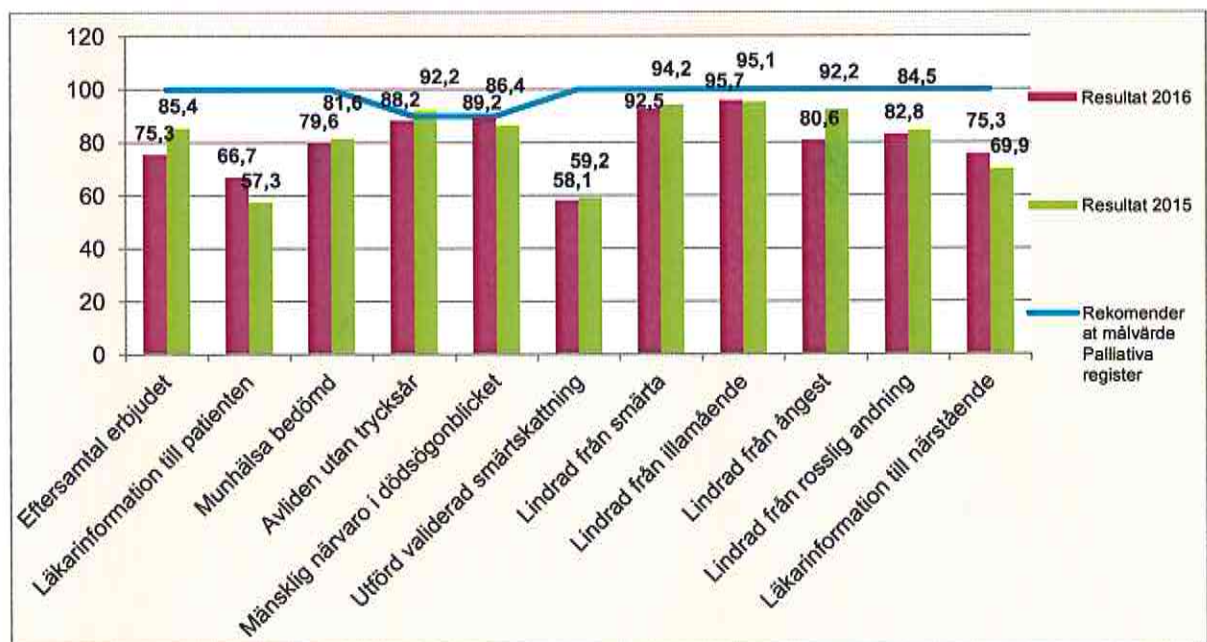
NPI²-poäng över tid Södertälje 18 poäng (riket 25 poäng), lägre värde bättre

Källa: BPSD register

Vård i livet slut och palliativa registret

För att patienten ska få bra vård vid livets slutskede är det viktigt med god samverkan mellan personal, patient, anhöriga och läkarorganisationen. Till stöd för ökad kvalitet vid livets slutskede deltar verksamheten i stödverktyget palliativa registret som innefattar tydlig vårdplanering. Tillsammans med chefer på vård- och omsorgsboende har MAS samverkansmöte med läkarorganisationen två gånger om året, där palliativvården tas upp.

Resultat palliativ vård i livets slut



Vårdhygien

Vården skall vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Hygienrutiner är viktiga att följa för att undvika vårdrelaterade infektioner.

En majoritet av enheterna har förbättrat egenkontrollen av basala rutiner och utbildat i basala hygienrutiner, men alla enheter har inte nått målet.

Hygienronder var planerade att genomföras med början under hösten 2016 men arbetet har blivit fördröjt. Tider för hygienronder finns inbokade under våren 2017 och kommer att utföras av hygiensjuksköterska från Vårdhygien Stockholm.

² NPI är en skala som är utvecklad för att mäta beteendesympom (BPSD) vid olika demenssjukdomar.

Alla enheter på vård- och omsorgsboende för äldre ingår i den nationella mätningen för infektionsregistrering. Enheterna behöver bli bättre på att registrera och använda underlaget som ett led i förbättringsarbetet.

På samtliga enheter finns handlingsprogram vid smittsamma sjukdomar att tillgå för att smittan inte ska föras vidare. Enheterna behöver bli bättre på att bryta ned programmen till lokala rutiner och att de är väl kända av all personal. Om behov för kompetensutveckling finns har verksamheten hygiensjuksköterska att tillgå på Smittskydd Stockholm. Enheterna bör utse hygienombud.

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering är ett viktigt område inom äldreomsorgen. Lokala rutiner finns upprättade på nästan alla enheter och läkemedelshantering fungerar bra.

För att bedöma om patienten klarar av att hantera sin medicinering ska det utföras egenvårdsbedömning. Med egenvård menas när någon inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd och där läkemedelshantering är stor del i det. Under året har diskussioner och information av MAS om egenvård och bedömningen som ligger till grund för denna varit aktuell vid flera mötesforum för chefer och sjuksköterskor. Enheterna är igång med att implementera rutin för egenvårdsbedömning på enheterna.

Uppföljning av delegering för överlämnande av läkemedel är ett utvecklingsområde. För att följa upp om läkemedlen är överlämnade finns en signeringslista. Det framkommer att det finns en del ej signerade tillfällen på signeringslistan. Det framgår inte om utebliven signering betyder att patienten inte har fått medicinen eller om patienten fått medicinen men signering saknas. Oftast har patienten fått medicinen men personalen har glömt att signera. För att detta ska tydliggöras har signeringslistan reviderats.

En ny delegeringsriktlinje är upprättad och läkemedelsriktlinjen är reviderad.

Habilitering/rehabilitering

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter arbetar med förskrivningsprocessen. De bedömer brukarens behov av hjälpmedel, provar ut och följer upp. De utbildar och instruerar omvårdnadspersonal i lyft, förflyttningsteknik och praktisk handledning av personal i hjälpmedelshantering och rehabiliterande förhållningssätt. De ansvarar också för att besiktiga medicintekniska produkter var 6:e månad.

Det finns även möjlighet till individuell träning/ behandling av fysioterapeut. Arbetet ska leda till att förbättra livskvaliteten och sträva efter att bevara funktionen hos patienten.

För bättre informationsöverföring finns skriftlig information/ instruktioner i hälso-och sjukvårds pärm "hempärm". Muntlig samt praktisk informationsöverföring görs till patienter/omvårdnadspersonal. Bostadsmöten i team och yrkesspecifika träffar för fysioterapeuter och arbetsterapeuter sker regelbundet.

Arbets terapeuter och fysioterapeuter igår i teamet vid riskbedömningar, arbetar för att förebygga trycksår, bedömer behov/ förskriver tryckavlastande hjälpmedel och med mobilisering/positionering.

Vid fallrisk hjälper arbetsterapeut och fysioterapeut till med förskrivning av individuella hjälpmedel, ger individuell träning och gruppträning samt ger rekommendationer om möblering. I arbetet ingår även att utbilda omvårdnadspersonal i lyft, förflyttning och ge praktisk handledning till personal i hjälpmedelshandling och rehabiliterande förhållningssätt.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan krävs för att trygga enskilda patienters rätt att få en god och säker vård inom rimlig tid samt att få omsorg och rehabilitering i samband med överflyttning mellan olika vårdgivare. En grundläggande förutsättning för att samverkan ska fungera vid vårdens övergångar är att den information som behövs för patientens fortsatta vård, behandling, rehabilitering och omsorg överförs mellan vårdgivare både muntligt och skriftligt.

På verksamheten sker hela tiden ett utökat samarbete inom resultatområdet och mellan enheter i diverse frågor bl.a. vad gäller gemensam planering och utbildning/utveckling.

Former för samverkan regleras i olika samverkansöverenskommelse både övergripande för Stockholms län och lokala för äldreomsorgen.

Samverkansöverenskommelser/dokument

- Samordnad individuell plan, SIP, är ett verktyg för samverkan(SKL)
- Lokal överenskommelse om samarbetsrutiner mellan Södertälje kommun och läkarorganisationen Legevisitten. MAS träffar resultatrådets ledning, verksamhetschef för Legevisitten och medicinskt ansvarig läkare för att gå igenom alla delar i överenskommelsen. Detta görs två gånger om året. På mötet tas alla avvikelser från överenskommelsen upp och åtgärdas.
- Lokalt vårdprogram för vård i livet slut finns mellan äldreomsorgen och Legevisitten.
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården.
- Uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård för vissa äldre och funktionshindrade
- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre, överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län.
- Lokalt vård- och omsorgsprogram "Vård och omsorg vid demenssjukdomar i Södertälje".
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län om samverkan när en individ behöver praktisk hjälp med egenvård.

- Riktlinje för lokal samverkansöverenskommelse mellan vårdgivare av Läkarinsatser i vård- och omsorgsboende och annan huvudman.
- Överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Stockholms län angående kostnadsfördelning för läkemedelsnära produkter inom särskilda boendeformer.
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt.
- Kommunförbundet Stockholms Län om logopedinsatser och medicinsk fotvård i särskilda boenden för äldre samt apodos.
- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.

Riskhantering

Verksamheten arbetar med att fortlöpande göra bedömningar om det finns risk för att tillbud och negativa händelser skulle kunna inträffa. Till stöd för att förebygga tillbud och negativa händelser på individnivå ingår verksamheten i kvalitetsregistret Senior Alert. Senior Alert är ett verktyg för förebyggande arbetssätt. Resultaten kan användas som utgångspunkt för det egna förändrings- och förbättringsarbetet.

Samtliga brukare/ patienter som bor i vård- och omsorgsboende erbjuds riskbedömning. Att ingå i Senior Alert är frivilligt och samtycke inhämtas och ska journalföras. De områden som kontinuerligt riskbedöms är munhälsa, fall, trycksår, nutrition. Riskbedömning blåsdysfunktion/inkontinens har verksamheten inte kommit igång med ännu. Bedömningarna görs teambaserade av t ex sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och omsorgspersonal. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter deltar i det förebyggande arbetet för riskområdena trycksår och fall. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter förskriver tryckavlastande hjälpmedel och arbetar med mobilisering/ positionering vid risk för trycksår. Vid fall provar de ut individuella hjälpmedel, genomför träning i grupp och individuellt samt rekommenderar möblering vid inflytt.

Som en del i mål- och riskanalysarbete följs teambaserade riskbedömningar på målstyrnings- och drifttavlor i verksamheterna.

Resultat av riskområden hämtade från Senior Alert

Riskområde trycksår

Antal riskbedömningar	Varav antal risk för trycksår	Plan för att förebygga trycksår	Utförda åtgärder	Antal faktiska trycksår
781	226	215(95,1%)	145(64,2%)	7(3.1%)

Källa: Senior Alert

Riskområde undernäring

Antal riskbedömningar	Varav antal risk för undernäring	Plan för att förebygga undernäring	Utförda åtgärder	Viktninskning > 5%
790	519	497(95,8 %)	367(70.7%)	89(17.1%)

Källa: Senior Alert

Riskområde ohälsa i munnen

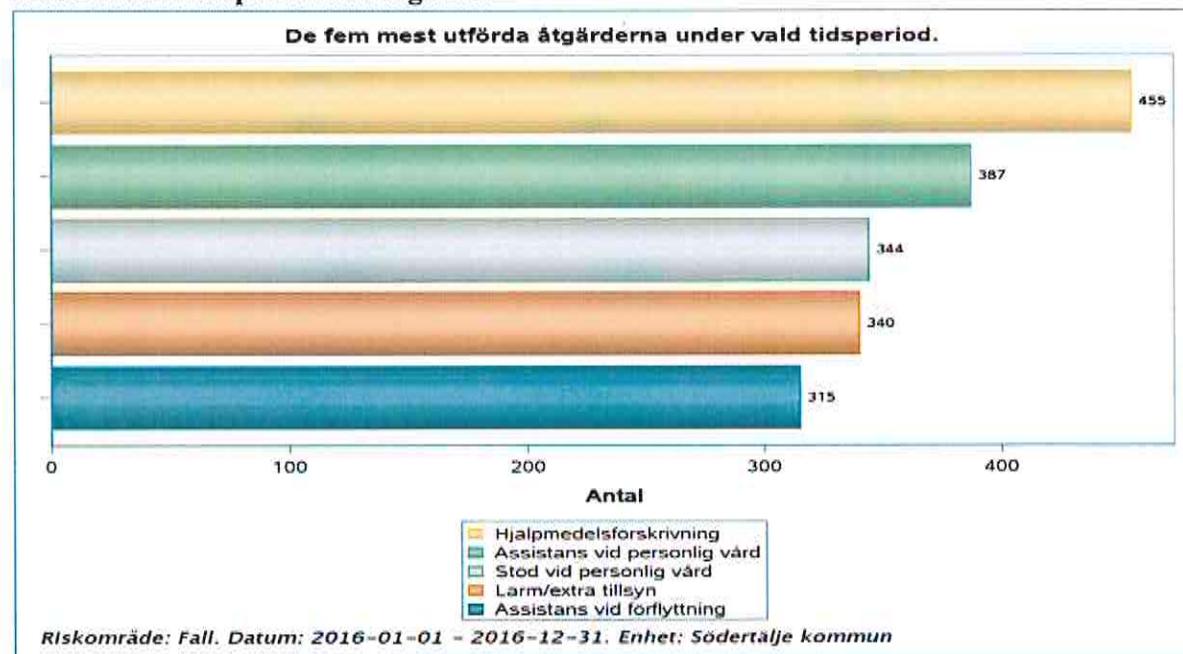
Antal riskbedömningar	Varav antal risk för ohälsa i mun	Plan för att förebygga ohälsa i munnen	Utförda åtgärder
755	213	179(84.0%)	127(59.6%)

Källa: Senior Alert

Riskbedömda för fall(teambaserat arbete enligt process för att förebygga fall)

Antal riskbedömningar	Varav antal risk för fall	Plan för att förebygga fall	Utförda åtgärder	Antal faktiska Fall på riskbedömda
803	669	639(95,5%)	476(71.2%)	268(40.1%)

Källa: Senior Alert

Mest utförda fallpreventiva åtgärder

Källa: Senior Alert

Medelvärde per person som ramlat jämfört med riket

Medel per person som fallit	2016	2015
Södertälje kommun	5,0	3,0
Riket	3,4	3,5

Källa: Senior Alert

Avvikelsehantering

Alla hälso- och sjukvårdsavvikelse ska rapporteras digitalt i verksamhetssystemet ProCapita och uppföljning ska ske regelbundet. Rapporten går till resultatenhetschef, som ansvarar för att händelsen analyseras, åtgärdas och följs upp och att återkoppling sker till berörda parter.

På enheten utreds händelsen av resultatenhetschef, hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal, patient och/eller närstående.

Vårdavvikelse tas upp vid arbetsplatsträffar och på drifttavlor. Allvarigare händelser ska anmälas till MAS för bedömning och eventuellt anmälan om Lex Maria. Under året har inga allvarliga tillbud eller negativa händelser som inträffas på enheterna rapporterats till medicinsk ansvarig sjuksköterska. Enligt redovisning tas vårdavvikelse regelbundet upp på resultatområdets ledningsgrupp som en lärandeprocess för att förebygga tillbud och negativa händelser.

Vid granskning av data och avvikelser uppmärksammas svagheter i vårdavvikelseprocessen som behöver ses över och systematiseras. Ansvar och roller för handläggningen behöver förtydligas, likaså dokumentation av analys och åtgärd. En annan del som uppmärksammas är då det inte finns koppling/kommunikation mellan journalsystemet Procapita och stödvertyget Senior Alert är att det som dokumenteras i stödvertyget Senior Alert inte alltid finns dokumenterat i patientjournal och att avvikelse som rapporteras i Senior Alert inte rapporteras digitalt. Verksamheten ska ha bättre rutin för att riskbedömningar och vårdplan journalförs. Likaså ska patientens samtycke alltid dokumenteras i patientjournal.

Rapporterade vårdavvikelse

	Läkemedel	Hälso- och sjukvårdsuppgifter	Informationsöverföring	Samverkansrutiner	Dokumentation	Medicintekniska produkter	Omvårdnad
2016	100	21	2	6	2	12	15
2015	162	26	115	9	1	19	9
2014	165	21	10	11	3	6	8

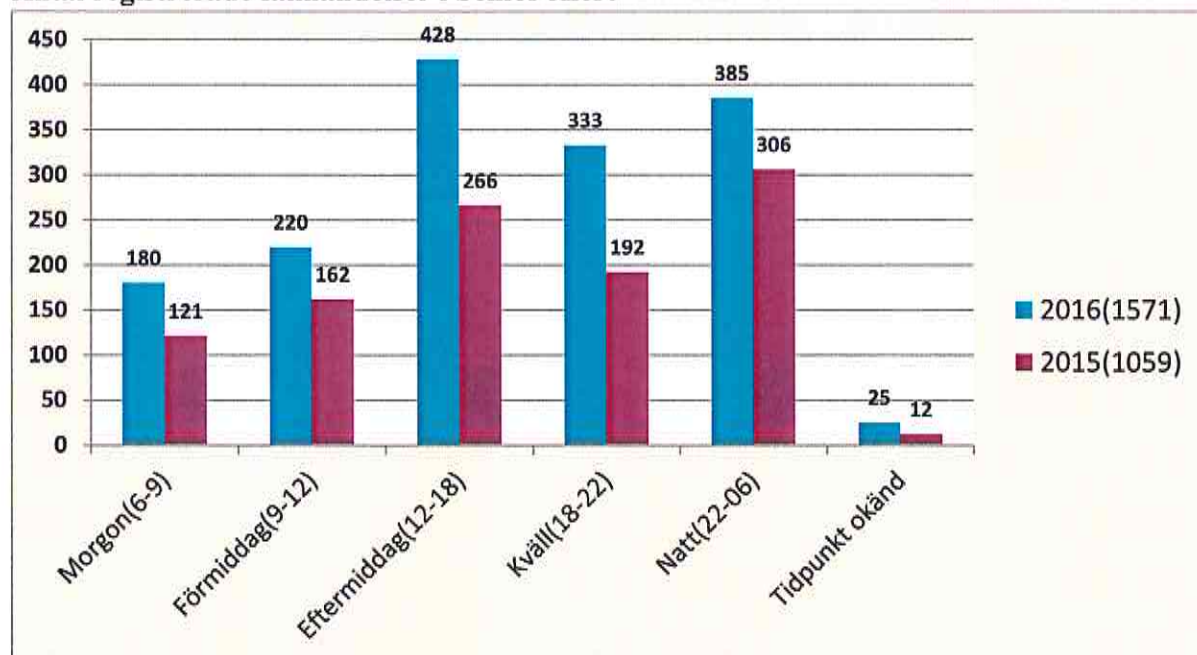
Källa: Procapita

Insatser som verksamheten har genomfört under året för att minska antalet vårdavvikelser har bl.a. varit översyn av rutiner, utbildning av olika slag och uppehåll i en del delegationer.

Läkemedelsavvikelser fördelat på händelser

	Utebliven dos	Brist narkotika	Iordningställande	Fel läkemedelsöverföring	Fel tid, förväxling, ordination
2016	62	13	10	11	9
2015	88	20	16	11	23
2014	99	10	18	8	27

Antal registrerade fallhändelser i Senior Alert



Källa: Senior Alert

I dokumentationen från Senior Alert går det inte att utläsa om registrerade fall i senior Alert har orsakats av bristande hälso- och sjukvård eller brister i omsorgen.

Antal fall som rapporteras digitalt i ProCapita, är enbart sju. Då alla hälso- och sjukvårdsavvikelser ska rapporteras via vårdavvikelsesystemet och inte fler är rapporterade kan ett mörkertal finnas avseende fall. Alla fall som orsakas av bristande hälso- och sjukvård ska rapporteras i verksamhetens vårdavvikelsehanteringssystem.

Antal skador som orsakats av fall

	2016	2015	2014
Höftfrakturer	14	20	19
Armfraktur	4	6	*
Sårskada	130	72	*

Källa: Senior Alert

Patientnämnden

Ett klagomålsärende har gått till patientnämnden, där en förvaltare hade synpunkter på ett vård- och omsorgsboende som brustit i vården av en kvinna. Anmälaren ville också veta hur man bär sig åt för att få ut journalanteckningar.

Inspektionen för vård och omsorg(IVO)

Två ärenden från IVO har inkommit.

Anmälan enligt lex Maria

Inga allvarliga tillbud och negativ händelser har rapporterats till MAS.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

All personal ska rapportera risk, tillbud eller negativ händelse. Verksamheten behöver öka medvetenhet och förståelse för att patientsäkerhetsarbetet är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Att rapportera risker och vårdavvikelser är en del i detta arbete.

Hantering av klagomål och synpunkter

Den enskilde och ev. anhörig till den enskilde kan framföra synpunkter och klagomål via kommunens digitala system men också via brev, mail, telefon och direkt kontakt.

Klagomål ska hanteras skyndsamt med återkoppling till rapportören.

Patienter och anhöriga ska också informeras om att de kan vända sig till Patientnämnden och IVO.

De klagomål och synpunkter som kommer till social-och omsorgskontoret eller via Patientnämnden och IVO registreras och omhändertas för vidare åtgärd. På verksamheten kan tillämpningen variera, rutinen för det bör ses över och tillämpas.

Vid ett fåtal tillfällen har anhöriga haft direkt kontakt via telefon med MAS då de kände sig oroad och påtalade att de inte fått tillräckligt stöd i sin oro. MAS har vid dessa tillfällen haft kontakt med enheten som berörts i syfte att diskutera ev. åtgärder. Vid ett tillfälle var klagomålet allvarligt och då har MAS analyserat ärendet och åtgärdat. Återkoppling skedde genom träff med anhörig och överlämnande av skriftlig yttrande. Klagomålet handlade om brister i bemötande och kommunikation.

Enheterna uppvisar förhållandevis få klagomål och synpunkter och det finns skäl att undra om det är en underrapportering. Vid samtal med anhöriga sker inte sällan en omedelbar återkoppling och åtgärd, vilket medför att det kan finnas brister i analysen och då också en sviktande dokumentering. Det behövs även ökad information till brukare och närstående om hur synpunkter och klagomål lämnas.

Verksamheten redovisar totalt 183 rapporterade synpunkter och klagomål. Främst avser det utförande av insatser och bemötande. Verksamheten kan inte redogöra för hur många av de 183 fallen som är relaterade till hälso-och sjukvård eller till omsorg.

Samverkan med patienter och närstående

När en vårdinsats påbörjas ska kommunikation ha skett med patienten hur denna vill att information ska ske både kring den aktuella vården och om något händer. Anhöriga ska involveras utifrån den enskildes önskan. Patientlagen som tillträdde 1 januari 2015 stärker och tydliggör patientens ställning för att främja patienters integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen förtydligar information till patienten, all information ska förmedlas utifrån varje patients egna förutsättningar och förmåga att ta till sig informationen. Kan hälso-och sjukvårdspersonalen inte lämna information till patienten så kan information lämnas till legal ställföreträdare.

Vid vårdavvikelse ska patient och eventuellt närstående erbjudas delaktighet i patientsäkerhetsarbetet under pågående utredning som rör patienten. Verksamheten har fortlöpande dialog med patient och/eller närstående, men kan förbättras ytterligare.

Kommunikation om egenvårdsbedömning, åtgärd och uppföljning kan ytterligare förbättras.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Att arbeta med att förbättra dokumentationen.
- Öka användningen av digitala verktyg i dokumentationen.

- Förbättra och förtydliga processen avseende avvikelshantering.
- Arbeta mer övergripande och strukturellt vad avser analys av avvikelser.
- Analysera och upprätta åtgärdsplan för att förebygga fall i verksamheten.
- I samverkan med Legevisitten fortsätta arbetet med att få ned användningen av olämpliga läkemedel.
- Utbildning i psykisk ohälsa och psykiatriska sjukdomar.
- Fortsatt utbildning i, och förbättrade rutiner avseende delegeringar
- Fortsatt arbete med kost och måltider för ökad matglädje och för att förebygga undernäring, fall och trycksår.
- Mer utbildning i Senior Alert och BPSD.
- Rutiner för klagomål, synpunkter och avvikelser behöver förtydligas, vilket resultatområdet arbetar för.
- Utbildning i samtal och kommunikation för att förbättra bemötande och förebygga kommunikationsbrister.
- Utbildning till fler sjuksköterskor i förskrivningsrätt avseende inkontinenshjälpmedel.
- Kompletterande utbildningstillfällen i grundläggande munhälsa för all personal som inte nyligen utbildats och utbildning i munhälsobedömning för nyanställda leg. sjuksköterskor och leg. arbetsterapeuter.
- Utbildning till personal för att öka kunskaperna i IT och digitala verktyg.
- Fortsätta utbildning i och förbättra egenkontrollen av basala hygienrutiner
- Öka antalet medarbetare med spetsutbildning i hygienrutiner.
- Utveckla och åtgärda de brister som framkommit vid journalgranskning.
- Patientsäkerhetsarbetet bör lyftas vid möten med all personal då detta ska byggas på en tvärprofessionell samverkan.
- Vidta åtgärder enligt den åtgärdsplan som farmaceuten lämnat till enheterna efter läkemedelsgranskning.
- Delegeringsmaterial och utbildningsinsatser kommer att ses över.
- Kommunikation och information till delegerad personal ska förbättras för att säkerställa utförandet på ett patientsäkert sätt.

För att uppnå resultat krävs att verksamheten fastsätter ledningssystem för patientsäkerhetsarbetet och att all personal arbetar efter beslutade riktlinjer och rutiner samt att riktlinjer och rutiner kontinuerligt ses över och revideras.

Patientsäkerhetsarbetet på dagverksamhet

Under tiden patienten vistas på dagverksamheten är det kommunen som ansvarar för hälso- och sjukvård. Utanför dagverksamheten är det primärvården som ansvarar

De hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs på dagverksamheten är oftast läkemedelshantering.

Kommunen slutade utföra delegerade hälso-och sjukvårdsuppgifter under oktober 2016. De risker och avvikelser som uppmärksammats vid förändringen är att primärvården inte hann träffa patienten på morgonen för att överlämna läkemedel då patienten hade hunnit åka iväg, eller att patienten inte fick med sig läkemedlen som den skulle ha med sig till dagverksamheten.

Resultatenhetschef för dagverksamheten har skapat en ny rutin för säkrare läkemedelshantering. Rutinen håller på att implementeras på samtliga enheter tillsammans med resultatenhetschefer och sjuksköterska på dagverksamhet. Rutinen beskriver var och hur läkemedel, läkemedelslista samt signeringslista förvaras samt hur avvikelser dokumenteras och utreds. Kommunansvarig sjuksköterska delegerar till personal på dagverksamheten för överlämnande av läkemedel till patient under vistelse på dagverksamhet. Sjuksköterska ansvarar även för råd och stöd till personal samt ev. akuta insatser. Personal rapporterar vårdavvikelser till kommunansvarig sjuksköterska, avvikelserna dokumenteras och rapporteras vidare till resultatenhetschef för åtgärd. Om händelsen berör primärvården rapporterar resultatenhetschef avvikelserna dit.

Vid behov görs riskbedömningar gällande t.ex. fallrisk. Akut råd och stöd kan begäras av arbetsterapeut och sjukgymnast på aktuella dagverksamheter. Vid behov kontaktar personal på dagverksamheten patientens arbetsterapeut inom primärvården gällande frågor om lämpliga hjälpmedel samt arbetssätt. Lokaler och möbler inom dagverksamheten är anpassade i förhållande till funktionsnedsatta så att fall eller annan skada ska undvikas i möjligaste mån. Enheten har de hjälpmedel som behövs och personalen är utbildade i lyfteknik och förflyttning.

Vid risk för undernäring kontaktar personal ansvarig distriktssköterska inom primärvård samt anhöriga.

Att samverka med närstående och patient är viktigt. Innan patienten börjar på dagverksamheten erbjuds välkomstsamtal tillsammans med patient och närstående. Vid samtalet informeras det bl.a. om vilka rutiner som gäller för läkemedelshantering på dagverksamheten.

Brukarens/patientens kontaktperson håller kontinuerlig kontakt med närstående.

Under 2016 har det varit en viktig del i arbetet att säkerställa läkemedelshanteringen.

Kommande år kommer det att läggas mer fokus på att kartlägga och dokumentera ledningssystemet för ökad kvalitet.



BILAGA 1.

2017-02-15

Social- och omsorgskontoret

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Hälso- och sjukvårdsansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Inspektionen för vård och omsorg ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Patientnämnden är en del av landstinget men opartisk och fristående från de vårdgivare som möter patienter inom hälso- och sjukvården. Patienten kan skicka in synpunkter eller förslag till patientnämnden. Patientnämnden gör inga egna medicinska bedömningar och tar inte heller ställning till om vårdgivaren har gjort rätt eller fel. Den bidrar med att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre genom att beskriva, informera, reda ut och förklara.

Ansvar och roller inom kommunen

Vårdgivaren (nämnden) ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten som anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Vårdgivaren bedriver verksamheten, dvs. ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård uppnås och upprätthålls. Vårdgivaren har sitt stöd för patientsäkerhetsarbetet hos MAS. Vårdgivaren fastställer övergripande mål för systematisk patientsäkerhet, följer upp och utvärderar mål. Vårdgivaren bestämmer vilka uppgifter och skyldigheter verksamhetschefen ska ha inom sitt verksamhetsområde.

Socialdirektören har ett övergripande administrativt ansvar för att planera och leda hälso- och sjukvårdsarbetet. I ansvaret ingår även att tillsätta verksamhetschef.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS) ansvarar för att bevaka att patientsäkerhet upprätthålls i den hemsjukvård som bedrivs inom kommunens ansvarsområde. MAS ansvarar för att se till att verksamheten upprätthåller säker hälso- och sjukvård inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). MAS ska främja en öppen patientsäkerhetskultur samt följsamhet till lagar och författningar. MAS ansvarar för en säker läkemedelshantering, att delegeringar sker i enlighet med gällande författningar, att patientjournaler förs i den omfattning som lagen anger och att det finns riktlinje för risk, tillbud och negativ händelse. MAS initierar och anmäler om Lex Maria.

Verksamhetschef/resultatombudschef har ansvar för kontinuerligt utvecklingsarbete, förbättra kvalitet och säkerhet för patienterna. Verksamhetschefen är

resultatansvarig och ansvarar för att leda verksamheten utifrån uppdrag/avtal.

Verksamhetschefen har det löpande ansvaret för att verksamheten uppfyller de krav som MAS ställer utifrån att den enskilde ska tillförsäkras en god och säker vård.

Ansvarar för att underlag inkommer till MAS inom angiven tidsram samt att till MAS anmäla allvarliga tillbud och negativa händelser som skulle kunna föranleda anmälan enligt Lex Maria.

Resultatenhetschef har ansvar för att det systematiska kvalitetsarbetet integreras i det dagliga arbetet, dvs. planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra. Ansvarar för att enheterna systematiskt arbetar med patientsäkerhet och följer riktlinjer. Ansvarar för att risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras och handläggs. Att alla medarbetare samverkar, engageras, har rätt kompetens och befogenheter.

Säkerställa att lagar, förordningar, nationella och regionala vårdprogram mm. efterlevs. Följa upp och revidera lokala rutiner så att de är aktuella.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ett särskilt yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård. Ansvarsfördelningen styrs av utbildning och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Alla medarbetare har skyldighet att bidra till hög patientsäkerhet, följa de lagar, riktlinjer, föreskrifter och lokala rutiner som styr hälso- och sjukvården.

Medarbetare ska också aktivt medverka i och främja utvecklingen av det systematiska kvalitetsarbetet. Medarbetarna ska rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada samt engagera sig för enhetens mål och uppnådda resultat.

Patientsäkerhetsberättelse 2016-01-02

Oxbackshemmet, Södertälje
A&O Ansvar och Omsorg AB

Beskrivning av patientsäkerhetsarbetet under 2016

Avvikelser

Samtliga avvikelser registrerades och dokumenterades i företagets kvalitetssystemet. Avvikelserna hanterades enligt rutin för avvikelshantering. Alla allvarliga avvikelser rapporterades i Procapita, alla fall registrerades i Procapita och Senior Alert och läkemedelsavvikelser rapporterades till MAS.

Varje månad samlas representanter från samtliga avdelningar till ett gemensamt kvalitetsmöte i verksamheten där incidenter och avvikelser tas upp och förbättringar diskuteras som kan ligga till grund för en revidering av rutiner.

Synpunkter och klagomål

Vi uppmuntrar till att lämna synpunkter på verksamheten från boende, närstående och övriga som kommit i kontakt med vår verksamhet. Detta kan göras skriftligt på en av företaget framtaget underlag - "Hjälp oss att bli bättre" som finns tillgänglig i entrén samt på alla avdelningar och som också finns med i det material som lämnas ut vid inflyttning. Synpunkter och klagomål kan även lämnas via företagets hemsida www.ansvarochomsorg.se eller muntligt direkt till avdelningschef/verksamhetschef. Synpunkterna hanteras enligt rutin för synpunkter och klagomål och under 2016 har det inkommit tre skriftliga och några muntliga synpunkter och samtliga har åtgärdats förutom två som för närvarande behandlas.

Intern kvalitetsrevision

Intern kvalitetsrevision genomfördes den 30 mars 2016. Underlaget för den interna kvalitetsrevisionen har följande huvudrubriker: Boende, Livsrum och Personal med underrubriker och frågeställningar kopplade till varje del. Den interna revisionen sker enligt rutin för internrevision och renderar i en handlings- och åtgärdsplan.

Apotekets kontroll

Den 17 oktober 2016 genomfördes en kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. En apotekare kom till enheten och granskade läkemedelsförråd, hantering av läkemedel samt lokala läkemedelsrutiner. Kontrollen utförs enligt apotekets rutin för detta och innebär att verksamheten får vägledning i sitt utvecklingsarbete.

Läkemedelsrutin

Enhetens lokala läkemedelsrutin revideras vid behov. Under året har man reviderat rutin för snabbinsulin.

Läkemedelsgenomgångar

Läkare och omvårdnadsansvarig sjuksköterska har reviderat samtliga boendes läkemedelslistor enligt den rutin som läkarorganisationen Legevisitten har.

Första läkemedelsgenomgång gör man i samband med inflytten. Därefter skall en fördjupad läkemedelsgenomgång och hälsokontroll ske minst en gång per år. Det vill säga inom 364 dagar efter senaste läkemedelsgenomgång.

Palliativt arbete

Läkarorganisationen Legevisitten genomför enligt sin rutin ett avslutssamtal när palliativ omvårdnad skall påbörjas och sjuksköterska samt omvårdnadspersonal planerar och genomför detta enligt kommunens vårdprogram kring palliativ vård. En av verksamhetens sjuksköterskor är huvudhandledare samt ansvarig för att övriga sjuksköterskor följer detta i sin roll som omvårdnadsansvariga och handledare till omvårdnadspersonalen. Informationsmaterial som brochyren "Livets sista tid" och "När tiden stannar till" finns att ge närstående om de önskar. Verksamheten är ansluten till Palliativa registret och rapporterar/dokumenterar enligt detta insatser vid vård i livets slut.

Senior Alert

Verksamheten är ansluten till Senior Alert och använder registret för att systematiskt dokumentera förändringar som påverkar omvårdnadens genomförande. Även här pågår ett förbättringsarbete som genom systematiska uppföljningar vid TEAM-möten ökar möjligheten att förebygga och öka patientsäkerheten.

BPSD-registret

Verksamheten är ansluten till BPSD-registret. På varje avdelning finns en administratör, dvs sammanlagt 6 administratörer. Även två sjuksköterskor har genomgått administratörsutbildning.

Hygien

Avtal finns skrivet om vårdhygienisk service med Vårdhygien, Stockholms län. Protokollet med förslag till förbättringsåtgärder har under året åtgärdats. Det finns lokalrutin för mottagning och fördelning av förrådsvaror tillsammans med förrådsansvariga.

All ordinarie personal uppmanas att genomföra webb-utbildningen "Basala hygienrutiner" och vikarier uppmanas att göra detsamma. Utbildningsbeviset lämnas i samband med utvecklingssamtalet.

Att dispensärer med handsprit finns uppsatta vid entrén till samtliga avdelningar upplevs ha en förebyggande inverkan när det gäller spridning av bakterier vid förflyttning mellan avdelningar och även för besökare.

Tandvård

I samband med inflyttning till verksamheten erbjuds samtliga en kostnadsfri munhälsobedömning och en munhälsostatus skrivs och ett intyg för nödvändig tandvård.

Munhälsobedömning upprepas en gång per år med munhälsostatus som vägleder omvårdnadspersonalen i sin kunskap om vad den boende behöver hjälp med för att säkerställa en fortsatt god munhälsa.

Omvårdnadspersonalen fick utbildning gällande munvård under oktober 2016.

Introduktion nyanställda

En introduktionsrutin finns med checklista som följs av fadder/handledare.

Informationsmaterial lämnas ut till alla som blir nyanställd eller skall finnas i verksamheten som elev/student.

Samtliga sommarvikarier har fått delta i en introduktionsdag innan semesterperiodernas början och efter det utbildningsinsatser av sjuksköterska och sjukgymnast planerat efter individuellt behov vad gäller läkemedel och medicinsktekniska produkter. Var och en av alla nyanställda får två handledda introduktionsdagar.

Digital rutinpärm

I företagets verksamhetsstöd ligger rutiner digitalt under enhetens namn på två nivåer, regional och lokal nivå. Samtliga anställda i verksamheten har tillgång till dator och kan läsa i digitala rutinpärmerna. Uppdateringar och tillägg meddelas personalen genom APT och veckobrev.

Beskrivning vad enheten gjort för att identifiera, analysera och så långt som möjligt reducera risker i vården och för att minska antalet tillbud och negativa händelser.

Registrering i Senior Alert: Samtliga boende som gett sitt samtycke att registreras har lagts in i systemet. Varje omvårdnadsansvarig sjuksköterska ska följa upp resultaten och registrera förändringar i status. En i sjuksköterskegruppen har övergripande ansvar att vara uppdaterad i systemets användbarhet och att handleda övriga kollegor.

- Risk för malnutrition: Viktkurvan följs regelbundet och matbeställningar är individuellt anpassade med skriftlig kommunikation till produktionsköket varje vecka. Vid behov proteinberikas och energiberikas maten och om så krävs ges näringsdryck på ordination efter läkarkontakt.
- Fallrisk: Varje boende följs av REHAB-personal och har en genomgång av status regelbundet samt får utskrivet hjälpmedel efter behov.
- Risk för trycksår: Regelbunden genomgång av status av omvårdnadsansvarig sjuksköterska i kollegial samverkan med omvårdnadspersonalen gör att risker upptäcks på ett tidigt stadium och åtgärdas.

Varje avdelning har s.k. TEAM-möte (omvårdnadspersonal, ssk och rehab) som hålls regelbundet varje månad där en systematisk genomgång efter dagordning hålls runt varje boende. Det skapar en gemensam målbild och omvårdnaden blir strukturerad så som Socialstyrelsen rekommenderar.

En riskinventering görs regelbundet för att eliminera tillbud i de boendes lägenheter som kan innebära tillbud och vård- eller arbetsmiljöskador.

För att stärka personalens dokumentation i det sociala journalsystemet Safe Doc har vi en dokumentationsombud på varje avdelning för att uppdatera kunskaperna i socialtjänstlagen enligt de nya bestämmelser som trädde i kraft 2015.

Dokumentationsombuden och dokumentationsansvarig sjuksköterska har regelbundna möte för att diskutera ev. brister samt förbättringar, samt säkrsälla att det finns "röd tråd" finns mellan social dokumentation och HSL-dokumentation. Dokumentationsombud genomför kontroller och ger stöd till övrig personal kring dokumentation. Genomförandeplan uppdateras minst 2 gånger per år.

Vid muntlig informationsöverföring mellan yrkeskategorier som gäller de boende har en lokal rutin implementerats i december. Den föreskriver användning av Socialstyrelsen rekommenderad modell för att minimera risken för vårdskada som benämns SBAR (situation, background, assessment, recommendation) så att informationen blir tydlig och budskapet klart för mottagaren. Det gör att risken för missförstånd minimeras och vårdskador förhindras.

Beskrivning av hur och när enheten ska fullfölja de åtgärder som vi inte kunnat göra omedelbart.

Verksamheten har en förbättringsrutin som baseras på en handlingsplan/åtgärdsplan kopplat till ansvarig för varje punkt samt uppföljningsdatum.

Vad gäller specifika åtgärder som beslutats runt en individ för att säkerställa en god patientsäkerhet följs detta upp i de avdelningsvisa TEAM-möten som hålls varje månad och har enligt ovanstående beskrivning en ansvarig namngiven.

När så påkallas förs frågor vidare till en övergripande kvalitetsdiskussion inom företagets ledningsgrupp som hålls varje månad eller direkt till VD för beslut.

Beskrivning av resultat

- **Fallskador** – verksamheten har under året arbetat aktivt med att förebygga fallskador genom riskbedömning och skyddsåtgärder insatta innan skador uppstått. Det har inneburit att 6,8 % av de fall som rapporterats varit föremål för kroppsskada och 4 % av allvarigare art som lett till sjukhusvård. Totalt har 117 fall rapporterats under 2016 och journalförts vilket är en betydlig minskning jämfört med 2015 då det rapporterades 198 fall.
- **Läkemedelsavvikelser** – verksamheten har varit mycket uppmärksam i uppföljning av de lkm-avvikelser som sker och rutiner ses över med förbättringsåtgärder. Den vanligaste avvikelser är utebliven signering som är 89 % av totalt 190 rapporterade lkm-avvikelser under året. 9 procent av alla avvikelser är doser som patienterna har tackat nej till.
- **MTP-avvikelser** – under året har en systematisk uppföljning av samtliga MPT-hjälpmiddel genomförts för att öka verksamhetens kvalitet. Inga avvikelser som gäller MPT har rapporterats.
- **Övriga avvikelser** – klagomål och synpunkter har åtgärdats enligt den förbättringsrutin som gäller och en återkoppling har lämnats till berörda så snart besked har kunnat lämnas. Två klagomål är under hantering för tillfället. Under året har samtal initierats både på individnivå som med olika aktörer utanför verksamheten för att när så har varit möjligt kunna se en förbättring.
Ingen avvikelser har lett till Lex Sarah anmälan.
Inga anmälningar till IVO under 2016.
- **Vårdrelaterade infektioner** – inga rapporter finns om uppkomna infektioner under året. Verksamheten ingår i den nationella mätning som genomförs varje år.
- **Skapade utbildningstillfällen** – Under året har personalgruppen uppmanats till webb- utbildning i Basala hygienrutiner, Mat för äldre, Arbetsmiljöverkets olika kurser samt BPSD-utbildning. I verksamheten pågår även ständigt en uppdatering av "Lyftkörkortet". Alla kursbevis läggs till varje personalakt.
All personal har genomgått munvårdsutbildning.
- **Övrigt** – Ur ett patientsäkerhetsperspektiv ingår verksamheten i samverkansmöten med läkarorganisationen Legevisitten och Södertälje kommun regelbundet.



TJÄNSTESKRIVELSE

2017-02-02

Social- och omsorgskontoret

ÄON

SN

OMS

Ärende 14 **Handlingsplan för digitalisering inom socialtjänsten 2017-2018**

Dnr: ÄON16/062, SN 16/062, OMS 16/067

Sammanfattning av ärendet

Den digitala utvecklingen ger nya förutsättningar för ett ekonomiskt- och socialt hållbart samhälle och ger kommunen nya förutsättningar till verksamhetsutveckling. Inom socialtjänsten finns stora möjligheter att öka rättssäkerheten, effektivisera processer och förbättra individens självständighet och trygghet med stöd av digitala lösningar. Digitalisering inom socialtjänsten har varit föremål för flera tidigare överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL). Inom ramen för dessa har Kommunförbundet Stockholms län (KSL) haft en viktig roll som samordnare och stöd för länets kommuner i digitaliseringsarbetet. I KSL:s uppdrag ligger även fortsättningsvis att stödja kommunerna i digitaliseringsarbetet, om än utifrån förändrade förutsättningar när de särskilda satsningarna upphört. SKL har också en fortsatt viktig roll i att ge stöd och vägledning till kommunerna.

Föreliggande handlingsplan, som tagits fram av Social- och omsorgskontoret, är en del av Södertäljes kommuns sammanhållna satsning mot verksamhetsutveckling genom digitalisering. Handlingsplanen sammanfattar pågående och planerade aktiviteter för verksamheter inom socialtjänsten 2017-2018. Några viktiga utgångspunkter inför det fortsatta digitaliseringsarbetet är:

1. Aktiv omvärldsbevakning och följsamhet i prioriteringar och planer
2. Tydlig ledning och uppföljning av digitaliseringsarbetet
3. Nödvändig infrastruktur
4. Fokus på nytta och inkludering
5. Ökad kompetens inom förändringsledning med stöd av digitalisering

Ansvariga politiska nämnder inom Södertälje kommun har tidigare antagit egna handlingsplaner för e-hälsa. Föreliggande plan är omarbetad utifrån den kommungemensamma handlingsplanen för digitalisering och ersätter tidigare planer. Handlingsplanen föreslås revideras årligen.

Beslutsunderlag

Handlingsplan för digitalisering inom socialtjänsten 2017-2018

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-02

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Finansieringen av planerade digitaliseringsaktiviteter sker i huvudsak inom nämndens budgetram. I ett fall finansieras aktiviteten av centrala anslagna medel och i ett fall finansieras aktiviteten av SKL.

Kontorets förslag till nämnden:

1. Nämnden godkänner kontorets förslag till handlingsplan för digitalisering inom socialtjänsten 2017-2018



Lenita Granlund
Socialdirektör



Lisa Mattsson
Strateg

Handläggare: Lisa Mattsson
Strateg
Stab
Telefon (direkt): 08-5230 3422
E-post: lisa.mattsson@sodertalje.se

Beslutet skickas till
Kommunstyrelsen
Kommunala Pensionärsrådet
Kommunala handikappsrådet
Akten



Handlingsplan för digitalisering inom socialtjänsten 2017-2018

Social- och omsorgskontoret

2017-02-03

Innehållsförteckning

1 Inledning och bakgrund	3
1.1 Dokumentinformation	3
1.2 Kommunfullmäktiges långsiktiga inriktning	3
1.3 Digitalisering inom socialtjänstens verksamheter – strategier och överenskommelser....	3
1.4 Ny nationell vision för e-hälsa och kommande nationella strategier inom digitalisering	4
1.5 Tidigare lokala handlingsplaner och arbetsformer.....	5
2 Självvärdering av digitalisering med stöd av verktyget LIKA socialtjänsten	7
2.1 Resultat av värderingar gjorda av Social- och omsorgskontorets verksamheter	7
2.2 Resultat av förvaltningsövergripande värdering för Social- och omsorgskontoret	8
3 Utgångspunkter och mål i det fortsatta arbetet	10
3.1 Mål	11
4 Sammanställning av aktiviteter 2017-2018	12
4.1 Uppföljning	14
5 Fortsatt digitaliseringsarbete	14

1 Inledning och bakgrund

1.1 Dokumentinformation

Denna handlingsplan som omfattar 2017-2018 är framtagen av Social- och omsorgskontoret och är en bilaga till det kommungemensamma dokumentet: *Strategi för verksamhetsutveckling genom digitalisering*. Dokumentet är en del av Södertäljes kommuns sammanhållna satsning mot verksamhetsutveckling genom digitalisering.

1.2 Kommunfullmäktiges långsiktiga inriktning

I Mål och Budget 2017-2019 fastslås följande i kapitlet Hållbara Södertälje:

Den digitala utvecklingen ger nya förutsättningar för ett ekonomiskt- och socialt hållbart samhälle och ger kommunen nya förutsättningar till verksamhetsutveckling. Att Södertälje kommun på bästa sätt använder digitaliseringens möjligheter till nya arbetssätt och effektivare processer är helt nödvändigt för att i framtiden klara av att leverera den välfärd som behövs givet de demografiska förändringar samhället står inför.

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 digitaliseringsgrad ska därför vara utgångspunkten vid beslut om verksamhetsförbättrande åtgärder. En handlingsplan för digitalisering och användning av välfärdsteknologi ska tas fram för att säkerställa inriktningen.

I allt fler sammanhang byggs smart teknik in i både ny och befintlig teknik så som fastigheter, transportsystem och stadsmiljön i stort. För att göra den ”smarta stad” som digitaliseringen ger möjlighet till behöver detta tas tillvara i både den allmänna planeringen av stadens utveckling och i all kommunal verksamhets utvecklingsarbete. Framtidens smarta stad drar nytta av modern teknik för att arbeta smartare och effektivare på alla plan och för att möta medborgarnas behov med god service, gott bemötande och hög kvalitet.

1.3 Digitalisering inom socialtjänstens verksamheter – strategier och överenskommelser

Regeringen tog 2006 beslut om en nationell IT-strategi för vård och omsorg. Strategin reviderades senare till en nationell strategi för e-hälsa. Som ett led i arbetet att förbättra och säkra kvaliteten i socialtjänsten har regeringen och SKL gjort årliga överenskommelser, med början 2010, om ”Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten”. Syftet med dessa överenskommelser har varit att skapa nytta för invånare, personal och beslutsfattare genom att utveckla insatser, verktyg och processer inom hela socialtjänsten med stöd av ny teknik. Kopplat till varje överenskommelse har regeringen via SKL betalat ut stimulansmedel för definierade användningsområden och mål. En betydande del av överenskommelserna har berört kommunernas arbete med e-hälsa, kopplat till att uppnå målen i den Digitala agendan (Näringsdepartementet presenterade den 6 oktober 2011 ”It i människans tjänst - en digital agenda för Sverige”). Agendan är en sammanhållen strategi som syftar till att

statens befintliga resurser ska utnyttjas bättre. Sveriges kommuner och landsting (SKL) stöttar i digitaliseringsarbetet på olika sätt.

1.4 Ny nationell vision för e-hälsa och kommande nationella strategier inom digitalisering

2016 tog regeringen tillsammans med SKL beslut om en ny vision om e-hälsa som tar sikte på 2025 - *Vision e-hälsa 2025*. Den nya visionen ersätter den nationella IT-strategin från 2010. I visionen tydliggörs bland annat de olika begreppen digitalisering, välfärdsteknik och e-hälsa. I visionen konstateras att för socialtjänsten innebär digitaliseringen nya möjligheter till självständighet, delaktighet och inflytande. Därutöver framhålls också att digitaliseringen är ett verktyg för verksamhetsutveckling, som kan bidra till förbättrade informationsflöden och effektivisering.

2012 tillsattes en digitaliseringskommission som skulle verka för att uppnå det it-politiska målet i den digitala agendan, d v s att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter. Kommissionen lämnade sitt slutbetänkande i december 2016, med följande rekommendationer till regeringen:

1. Organisation för digitalisering – inrätta skyndsamt en ny myndighet med ansvar för att främja digitaliseringen.
2. Strategi för digitalisering – anta en strategi som ger riktning och kraft åt arbetet.
3. Ledarskap för digitalisering – stärk ledarskapet så att digitaliseringens möjligheter används.
4. Kompetens för digitalisering – prioritera att bygga kompetens för att säkerställa välfärd och tillväxt i det digitala samhället.

1.5 Tidigare lokala handlingsplaner och arbetsformer

Inom ramen för tidigare statliga överenskommelser har kommunförbundet Stockholms län (KSL) haft en viktig roll som samordnare och stöd för länets kommuner i digitaliseringsarbetet. Arbetet med att stötta kommunerna fortsätter, om än utifrån förändrade förutsättningar. Ansvariga politiska nämnder inom Södertälje kommun har tidigare antagit egna handlingsplaner för e-hälsa, med årlig revidering. Föreliggande plan är omarbetad utifrån en kommungemensam handlingsplan för digitalisering. Nedan följer en sammanställning av hittills genomförda aktiviteter i digitaliseringsarbetet:

Aktivitet	Beskrivning
Digitalt stöd för ledningssystem (Ensolution)	System för att beskriva processer och samla rutiner och mallar för gemensam åtkomst. Säkerställer ledning och enhetlighet i kvalitetsarbetet.
Dokumenthanteringssystem (Alfresco)	System för att hantera dokument
Tvåfaktorsinloggning (Fas 1, SITHS-kort)	Säker roll- och behörighetsidentifikation
Senior Alert	Ett kvalitetsregister på webb med syftet att registrera riskbedömningar och åtgärder och förbättra det förebyggande arbetet. Används inom SÄBO.
Svenska palliativ registret	Ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit
BPSD registret	BPSD-registret stöds av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom
Webcare	WebCare är en e-tjänst som används av sjukhus, primärvård och kommunernas socialtjänst i Stockholms län för att samordna vårdplaneringen för en patient.
Pascal	Pascal är en applikation för vårdpersonal att förskriva och beställa läkemedel och handelsvaror för patienter som får sina mediciner fördelade i påsar (dospatienter).
NPÖ (konsumtion av information)	Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra

	landsting, kommuner eller privata vårdgivare.
SSBTEK – Informationstjänst ekonomiskt bistånd	En elektronisk tjänst som stödjer och förenklar handläggningen av ärenden inom ekonomiskt bistånd.
Digital självvärdering LIKA	Digitalt självvärderingsverktyg för att mäta digitaliseringen inom socialtjänsten
Journal digital	Analysverktyg inom verksamheten Barn och ungdom
ASI.net	Handläggningsverktyg inom missbruksvården
E-tjänst: Ansökan till bemanningsservice	Digital tjänst för personal
E-tjänst: Intresseanmälan kontaktperson/familj Socialpsykiatri	Digital tjänst för att bli kontaktperson eller kontaktfamilj
E-tjänst SKL: Intresseanmälan familjehem/jourhem	Digital tjänst för att bli familjehem eller jourhem
E-tjänst: Intresseanmälan kontaktperson (allm. psyk)	Digital tjänst för att bli kontaktperson
E-tjänst: Intresseanmälan kontaktfamilj LSS	Digital tjänst för att bli kontaktfamilj

2 Självvärdering av digitalisering med stöd av verktyget LIKA socialtjänsten

Som en grund för fortsatt digitaliseringsarbete har kontoret genomfört självvärdering i SKL:s verktyg LIKA socialtjänsten, som täcker samtliga områden (förvaltningsövergripande, äldreomsorg, personer med funktionsnedsättning och individ- och familjeomsorg). LIKA består av ett antal indikatorer som på olika sätt speglar graden av digitalisering inom socialtjänsten, utifrån fyra grundpelare: **Ledning**, **infrastruktur**, **kompetens** och **användning**. Indikatorerna inom området ledning belyser olika insatser för att skapa en god grund att leda verksamheten framåt när det gäller digitalisering. Infrastruktur berör både fungerande hårdvara och mjukvara och säkerhetsfrågor. Området kompetens handlar om såväl grundläggande kunskaper som förutsättningar för kompetensutveckling. Det finns nästan oändliga användningsområden när det gäller digitala verktyg. Indikatorerna inom användning visar vad man bör arbeta med, men inte hur. Socialtjänsten behöver arbeta med samtliga dessa områden för att lyckas med sitt digitaliseringsarbete.

2.1 Resultat av värderingar gjorda av Social- och omsorgskontorets verksamheter

Verksamhetsvärderingar

Område	Ej planerad	Planerad	Påbörjad	Nästan där	Uppnådd
Ledning	5	1	6	0	0
Infrastruktur	4	4	4	4	20
Kompetens	17	6	12	8	5
Användning	93	9	8	3	8

Värderingen som är gjord på verksamhetsnivå (Äldreomsorg, Funktionsnedsättning och Individ- och familjeomsorg) visar främst på en låg uppfyllelsegrad inom området användning och en stor spridning mellan ej planerade och uppnådda indikatorer inom området kompetens. Flest uppnådda indikatorer finns inom området infrastruktur. Området ledning saknar uppnådda indikatorer. För indikatorerna inom området användning är det också en viss spridning, men det huvudsakliga resultatet visar att användning är ett utvecklingsområde. Respektive resultatområdeschef ansvarar för att genomföra lämpliga aktiviteter inom sitt verksamhetsområde för att öka graden av digitalisering, utifrån den verksamhetsspecifika värderingen.

2.2 Resultat av förvaltningsövergripande värdering för Social- och omsorgskontoret

Övergripande värdering

Område	Ej planerad	Planerad	Påbörjad	Nästan där	Uppnådd
Ledning	2	6	7	1	4
Infrastruktur	0	0	2	0	5
Kompetens	2	4	0	0	0
Användning	1	1	4	1	1

Den förvaltningsövergripande värderingen visar också på hög grad av uppfyllelse inom området infrastruktur och lägre grad inom övriga områden. Inom området kompetens finns inga påbörjade eller uppnådda aktiviteter. Nedanstående sammanställning utgörs av indikatorer från den förvaltningsövergripande värderingen där arbete pågår. En lägesbeskrivning för detta arbete anges samt eventuell koppling till pågående aktivitet:

Indikatorer Ledning	Status/Planering	Koppling till pågående aktivitet i handlingsplanen
Det finns politiskt antagna mål för digitalisering som innefattar beskrivning av långsiktig nytta.	Mål för digitalisering antas i nämndernas VP för 2017	Verksamhetsplan 2017
Förvaltningsledningen anger i övergripande styrdokument hur man vill ta tillvara digitaliseringens möjligheter.	Handlingsplan för digitalisering	Handlingsplan för digitalisering
Förvaltningen tillämpar en modell för förvaltning av IT-system och tjänster.	Frågan om modell kommer att aktualiseras i samband med framtagande av förvaltningsplanen	Förvaltningsplan för Procapita
Förvaltningen gör externa utförare/partner delaktiga i digitaliseringen.	För 2017 är detta arbete fokuserat till digitalisering inom området hemtjänst	Digitalisering av hemtjänsten (Mobilt schema/planering). Digitalisering av hemtjänsten (Mobil insatsrapportering)
Förvaltningsledningen agerar som förebilder och använder själv digitala verktyg som ett naturligt redskap i sitt arbete, nätverkar och fortbildar sig kontinuerligt, exempelvis via	Varje chef ansvarar för att fortbilda sig inom ramen för sin budget och verksamhet	

seminarier, studiebesök, kurser inom IT och eHälsa.		
Förvaltningen arbetar med verksamhetsutveckling med stöd av IT i samverkan med annan extern part - regionalt eller nationellt. Exempelvis distansmöte, samordnad vårdplanering, mobila team, Nationell patientöversikt.	NPÖ som konsument infört Möjlighet till distansmöte för vårdplanering genomfört men används i liten utsträckning	Digital SIP Videoteknik vårdplanering
Förvaltningen har en strategi för informationssäkerhet.	En strategi för kontoret ska tas fram i samband med en förvaltningsplan för Procapita samt i samband med åtgärder enligt Risk & Sårbarhetsanalys av Procapita	Förvaltningsplan för Procapita
Indikatorer Infrastruktur	Status/Planering	Koppling till pågående aktivitet i handlingsplanen
Det finns en övergripande strategi för fast och/eller mobil tillgång till internet för förvaltningens verksamheter.	Kommunövergripande planering	Utbyggnad av trådlösa nät på boendena
Förvaltningen har beställarkompetens och ett samarbete med leverantörer kring vad verksamheten behöver.	Påbörjat inom ramen för tidigare projekt.	Planerade upphandlingar Förstudie välfärdsteknik
Indikatorer Användning	Status/Planering	Koppling till pågående aktivitet i handlingsplanen
Förvaltningen använder sociala medier (ex på aktivitet: twitter, facebook. bloggar) för interaktion och utbyte i sitt arbete.	Används i viss utsträckning inom ramen för rekryteringsarbetet	
Förvaltningen arbetar aktivt med att skapa e-tjänster för medborgarna.	Vissa e-tjänster i drift. För 2017 är tillståndsenhetens e-tjänster prioriterade	E-tjänster för tillståndsenheten i Artwise
Politiker använder sig av digitala hjälpmedel i sitt arbete.	Arbetet är påbörjat i och med projektet digital signering.	Digital signering
Förvaltningen använder en intern digital funktion för säker kommunikation mellan enheter.	Arbetet är påbörjat i och med projektet digital signering.	Digital signering

3 Utgångspunkter och mål i det fortsatta arbetet

Digitaliseringen är på många sätt redan väl förankrad i samhället. Inom socialtjänsten finns dock ytterligare stora möjligheter att öka rättssäkerheten, effektivisera processer och förbättra individens självständighet och trygghet med stöd av digitala lösningar. Viktiga frågeställningar inom ramen för detta berör juridik, affärsmodeller, tekniska standarder, beställarkompetens och kompetens inom förändringsledning. Mot bakgrund av ovanstående kan ett antal centrala utgångspunkter för det fortsatta digitaliseringsarbetet inom socialtjänsten formuleras:

Aktiv omvärldsbevakning och följsamhet i prioriteringar och planer

Olika aktörer i samhället är involverade på olika nivåer i digitaliseringsarbetet. Utvecklingen går fort och det är viktigt att kunna ställa om prioriteringar efter en föränderlig värld. En aktiv omvärldsbevakning och arbetsmetoder som är följsamma mot snabba förändringar är därför en viktig nyckelfaktor.

Tydlig ledning och uppföljning av digitaliseringsarbetet

En central aspekt för att nå långsiktig framgång är att tydliga strukturer finns; planer, mål och resurstilldelning i form av personal och budget. Visioner och planer för digitalisering är viktiga styrmedel för ledningen men också en del av systematiska kvalitetsarbetet. Det handlar också om att skapa en organisation med tydliga roller och processer. Inte minst är samverkan såväl internt som externt en viktig nyckelfaktor.

Nödvändig infrastruktur

Tillgången till infrastruktur är en avgörande faktor för takten i digitaliseringen. För att öka användningen av digitala verktyg krävs hårdvara och mjukvara men även säkerhetsfrågor behöver beaktas. Inte minst tillgång till fast och mobil uppkoppling är centrala aspekter för att kunna öka användningen av digitala tjänster.

Fokus på nytta och inkludering

För att en digital lösning ska användas behöver den fylla ett tydligt behov hos den som använder den. Införande av nya digitala lösningar bör beskrivas i form av nytta och potentiell kostnadsreducering. Det är också viktigt att hantera risken för att enskilda eller grupper inte kan ta del av de nya möjligheter som digitaliseringen medför. Det kan handla exempelvis om språkbarriärer och olika typer av funktionsnedsättningar. Risk för exkludering i form av digitalt utanförskap måste beaktas vid utformningen av digitala tjänster.

Ökad kompetens inom förändringsledning med stöd av digitalisering

Viktiga förutsättningar för ett fortsatt digitaliseringsarbete är god kompetens hos medarbetare, chefer och politiker. Intresse för digitaliseringens möjligheter och acceptans för dess nödvändighet, är viktiga nycklar för att driva arbetet framåt. Chefer behöver ha kunskap kring förändringsledning med stöd av digitalisering och medarbetare behöver kunskap för att kunna delta i förändringsarbetet och kunna använda nya digitala verktyg.

3.1 Mål

Mål för 2017 för respektive nämnd anges i verksamhetsplanerna. Varje verksamhetsområde anger sina mål i respektive områdesplan.

4 Sammanställning av aktiviteter 2017-2018

För att lyckas med digitaliseringsarbetet behöver det struktureras och projekt och insatser prioriteras så att resurser kan fokusera på i förväg planerade uppdrag. Som grund för handlingsplanen har en inventering av pågående och planerade aktiviteter inom digitaliseringsområdet gjorts. Därutöver har en ytterligare aktivitet lagts till (kompetensutvecklingsinsatser), som identifierats utifrån resultat av värderingar gjorda i självvärderingsverktyget LIKA socialtjänsten.

Fokus för arbetet 2017-2018 är att slutföra påbörjade aktiviteter. Aktiviteter som har identifierats som viktiga men som i dagsläget saknar planering har benämnts som *Ej tidsatta aktiviteter* (finns i dokumentet *Digitalisering inom socialtjänsten-beskrivning av aktiviteter*). Nedan följer en sammanställning av aktiviteter 2017-2018:

Aktivitet	Nämnd	Beskrivning	Finansiering/ Budget
Digitalisering av hemtjänsten (Mobilt schema/planering)	ÄON	Införande av digitala verktyg för schema och planering inom hemtjänsten	Inom budgetram
Digitalisering av hemtjänsten (Mobil insatsrapportering)	ÄON	Införande av digitala verktyg för insats- och tidsregistrering inom hemtjänsten	Inom budgetram
Tvåfaktorsinloggning till verksamhetssystem	ÄON/SN/ OMS	Fortsatt utbyggnad av säker roll- och behörighetsidentifikation	Inom budgetram
Digitala trygghetslarm – upphandling SÄBO	ÄON	Direktupphandling av 9 lgh Wijbacken, öppen upphandling för övriga SÄBO (550 lgh)	Inom budgetram
Digitala trygghetslarm – införande SÄBO	ÄON	Införande på Wijbacken Resterande boenden utifrån prioritering	Inom budgetram
Utbyggnad av trådlösa nät på boendena	ÄON/OMS/ SN	Särskilt boende är prioriterat	Finansieras av KSK
Digital SIP (vuxen)	SN	Pilot som bedrivs av SKL. Ska etablera ett gemensamt IT-stöd för landsting och kommuner.	Finansieras av SKL under projekttid
Social dokumentation SÄBO och VFF	ÄON/ OMS	Digitalt upprättad SoL-dokumentation i utförarverksamheter	Inom budgetram
Digitalt stöd för genomförandeplan/insatsregistrering	ÄON	Projekt som har drivits på Ljungbacken. Ska utvärderas.	Inom budgetram

Förvaltningsplan för Procapita	ÄON/SN/ OMS	Plan för hur Procapita ska förvaltas avseende styrning, roller och systemutveckling	Inom budgetram
Åtgärder enligt Risk & Sårbarhetsanalys av Procapita	ÄON/SN/ OMS	Åtgärder som identifierats ska genomföras	Inom budgetram
E-tjänster för tillståndsenheten i Artvise	SN	Införande av e-tjänster riktade till aktörer i näringslivet	Inom budgetram
Digital signering	SN	Generell lösning som i första hand ska användas av Socialjouren	Inom budgetram
Kompetensutvecklingsinsatser	ÄON/SN/ OMS	Framtagande av analys av behov och plan	Inom budgetram
Förstudie välfärdsteknik	ÄON	Utredning av förutsättningar och möjligheter avseende införande av välfärdsteknik i äldreomsorgen.	Inom budgetram
Videoteknik Vårdplanering	ÄON/SN/ OMS	Videoteknik för möten med externa parter är infört inom vårdplanering men ny teknisk lösning ska införas. Utreda förutsättningar att införa inom fler verksamheter	Inom budgetram
Mobil åtkomst till Procapita för legitimerad personal	ÄON	Sjuksköterskor har testat mobil lösning som ska utvärderas.	Inom budgetram
E-tjänst: Ansökan om ekonomiskt bistånd	SN	Digital tjänst för medborgare	Inom budgetram
E-tjänst: Ansökan om insatser inom LSS	OMS	Digital tjänst för medborgare	Inom budgetram
E-tjänst: Ansökan om insatser inom SoL	ÄON/OMS	Digital tjänst för medborgare	Inom budgetram
NPÖ steg 2 (producera information)	ÄON	Produktion av hälso- och sjukvårdsinformation från SÄBO till Nationell patientöversikt	Inom budgetram

4.1 Uppföljning

Utvecklingen vidare rapporteras till Kommunledningsgruppen som gemensamt följer upp status i det kommungemensamma dokumentet. Uppföljning av aktiviteter ska också göras i respektive nämnds årsbokslut. Handlingsplanen ska revideras årligen.

5 Fortsatt digitaliseringsarbete

Framtida beslut kring nya projekt bör tas med utgångspunkt från tillgängliga resurser, krav från omvärlden och lokala politiska beslut och målsättningar. Beslut angående nya projekt ska tas av Social- och omsorgskontorets ledningsgrupp.



YTTRANDE

2017-02-21

Kommunala pensionärsrådet

Äldreomsorgsnämnden

Socialnämnden

Omsorgsnämnden

Yttrande angående Handlingsplan för digitalisering inom socialtjänsten 2017-2018

Dnr: ÄON16/062, SN 16/062, OMS 16/067

Kommunala pensionärsrådet har tagit del av förslaget till handlingsplan för digitalisering inom hemtjänsten. Rådet välkomnar detta som en nödvändig och självklar vidareutveckling av tidigare påbörjat arbete och en del av Södertälje kommuns sammanhållna satsning på digitalisering.

Kommunala pensionärsrådet upplever att planen täcker viktiga verksamhetsområden inom socialtjänsten. Den är välstrukturerad och tydlig, även om den kan kännas något abstrakt för en lekman. Det är svårt att till exempel se hur de olika aktiviteterna kommer att påverka vårdtagarna/brukarna i praktiken.

På sid 12 anges som aktivitet Digitalisering av hemtjänsten (Mobilt schema/planering) samt (Mobil insatsrapportering).

Rådet förutsätter att dessa åtgärder kommer att innebära en förbättring av hemtjänstpersonalens arbetssituation, inbegripet rimliga schabloner för utförande av olika uppgifter samt tid för förflyttning mellan vårdtagarna.

På sid 4 hänvisas det till regeringens och SKL:s nya nationella vision för E-hälsa där man konstaterar att ”för socialtjänsten innebär digitaliseringen nya möjligheter till **självständighet, delaktighet och inflytande**.”

Rådet antar att man inkluderar såväl personal som vårdtagare/brukare i detta sammanhang och anser att de tre begreppen borde vara vägledande i planen.

Social- och omsorgskontoret har tillsvidare skjutit arbetet med IBIC, individens behov i centrum, tidigare ÄBIC, Äldres behov i centrum, på framtiden men här finns tydliga kopplingar till föreliggande planförslag och kommunala pensionärsrådet anser att det är viktigt att arbetet snarast återupptas.

Avsnitt 3, *Utgångspunkter och mål i det fortsatta arbetet* poängterar digitaliseringens möjligheter att öka vidden av självständighet och trygghet. I slutet av avsnittet antyds dock risker för exkludering av utsatta grupper, där språkbarriärer och funktionsnedsättningar kan utgöra hinder att ta del av de nya möjligheterna.

Kommunala pensionärsrådet menar att de riskerna gäller många av de äldre och önskar att det framgår i planen hur man kan minimera riskerna för exkludering och undanröja osäkerhet inför det som kan kännas nytt och främmande.

De två illustrationerna på sid 7 och 8 blir inte helt tydliga då det inte framkommer vad de olika siffrorna i tabellerna står för.

Avslutningsvis vill pensionärsrådet poängtera att det är bra att handlingsplanen ska revideras årligen, då utvecklingen inom detta område går snabbt, och förutsätter att rådet får ta del av de kommande revideringarna.



Ulla Rygin (S)

Ordförande kommunala pensionärsrådet

Handläggare: Elin Malmqvist
Samordnare kommunala pensionärsrådet
Kommunstyrelsens kontor
Telefon (direkt): 08-523 049 79
E-post: elin.malmqvist@sodertalje.se



TJÄNSTESKRIVELSE

2017-02-15

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

Ärende 15 **Årsbokslut 2016**

Dnr: 16/016

Sammanfattning av ärendet

Äldreomsorgsnämnden visar ett positivt resultat för 2016 på 14,3 mnkr. Den positiva avvikelsen beror främst på att det finns budget avsatt för hemtjänstprojektet och digitala funktioner inom hemtjänsten, som inte förbrukats.

Förvaltning föreslår att äldreomsorgsnämnden godkänner årsbokslutet för 2016 och överlämnar den till kommunstyrelsen.

Beslutsunderlag

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad 2017-02-16

Årsbokslut 2016 med bilagor.

Ärendet

Resultatet uppgår till en positiv budgetavvikelse på 14,3 mnkr. Detta beror främst på att det finns budget för morgondagens hemtjänst och införandet av digitala funktioner med totalt 10,8 mnkr, som inte förbrukats. Vidare finns ett positivt resultat för köp av timmar inom hemtjänst i extern regi samt köp av placeringar på korttidsvård och vård- och omsorgsboende i extern regi. Hälso- och sjukvården redovisar ett negativt resultat på grund av ökade kostnader för inhyrd personal via bemanningsföretag. Resultatet påverkas också negativt på grund av en kostnad för en upphandlingsskadeavgift på 2,0 mnkr från Konkurrensverket avseende upphandlingen av driften för Oxbackshemmet.

Nettokostnaderna uppgår till 572,4 mnkr, vilket är på samma nivå som föregående år (- 0,3 %). Personalkostnaderna har ökat med tre procent, vilket främst beror på att Cederströmska gården stängdes ned under hösten 2015 och verksamheten togs över till Solgläntan i egen regi, samt att alla platser på Mariekällgården nu är i drift. Kostnaderna för köp av verksamhet har minskat med tre procent, vilket främst beror på färre hemtjänsttimmar, färre köp av vårddyggn på korttidsboenden och färre köp av boendepaceringar. Intäkterna har ökat med nio procent. Ökningen beror på att nämnden fått medel från Socialstyrelsen i syfte att skapa ökad trygghet och kvalitet för den enskilda, samt intäkter från omsorgsnämnden för hälso- och sjukvård åt omsorgsnämndens verksamhet. En förklaring är också högre intäkter efter förändringen av avgiftssystemet 2015.

Den sammanfattande bedömningen enligt GEH (God Ekonomisk Hushållning) av kommunfullmäktiges mål bedöms *ok*. Ett av kommunfullmäktiges mål får bedömningen *bra*, *Fler brukare får ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov*

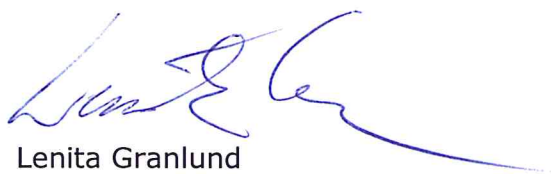
och ett av kommunfullmäktigesmål får bedömningen *ok*, *Brukarinflytandet ska öka*. Målet att *Kompetensen för medarbetaren ska öka för att kunna se brukaren i ett helhetsperspektiv* får bedömningen **har brister**. Anledningen till bedömningen **har brister** är att målet inte uppnås avseende andel personal som har adekvat utbildning inom hemtjänsten och inom vård- och omsorgsboende på grund av att det i dagsläget saknas statistik kring mätetalet. Målet om minskad sjukfrånvaro får bedömningen **har brister**. Sjukfrånvaron ligger för en tolv månadersperiod på 9,6 procent, vilket är högre än nämndens målnivå på 8,0 procent.

Ekonomiska konsekvenser

Äldreomsorgsnämnden redovisar ett positivt resultat för 2016 på 14,3 mnkr. Överskottet beror främst på att medel för morgondagens hemtjänst samt medel för digitalisering av hemtjänsten inte har gått åt.

Kontorets/förvaltningens förslag till nämnden:

godkänner årsbokslutet 2016 samt överlämnar rapporten till kommunstyrelsen.



Lenita Granlund
Socialdirektör



Maria Johansson
Verksamhetscontroller

Handläggare: Maria Johansson
Verksamhetscontroller
Social- och omsorgskontoret
Telefon (direkt): 08-523 037 29
E-post: maria.d.johansson@sodertalje.se

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen
Akten
Kommunstyrelsens Kontor ekonomi
Kommunfullmäktige

Årsbokslut 2016
Äldreomsorgsnämnden
Dnr Äon 16/016

Sammanfattning	3
1. Ekonomi	4
1.1 Resultat för nämnden 2016	4
1.2 Verksamhetsutfall 2016	6
1.2.1 Hemtjänsten	6
1.2.2 Korttidsvård och servicehus	7
1.2.3 Vård- och omsorgsboende	7
1.3 Nettokostnadsutveckling	7
1.3.1 Hemtjänst	8
1.3.2 Korttidsvård.....	9
1.3.3 Verksamhet i extern regi	10
1.2.4 Vård-och omsorgsboende	10
1.3 Särskilda uppföljningar	11
1.4 Investeringar	12
2. KF-mål och inriktning	13
2.1 KF-mål 1 Brukarinflytande ska öka	13
2.1.1 Nämndens mål.....	14
2.2 KF-mål 2 Fler brukare får ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov	17
2.2.1 Nämndens mål.....	18
2.3 KF-mål 3 Kompetensen för medarbetaren ska öka för att kunna se brukaren i ett helhetsperspektiv	20
2.3.1 Nämndens mål.....	20
2.4 Övriga nämndmål/inriktningar	22
3. Personal – Södertälje kommun som arbetsgivare.....	24
KF-mål 4: Den hållbara arbetshälsan ska öka och leda till att fler medarbetare är friska och i arbete.	24
4. Sammanfattande GEH-bedömning för nämnden	25
5. Framtida utveckling.....	26
5.1 Nytt vård- och omsorgsboende	26
5.2 Betalningsansvarslagen.....	26
5.3 Lägre antal hemtjänsttimmar	26
5.4 Stimulansbidrag för ökad bemanning	26
5.5 Bemanning på äldreboenden	27
5.6 Nationell kvalitetsplan för äldreomsorg	27
5.7 Digitalisering	27
6. Internkontroll.....	28
6.1 Kvalitet	28
6.2 Åtkomstkontroll av journal inom kommunal Hälso- och sjukvård	29

Sammanfattning

Resultatet uppgår till en positiv budgetavvikelse på 14,3 mnkr. Detta beror främst på att det finns budget för morgondagens hemtjänst och införandet av digitala funktioner med totalt 10,8 mnkr, som inte förbrukats. Vidare finns ett positivt resultat för köp av timmar inom hemtjänst i extern regi samt köp av placeringar på korttidsvård och vård- och omsorgsboende i extern regi. Hälso- och sjukvården redovisar ett negativt resultat på grund av ökade kostnader för inhyrd personal via bemanningsföretag. Resultatet påverkas också negativt på grund av en kostnad för en upphandlingsskadeavgift på 2,0 mnkr från Konkurrensverket avseende upphandlingen av driften för Oxbackshemmet.

Nettokostnaderna uppgår till 572,4 mnkr, vilket är på samma nivå som föregående år (- 0,3 %). Personalkostnaderna har ökat med tre procent, vilket främst beror på att Cederströmska gården stängdes ned under hösten 2015 och verksamheten togs över till Solgläntan i egen regi, samt att alla platser på Mariekällgården nu är i drift. Kostnaderna för köp av verksamhet har minskat med tre procent, vilket främst beror på färre hemtjänsttimmar, färre köp av vård dygn på korttidsboenden och färre köp av boendepaceringar. Intäkterna har ökat med nio procent. Ökningen beror på att nämnden fått medel från Socialstyrelsen i syfte att skapa ökad trygghet och kvalitet för den enskilda, samt intäkter från omsorgsnämnden för hälso- och sjukvård åt omsorgsnämndens verksamhet. En förklaring är också högre intäkter efter förändringen av avgiftssystemet 2015.

Den sammanfattande bedömningen enligt GEH (God Ekonomisk Hushållning) av kommunfullmäktiges mål bedöms *ok*. Ett av kommunfullmäktiges mål får bedömningen *bra*, *Fler brukare får ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov* och ett av kommunfullmäktiges mål får bedömningen *ok*, *Brukarinflytandet ska öka*. Målet att *Kompetensen för medarbetaren ska öka för att kunna se brukaren i ett helhetsperspektiv* får bedömningen *har brister*. Anledningen till bedömningen *har brister* är att målet inte uppnås avseende andel personal som har adekvat utbildning inom hemtjänsten och inom vård- och omsorgsboende på grund av att det i dagsläget saknas statistik kring mätetalet. Målet om minskad sjukfrånvaro får bedömningen *har brister*. Sjukfrånvaron ligger för en tolv månadersperiod på 9,6 procent, vilket är högre än nämndens målnivå på 8,0 procent.

1. Ekonomi

1.1 Resultat för nämnden 2016

RESULTATRÄKNING (tkr)	Budget 2016	Utfall 2016	Budget- avvikelse	Utfall 2015	Nettokostn- avvikelse
INTÄKTER					
Avgifter och taxor	41 894	45 742	3 848	43 934	1 808
Hyror och arrenden	29 424	30 081	657	29 008	1 073
Driftbidrag	21 722	34 965	13 243	28 220	6 745
Övriga intäkter	53 545	56 571	3 026	52 014	4 557
SUMMA INTÄKTER	146 585	167 359	20 774	153 176	14 183
KOSTNADER					
Personal	375 384	391 124	-15 740	378 079	13 045
Lokaler och anläggningar	88 039	88 711	-672	89 715	-1 004
Material och tjänster	54 900	48 108	6 792	42 513	5 595
Köp av prim verksamhet	206 606	200 501	6 105	206 462	-5 961
Bidrag och transfereringar	5 508	8 199	-2 691	6 581	1 618
Övriga kostnader	0	-1	1	143	-144
SUMMA KOSTNADER	730 437	736 642	-6 205	723 493	13 149
Avskrivningar	2 845	3 097	-252	3 585	-488
VERKSAMHETENS					
NETTOKOSTNAD	586 697	572 380	14 317	573 902	
Räntenetto	0	8	-8	372	-364
Resultat före kommunbidrag	586 697	572 388	14 309	574 274	-1 886
Kommunbidrag	586 697	586 697	0	563 181	
RESULTAT	0	14 309	14 309	-11 093	

Det positiva resultatet för 2016 beror främst på, att det finns budget för morgondagens hemtjänst och införandet av digitala funktioner med totalt 10,8 mnkr, som inte förbrukats, då tidplanen för införandet har förskjutits mer än ett år. Upphandlingen överklagades och införandet beräknas vara klart 1 juni 2017.

Resultatet påverkas negativt på grund av en kostnad för en upphandlingsskadeavgift på 2,0 mnkr från Konkurrensverket avseende upphandlingen av driften för Oxbackshemmet.

Intäkterna är högre än budgeterat, vilket beror på högre intäkter än budgeterat från Socialstyrelsen avseende ökad bemanning med totalt 11,4 mnkr. Verksamheten i extern regi har använt 2,3 mnkr och verksamheten i egen regi har använt 9,1 mnkr. Vidare beror det på högre brukarintäkter med totalt 1,8 mnkr mer än budgeterat, vilket främst beror på förändringen av avgiftssystemet som gjordes 2015 där alla brukare nu ska betala sin matavgift oavsett avgiftsutrymme samt ökade volymer. Från och med hösten 2015 bedriver verksamheten

hälso- och sjukvårdsinsatser åt omsorgsnämnden inom verksamheten för funktionshindrade, vilket har genererat 6,8 mnkr mer i intäkter än budgeterat.

Kostnaderna är 6,2 mnkr högre än budgeterat, vilket främst avser högre löne- och vikariekostnader samt sjuklöner inom hemtjänsten och inom vård- och omsorgsboende. Detta främst på grund av fler tjänster i och med att kommunen fick 15 mnkr av Socialstyrelsen i syfte att skapa ökad trygghet och kvalitet för den enskilde samt den extra lönesatsning som gjordes på undersköterskor.

Kostnader för köp av verksamhet är lägre än budgeterat. Detta dels på grund av färre hemtjänsttimmar i och med att myndigheten arbetar kontinuerligt med att följa upp besluten i tid för att alla brukare ska få rätt beslut. Vidare beror det på färre köp av vårddyggn på korttidsboende och färre köp av boendeplaceringar i extern regi. Det har under året funnits i snitt en kö till vård- och omsorgsboende på 30 brukare/månad. Det har varit svårt att få tag på boendeplatser samt platser på korttidsboende, vilket medför att brukare istället är hemma med hemtjänstbeslut i avvaktande på en plats på ett boende. Kostnaderna uppvisar även en positiv avvikelse jämfört med budget på grund av att den budget som avsattes för hemtjänstprojektet och digitala funktioner inom hemtjänsten, inte hann förbrukas.

Resultatet är 7,8 mnkr bättre än prognosen i augusti, vilket främst beror på att budget för hemtjänstprojektet och digitala funktioner inom hemtjänsten inte förbrukades i enlighet med tidigare prognos. Vidare beror det på ett högre överskott inom verksamhetsområdet vård- och omsorgsboende, dels på grund av färre köp av boendeplatser än tidigare prognos och dels på grund av ett överskott på vård- och omsorgsboendena i egen regi.

1.2 Verksamhetsutfall 2016

Verksamhetsutfall (tkr)	Nämndbidrag 2016	Nettokostnad 2016	Resultat	Nettokostnad 2015
Gemensamt	65 780	69 091	-3 311	64 040
Hemtjänst	176 977	171 068	5 908	179 820
Korttidsvård	40 201	37 413	2 788	42 822
Utskrivningsklara	1 000	173	827	803
Dagverksamhet	24 547	24 057	491	21 761
Summa ordinärt boende	242 725	232 711	10 014	245 206
Servicehus	5 058	3 441	1 617	5 387
Vård- och omsorgsboende	268 061	261 475	6 586	254 458
Summa särskilt boende	273 119	264 916	8 203	259 845
Förebyggande	3 534	3 493	41	2 629
Tillagningskök	282	990	-708	1 391
Nämnd	1 177	1 136	41	1 094
Summa övrig verksamh	1 459	2 126	-667	2 485
Riksfärdstjänst	80	51	29	70
Totalt nämnden	586 697	572 388	14 309	574 275
Kommunbidrag nämnden	586 697	586 697		563 181
Resultat nämnden	0	14 309	14 309	-11 094

Det negativa resultatet för området gemensamt beror till största del på ett underskott inom hälso- och sjukvården. Det är svårt att rekrytera personal, vilket gör att verksamheten har varit tvungen att hyra in personal via bemanningsföretag. Vidare finns ett litet underskott på grund av högre kostnader för bostadsanpassningen.

1.2.1 Hemtjänsten

Hemtjänsten redovisar ett positivt resultat, vilket främst beror på att alla medel som avsatts för morgondagens hemtjänst och digitaliseringen inte har gått åt med 10,8 mnkr. Vidare redovisas ett positivt resultat för brukarintäkterna med 1,2 mnkr. Myndigheten arbetar med att följa upp alla hemtjänstbeslut, vilket medför ett positivt resultat på 12,6 mnkr. Det positiva resultatet täcker delar av hemtjänsten i egen regi som redovisar ett underskott på -18,7 mnkr, på grund av att de har högre kostnader än vad intäkterna täcker. Detta beror på att verksamheten har svårt att bemanna sin personal på ett kostnadseffektivt sätt. Intäkterna minskar på grund av färre hemtjänsttimmar samtidigt som personalkostnaderna inte följer minskningen av intäkterna. Arbeta har skett med att se över scheman, sjukskrivningar och andra kostnadsdrivande poster. Arbetet har dock inte räckt till för att möta de minskade volymerna.

1.2.2 Korttidsvård och servicehus

Området redovisar ett överskott på 2,8 mnkr på grund av färre vårddyggn på korttidsboende än budgeterat. Eftersom verksamheten arbetar på ett bra sätt med att få hem brukare från sjukhuset, så redovisas även ett överskott på 0,8 mnkr. Timmarna för servicehusen är färre än budgeterat, vilket medför ett positivt resultat.

1.2.3 Vård- och omsorgsboende

Det positiva resultatet beror på högre intäkter från brukarna än budgeterat med 2,5 mnkr och lägre kostnader för köp av boendeplaceringar än budgeterat med 4,0 mnkr. I budgeten finns det budgeterat för nio nya platser på Wijbacken. Tills Wijbacken står på plats har delar av medlen använts till att köpa placeringar i extern regi. Brist på boendeplatser medför att brukare som väntar på en plats på ett vård- och omsorgsboende placeras på korttidsboende eller hemma med hemtjänst tills en ledig plats uppstår. Vidare redovisar egen regi ett positivt resultat på 2,1 mnkr, vilket beror på att alla pengar för samordnad varutransport samt utbildning inte har gått åt. Resultatet påverkas negativt av upphandlingsavgiften på 2,0 mnkr från Konkurrensverket. *Tillagningsköken* redovisar ett negativt resultat på 0,8 mnkr. Det består av ett underskott på Bergviks vårdshus, vilket till viss del täcks av ett överskott på Glasbergas tillagningskök.

1.3 Nettokostnadsutveckling

Nettokostnaderna ligger på ungefär samma nivå som föregående år (-0,3 %). Personalkostnaderna har ökat med tre procent, vilket främst beror på att Cederströmska gården stängdes ned under hösten 2015 och verksamheten togs över till Solgläntan i egen regi, samt att alla platser på Mariekällgården nu är i drift. Nettokostnaderna påverkats även negativt jämfört med föregående år på grund av den upphandlingsskadeavgift, som betalades till Konkurrensverket på grund av upphandlingen av Oxbackshemmet.

Kostnaderna för köp av verksamhet har minskat med tre procent, vilket främst beror på färre hemtjänsttimmar, färre köp av vårddyggn på korttidsboenden och färre köp av boendeplaceringar.

Intäkterna har ökat med nio procent. Ökningen beror på att nämnden fått medel från Socialstyrelsen för ökad bemanning, samt intäkter från omsorgsnämnden för hälso- och sjukvård åt omsorgsnämndens verksamhet. Vidare beror det på högre brukarintäkter på grund av förändringen av avgiftssystemet, som gjordes 2015, samt att alla platser på Mariekällgården nu är i drift efter ombyggnationen.

Diagram 1: nettokostnadsutveckling per verksamhet

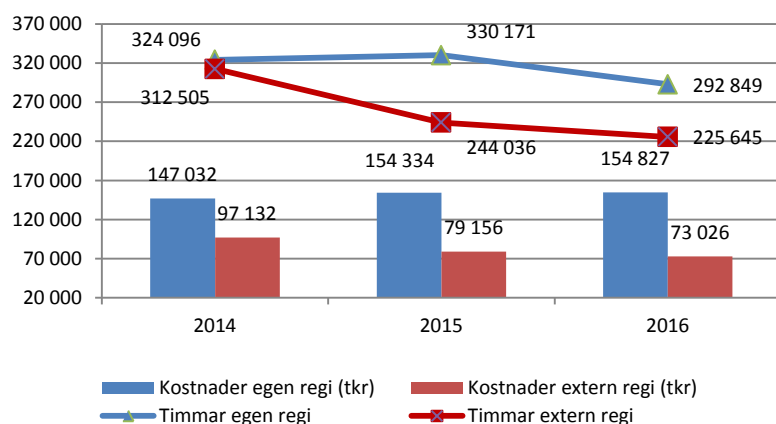
Tkr	Nettokostnad 2014	Nettokostnad 2015	Nettokostnad 2016
Gemensamt	57 049	64 040	69 091
Hemtjänst	191 648	179 819	171 068
Kortidsboende	31 652	42 822	37 413
Utskrivningsklara	988	803	173
Dagverksamhet	22 878	21 761	24 057
Summa ordinärt boende	247 166	245 205	232 711
Servicehus	3 349	5 387	3 441
Vård- och omsorgsboende	245 047	254 458	261 475
Summa särskilt boende	248 396	259 845	264 916
Förebyggande	2 931	2 629	3 493
Tillagningskök	2 355	1 391	990
Nämnd	1 004	1 094	1 136
Summa övrig verksamhet	3 359	2 485	2 126
Riksfärdstjänst	31	70	51
Summa	558 932	574 274	572 388

1.3.1 Hemtjänst

Nettokostnaderna för *hemtjänsten* har minskat med 8,8 mnkr, eller fem procent. Det beror främst på lägre personalkostnader och lägre kostnader för köp av hemtjänst. Antalet timmar uppgår till 518 494¹ timmar, vilket har minskat med 55 713 timmar jämfört med år 2015. Det motsvarar en minskning med tio procent. Det beror främst på, att myndigheten arbetar med att brukarna, ska ha rätt beslut genom täta uppföljningar. Vidare beror det även på att *Trygg och säker hemgång* startade under våren 2015, som arbetar med att brukarna ska ha rätt stöd vid hemgång från sjukhuset.

¹ Avser alla interna hemtjänsttimmar både inom äldreomsorgsnämnden och inom kommundelarna samt de externa hemtjänsttimmar som äldreomsorgsnämnden köper av externa utförare.

Diagram 2: kostnadsutveckling och volymer hemtjänst i egen och extern regi 2014-2016



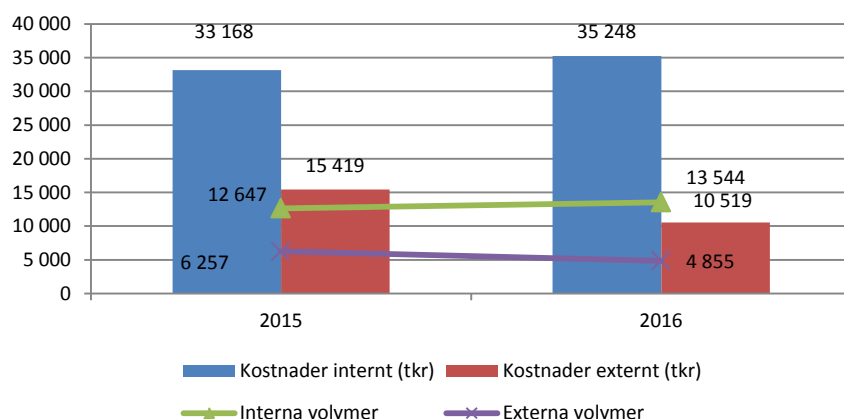
Kostnaderna för hemtjänsten i egen regi ligger på samma nivå som år 2015 (+0,3 %), medan timmarna i egen regi har minskat med 37 322 timmar, vilket motsvarar 11 procent. Verksamheten har arbetat med att se över sjukskrivningar, övertidskostnader, vikariekostnader och effektiv planering av scheman. Arbetet har dock inte räckt till för att möta de minskade volymerna. Kostnaderna var något lägre jämfört med 2015 under första delen av året, men den extra lönesatsning som betalades ut under hösten ökade kostnaderna igen. Kostnaderna för köp av verksamhet har minskat med åtta procent jämfört med 2015. Det beror på att antalet timmar har minskat med 18 391 timmar, eller åtta procent.

1.3.2 Korttidsvård

Nettokostnaderna för korttidsvården har minskat med 5,4 mnkr eller 13 procent, vilket till största del beror på lägre kostnader för köp av dygn på korttidsboenden i extern regi. Totalt uppgår antalet dygn på korttidsboende till 18 399², vilket har minskat med 505 dygn. Det motsvarar tre procent. Intäkterna har ökat med 2,6 mnkr, vilket beror på att korttidsboendet i egen regi säljer fler platser till kommundelarna och till omsorgsnämnden jämfört med år 2015

² Avser alla interna dygn på korttidsboende både inom äldreomsorgsnämnden och inom kommundelarna samt de externa korttidsdygn som äldreomsorgsnämnden köper externt.

Diagram 3: Kostnadsutveckling och volymer korttidsvård i egen och extern regi 2015-2016



Kostnaderna för korttidsvården i egen regi har ökat med sex procent. Dygnen på korttidsvården i egen regi har ökat med 897 dygn, vilket motsvarar sju procent. Anledningen till att kostnaderna har ökat, är att boendet öppnade fyra nya platser under hösten 2015 och personal anställdes. Verksamheten hade lägre beläggning på platserna i egen regi under första delen av 2015, men efter omarbetade rutiner har beläggningen ökat.

1.3.3 Verksamhet i extern regi

Kostnaderna för köp av verksamhet i extern regi har minskat med 32 procent jämfört med år 2015. Antalet dygn i extern regi har minskat med 1 402 dygn, vilket motsvarar 22 procent eller fyra helårsplaceringar. Flera av de, som bor på korttidsboenden, väntar på en plats på ett vård- och omsorgsboende. Verksamheten arbetar kontinuerligt med att hitta platser på särskilt boende istället för en plats på korttidsboende. Snittpriset under perioden är 2 300 kr/ dygn, vilket är 100 kr/dygn dyrare än år 2015. Detta beror på att priset har höjts på grund av nya avtal från och med april 2015.

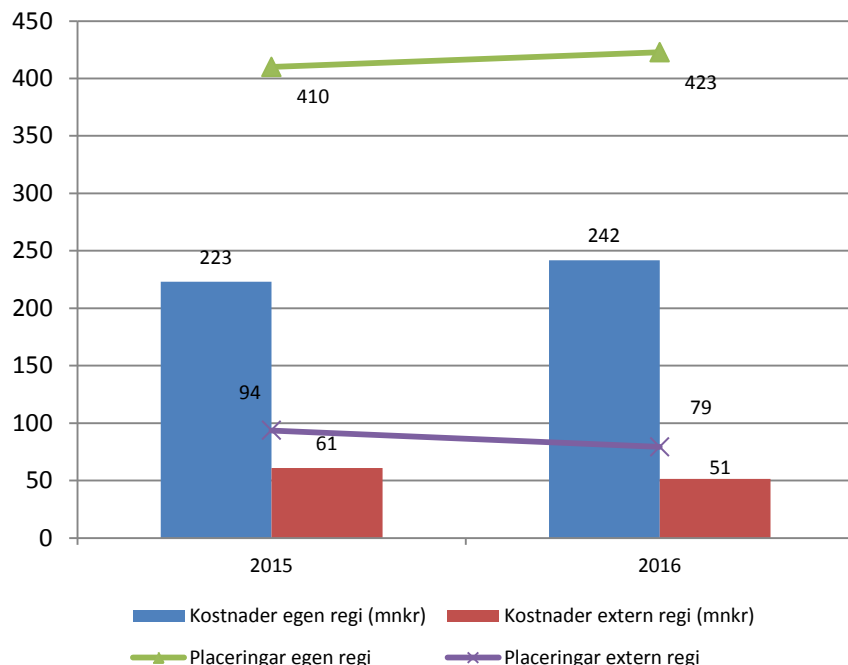
1.2.4 Vård-och omsorgsboende

Nettokostnaderna för vård- och omsorgsboende har ökat med 7,0 mnkr eller tre procent. Ökningen beror till största del på upphandlingsskadeavgiften, samt högre kostnader för personal. Antalet boendeplaceringar uppgår i snitt till 503³, vilket har minskat med en placering jämfört med föregående år. Det är fortfarande svårt att få tag på boendeplatser och under året har det i snitt varit 16 brukare, som har placerats på korttidsboende och 14 brukare, som är hemma med hemtjänstbeslut i avvaktan på en boendeplats. I början av 2017

³ Avser alla placeringar som finns inom boenden inom äldreomsorgsnämnden samt de externa boendeplaceringar som äldreomsorgsnämnden köper externt.

kommer utbyggnaden av Wijbackens nio platser vara klart för inflytt. Ett nytt boende i Björkmossen planeras till år 2018.

Diagram 4: kostnadsutveckling och volymer vård- och omsorgsboende i egen och extern regi 2015-2016



Kostnaderna för vård- och omsorgsboende i egen regi har ökat med åtta procent. Det beror på upphandlingsskadeavgiften och en ökning av personalkostnaderna i samband med kommunens övertagande av verksamhet i egen regi, när Cederströmska gården stängdes ned. Antalet placeringar i snitt på boenden i egen regi har ökat med 13 placeringar, vilket motsvarar tre procent. Det beror främst på att alla platser på Mariekällgården har kunnat nyttjas från och med mars 2015, samt att Solgläntan startade under hösten 2015 med totalt 18 platser.

Kostnaderna för vård- och omsorgsboende i extern regi har minskat med 16 procent. Det beror på färre placeringar, bland annat på grund av att Cederströmska gårdens brukare övergick till Solgläntan i egen regi. Antalet placeringar har minskat i snitt med 14 stycken sedan år 2015, vilket motsvarar 15 procent. Snittpriset under året är 2 200 kr/dygn, vilket är 100 kr/dygn dyrare än 2015. Detta beror på att priset har höjts på grund av nya avtal från och med juli 2015.

1.3 Särskilda uppföljningar

Kommunstyrelsen beslutade den 28/10-17 § 186 att ge äldreomsorgsnämnden i uppdrag att i samband med årsbokslutet 2016 redovisa de effekter kommunals nya avtal får på nämndens ekonomi framåt och om nödvändigt vilka åtgärder som vidtas för att gå in med en budget i balans för 2017.

Totalt blev kostnadsökningen för kommunals avtal cirka 6,1 mnkr för 2016. Kommunals avtal för 2017 är ännu inte klart, vilket medför svårigheter att se hur det kommer påverka år 2017. Äldreomsorgsnämnden har för 2017 lagt en budget i balans.

1.4 Investeringar

För 2016 finns 0,8 mnkr KF/KS beslutade investeringar avsatta till äldreomsorgsnämnden i mål och budget. Inga medel är hittills förbrukade. Det finns totalt 3,6 mnkr i nämnds beslutade investeringsmedel. Verksamheten har gjort av med 1,4 mnkr per sista december. Redovisning av investeringarna finns i bilaga 1.

Lägesbedömning för nämndens ekonomi: **Bra**

2. KF-mål och inriktning

2.1 KF-mål 1 Brukarinflytande ska öka

Målet att brukarinflytandet ska öka får bedömningen: **Ok**
Målet mäts genom att myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning samt vård- och omsorgsboende och hemtjänst i egen regi följer upp hur väl de lokala värdighetsgarantierna följs avseende trygghet och delaktighet. Hemtjänst och vård- och omsorgsboende når upp till målet men myndigheten når inte riktigt upp till målnivån. På vård- och omsorgsboende i egen regi mäts även om brukarna erbjuds utevistelse, individuella aktiviteter och social samvaro i enlighet med upprättad genomförandeplan. Målnivån uppnås inte för utevistelse och individuella aktiviteter men för social samvaro.

Samtliga hemtjänstbrukare med hemtjänst i egen regi har 2016 varit delaktiga i upprättandet av sin genomförandeplan. Hemtjänsten, både i egen regi och privat regi når upp till målnivån att brukare, med omfattande omvårdnadsbehov, bara ska möta 11 personer på 14 dagar.

Både hemtjänst och vård-och omsorgsboende i egen och privat regi mäter upplevd delaktighet med resultaten från socialstyrelsens nationella brukarundersökning "Så tycker de äldre om äldreomsorgen". Resultaten för 2016 når inte riktigt upp till målnivån.

Åtgärder för att öka måluppfyllelsen: Många handläggare på myndigheten är relativt nyanställda. Verksamheten har därför arbetat med förnyad implementering av värdighetsgarantierna och dessa är alltid en del av introduktionen som ges till nyanställda. De sista månaderna 2016 uppvisade myndigheten bättre resultat än övriga delen av året, vilket indikerar att implementeringsinsatserna givit resultat.

Inom vård- och omsorgsboende pågår kontinuerligt arbetet med att förbättra genomförandeplanerna och tillse att dessa används och följs. Det har, under året, även genomförts utbildningsinsatser för att förbättra dokumentationen så att de insatser som utförts verkligen dokumenteras.

Under 2017 kommer hemtjänst i egen regi, med hjälp av det nya planeringssystemet, få lättare att kontrollera kontinuiteten. Kontinuiteten kommer att kunna mätas fortlöpande hos samtliga brukare.

Inriktning

Äldre personer som behöver kommunens stöd ska bemötas utifrån sina individuella behov. Genom att äldreomsorgen arbetar enligt den lokala värdighetsgarantin ska de äldre ges möjlighet till självbestämmande, delaktighet, trygghet och integritet. Anhöriga som hjälper en närstående ska få stöd. Vård- och omsorgsboenden och hemtjänst ska säkra god livskvalité för de äldre, exempelvis genom social samvaro och valfrihet i hemtjänsternas innehåll.

En av äldreomsorgens viktiga uppgifter är att förebygga ensamhet och isolering genom ett förebyggande arbete. Detta kan exempelvis ske genom olika aktiviteter såsom Kultur 365, att kunna äta tillsammans, anhörigstöd samt vårdhundar.

2.1.1 Nämndens mål

Nämndmål: Den lokala värdighetsgarantin ska uppnås

Mätetal	Utgångsläge 2015 ⁴	Resultat 2016	Målnivå 2016
Delaktighet enligt värdighetsgarantin för vård- och omsorgsboende skall uppnås (<i>egen regi</i>)	-	99 %	90-100 %
Trygghet enligt värdighetsgarantin för vård- och omsorgsboende skall uppnås (<i>egen regi</i>)	-	100 %	90-100 %
Delaktighet enligt värdighetsgarantin för hemtjänsten skall uppnås (<i>egen regi</i>)	-	94 %	80-100 %
Trygghet enligt värdighetsgarantin för hemtjänsten skall uppnås (<i>egen regi</i>)	-	96 %	80-100 %
Delaktighet enligt värdighetsgarantin för biståndshandläggningen skall uppnås	-	92 %	95-100 %

Kommunens vård- och omsorgsboenden i egen regi genomför regelbundet mätningar för att säkerställa att den lokala värdighetsgarantin följs. Bland annat har mätningar gjorts avseende erbjudande om kontaktperson, uppföljda och dokumenterade genomförandeplaner, brukare som haft personal vid sin sida vid livets slutskede samt förekomst av vårdplan för att förebygga ohälsa.

⁴ Mätetalet mäts annorlunda än tidigare år så inget utgångsläge för 2015 finns.

Hemtjänst i egen regi mäter brukarnas upplevelse av delaktighet och trygghet genom regelbundna telefonintervjuer med brukarna. Telefonintervjuerna innehåller ett antal frågor kopplade till värdighetsgarantin. Mätningarna som genomförts på så väl boenden som i hemtjänst visar att dessa verksamheter uppnår målnivån för både delaktighet som trygghet.

Myndigheten genomför standardiserade telefonintervjuer med ett antal brukare som väljs ut slumpvis varje månad. Frågorna handlar om delaktighet enligt värdighetsgarantin. De telefonintervjuer som genomförts under 2016 visar att målnivån inte riktigt uppnås för verksamheten.

Åtgärder för att målnivån ska uppnås: Många handläggare på myndigheten är relativt nyanställda. Verksamheten har därför arbetat med en förnyad implementering av värdighetsgarantierna och dessa är alltid en del av introduktionen som ges till nyanställda. De sista månaderna 2016 uppvisade myndigheten bättre resultat än övriga året, vilket indikerar att implementeringsinsatserna gett resultat.

Bedömning av nämndmålet i bokslutet 2016: **Ok**

Nämndmål: Vård- och omsorgsboenden och hemtjänsten ska säkra god livskvalitet för äldre

Mätetal vård- och omsorgsboende	Utgångsläge 2015 ⁵	Resultat ⁶ 2016	Målnivå 2016
Brukare ska erbjudas utevistelse utifrån överenskommelse i genomförandeplanen. (<i>egen regi</i>)	-	81 %	90-100 %
Brukare ska erbjudas individuell aktivitet utifrån överenskommelse i genomförandeplanen. (<i>egen regi</i>)	-	76 %	90-100 %
Brukare ska veckans alla dagar erbjudas minst två tillfällen av social samvaro/aktiviteters om dagen. (<i>egen regi</i>)	-	98 %	90-100 %
Andel äldre som uppgivit att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till deras åsikter och önskemål. (<i>egen och privat regi</i>)	80 %	82 %	85 %

⁵ Mätetalet är nytt så inget utgångsläge för 2015 finns.

Andelen utförda aktiviteter är något högre än mätetalet visar, vilket beror på att förutsättningar för dokumentation gör att vissa aktiviteter som utförts, inte dokumenteras på ett korrekt sätt.

Åtgärder för att förbättra måluppfyllelse: Inom vård- och omsorgsboende i egen regi pågår ett kontinuerligt arbete med att förbättra genomförandeplanerna och tillse att dessa används och följs. Det har, under året, även genomförts utbildningsinsatser för att förbättra dokumentationen så att de insatser som utförts verkligen dokumenteras.

Bedömning av nämndmålet i bokslutet 2016: **Har brister**

Mätetal hemtjänsten	Utgångsläge 2015	Resultat 2016	Målnivå 2016
Andel brukare som är delaktiga i upprättande av sin genomförandeplan (<i>egen regi</i>)	80-85%	100 %	90-100 %
Andel äldre som uppgivit att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till deras åsikter och önskemål. (<i>egen och privat regi</i>)	78 %	78 %	85 %

Kommentar: Hemtjänstens brukare är alltid delaktiga i upprättandet av genomförandeplanen, men enligt den nationella brukarundersökningen så når hemtjänsten inte riktigt upp till målnivån avseende andelen äldre som upplever att personalen alltid eller oftast tar hänsyn till deras åsikter och önskemål.

Bedömning av nämndmålet i bokslutet 2016: **Ok**

Nämndmål: Ge stöd som möjliggör trygghet och integritet för brukaren

Mätetal	Utgångsläge 2015	Resultat 2016	Målnivå 2016
Medelvärde av antal olika personal som en brukare med hemtjänst möter under en 14 dagars period. Måttet avser de personer, 65 år eller äldre, som har två eller fler besök av hemtjänsten varje dag. (<i>egen och privat regi</i>)	13,26	11	11 ⁷

⁷ Antalet inkluderar även dubbelbemanning enligt socialstyrelsens definition.

Resultatet hämtas från kommun och landstingsdatabasen (Kolada) och avser samtliga hemtjänstutförare i kommunen (egen och privat regi) Resultatet uppfyller målnivån för 2016 och är en klar förbättring från 2015 då resultatet var 13,26. Under 2017 kommer hemtjänst i egen regi, med hjälp av det nya planeringssystemet, få lättare att kontrollera kontinuiteten. Kontinuiteten kommer att kunna mätas fortlöpande hos samtliga brukare.

Bedömning av nämndmålet i bokslutet 2016: **Bra**

Strategiska utvecklingsuppdrag för verksamhetsområdet

- Utvärdera om vårdhund kan utgöra ett komplement i vård- och omsorgsverksamheten.

En utvärdering av vårdhund har genomförts och utvärderingen har visat på övervägande positiva resultat. Arbetet med vårdhund inom äldreomsorgen kommer att fortsätta under 2017.

2.2 KF-mål 2 Fler brukare får ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov

Målet att fler brukare får ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov får bedömningen: **Bra**

96 % av de boende på kommunens vård- och omsorgsboenden i egen regi har en teambaserad riskbedömning och har fått planerade åtgärder utförda, vilket ligger inom ramen för 2016 års målnivå.

Strukturen för vårdplaneringsmötet är väl implementerad och följs dagligen på myndighetens drifttavlor. Verksamheten har även ett väl fungerande samarbete med Södertälje sjukhus och samverkansmöten hålls regelbundet.

Inriktning

Antalet äldre med flera sjukdomar ökar och allt fler av dessa bor kvar hemma. För de multisjuka äldre som har behov av stöd från olika aktörer behövs en sammanhållen vård och omsorg och därför behöver samverkan med bland annat landstinget och berörda enheter inom socialtjänst fortsätta att utvecklas

Äldreomsorgen ska utvecklas för att i högre grad bemöta behoven hos äldre personer med social problematik, som till exempel missbruk eller psykisk funktionsnedsättning.

Äldreomsorgen ska följa aktuell forskning inom området för att implementera ny kunskap. Utifrån de nationella riktlinjerna behöver särskilda åtgärder vidtas för att möta en ökande grupp av personer med

demensproblematik och insatserna ska så långt som möjligt baseras på evidens.

2.2.1 Nämndens mål

Nämndmål: Alla brukare, som bor på vård- och omsorgsboende, ska få en riskbedömning gällande munhälsa, fall, trycksår, nutrition och inkontinens ⁸

Mätetal	Utgångsläge 2015	Resultat 2016	Målnivå 2016
Andel brukare som har en teambaserad riskbedömning (<i>egen regi</i>)	88 %	96 %	95-100 %
Andel brukare som har fått planerad åtgärd utförd (<i>egen regi</i>)	92 %	96 %	95-100%

96 % av de boende på kommunens vård- och omsorgsboenden (*egen regi*) har en teambaserad riskbedömning och har fått planerade åtgärder utförda, vilket ligger inom ramen för 2016 års målnivå.

Bedömning av nämndmålet i bokslutet 2016: **Bra**

Nämndmål: God samsyn och kommunikation med andra aktörer

Mätetal	Utgångsläge 2015	Resultat 2016	Målnivå 2016
Andel brukare som är nöjda med vårdplaneringsmötet	90 %	96 %	95 %
Andel vårdplaneringsmöten som genomförs enligt rutin	100 %	99 %	100 %

Strukturen för vårdplaneringsmötet är väl implementerad och följs dagligen på Myndighetens drifttavlor. Myndigheten har ett väl fungerande samarbete med Södertälje sjukhus och samverkansmöten hålls regelbundet.

Bedömning av nämndmålet i bokslutet 2016: **Bra**

Strategiska utvecklingsuppdrag för verksamhetsområdet

- Utveckla arbetsformer, till exempel SVEA-projektet och videotekniken för att öka samverkan mellan olika huvudmän för att förbättra vård- och omsorg gällande äldre multisjuka.

⁸ Alla brukare erbjuds att delta i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert (avser munhälsa, fall, trycksår nutrition och inkontinens). För de som tackar nej till att vara med i registret dokumenteras samma åtgärder i Procapita.

Myndigheten ingår i ett projekt tillsammans med Södertälje sjukhus, under ledning av Nestor, gällande vårdplaneringsprocessen. Nestor leder även ett projekt runt SIP:ar där kommun och primärvård deltar.

Myndigheten har möjlighet att använda sig av videoteknik vid vårdplaneringsmöten, men då flera sjukhus saknar de tekniska förutsättningarna, eller har valt tekniklösningar som inte är kompatibla med den videoteknik som myndigheten använder sig av, behöver arbetet med att bygga upp en fungerande struktur för nyttjandet av videoteknik fortsätta. Verksamheten behöver också ökat tekniskt support för att kunna fortsätta arbetet.

- Implementering av lokalt vård- och omsorgsprogram för demenssjuka.

Nestor FoU har under 2016 stöttat äldreomsorgen vid implementering av det lokala vård- och omsorgsprogrammet för demenssjuka. Ett antal aktiviteter har genomförts, bland annat de utbildningar som kommunens egna demensteam håller i samt cafémöten, för medarbetare, i Nestors regi. Arbetet med BPSD registret stödjer också förankringen av demensriktlinjerna och det lokala vårdprogrammet. Resultatområdena kommer under hösten 2016 att göra en kartläggning för att se på vilket sätt arbetet kan vidareutvecklas.

- Utveckla det personcentrerade arbetssättet för personer med demenssjukdom genom teambaserat arbete utifrån den evidensbaserade arbetsmodellen BPSD

Kommunens vård- och omsorgsboenden i egen regi registrerar i BPSD-registret men de har kommit olika långt i arbetet med att använda vårdåtgärder enligt den evidensbaserade arbetsmodellen. Arbetet med BPSD fortsätter och demensteamet utgör ett fortsatt stöd för verksamheterna. Ytterligare utbildningar för BPSD-administratörer ska hållas under 2017 och särskilt fokus kommer att läggas på demens och måltider.

- Starta ytterligare ett hemtagningsteam "Trygg och säker hemgång".

Teamet för trygg och säker hemgång har under året utökat antalet tjänster. Utökningen har dock inte inneburit att det blivit två team utan istället ett större team som arbetar flexibelt med brukare över hela Södertälje.

- Utveckla specialistkompetens hos en del biståndshandläggare för att bättre möta äldre med social problematik som missbruk eller psykisk funktionsnedsättning.

På myndigheten arbetar två handläggare som är specialiserade mot social problematik som missbruk eller psykisk funktionsnedsättning.

Dessa två handläggare har arbetat länge och har stor erfarenhet av målgruppen. Nya ärenden med social problematik fördelas direkt till dessa två handläggare.

2.3 KF-mål 3 Kompetensen för medarbetaren ska öka för att kunna se brukaren i ett helhetsperspektiv

Målet att kompetensen för medarbetaren ska öka för att kunna se brukaren i ett helhetsperspektiv får bedömningen: **Har brister**

I och med införandet av det nya lönesystemet finns det i dagsläget ingen möjlighet att ta fram uppgifter om hur stor andel av medarbetarna inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende som har adekvat utbildning.

Medarbetarna på kommunens vård- och omsorgsboenden och hemtjänst i egen regi har under året gått såväl grundutbildning som fördjupningsutbildning inom området hot och våld i nära relation. Alla biståndshandläggare, utom en, har genomgått webbutbildningen Demens-ABC. Inga medarbetare kommer under året att gå utbildningar i ÄBIC då myndigheten prioriterat arbetet med rätt beslut utifrån behov.

Åtgärder för att öka måluppfyllelsen: Det är angeläget att en inventering av antalet medarbetare med adekvat utbildning genomförs då verksamheterna måste kunna säkerställa att tillräckligt många medarbetare har den kompetens som uppdraget kräver.

Inriktning

Att ha rätt kompetens är viktigt och nödvändigt för den personal som ska ge stöd, service och omsorg i verksamheter. Äldreomsorgen står inför en tuff utmaning att hitta och rekrytera personal med rätt kompetens. Arbetet ska inriktas mot att ytterligare höja personalens kompetens.

2.3.1 Nämndens mål

Nämndmål: Personalen inom äldreomsorgen ska ha rätt kompetens.

Mätetal	Utgångsläge 2015	Resultat T2 2016	Målnivå 2016
Medarbetare inom vård- och omsorgsboende ska få grundkompetens inom området hot och våld i nära relation. (<i>egen regi</i>)	0 %	100 %	90-100 %
Medarbetare inom vård- och omsorgsboende ska få fördjupad kompetens inom området hot och	0 %	100 %	90-100 %

våld i nära relation. (egen regi)			
Medarbetare inom hemtjänsten ska få fördjupad kompetens inom området hot och våld i nära relation. (egen regi)	0 %	100 %	90-100 %
Andel medarbetare på vård- och omsorgsboende som har adekvat utbildning. (egen regi)	83 %	-	90-100 %
Andel medarbetare inom hemtjänst som har adekvat utbildning. (egen regi)	69 %	-	80-100 %
Andelen biståndshandläggare som genomfört Demens ABC plus utbildning.	80 %	94 %	90-100 %
Medarbetare inom vård- och omsorgsboende ska ha gått IBIC utbildning. (egen regi)	⁹	-	60-100%
Medarbetare inom hemtjänst ska ha gått IBIC utbildning. (egen regi)	¹⁰	-	60-100%

Medarbetarna på kommunens vård- och omsorgsboenden och hemtjänst i egen regi har under året gått såväl grundutbildning som fördjupningsutbildning inom området hot och våld i nära relation. Alla biståndshandläggare, utom en, har genomgått webbutbildningen Demens ABC. Inga medarbetare kommer under året att gå utbildningar i IBIC då implementeringsprojektet pausats under 2016. I och med införandet av det nya lönesystemet finns det i dagsläget ingen möjlighet att ta fram uppgifter om hur stor andel av medarbetarna inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende i egen regi som har adekvat utbildning.

Åtgärder för att uppnå målnivån: Det är angeläget att en inventering av antalet medarbetare med adekvat utbildning genomförs då verksamheterna måste kunna säkerställa att tillräckligt många medarbetare har den kompetens som uppdraget kräver.

Lägesbedömning i bokslutet per augusti 2016 för nämndmålet: **Har brister**

Strategiskt utvecklingsuppdrag

- För att få en effektiv och kvalitetssäkrad process från ansökan till utförande för varje individ ska IBIC implementeras som utredningsmodell hos varje biståndshandläggare 2016.

Arbetet med att implementera IBIC har under 2016 pausats.

⁹ Mätetalet är nytt så inget utgångsläge för 2015 finns.

¹⁰ Ibid

2.4 Övriga nämndmål/inriktningar

Välfärdsteknologin kommer att behöva utvecklas för att klara den ökande efterfrågan på äldrevård.

Nämndmål: En ökad digitalisering inom nämndens verksamheter för att klara den ökande efterfrågan på äldrevård.

Strategiska utvecklingsuppdrag

- Delta i utvecklingsarbete genom projektet Stockholm Digital Care, med syfte att på sikt få fram digitala bra hjälpmedel samt att bli bättre beställare av dessa.

Kommunen har dragit sig ur projektet Stockholm Digital Care då projektet inte gav de förväntade effekterna.

- Införande av mobil digital dokumentation för legitimerad personal.

Under 2016 har arbetet med att införa mobil, digital dokumentation för legitimerad personal fortgått. Tester för att legitimerad personal ska kunna komma åt Procapita mobilt, på surfplatta, har påbörjats. Testerna har försenats, framför allt, på grund av tekniska problem.

- Införande av digitala stödsystem inom hemtjänsten (digital rapportering och planeringssystem för hemtjänst)

Avtal med Tieto om att införa planeringssystem och tid- och insatsregistrering tecknades under hösten. Avtalet innehåller en planering som omfattar både de privata och de kommunala utförarnas utbildning och införande av digitaliseringen. Införandet påbörjades i november 2016 och kommer att pågå under våren 2017. Telefoner är inköpta och kommer att fördelas i verksamheterna utifrån en fördelningsnyckel.

All personal inom hemtjänsten i egen regi dokumenterar social journal direkt i verksamhetssystemet ProCapita med hjälp av dator i hemtjänstlokalen. När införandet av digitala stödsystem är klart kommer de att kunna dokumentera direkt på plats hos brukaren.

Nämndmål: Åtgärder för en budget i balans och åtgärder för att motverka fusk och korruption

Strategiska utvecklingsuppdrag

- Göra en genomlysning av äldreomsorgens kostnader.

En genomlysning av hemtjänstens kostnader genomfördes i slutet av 2015 och utgör grund för 2016 års förbättringsarbete.

- Utveckla metoder för att kontrollera och följa upp beslut samt skapa medvetenhet hos personalen om risker.

Nya riktlinjer och en rutin- Stöd för beräkning av tid för hemtjänstinsatser enligt ÄON:s riktlinjer har utvecklats och införts i november 2016. För att främja en mer likställig bedömning har ledningen på biståndsenheten tillsammans med handläggarna gått igenom flera beslut och byggt upp en struktur för att stärka rättssäkerheten. Regelbundna möten har införts där samtal om hur riktlinjerna används i olika bedömningarna diskuterats. Den verktygslåda/utredningsmetod som används i biståndsbedömningen har uppdaterats för att det ska vara lättare att göra rätt.

Biståndshandläggarna på Myndigheten har gått SKLs utbildning om mutor och korruption. Information om fusk bedrägeri har lagts in som en del av introduktionen till nyanställda.

3. Personal – Södertälje kommun som arbetsgivare

KF-mål 4: Den hållbara arbetshälsan ska öka och leda till att fler medarbetare är friska och i arbete.

Nämndmål: Sjukfrånvaron inom äldreomsorgsnämndens område ska minska

Mätetal	Bokslut 2015	Bokslut 2016	Målnivå 2016
Den totala sjukfrånvaron ska minska	10,5 % ¹¹	9,6 % ¹²	8,00 %

Sjukfrånvaron ligger för en tolv månaders period per december på 9,6 procent. Av den totala sjukfrånvaron är 44,37 procent sjuka längre än 60 dagar. Nämndens mål på 8,0 procent har därmed inte uppfyllts.

Lägesbedömning i bokslutet 2016 för KF-målet: **Har brister**

Åtgärder: Verksamheterna fortsätter arbeta med de handlingsplaner för att minska sjukfrånvaron, som verksamheterna har tagit fram. Vidare arbetar verksamheterna i ett flerårigt projekt, "Hållbar arbetshälsa i Södertälje kommun" tillsammans med HR-avdelningen.

¹¹ Sjukfrånvaron för bokslut 2016 innehåller statistik exklusive timanställda, medan sjukfrånvaron bokslut 2015 innehåller statistik inklusive timanställda. Detta medför att jämförelse med föregående år inte kan göras.

¹² Ibid

4. Sammanfattande GEH-bedömning för nämnden

Ekonomi	<i>Bra</i>
Nämndens verksamhetsmål	<i>Ok</i>
Personalmål	<i>Har brister</i>
Nämndens sammanfattande bedömning	<i>Ok</i>

5. Framtida utveckling

5.1 Nytt vård- och omsorgsboende

Under 2017 ska Wijbacken utökas med nio platser och under 2018 kommer det nya boendet i Björkmossen att färdigställas med 54 platser. I dagsläget är det svårt att få tag på externa boendeplatser därför placerar kommunen brukare på korttidsboende eller hemma med hemtjänstbeslut. Under året har det funnits i snitt 30 brukare, som väntar på en särskild boendeplats.

5.2 Betalningsansvarslagen

Betalningsansvarslagen reglerar när och hur mycket kommunerna ska betala till landstingen för utskrivningsklara patienter, som ligger kvar på sjukhus. Nu föreslås att lagen ersätts. Den nya lagen syftar till att åstadkomma en god vård, där ledtiderna mellan slutet vård och vård och omsorg i hemmet kan hållas så korta som möjligt samt att onödig vistelse på sjukhus så långt möjligt kan undvikas. Eftersom lagen innebär att betalningsansvaret för kommunen ändras från 5 dagar till 3 dagar blir det viktigt att arbeta hem personer snabbare med hjälp av teamen *Trygg och säker hemgång* för att slippa ökade kostnader. Lagen planerades att träda i kraft i juli 2016, men är försenad.

5.3 Lägre antal hemtjänsttimmar

Totalt uppgår antalet hemtjänsttimmar för hela äldreomsorgen inklusive kommundelar till 534 295 timmar, vilket är 56 986 färre än år 2015. Detta beror på att myndigheten nu arbetar systematiskt med att följa upp alla beslut i tid. Inom ramen för morgondagens hemtjänst pågår även aktiviteter i syfte att få den beviljade tiden att bättre överensstämma med brukarnas egentliga behov av omsorg. Detta har medfört ett överskott hos myndigheten. Överskottet som genererats, behövs för att höja timersättning till utförarna i samband med att digitala system för tid- och insatsregisterings ska införas i juni 2017.

5.4 Stimulansbidrag för ökad bemanning

Regeringen avsätter 2 miljarder kronor per år 2016-2018 för att höja kvalitén i äldreomsorgen. För 2016 fick äldreomsorgen totalt 14,7 mnkr, som fördelades både till interna och externa aktörer. Totalt har 11,4 mnkr använts, varav de externa aktörerna inom hemtjänst och särskilt boende använt 2,3 mnkr och kommunen 9,1 mnkr. Pengarna har använts till att förstärka inom hemtjänsten, vård- och omsorgsboendena, korttidsvården samt hälso- och sjukvården. För 2017 kommer äldreomsorgsnämnden att få 15,0 mnkr. Pengarna kommer bland annat att nyttjas till anställning av undersköterskor, sjuksköterskor samt dietist.

5.5 Bemanning på äldreboenden

Regeringen beslutade 2016 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. För att ytterligare stötta kommunernas arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre har SKL tagit fram denna rekommendation. I rekommendationen anges de områden som kräver ett särskilt fokus i förnyelse- och förbättringsarbete. Rekommendationen antogs av SKLs styrelse den 20 januari 2017. SKL rekommenderar kommunerna att anta rekommendationen.

Rekommendationens fyra delar:

1. Koll på läget: Ledningen behöver i större utsträckning ta reda på hur arbetet bedrivs nattetid.
2. Individens behov: En planering behöver genomföras med den äldre och den äldres anhöriga vad gäller omsorgsinsatser och tillsyn även nattetid.
3. Strategi för ny teknik: Kommunen bör ta fram en teknikstrategi som omfattar såväl infrastruktur, informationssäkerhet, tillämpning av lagstiftning.
4. Ledarskap: Ledarskapet inom särskilt boende för äldre behöver stärkas för att förändringsarbetet med att identifiera och införa nya arbetssätt

5.6 Nationell kvalitetsplan för äldreomsorg

En särskild utredare ska ta fram förslag till en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2017.

Utredaren ska föreslå åtgärder som syftar till:

- Högre kvalitet och effektivitet
- Bättre förebyggande och rehabiliterande insatser
- Tryggad personalförsörjning
- Översyn av särskilda boendeformer
- Flexibla former för beslut om äldreomsorg
- Användning av välfärdsteknologi

5.7 Digitalisering

Kontoret kommer under 2017 att införa ett digitalt system för tid- och insatsregistrering samt ett planeringssystem inom hemtjänsten. Målet är att säkerställa att rätt insatser utförs till rätt kostnad. Införandet innebär att kontorets driftkostnader för system ökar. För 2017 finns 5,0 mnkr avsatta i nämndens budget.

6. Internkontroll

6.1 Kvalitet

Process	Kontrollmål	Ansvarig för att kontroll utföres	Kontrollmetod (inkl frekvens)	Rapport till	När sker rapportering
Handläggning och dokumentation: <i>Uppföljning</i>	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: <i>IT</i>	Rutiner finns för att hantera driftstörningar inom IT och telefoni	Resultatområdeschef	Uppföljning av att rutiner finns för att säkerställa brukarens trygghet	Kontorschef	Delårsbokslut 31/8
Kompetensförsörjning: <i>Myndighet</i>	Alla medarbetare ska ha adekvat utbildning för sitt uppdrag	Myndighetschef ÄO	Andel handläggare som har socionom-utbildning	Kontorschef	Delårsbokslut 31/8

Kommentarer till kontrollmålen:

Alla beslut följs upp minst 1 gång per år: Under 2016 följdes 93 procent av alla beslut upp. Kontrollmålet följs upp på enhetens drifttavla.

Rutiner finns för att hantera driftstörningar inom IT och telefoni: Vissa rutiner saknas och andra behöver ses över och utvecklas. Rutiner för telefoni finns, men IT-rutiner behöver tas fram.

Alla medarbetare ska ha adekvat utbildning för sitt uppdrag: 17 stycken handläggare är socionomer, varav en är föräldraledig. 3 stycken handläggare är jurister och en föräldraledig handläggare är beteendevetare

6.2 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 %)	Resultatområdeschef	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	Delårsboks slut 31/8

Kommentarer till kontrollmålen:

Loggningen granskas kvartalsvis under minst 48 timmar: Detta görs regelbundet av resultatenhetschefen för Hälso- och sjukvårdsenheten. I dagsläget finns inga anmärkningar.

Riskbedömning Åtkomstkontroll HSL journal

A= allvarlig konsekvens

K= Kännbar konsekvens

L= Lindrig konsekvens

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

KF/KS beslutade investeringar

[illegible]

Avskrivningar (tkr)		
2016 utfall	2017 prognos	2018 prognos
3 097	3 500	4 000

Kommentarer:

- **Mariekällgårdens kök** avser inventarier till ombyggnationen av Mariekällgårdens kök. Ombyggnationen kommer vara klart först 2017, vilket innebär att inga medel kommer förbrukas under 2016.
- **Björkmossen** avser inventarier till nytt vård- och omsorgsboende. Eftersom boendet inte kommer att vara klart under 2016 kommer dessa medel inte att förbrukas under detta år.



RESULTAT OCH BALANSRÄKNING

Bilaga 2 1(2)

Text	Budget	Utfall	Budget- avvikelse
	Jan 16 - Dec 16	Jan 16 - Dec 16	
RESULTATRÄKNING (tkr)			
INTÄKTER			
Avgifter och taxor	41 894	45 742	3 848
Hyror och arrenden	29 424	30 081	657
Driftbidrag	21 722	34 965	13 243
Övriga intäkter	53 545	56 571	3 026
SUMMA INTÄKTER	146 585	167 359	20 774
KOSTNADER			
Personal	-375 384	-391 124	-15 740
Lokaler och anläggningar	-88 039	-88 711	-672
Material och tjänster	-54 900	-48 108	6 792
Köp av prim verksamhet	-206 606	-200 501	6 105
Bidrag och transfereringar	-5 508	-8 199	-2 691
Övriga kostnader	0	1	1
SUMMA KOSTNADER	-730 437	-736 642	-6 205
Avskrivningar	-2 845	-3 097	-252
VERKSAMHETENS NETTOKOSTNAD	-586 697	-572 380	14 317
Räntenetto	0	-8	-8
Resultat före kommunbidrag	586 697	572 388	-14 309
Kommunbidrag	586 697	586 697	0
Förmedlingsbidag (kto 79)			
RESULTAT	1 173 393	-14 309	

Text	Bokslut	Bokslut
	Jan 15 - Mån 13 15	Jan 16 - Mån 13 16
BALANSRÄKNING (tkr)		
TILLGÅNGAR		
Anläggningstillg.	11 027	9 321
Omsättningstillg.	12 659	8 655
Fordran internbank		
S:A TILLGÅNGAR	23 686	17 976
EGET KAPITAL		
Ingående balans	17 331	28 424
Årets resultat	11 093	-14 309
SKULDER		
Kortfristiga skulder	-60 498	-58 139
Skuld till internbank	8 388	26 048
Långfristiga lån/skulder		
S:A SKULD O EGET KAP.	-23 686	-17 976
Diff. tillg / skulder	0	0



Rapport | 2016-12-31

Bilaga 3

Personalbokslut 2016

Social- och omsorgskontoret

Inledning

Personalbild

Antal årsarbetare	2014	2015	2016
Social- o omsorgskontoret	2041	2087	2028
Totalt kommunen	5478	5545	5556

Personalomsättning	2014	2015	2016
Social- o omsorgskontoret	11%	13%	16%
Totalt kommunen	10 %	12 %	15 %

Arbetad tid av timavlönade, Omräknat till antal årsarbetare

2014	2015	2016
322	356	390

Antal annonserade tjänster

2014	2015	2016
478	519	570

De timavlönade fortsätter att öka. Att vara timavlönad innebär en otrygghet för medarbetaren, men även för arbetsgivaren. En medarbetare har rätt att tacka nej till ett uppdrag vilket kan medföra svårigheter för arbetsgivaren att planera sin bemanning. Ett visst antal timavlönade krävs som en buffert i personalintensiva verksamheter där verksamhetens volym snabbt kan ändras. För att kunna minimera antal medarbetare som varje brukare träffar, och för att få stabilitet i personalgrupperna, bör dock antalet timavlönade ses över så att nyttan med en sådan anställningsform optimeras.

Personalomsättningen inom kontoret är något högre än snittet i kommunen. Omsättningen är dock särskilt stor för sjuksköterskor (65,45 %), biståndsbedömare (52,94 %) socialsekreterare (35,23 %) och arbetsterapeuter (35 %)

Personalomsättningen för dessa grupper har ökat sedan 2015.

Att antalet utannonserade tjänster ökar är antagligen ett resultat av den högre personalomsättningen.

Mångfald

(* avser jämförelse med Södertälje kommuns befolkning)

Medelålder	2014	2015	2016
Kvinnor	43,5	43,8	45,1
Män	44,8	44,7	44,4
Totalt	43,7	44,0	45,0

Andel medarbetare per åldersgrupp

	2014	2015	2016
-29	16%	15%	16%
30-39	21%	21%	21%
40-49	26%	26%	26%
50-59	26%	27%	27%
60-	10%	10%	11%

Könsfördelning	2014	2015	2016	2016 *
Kvinnor	85%	85%	84%	49%
Män	15%	15%	16%	51%

Andel medarbetare med utländsk bakgrund

	2014	2015	2016	2016 *
Medarbetare	42%	44%	45%	57%
Chefer	23%	25%	29%	-

Personalkostnader

Totala personalkostnader (tkr)

2014	2015	2016
1 058 910	1 118 097	1 157 951

Totala lönekostnader (tkr)

2014	2015	2016
1 017 634	1 084 738	1 121 681

Övertid och fyllnadstid (tkr)

2014	2015	2016
9 273	8 330	9 101

Sjuklön dag 1-14 (tkr)

2014	2015	2016
10 720	12 025	12 386

Sjuklön dag 14- (tkr)

2014	2015	2016
1 477	1 437	1 751

Medellön för tillsvidareanställd personal

	2014	2015	2016
Sk	25 768	26 577	27 398
Totalt kommunen	28 018	28 870	30 008

Sjuktal

(* avser jämförelse med kommuns medarbetare totalt)

	2014	2015	2016	2016*
Kön				
Kvinnor	9,49	10,05	8,92	7,99
Män	5,58	5,60	4,61	4,08
Ålder				
-29 år	7,43	9,70	5,93	5,65
30-49 år	9,24	9,04	7,96	6,66
50- år	8,83	9,48	9,42	8,22
Totalt	8,83	9,31	8,23	7,18

Andel långtidssjukfrånvaro, över 60 dagar

2014	2015	2016	2016*
52,02	51,49	45,32	43,70

Andel korttidssjukfrånvaro, dag 1-14

2014	2015	2016	2016*
32,38	32,97	35,96	37,19

Arbetsmiljö**Indexvärde HME**

2014	2015	2016
72	75	74

Anmälda olycksfall och tillbud

2014	2015	2016
545	625	900

Sjukfrånvaron minskar på Social- och omsorgskontoret, precis som i så gott som hela kommunen, medan den ökar i landet. Sjukfrånvaron bland de yngre har minskat särskilt mycket och är nästan nere på kommungenomsnittet.

Under året har projektet Hållbar arbetshälsa pågått och flera aktiviteter och utbildningar har rört områdena arbetsmiljö och hälsa. Nya rutiner för sjukrapportering och tidiga insatser i sjukperioden, s.k. Aktiv sjukskrivning, har införts under hösten. Alla chefer har fått utbildning i de nya rutinerna.

Den nya föreskriften från Arbetsmiljöverket "Organisatorisk och social arbetsmiljö" har fått särskild uppmärksamhet i kommunen. Alla chefer och arbetsmiljöombud har erbjudits utbildning i föreskriften och de flesta har gått utbildningen.

Under hösten har en ny riktlinje om rökfri arbetsmiljö implementerats i hela kommunen. Alla intresserade medarbetare har haft möjlighet att anmäla intresse för att delta i rökavvänjningsgrupp.

Sammanfattning av måluppfyllelse

- ☐ **Den hållbara arbetshälsan ska öka och leda till att fler medarbetare är friska och i arbete**

Åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen (i de fall måluppfyllelsen har brister)

Lägesbedömning av **målet** för kontoret:

Har brister

Sjukfrånvaron har gått ner men samtidigt har personalomsättningen ökat inom vissa svårrekryterade yrkesgrupper, vilket kan innebära att arbetshälsan inte ökat.

- ☐ **Index för hållbart medarbetarengagemang ska bibehållas eller öka för verksamheter med låga värden.**

Åtgärder som gjorts för att förbättra måluppfyllelsen (i de fall måluppfyllelsen har brister)

Lägesbedömning av **målet** för kontoret: **Bra**, **Ok** eller **Har brister**



TJÄNSTESKRIVELSE

2017-02-09

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 nämndernas sammanträden 2016-01-31 (ÄON) och 2016-02-02 (OMS) antog nämnderna social- och omsorgskontorets förslag till reviderade riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

En viss justering av dessa föreslås nu efter att avgiftshandläggare på myndigheten för äldre- och personer med funktionsnedsättning gått igenom en kammarrättsdom från 2005. I domen fastslår kammarrätten att kommunen alltid ska ta hänsyn till dubbla boendekostnader vid flytt till särskilt boende. Vid avgiftsberäkning anses tre månader vara en rimlig övergångstid för den enskilde att undanhålla medel avseende hyra för en tidigare bostad. Denna rätt anses föreligga oberoende av den enskildes eventuella förmögenhet.

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

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-09

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

Ärendet

Vid nämndernas sammanträden 2016-01-31 (ÄON) och 2016-02-02 (OMS) antog nämnderna social- och omsorgskontorets förslag till reviderade riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

En viss justering av dessa föreslås nu efter att avgiftshandläggare på myndigheten för äldre- och personer med funktionsnedsättning gått igenom en kammarrättsdom från 2005. I domen fastslår kammarrätten att kommunen alltid ska ta hänsyn till dubbla boendekostnader vid flytt till särskilt boende. Vid avgiftsberäkning anses tre månader vara en rimlig övergångstid för den

enskilde att undanhålla medel avseende hyra för en tidigare bostad. Denna rätt anses föreligga oberoende av den enskildes eventuella förmögenhet.

Mot bakgrund av kammarrättsdomen har följande stycke strukits under listan av individuella tillägg som kräver en ansökan från den enskilde.

”Kostnader för dubbla hyror i samband med avyttring av hyresrätt eller vid provboende för den som beviljats parboende.” (sid 6)

Utöver detta har ytterligare ett stycke har strukits.

”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.” (sid 9)

Detta stycke har ersatts med texten:

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

Den enskilde kan då få jämkning av omsorgsavgiften i maximalt tre månader.”

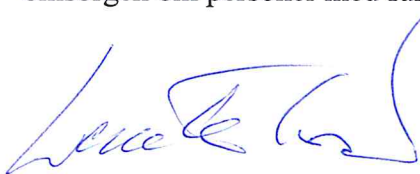
Social- och omsorgskontoret förslår att nämnden antar kontorets förslag till reviderade riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Förslaget medför inga ekonomiska konsekvenser.

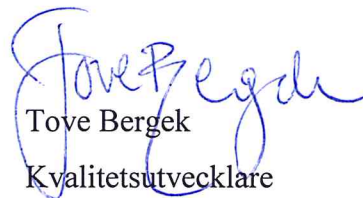
Kontorets förslag till nämnden:

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

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.....	8
Uträkning av avgiftsutrymme	8
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 skäligena,
- 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, tilläggs pension, 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 krigsinvalidier mm.

I regel räknas utländska pensioner som inkomst. Omkostnader för vård, omsorg och boende med heldygnsoomsorg 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 så 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 tolftedel 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.~~

~~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.~~

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

Den enskilde kan då få jämkning av omsorgsavgiften i maximalt tre månader.

Jämkning med anledning av dubbla boendekostnader

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

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 äldreförsörjningsstöd (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
- Förbrukningsartiklar 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.