

**KALLELSE/FÖREDRAGNINGSLISTA****OMSORGSNÄMNDEN**

2017-02-02

Tid	Torsdag den 2 februari klockan 17.00
Plats	Sammanträdesrummet Symfonin, Södertälje stadshus
Sekreterare	Johan Karlsson
Ordförande	Peter Friström (S)

## Ärenden

1. Upprop
2. Protokollets justering
3. Fastställande av dagordning

### Informationsärenden

4. Nämnden informerar
5. Kontoret informerar
6. Kommittédirektiv – Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättning

## Beslutsärenden

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

Dnr: 16/085

#### Beslutsunderlag

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

### **8. Verksamhetsplan och budget för omsorgsnämnden 2017**

Dnr: 16/077

#### Beslutsunderlag

- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse 2017-01-17
- Verksamhetsplan med internbudget 2017, prisbilaga och internkontrollplan

### **9. Revidering av riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning**

Dnr:16/098

#### Beslutsunderlag

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

### **10. Yttrande över remiss – Ökad insyn i välfärden SOU 2016:62**

Dnr:16/88

#### Beslutsunderlag

Ärendet kommer att kompletteras med handlingar

### **11. Uppföljningsplan för verksamhet inom omsorgen 2017-2019**

Dnr:17/002

#### Beslutsunderlag

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

### **12. Uppföljning av daglig verksamhet år 2016 (LSS 9 § 10 p 2016)**

Dnr:17/001

Beslutsunderlag

- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad den 12 januari 2017
- Rapport Uppföljning LSS 9 § 10 p daglig verksamhet 2016
- Bilaga 1 Frågeformulär

**13. Ärendebalans**

**14. Meddelanden/anmälningssärenden**

**15. Delegeringsbeslut**

**16. Övriga frågor**

Med vänlig hälsning

Peter Friström  
Ordförande  
Omsorgsnämnden  
Telefon (direkt): 08-523 069 07  
E-post: peter.fristrom@sodertalje.se

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



**TJÄNSTESKRIVELSE**

2017-01-13

Social- och omsorgskontoret

Socialnämnden

Omsorgsnämnden

Äldreomsorgsnämnden

## Ärende 7.

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

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

#### **Sammanfattning av ärendet**

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

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

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

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

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

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

## **Beslutsunderlag**

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

Revisionskrivelse, daterad 2016-11-03

Revisionsrapport 6/2016

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

## **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Förslaget medför inga ekonomiska konsekvenser.

## **Kontorets förslag till nämnden:**

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

Lenita Granlund  
Socialdirektör

Tove Bergek  
Kvalitetsutvecklare

Handläggare: Tove Bergek  
Kvalitetsutvecklare  
Staben  
Telefon (direkt): 08-523 03 592  
E-post: tove.bergek@sodertalje.se

## **Beslutet skickas till**

Akten

Revisorerna

**SKRIVELSE**

2017-01-12

Social- och omsorgskontoret

Socialnämnden

Äldreomsorgsnämnden

Omsorgsnämnden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.

Södertälje kommun  
Revisorerna

SÖDERTÄLJE KOMMUN	
Social- och försörjningskontoret	
2016 -11- 04	
OTS	
Dnr: 16/085	4827

Revisionskrivelse  
2016-11-03

Till: Omsorgsnämnden, Socialnämnden, Äldreomsorgsnämnden  
För kännedom: Kommunfullmäktige

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

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

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

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

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

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

För revisorerna i Södertälje kommun

  
Christer Björk

  
Sören Lekberg

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



SÖDERTÄLJE KOMMUN	
Social- och omsorgskontoret	
2016-11-04	
CMS	
Om	Sk. nr
16085	4826

# Södertälje kommun

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



## Innehåll

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

## 1 Sammanfattning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mot bakgrund av vad som har framkommit i granskningen föreslås:

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

## 2 Inledning

### 2.1 Bakgrund

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

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

### 2.2 Syfte

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

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

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

### 2.3 Avgränsningar

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

### 2.4 Ansvariga nämnder

Socialnämnden, Omsorgsnämnden och Äldreomsorgsnämnden.

### 2.5 Revisionskriterier

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

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

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

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

## **2.6 Metod**

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

## **2.7 Kvalitetssäkring**

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

### 3 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

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

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

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

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

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

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

Bestämmelser om lex Sarah finns i SoL<sup>1</sup> och LSS<sup>2</sup> samt i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah.

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

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

---

<sup>1</sup> 14 kap. 2–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL

<sup>2</sup> 24 b-24 g §§ och 23 e § LSS

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

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

Rapporterat missförhållande ska utredas och åtgärder ska vidtas. Föreskrifterna specificerar dels vad utredningen ska innehålla, dels dokumentering av vidtagna åtgärder. Utredningen ska utvisa om det rapporterade missförhållandet är en avvikelse eller en allvarlig eller påtaglig risk för missförhållande som ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Anmälan ska göras på en särskild blankett<sup>3</sup>.

Rutiner för bland annat rapportering, utredning och undanröjning av missförhållanden och risker ska vara fastställda och dokumenterade<sup>4</sup>. Rutinerna ska även omfatta anmälan om allvarliga missförhållanden och risker för allvarliga missförhållanden.

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

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

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

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

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

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

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

---

<sup>3</sup> Är en bilaga till föreskrifterna.

<sup>4</sup> I bilaga 2 beskriver vi närmare vad rutinerna och utredningen bör innehålla.



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

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

## **4 Nämndernas ansvarsområden och organisation**

### **4.1 Nämndernas ansvarsområden**

#### **4.1.1 Omsorgsnämnden**

Omsorgsnämndens verksamhetsområde omfattar verksamhet för funktionshindrade. Nämnden ansvarar för kommunens verksamhet enligt LSS och fullgör de uppgifter som ankommer på kommunen för funktionshindrade enligt SoL, med undantag av den uppgift som avser insatser till personer med demensdiagnos. Nämnden leder inom sin verksamhet hälso- och sjukvården, dock inte enligt 24 § HSL<sup>5</sup>.

#### **4.1.2 Socialnämnden**

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

#### **4.1.3 Äldreomsorgsnämnden**

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

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

### **4.2 Social- och omsorgskontoret**

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

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

---

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

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

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

### **4.3 Organisation av kommunens hälso- och sjukvård**

Kommunen hälso- och sjukvårdsansvar är upp till sjuksköterskenivå och innefattar vård/omvårdnad, rehabilitering, habilitering<sup>6</sup> och hjälpmedel. Ansvaret omfattar personer som får bostadsbehovet tillgodosett enligt SoL eller LSS samt daglig verksamhet enligt LSS.

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

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

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

## **5 Ledningssystem och rutiner**

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

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

- ▶ Kommunens värdegrund och värdegrundsprinciper

---

<sup>6</sup> För personer som har varaktiga funktionsnedsättningar ansvarar landstinget för habilitering, både behandling och råd och stöd.

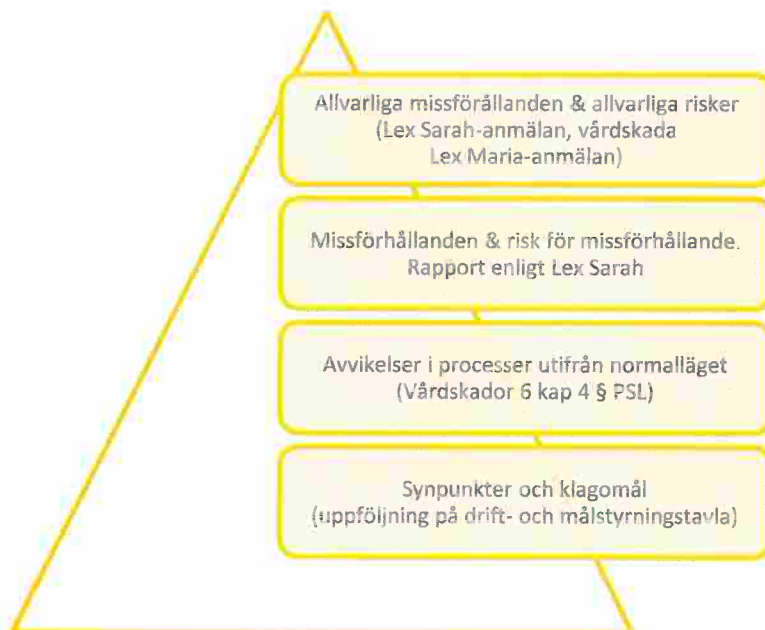
- ▶ Ledning för kvalitet
  - ▶ Kommunfullmäktiges och kommunstyrelsens styrning
  - ▶ Kommunens styrprocess
  - ▶ Kvalitetsarbetets ansvarsfördelning
- ▶ Kvalitetsarbetets innehåll
  - ▶ Processer och rutiner
  - ▶ Samverkan
  - ▶ Synpunkter från brukare, KPR, KHR och intresseorganisationer
  - ▶ Riskanalys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

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

## 5.1 Avvikelsehanteringen

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

Figur 1 - Typ avvikelse



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

### **5.1.1 Kvalitetsredovisning och patientsäkerhetsberättelse – Rapportering av avvikelser**

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

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

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

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

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

## **5.2 Styrdokument för rapportering av missförhållande**

### **5.2.1 Rutin för rapportering av missförhållande**

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

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

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

### 5.3 Rapportering avvikelse enligt SoL och LSS

I rutinen<sup>7</sup> beskrivs processen från upptäckt av ett missförhållande till beslut. Utöver själva rutinbeskrivningen finns en processkarta som redovisar de aktiviteter som ingår i hanteringen av avvikelse enligt SoL och LSS (se bilaga 3). Av processkartan framgår vem som är ansvarig för samt vilka som involveras i att utföra en viss aktivitet i hanteringen av synpunkter och klagomål samt missförhållanden.

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

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

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

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

### 5.4 Styrdokument för avvikelserapportering enligt HSL

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

## **5.5 Tillämpning**

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

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

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

## **5.6 Utbildning**

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

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

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

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

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

## 6 Statistik över avvikelser, synpunkter och klagomål

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

Tabell 1 – Avvikelser 2015

Nämnd	2015
Omsorgsnämnden	428
Socialnämnden	163
Äldreomsorgsnämnden <sup>8</sup>	615

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

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

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

### 6.1 Avvikelser och anmälningsärenden enligt lex Sarah och lex Maria

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

<sup>8</sup> I patientsäkerhetsberättelsen redovisas äldreomsorgsnämndens och kommunalnämndernas inrapporterade avvikelser tillsammans.

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

	Avvikelse som ej bedömts som missförhållande	Missförhållanden	Allvarliga missförhållanden	Misstanke om vårdskador eller klagomål	Lex Maria anmälningar till IVO
<b>Omsorgsnämnden</b>					
2014	19	16	0	-	-
2015	18	10	1	4	0
2016	17	6	0	1	0
Totalt	54	32	1	5	0
<b>Socialnämnden</b>					
2014	3	1	0	0	0
2015	2	2	1	0	0
2016	3	0	0	1	0
Totalt	8	3	1	1	0
<b>Äldreomsorgsnämnden</b>					
2014	3	10	0	2	2
2015	9	8	1	3	0
2016	2	3	2	4 <sup>9</sup>	0
Totalt	14	21	3	9	2

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

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

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

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

## 6.2 Nämndernas vidtagna åtgärder med utgångspunkt i avvikelserna

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

### 6.2.1 Omsorgsnämnden

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

<sup>9</sup> När rapporten skrivs pågår en utredning där bedömning inte är färdig.



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

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

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

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

### **6.2.2 Socialnämnden**

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

### **6.2.3 Äldreomsorgsnämndens vidtagna åtgärder**

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

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

## **6.3 Bedömning**

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

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

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

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

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

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

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

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

Våra iakttagna otydligheter är följande:

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

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

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

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

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

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

## 7 Svar på revisionsfrågorna

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

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

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

Södertälje den 3 november 2016

Gunnar Uhlin  
Verksamhetsrevisor

Andreas Halvarsson  
Verksamhetsrevisor

## Bilaga 1 Källförteckning

### Intervjuade befattningshavare

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

### Granskade dokument

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

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

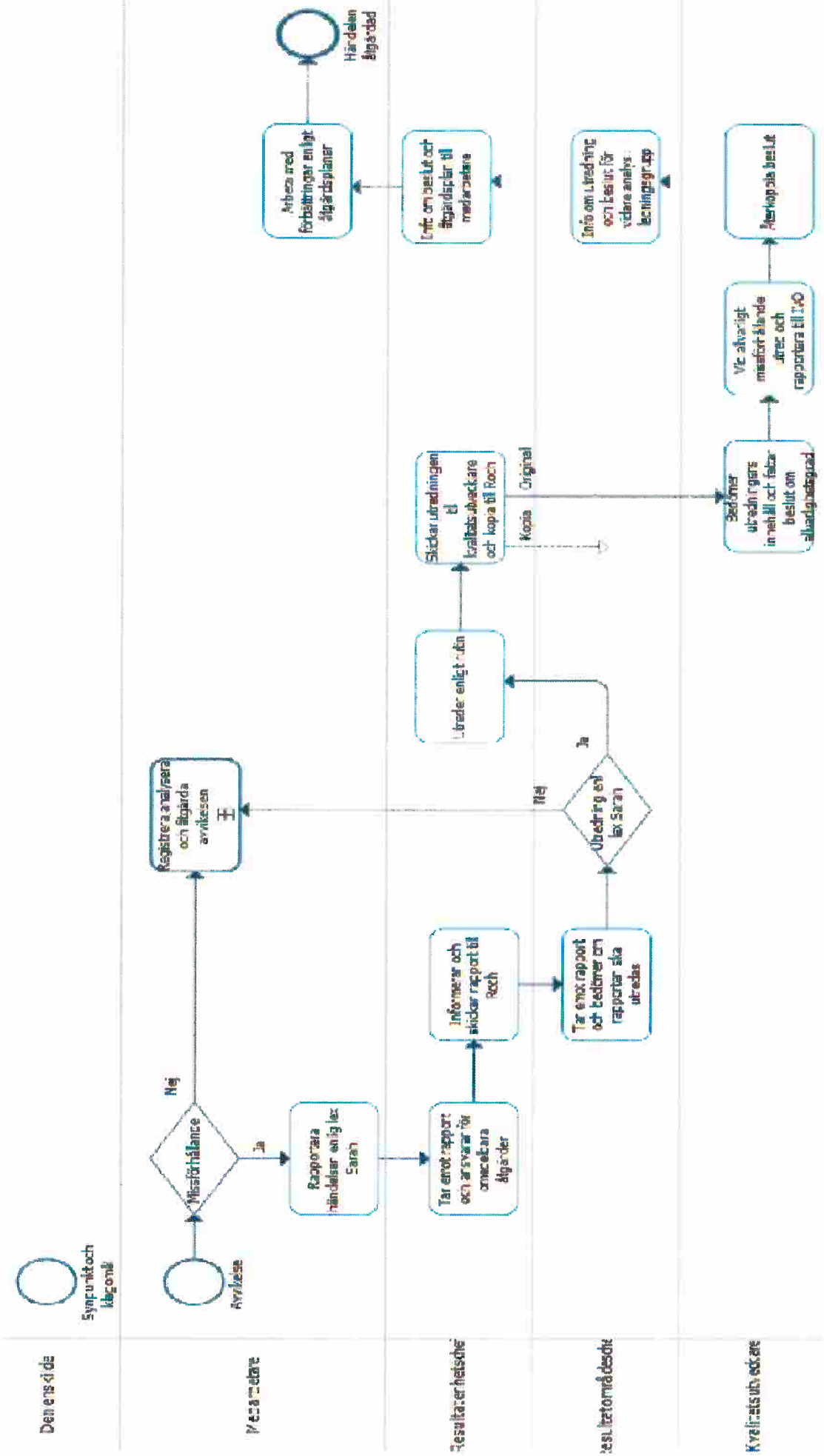
Enligt allmänna råden bör rutinerna innehålla följande:

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

Rutinerna för utredningen bör utvisa

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

### Bilaga 3 Processbeskrivning avvikelse enligt SoL och LSS







2017-01-17

**Tjänsteskrivelse**

Dnr

Kontor

**Social- och  
omsorgskontoret**

Handläggare

Tomas Cansu  
08-523 037 07  
tomas.cansu@sodertalje.se

Omsorgsnämnden

**Ärende 8.****Verksamhetsplan med internbudget 2017****Sammanfattning av ärendet**

Förslag till omsorgsnämndens verksamhetsplan för 2017 innehåller en beskrivning av nämndens ansvarsområden och verksamheter samt omvärldshändelser av betydelse. Därefter följer förslag till nämndspecifika verksamhetsmål för styrning av verksamheten och tillhörande indikatorer för uppföljning. Kontoret lämnar förslag till nämndens internbudget för 2017 samt uppgift om aktuella statsbidrag som nämnden berättigas att ansöka under året. Slutligen presenteras internkontrollplanen för och en redogörelse för kommande uppföljningar i samband med delårs- och årsboksluten.

Social- och omsorgskontoret föreslår att omsorgsnämndens verksamhetsplan inklusive internbudget 2017 och internkontrollplan fastställs i enlighet med kontorets förslag.

**Beslutsunderlag**

1. Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse 2017-01-17
2. Verksamhetsplan med internbudget 2017, prisbilaga och internkontrollplan

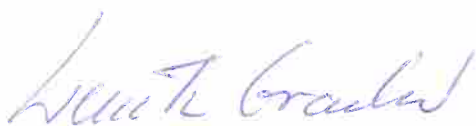
**Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Kommunfullmäktiges Mål&Budget 2017-2019 innebär att omsorgsnämnden erhåller ett kommunbidrag om 728 705 tusen kronor för 2017. Föreslagen fördelning av kommunbidraget ut på respektive verksamhetsområde bygger på utförd verksamhet och ekonomiskt utfall år 2016. Revidering av verksamheternas priser har skett utifrån den generella uppräkningsprocenten enligt mål och budget 2017-2019 och/eller enligt

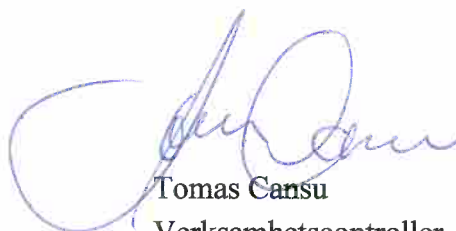
förekommande avtal inom respektive verksamhetsområde. Tilldelat kommunbidrag innebär full kostnadstäckning. Trots detta fortskrider de redan påbörjade arbetsinsatser som syftar till att oupphörligen kunna erbjuda en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.

**Social- och omsorgskontorets förslag till omsorgsnämnden:**

Omsorgsnämnden fastställer verksamhetsplan inklusive internbudget, prisbilaga och internkontrollplan för 2017 i enlighet med kontorets förslag.



Lenita Granlund  
Socialdirektör



Tomas Cansu  
Verksamhetscontroller

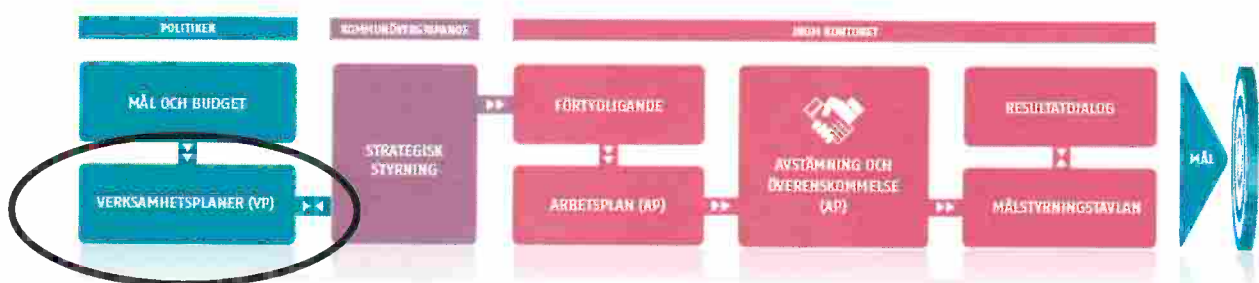
*Beslutet expedieras till:*

*Akten*

*Kommunstyrelsen*

*KSK ekonomi*

# Verksamhetsplan 2017

**Nämnd:**

Omsorgsnämnden

**Kontor:**

Social- och omsorgskontoret

**Nämndens ordförande:**

Peter Friström

**Ansvarig kontorschef:**

Lenita Granlund

Datum: den 17 januari 2017

## **Innehållsförteckning**

<b>1. Nämndens ansvarsområden och verksamheter .....</b>	<b>3</b>
1.1 Nämndens verksamheter och funktioner .....	3
1.2 Antal anställda .....	3
1.3 Organisationsschema .....	4
1.4 Verksamhetsidé .....	4
1.5 Verksamhetsinriktning .....	4
1.6 Värdegrund .....	6
<b>1. Omvärldshändelse av betydelse för omsorgsnämnden .....</b>	<b>7</b>
2.1 FNs konvention .....	7
2.2 Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen .....	7
2.3 Välfärdsutredningen .....	8
2.4 Tillitsdelegationen .....	8
2.5 Socialstyrelsens uppdrag kring jämställdhet .....	8
2.6 Socialstyrelsens lägesrapport .....	9
2.7 Nationell brukarundersökning inom funktionshinderområdet .....	9
2.8 Ny vision för e-hälsa .....	9
2.9 Våld i nära relationer .....	10
<b>3. Verksamhetsmål 2017-2019 .....</b>	<b>11</b>
<b>Ekonomi .....</b>	<b>12</b>
4.1 Internbudget .....	14
4.2 Verksamhetsområde LSS .....	14
4.2.1 Gemensamt LSS .....	14
4.2.2 Personlig assistans .....	14
4.2.3 Avlösning/ledsagning/kontaktpersoner LSS .....	15
4.2.4 Korttidshem/korttidstillsyn LSS .....	16
4.2.5 Boende LSS .....	16
4.2.6 Daglig verksamhet LSS .....	17
4.3 Verksamhetsområde SoL .....	17
4.3.1 Gemensamt SoL .....	17
4.3.2 Ordinärt boende SoL .....	17
4.3.3 Särskilt boende SoL .....	19
4.3.4 Förebyggande verksamhet .....	20
4.3.5 Riksfärdtjänst .....	20
4.3.6 Politisk verksamhet .....	20
4.4 Investeringar .....	20
<b>4. Statsbidrag, riktade satsningar och återsökningar .....</b>	<b>21</b>
<b>5. Nämndens internkontroll .....</b>	<b>22</b>
6.1 Väsentliga processer för omsorgsnämndens måluppfyllelse .....	22
6.2 Riskbedömning och riskhantering .....	22
6.3 Intern kontroll .....	23
<b>6. Uppföljning .....</b>	<b>24</b>

## **1. Nämndens ansvarsområden och verksamheter**

Omsorgsnämndens verksamhetsområde är verksamheter för funktionshindrade.

Nämnden utövar ledningen av kommunens verksamheter enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Nämnden fullgör också kommunens uppgifter enligt socialförsäkringsbalken (2010:110) (SFB) samt de uppgifter som ankommer på kommunen för personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), (SoL) med undantag av den uppgift som avser insatser till personer med demensdiagnos då den uppgiften åligger äldreomsorgsnämnden enligt dess reglemente.

Nämnden utövar också ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården i nämndens egen verksamhet. Inom nämndens verksamhetsområde ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska som svarar för de uppgifter som framgår av tillämpliga bestämmelser i hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

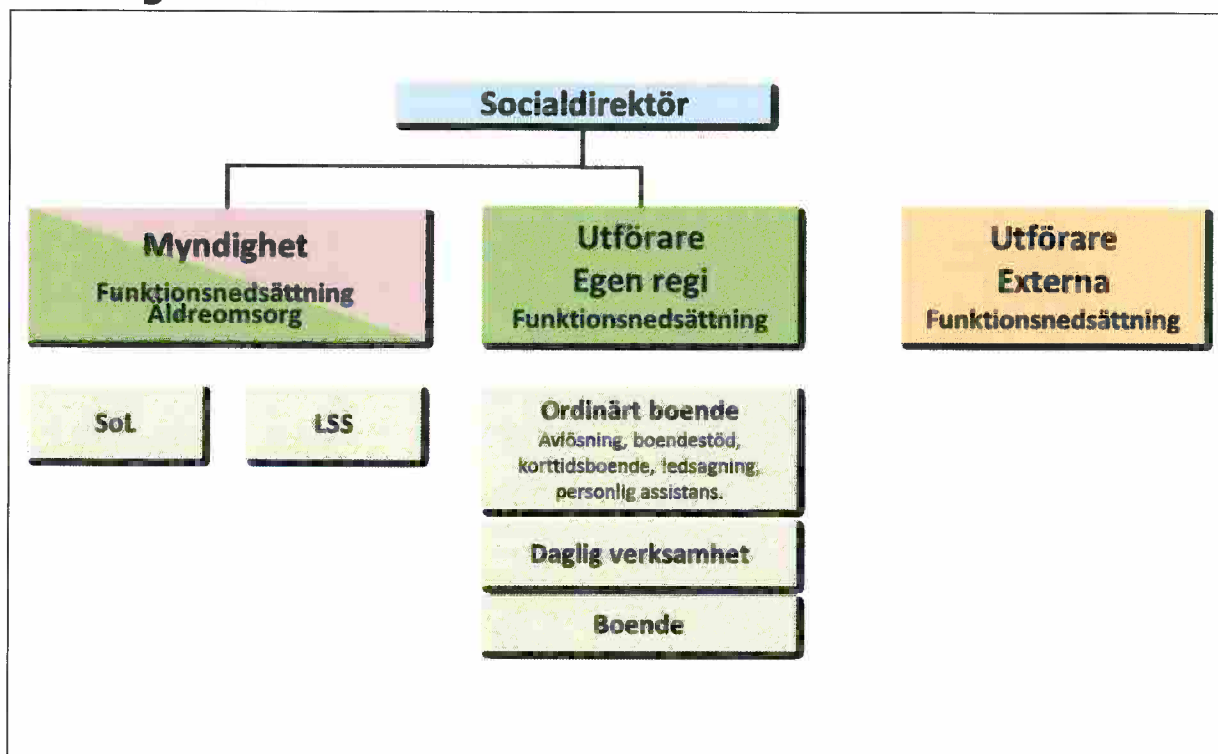
### **1.1 Nämndens verksamheter och funktioner**

Inom omsorgsnämnden finns två resultatområden: Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF) och Verksamheten för personer med funktionsnedsättning (VFF). Myndigheten ansvarar för utredningar enligt SoL för personer under 65 år samt insatser enligt LSS. Utförarorganisationen ansvarar och verkställer insatser efter beslut från myndigheten samt Försäkringskassan. Utförarorganisationen består av tre verksamhetsområden: Ordinärt boende, Daglig verksamhet samt Boende. Ordinärt boende inkluderar insatser såsom personlig assistans, korttidsvistelse, boendestöd, avlösar- och ledsagarservice.

### **1.2 Antal anställda**

Nämnden har 509 anställda (488,2 årsarbetare) per den 31 oktober 2016 samt 59 PAN anställda per 31 augusti 2016.

### 1.3 Organisationsschema



### 1.4 Verksamhetsidé

Omsorgsnämnden ska utifrån tillgängliga resurser erbjuda kommuninvånare i Södertälje kommun insatser så att de förbättrar sina förutsättningar att leva ett självständigt liv.

### 1.5 Verksamhetsinriktning

Alla personer med funktionsnedsättning ska med stöd så långt som möjligt kunna leva ett självständigt liv utifrån sina egna förutsättningar. Insatserna ska anpassas till individuella behov utifrån ett helhetsperspektiv och i samverkan med berörda aktörer.

Verksamhet för personer med funktionsnedsättning ska ge förutsättningar till ett självständigt liv. I första hand sker detta genom att klara eget boende. I andra hand förverkligas det genom en meningsfull sysselsättning. För att det ska ske, krävs en nära samverkan mellan kontor, bolag och externa aktörer.

Metoder och arbetssätt som används inom omsorgen ska så långt som möjligt baseras på forskning och beprövad erfarenhet. Under perioden ska utvecklingen mot en kunskapsbaserad omsorg förstärkas. Uppföljning av effekter och resultat är centralt för att långsiktigt kunna ge medborgarna en kvalitetssäkrad välfärd.

Rätt kompetens hos personalen som ska ge stöd, service och omsorg är av största vikt. För att kunna möta framtidens krav på en verksamhet med god kvalitet behövs hållbara strategier för att attrahera och

kompetensutveckla personal. Strategier för långsiktig kompetensförsörjning ska därför tas fram.

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

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

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

Digitaliseringen bidrar till resurseffektivare verksamhet, bättre underlag för uppföljning och rättssäkra beslut. Hjälpmiddel 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.

## **1.6 Värdegrund**

*Medborgaren först, detta betyder för oss:*

Omsorgsnämnden har alltid fokus på medborgarna i Södertälje kommun och utgår alltid ifrån brukarens behov. Vi strävar efter enskilda individers rätt till olika behandling utifrån unika behov. Vi skapar möjligheter till dialog, delaktighet och inflytande. Vår strävan är att varje resurs alltid ska användas till att skapa ett värde för medborgaren.

*Respekt för individen, detta betyder för oss:*

I omsorgsnämnden respekterar vi alla människor oavsett ålder, kön, etnicitet, religion, funktionsnedsättning eller sexuell läggning. Vi ska alltid visa människor aktning och empati, lyssna aktivt, bemöta människor på det sätt som vi själva vill bli bemötta, visa respekt för varandra. Respekt ska bejakas både genom bemötande och genom förväntningar.

*Mer än förväntat, detta betyder för oss:*

Vi ger våra medborgare god service till bästa möjliga kvalitet. Vi använder de gemensamma resurserna på ett så effektivt sätt som möjligt och vi ska alltid skapa ett mervärde för brukaren.

*Utgå alltid från samhällsuppdraget, detta betyder för oss:*

Vi ska stödja människors strävan efter ett bra liv och se vårt uppdrag i ett helhetsperspektiv. Vidare ska vi ge så bra service som möjligt utifrån de lagar och regler som vi är ålagda att följa.

*Olikheter är en styrka, detta betyder för oss:*

Vi kommer att lyckas med vårt samhällsuppdrag om vi använder våra olikheter i organisationen vid rekrytering, samarbete, arbetslagssammansättning och i medborgardialog med mera. Olikheter skapar en dynamik som utvecklar både människor och verksamhet. Genom detta perspektiv bejakar vi nyfikenhet, öppenhet och lyhördhet.



## **1. Omvärldshändelse av betydelse för omsorgsnämnden**

### **2.1 FNs konvention**

Funktionshinderspolitiken utgår från FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Målen är en samhällsgemenskap med mångfald som grund, att samhället utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

Dagens funktionshinderspolitik har sin grund i handlingsplanen Från patient till medborgare som beslutades av riksdagen år 2000 och de nationella mål som då antogs. Sverige ratificerade år 2008 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och under åren 2011–2016 har det pågått ett arbete med den av regeringen beslutade strategin för genomförandet av funktionshinderspolitiken.

De nationella målen är:

- samhällsgemenskap med mångfald som grund,
- att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet,
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

Myndigheten för delaktighet (MFD) har haft i uppdrag att utvärdera regeringens funktionshinderpolitik och ge förslag på struktur för genomförande, uppföljning och inriktning inom funktionshindersområdet. Uppdraget redovisades i juni 2016. MFD föreslår istället följande målformulering: Ett jämlikt och hållbart samhälle med mångfald som grund som respekterar och främjar alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter samt säkerställer delaktighet för alla personer med funktionsnedsättning. Regeringen har ännu inte fattat beslut om ny inriktning för funktionshinderpolitiken.

### **2.2 Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen**

Regeringen har utsett en utredare för att se över assistansersättningen i SFB och delar av LSS. Uppdraget ska redovisas senast den 1 oktober 2018. Bakgrunden till uppdraget är den kritik att många av de centrala begrepp i LSS är otydliga vilket innebär svårigheter när behoven och omfattningen av stödet ska bedömas. Exempelvis "goda levnadsvillkor" och målet att "leva som andra". Av direktivet för uppdraget framgår flera frågor som ska belysas: hur ändamålsenliga insatserna är, vilka nya insatser som behövs, orsaker till skillnader mellan män och kvinnor vad gäller kvalitet och omfattning av insatser.

Kostnaderna för personlig assistans har ökat men inte i samma takt som antalet personer som får insatsen. Det framgår därför av uppdraget att besparingar inom personlig assistans behöver göras. Utredaren ska också göra en översyn av det delade huvudmannskapet för personlig assistans och vilka konsekvenser det ger. Syftet med uppdraget är att skapa en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling av insatsen personlig assistans och att få till stånd mer ändamålsenliga insatser i LSS samt att lagstiftningen ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet.

### **2.3 Välfärdsutredningen**

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

### **2.4 Tillitsdelegationen**

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

### **2.5 Socialstyrelsens uppdrag kring jämställdhet**

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

## 2.6 Socialstyrelsens lägesrapport

Socialstyrelsen beskriver tillståndet och utvecklingen inom funktionshinderområdet i landet. I lägesrapporten för 2016 beskrivs bland annat:

- Fler personer får insatser enligt LSS och den största ökningen har skett bland de som är 65 och äldre.
- Fler män än kvinnor har insatser enligt LSS och största könsskillnaden är i åldersgruppen 0–22 år. Skillnaden beror troligvis på att vissa diagnoser är vanligare hos män än hos kvinnor, till exempel utvecklingsstörning och autism. Eftersom personkretsen för LSS delvis utgår från dessa diagnoser kan det innebära att flickor och kvinnor med annan funktionsnedsättning inte får samma tillgång till stöd och hjälp som pojkar och män.
- Alla barn och unga i särskilt boende enligt LSS kommer inte till tals och det gäller framförallt barn och unga med komplexa behov som bor heltid på boenden.
- Många barn och unga med intellektuell funktionsnedsättning föreskrivs antipsykotiska utan samtid psykiatrisk diagnos. Det gäller särskilt barn och unga i LSS boende. Läkemedlen är förenat med risker men en trolig orsak till dess användning är deras stämningsstabiliserande effekter på utmanande beteenden. Socialstyrelsen anser att den höga användningen av antipsykotiska utan samtidig diagnos är bekymmersam och framhåller vikten av att de pedagogiska och kognitiva metoder som finns får ett ökat genomslag i verksamheterna.
- Medvetenheten om att begränsningsåtgärder är otillåtna har ökat i verksamheterna men begränsningsåtgärderna har endast minskat något.
- Fortfarande får många vänta på att få sina beslut verkställda. Undantagen är kontaktperson enligt Sol och LSS.

## 2.7 Nationell brukarundersökning inom funktionshinderområdet

SKL har tagit fram en nationell brukarundersökning som riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boende och sysselsättning enligt LSS och SoL. Södertälje kommun har genomfört den nationella undersökningen under hösten 2016. På sikt är målet att resultaten ska presenteras kommunvis i kommun- och landstingsdatabasen Kolada.

## 2.8 Ny vision för e-hälsa

Regeringen och SKL har kommit överens om en ny vision för e-hälsa som tar sikte på 2025, då Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd

samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.

## **2.9 Våld i nära relationer**

Våld i nära relationer är ett område där kompetensen behöver öka vad det gäller upptäckt, utredning och stöd inom hela socialtjänsten.

Kunskap, insatser, rutiner och samverkan ska utvecklas ytterligare.

### 3. Verksamhetsmål 2017-2019

#### Nämndmål 1: Rättssäker handläggning

Indikator	Målnivå 2016	Utgångsläge 2016	Målnivå 2017
Uppföljningar ska göras minst en gång per år	97 %	84 %	97 %
Utredningar ska färdigställas högst inom tre månader	95 %	75 %	95 %

#### Nämndmål 2: Brukaren är delaktig och har inflytande över sin insats

Indikator	Målnivå 2016	Utgångsläge 2016	Målnivå 2017
Nöjda brukare vid utförande av genomförandeplan	85 %	69 %	90 %
Andel genomförandeplaner som visar på delaktighet och självständighet	85 %	50 %	90 %
Andel brukare, med behov av samordnad individuell plan (SIP), som har en SIP.	Mål 90 %	Medel 90 %	90 %

#### Nämndmål 3: Boende i bostad med särskild service (KFs mål: Brukarna ska uppleva delaktighet och kvalitet i insatserna.)

Indikator	Målnivå 2016	Utgångsläge 2016	Målnivå 2017
Andel/antal brukare som är nöjd med sitt boende	NYTT	NYTT	90 %

#### Nämndmål 4: Den hållbara arbetshälsan ska öka och leda till att fler medarbetare är friska och i arbete.

Indikator	Målnivå 2016	Utgångsläge 2016	Målnivå 2017
Sjukfrånvaron ska minska	6,2 %	8,4 %	6,2 %

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

Indikator	Målnivå 2016	Utgångsläge 2016	Målnivå 2017
Andel utförda aktiviteter i den digitala handlingsplanen som berör nämnden.	NYTT	NYTT	100 %

## Ekonomi

Under året har nämnden fortsatt arbeta med de synpunkter som revisionen framförde hösten 2014. Bland annat har en projektgrupp arbetat med att åtgärda felaktigheter i registreringen i Procapita och kvaliteten har förbättrats. Som svar på synpunkterna genomfördes upphandlingar av boende och daglig verksamhet med fastställda priser per nivå för att säkerställa att de externa utförarna har enhetliga villkor, vilket väsentligt underlättar kommunens planering. Under 2016 genomfördes förlängningar av ramavtalen för boende LSS och daglig verksamhet LSS.

Åtgärder för att få ner kostnaderna för insatsen bostad med särskild service är sedan tidigare framtagna. Insatsmätningar som har genomförts inom området under året har syftat till att kvalitetssäkra nivåerna på samtliga insatser såväl internt som externt. Insatsmätningarna har medfört reducerade kostnader om ca 6 mkr på helår. Verksamheterna ser regelbundet över brukarnas behov av boendeform för att öka möjligheten till rörlighet mellan de olika boendeinsatserna.

Arbetet med att åstadkomma förtätningar enligt boendepplanen och att se över möjligheterna till eventuella hemtagningar fortsätter under år 2017. Genomförandet av dessa åtgärder förutsätter dock tillgång till nya lokaler och en samplanering med myndigheten för äldre och funktionshindrade och lokalstyrgruppen.

Arbetet med att anpassa och forma verksamheterna i allmänhet och daglig verksamhet i synnerhet går vidare. Intentionen är att fortsätta på den inslagna linjen med närmare samverkan mellan utförare och myndighet. Att på ett effektivare sätt gå ut med erbjudanden till brukarna och på andra sätt motivera brukarna att gå till den dagliga verksamheten ska hjälpa egenregiverksamheten att minska och undvika tomma platser.

Ett systematiskt uppföljningsarbete under året som i praktiken inneburit tätare uppföljningar har varit inriktat på att säkerställa rätt insatser till rätt kostnad. Arbetssättet är alltjämt vedertaget och kommer att ingå som gängse tillämpning i myndighetens långsiktiga arbete. Under år 2016 har verksamhetsområdet personlig assistans varit prioriterat, med färre insatser och en kraftig reduktion av utförd tid som följd. Under år 2017 kommer fokus även att läggas på andra verksamhetsområden. Myndigheten har som målsättning att fortlöpande genomföra uppföljningar inom samtliga verksamhetsområden.

Som en del av projektet Hållbar omsorg kommer den översyn som påbörjades år 2016 av befintliga pris- och ersättningsmodell att utvärderas och ligga till grund för en ny upphandling. Arbetet kommer att vara inriktat på att bedöma rimligheten i de priser som används idag men också att se över ersättningsmodellens struktur med olika prisnivåer. Översynen kommer även att omfatta en närmare analys av utvecklingen inom verksamhetsområdet bostad med särskild service LSS. Översynen utgör ett generellt led i den övergripande strategin att säkerställa en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet. På längre sikt är målet att jämställa villkoren oavsett utförare.

I verksamhetsplanen redogörs för hur kommunbidraget till omsorgsnämnden fördelas ut per verksamhetsområde. Enligt nedan presenterad budget är kommunbidraget fullt ut utfördelat på samtliga verksamhetsområden som ingår inom ramen för omsorgsnämndens ansvarsområde. Faktiskt utförd verksamhet föregående år samt i övrigt andra relevanta justeringar till följd av nya eller ändrade förutsättningar inför år 2016 har legat till grund för innevarande års budget. Budgetanslaget till externt köpt verksamhet grundar sig på beslutade nivåer och priser enligt gällande avtal. För att möta eventuella behov som kan uppstå inom projektet Hållbar omsorg eller andra oförutsedda händelser finns en buffert avsatt under gemensamt LSS.

## 4.1 Internbudget

Ramen för omsorgsnämnden fördelas enligt följande:

	Budget 2016	Utfall 2016	Resultat 2016	Förslag 2017
Gemensamt LSS (inkl HSL)	36 765	40 326	-3 561	49 909
Personlig assistans	86 054	89 641	-3 587	83 114
Avlösning/ledsagning/kontaktpersoner LSS	17 716	14 390	3 326	17 494
Korttidshem/korttidstillsyn LSS	24 024	27 627	-3 603	25 289
Boende LSS	339 587	358 820	-19 233	364 079
Daglig verksamhet LSS	126 331	125 537	794	111 026
<b>Summa verksamhetsområde LSS</b>	<b>630 477</b>	<b>656 341</b>	<b>-25 864</b>	<b>650 911</b>
Gemensamt SoL	5 953	4 738	1 215	6 406
Ordinärt boende SoL	43 372	38 399	4 973	40 794
Särskilt boende SoL	26 970	19 826	7 144	15 952
Turbunda resor	0			13 583
Ej utfördelat				
<b>Summa verksamhetsområde SoL</b>	<b>76 295</b>	<b>62 963</b>	<b>13 332</b>	<b>76 735</b>
Riksfärdtjänst	204	177	27	203
Politisk verksamhet	856	698	158	856
Förvaltningsgemensamma kostnader	0	-1 880	1 880	0
<b>Totalt omsorgsnämnden</b>	<b>707 831</b>	<b>718 299</b>	<b>-10 467</b>	<b>728 705</b>

## 4.2 Verksamhetsområde LSS

### 4.2.1 Gemensamt LSS

Inom verksamheten återfinns kostnader för myndighetsutövning och kostnader för gemensamma verksamheter inom området LSS. Ramen har utökats med en buffert på oförutsedda händelser eller behov som uppstår inom Hållbar omsorg.

I ramen ingår även ett särskilt anslag på 8,4 mnkr avseende överföringen av HSL-verksamheten från Landstinget. År 2018 kommer HSL-verksamheten att hanteras som övriga LSS-insatser, ersättning kommer på samma sätt att regleras via det nationella utjämningsystemet.

### 4.2.2 Personlig assistans

Inom personlig assistans återfinns kostnader för personlig assistans enligt både LSS och Socialförsäkringsbalkens kapitel 51.

tkr per del inom personlig assistans	Budget 2016	Utfall 2016	Förändring	Förslag 2017
Sjuklöner enl SFB (tidigare LASS)	3 127	3 027	100	2 861
Personlig assistans enl LSS (externt)	23 761	24 529	-768	28 924
Första 20 timmarna till försäkringskassan	53 457	56 415	-2 958	56 204
<b>Totalt kostnader personlig assistans</b>	<b>80 345</b>	<b>83 971</b>	<b>-3 626</b>	<b>87 989</b>



I förhållande till budget har volymer och kostnader för personlig assistans LSS stadigt minskat under år 2016. Med utgångspunkt från utfallet budgeteras det med ungefär lika mycket resurser till detta område.

Personlig assistans enligt LSS (ej försäkringskassa beslut)		
Total Antal timmar	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	27 085	32 537
Externt	85 436	66 864
<b>Total</b>	<b>112 521</b>	<b>99 401</b>

Kostnaderna för personlig assistans enl. SFB (20 första timmar) har minskat mellan år 2015 och 2016. Inför 2017 budgeteras för antalet verkställda insatser per oktober månad 2016, vilka är några färre jämfört med samma period år 2015. I budgeten har det räknats med en höjd timkostnad, d v s en justering av timersättningen till samma nivå som försäkringskassan.

Personlig assistans enligt SFB	Utfall 2016	Budget 2017
Antal brukare	187	185
Antal timmar	195 141	193 140

#### 4.2.3 Avlösning/ledsagning/kontaktpersoner LSS

Inom detta verksamhetsområde återfinns kostnader för ledsagarservice, avlösarservice och kontaktpersoner LSS. Förändringar såsom pris- och lönekomensation har beaktats. Enligt samma princip som gäller för andra LSS-insatser så har även i detta fall volymerna i oktober legat till grund för 2017 års budget. Anledningen till den budgeterade volymökningen i 2017 års budget är att flera brukare som tidigare haft insatsen korttidsvistelse istället beviljats ledsagning eller avlösarservice.

Ledsagare enligt LSS		
Antal utförda timmar	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	14 348	21 006
Externt	1 011	1 200
<b>Total</b>	<b>15 359</b>	<b>22 206</b>

Avlösare enligt LSS		
Antal utförda timmar	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	12 135	15 234
Externt	0	0
<b>Total</b>	<b>12 135</b>	<b>15 234</b>

#### 4.2.4 Korttidshem/korttidstillsyn LSS

Här återfinns kostnader för korttidshem, korttidsfamiljer, sommar/lov-verksamhet samt korttidstillsyn för barn över 12 år.

I de interna platserna finns även köp från andra nämnder.

#### 4.2.5 Boende LSS

Inom boende LSS återfinns kostnader för grupp- och servicebostäder inom LSS samt kostnader för gruppboende inom psykiatri samt bostadsanpassningar.

Sammanställning budget 2017	Egen regi	Extern utförare	Totalt antal årsplatser
Boende, barn- och ungdomar	0	5	5
Boende, vuxna	144	237	381
Boende psykiatri	16	0	16
<b>Totalt antal årsplatser</b>	<b>160</b>	<b>242</b>	<b>402</b>

Bostad med särskild service för barn och ungdom enligt LSS			
Antal helårsplatser	Utfall 2016	Budget 2017	
Internt	0	0	
Externt	5	5	
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	

Bostad med särskild service vuxna ej psykiatri LSS			
Antal helårsplatser	Utfall 2015	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	135	140	144
Externt	238	239	237
<b>Total</b>	<b>373</b>	<b>379</b>	<b>381</b>

I oktober 2016 uppgick antalet verkställda insatser inom boende LSS för vuxna till totalt 381 placeringar, varav 143 egna boendeplatser och 238 externa platser. Inför år 2017 har det budgeterats med samma antal placeringar.

I upprättandet av 2017 års budget har hänsyn tagits till tidigare genomförd upphandling inom området. I samband med upphandlingen har man skiljt på serviceboende och gruppboende samt nivåer. Externa placeringar fördelar sig på nivåer enligt följande:

- Nivå 1: 6
- Nivå 2: 24
- Nivå 3: 85
- Nivå 4: 67
- Nivå 5: 26

## Nivå 5+: 29

Bostad med särskild service vuxna psykiatri LSS		
Antal helårsplatser	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	16	16
Externt	0	0
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>

Inom bostad med särskild service vuxna psykiatri LSS (Wasa och Bragebo) budgeteras det med samma antal placeringar som år 2016.

### 4.2.6 Daglig verksamhet LSS

Här återfinns kostnader för den dagliga verksamheten inom LSS.

Daglig verksamhet enligt LSS			
Antal brukare	Utfall 2015	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	282	294	301
Externt	229	222	221
<b>Total</b>	<b>511</b>	<b>516</b>	<b>522</b>

Budgeterade volymer bygger på antalet verkställda beslut i oktober månad 2016. Fram till oktober månad hade i genomsnitt 445 brukare utnyttjat sin plats.

Inom den interna verksamheten kommer de insatser som påbörjades redan år 2015 och som syftade till att minska sjukfrånvaron att fortgå även under år 2017. Arbetslinjen med närmare samverkan mellan utförare och myndighet kommer att tillämpas även år 2017. Genom en närmare samverkan möjliggörs ett effektivare sätt att kunna gå ut med erbjudanden till brukarna och genom andra insatser minska antalet tomma platser i verksamheten. Likaså upprätthålls arbetet med att hitta rätt arbetsplats till brukarna samt att motivera dem till att delta fullt ut i den dagliga verksamheten.

## 4.3 Verksamhetsområde SoL

### 4.3.1 Gemensamt SoL

Verksamhetsområdet innefattar kostnader för myndighetsutövning och kostnader för gemensamma verksamheter inom området SoL.

### 4.3.2 Ordinärt boende SoL

Här återfinns en sammanfattning av volymer för hemtjänst, boendestöd, ledsagning, avlösning, kontaktpersoner samt växelvård/avlastning och korttidsfamiljer inför budgetåret 2017.

Budget 2017	Egen regi	Extern utförare	Totalt antal timmar (dygn)	Timmar (dygn)/månad
Korttidsvård enligt SoL	485	436	921	77
Hemtjänst	25 174	19 294	44 468	3 706
PUS	15 792	780	16 572	1 381
Boendestöd	45 792	0	45 792	3 816
Ledsagning enligt SoL	2 547	394	2 941	245
Avlösare enligt SoL	4 905	80	4 985	415
<b>Totalt antal timmar</b>	<b>94 695</b>	<b>20 984</b>	<b>115 679</b>	<b>9 640</b>

Korttidsvård enligt SoL			
Antal dygn		Utfall 2016	Budget 2017
Internt		481	485
Externt		314	320
<b>Total</b>		<b>795</b>	<b>805</b>

Inom korttidsvård enligt SoL är budgeten i stort oförändrad jämfört med föregående år.

Hemtjänst enligt SoL			
Antal timmar	Utfall 2015	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	25 649	24 091	25 174
Externt	22 811	18 589	19 294
<b>Total</b>	<b>48 460</b>	<b>42 680</b>	<b>44 468</b>

Jämfört med året 2015 har antalet hemtjänsttimmar minskat. Baserat på volymerna i oktober har det i 2017 års budget räknats med en utökning till 44 468 timmar. Att budgetera för ökade volymer anses nödvändigt inte minst p g a flertalet omprövningar som sker inom området personligt utformat stöd. Hemtjänstpriset har ökat till 390 kr/timme från och med 1 juni då tid- och insatsregisteringen beräknas komma igång (se prisbilaga).

Personligt utformat stöd enligt SoL			
Antal timmar	Utfall 2015	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	17 191	17 138	15 792
Externt	725	780	780
<b>Total</b>	<b>17 916</b>	<b>17 918</b>	<b>16 572</b>

Antalet timmar för personligt utformat stöd är i princip oförändrade mellan åren 2015 och 2016. Då flera insatser avslutats under år 2016 budgeteras det för färre insatser år 2017.

Boendestöd för personkrets LSS enligt SoL			
Antal timmar	Utfall 2015	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	40 750	43 483	45 792
Externt	0	0	0
<b>Total</b>	<b>40 750</b>	<b>43 483</b>	<b>45 792</b>

Under år 2016 har Boendestödsinsatserna ökat i förhållande till föregående år. En utveckling man för övrigt även har kunnat se nationellt. Den naturliga förklaringen till ökningen både i riket och i Södertälje är ökningen av diagnoser inom det neuropsykiatriska området. Personer med neuropsykiatriska diagnoser är ofta i större behov av stöd i eget ordinärt boende än insatsen stöd i bostad med särskild service enligt LSS. Av den anledningen blir det ofta mer ändamålsenligt med SoL-insatser.

Ledsagning enligt SoL		
Antal timmar	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	3 607	2 547
Externt	268	394
<b>Total</b>	<b>3 875</b>	<b>2 941</b>

Med anledning av flera avslut under 2016 budgeteras det för färre ledsagningstimmar till år 2017.

Avlösare enligt SoL		
Antal timmar	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	4 443	4 905
Externt	88	80
<b>Total</b>	<b>4 531</b>	<b>4 985</b>

Med anledning av att antalet insatser ökat under senare hälften av år 2016, utökas anslaget till år 2017. Ökningen beror på att flera brukare som tidigare haft insatsen korttidsvistelse istället beviljats avlösarservice.

#### **4.3.3 Särskilt boende SoL**

Här återfinns kostnader för boenden inklusive servicehus och familjehem samt kostnader för medicinskt färdigbehandlade. Antalet insatser har minskat mellan åren 2015 och 2016. Under år 2016 har antalet verkställda insatser varit i snitt 21. Volymminskningen mellan

Åren beror främst på att flera insatser avslutats, men också på att flera brukare istället har beviljats LSS-insatser.

Volymerna nedan anger antalet individer som någon under året haft insatsen.

Särskilt boende vuxna enligt SoL	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	0	0
Externt (antal personer)	21	22

#### 4.3.4 Förebyggande verksamhet

Här återfinns kostnader för sysselsättning enligt Socialtjänstlagen.

Sysselsättning enligt SoL	Utfall 2016	Budget 2017
Internt	0	0
Externt (antal personer)	2	2

#### 4.3.5 Riksfärdtjänst

Här återfinns kostnader avseende resor med riksfärdtjänst.

#### 4.3.6 Politisk verksamhet

Inom den politiska verksamheten återfinns kostnader för nämndens och utskottets verksamheter. Kostnader för sammanträden och övriga kostnader som berör nämndens verksamheter återfinns här.

#### 4.4 Investeringar

Nya KF-investeringar på 1,2 mkr fördelas till inventarier till ny gruppbostad enligt nedan:

Inventarier för nya gruppbostad: 1 200 tkr

Nämndbeslutade investeringar: 800 tkr

Med nämndbeslutade investeringar avses återanskaffning av inventarier och maskiner som är utslitna. Nämndbeslutade investeringsanslaget motsvarar 100 % av avskrivningskostnaderna. Kontorschefen har rätt att på delegation fatta beslut om vad som behöver anskaffas under året.

## 4. Statsbidrag, riktade satsningar och återsökningar

Återsökningar	Belopp som ska återsökas under 2017	Koppling till nämndens måluppfyllse
<b>Återsökningar av särskilda vård och omsorgskostnader från Migrationsverket</b>	Ca 8 mkr	Då kommuner har rätt till ersättning för vissa kostnader de har för personer som har ansökt om asyl i Sverige, innebär det att de återsökningar som görs ska täcka delar av kostnader som uppkommer och därmed bidra till måluppfyllelsen att få en ekonomi i balans.

## 5. Nämndens internkontroll

### 6.1 Väsentliga processer för omsorgsnämndens måluppfyllelse

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

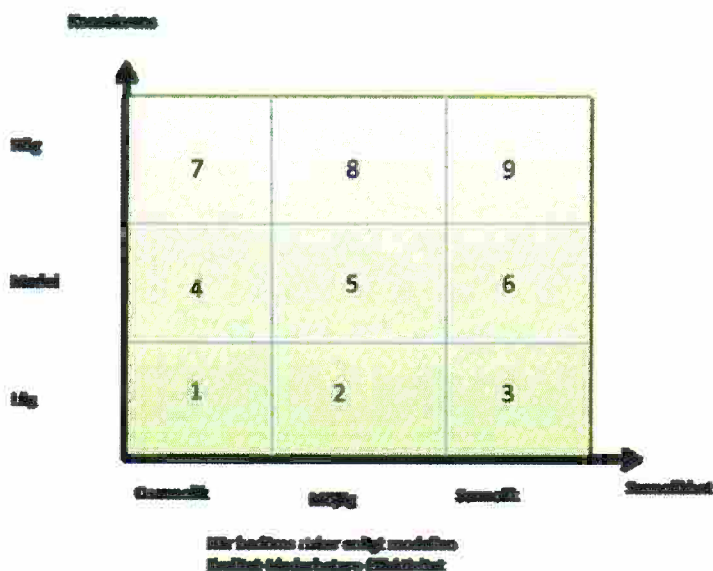
Väsentliga processer för nämndens måluppfyllelse:

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

### 6.2 Riskbedömning och riskhantering

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

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





De risker som erhållit riskpoäng 6 eller mer har tagits med internkontrollplanen. Samtliga risker som identifieras av verksamheten ska dock åtgärdas<sup>1</sup>.

### **6.3 Intern kontroll**

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

---

<sup>1</sup> Se bilaga 1 för nämndens samlade internkontroll

## 6. Uppföljning

Uppföljningar	Behandling i KS/KF	Uppföljningarna omfattar
Delårsrapport per den 30 april inkl helårsprognos	OMS 1 juni KS 16 juni KF 21 juni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekonomisk uppföljning av driftverksamhet inkl finansiell analys</li> <li>• Uppföljning av investeringar</li> </ul>
Delårsrapport per den 31 augusti inkl helårsprognos	OMS 5 okt KS 27 okt KF 2 nov	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekonomisk uppföljning inkl finansiell analys</li> <li>• Uppföljning av investeringar</li> <li>• Prognos av God Ekonomisk Hushållning</li> <li>• Uppföljning av KF-mål och inriktning 2017-2019</li> <li>• Uppföljning av internkontrollplan</li> <li>• Uppföljning av program och planer</li> </ul>
Årsbokslut per den 31 december	Årsbokslutet behandlas preliminärt i februari/mars i nämnden och i mars i kommunstyrelsen. Årsbokslutet hanteras i kommunfullmäktige i maj.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekonomisk uppföljning av driftverksamhet inkl finansiell analys</li> <li>• Uppföljning av investeringar</li> <li>• Uppföljning av God Ekonomisk Hushållning</li> <li>• Uppföljning av KF-mål och inriktning 2017-2019</li> <li>• Uppföljning av internkontrollplan</li> <li>• Uppföljning av program och planer</li> </ul>

## Prisbilaga Omsorgsnämnden 2017

### Priser för verksamheterna

#### Priser inom Socialtjänstlagens område (SoL):

	<b>Intern ersättning</b>	<b>Extern ersättning</b>
PUS	265 kr/timme	265 kr/timme
Ledsagning, avlösning	265 kr/timme	265 kr/timme
Boendestöd	341 kr/timme	341 kr/timme
Hemtjänst t.o.m. 31 maj 2017	322 kr/timme	322 kr/timme
Hemtjänst fr.o.m. 1 juni 2017	390 kr/timme	390 kr/timme

#### Priser inom Lagen om stöd service (LSS):

Personlig assistans enl LSS	291 kr/timme
Ledsagarservice, avlösarservice	279 kr/timme
Korttidsboende	3 822 kr/dygn

#### Korttidstillsyn över 12 år

	<b>Intern ersättning</b>	<b>Ersättning andra kontor</b>	<b>Extern ersättning</b>
Skoldagar		585 kr/dygn	585 kr/dygn
Vanliga dagar		1 508 kr/dygn	1 508 kr/dygn
Morgontillsyn		115 kr/dygn	115 kr/dygn

#### Bostad med särskild service enligt LSS

<b>Serviceboende</b>	<b>Intern ersättning t.o.m 31 maj 2017</b>	<b>Extern ersättning t.o.m 31 maj 2017</b>
Bostad med särskild service, nivå 1	693 kr/dygn	942 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 2	918 kr/dygn	1 200 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 3	1 317 kr/dygn	1 658 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 4	1 863 kr/dygn	2 283 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 5	2 474 kr/dygn	2 985 kr/dygn

<b>Serviceboende</b>	<b>Intern ersättning fr.om 1 jun 2017</b>	<b>Extern ersättning fr.o.m 1 jun 2017</b>
Bostad med särskild service, nivå 1	700 kr/dygn	951 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 2	928 kr/dygn	1 212 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 3	1 330 kr/dygn	1 675 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 4	1 882 kr/dygn	2 306 kr/dygn

Bostad med särskild service, nivå 5	2 499 kr/dygn	3 015 kr/dygn
-------------------------------------	---------------	---------------

### **Gruppboende**

	<b>Intern ersättning t.o.m 31 maj 2017</b>	<b>Extern ersättning t.o.m 31 maj 2017</b>
Bostad med särskild service, nivå 1	799 kr/dygn	1 062 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 2	1 025 kr/dygn	1 322 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 3	1 530 kr/dygn	1 901 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 4	2 375 kr/dygn	2 847 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 5	3 092 kr/dygn	3 671 kr/dygn

### **Gruppboende**

	<b>Intern ersättning fr.o.m 1 jun 2017</b>	<b>Extern ersättning fr.o.m 1 jun 2017</b>
Bostad med särskild service, nivå 1	807 kr/dygn	1 073 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 2	1 035 kr/dygn	1 335 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 3	1 545 kr/dygn	1 920 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 4	2 398 kr/dygn	2 875 kr/dygn
Bostad med särskild service, nivå 5	3 123 kr/dygn	3 708 kr/dygn

Nivå över 5, prissättning sker individuellt från beställarens sida utifrån bedömt behov.

I den externa ersättningen ingår samtliga kostnader för verksamheten. (Overheadkostnader, momskompensation, lokalkostnader samt kostnader för eventuell sovande jour/vaken natt ingår i ersättningen).

Hyreskostnader ingår inte i den interna ersättningen, utan ersätts med anslag till utföraren.

### **Tillägg**

Om den boende ej har beslut på daglig verksamhet utgår följande ersättning utöver insatsnivå för gruppboende:

#### **Tilläggsbelopp per nivå kr/dygn**

Ersättning för daglig verksamhet i boendet, nivå 1	252 kr/dygn
Ersättning för daglig verksamhet i boendet, nivå 2	353 kr/dygn
Ersättning för daglig verksamhet i boendet, nivå 3	565 kr/dygn
Ersättning för daglig verksamhet i boendet, nivå 4	827 kr/dygn
Ersättning för daglig verksamhet i boendet, nivå 5	1 128 kr/dygn

Nivå över 5, prissättning sker individuellt från beställarens sida utifrån bedömt behov.

#### Daglig verksamhet enligt LSS

Heltid = 26-35 tim/vecka, Halvtid = 16-25 tim/vecka, Deltid = upp till 15 tim/vecka

Daglig verksamhet erhåller ersättning för måndag-fredag

Hyreskostnader ingår inte i ersättningen, utan ersätts med anslag till utföraren.

	<b>Intern ersättning</b>
Daglig verksamhet, nivå 1 heltid	571 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 1 halvtid	374 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 1 deltid	234 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 2 heltid	660 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 2 halvtid	432 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 2 deltid	270 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 3 heltid	924 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 3 halvtid	606 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 3 deltid	379 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 4 heltid	1 323 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 4 halvtid	868 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 4 deltid	542 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 5 heltid	1 645 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 5 halvtid	1 079 kr/dygn
Daglig verksamhet, nivå 5 deltid	675 kr/dygn

#### **Daglig verksamhet, extern utförare**

Nedanstående priser är uppräknade tom 2017 års nivå och regleras i avtal som sträcker sig fram till 31 december 2017.

I priset ingår samtliga kostnader för verksamheten. (Overheadkostnader, momscompensation samt lokalkostnader och habiliteringsersättning)

Ersättning per dag avser heltid dvs 35 timmar per vecka – max antal debiteringsbara dagar är 249 per år och brukare

Insatsnivå	Kr/dag
Nivå 1	707
Nivå 2	855
Nivå 3	1 209
Nivå 4	1 520
Nivå 5	2 036

Nivå över 5, prissättning sker individuellt från beställarens sida utifrån bedömt behov.

## Bilaga 1: Internkontrollplan Omsorgsnämnd, Södertälje kommun 2017

### 1.1 Kvalitet

Risk	Bedömd sannolikhet	Bedömd konsekvens	Riskpoäng
Bristande uppföljning av beslut	Sannolik	Medel	6
Beslut är inte aktuella (Utförare)	Möjlig	Hög	6
Beslut är inte aktuella (Myndighet)	Möjlig	Medel	4
Lokaler är inte ändamålsenliga (boende)	Möjlig	Hög	6
Teknikstöd (fungerar inte, inte ändamålsenligt, saknas)	Sannolik	Hög	9
Externa utförare klarar inte sina uppdrag	Möjlig	Hög	6
Vi kan inte rekrytera tillräckligt många med rätt kompetens (specialist)	Sannolik	Hög	9
Vi kan inte rekrytera tillräckligt många med rätt kompetens (omsorgspersonal)	Sannolik	Medel	6

Process	Kontrollmål	Ansvarig för att kontroll utförs	Kontrollmetod (inkl frekvens)	Rapport till	När sker rapportering
Handläggning och dokumentation: Uppföljning	Alla beslut följs upp minst 1 gång per år	Myndighetschef	Stickprov 5 % SLU på uppföljningar årligen senast i augusti.	Kontorschef	Delårsboks lut 31/8
Teknikstöd Stödprocess IT:	Rutiner finns för att hantera driftstörningar inom IT och telefoni	Resultatområdeschef	Uppföljning av att rutiner finns för att säkerställa brukarens trygghet	Kontorschef	Delårsboks lut 31/8
Kompetensförsörjning: Myndighet	Alla medarbetare ska ha adekvat utbildning för sitt uppdrag	Myndighetschef	Andel handläggare som har <b>adekvat</b> utbildning	Kontorschef	Delårsboks lut 31/8
Genomförande av insats	Säkerställa brukarnas trygghet vid avbrott i insatser	Resultatområdeschef	Rutin för att kunna hantera övertagning med kort varsel	Kontorschef	Delårsboks lut 31/8
Kvalitetsuppföljning av utförarverksamhet enligt uppföljningsplan	Att extern och intern verksamhet följer avtal resp. ök	Kvalitets- och uppdragschef	Uppföljning enligt uppföljningsplan	Kontorschef	Bokslut

## 1.2 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.

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 <sup>1</sup>
Obehöriga kommer åt patientuppgifter		•		K+

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

<sup>1</sup> A= allvarlig konsekvens  
K= Kännbar konsekvens  
L= Lindrig konsekvens



### 1.3 Intern kontrollplan för Dokument- och ärendehantering 2016

Riskbedömning dokument och ärendehantering

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

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

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

<sup>2</sup> A= allvarlig konsekvens  
K= Kännbar konsekvens  
L= Lindrig konsekvens

#### 1.4 Intern kontrollplan för Återsökning av statsbidrag för flyktingar och asylsökande

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

**TJÄNSTESKRIVELSE**  
2016-12-20  
Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden  
Omsorgsnämnden

## Ärende 9.

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

Dnr: OMS 16/098

ÄON 16/090

#### **Sammanfattning av ärendet**

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

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

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

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

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

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

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

## **Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse, daterad 2016-12-20

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

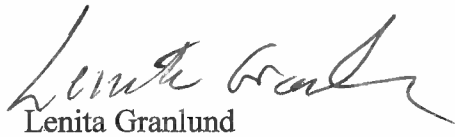
Riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och handikappomsorgen, daterade 2007-03-01

## **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Förslaget medför inga ekonomiska konsekvenser.

## **Kontorets förslag till nämnden:**

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



Lenita Granlund

Socialdirektör



Tove Bergek

Kvalitetsutvecklare

Handläggare: Tove Bergek

Kvalitetsutvecklare

Staben

Telefon (direkt): 08-523 03 592

E-post: tove.bergek@sodertalje.se

## **Beslutet skickas till**

Akten

Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning



# Riktlinjer

- för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning

# Innehållsförteckning

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

## Allmänt

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

Av lagen framgår att:

- avgifterna ska vara skäligen,
- 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 heldygnsomsorg kan under vissa förutsättningar debiteras finska staten genom Statskontoret i Helsingfors (SKL Cirkulär 2001:86).

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

## Inkomst av kapital

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

## Beräkning av makars inkomster

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

## Beräkning av inkomst vid utmätning och skuldsanering

Vid utmätning och skuldsanering ser Kronofogdemyndigheten till att den enskilde förbehålls utrymme att kunna betala sin avgift för hemtjänst eller andra insatser till kommunen. Således 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 tolfteedel av

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

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

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

### Individuellt tillägg

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

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

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

- Kostnaden får ej understiga 200 kr/ månad

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

Individuellt tillägg görs som regel när:

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

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

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

### **Individuellt tillägg för mat**

Individuellt tillägg görs som regel om den enskilde är beviljad:

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

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

### **Individuellt tillägg för god man eller förvaltare**

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

### **Beräkning av boendekostnaden**

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

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

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

Olika beräkningar av boendekostnaden görs för:

- Hyresrätt
- Bostadsrätt
- Villa

### **Beräkning av boendekostnad för makar och andra sammanboende**

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

### **Jämkning med anledning av dubbla hyreskostnader**

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

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

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

## **Avgiftsutrymme**

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

### **Uträkning av avgiftsutrymme**

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

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 äldreomsorgsavgift (ÄFS) hos Pensionsmyndigheten.

## **Avgifter**

### **Maxavgift**

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

### **Avgiftsbelagda insatser**

Avgift debiteras för följande biståndsbedömda insatser:

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

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

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

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

Följande biståndsbedömda insatser är avgiftsfria:

- Ledsagning (om detta är enda insatsen)

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

### **Regler vid start, avslut och uppehåll av insatser**

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

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

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

### **Regler för ändring av avgifter**

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

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

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

## **Debitering**

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

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

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



# Riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och handikappomsorgen

den 1 mars 2007

2006-10-30

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

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

## Allmänt

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

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

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

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

Avgiften bestäms av avgiftsutrymmet och inte av hjälpens omfattning.

Avgiftsutrymmet är aktuell inkomst reducerad med

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

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

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

Högsta hemtjänstavgift fastställs årligen av Socialstyrelsen.



## Avgifter och hemtjänstbegrepp

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

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

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

**Avgift** tas ut för hemtjänst och för följande biståndsbedömda insatser:

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

**Halv avgift** betalas för:

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

**Avgiftsfritt** är följande biståndsbedömda serviceinsatser:

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

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

## Självkostnad för hemtjänsttimme

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

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

## Inkomstbegrepp

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

Avgiftsunderlag är även bostadsstöd och övriga inkomster.

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

Förmögenhet är inte avgiftsgrundande.

Som inkomst räknas inte:

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

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

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

## Förbehållsbelopp

Förbehållsbeloppet omfattar minimibelopp och bostadskostnad.

**Minimibeloppet** ska täcka den enskildes normala levnadsomkostnader för:

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

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

### Minimibeloppet för ensamstående:

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

### Minimibeloppet för makar, sambo och registrerade partners:

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

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

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

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

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

### Minimibelopp beräknas:

För ensamstående över 65 år: 1,294 multiplicerat med gällande pbb dividerat med 12

För makar, sambo och registrerade partners över 65 år: 1,084 multiplicerat med gällande pbb dividerat med 12

För personer under 65 år gäller ovanstående plus 10 %.

Minimibeloppet fastställs årligen av Socialstyrelsen.

**Bostadskostnaden** för egna hem räknas enligt Försäkringskassans bostadskostnadsregler,

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

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

Fastighetsskatt och förmögenhetsskatt för permanentboende och fritidshus räknas från bruttoinkomsten.

## Regler vid start, avslut och uppehåll av insatser

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

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

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

## Regler för ändring av avgifter

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

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

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

## Förbruknings- och hygienartiklar i äldreboende

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

Den enskilde ska själv stå för:

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

Äldreboendet ser till att förbrukningsmaterial finns och det är exempelvis:

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

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

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

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

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

## Boendeavgift om eget hyreskontrakt inte finns

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

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

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

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

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

Högsta avgift för boendeavgift fastställs årligen av Socialstyrelsen

## Övriga avgifter

### Mat

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

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

### Avgift för mat på dagverksamhet

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

### Korttidsvistelse.

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

### Trygghetslarm.

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

### Turbunden resa.

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

### Transport av avliden

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

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

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

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

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

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

## Debiteringsrutiner

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

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

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

Vid små avgiftsbelopp kan fakturering göras för en längre period.

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

## Allmänna bestämmelser

Beslut om avgifter, avskrivning och justering



### Allmän årlig omprövning av inkomster och avgifter

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

### Fastställande av avgifter och minimibelopp

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

### Överklagande

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

Uppgifter som kan överklagas är:

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

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

**TJÄNSTESKRIVELSE**

2017-01-25

Social- och omsorgskontoret

Omsorgsnämnden

**Ärende 10****Remisyttrande "Ökad insyn i välfärden" (SOU 2016:62)**

Dnr: 16/0088

**Sammanfattning av ärendet**

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

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

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

**Beslutsunderlag**

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterat 2017-01-25

Social- och omsorgskontorets remissvar daterat 2017-01-25

**Ärendet**

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

### **Skillnaden mellan offentlig och privata aktörer**

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

### **De nya lagändringarna**

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

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

### **Synpunkter från andra myndigheter**

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

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

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

### **Kommunens allmänna synpunkter på utredningen**

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

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

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

## Ekonomiska konsekvenser och finansiering

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

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

## Kontorets förslag till nämnden:

Omsorgsnämnden antar kontorets remissyttrande



Lenita Granlund

Socialdirektör

Marlen Eskander

Utredare

Handläggare: Marlen Eskander

Utredare

Enheten för strategiskt stöd och administration

Telefon (direkt): 08-523 028 45

E-post: marlen.eskander@sodertalje.se

## Beslutet skickas till

Socialdepartementet

Akten



**REMISSVAR**

2017-01-25

Social- och omsorgskontoret

Regeringskansliet

Socialdepartementet,

Enheten för folkhälsa och sjukvård

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

Socialdepartementets diarienummer S2016/06178/FS

### Sammanfattning av ärendet

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

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

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

## **Sammanfattning**

### **Uppdraget**

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

### **Ökad insyn i välfärden**

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

### **Privata aktörer ska tillämpa arkivlagen**

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

### **Vissa följdändringar blir nödvändiga**

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

### **Konsekvenser av utredningens förslag**

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

### **Ikraftträdande**

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





**TJÄNSTESKRIVELSE**

2017-01-09

Social- och omsorgskontoret

Omsorgsnämnden

## Ärende 11.

### **Uppföljningsplan för verksamhet inom omsorgsnämnden 2017 - 2019**

Dnr: OMS 17/002

#### **Sammanfattning av ärendet**

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

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

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

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

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

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

### **Beslutsunderlag**

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

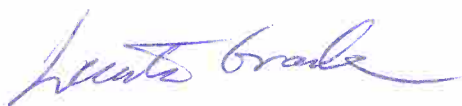
Uppföljningsplan för verksamheter inom omsorgsnämnden 2017-2019 daterad den 9:e januari 2017

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

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

### **Kontorets/förvaltningens förslag till nämnden:**

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



Lenita Granlund

Socialdirektör



Greger Lilliebladh

Verksamhetsstrateg

Handläggare: Greger Lilliebladh

Verksamhetsstrateg

Staben

Telefon (direkt): 08-523 064 19

E-post: greger.lilliebladh@sodertalje.se

## **Beslutet skickas till**

Akten

KHR

# Uppföljning av verksamheten inom omsorgsnämnden inklusive uppföljningsplan 2017-2019

## Innehåll

Innehåll .....	2
1. Utgångspunkter för uppföljning .....	3
1.1 Syftet med uppföljningsarbetet .....	4
1.2 Verksamhetsområden som följs upp .....	4
1.3 Omfattning .....	4
2. Uppföljning på olika nivåer .....	5
2.1 Avtalsuppföljning .....	5
2.2 Individuppföljning .....	5
2.3 Uppföljning av ekonomi .....	5
2.4 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar .....	6
2.5 Brukarnas uppfattning om kvalitet .....	6
3. Olika typer av uppföljningar och åtgärder .....	6
3.1 Planlagda uppföljningar .....	6
3.2 Händelsestyrd uppföljning .....	7
3.3 Särskilt riktade uppföljningar .....	7
3.4 Ekonomisk uppföljning .....	8
3.5 Åtgärdsplan .....	8
4. Analys och rapportering .....	8
5. Uppföljningsplan .....	9
6. Revidering av uppföljningsplanen .....	9

## 1. Utgångspunkter för uppföljning

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

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

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

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

Vid uppföljning av verksamhet enligt LSS ska, utöver ovanstående områden, även nedanstående områden följas upp

- Goda levnadsvillkor
- Möjlighet att leva som andra

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

- Jämlik
- Ändamålsenlig
- Kunskapsbaserad
- Patientcentrerad
- Säker

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

### **1.1 Syftet med uppföljningsarbetet**

I föreliggande dokument beskrivs grundläggande principer och inriktning för uppföljningsarbetet. Syftet med uppföljningsarbetet är att

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

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

### **1.2 Verksamhetsområden som följs upp**

Följande verksamhetsområden följs upp

- Bostad med särskild service
- Boendestöd och Hemtjänst < 65 år
- Korttidsvistelse
- Daglig verksamhet
- Personlig assistans (endast kommunal verksamhet – avtal med externa verksamheter är i form av individavtal där myndigheten har uppföljningsansvar)
- Kommunal hälso- och sjukvård

### **1.3 Omfattning**

Omsorgsnämnden beslutar årligen om en plan för uppföljning av verksamhet inom nämndens område. Planen är ett levande dokument som behöver vara flexibel och anpassningsbar om organisation, mål och förutsättningar ändras. Uppföljningsplanen ska årligen följas upp och revideras. Planen omfattar även de insatser inom ramen för Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade som beslutats av myndigheten för äldre och funktionshindrade (MÄF) och som utförs av verksamheter inom socialnämndens ansvarsområde.

## 2. Uppföljning på olika nivåer

### 2.1 Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljning avser de avtal som nämnden tecknat med privata utförare i enlighet med lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU). Dessa uppföljningar styrs innehållsmässigt av det förfrågningsunderlag som legat till grund för avtalets tecknande. Avtalen omfattar vanligtvis en eller ett fåtal enheter. Uppföljningen sker i normalfall per enhet, oavsett om avtalet omfattar flera enheter.

#### *Förfrågningsunderlag (FFU)*

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

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

#### *Kommunala utförare*

Inga aktuella överenskommelser har upprättats för kommunala utförare i dagsläget. För att bättre kunna följa upp intern verksamhet mer strukturerat ska överenskommelser upprättas. Överenskommelserna ska spegla jämförbara avtal med externa utförare inom verksamhetsområdet.

### 2.2 Individuppföljning

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

### 2.3 Uppföljning av ekonomi

- Uppföljning av att beställda och fakturerade tjänster utförs av myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF).
- Inhämtande av uppgifter från tillsynsmyndigheter om externa utförare fullgör sina skyldigheter avseende skatter och avgifter, sker regelbundet av Telge inköp.
- Uppföljning av ekonomi och tillhörande volymer görs regelbundet av resultatenhetschef/ resultatombudschef tillsammans med ekonom/controller.



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

#### **2.4 Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar**

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

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

#### **2.5 Brukarnas uppfattning om kvalitet**

Brukarnas uppfattning kan inhämtas på olika sätt, t ex. via enkäter eller intresseorganisationer. Ett komplement till dessa enkäter är biståndshandläggarnas individuppföljning.

### **3. Olika typer av uppföljningar och åtgärder**

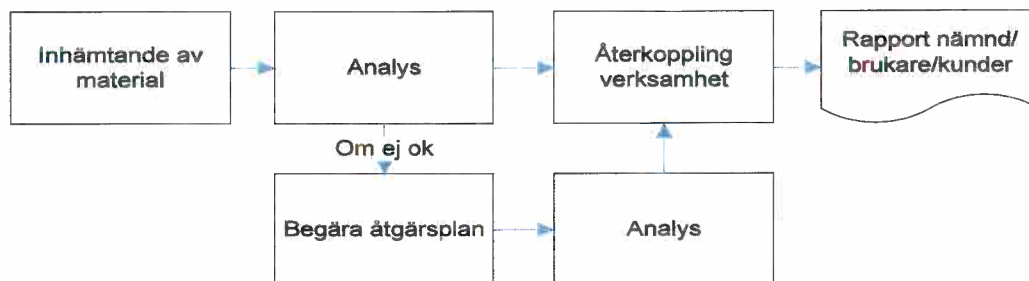
#### **3.1 Planlagda uppföljningar**

Uppföljningarna som genomförs är till övervägande del planlagda. Social- och omsorgskontorets stab tar fram planering och genomför uppföljningar. Planeringen utgår med en resursberäkning per sakområde/insatsområde och vilka typer av uppföljning som är planerade. Varje enskilt sakområde/insatsområde har en rullande planering där fördjupade uppföljningar sker vartannat år.

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

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

Uppföljning sker förenklat enligt följande process



### 3.2 Händelsestyrd uppföljning

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

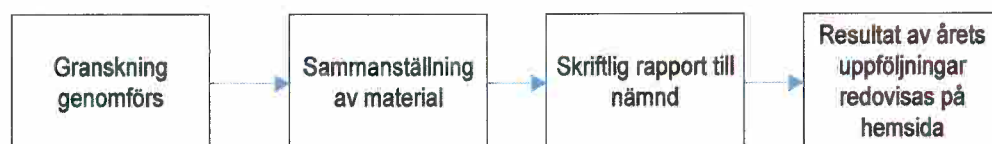
- Upprepade avvikelser hos samma utförare, eller enstaka avvikelse där det föreligger uppenbar risk att den upprepas
- Särskilt allvarlig händelse till exempel brist i kompetens, medvetna avsteg från avtal eller upprepade händelser i ett tydligt mönster
- Stora avvikelser i budget/debitering/fakturerings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

Upptäcks akuta brister ska både socialdirektör och nämnd meddelas.

### 3.3 Särskilt riktade uppföljningar

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

Särskild granskning sker i korthet enligt nedan:



Exempel på olika typer av riktade uppföljningar

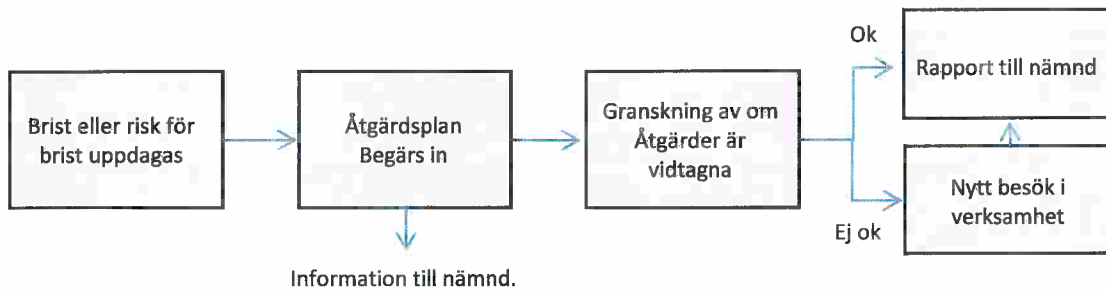
1. Särskild granskning inom ett område
2. Stickprovskontroll av utförare
3. Granskning sker genom besök i verksamheten och intervjuer av ledning, personal och brukare

### 3.4 Ekonomisk uppföljning

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

### 3.5 Åtgärdsplan

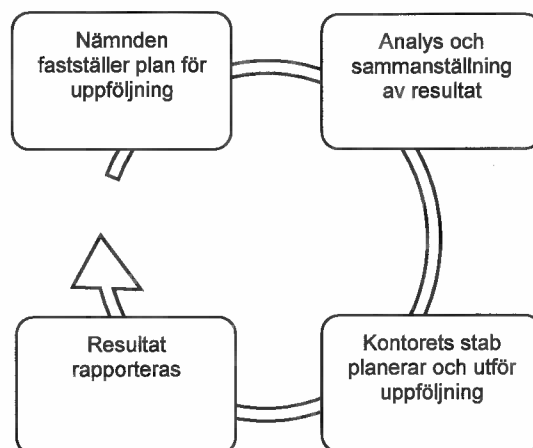
Vid uppdagande av allvarig brist eller risk för brist begärs en åtgärdsplan in av uppföljande enhet.



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

## 4. Analys och rapportering

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



## 5. Uppföljningsplan

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

För 2017 kommer fokusområden i uppföljningen vara:

- avvikelser
- kompetens
- dokumentation

	2017	2018	2019
OMS	Boendestöd/hemtjänst < 65 -Boende med särskild service -Tidigare uppföljning daglig verksamhet)	-Daglig verksamhet -Tidigare uppföljning boende med särskild service och hemtjänst - Personlig assistans (endast kommunal regi)	Boendestöd/hemtjänst < 65 -Boende med särskild service -Tidigare uppföljning daglig verksamhet)
Fördjupningsområde	Vid behov	Vid behov	Vid behov

## 6. Revidering av uppföljningsplanen

Uppföljningsplanen ska revideras årligen.

**TJÄNSTESKRIVELSE**

2017-01-12

Social- och omsorgskontoret

Omsorgsnämnden

**Ärende 12.****Uppföljning daglig verksamhet 2016**

Dnr: OMS 17/001

**Sammanfattning av ärendet**

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

Resultatet av uppföljningsarbetet är ett verktyg för såväl nämnden som utförarna för att arbeta med ständiga förbättringar.

Under september till december 2016 genomfördes uppföljning av verksamheter som bedriver daglig verksamhet enligt LSS 9 § 10 p. Uppföljningen omfattar avtalskrav/motsvarande för daglig verksamhet för vuxna i Södertälje kommun. Idag finns 17 externa företag med ramavtal och en kommunal utförare, uppdelad på fyra enheter, som erbjuder denna verksamhet. Av de externa verksamheterna har 12 följts upp eftersom resterande verksamheter inte har placeringar från Södertälje kommun. Uppföljning omfattar inte uppföljning på individnivå som är ett ansvar för Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning.

Generellt uppfyller utförarna de krav som specificerats i avtalet med Södertälje kommun. Verksamheterna har rutiner som till stor del är kända av omvårdnadspersonalen. Utförarna arbetar även med att öka kunskap om kvalitetsledningssystem och dokumentation hos personalen.

Samarbetet med myndigheten har blivit bättre än för några år sedan. Det finns en klart uttalad önskan att regelbundet träffa biståndshandläggarna.

Uppföljningen har identifierat utvecklingsområden men inte av den omfattningen att det har krävts omedelbara åtgärder och åtgärdsplaner. Flera verksamheter saknar aktuella beställningar med målsättning eller har individavtal istället för beställningar. Alla verksamheter efterfrågar också regelbunden individuppföljning. Över huvud taget uttrycker utförarna ett önskemål om utvecklad samverkan med myndigheten. Kommunen har i avtalet inte ställt specifika kompetenskrav på omvårdnadspersonal och verksamheterna ställer olika krav vid nyanställning. Denna fråga bör ses över i samband med ny upphandling för att möjliggöra en mer utförlig uppföljning av kompetensen inom verksamheterna. Alla verksamheter måste fortsätta arbetet med att öka personalens kunskap om dokumentation och kvalitetsledningssystem. Resultatet av detta arbete kommer att följas upp även vid nästa uppföljning.

## **Beslutsunderlag**

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad den 12 januari 2017

Rapport Uppföljning LSS 9 § 10 p daglig verksamhet 2016

Bilaga 1 Frågeformulär.

## **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Ärendet om uppföljning på daglig verksamhet medför inga ekonomiska konsekvenser.

## **Kontorets/förvaltningens förslag till nämnden:**

1. Nämnden beslutar att godkänna rapporten om uppföljning av daglig verksamhet 2016.



Lenita Granlund  
Socialdirektör



Ann-Christine Mohlin  
Verksamhetsstrateg

Handläggare: Ann-Christine Mohlin

Verksamhetsstrateg

Staben

Telefon (direkt): 08-523 027 45

E-post: ann-christine.molin@sodertalje.se

## **Beslutet skickas till**

Akten

# Uppföljning

– LSS 9 § 10 p 2016 Daglig verksamhet

	Sidan
<b>Innehållsförteckning</b>	2
<b>1 Sammanfattning</b>	3
<b>2 Bakgrund</b>	3
<b>3 Metod</b>	3
<b>4 Övergripande observationer</b>	3
<b>5 Resultat</b>	4
Bilaga 1 Frågeformulär	



## **Uppföljning av LSS 9 § 10 p i Södertälje 2016, Daglig verksamhet.**

### **1 Sammanfattning.**

Uppföljningen omfattar avtalskrav/motsvarande för daglig verksamhet för vuxna i Södertälje kommun. Idag finns 17 externa företag med ramavtal och en kommunal utförare, uppdelad på fyra enheter, som erbjuder denna verksamhet. Av de externa verksamheterna har 12 följts upp eftersom resterande verksamheter inte har placeringar från Södertälje kommun. Uppföljning omfattar inte uppföljning på individnivå som är ett ansvar för Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning.

Generellt uppfyller utförarna de krav som specificerats i avtalet med Södertälje kommun. Verksamheterna har rutiner som till stor del är kända av omvårdnadspersonalen. Utförarna arbetar även med att öka kunskap om kvalitetsledningssystem och dokumentation hos personalen.

Samarbetet med myndigheten har blivit bättre än för några år sedan. Det finns en klart uttalad önskan att regelbundet träffa biståndshandläggarna.

Uppföljningen har identifierat utvecklingsområden men inte av den omfattningen att det har krävts omedelbara åtgärder och åtgärdsplaner. Flera verksamheter saknar aktuella beställningar med målsättning eller har individavtal istället för beställningar. Alla verksamheter efterfrågar också regelbunden individuppföljning. Över huvud taget uttrycker utförarna ett önskemål om utvecklad samverkan med myndigheten. Kommunen har i avtalet inte ställt specifika kompetenskrav på omvårdnadspersonal och verksamheterna ställer olika krav vid nyanställning. Denna fråga bör ses över i samband med ny upphandling för att möjliggöra en mer utförlig uppföljning av kompetensen inom verksamheterna. Alla verksamheter måste fortsätta arbetet med att öka personalens kunskap om dokumentation och kvalitetsledningssystem. Resultatet av detta arbete kommer att följas upp även vid nästa uppföljning.

### **2 Bakgrund.**

Social- och omsorgskontoret i Södertälje har tecknat avtal med olika utförare för att bedriva daglig verksamhet för vuxna enligt LSS 9 § 10 p. Genom avtalet med utförarna och med lagstiftning och övriga regelverk regleras formerna för insyn och hur verksamheterna ska bedriva verksamheterna. För varje enskilt sakområde/insatsområde finns en rullande planering där fördjupade uppföljningar sker vartannat år. Syftet med uppföljningen är att säkerställa att avtal följs och att man följer gällande regelverk. Uppföljningen sker på samma sätt oavsett driftsform.

### **3 Metod.**

Genomförandet av uppföljningen skedde under perioden september till december 2016. Ett frågeformulär med frågor baserade på avtal och lagstiftning (se bilaga 1) skickades till respektive verksamhet. Formuläret skickades för kännedom och besvarades av verksamheterna i samtalet i samband med uppföljningsmötet.

Uppföljningsmötena har i första hand skett med verksamhetens chef. I samtliga fall är personen chef för flera dagliga verksamheter vilket innebär att svaren på frågorna är gemensamma för samtliga dessa verksamheter. I vissa fall har företagsledning och annan berörd personal varit med. Totalt har 18 uppföljningsmöten genomförts.

#### **4 Övergripande observationer.**

Generellt uppfyller utförarna de krav som specificerats i avtalet med Södertälje kommun. Alla som deltagit från verksamheterna har varit engagerade, öppna och visat ett stort intresse att vilja arbetstagarna väl. Verksamheterna har rutiner som till stor del är kända av omvårdnadspersonalen. Utförarna arbetar även med att utveckla kvalitén på olika sätt genom APT, utbildningsdagar och grupparbeten. Verksamheterna är positiva till kommunens uppföljningar, tycker det är bra att någon kommer och ser verksamheten med "lite andra ögon".

#### **5 Resultat**

Redovisningen följer den indelning i frågeformuläret som skickades ut till samtliga verksamhetschefer inför uppföljningen, se bilaga 1.

##### **- Enheter**

Det finns många olika dagliga verksamheter med varierande innehåll. Några exempel är växthus, djur- och trädgårdsskötsel, vedhantering, snickeriarbeten, betonggjuteri, vävning och annat textilarbete, kaféverksamhet, ljusstöpning och arbetsplatsplaceringar. Alla verksamheter arbetar målinriktat för att arbetstagaren ska få en sysselsättning utifrån de behov/förutsättningar som varje arbetstagare har. Det kan innebära allt från att arbetstagare vistas på daglig verksamhet för att få ett dagligt miljöombyte till att arbetstagaren deltar i regelrätt produktion. Av totalt 522 arbetstagare (1 oktober 2016) med beslut om daglig verksamhet vistas ca 210 i externa verksamheter.

##### **- Målgrupper**

Samtliga verksamheter vänder sig till målgruppen personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. Kommunens samtliga verksamheter samt några externa verksamheter vänder sig även till personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.

##### **- Tillgänglighet**

Alla verksamheter uppfyller kravet på tillgänglighet. Arbetstiderna kan variera mellan verksamheterna och arbetstagarnas arbetstid varierar också utifrån den enskildes behov/förutsättningar. Alla arbetstagare som så önskar erbjuds minst 35 timmars arbetsvecka inklusive lunch måndag-fredag.

Arbetsledare och övrig personal finns tillgängliga i verksamheterna under arbetstiden.

Sommarstängning och påsk- alternativt julstängning varierar också mellan verksamheterna. Det vanligaste är att verksamheterna stänger fyra veckor på sommaren och en vecka vid påsk/jul. De flesta verksamheterna kan dock anpassa öppettiderna utifrån arbetstagarnas behov alternativt erbjuda arbetstagarna att tillfälligt få vistas på en annan daglig verksamhet.

##### **- Kvalitetsledningssystem**

Samtliga verksamheter har ett skriftligt kvalitetsledningssystem. Alla verksamheter anser att medarbetarna har skiftande kunskapsnivå gällande kvalitetsledningssystemet, därför är det ett område man ständigt arbetar med. Kvalitetsledningssystemet finns som en del i introduktionen av nyanställda och diskuteras även återkommande under året på APT, planeringsdagar, konferenser, genom utbildningar i olika delar av ledningssystemet och vid särskilda händelser.

### - Egenkontroll

Alla verksamheter utför egenkontroll. Beroende på område sker denna dagligen, veckovis, månadsvis eller årligen.

### - Avvikelser (ej HSL)

Alla verksamheter har en skriftlig rutin för avvikelser. Samtliga verksamheter utom en extern verksamhet har rapporterat avvikelser under året. Rapporteringen varierar, det kan ske på särskild blankett eller via digitalt verksamhetssystem, ibland både och. Ingen verksamhet har rapporterat en Lex Sarah under året.

### - Klagomål/synpunkter

Alla verksamheter utom en extern verksamhet har skriftlig rutin för klagomål/synpunkter. Verksamheten utan skriftlig rutin har en muntlig rutin som de anser fungerar. Rapporteringen varierar, den kan ske via hemsida, på blankett eller muntligen. I det sistnämnda fallet upprättas någon form av skriftlig dokumentation av personalen. De flesta verksamheterna har fått in klagomål/synpunkter under året.

### - Analys och åtgärder

Alla verksamheter sammanställer och analyserar vidtagna åtgärder antingen i verksamhetsberättelse eller på annat sätt. De åtgärder som vidtagits under året med anledning av avvikelser bedöms haft effekt.

### - Kvalitetsredovisning

För de externa verksamheterna ingår detta i verksamhetsberättelsen. De kommunala verksamheterna redovisar i samband med varje tertial- och årsbokslut.

### - Återkoppling till arbetstagare/legal företrädare

Hur verksamheterna återkopplar till arbetstagare/legal företrädare varierar. De externa verksamheterna upprättar en verksamhetsberättelse. I vissa fall skickas den ut till legala företrädare, i andra fall får vederbörande begära ett exemplar alternativt att den publiceras på hemsida. De legala företrädarna får dock återkoppling i det enskilda ärendet. De kommunala verksamheterna återkopplar i det enskilda ärendet men har i övrigt ingen rutin för återkoppling till legala företrädare. Återkoppling till arbetstagarna sker på APT eller andra möten i verksamheten och i varje enskilt fall.

### - Dokumentation

Alla arbetstagare har inte aktuell beställning med målsättning. I vissa fall finns en gammal beställning som inte följts upp och i vissa fall saknas beställning. I de externa verksamheterna förekommer ibland individavtal istället för beställning.

Alla arbetstagare har en aktuell genomförandeplan utom i de fall då arbetstagaren är ny i verksamheten. Arbetstagarna är på något sätt alltid delaktiga i framtagandet av genomförandeplanen. Legala företrädarens delaktighet varierar från att delta i arbetet till att inte vara involverade alls, mycket beroende på arbetstagarens egen förmåga.

Genomförandeplanerna förvaras i låsta dokumentaskåp och finns i förekommande fall även i digitalt verksamhetssystem.

Arbetstagarna informeras alltid om möjligheten att göra förändringar i genomförandeplanen. Motsvarande information till legala företrädare varierar beroende på hur involverad legal förträdare är i arbetet.

Samtliga verksamheter anser att personalen i de flesta fall har grundläggande kunskap om dokumentation. Genomgående konstaterar dock alla verksamheter att dokumentation är ett område man ständigt arbetar med, t ex genom utbildning och regelbunden genomgång av dokumentation.

Arbetstidsregistrering sker för varje arbetstagare, antingen av arbetstagaren själv eller av arbetsledare.

### - **Personal, kompetens, kompetensutveckling**

I SOSFS 2014:2 Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning anges att kunskaper och förmågor dessa allmänna råd kan uppnås genom godkända kurser om totalt 1 400 poäng i olika ämnen beroende på inriktning. I kommunens nuvarande avtal med externa verksamheter anges inte specifikt vilken kompetens omvårdnadspersonalen ska ha.

När det gäller kompetenskrav vid nyanställning ser det olika ut. De kommunala verksamheterna efterfrågar omvårdnadsutbildning med inriktning mot funktionshinder samt yrkeskrav beroende på vilken daglig verksamhet anställningen gäller. Vissa externa verksamheter efterfrågar omvårdnadsutbildning och/eller läkepedagogisk/socialterapeutisk utbildning (LÄS-utbildning). En del ställer inte specifika krav men tittar på de sökandes utbildningsbakgrund men bedömer även personlig lämplighet. Andra fokuserar mer på yrkeskrav beroende på vilken daglig verksamhet anställningen gäller kombinerat med mångårig erfarenhet inom området alternativt adekvat utbildning.

Alla verksamheter uppger att personalen behärskar svenska i tal och skrift och att en rutin för introduktion av nyanställda finns.

Samtliga verksamheter upprättar både kompetensutvecklingsplan för verksamheten i stort och för varje individ.

Alla utom en verksamhet bedömer att personalen har tillräckliga kunskaper om tystnadsplikt och sekretess. Verksamheten som upplever sig ha problem arbetar f n med att återkommande diskutera praktiska exempel och har även påbörjat riktad handledning. Verksamheterna arbetar med att vidmakthålla personalens kunskaper genom att återkommande diskutera frågor om sekretess och tystnadsplikt.

### - Samverkan, information

Samtliga verksamheter tycker att samverkan med handläggare på myndigheten har blivit bättre men kan förbättras ytterligare. Det har dock varit stor personalomsättning och verksamheten och arbetstagaren vet sällan vem som är ansvarig handläggare. De kommunala verksamheterna har strukturerad samverkan genom sk fördelningsmöten var 14:e dag då handläggare och chefer för daglig verksamhet träffas. De externa verksamheterna önskar regelbundna individuppföljningar.

Det finns rutiner för hur förändrade behov hos arbetstagaren kommuniceras med myndigheten och planerad/oplanerad frånvaro med myndighet och boenden även om en del verksamheter inte upplever att rutinen är tydlig, ”man löser det från gång till gång”.

Samtliga verksamheter utom en upplever att samarbetet med boenden fungerar bra. En kommunal verksamhet upplever att de har stora problem i kontakten med boenden, de sistnämnda hänvisar till sekretessen.

De kommunala verksamheterna har en strukturerad samverkan med Arbetsförmedling och Försäkringskassa samt i förekommande fall kring enskilda arbetstagare. De externa verksamheterna har i stor utsträckning ingen samverkan med Arbetsförmedlingen och i de fall det förekommit har det i de flesta fallen handlat om att Arbetsförmedlingen vill göra personalplaceringar i verksamheten.

Legala företrädare informeras oftast via personliga kontakter eller särskilda informationsmöten som verksamheten anordnad. Arbetstagarna informeras om verksamheten och är delaktiga via APT, morgonsamlingar, månadsmöten etc.

### - Stödperson

Alla arbetstagare har en utsedd stödperson/kontaktperson. De flesta verksamheterna har en skriftlig beskrivning av stöd/kontaktpersonens uppdrag. Alla verksamheter anger att arbetstagaren kan påverka valet av stöd/kontaktperson, vissa med reservationen ”i den mån det är möjligt”. Information om möjligheten att påverka val av stöd/kontaktperson sker på olika sätt, vid uppföljning av genomförandeplanen, vid uppföljnings/utvecklingssamtal etc.

### - Måltider

Det finns möjlighet i alla verksamheter att förvara, värma och äta medhavd lunch.

I stort sett alla verksamheter kan tillgodose arbetstagares behov av att äta lunch enskilt men i några kommunala verksamheter finns inte denna möjlighet. En extern verksamhet kan erbjuda den möjligheten under förutsättning att antalet som vill äta lunch enskilt inte blir för stort.

Alla externa verksamheter kan erbjuda att köpa lunch på plats. Priset varierar men de flesta tar 35 – 50 kronor för lunch och förmiddags/eftermiddagskaffe. Kommunala verksamheter kan inte erbjuda detta utom för de arbetstagare som arbetar i kaféverksamheter som bedrivs inom ramen för daglig verksamhet.

**- Utrustning, lokaler**

Samtliga verksamheter tillhandahåller särskilda arbetskläder/skyddsutrustning när behov av detta föreligger.

Några verksamheter går inte att nå med allmänna kommunikationer, antingen finns det inga kommunikationer, turtäthet fungerar inte med verksamhetens öppettider alternativt hållplats ligger för långt från verksamheten. I dessa fall har verksamheten egna bilar eller arbetstagaren är beviljad turbundna resor.

I alla externa verksamheter finns tillgång till vilrum. Detta saknas i några av kommunens verksamheter.

I alla verksamheter finns möjlighet att sköta personlig hygien.

De flesta verksamheter har lokaler som är tillgängliga oavsett funktionshinder alternativt kan göras tillgängliga om behov finns. Undantag är utemiljön hos vissa externa verksamheter och vissa kommunala verksamheter som inte är anpassade.

**- Underleverantör**

Ingen verksamhet anlitar underleverantörer.

Bilaga 1

# Daglig verksamhet

## LSS 9 § 10 p, interna och externa utförare

– Uppföljning 2016

Datum:

Leverantör:

Föreståndare:

Granskare:

### 1 Enheter

Antal enheter inom verksamheten			
Enhet	Antal platser	Antal belagda platser	Antal arbetstagare fr Södertälje
Inriktning			

Vilka andra kommuner har placeringar i er verksamhet?

## 2 Målgrupper

Vilken/vilka målgrupper vänder sig verksamheten till?(1§1p och/eller 1§2p)

## 3 Tillgänglighet

Vilka tider är verksamheterna öppna? Arbetsledning och personal på respektive enhet? Under vilka tider på dagen?

Erbjuds arbetstagarna minst 35 timmars arbetsvecka inkl lunchtid?

Sommarstängning, julstängning?

## 4 Kvalitetsledningssystem

Finns ett skriftligt kvalitetsledningssystem?

Är systemet tillgängligt och känt hos personalen?

Hur vidmakthålls kunskap om ledningssystemet hos personalen?



#### 4.1 Egenkontroll

Utförs egenkontroll och i så fall inom vilka områden?

Periodicitet?

#### 4.2 Avvikelser (ej HSL)

Finns skriftlig rutin för hantering av avvikelser och Lex Sarah inkl i förekommande fall anmälan till nämnd?

Hur många avvikelser under 2016?

Hur dokumenteras avvikelser?

Lex Sarah under året?

#### 4.3 Klagomål/synpunkter

Finns skriftlig rutin för hantering av klagomål/synpunkter?

Hur många klagomål/synpunkter under 2016?

Hur dokumenteras klagomål/synpunkter?

#### 4.4 Analys och åtgärder

Sammanställs och analyseras avvikelser och klagomål/synpunkter regelbundet och analyseras?

Vilka åtgärder har vidtagits under året m a a avvikelser och klagomål/synpunkter?

Har åtgärderna haft effekt? (exempel)

#### 4.5 Kvalitetsredovisning

Görs sammanställning av kvalitetsarbete inkl resultat av egenkontroll?

Periodicitet?

#### 4.6 Återkoppling till arbetstagare/legal företrädare

Hur återkopplar ni resultat av kvalitetsarbete till arbetstagare/legal företrädare?

### 5 Dokumentation

Har alla arbetstagare en skriftlig beställning med uppdrag?

Har alla arbetstagare en aktuell (ej äldre än 12 månader) genomförandeplan? Har arbetstagare/legal företrädare varit delaktiga i framtagandet?

Var förvaras dokumentationen?

Har arbetstagare/legal företrädare informerats om möjligheten att göra förändringar i genomförandeplanen?

Har all personal grundläggande kunskap om dokumentation? Om inte, vilka åtgärder planeras?

Sker arbetstidsrapportering för varje arbetstagare och, om så är fallet, var förvaras denna?

## 6 Personal, kompetens och kompetensutveckling

Kompetens befintlig personal? (enl inskickat underlag)

Utbildningskrav vid nyanställning?

Alla behärskar svenska i tal och skrift?

Rutin för introduktion av nyanställda?

Plan för kompetensutveckling för verksamheten i stort?

Individuella planer för kompetensutveckling?

Personal har god kännedom om och följer gällande lagstiftning kring tystnadsplikt?

Hur vidmakthålls kunskapen?

## 7 Samverkan, information

Hur sker och fungerar samverkan med handläggare/avtalssamordnare på myndigheten?

Finns rutin om hur förändrade behov hos arbetstagaren kommuniceras?

Finns rutin för hur kortare och längre planerad/oplanerad frånvaro kommuniceras med myndigheten?

Hur sker och fungerar samverkan med arbetstagaren boende?

Finns rutin för hur kortare och längre planerad/oplanerad frånvaro kommuniceras mellan daglig verksamhet och boende?

Hur sker och fungerar samverkan med Arbetsförmedlingen?

Hur förmedlas information till arbetstagare/legal företrädare?

Hur kan arbetstagaren vara delaktig i verksamheten?

## 8 Stödperson

Har alla arbetstagare utsedd stödperson?

Vad är stödpersonens uppdrag?

Har arbetstagaren möjlighet att påverka val av stödperson? Hur kommuniceras den möjligheten?

## 9 Måltider

Finns möjlighet att förvara, värma och äta medhavd lunch?

Finns möjlighet att äta gemensamt eller enskilt om man så vill?

Finns möjlighet att köpa lunch i verksamheten? Kostnad?

## 10 Utrustning och lokaler

Har brukaren tillgång till arbetskläder och skyddsutrustning när så krävs?

Kan verksamheten nås med allmänna kommunikationer?

Finns tillgång till vilrum?

Finns möjlighet att sköta personlig hygien?

Är lokalerna tillgängliga oavsett funktionshinder?

## 11 Underleverantör

Anlitar verksamheten underleverantör?