

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

2017-03-02

Tid	Torsdag den 2 mars 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. Brukarenkät – Fredrik Yllman

### Beslutsärenden

#### **7. Revisionsrapport nr 8/2016 – Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och Lss**

Dnr: OMS 16/094

#### Beslutsunderlag

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

## **8. Handlingsplan för digitalisering inom socialtjänsten 2017-2018**

Dnr: OMS 16/067

Beslutsunderlag

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

## **9. Årsbokslut för 2016**

Dnr: OMS 16/067

Beslutsunderlag

- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad 2017-02-13
- Årsbokslut 2016 för omsorgsnämnden
- Bilaga 1 – Resultat och balansräkning 2016
- Bilaga 2 – Investeringssammanställning 2016
- Bilaga 3 – Uppföljning av KF-mål och inriktning 2016
- Bilaga 4 – Personalbokslut 2016
- Bilaga 5 – Åtgärdsplan 2016

## **10. Kvalitetsrapport med patientsäkerhetsberättelse 2016**

Dnr: 17/006

Beslutsunderlag

- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-08
- Kvalitetsrapport daterad 2017-02-08
- Patientsäkerhetsberättelse daterad 2017-02-06

## **11. Ändring av delegationsordning för omsorgsnämnden**

Dnr: OMS 14/09

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-08
- Förslag till ändring av omsorgsnämndens delegationsordning
- Bilaga punkt 5.4 och 5.5

## **12. Revidering av avgiftsriktlinjer**

Dnr: OMS 16/098

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-09
- Förslag till reviderade riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning Bilaga punkt 5.4 och 5.5

### **13. Ej verkställda beslut kvartal fyra 2016**

Dnr: OMS 16/053

Beslutsunderlag

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

### **14. Ärendebalans**

### **15. Meddelanden/anmälningssärenden**

### **16. Delegeringsbeslut**

### **17. 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**  
2017-02-13  
Social- och omsorgskontoret

Socialnämnden,  
Äldreomsorgsnämnden,  
Omsorgsnämnden

## Ärende 7

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

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

#### **Sammanfattning av ärendet**

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

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

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

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

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

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

**Beslutsunderlag**

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

**Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser

**Kontorets förslag till socialnämnden:**

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

**Kontorets förslag till omsorgsnämnden:**

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

**Kontorets förslag till äldreomsorgsnämnden:**

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



Lenita Granlund

Socialdirektör

Charlotte Fagerstedt

Utredare

Handläggare: Charlotte Fagerstedt

Utredare

Staben

Telefon (direkt): 08 523 066 76

E-post: [charlotte.fagerstedt@sodertalje.se](mailto:charlotte.fagerstedt@sodertalje.se)

## **Beslutet skickas till**

Akten

Revisorerna

**SKRIVELSE**

2017-02-13

Social- och omsorgskontoret

Revisorerna i Södertälje kommun

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

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

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

I revisionsrapporten ges två rekommendationer.

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

Kommentar:

- Barn och ungdom- tid till förhandsbedömning

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

- Försörjningsstöd – både tid till nybesök och utredningstid.

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

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

- Äldreomsorg – tid till beslut om hemtjänst

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

- Funktionsnedsättning – tid till beslut om personlig assistans

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

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

Kommentar:

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

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

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

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



**TJÄNSTESKRIVELSE**

2017-02-02

Social- och omsorgskontoret

ÄON

SN

OMS

**Ärende 8****Handlingsplan för digitalisering inom socialtjänsten 2017-2018**

Dnr: ÄON16/062, SN 16/062, OMS 16/067

**Sammanfattning av ärendet**

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

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

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

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

## **Beslutsunderlag**

Handlingsplan för digitalisering inom socialtjänsten 2017-2018

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

## **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

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

## **Kontorets förslag till nämnden:**

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



Lenita Granlund  
Socialdirektör



Lisa Mattsson  
Strateg

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

Beslutet skickas till  
Kommunstyrelsen  
Kommunala Pensionärsrådet  
Kommunala handikappsrådet  
Akten



# Handlingsplan för digitalisering inom socialtjänsten 2017-2018

Social- och omsorgskontoret

2017-02-03

# Innehållsförteckning

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

# 1 Inledning och bakgrund

## 1.1 Dokumentinformation

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

## 1.2 Kommunfullmäktiges långsiktiga inriktning

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

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

Digitaliseringen bidrar till resurseffektivare verksamhet, bättre underlag för uppföljning och rättssäkra beslut. Hjälpmedel som utvecklats inom ramen för välfärdsteknologi kan bidra till ökad trygghet samt ge möjlighet att bibehålla och utveckla självständighet. En ökad digitaliseringsgrad ska därför vara utgångspunkten vid beslut om verksamhetsförbättrande åtgärder. En handlingsplan för digitalisering och användning av välfärdsteknologi ska tas fram för att säkerställa inriktningen.

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

## 1.3 Digitalisering inom socialtjänstens verksamheter – strategier och överenskommelser

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

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

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

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

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

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

### 1.5 Tidigare lokala handlingsplaner och arbetsformer

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

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

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



## 2 Självvärdering av digitalisering med stöd av verktyget LIKA socialtjänsten

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

### 2.1 Resultat av värderingar gjorda av Social- och omsorgskontorets verksamheter

#### Verksamhetsvärderingar

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

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

## 2.2 Resultat av förvaltningsövergripande värdering för Social- och omsorgskontoret

### Övergripande värdering

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

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

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

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

## 3 Utgångspunkter och mål i det fortsatta arbetet

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

### *Aktiv omvärldsbevakning och följsamhet i prioriteringar och planer*

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

### *Tydlig ledning och uppföljning av digitaliseringsarbetet*

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

### *Nödvändig infrastruktur*

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

### *Fokus på nytta och inkludering*

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

### *Ökad kompetens inom förändringsledning med stöd av digitalisering*

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

### **3.1 Mål**

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

## 4 Sammanställning av aktiviteter 2017-2018

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

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

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

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

#### **4.1 Uppföljning**

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

## **5 Fortsatt digitaliseringsarbete**

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





**TJÄNSTESKRIVELSE**

2017-02-13

Social- och omsorgskontoret

Omsorgsnämnden

## Ärende 9. Årsbokslut 2016

### Sammanfattning av ärendet

Omsorgsnämnden uppvisar ett resultat om -10,4 mkr för år 2016. Verksamhetsområdet LSS har en negativ avvikelse om -29,5 mkr och verksamhetsområdet SoL uppvisar ett positivt resultat om +13,3 mkr. Övriga områden som ingår i resultatet är Nämnden som har ett överskott om 0,2 mkr samt en justering av semesterskulden på drygt 1,9 mkr.

Nämnden har under året arbetat med olika åtgärder för att minska underskottet. Tidigare framtagna åtgärdsplan har inte fått sådan effekt 2016 att nämnden kan redovisa ett helårsresultat i balans. Bedömningen är dock att nämnden ska kunna redovisa ett resultat i balans år 2017.

### Beslutsunderlag

- Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse daterad 2017-02-13
- Årsbokslut 2016 för omsorgsnämnden
- Bilaga 1 – Resultat och balansräkning 2016
- Bilaga 2 – Investeringssammanställning 2016
- Bilaga 3 – Uppföljning av KF-mål och inriktning 2016
- Bilaga 4 – Personalbokslut 2016
- Bilaga 5 – Åtgärdsplan 2016

### Ärendet

Omsorgsnämnden uppvisar ett resultat på -10,4 mkr för år 2016. Verksamhetsområdet LSS har en negativ avvikelse om -25,9 mkr och verksamhetsområdet SoL en positiv avvikelse om +13,4 mkr. Övriga delar som är med i resultatet, och som inte ingår i resultatet för LSS eller SoL, är Nämnden med en positiv avvikelse om +0,2 mkr och en justering av semesterskulden på drygt 1,9 mkr.

Det negativa resultatet inom LSS inbegriper negativa budgetavvikelser främst inom verksamhetsområdena gemensamma kostnader, personlig assistans SFB och bostad med särskild service.

Gemensamma kostnader LSS redovisar ett negativt resultat på -3,5 mkr. Avvikelsen har sin främsta förklaring i myndighetens målsättning att få rätt beslut och rätt nivå per brukare, vilket med tanke på bemanningen på myndigheten

föranlett behovet av konsultstöd. Gemensamma kostnader SoL redovisar dock ett överskott om 1,2 mkr.

Verksamhetsområdet personlig assistans redovisar ett underskott på ca -3,6 mkr. Underskottet återfinns inom verksamheten personlig assistans enligt SFB och beror på färre brukare, en situation som medfört övertalighet och kostnader för omställning samt lägre intäkter från försäkringskassan.

Bostad med särskild service LSS har ett negativt resultat på -19,2 mkr. Underskottet beror till stor del på att egenregiverksamheten i början på året hade en för stor bemanning i förhållande till rådande beläggning. En generellt ökad beläggning i egenregiverksamheten är ytterligare en förklaring till det ekonomiska utfallet.

Daglig verksamhet redovisar ett positivt resultat på +0,7 mkr. Överskottet förklaras främst av översynen av turbundna resor.

Lagrummet SoL redovisar sammantaget ett positivt resultat på +13,4 mkr. Överskottet återfinns främst inom verksamhetsområdena hemtjänst och särskilt boende. Mindre volymer än budgeterat inom hemtjänsten utgör den huvudsakliga förklaringen. Det positiva resultatet på särskilt boende är följden av att det under året har varit färre placeringar än budgeterat.

Nettokostnaderna totalt för funktionshinderområdet har ökat med 0,6 % från 714,0 mkr föregående år till 718,3 mkr år 2016. Nettokostnadsökningen beror i hög grad på en ökad beläggning inom verksamhetsområdet bostad med särskild service vuxna. Ökningen är en följd av volymökningar i egenregiverksamheten. Förändringarna i beläggningen beror inte minst på hemtagningar främst till de nya gruppboendena på Cederströmska och Valsta. Med anledning av att antalet brukare med insatsen personlig assistans enl. SFB minskat under året har intäkterna från försäkringskassan varit lägre än föregående år.

Den sammanfattande bedömningen enligt GEH (God Ekonomisk Hushållning) av kommunfullmäktiges mål får bedömningen: *har brister*. Tre av kommunfullmäktiges mål får bedömningen *Ok*; Alla brukare ska ha en rättssäker handläggning, Fler brukare får ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov och Kompetensen för medarbetaren ska öka för att kunna se brukaren i ett helhetsperspektiv. Kommunfullmäktigemålet, Brukarinflytandet ska öka får bedömningen *Bra*. Målet om minskad sjukfrånvaro får bedömningen *har brister*. Sjukfrånvaron ligger för en tolv månadersperiod på 7,97 procent, vilket är högre än nämndens målnivå på 6,2 procent.

### **Ekonomiska konsekvenser**

För 2016 har den ekonomiska måluppfyllelsen brister. Med tanke på nämndens underskott vid årets slut, kommer verksamheten även fortsättningsvis arbeta med effektiviseringsåtgärder för att uppnå en budget i balans. Dessa kommer att fortlöpa under hela 2017.

Social- och omsorgskontoret var överens med kommunstyrelsens kontor att underskottet på -5,3 per sista augusti 2016 skulle hanteras i kommunens totala

resultat, med hänvisning till att pågående effektiviseringsarbete inte förväntades ge full effekt förrän 2017.

Det slutgiltiga resultat för 2016 blev -10,5 mkr, vilket innebär att omsorgsnämnden behöver hemställa hos kommunfullmäktige om att få gå med ytterligare -5,2 mkr i underskott för 2016.

Kontorets/förvaltningens förslag till nämnden:

1. Omsorgsnämnden hemställer hos kommunfullmäktige om att få gå med ett ytterligare underskott motsvarande -5,2 mkr för 2016.
2. Att årsbokslutet per sista december 2016 godkänns samt att rapporten överlämnas till kommunstyrelsen.



Lenita Granlund  
Socialdirektör



Tomas Cansu  
Verksamhetscontroller

Handläggare: Tomas Cansu  
Verksamhetscontroller  
Social- och omsorgskontoret  
Telefon (direkt): 08-523 037 07  
E-post: tomas.cansu@sodertalje.se

Beslutet skickas till  
Kommunstyrelsen  
Kommunstyrelsens Kontor ekonomi  
Kommunfullmäktige  
Akten

Årsbokslut 2016

Omsorgsnämnden  
Dnr: 16/020

## Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Ekonomi.....</b>	<b>6</b>
1.1 Resultat .....	6
1.2 Verksamhetsutfall 2016 .....	6
1.2.1 Gemensamma kostnader LSS .....	7
1.2.2 Personlig assistans .....	7
1.2.3 Avlösarservice/ledsagarservice/kontaktpersoner enligt LSS.....	8
1.2.4 Korttidshem/korttidstillsyn enligt LSS .....	8
1.2.4 Bostad med särskild service enligt LSS.....	9
1.2.5 Daglig verksamhet enligt LSS .....	10
1.2.6 Gemensamma kostnader SoL.....	11
1.2.7 Hemtjänst .....	11
1.2.8 Boendestöd .....	11
1.2.9 Personligt utformat stöd .....	12
1.2.11 Korttidsvård .....	12
1.2.12 Särskilt boende .....	12
1.2.13 Riksfärdtjänst.....	12
1.2.14 Nämnd och gemensamma kostnader.....	12
<b>1.3 Årets effektiviseringar .....</b>	<b>13</b>
1.3.1 Korttidsvistelse .....	13
1.3.2 Daglig verksamhet .....	13
1.3.3 Bostad med särskild service.....	13
1.3.3 Handläggning funktionshinder för barn och ungdomar.....	14
<b>1.4 Nettokostnadsutveckling .....</b>	<b>14</b>
1.4.1 Gemensamma kostnader LSS .....	16
1.4.2 Personlig assistans .....	16
1.4.3 Avlösarservice/ledsagarservice/kontaktpersoner enligt LSS.....	17
1.4.4 Korttidshem/korttidstillsyn enligt LSS .....	17
1.4.5 Bostad med särskild service enligt LSS.....	18
1.4.6 Daglig verksamhet enligt LSS .....	19
1.4.7 Hemtjänst .....	19
1.4.8 Boendestöd .....	20
1.4.9 Personligt utformat stöd.....	20
1.4.10 Korttidsvård .....	21
1.4.11 Särskilt boende enligt SoL .....	21
<b>1.5 Investeringar.....</b>	<b>21</b>
<b>2. KF-mål och inriktning .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 KF mål 1: Alla brukare ska ha en rättsäker handläggning .....</b>	<b>22</b>
2.1.1 Nämndens mål och mätetal .....	22
<b>2.2 KF mål 2: Brukarinflytande ska öka .....</b>	<b>25</b>
2.2.1 Nämndens mål och mätetal .....	25
<b>2.3 KF mål 3: Fler brukare får ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov .....</b>	<b>27</b>
2.3.1 Nämndens mål och mätetal .....	28
<b>2.4 KF mål 4: Kompetensen för medarbetaren ska öka, för att kunna se brukaren i ett helhetsperspektiv .....</b>	<b>29</b>

2.4.1 Nämndens mål och mätetal .....	30
<b>3. Personal.....</b>	<b>33</b>
<b>4. Sammanfattade GEH-bedömning för nämnden .....</b>	<b>34</b>
<b>5. Framtida utveckling .....</b>	<b>35</b>
<b>6. Internkontroll.....</b>	<b>36</b>

## Sammanfattning

Omsorgsnämnden uppvisar ett resultat på -10,4 mkr för år 2016. Verksamhetsområdet LSS har en negativ avvikelse om -25,9 mkr och verksamhetsområdet SoL en positiv avvikelse om +13,4 mkr.

Det negativa resultatet inom LSS inbegriper negativa budgetavvikelser främst inom verksamhetsområdena gemensamma kostnader, personlig assistans SFB och bostad med särskild service.

Gemensamma kostnader LSS redovisar ett negativt resultat på -3,5 mkr. Avvikelsen har sin främsta förklaring i myndighetens målsättning att få rätt beslut och rätt nivå per brukare, vilket med tanke på bemanningen på myndigheten föranlett behovet av konsultstöd. Gemensamma kostnader SoL redovisar dock ett överskott om 1,2 mkr.

Verksamhetsområdet personlig assistans redovisar ett underskott på ca -3,6 mkr. Underskottet återfinns inom verksamheten personlig assistans enligt SFB och beror på färre brukare, en situation som medfört övertalighet och kostnader för omställning samt lägre intäkter från försäkringskassan.

Bostad med särskild service LSS har ett negativt resultat på -19,2 mkr. Underskottet beror till stor del på att egenregiverksamheten i början på året hade en för stor bemanning i förhållande till rådande beläggning. En generellt ökad beläggning i egenregiverksamheten är ytterligare en förklaring till det ekonomiska utfallet.

Daglig verksamhet redovisar ett positivt resultat på +0,7 mkr. Överskottet förklaras främst av översynen av turbundna resor.

Lagrummet SoL redovisar sammantaget ett positivt resultat på +13,4 mkr. Överskottet återfinns främst inom verksamhetsområdena hemtjänst och särskilt boende. Mindre volymer än budgeterat inom hemtjänsten utgör den huvudsakliga förklaringen. Det positiva resultatet på särskilt boende är följden av att det under året har varit färre placeringar än budgeterat.

Nettokostnaderna totalt för funktionshinderområdet har ökat med 0,6 % från 714,0 mkr föregående år till 718,3 mkr år 2016.

Nettokostnadsökningen beror i hög grad på en ökad beläggning inom verksamhetsområdet bostad med särskild service vuxna. Ökningen är en följd av volymökningar i egenregiverksamheten. Förändringarna i beläggningen beror inte minst på hemtagningar främst till de nya gruppboendena på Cederströmska och Valsta. Med anledning av att antalet brukare med insatsen personlig assistans enl. SFB minskat

under året har intäkterna från försäkringskassan varit lägre än föregående år.

Den sammanfattande bedömningen enligt GEH (God Ekonomisk Hushållning) av kommunfullmäktiges mål får bedömningen: *har brister*. Tre av kommunfullmäktiges mål får bedömningen *Ok*; Alla brukare ska ha en rättssäker handläggning, Fler brukare får ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov och Kompetensen för medarbetaren ska öka för att kunna se brukaren i ett helhetsperspektiv. Kommunfullmäktigemålet, Brukarinflytandet ska öka får bedömningen *Bra*. Målet om minskad sjukfrånvaro får bedömningen *har brister*. Sjukfrånvaron ligger för en tolv månadersperiod på 8,35 procent, vilket är högre än nämndens målnivå på 6,2 procent.



## 1. Ekonomi

### 1.1 Resultat

Omsorgsnämnden visar totalt ett negativt resultat på -10,4 mkr. Jämfört med samma period föregående år är det en förbättring av resultatet med 2,7 mkr. Verksamhetsområdet LSS uppvisar ett resultat på -29,5 mkr och verksamhetsområdet SoL uppvisar ett positivt resultat på +13,3 mkr.

De verksamheter som bidrar till att förbättra resultatet inom LSS är personlig assistans LSS, avlösning, ledsagning, kontaktpersoner samt turbundna resor inom daglig verksamhet. Inom SoL är det främst hemtjänsten och särskilda boenden, som redovisar positiva resultat. Överskotten förklaras främst av generellt minskade volymer. Inom hemtjänsten beror överskottet på en förstärkning som gjordes i årets budget för att möta en presumtiv utveckling med att insatser inom PUS och personlig assistans efter omprövning omvandlas till nya hemtjänstinsatser.

Myndigheten redovisar ett underskott på -1,4 mkr, den egna utföraren redovisar ett underskott på -11,3 mkr, nämnden ett mindre överskott på ca 0,2 mkr förvaltningsgemensamt ett överskott 2,0 mkr. Underskottet förklaras av högre kostnader än budgeterat främst inom personlig assistans SFB, boende med särskild service och daglig verksamhet. Kostnaderna för hälso- och sjukvård LSS som ingår i verksamhetsområdet gemensamma kostnader redovisar ett underskott om -0,4 mkr.

### 1.2 Verksamhetsutfall 2016

Verksamhetsutfall (tkr)	Nämndbidrag 2016	Nettokostnad 2016	Resultat	Nettokostnad 2015
Gemensamma kostnader LSS	36 765	40 326	-3 561	34 457
Personlig assistans	86 054	89 641	-3 587	94 278
Avlösning/ledsagning/kontaktperson	17 716	14 390	3 326	16 064
Korttidshem/korttidstillsyn	24 024	27 627	-3 603	28 305
Bostad med särskild service	339 587	358 820	-19 233	338 504
Daglig verksamhet	126 331	125 537	794	126 575
<b>Summa verksamhetsområde LSS</b>	<b>630 477</b>	<b>656 341</b>	<b>-25 864</b>	<b>638 183</b>
Gemensamma kostnader SoL	5 953	4 738	1 215	6 003
Ordinärt boende	43 372	38 399	4 973	42 943
Särskilt boende	26 970	19 826	7 144	26 331
Riksfärdtjänst	204	177	27	184
<b>Summa verksamhetsområde SoL</b>	<b>76 499</b>	<b>63 140</b>	<b>13 359</b>	<b>75 461</b>
Nämnd	856	698	158	801
Förvaltningsgemensamt	0	-1 880	1 880	-346
<b>Totalt nämnden</b>	<b>707 832</b>	<b>718 299</b>	<b>-10 467</b>	<b>714 099</b>
Kommunbidrag nämnden	-707 832	-718 299		-700 962
<b>Resultat nämnden</b>	<b>0</b>		<b>-10 467</b>	<b>-13 137</b>

### *1.2.1 Gemensamma kostnader LSS*

Gemensamma kostnader LSS uppvisar ett negativt resultat på -3,6 mkr jämfört med periodens budget. Budgetavvikelsen återfinns på kostnadssidan och förklaras främst av kostnaden för konsulter. Avvikelsen mot personalbudgeten beror i hög grad på fördelningen av handläggarnas löner mellan SoL, LSS vilka till största del bokförts som en kostnad inom LSS.

Myndigheten har till följd av det systematiska uppföljningsarbetet, som syftat till att säkerställa rätt insatser till rätt personer, haft behov av konsultstöd för att klara arbetsbelastningen. Att kostnaderna för HSL-verksamheten blivit högre än de ursprungliga beräkningarna utgör också en förklaring till budgetavvikelsen. Vid årets slut redovisar HSL-verksamheten ett underskott på drygt -0,4 mkr.

### *1.2.2 Personlig assistans*

Verksamhetsområdet redovisar sammantaget en negativ avvikelse mot budget på -3,6 mkr. Personlig assistans enligt LSS redovisar en positiv avvikelse på ca 3,6 mkr och verksamheten personlig assistans SFB redovisar ett underskott på -6,9 mkr.

Överskottet inom personlig assistans LSS beror till stor del på de uppföljningar myndigheten genomfört för att säkerställa rätt insats utifrån brukarens behov. Uppföljningsarbetet, som är en del i myndighetens åtgärds paket för 2016, har medfört en reducering av beviljad tid och därmed minskade kostnader.

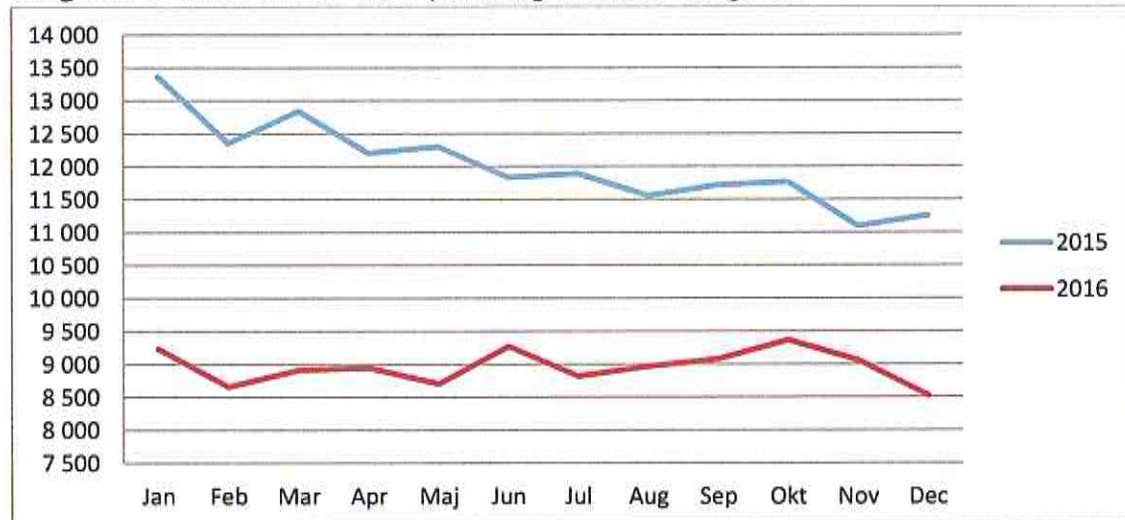
Underskottet inom personlig assistans SFB beror på att antalet brukare under året varit färre än budgeterat, vilket resulterat i lägre ersättning från Försäkringskassan. Färre brukare gör att det uppstår övertalighet på medarbetare i verksamheten. Verksamheten kan dock inte ställa om lika snabbt, varför kostnaderna inte har minskat i samma omfattning. En del av underskottet förklaras också av en felaktig uppskattning av intäkterna från Försäkringskassan i samband med årsbokslutet år 2015.

Resultatet innebär en förbättring mot prognosen i augusti, med 1,4 mkr. Avvikelsen mot prognosen återfinns till övervägande del inom personlig assistans SFB. Volymerna inom personlig assistans LSS har periodvis fluktuerat, men har vid årets slut ändå hamnat på ungefär samma nivå som vid årets början.

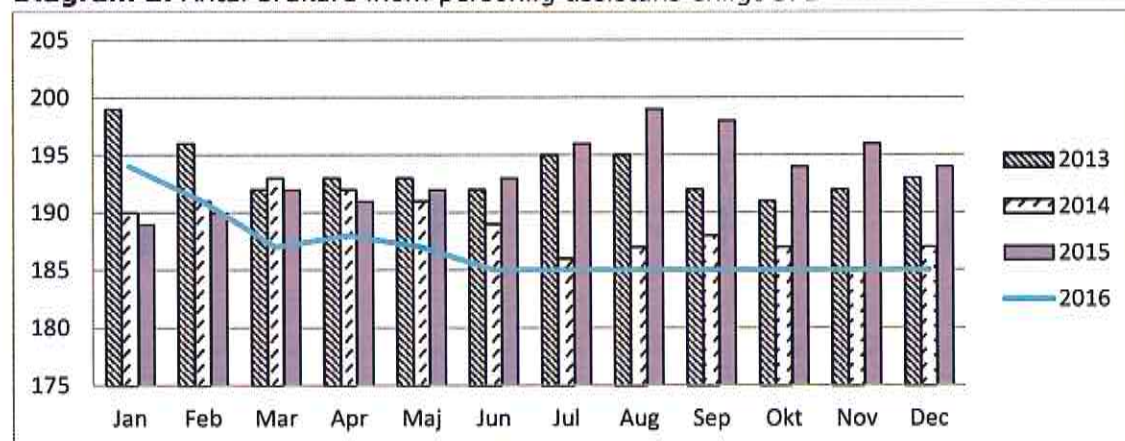
Personlig assistans SFB redovisar ett underskott om ca -7,2 mkr, vilket är ca 1,7 mkr bättre än prognosen i augusti. Den förbättrade prognosen beror också delvis på, att vi för 2016 har fått in intäkter från Migrationsverket för hela året. Ytterligare en förklaring är

effektiviseringsåtgärder hos utföraren i egen regi har haft lyckat resultat.

**Diagram 1:** Antal timmar inom personlig assistans enligt LSS



**Diagram 2:** Antal brukare inom personlig assistans enligt SFB



### 1.2.3 Avlösarservice/ledsagarservice/kontaktpersoner enligt LSS

Verksamhetsområdet redovisar en positiv avvikelse på +3,3 mkr, varav avlösarservice +0,7 mkr, ledsagning +1,0 mkr och kontaktpersoner LSS +1,6 mkr. Budgetavvikelsen har sin främsta förklaring i att personalkostnaderna är lägre än budgeterat, i sin tur en följd av vikande volymer.

Inga händelser av betydelse har skett under året som fått nämndvärda ekonomiska konsekvenser inom dessa områden. Resultatet för samtliga verksamhetsområden ligger i nivå med den ekonomiska prognosen i augusti.

### 1.2.4 Korttidshem/korttidstillsyn enligt LSS

Verksamhetsområdet redovisar ett underskott på -3,6 mkr, varav

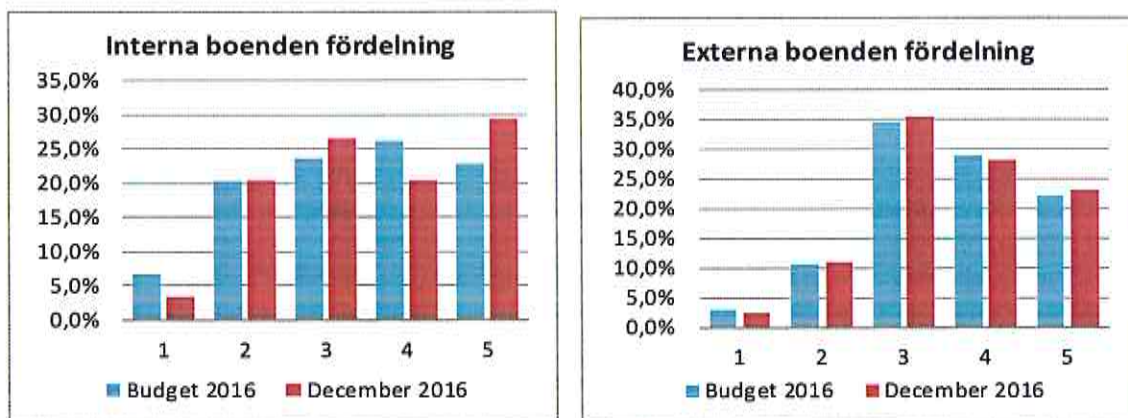
korttidsvistelse står för ca -2,6 mkr. Insatsen korttidsvistelse beviljas i normalfallet som en temporär lösning i avlastningssyfte eller i situationer, då brukare är i behov av miljöombyte. Flera brukare har bland annat på grund av utdragna utredningar erbjudits insatsen mer permanent. Orsaken till detta har varit svårigheten att finna ändamålsenliga insatser.

En ny organisation inom egenregiverksamheten, som trädde i kraft under året har bland annat möjliggjort en minskad bemanning. Förändringen innebar att korttidstillsynsverksamheten överfördes till utbildningskontoret, med minskade lokalytor och minskad bemanning som följd. Den nya organisationen har skapat bättre möjligheter att samordna personalresurserna och generera effektiviseringar gällande driftskostnader och behovet av vikarier och nattpersonal.

I delåret augusti pekade den sammantagna prognosen för korttidshem och korttidstillsyn mot en ekonomi i balans. Att ett nollresultat inte har kunnat uppnås har sin förklaring i svårigheten att hitta lämpliga lösningar för ett antal mer långvariga placeringar på korttidshem. Organisationsförändringen inom verksamheten i egen regi har fått större ekonomisk effekt än tidigare uppskattningar. Effekten beräknas bli än större under 2017.

#### 1.2.4 Bostad med särskild service enligt LSS

I bostad med särskild service enligt LSS återfinns kostnader för boende vuxna med eller utan psykiatrisk inriktning och boende för barn och ungdomar.



Verksamhetsområdet redovisar ett underskott på drygt -19,2 mkr, varav ca -1,5 mkr återfinns inom den egna verksamheten. Underskottet på myndigheten, ca -17,7 mkr, förklaras av generellt ökad beläggning till följd av nyplaceringar, samt ytterligare nivåhöjningar under året. Den ökade beläggningen hos utföraren i egen regi är bl a resultatet av hemtagningar av brukare. Merparten av nyplaceringarna har bedömts

som nivå 5 eller högre. Intäkterna inom verksamhetsområdet följer budget.

Kostnaden för externt köpta platser redovisar en positiv avvikelse mot budget på ca 1,3 mkr. Att överskottet inte är större med tanke på gjorda hemtagningar beror på att genomförda hemtagningar inte får helårseffekt och för att myndigheten vid avslut i regel alltid har kostnaden för uppsagda placeringar under en uppsägningstid på 3 månader. Trots genomförda hemtagningar har ett antal nyplaceringar, av vilka några omfattar brukare som tidigare haft boende enligt SoL, under året hållit tillbaka en ev. resultatförbättring. Ett fåtal brukare som under året fått försämrade hälsotillstånd och därmed förändrade behov, har gett upphov till nivåhöjningar och kostnadsökningar.

Resultatet innebär en försämring mot prognosen i delåret augusti med ca 5 mkr. Resultatförsämringen är ett resultat av flera händelser under hösten. 2 mkr av de 5 mkr förklaras av problem i samband med nya lönesystemet. Resterande 3 mkr förklaras bland annat av hemtagningar inom området och ändring av lagrum för brukare.

#### *1.2.5 Daglig verksamhet enligt LSS*

Verksamhetsområdet redovisar ett överskott på +0,8 mkr, utfallet förklaras huvudsakligen av översynen inom området turbundna resor. Översynen har lett till lägre kostnader, vilket resulterat i en positiv avvikelse gentemot budget på ca 2,4 mkr. Kostnadsminskningen beror bland annat på en effektivare planering och samordning av taxiresorna.

Egenregiverksamheten har en negativ avvikelse på -4,6 mkr och myndigheten en positiv avvikelse på +3,0 mkr, exklusive turbundna resor.

Underskottet inom den egna verksamheten är bl a en följd av nuvarande ersättningsmodell som innebär att ersättning endast utgår för den tid brukarna är närvarande. En svårighet för den egna utföraren har varit att schemalägga brukartiden på ett sådant sätt att full kostnadseffektivitet åstadkoms. En översyn genomfördes under året för att anpassa och forma verksamheten utifrån aktuella behov. Översyn av befintliga lokaler samt hur verksamhet och organisation på bästa sätt ska utformas ur effektivitetssynpunkt sker kontinuerligt. Inom ramen för projektet Hållbar omsorg har ett arbete påbörjats med att se över befintlig ersättningsmodell.

Budgeten för externa köp redovisar en positiv avvikelse på ca 0,3 mkr, vilket främst beror på ett antal hemtagningar under året. Även intäkterna redovisar en positiv avvikelse mot budet på 1,5 mkr. Att intäkterna överstiger budget beror på att flera brukare i verksamheten

berättigat till återsökningar från Migrationsverket.

Resultatet innebär en försämring med drygt 2,0 mkr jämfört med prognosen i delåret augusti. Resultatförsämringen beror till största del på nya och utökade insatser till målgruppen inom neuropsykiatri. Detta är ett resultat av omorganiseringen av ASD-verksamheten och de nya insatser som enheten för arbete och rehabilitering, som ingår i Socialnämndens ansvarsområde, tillhandahållit.

#### *1.2.6 Gemensamma kostnader SoL*

Resultatet för administrationen inom SoL uppvisar en positiv avvikelse på +1,2 mkr. Överskottet beror på en schablonmässig fördelning av handläggarnas lönekostnader samt andra övergripande kostnader som till övervägande del belastat LSS.

#### *1.2.7 Hemtjänst*

Överskottet inom ordinärt boende SoL beror bl a på den förstärkning, som gjordes i årets budget för extern hemtjänst utifrån antagandet om en ökning av antalet hemtjänsttimmar. Denna utveckling uppskattades i budget till ca 3950 timmar eller ca 1,3 mkr. Utvecklingen har inte sett så ut, vilket gör att hemtjänsten redovisar ett överskott på ca 3,8 mkr. Överskottet inom personligt utformat stöd beror på en fortsatt minskning av antalet insatser.

I delåret augusti prognostiserades det med ett överskott på hemtjänsten med ca +3,3 mkr. Det förbättrade resultatet beror huvudsakligen på ändrade redovisningsprinciper, en förändring som möjliggjort bokföring av upplupna intäkter från Migrationsverket.

#### *1.2.8 Boendestöd*

Resultatet för boendestödet är en negativ avvikelse på -0,8 mkr. Boendestödet utförs endast i egen regi. Underskottet är en följd av att både antalet insatser och beviljad tid ökat under året. Ökningen är en följd av nya beslut om insatser till målgruppen inom neuropsykiatri.

I förhållande till augustiprognosen så redovisar verksamhetsområdet ett försämrat resultat. Prognosen fastställdes med reservation för den osäkerhet som omgärdat utvecklingen av boendestödsinsatser främst till målgruppen inom neuropsykiatri, med risk för möjliga volymökningar under året.

Utvecklingen var svår att förutsäga, varför sådana tänkbara volymförändringar inte vägdes in i prognosen. Viss volymökning har uppstått under året, ett mönster som dock inte varit helt bestående. Under året sista månader vänder volymutvecklingen till att istället gå i avtagande riktning.

Volymökningen uppkom som en följd av omorganiseringen av verksamheten för målgruppen med autismspektrumtillstånd. Tidigare överflyttning av handläggning och viss utförande av insatser för personer med autismspektrumtillstånd till enheter inom Socialnämndens ansvarsområde medförde att utredningar gjordes utifrån nya bedömningsgrunder. Verksamheten har dock återförts till myndigheten för äldre och funktionshindrade. Ett effektiviseringsarbete har genomförts inom verksamheten där primärt samordning av personalresurser setts över för att bli få ner vikariekostnader.

#### *1.2.9 Personligt utformat stöd*

Verksamhetsområdet personligt utformat stöd redovisar en positiv avvikelse på +1,4 mkr, vilket uteslutande beror på minskade volymer. Resultatet är något bättre än det borde ha varit då lönekostnader i viss utsträckning felaktigt belastat andra verksamhetsområden.

En förklaring till resultatförbättringen är att kostnadsansvaret för några brukare över 65 år har överflyttats till äldreomsorgsnämnden.

#### *1.2.11 Korttidsvård*

Resultatet för verksamheten korttidsvård är en positiv avvikelse på 0,4 mkr, vilket beror att behovet av placeringar inte varit lika stort som antagits i budget. Resultatet är oförändrat sedan delårsbokslutet i augusti.

#### *1.2.12 Särskilt boende*

I kostnaderna för särskilt boende ligger kostnader för hemtjänst inom servicehus och boende för barn och vuxna.

Särskilt boende har ett resultat på +7,1 mkr, vilket beror på färre externa placeringar än budgeterat. Under årets senare hälft har det tillkommit nya placeringar. Ett antal placeringar har dock upphört under året och vissa brukare har periodvis vårdats i Landstingets regi på g a omfattande omvårdnadsbehov. En del brukare har också fått nya beslut om bostad med särskild service enligt LSS.

Resultatet innebär en förbättring jämfört med prognosen i delåret augusti.

#### *1.2.13 Riksfärdtjänst*

Kostnaderna för Riksfärdtjänst ligger i nivå med periodens budget.

#### *1.2.14 Nämnd och gemensamma kostnader*

Kostnaderna för nämnden ligger i nivå med periodens budget.

### **1.3 Årets effektiviseringar**

#### *1.3.1 Korttidsvistelse*

Under föregående år kännetecknades verksamheten korttidsvistelse i egen regi av en utveckling med vikande volymer, vilket medfört att personalstyrkan behövt anpassas efter aktuella volymer. Bemanningen har minskats med en korttidsenhet, ca 3,0 heltidstjänster. Övertalighet har kunnat lösas med naturliga avgångar. Verksamheten har tidigare bedrivits i tre separata hus. Lokalerna i ett av dessa har sagts upp. Detta har genererat en effektivisering gällande driftskostnader, men även bättre samordning gällande t ex nattpersonal och minskade vikariekostnader.

#### *1.3.2 Daglig verksamhet*

Översyn har genomförts under år 2016. Verksamheten har ej ersatt en biträdande områdeschef och en årsarbetare, som tidigare arbetade som administrativt verksamhetsstöd. Verksamheten kommer under året att ha ett par pensionsavgångar, vilka inte kommer att återbesättas. En ökad samverkan mellan personalgrupper i verksamheten har minskat behovet av vikarier. För att uppnå en så effektiv verksamhet som möjligt och ett effektivt resursutnyttjande har det hittills i år gjorts ett antal hemtagningar. För att undvika tomma platser säljer verksamheten ett antal platser externt.

Verksamheten har i uppdrag att se om ytterligare effektiviseringar är möjliga vad gäller lokaler och bemanning. De åtgärder som vidtagits under året tillsammans med genomförda hemtagningar har bromsat upp och t o m drivit ner underskottet inom området.

Egenregiverksamheten redovisar dock ett underskott, vilket delvis kan hänföras till befintlig ersättningsmodell och dess utformning. Oregelbunden brukarnärvaro gör det svårt för utförarna att planera och samordna verksamheten och därmed åstadkomma en kostnadseffektiv verksamhet. Ett arbete som har påbörjats inom ramen för det pågående projektet Hållbar omsorg är att se över kommande upphandlingar och om nödvändigt revidera nuvarande ersättningsmodell.

#### *1.3.3 Bostad med särskild service*

En översyn genomfördes under året. Förtätning enligt boendeplan, men även hemtagningar är några av de spår det arbetas efter och som kräver nya lokaler och en samplanering med MÅF och lokalstyrgruppen. Verksamheten har minskat med en resultatenhetschef och ser i samarbete med myndigheten över möjligheten till förtätningar och, genom ett fortsatt arbete med hemtagningar öka beläggningen inom de egna boendena. På myndigheten har det anställts en fysioterapeut som tillsammans med enhetens avtalssamordnare intensifierat arbetet med insatsmätningar (nivåbedömningar).



Verksamheterna ser generellt över övertaligheter samt schemaläggning. Arbete pågår också med att minska övertidstimmar genom ett påbörjat samarbete med bemanningsservice. En ansats i det pågående projektet Hållbar omsorg är dessutom att bygga upp rutiner och se över processerna inför framtida upphandlingar.

### 1.3.3 Handläggning funktionshinder för barn och ungdomar

Handläggare inom barn- och ungdomsvård fick sin arbetsplats flyttad till myndigheten i Luna och har därmed ingått i en större personalgrupp. Syftet har varit att få en bättre struktur och ett smidigare samarbete, i arbetet med övergången från barninsatser till vuxeninsatser. Med tanke på behovet av likvärdiga utbildningar, likvärdiga bedömningar och beslut så bidrar denna förändring till att främja en gemensamt högre kompetens. Avsikten är att det skall bli bättre för brukarna, men även mer funktionellt för myndigheten och mindre sårbart ur ett personalperspektiv.

## 1.4 Nettokostnadsutveckling

Nämndens ram enligt Verksamhetsplan 2016	711 589 tkr
Volymavstämning LSS per 1 april 2016	-259 tkr
Ny ram för omsorgsnämnden	711 330 tkr

### Resultaträkning december 2016

Nettokostnader (tkr)	Nettokostnad 2014	Nettokostnad 2015	Nettokostnad 2016
<b>INTÄKTER</b>			
Avgifter och taxor	2 051	2 037	1 874
Hyror och arrenden	7 844	7 814	8 522
Driftbidrag	92 146	97 128	86 149
Övriga intäkter	5 362	6 132	1 922
<b>SUMMA INTÄKTER</b>	<b>107 402</b>	<b>113 111</b>	<b>98 467</b>
<b>KOSTNADER</b>			
Personal	-276 644	-280 992	-279 639
Lokaler och anläggningar	-31 766	-32 158	-32 290
Material och tjänster	-10 915	-11 572	-11 822
Köp av prim verksamhet	-421 885	-442 028	-434 212
Bidrag och transfereringar	-56 697	-59 795	-58 178
Övriga kostnader	-9	0	-34
<b>SUMMA KOSTNADER</b>	<b>-797 917</b>	<b>-826 546</b>	<b>-816 174</b>
Avskrivningar	-467	-562	-575
<b>VERKSAMHETENS NETTOKOSTNAD</b>	<b>-690 982</b>	<b>-713 996</b>	<b>-718 281</b>
Räntenetto	-158	-103	-17
<b>Resultat före kommunbidrag</b>	<b>-691 140</b>	<b>-714 099</b>	<b>-718 298</b>
Kommunbidrag	678 093	700 962	707 831
<b>RESULTAT</b>	<b>-13 047</b>	<b>-13 137</b>	<b>-10 467</b>

Jämfört med bokslutet 2015 har nettokostnaden ökat med 4,2 mkr. Intäkterna uppvisar en negativ avvikelse jämfört med föregående år om -14,6 mkr. Här är det främst driftbidragen från försäkringskassan som bidrar till den negativa avvikelsen. Detta är ett resultat av att man har färre brukare med personlig assistans enligt SFB, men även på att det i årsbokslutet år 2015 gjordes en felaktig uppskattning av intäkterna från försäkringskassan avseende andra halvåret år 2015. Att övriga intäkter var lägre 2016 beror bl a på återbetalningar från externa utförare inom personlig assistans gällande brukare, där utföraren redan hade fått ersättning från försäkringskassan. Avvikelsen mellan åren förklaras också av att nämnden inte var fullt ut kompenserad för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Under en övergångsperiod vidarefakturerades därför Landstinget för verksamheternas hälso- och sjukvårdskostnader.

Nämndens totala kostnader är ca 10,4 mkr lägre jämfört med föregående år. De lägre kostnaderna återfinns främst inom kostnadsslaget köp av verksamhet. Trots konstaterade kostnadsökningar inom flertalet verksamheter, där externa köp förekommer, så har ändå minskade volymer inom ett antal områden bidragit till en minskning av kostnaderna för externa köp över åren. Förklaringen är minskade volymer både inom personlig assistans SFB och LSS, färre barn placerade i bostad med särskild service samt en betydande minskning av kostnader för turbundna resor.

Ett minskat behov av insatsen kontaktperson LSS har bidragit till lägre personalkostnader. Kostnaderna för bidrag och transfereringar är lägre än samma period föregående år. En volymminskning inom personlig assistans (SFB) lägger grunden för minskade kostnader och avser de första 20 timmarna, som kommunen betalar till försäkringskassan. Att lokalkostnaderna ligger på samma nivå som år 2015 förklaras av kommunens nya hyresmodell, vilken totalt för nämnden inneburit lägre hyreskostnader på årsbasis motsvarande ca 2,6 mkr.

## Nettokostnader per verksamhetsområde

VERKSAMHET (tkr)	Nettokostnad 2014	Nettokostnad 2015	Nettokostnad 2016	Avv. 2015- 2016	Nettokostnads- utveckling %
Nämnd/styrelse	955	801	698	103	12,9%
Gemensamt LSS	25 315	34 457	40 325	-5 868	-17,0%
Personlig assistans LSS	97 038	94 278	89 641	4 637	4,9%
Ledsagarservice LSS	3 473	3 521	3 435	86	2,4%
Kontaktpersoner LSS	9 741	9 038	7 924	1 113	12,3%
Avlösarservice LSS	3 025	3 505	3 031	474	13,5%
Korttidsvistelse LSS	17 601	21 100	19 116	1 984	9,4%
Korttidstillsyn LSS	7 411	7 204	8 512	-1 307	-18,1%
Boende för Barn/unga LSS	12 645	13 937	8 851	5 085	36,5%
Boende för vuxna LSS	313 220	324 568	349 969	-25 401	-7,8%
Daglig vht enl LSS	124 721	126 575	125 537	1 039	0,8%
Gemensamt SoL	5 823	6 003	4 738	1 265	21,1%
Ordinärt boende SoL	40 565	42 943	38 399	4 544	10,6%
Särsk boende SoL	28 162	26 331	19 826	6 505	24,7%
Riksfärdtjänst	202	184	177	7	3,7%
Förebyggande verksamhet	1 083	0	0	0	0,0%
Förvaltningsgemensamt	160	-346	-1 880	1 535	-443,6%
Summa:	691 140	714 098	718 297	-4 199	-0,6%

*1.4.1 Gemensamma kostnader LSS*

Nettokostnaderna har ökat med drygt 5,9 mkr. Den högre nettokostnaden beror huvudsakligen på kostnader för hälso- och sjukvården, som kommunen övertog i egen regi av Landstinget 1 oktober 2015. Avvikelsen beror till viss del också på att myndigheten har haft behov av konsulter på grund av den höga arbetsbelastningen. Tillräckligt antal handläggare och konsultstöd har varit nödvändigt för att klara uppföljningar, nya ärenden och för att handlägga våra ärenden, i syfte att säkerställa rätt beslut utifrån individens behov.

*1.4.2 Personlig assistans*

Nettokostnaden för verksamhetsområdet personlig assistans uppgår till 89,6 mkr för perioden. För samma period 2015 låg nettokostnaden på 94,3 mkr, vilket ger en minskning med ca 5,0 %.

Nettokostnaden inom personlig assistans LSS uppgår till 28,3 mkr, en minskning mot föregående år med ca 17,7 %. Volymerna (utförd tid) har under samma period minskat med 19 %, från ca 139 000 timmar

2015 till ca 112 500 timmar 2016. Nettokostnadsminskningen förklaras av lägre personalkostnader i egenregiverksamheten, men framförallt på en betydande minskning av volymer hos externa utförare.

Att kostnaderna inte har minskat i samma omfattning som volymerna beror huvudsakligen på att myndigheten retroaktivt tvingats betala för tidigare genomförda insatser. Ett antal ansökningar, som myndigheten avslagit år 2015, har efter prövning i förvaltningsrätt mynnat ut i gynnande domar för externa utförare.

Nettokostnaden för personlig assistans SFB är ca 61,3 mkr, vilket är en ökning med 2,4 % jämfört med samma period föregående år. Volymerna har under samma period minskat med ca 4,1 %, till 195 141 timmar mot 203 624 timmar år 2015. Att volymerna minskat mer än nettokostnaden beror delvis på en felaktig uppskattning av intäkterna från Försäkringskassan i samband med årsbokslutet år 2015. Felbokförda löner under året utgör ytterligare en förklaring till skillnaderna. Den främsta förklaringen är dock den övertalighet som uppstått till följd av avtagande volymer, vilken medfört att kostnaderna inte har minskat i samma omfattning.

#### *1.4.3 Avlösarservice/ledsagarservice/kontaktpersoner enligt LSS*

Nettokostnaden för perioden uppgår till drygt 14,4 mkr, mot ca 16,1 mkr samma period föregående år.

Nettokostnaden för avlösar- och ledsagarservice LSS (exklusive kontaktpersoner) är för perioden 6,5 mkr och ca 0,5 mkr eller 8 % lägre jämfört med föregående år. Volymerna har för samma period varit ca 27 500 timmar, vilket innebär en volymminskning på 9,0 %.

Nettokostnaden för kontaktpersoner är 7,9 mkr, vilket innebär en minskning med 12,3%. Kostnadsminskningen är ett resultat av att bedömningarna i högre grad sker utifrån principen att enbart bevilja insatsen där det finns ett tydligt behov att bryta sociala tillstånd som kännetecknas av isolation och utanförskap.

#### *1.4.4 Korttidshem/korttidstillsyn enligt LSS*

Nettokostnaden uppgår till ca 27,6 mkr, en minskning motsvarande ca 2,4 % mot föregående år. Trots lägre intäkter från Migrationsverket så bidrar omorganisationen av den egna verksamheten till lägre kostnader och därmed minskade nettokostnader.

För den egna utföraren är nettokostnaden 11,9 mkr, vilket innebär en minskning med 8,7 %. Korttidshem i egen regi har tidigare år kännetecknats av en utveckling med vikande volymer, vilket påkallat en anpassning av verksamheten. En ny organisation inom

egenregiverksamheten har trätt i kraft i år. Förändringen innebär att verksamheten korttidstillsyn har överförts till utbildningskontoret, vilket medfört minskade lokalytor och minskad bemanning. Med anledning av ett tätt samarbete mellan de båda verksamhetsområdena har det varit svårt att särskilja kostnaderna för respektive verksamhet. Det bidrar till att det blir svårt att ställa kostnader mot volymer.

Kostnaden för externa köp uppgår till 15,2 mkr, vilket trots tidigare nämnda felaktigt bokförda SoL kostnader innebär en oförändrad kostnadsnivå jämfört med föregående år.

#### *1.4.5 Bostad med särskild service enligt LSS*

Nettokostnaden för perioden är ca 358,8 mkr, vilket innebär en ökning på 6,0 %. Nettokostnadsutvecklingen förklaras huvudsakligen av ökade personalkostnader hos den egna utföraren, ett resultat av att flera nya gruppboenden startades under våren. Förutom generellt ökande volymer, så beror nettokostnadsökningen också på ytterligare nivåhöjningar under året samt en avtalsmässig uppräknings av samtliga priser.

Verksamheten i egen regi redovisar nettokostnader på 113,8 mkr, vilket innebär en kostnadsökning på 16,4%. Under året har den egna verksamheten haft i genomsnitt 140 verkställda beslut, att jämföras med 135 föregående år. Kostnadsökningen beror till största del på ökade kostnader för personal. Att utöka bemanningen har varit nödvändigt för att kunna tillgodose förändrade och ökade behov hos brukarna och för driften av nystartade gruppboenden.

För köp av externa platser har myndigheten haft en kostnad om 153,4 mkr, vilket innebär en marginell ökning på 0,3 %. Kostnadsökningen hänförs i huvudsak till upphandlingen och de nivåförskjutningar denna medförde. Kostnadsökningen beror också på att ett antal brukares tillstånd försämrats under året, vilket föranlett ett ökat omvårdnadsbehov.

Kostnaden för boende för barn och ungdomar har minskat med 36,5% jämfört med samma period föregående år, från 13,9 mkr till 8,9 mkr. Kostnadsminskningen är en direkt följd av att antalet placeringar har minskat. I oktober 2016 fanns det 5 verkställda beslut, 3 färre jämfört med samma period året innan.

Kostnadsökningen mellan åren beror till viss del också på avtalsenliga uppräknings av priserna, både till verksamheten i egen regi och externa utförare.

Inom boende LSS, för de som har psykiatrisk diagnos, finns 16 brukare.

Det har under perioden inte varit någon volymförändring.

**Diagram 3:** Antal verkställda beslut för vuxna avseende bostad med särskild service

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	för perioden
Intern 2014	128	128	129	131	132	139	132	137	136	134	133	131	132
Extern 2014	226	226	226	227	229	233	233	235	236	236	236	239	229
Totalt 2014	354	354	355	358	361	372	365	372	372	370	369	370	361
Intern 2015	129	129	131	132	130	131	131	133	133	132	131	132	131
Extern 2015	238	238	240	238	238	238	238	240	240	237	240	240	239
Totalt 2015	367	367	371	370	368	369	369	373	373	369	371	372	369
Intern 2016	136	136	139	139	139	139	139	140	140	143	143	143	140
Extern 2016	240	240	240	239	239	238	238	238	238	239	239	239	239
Totalt 2016	376	376	379	378	378	377	377	378	378	382	382	382	379
Budget 2016	373	373	373	378	378	378	378	378	378	378	378	378	377

#### 1.4.6 Daglig verksamhet enligt LSS

Nettokostnaderna för daglig verksamhet uppgår till 125,6 mkr, vilket är en marginell minskning med ca 0,8 % jämfört med föregående år.

Minskningen beror främst på lägre kostnader för turbundna resor om ca 2,1 mkr. Turbundna resor exkluderat, så uppgår nettokostnaderna till 112,4 mkr, d v s ca 1 % mer jämfört med föregående år.

För verksamheten i egen regi har kostnaderna i år varit 41,7 mkr, vilket innebär en kostnadsökning på 0,8 %. Antalet verkställda beslut i egen regi är i stort sett oförändrade. Anledningen till kostnadsökningen är att verksamheten under året haft fortsatt höga kostnader i förhållande till rådande beläggning. Nuvarande ersättningsmodell gör det svårt för verksamheten att uppnå ett effektivt resursutnyttjande.

Ersättningsmodellen ingår som ett av flera utvecklingsområden att hantera inom ramen för projektet Hållbar omsorg.

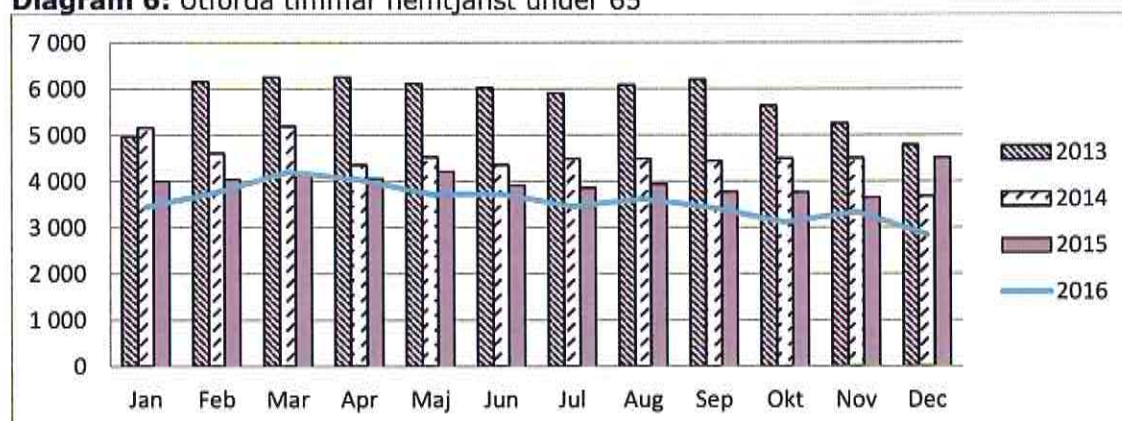
Kostnaden för externa köp uppgår till 69,2 mkr, vilket innebär en ökning på 3,6 % eller ca 2,4 mkr. Förutom en avtalsenlig höjning av priserna, så förklaras ökningen av att myndigheten fått ökade kostnader för nya insatser till målgruppen inom neuropsykiatri. Det är skillnad mellan antalet verkställda beslut och antalet brukare som utnyttjar sin dagliga verksamhetsplats. Det arbetas kontinuerligt med att hitta rätt arbetsplats till respektive brukare, samt att motivera dem att gå till den dagliga verksamheten. Egenregiverksamheten får ersättning för de dagar som brukare utnyttjar sin plats. De brukare, som inte utnyttjar sin plats tenderar att stanna hemma på boendet, vilket genererar ökade kostnader för personal på boendet.

#### 1.4.7 Hemtjänst

Nettokostnaderna för hemtjänsten är 12,1 mkr, vilket innebär en minskning med 13,3 % jämfört med föregående år. Minskningen är främst en följd av att externa köp har minskat. Minskningen beror på

att behovet av hemtjänst har minskat mot tidigare år. För perioden uppgår volymerna till 42 680 timmar, d v s en volymminskning på ca 12,0%.

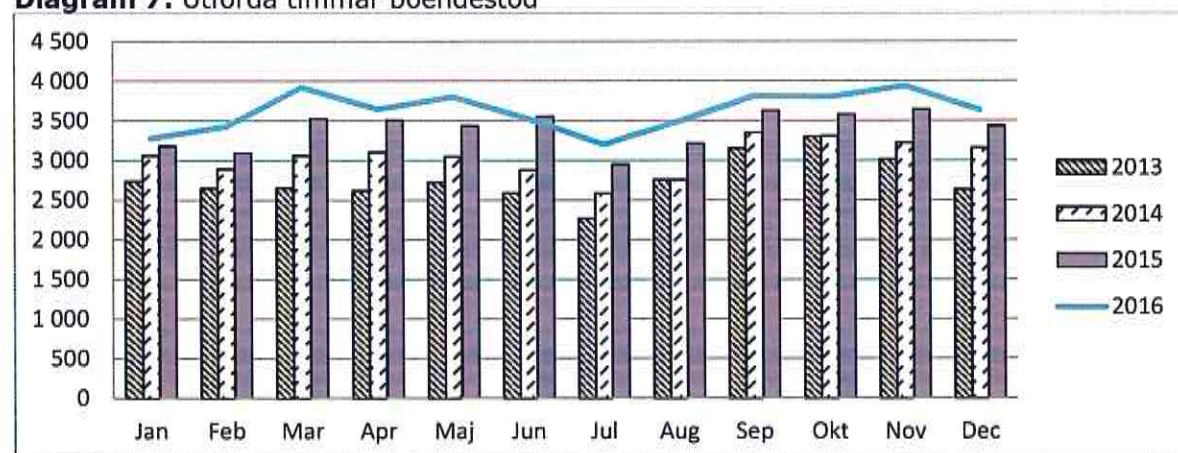
**Diagram 6:** Utförda timmar hemtjänst under 65



#### 1.4.8 Boendestöd

Nettokostnaden för verksamheten uppgår till ca 16,0 mkr, vilket jämfört med föregående år innebär en ökning med 3,5 procentenheter. Antalet timmar för boendestöd ligger totalt på 43 483 timmar för perioden och innebär en volymökning på 6,7 %. För egenregiverksamheten som utför insatsen har kostnaderna mot föregående år ökat med 4,9 % till 15,4 mkr. Volymökningen beror på utökning eller nya insatser till målgruppen med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, samt att flera insatser inom korttidsvård ändrats till boendestödsinsatser.

**Diagram 7:** Utförda timmar boendestöd

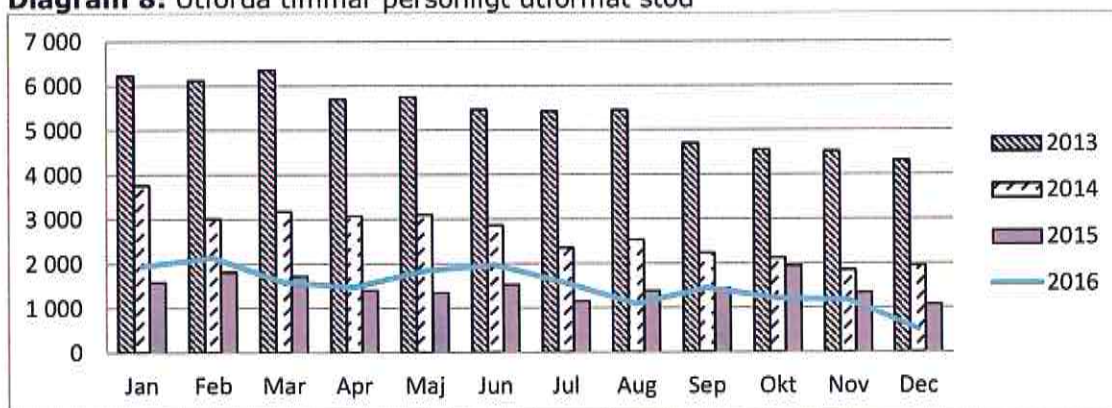


#### 1.4.9 Personligt utformat stöd

Fr.o.m. juni månad 2015 övertogs och utfördes insatser inom personligt utformat stöd av verksamheten i egen regi. Nettokostnaderna för

verksamhetsområdet uppgår till 4,4 mkr, vilket är en minskning med 16%. Nettokostnaderna är lägre än de borde ha varit, då löneersättningar i viss utsträckning felaktigt belastat andra verksamhetsområden. Totala antalet timmar uppgick till 17 918 timmar, en i stort oförändrad nivå jämfört med föregående år. Den utförda tiden innehåller även insatser utförda till brukare över 65 år.

**Diagram 8:** Utförda timmar personligt utformat stöd



#### 1.4.10 Korttidsvård

Verksamhetsområdets nettokostnader är 1,4 mkr mot 3,0 mkr samma period föregående år. Differensen åren emellan förklaras av att många insatser har upphört. Bl a har brukare, som tidigare beviljats insatsen, istället erbjudits permanentboende eller boendestöd.

#### 1.4.11 Särskilt boende enligt SoL

Nettokostnaderna för området är 19,8 mkr, d v s en minskning med 24,7 %. Totala antalet dygn har minskat med 54,5% från samma period föregående år, från ca 12 725 till 5 794 dygn. Orsakerna till volymminskningen är flera. Omständigheter såsom brukare som har avlidit, flyttat till andra kommuner, överflyttats för vård inom psykiatrin men även blivit aktuella för insatser enligt LSS har påverkat verksamhetens omfattning. Jämfört med år 2015 har antalet helårsplaceringar minskat med ca 46 %, till i genomsnitt 16 pågående insatser.

### 1.5 Investeringar

För 2016 fanns det Ks/Kf beslutade investeringar om 1 mkr avsatta till omsorgsnämnden enligt mål och budget. Medlen var främst avsedda att användas för inventarier till de två nystartade gruppboendena på Cederströmska. Av dessa medel har det hittills i år förbrukats ca 328 tkr. Nämnden har även en reinvesteringsram uppgående till 636 tkr, av vilken det vid årets slut har förbrukats ca 543 tkr.

Lägesbedömning för nämndens ekonomi: **Har brister**



## 2. KF-mål och inriktning

### 2.1 KF mål 1: Alla brukare ska ha en rättsäker handläggning

Målet att alla brukare ska ha en rättsäker handläggning får bedömningen: *Ok*

Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF) har under 2016, varje månad, mätt hur många beslut om daglig verksamhet och boende som inte kunnat verkställas inom 3 månader. Målsättningen har varit att det inte ska finnas fler än 5 sådana beslut. MÄF har nått den målsättningen samtliga månader 2016.

MÄF når inte riktigt målnivån avseende handläggningstid och genomförda uppföljningar.

Samtliga enheter har utarbetade processer och rutiner.

*Åtgärder för att öka måluppfyllelse:* MÄF hade under sommarmånaderna svårt att boka in uppföljningsmöten på grund av att brukarna var bortresta och avböjde möten. Efter sommaren har MÄF ökat andelen beslut som följs upp inom ett år samt andelen ärenden som handläggs inom tre månader. Övertagandet av personer med autismspektrumtillstånd (ASD) från vuxenenheten i september har inneburit en negativ påverkan på resultatet för dessa mätetal. MÄF kommer att arbeta med uppföljning av ASD-gruppen under 2017.

#### *Inriktning*

Biståndsbedömningens kvalitet och organisation ska utvecklas genom ett systematiskt kvalitetsarbete. Under perioden prioriteras uppföljning av beslutade insatser och intern samverkan mellan myndighetens enheter.

Insatserna ska på ett systematiskt sätt följas upp för att säkerställa att mål och syfte med insatsen uppfylls. Beslut ska följas upp en gång per år. Bedömningen av insatsnivåer i boende och dagligverksamhet ska utvärderas.

#### *2.1.1 Nämndens mål och mätetal*

1. Kontinuerliga uppföljningar för att säkra att brukaren har rätt insats efter sina behov.

Mätetal	Utgångsläge 2015	Resultat 2016	Målnivå 2016
Högst totalt 5 beslut per månad om boende och daglig verksamhet som inte är verkställt inom tre månader.	Nytt	12 av 12	10 av 12
Andel utredningar som slutförts inom högst tre	82 %	81 %	Minst 95 %

månader efter inkommen ansökan.			
Andelen av alla beslutade insatser som följs upp minst årligen.	Nytt	91 %	Minst 97 %
Processer och rutiner är upparbetade på alla enheter.	Nytt	100 %	100 %

Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF) har under 2016, varje månad, mätt hur många beslut om daglig verksamhet och boende som inte kunnat verkställas inom 3 månader. Målsättningen har varit att det inte ska finnas fler än 5 sådana beslut. MÄF har nått den målsättningen samtliga månader 2016.

Under sommarmånaderna var andelen slutförda utredningar och genomförda uppföljningar lägre än övriga månader då brukarna var upptagna eller bortresta i större utsträckning än annars. Det var då svårt att boka in uppföljningsmöten. Mot bakgrund av detta uppnår inte myndigheten målnivån avseende utredningstid och uppföljning av insatser. I samband med övertagandet av ASD-gruppen från vuxenenheten i september minskade andelen uppföljda insatser då ASD-gruppens inte var uppföljda.

Samtliga enheter har utarbetade processer och rutiner.

Bedömning av nämndmålet i bokslutet 2016: Ok

#### *Strategiska utvecklingsuppdrag*

1. Arbetet med utveckling av kompetensen kring rättssäker handläggning ska fortsätta.

Handläggarna på MÄF är utbildade socionomer eller jurister. 58 % av dem har genomgått LSS-handläggartutbildning från Socialstyrelsen. Övriga handläggare genomgår utbildningen eller börjar gå den under våren 2017. Utbildningsinsatserna anpassas efter personalgruppen. Under hösten 2016 har handläggarna bland annat fått utbildning i att bemöta starka affekter i mötet med människor.

2. Insatser för ökad personalkontinuitet inom MÄF ska fortsätta. Att arbeta som LSS-handläggare är ett tungt uppdrag och det är en utsatt yrkesroll. Många slutar på grund av att de inte mår bra med uppdraget. För att öka personalkontinuiteten på MÄF får handläggarna handledning varannan vecka. Handläggarna använder också ett så kallat bemötandespel, som innehåller diskussionsfrågor, vilka kan uppstå i mötet med klienter, kollegor eller chefer. I framtiden är det även önskvärt att handläggarna får möjlighet till debriefing (krishantering) i direkt anslutning till svåra möten.

3. Kvalitetssäkring av boendeplanen så att även interna platser finns tillgängliga.

MÄF´s avtalssamordnare har varit delaktiga i framtagandet av brukarunderlaget till boendeplanen. Under 2016 öppnade Cederströmska (gruppboende) med 12 platser, Valsta (gruppboende) med två platser samt Slädvägen (gruppboende) med en plats. Det innebär att det i dagsläget inte finns någon kö men situationen förändras hela tiden och varje år måste de ungdomar som går ut gymnasiet tas med i beräkningen för den fortsatta boendeplaneringen.

4. Utveckla strategiska samverkansformer med Samhällsbyggnadskontoret och andra berörda parter i syfte att påverka detaljplaner gällande bostadsplanering och tillgänglighet.

Staben har initierat ett tätare samarbete med Samhällsbyggnadskontoret om processen för bland annat detaljplaner. En rutin för hur nämnden svarar på detaljplaner, presenterades på Omsorgsnämndens sammanträde den 29 september.

5. Under 2016 ska en översyn av nivåbedömningar i boende och daglig verksamhet göras.

Avtalssamordnarna på MÄF har förstärkts med en fysioterapeut för att kvalitetssäkra nivåbedömningarna. Det är ett omfattande arbete som kommer att pågå under flera år.

6. Förebygga och minska riskerna för oegentligheter genom utbildning om bedrägerier.

Handläggarna på MÄF har gått SKL´s utbildning om mutor och korruption. Information om fusk och bedrägeri ingår som en del av introduktionen till nyanställda. Myndigheten har ett nära samarbete med uppföljningsenheten. Det finns också en ökad risk- och säkerhetsmedvetenhet på MÄF, exempelvis är arkiven låsta och väktarinsats kan anlitas om hotfulla situationer uppstår.

7. Visualisera verkställighetsprocessen av fattade beslut inom myndigheten.

Både på Myndigheten och i utförande verksamheter i egen regi har verkställighetsprocessen visualiserats. MÄF har processen på sin drifttavla. Utförarverksamheter i egen regi har lagt in samtliga verkställighetsprocesser i det digitala ledningssystemet.

8. Genomföra ett projekt avseende kostnad per brukare i jämförelse med andra kommuner.

Projekt kostnad per brukare har ersatts av strategin "Hållbar omsorg". Hållbar omsorg omfattar ett trettiotal olika aktiviteter med syfte att skapa en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.

## 2.2 KF mål 2: Brukarinflytande ska öka

Målet att brukarinflytande ska öka får bedömningen: Bra

Målet mäts genom andelen genomförandeplaner för verksamheter i egen regi, där insatsen utförs enligt plan. Resultat är 98 %, men det kan finnas en risk att avvikelser från genomförandeplan inte alltid rapporteras. Andelen nöjda kunder mäts genom resultat från mikroundersökningar utförda på korttidsboende och daglig verksamhet i egen regi. Dessa små undersökningar mäter nöjdheten efter varje besök eller vistelse. 87 % av brukarna uppger att de är nöjda med verksamheten. Nästan alla brukare inom socialpsykiatri har en genomförandeplan men utmaningen under 2017 blir att arbeta med att säkerställa kvaliteten på genomförandeplanerna samt efterlevnad.

### *Inriktning*

Metoder för delaktighet och inflytande behöver vidareutvecklas så att brukarna i högre grad ska kunna påverka sin vardag och på så sätt uppleva att de så långt som möjligt får ett självständigt liv.

Förutsättningar för ett självständigt liv ska ges till brukaren genom rätt insatser för att i första hand klara eget boende. Brukaren ska ges möjlighet till rörlighet mellan olika insatser och boendeformer. Biståndsbedömningens kvalitet och organisation ska utvecklas genom ett systematiskt kvalitetsarbete.

### 2.2.1 Nämndens mål och mätetal

1. Öka brukarnas delaktighet att påverka sin vardag

Mätetal	Utgångsläge 2015	Resultat 2016	Målnivå 2016
Andelen genomförandeplaner där insatsen utförts enligt plan inom egen regi.	Nytt	98 %	Minst 85 %
Andelen nöjda brukare inom egen regi.	Nytt	87 %	Minst 85 % <sup>1</sup>

Det finns en risk att avvikelser från genomförandeplanen inte alltid rapporteras. Därför är uppgiften något osäker.

På daglig verksamhet och korttidsboende i egen regi genomförs dagliga brukarundersökningar. Övergripande brukarundersökningar har också

<sup>1</sup> Det finns en risk att avvikelser från genomförandeplanen inte alltid rapporteras. Därför är uppgiften något osäker.

genomförts under hösten 2016 men det är inte dessa resultat som redovisas här.

Bedömning av nämndmålet i bokslutet 2016: Bra

2. Brukare i utförande verksamheter i egen regi kommer till tals i planering och utvärdering.

Delaktighet, kommunikation och uppföljning behöver vidareutvecklas, så att brukarna i högre grad ska kunna påverka sin vardag och på så sätt uppleva, att de får ett självständigt liv.

Mätetal	Utgångsläge 2015	Resultat 2016	Målnivå 2016
Andel brukare med beslut om insats som har en genomförandeplan (socialpsykiatri)	Nytt	90 %	Minst 80 %

De allra flesta har en genomförandeplan. En del av dem skulle dock behöva revideras och uppdateras. Utmaningen under 2017 blir att arbeta med att säkerställa kvaliteten på genomförandeplanerna samt efterlevnad.

Bedömning av nämndmålet i bokslutet 2016: Bra

#### *Strategiska utvecklingsuppdrag för verksamhetsområdet*

1. Brukaren ska ges möjlighet till rörlighet mellan olika insatser och boendeformer. Under året skall en kartläggning göras av brukarnas rörlighet mellan insatser och boendeformer som en grund för kommande analys och utveckling.

Brukarna har möjlighet att byta boende, om de så önskar. Det är dock inte så vanligt att brukarna önskar byta boende. Önskar brukarna byta insats, måste behovet utredas.

2. Brukarundersökningar ur ett nöjdhetsperspektiv skall utvecklas. En nationell brukarundersökning har, under hösten 2016, genomförts på boende och i daglig verksamhet i egen regi. Utförarverksamheterna har fått resultaten från undersökningen men väntar nu på att kunna jämföra resultaten med andra kommuners resultat.

I omsorgsverksamhet, där hjälpmedel är en självklar del av vardagen, kan välfärdsteknologin utvecklas för att både bibehålla och utveckla självständighet samt uppleva trygghet.

Användande av vårdhundar kan vara ett värdefullt komplement för ökat

välbefinnande.

3. Inventera olika lösningar inom välfärdsteknologin.

Ett APT-kit har tagits fram för att illustrera vilka olika tekniska lösningar, som finns tillgängliga. Presentationsmaterial, som beskriver välfärdsteknologi, finns att tillgå. Vid årsskiftet hade alla resultatansvariga chefer för utförarverksamheter i egen regi gått igenom materialet med sina medarbetare.

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

En utvärdering av vårdhunden, som komplement i vård- och omsorgsverksamheten, har genomförts. Utvärderingen har presenterats för omsorgsnämnden under hösten 2016. En vårdhund har praktiserat på Fornhöjdens servicebostad, vilket har varit mycket uppskattat bland de boende. Syftet med den praktiserande vårdhunden har varit att öka den sociala samvaron och få brukarna till fysisk aktivitet genom hundpromenader.

### **2.3 KF mål 3: Fler brukare får ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov**

Målet att fler brukare ska få ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov får bedömningen: **Ok**

MÄF mäter hur många brukare, som erbjudits en individuell plan. 90 % av brukarna har fått detta erbjudande, vilket ligger något under målnivån. Rutinen är, att när beslutet kommuniceras, får brukaren information om, att de har rätt att få en individuell plan.

Andelen brukare med sammansatta behov som har en sammanhållen individuell plan (SIP) är, i och med övergången av personer med autismspektrumsymptom (ASD-gruppen) från vuxenheten till MÄF, svår att mäta. MÄF kommer att erbjuda SIP:ar till samtliga brukare men många i ASD-gruppen väljer att tacka nej.

Alla enheter, utom en, har vid uppföljningen utbildat nyckelpersoner inom anhörigstöd.

*Åtgärder för att förbättra målluppfyllelse:* MÄF kommer att repetera vikten av att alltid erbjuda en individuell plan. MÄF fortsätter arbetet med att erbjuda SIP:ar och motivera brukarna i ASD-gruppen till att de upprättas.

#### *Inriktning*

Samverkan mellan myndighet och utförare ska fortsätta utvecklas så att brukarna får bästa möjliga stöd utifrån sina behov. För att kunna ge

brukaren ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov ska det finnas en samsyn kring brukarens behov mellan olika aktörer. Nuvarande och nya samverkansformer med andra aktörer ska utvecklas.

### 2.3.1 Nämndens mål och mätetal

1. Förbättrad samsyn och kommunikation mellan myndighet och utförare

Mätetal	Utgångsläge 2015	Resultat 2016	Målnivå 2016
Andelen brukare som erbjuds en individuell plan (IP)	Nytt	90 %	100 %

I samband med att beslut kommuniceras ska brukaren, enligt rutin, få erbjudande om IP.

Åtgärder för att öka måluppfyllelsen: Verksamheten kommer att repetera vikten av att den gällande rutinen följs.

Bedömning av nämndmålet i bokslutet 2016: Ok

2. Brukare med beslut om insats och behov av sammanhållet stöd, ska ha samordnad planering (socialpsykiatri)

Den individuella planen är basen för ett sammanhållet stöd och alla, som har behov av samordning, ska erbjudas en individuell plan. Utvecklingen av anhörigstödet ska fortsätta.

Inriktningen inom socialpsykiatri ska vara att ge stöd på hemmaplan i samverkan med andra aktörer.

Mätetal	Utgångsläge 2015	Resultat 2016	Målnivå 2016
Andel brukare i ASD-gruppen med sammansatta behov som har en SIP	Nytt	-	Minst 80 %
Andel utförarverksamheter i egen regi som har minst en person som genomgått utbildning inom anhörigstöd	Nytt	100 %	100 %

Andelen brukare med autismspektrumsymptom (ASD-gruppen) och sammansatta behov som har en SIP är, i och med övergången av ASD-gruppen från vuxeneheten till MÄF, svårt att mäta. Myndigheten kommer att erbjuda SIP:ar till samtliga brukare men många i gruppen väljer att tacka nej.

Åtgärder för att öka måluppfyllelsen: MÄF tog över ASD-gruppen från vuxeneheten i mitten på september och fortsätter nu arbetet med att erbjuda SIP:ar och motivera brukarna till att tacka ja till att de upprättas.

Anhörigutbildningen är i tre steg och det är få personer, som gått alla steg. Det beror på, att utbildningen enbart ges en gång per termin. Anhörigkonsulenterna påbörjade utbildningarna våren 2015, så alla har inte hunnit igenom utbildningen. Personal har också hunnit sluta och ny personal har börjat, så det är svårt att få exakta siffror. Alla enheter har dock någon som gått utbildningen. Anhörigkonsulenterna har tagit fram ett nytt program för att genomföra anhöriggrupper.

Bedömning av nämndmålet i bokslutet 2016: Ok

#### *Strategiska utvecklingsuppdrag för verksamhetsområdet*

- 1 Systematisera formerna för samverkan och därigenom möjliggöra en smidigare och tydligare överföring av information om brukare mellan myndigheter och utförare.

Flera olika typer av samverkanmöten hålls med MÄF och utförare i egen regi och verksamheterna har ett mycket gott samarbete. De möten som hålls, är bland annat primöten och fördelningsmöten. MÄF har även planerat in möten med Försäkringskassan.

- 2 Utveckla samordningen av insatser mellan vuxeneheten, psykiatrin och habiliteringen för personer med autismspektrumsymptom (ASD-gruppen).

ASD-gruppen har under hösten 2016 övergått från vuxeneheten till MÄF och nya samverkansformer har tagits fram. Psykiatrin, habiliteringen, utförarverksamheter i egen regi och MÄF har haft samverkansmöte under hösten 2016 och möten kommer att bokas in kontinuerligt under 2017.

#### **2.4 KF mål 4: Kompetensen för medarbetaren ska öka, för att kunna se brukaren i ett helhetsperspektiv**

Målet att kompetensen för medarbetare ska öka, för att kunna se brukaren i ett helhetsperspektiv får bedömningen: Ok

På daglig verksamhet i egen regi är andelen med formell kompetens högre än i övriga verksamheter i egen regi. Inom personlig assistans i



egen regi är andelen med formell kompetens lägre än i övriga verksamheter. De handläggare som arbetar på MÄF är alla socionomer eller jurister.

Det är svårt att rekrytera personal med rätt formell kompetens, både till utförarverksamheter och till handläggningen då det råder brist på utbildad personal inom samtliga yrkeskategorier. För att säkra kompetensen arbetar omsorgens verksamheter med kompetensutveckling och fortbildning.

#### *Åtgärder för att öka måluppfyllelse:*

Regeringen har under 2016 givit stimulansmedel till kommunerna för kompetensutveckling inom äldre-och funktionshinderområdet. Social- och omsorgskontoret har bestämt att dessa ska gå till utbildning för baspersonal inom funktionshinderområdet. Kontoret har genom stimulansmedlen kunnat erbjuda 69 platser på gymnasieskolans kurser inom Vård och omsorgsprogrammet samt Barn-och fritidsprogrammet. Stimulansmedlen har även använts till föreläsningar som riktat sig till större grupper.

58 % av MÄF´s handläggare har genomgått socialstyrelsens LSS-utbildning. Övriga handläggare går utbildningen eller kommer att påbörja den under våren 2017. På grund av personalomsättningen så ändras andelen handläggare som har adekvat LSS-utbildning från ett måttillfälle till nästa.

#### *Inriktning*

Rätt kompetens är viktigt och nödvändigt för de som handlägger och beslutar om insatserna och för den medarbetare som ger stöd, service och omsorg. Med rätt kompetens kan medarbetaren besluta om och ge insatser av god kvalitet utifrån ett helhetsperspektiv. Kompetensutveckling, som matchar krav och behov, ska genomföras för att kunna utföra uppdraget med kvalitet.

#### *2.4.1 Nämndens mål och mätetal*

##### 1. Rätt kompetens för sitt uppdrag

Mätetal	Utgångsläge 2015	Resultat 2016	Målnivå 2016
Andel medarbetare i utförarverksamheter i egen regi som har rätt formell kompetens	49 %	55 %	Ska öka
Andel LSS-handläggare som har adekvat LSS-handläggartutbildning	Nytt	58 %	Minst 98 %

IBIC (Individens behov i centrum) är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation av behov, mål och resultat i handläggningen, genomförandet och uppföljningen av vård, stöd och omsorg.

På daglig verksamhet i egen regi är andelen med formell kompetens högre än i övriga verksamheter. Inom personlig assistans i egen regi är andelen med formell kompetens lägre än i övriga verksamheter. De handläggare, som arbetar på MÄF, är alla socionomer eller jurister.

#### *Åtgärder för att öka måluppfyllelse:*

Regeringen har under 2016 givit stimulansmedel till kommunerna för kompetensutveckling inom äldre-och funktionshinderområdet. Social- och omsorgskontoret har bestämt att dessa ska gå till utbildning för baspersonal inom funktionshinderområdet. Kontoret har genom stimulansmedlen kunnat erbjuda 69 platser på gymnasieskolans kurser inom Vård och omsorgsprogrammet samt Barn-och fritidsprogrammet. Stimulansmedlen har även använts till föreläsningar som riktat sig till större grupper. Personal från verksamheter i enskild regi har fått ta del av platserna på gymnasiekurserna samt har deltagit vid flera av föreläsningarna. Sammantaget har drygt 500 anställda (varav 128 personer i enskild regi) deltagit i kurser och föreläsningar under året.

58 % av MÄF's handläggare har genomgått socialstyrelsens LSS-utbildning. Övriga handläggare går utbildningen eller kommer att påbörja den under våren 2017. På grund av personalomsättningen så ändras andelen handläggare som har adekvat LSS-utbildning från ett måttillfälle till nästa.

Bedömning av nämndmålet: Ok

#### *Strategiska utvecklingsuppdrag för verksamhetsområdet*

De insatser som erbjuds ska vara av hög kvalitet och grundas på bästa tillgängliga kunskap och erfarenhet. Metoder och arbetssätt ska så långt som möjligt baseras på evidens. Insatserna ska på ett systematiskt sätt följas upp för att säkerställa att mål och syfte med insatsen uppfylls.

1. Följa utveckling av IBIC (Individens behov i centrum) och påbörja utbildning i metoden när den rekommenderas av socialstyrelsen. Utvecklingen av arbetet med ICF ska fortsätta.

Representanter från verksamheterna har deltagit i Socialstyrelsens introduktion i det nya arbetssättet. Metoden rekommenderas men är inte implementerad i verksamheterna.

2. Utbilda handläggare i utredningsmodellen IBIC för hemtjänstutredningar för personer under 65

Inga handläggare har gått utbildning i IBIC då modulen saknas i Procapita och införandeprojektet pausats under 2016.

3. Öka antalet stödpedagoger i den interna utförarverksamheten. Antalet har successivt ökat under 2016 och verksamheten arbetar med att rekrytera och tillsätta stödpedagoger vid vakanser. Under 2017 kommer rollen stödpedagog att utvecklas och tydliggöras.

### 3. Personal

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

Nämndens mål

1. Sjukfrånvaron inom omsorgsnämndens område ska minska

Mätetal	Tertialbokslut 2 2015	Tertialbokslut 2 2016	Målnivå 2016
Den totala sjukfrånvaron ska minska	8,8 % <sup>2</sup>	8,35 % <sup>3</sup>	6,20 %

Sjukfrånvaron ligger för en tolv månaders period per augusti på 8,35 procent. Av den totala sjukfrånvaron är 51,39 procent sjuka längre än 60 dagar. Nämndens mål på 8,0 procent beräknas därmed inte uppfyllas till bokslutet 2016.

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

*Åtgärder:* Verksamheterna fortsätter arbetet med att minska sjukfrånvaron utifrån upprättade handlingsplaner. Arbetet sker i samarbete med HR-avdelningen, inom det fleråriga projektet "Hållbar arbetshälsa i Södertälje kommun".

---

<sup>2</sup> Sjukfrånvaron för tertialbokslut 2 2016 innehåller statistik exklusive timanställda, medan sjukfrånvaron tertialbokslut 2 2015 innehåller statistik inklusive timanställda. Detta medför att jämförelse med föregående år inte kan göras.

<sup>3</sup> Ibid

#### 4. Sammanfattade GEH-bedömning för nämnden

Ekonomi

Har brister

Nämndens verksamhetsmål

Ok

Personalmål

Har brister

---

**Nämndens sammanfattande bedömning:**

**Har brister**

## 5. Framtida utveckling

Ett stort utvecklingsarbete under året är att se över kvalitetskrav, uppföljning och ersättningsmodeller inom omsorgen. Detta behöver vara genomfört inför den upphandling av bostad med särskild service och daglig verksamhet, som ska genomföras under 2018 och 2019. Omsorgsnämndens verksamheter ska arbeta mot att skapa en hållbar omsorg där resurserna ska räcka till alla som har behov av stöd. Därför är det av stor vikt att myndigheten fattar ändamålsenliga beslut, som årligen följs upp, samt att säkerställer den kvalitet på insatserna som efterfrågas. Flera ersättningsmodeller tillämpas inom omsorgen och ett första arbete är att se över den inom den kommunala dagliga verksamheten.

Handläggningen och utförande av insatser för personer med autismspektrumtillstånd har flyttat över till myndigheten för personer med funktionsnedsättning från den allmänpsykiatriska rehabiliteringsenheten inom socialnämnden. Prognosen under 2017 är att inflödet av nya ärenden kommer att fortsätta och därför kommer ett särskilt fokus läggas på målgruppen med autism för att se hur stödet till målgruppen på bästa sätt ska organiseras.

Ett långsiktigt arbete är också samarbetet med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för att säkerställa att brukare, som har kapacitet, ska kunna erbjudas annan sysselsättning än daglig verksamhet. De senaste åren har inflödet till daglig verksamhet planat ut, men det är osäkert hur de framtida behoven ser ut inom målgruppen autism.

En övergripande målgruppsanalys kommer att genomföras för att få en fördjupad bild av de framtida behov, som dagens ungdomar har avseende boende och sysselsättning. Underlaget kommer att ligga till grund för planen för daglig verksamhet och bostad med särskild service.

## 6. Internkontroll

### Kvalitet

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 OMS	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 OMS	Andel handläggare som har socionomutbildning	Kontorschef	Delårsboks lut 31/8
Genomförande av insats	Säkerställa brukarnas trygghet vid avbrott i insatser	Resultatområdeschef, VFF	Rutin för att kunna hantera övertagning med kort varsel	Kontorschef	Delårsboks lut 31/8

#### *Kommentarer till kontrollmålen:*

Alla beslut följs upp 1 gång per år. Detta följs på Myndighetens drifttavla. Rutiner finns för att hantera driftstörningar inom IT och telefoni. Dessa ska nu även finnas i pappersform då de inte går att komma åt på datorn vid ev. driftstörning

Alla medarbetare ska ha adekvat utbildning för sitt uppdrag. På Myndigheten är 42 % socionomer, 37 % jurister och 21 % beteendevetare. Rutin finns för att kunna hantera övertagning med kort varsel.

### Åtkomstkontroll av journal inom kommunal Hälso- och sjukvård

Process	Kontrollmål	Ansvarig för att kontroll utföres	Kontrollmetod (inkl frekvens)	Rapport till	När sker rapportering
HSL: Riktlinje för logghant- ering och åtkomst- kontroll	Loggningen granskas kvartalsvis under minst 48 timmar (utförts till 100 %)	Resultat- områdeschef	SLU och antalet anställda som kontrolleras bör omfatta så många att det motsvarar sannolikheten att varje användare blir granskad minst en gång per år.	Kontors- chef	Delårsbok- slut 31/8

*Kommentar till kontrollmålet:*

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

HS-enhetens chef genomför loggningskontroll kvartalsvis.





## Balansräkning (tkr) SK/Omsorg årsbokslut 2016

Text	Bokslut	
	Jan 15 - Mån 13 15	Jan 16 - Mån 13 16
<b>BALANSRÄKNING (tkr)</b>		
<b>TILLGÅNGAR</b>		
Anläggningstillg.	3 077,2	3 339,1
Omsättningstillg.	4 818,0	16 069,1
Fordran internbank		
<b>S:A TILLGÅNGAR</b>	<b>7 895,2</b>	<b>19 408,2</b>
<b>EGET KAPITAL</b>		
Ingående balans	51 708,1	64 845,0
Årets resultat	13 136,9	10 467,1
<b>SKULDER</b>		
Kortfristiga skulder	-51 427,7	-55 904,6
Skuld till internbank	-21 312,5	-38 815,7
Långfristiga lån/skulder		
<b>S:A SKULD O EGET KAP.</b>	<b>-7 895,2</b>	<b>-19 408,2</b>
Diff. tillg / skulder	0,0	0,0
(Kontrollsumma kkl 1-8)	0,0	0,0



## Bilaga 2

**Kommentarer:** Bedömningen har varit att samtliga KS/KF beslutade investeringsmedel skulle ha förbrukats under året. Medlen var avsedda att användas till inventarieinköp och upprustning av de två nya gruppboendena på Cederströmska samt Valsta gruppboende. För möblering och på andra sätt iordningsställande av gemensambetsutrymmen i dessa boenden har det inte varit nödvändigt med ett ianspråktagande av hela investeringsramen.

Nämndbeslutad investeringsram har delvis använts inom daglig verksamhet men framförallt för inventarieinköp till VFF:s nya lokaler på Vegagatan. En viss del av investeringsramen har även använts till att renovera ett badrum på Profilstigens serviceboende.

## Uppföljning av kommunfullmäktiges mål och inriktning- årsbokslut per den 31 december 2016

### Sammanfattande lägesbedömning för verksamhetsmålen: **Ok**

#### Verksamhet för personer med funktionsnedsättning

**KF-mål 1**  
Alla brukare ska ha en rättsäker handläggning

##### Uppföljning: (OMS)

Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning (MÄF) har under 2016, varje månad, mätt hur många beslut om daglig verksamhet och boende som inte kunnat verkställas inom 3 månader. Målsättningen har varit att det inte ska finnas fler än 5 sådana beslut. MÄF har nått den målsättningen samtliga månader 2016.

MÄF når inte riktigt målnivån avseende handläggningstid och genomförda uppföljningar.

Samtliga enheter har utarbetade processer och rutiner.

Lägesbedömning i bokslutet 2016 för målet: **Ok**

##### Åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen:

MÄF hade under sommarmånaderna svårt att boka in uppföljningsmöten på grund av att brukarna var bortresta och avböjde möten. Efter sommaren har MÄF ökat andelen beslut som följs upp inom ett år samt andelen ärenden som handläggs inom tre månader. Övertagandet av personer med autismspektrumtillstånd (AST) från vuxenheten i september har inneburit en negativ påverkan på resultatet för dessa mätetal. MÄF kommer att arbeta med uppföljning av AST-gruppen under 2017.

#### Uppföljning av Inriktning i Mål och budget

1. *Biståndsbedömningens kvalitet och organisation ska utvecklas genom ett systematiskt kvalitetsarbete. Under perioden prioriteras, uppföljning av beslutade insatser och intern samverkan mellan myndighetens enheter.*

##### Uppföljning: (OMS)

Se ovan under KF-mål 1

2. *De insatser som erbjuds ska vara av hög kvalitet och grundas på bästa tillgängliga kunskap och erfarenhet. Metoder och arbetssätt ska så långt som möjligt baseras på evidens. Insatserna ska på ett systematiskt sätt följas upp för att säkerställa att mål och syfte med insatsen uppfylls.*

##### Uppföljning: (OMS)

På daglig verksamhet är andelen med formell kompetens högre än i övriga verksamheter. Inom personlig assistans är andelen med formell kompetens lägre än i övriga verksamheter. De handläggare som arbetar på Myndigheten är alla socionomer eller jurister. Utvecklingen av arbetet med ICF ska fortsätta. Representanter från verksamheterna har deltagit i Socialstyrelsens introduktion i det nya arbetssättet. IBIC (individens behov i centrum) är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation av behov, mål och resultatet i handläggningen, genomförandet och uppföljningen av vård, stöd och omsorg. Antalet stödpedagoger har successivt ökat under 2016 och verksamheten arbetar med att rekrytera och tillsätta stödpedagoger vid vakanser. Under kommer rollen stödpedagog att utvecklas och tydliggöras.

- 
3. *Myndighetsbeslut ska följas upp en gång per år. Bedömningen av insatsnivåer i boende och daglig verksamhet ska utvärderas årligen.*

**Uppföljning: (OMS)**

Se ovan under KF-mål 1

**KF-mål 2**

**Brukarinflytandet ska öka.**

**Uppföljning: (OMS)**

Målet mäts genom andelen genomförandeplaner, där insatsen utförs enligt plan. Resultat är 98 %, men det kan finnas en risk att avvikelser från genomförandeplan inte alltid rapporteras. Andelen nöjda kunder mäts genom resultat från mikroundersökningar utförda på korttidsboende och daglig verksamhet i egen regi. Dessa små undersökningar mäter nöjdheten efter varje besök eller vistelse. 87 % av brukarna uppger att de är nöjda med verksamheten. Nästan alla brukare inom socialpsykiatri har en genomförandeplan men utmaningen under 2017 blir att arbeta med att säkerställa kvaliteten på genomförandeplanerna samt efterlevnad.

*Lägesbedömning i bokslutet 2016 för målet: Bra*

**Åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen:**

Delaktighet, kommunikation och uppföljning behöver vidareutvecklas, så att brukarna i högre grad ska kunna påverka sin vardag och på så sätt uppleva att de får ett självständigt liv.

**Uppföljning av Inriktning i Mål och budget**

1. *Metoder för delaktighet och inflytande behöver vidareutvecklas så att brukarna i högre grad ska kunna påverka sin vardag och på så sätt uppleva att de så långt som möjligt får ett självständigt liv.*

**Uppföljning: (OMS)**

Se ovan under KF-mål 2

**KF-mål 3**

**Fler brukare får ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov.**

**Uppföljning: (OMS)**

Myndigheten mäter hur många brukare, som erbjudits en individuell plan. 90 % av brukarna har fått detta erbjudande, vilket ligger något under målnivån. Rutinen är, att när beslutet kommuniceras, får brukaren information om, att de har rätt att få en individuell plan.

Andelen brukare med sammansatta behov som har en sammanhållen individuell plan (SIP) är, i och med övergången av personer med autismspektrumsymptom (AST-gruppen) från vuxenheten till MÄF, svår att mäta. MÄF kommer att erbjuda SIP:ar till samtliga brukare men många i AST-gruppen väljer att tacka nej.

Alla enheter, utom en, har vid uppföljningen utbildat nyckelpersoner inom anhörigstöd.

Flera olika typer av samverkanmöten hålls med MÄF och utförare i egen regi och verksamheterna har ett mycket gott samarbete. De möten som hålls, är bland annat "priormöten" och fördelningsmöten. Myndigheten har även planerat in möten med Försäkringskassan.

AST-gruppen har under hösten 2016 övergått från vuxenheten till MÄF och nya samverkansformer har tagits fram. Psykiatri, habiliteringen, utförarverksamhet i egen regi och MÄF har haft samverkansmöte under hösten 2016 och möten kommer att bokas in kontinuerligt under 2017.

*Lägesbedömning i bokslutet 2016 för målet: Ok*

#### **Åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen:**

MÄF kommer att repetera vikten av att alltid erbjuda en individuell plan. MÄF fortsätter arbetet med att erbjuda SIP:ar och motivera brukarna i AST-gruppen till att de upprättas.

Anhörigutbildningen är i tre steg och det är få personer, som gått alla steg. Det beror på, att utbildningen enbart är en gång per termin. Anhörigkonsulenten påbörjade utbildningarna våren 2015, så alla har inte hunnit igenom utbildningen. Personal har också hunnit sluta och ny personal har börjat, så det är svårt att få exakta siffror. Alla enheter har dock någon som gått utbildningen. Anhörigkonsulenterna har tagit fram ett nytt program för att genomföra anhöriggrupper.

#### **Uppföljning av Inriktning i Mål och budget**

1. *Brukaren ska ges förutsättningar till ett självständigt liv genom rätt insatser för att i första hand klara eget boende. Brukaren ska ges möjlighet till rörlighet mellan olika insatser och boendeformer.*

#### **Uppföljning: (OMS)**

Brukaren ska ges möjlighet till rörlighet mellan olika insatser och boendeformer. Under året skall en kartläggning göras av brukarnas rörlighet mellan insatser och boendeformer som en grund för kommande analys och utveckling. Brukarna har möjlighet att byta boende, om de så önskar. Det är dock inte så vanligt att brukarna önskar byta boende. Önskar brukarna byta insats, måste behovet utredas.

- 
2. *Samverkan mellan myndighet och utförare ska fortsätta utvecklas så att brukarna får bästa möjliga stöd utifrån sina behov. För att kunna ge brukaren ett sammanhållet stöd utifrån individuella behov ska det finnas en samsyn kring brukarens behov mellan olika aktörer. Nuvarande och nya samverkansformer med andra aktörer ska utvecklas.*

#### **Uppföljning: (OMS)**

Se ovan under KF-mål 3

- 
3. *Inriktningen inom socialpsykiatrin ska vara att ge stöd på hemmaplan i samverkan med andra aktörer.*

#### **Uppföljning: (OMS)**

Se ovan under KF-mål 3

#### **KF-mål 4**

**Kompetensen för medarbetaren ska öka för att kunna se brukaren i ett helhetsperspektiv.**

#### **Uppföljning: (OMS)**

Handläggarna på myndigheten är utbildade socionomer eller jurister. 58 % av MÄF:s handläggare har genomgått Socialstyrelsens LSS-utbildning. Övriga handläggare går utbildningen eller kommer att påbörja den under våren 2017. Utbildningsinsatserna anpassas efter personalgruppen. Regeringen har under 2016 givit stimulansmedel till kommunerna för kompetensutveckling inom äldre- och funktionshinderområdet. Social- och omsorgskontoret har bestämt ska gå till utbildning för baspersonal inom funktionshinderområdet. Att arbeta som LSS-handläggare är ett tungt uppdrag och en utsatt yrkesroll. Många slutar på grund av att de inte mår med uppdraget. För att öka personalkontinuiteten på MÄF får handläggarna handledning varannan vecka. Handläggarna använder också ett så kallat bemötandespel, som innehåller diskussionsfrågor, som kan uppstå i mötet med klienter, kollegor eller chefer. I framtiden är det även önskvärt att handläggarna får möjlighet till debriefing (krishantering) i direkt anslutning till svåra möten.

**Lägesbedömning i bokslutet 2016 för målet: Ok**

#### **Åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen:**

Kontoret har genom stimulansmedlen kunnat erbjuda 69 platser på gymnasieskolans kurser inom vård och omsorgsprogrammet samt barn- och fritidsprogrammet. Stimulansmedlen har även använts till föreläsningar som

riktat sig till större grupper. Personal från verksamheter i enskild regi har fått ta del av platserna på gymnasiekurserna samt har deltagit vid flera av föreläsningarna. Sammantaget har drygt 500 anställda (varav 128 personer i enskild regi ) deltagit i kurser och föreläsningar under året.

#### **Uppföljning av Inriktning i Mål och budget**

1. *Rätt kompetens är viktigt och nödvändigt för de som handlägger beslutat om insatserna och för den medarbetare som ger stöd, service och omsorg. Med rätt kompetens kan medarbetaren besluta om och ge insatser av god kvalitet utifrån ett helhetsperspektiv. Kompetensutveckling som matchar krav och behov ska genomföras, för att kunna utföra uppdraget med kvalitet.*

#### **Uppföljning: (OMS)**

Se ovan under KF-mål 4

---

#### **Uppföljning av övrig inriktning i Mål och budget**

1. *I omsorgsverksamhet där hjälpmedel är en självklar del av vardagen kan välfärdsteknologin utvecklas för att både bibehålla och utveckla självständighet samt uppleva trygghet. Användande av vårdhundar kan vara ett värdefullt komplement för ökat välbefinnande.*

#### **Uppföljning:**

Olika lösningar inom välfärdsteknologin inventeras. Ett APT-kit har tagits fram för att illustrera vilka olika tekniska lösningar, som finns tillgängliga. Presentationsmaterial, som beskriver välfärdsteknologi, finns att tillgå. Vid årsskiftet hade alla resultatansvariga för utövarverksamheter i egen regi gått igenom materialet med sina medarbetare. En utvärdering av vårdhunden, som komplement i vård- och omsorgsverksamheten, har genomförts. Utvärderingen har presenterats för omsorgsnämnden under hösten 2016. Syftet med den praktiserande vårdhunden har varit att öka den sociala samvaron och få brukarna till fysisk aktivitet genom hundpromenader.

---

**Lägesbedömning sammantaget för området Personer med funktionsnedsättning: Ok**

---





Rapport | 2016-12-31

# Bilaga 4

# Personalbokslut 2016

Social- och omsorgskontoret

## Inledning

### Personalbild

Antal årsarbetare	2014	2015	2016
Social o omsorgskontoret	2041	2087	2028
<b>Totalt kommunen</b>	<b>5478</b>	<b>5545</b>	<b>5556</b>

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

#### Arbetad tid av timavlönade, Omräknat till antal årsarbetare

2014	2015	2016
322	356	390

#### Antal annonserade tjänster

2014	2015	2016
478	519	570

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

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

Personalomsättningen för dessa grupper har ökat sedan 2015.

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

### Mångfald

(\* avser jämförelse med Södertälje kommuns befolkning)

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

#### Andel medarbetare per åldersgrupp

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

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

#### Andel medarbetare med utländsk bakgrund

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

### Personalkostnader

#### Totala personalkostnader (tkr)

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

#### Totala lönekostnader (tkr)

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

#### Övertid och fyllnadstid (tkr)

2014	2015	2016
9 273	8 330	9 101

#### Sjuklön dag 1-14 (tkr)

2014	2015	2016
10 720	12 025	12 386

#### Sjuklön dag 14- (tkr)

2014	2015	2016
1 477	1 437	1 751

**Medellön för tillsvidareanställd personal**

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

**Sjuktal**

(\* avser jämförelse med kommuns medarbetare totalt)

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

**Andel långtidssjukfrånvaro, över 60 dagar**

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

**Andel korttidssjukfrånvaro, dag 1-14**

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

**Arbetsmiljö****Indexvärde HME**

	2014	2015	2016
	72	75	74

**Anmälda olycksfall och tillbud**

	2014	2015	2016
	545	625	900

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

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

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

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

## Sammanfattning av måluppfyllelse

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

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

Lägesbedömning av **målet** för kontoret:

*Har brister*

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

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

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

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

### Åtgärdsplan

Söderådalje kommun

Näringslivet/verksamhet: Omsorgsnämnden

Blanketten används vid redovisning av utvecklingsplaner samt redovisas vid prognos och bokslut, där utvecklingsplaneringen följs upp.

Redovisa planerade åtgärder samt följd upp effekterna av genomförda åtgärder.

Ändringar från planerade åtgärder ska kommenteras särskilt. Liksom effekter på verksamhetens mål.

Belopp anges i tkr

Åtgärd	Datum <sup>1</sup>	Bestyckad av nämnd	2016			2017			2018		
			Planerad årsåtgärd <sup>2</sup>	Prognos/ Utfall	Utfall antal anställda <sup>4</sup>	Planerad årsåtgärd <sup>2</sup>	Prognos/ Utfall	Utfall antal anställda <sup>3</sup>	Planerad årsåtgärd <sup>2</sup>	Prognos/ Utfall	Utfall antal anställda <sup>3</sup>
<b>Åtgärder 2016</b>											
1. Förtäringar boenden			1 200	1 200							
2. Omläggning schema mobila teamet			400	0							
3. Pensionsavgångar och indragning tjänst			1 200	1 200							
4. Omorganisering korttidsvht			1 200	1 500							
5. Systematiskt uppföljningsarbete myndighet			4 000	200							
<b>Åtgärder 2017</b>											
Åtgärd 1											
<b>Summa årsåtgärd</b>			<b>8 000</b>	<b>4 100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

1. Datum när åtgärd vidtas

2. Nettokostnadsminskning anges i plus och nettokostnadsökning i minus (dvs ökade intäkter anges med plus). Utvecklingskostnader ska tas med.

3. Antal årsarbetare som beräknas beröras av åtgärden. Anges i arbetad tid omräknas till heltid för både tillsvidare-, månads- och timanställda.

4. Antal årsarbetare som beröras av åtgärden. Anges i arbetad tid omräknas till heltid för både tillsvidare-, månads- och timanställda.

**Åtgärder 2016**

**Åtgärd 1**

En förutsättning för att kunna genomföra förtätningar var tillgången till nya lägenheter. Begränsad tillgång till nya lägenheter har gjort att åtgärden inte gått att genomföra. Den egna verksamheten har genom andra åtgärder ändå kunnat åstadkomma effektiviseringsvinster. Schemajusteringar på boendena har bl a lett till ett minskat behov av vikanier. Verksamheten har minskat med en resultatenhetschef och beläggningen har ökat.

**Konsekvenser**

**Åtgärd 2**

Med anledning av ökade volymer under året har åtgärden med minskade kringtider inte varit möjlig att genomföra. Volymökningarna hänförs nya insatser till målgruppen inom neuropsykiatri.

**Konsekvenser**

**Åtgärd 3**

Åtgärden har genomförts och gett önskad effekt. Detta har uppnåtits genom förtätning och en ökad samverkan mellan personalgrupper. Ökad beläggning har kunnat åstadkommas utan att behöva utöka bemanningen. En ökad samverkan har minskat behovet av vikanier samt bidragit till en ökad kontinuitet för brukaren.

**Konsekvenser**

**Åtgärd 4**

Verksamheten har minskats med en korttidsenhet. Schemajusteringar och enhet mindre har gjort att samma mängd insatser kunnat utföras till en lägre kostnad.

**Konsekvenser**

**Åtgärd 5**

Åtgärden innebär att genom insatsmätningar utvärdera tidigare gjorda nivåbedömningar inom Boende LSS. Omprövningar har lett till flertalet nivåsänkningar på externa placeringar. Förändrade och ökade behov hos vissa brukare samt nya och resurskrävande insatser har dock gjort att de positiva effekterna inte har lett till någon större förbättring av verksamhetsområdets totala ekonomiska resultat.

**Åtgärder 2017**

**Åtgärder**

**Konsekvenser**

2017-02-08

Tjänsteskrivelse

Kontor

Social- och  
omsorgskontoret

Handläggare

Lena Pinner  
08-5230 2272

Omsorgsnämnden

## Ärende 10. Kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse 2016

Dnr: 17/006

### Sammanfattning av ärendet

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

Den 1 januari 2011 trädde en ny lag om patientsäkerhet i kraft (SFS 2010:659), PSL. Syftet med Patientsäkerhetslagen är att vården ska bli säkrare och leda till färre vårdskador, oavsett om bristerna beror på systemfel eller på att vårdpersonalen begått misstag. Vårdgivaren ska dokumentera vad som har gjorts för att identifiera, analysera och så långt det är möjligt minska riskerna i vården och förebygga tillbud och negativa händelser. MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) följer tillsammans med verksamhetschef upp hälso- och sjukvården inom de olika boendena genom att regelbundet analysera och följa upp inkomna avvikelser. Resultatet av uppföljningen visar att det bedrivs en god patientsäkerhet i verksamheten och att det har blivit bättre sen kommunen tog över ansvaret för hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskenivå. Helhetsperspektivet, kontinuiteten och tillgänglighet har blivit bättre i verksamheterna då sjuksköterska finns att nå dygnet runt, något som verksamheterna saknade tidigare när primärvården hade hälso- och sjukvårdsansvaret.

Det finns dock förbättringsområden att arbeta vidare med. Verksamheteten måste öka kompetensen för att upptäcka och rapportera vårdavvikelse och se detta som en del i utveckling- och förbättringsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet

I Kvalitetsrapport redogörs för det kvalitetsarbete som bedrivits inom nämnders verksamheter. Rapporten innehåller uppgifter om Lex Sarah-rapporter, inkomna avvikelser, resultat av individ- och verksamhetstillsyner, genomförd kompetensutveckling, egenkontroller samt en beskrivning av övrigt förbättringsarbete. Uppföljningen av kvalitetsarbetet visar att verksamheterna arbetat med en rad olika kvalitetshöjande aktiviteter. Förbättringsarbetet har resulterat i exempelvis nya rutiner, nya arbetssätt och nya organisatoriska strukturer. Det finns dock områden där det finns brister och verksamheterna måste arbeta mer systematiskt och strukturerat under 2017 som t.ex. avvikelsehantering, riskanalysarbete och samverkan.

Social- och omsorgskontoret föreslår att nämnden godkänner kontorets förslag till Kvalitetsrapport och patientsäkerhetsberättelse 2016.

#### **Beslutsunderlag**

Social- och omsorgskontorets tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-08

Kvalitetsrapport daterad 2017-02-08

Patientsäkerhetsberättelse daterad 2017-02-06

#### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Ärendet har inga ekonomiska konsekvenser eller behov av finansiering.

#### **Social- och omsorgskontorets förslag till nämnden:**

1. Nämnden godkänner kontorets förslag till Kvalitetsrapport 2016
2. Nämnden godkänner Patientsäkerhetsberättelse 2016.



Lenita Granlund  
Socialdirektör



Lena Pinner  
Kvalitetsutvecklare

*Beslutet expedieras till:*

Kommunstyrelsen

Kommunala handikappsrådet

Akten





Rapport |

# Kvalitetsrapport

Omsorg om personer med funktionsnedsättning

# Innehållsförteckning

1. Sammanfattning .....	3
2. Inledning .....	3
3. Riskanalys .....	3
4. Egenkontroll.....	4
5. Avvikelser .....	5
6. Missförhållanden enligt lex Sarah.....	7
7. Tillsyn .....	9
8. Kompetensutveckling .....	10
9. Kommande utvecklingsarbete.....	10

# 1. Sammanfattning

Under 2016 har såväl myndighet som kommunala och enskilda verksamheter arbetat med kvalitetshöjande aktiviteter av många olika slag. En särskild satsning på kompetensutveckling har kunnat genomföras med hjälp av särskilt statsbidrag för kunskapsutveckling för baspersonal i äldre- och funktionshindersomsorgen.

Verksamheterna behöver öka förståelsen för och kompetensen kring att rapportera och analysera avvikelser då det fortfarande är ett område som behöver förbättras. Att arbeta förebyggande med riskanalyser och åtgärda avvikelser är grunden för att säkra kvaliteten i verksamheten för brukarna, vilket också minskar risken för att missförhållanden uppstår.

## 2. Inledning

Grunden för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten är ett väl fungerande och systematiskt kvalitetsarbete. I detta arbete ingår att göra riskanalyser, åtgärda avvikelser och ta hand om synpunkter och klagomål för att förbättra verksamheten.

I Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem SOSFS 2011:9 anges att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. En sammanhållen kvalitetsberättelse ska upprättas varje år med dokumentationen som utgångspunkt. Föreliggande rapport är en sammanställning av kvalitetsarbetet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning (VFF), myndigheten för personer med funktionsnedsättning (MÄF). Även de enskilda verksamheterna som kommunen har ramavtal med (14 verksamheter som bedriver bostad med särskild service enligt LSS, samt 11 verksamheter som bedriver daglig verksamhet enligt LSS) har skickat in kvalitetsrapporter till kontoret. En (1) enskild verksamhet som bedriver boende och daglig verksamhet har trots påminnelse inte lämnat någon kvalitetsrapport.

## 3. Riskanalys

Riskanalys är en metod för att förutse och förebygga skador och andra negativa händelser som kan drabba brukare. Riskanalys handlar om att kartlägga risker som finns i verksamheten, eller som kan tänkas uppstå vid t.ex. förändringar i verksamheten. Riskanalys kan göras på grupp- eller organisationsnivå men även på individnivå. Stödet och omsorgen i insatserna som ges ska vara av god kvalitet och ge brukaren förutsättningar för att leva ett liv på sina egna villkor. Riskanalyser handlar om flera olika saker, t.ex.

- Regelbundet se över verksamhetens kvalitet och hitta långsiktiga lösningar.
- Hitta förklaringar till en ökad mängd klagomål, avvikelser eller negativa resultat i brukarundersökningar och andra jämförelser.
- Uppmärksamma och komma tillrätta med problem kring omsorgsinsatser
- Att förebygga skador.
- Arbeta för att verksamheten ska bli mer brukarcentrerad.

Under 2016 har riskanalyser på grupp- och organisationsnivå genomförts inom kommunens verksamheter. Även riskanalys på individnivå har gjorts för att tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor.

Riskanalyser har bl.a. lett till förbättrade rutiner, bemötande, säkerhet, rekrytering, kompetens, arbetsmetoder samt dokumentation. Man har även gått igenom synpunktshanteringssystemet. Ett exempel är en enhet som startade 2016 där man gjort riskanalyser dagligen för att säkerställa brukares välmående. Framtagna åtgärder innefattar bland annat hur mycket personal som ska vara närvarande i olika situationer.

Inom myndigheten MÄF har riskanalys på organisationsnivå gjorts som lett till en organisation med LSS-kontaktsekreterare och barnhandläggare. Detta har medfört bättre samarbete och en mer sammanhållen LSS-enhet.

De enskilda verksamheterna som bedriver bostad med särskild service samt daglig verksamhet enligt LSS rapporterar att de gjort riskanalyser på flertalet enheter. De redovisar även en rad åtgärder som vidtagits utifrån riskanalyserna, både på organisationsnivå och individnivå, exempelvis ändrad bemanning, omorganisation, ändrade rutiner samt riktad kompetensutveckling.

## 4. Egenkontroll

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

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

- Jämförelse av resultat dels med andra verksamheter men också med verksamhetens resultat från tidigare år.
- Granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- Inhämtande av synpunkter från intressenter eller ex. revisorer
- Analys av inkomna avvikelser på chefsnivå och verksamhetsnivå

VFF bedriver egenkontroll genom att årligen granska ca 15 % av journalerna. Granskningen görs utifrån områden såsom brukardelaktighet, metodanvändande etc. VFF har tagit fram ett antal mätetal utifrån kvalitet som följs upp månatligen och när avvikelser från målsatta värden upptäcks genomförs åtgärder. Avvikelser följs upp på respektive enhet men aggregeras också upp till övergripande nivå för att se om avvikelserna avser vissa områden. I dessa fall kan övergripande insatser göras, exempelvis informations- och utbildningsinsatser.

En nationell brukarundersökning som utarbetats av SKL har genomförts i Södertälje kommun under hösten 2016. Undersökningen riktar sig vuxna med funktionsnedsättning inom boende och daglig verksamhet enligt LSS. Enkäten kan besvaras muntligt, skriftligt eller med pictogrambilder och innehåller 8 frågor som t.ex. Får du den hjälp du vill ha? Får du bestämma om saker som är viktiga för dig? Pratar personalen så att du förstår vad de menar?

I Södertälje kommuns gruppboenden, serviceboenden och dagliga verksamheter har totalt 256 brukare (55 % av brukarna) besvarat enkäten. Resultatet har sammanställts och tagits upp på ledningsnivå och ska även återkopplas till de brukarforum som finns i boenden och dagliga verksamheter inom VFF. Resultat från deltagande kommuner i Sverige finns att hämta i kommun- och landstingsdatabasen Kolada. Då 2016 var första året för denna undersökning är resultatet något osäkert och alla kommuner har inte deltagit. Brukarundersökningen kommer att genomföras igen 2017 och då planeras även enskilda verksamheter kunna delta.

Inom myndigheten MÄF har egenkontroll i form av kollegiegranskning av dokumentation genomförts vid två tillfällen under 2016. Alla handläggare har granskat dokumentation i ett antal akter i andra handläggares ärenden utifrån ett antal kontrollpunkter. Totalt har 56 akter för vuxna och 25 akter för barn granskats. De brister som uppdragats har återkopplats till respektive handläggare för att åtgärdas. Detta arbetssätt har varit lärorikt för handläggarna och ska fortsätta under 2017.

Myndigheten har även utarbetat en enkel bemötandeenkät där brukaren i samband vid besök hos handläggare fått en enkät med frågor om hur de upplever bemötande, förtroende, information och kontakt med sin handläggare. Enkäten har delats ut vid två tillfällen under 2016. Antalet inkomna svar är endast 15 st där flertalet svar är positiva (87 – 100 % har svarat ”bra” på de olika frågorna). Fler brukarsvar behövs för att kunna dra slutsatser av resultatet. Myndigheten kommer att använda bemötandeenkäten även under 2017.

Vad gäller egenkontroll i enskild verksamhet har frågan inte ställts till dem vid detta tillfälle. Egenkontrollen har tidigare följts upp och kommer att tas upp under 2017 i samband med den uppföljning som sker enligt nämndens plan för uppföljning av boende och daglig verksamhet.

## 5. Avvikelser

I alla verksamheter inträffar avvikelser, d.v.s. händelser som avviker från det som fastställt i processer och rutiner och som innebär att verksamheten i något avseende brister när det gäller kraven på kvalitet. All personal som handlägger ärenden inom myndigheten eller som utför insatser enligt LSS eller SoL ska registrera avvikelser löpande när det händer. Personal och chefer ska också ta emot och åtgärda klagomål och synpunkter från t.ex. brukare och anhöriga, som en del i det systematiska förbättringsarbetet. Det är viktigt att hitta grundorsaken till att en avvikelse sker för att kunna vidta rätt åtgärder så att det inte upprepas. Fokusera på vad som saknas eller inte fungerar samt vilka förbättringar som behövs i verksamheten.

När en avvikelse rapporteras är det i första hand chefen för verksamheten som är skyldig att vidta åtgärder, t ex se över processer och rutiner så att dessa är aktuella och ändamålsenliga och att de följs av personalen.

Under 2016 har totalt 219 avvikelser registrerats inom VFF, varav den största delen (184 st) handlar om utförandet av insatser samt brister i bemötande. Övriga avvikelser handlar om brister i fysisk miljö, samverkan och rättssäkerhet. Utifrån avvikelserna har man inom VFF sett över många av sina rutiner. Det har handlat om att förbättra arbetssätt och kommunikation, att utveckla metoder för självständighet och att utveckla ett pedagogiskt arbetsätt.Handledning har

satts in och man har förbättrat den fysiska arbetsmiljön. VFF har också förbättrat introduktionen för personal, upprättat handlingsplaner och personal har fått anpassad utbildning utifrån behov. Under 2016 har man kontinuerligt haft kompetenshöjande insatser kring förhållningssätt och bemötande.

Myndigheten MÄF har registrerat totalt 14 avvikelser under 2016. Dessa handlar om rättsäkerhet (7), bemötande, samverkan och utförande av insatser. Inom myndigheten har det lett till åtgärder som kompetensutveckling, handledning, utbildning, utveckling av leantavlor och handläggarna har jobbat med bemötandespel. Antalet avvikelser inom myndigheten är sannolikt betydligt högre än de rapporterade vilket tyder på att man inte registrerar avvikelser på ett systematiskt sätt. Även om man åtgärdar avvikelser löpande (utan att registrera skriftligt) är risken att ledningen inte får överblick och saknar underlag för analys av vilka åtgärder som behöver sättas in.

Verktyg i form av blanketter för rapportering av avvikelser och mallar för statistik har tagits fram för att underlätta systematik och överblick. Förbättringsarbete pågår om avvikelserapporteringen både inom myndigheten och VFF men detta är fortfarande ett utvecklingsområde. Fortsatt arbete med implementering kommer att ske under 2017.

Enskilda verksamheter: 11 av 14 enskilda verksamheter med boende enligt LSS har rapporterat avvikelser i olika grad, samt åtgärder utifrån dessa. När det gäller daglig verksamhet har 10 av 11 verksamheterna rapporterat avvikelser och åtgärder. En verksamhet som rapporterar 0 avvikelser är snarare ett tecken på bristande rutiner och systematik i förbättringsarbetet. Med undantag för några få enskilda verksamheter ser vi (liksom i kommunal verksamhet) en underrapportering av avvikelser som är grunden i kvalitetsarbetet (se basen i triangeln).



## 6. Missförhållanden enligt lex Sarah

Att rapportera missförhållanden och utreda händelser som har lett till negativa konsekvenser för enskilda brukares liv, säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa tillhör den övre delen i triangeln om det systematiska kvalitetsarbetet. Med missförhållande avses såväl utförda handlingar som handlingar som av försummelse eller av annat skäl underlåtit att utföras, och som *inneburit hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska och psykiska hälsa* (SOSFS 2011:5). Det kan exempelvis vara fysiska, psykiska och sexuella övergrepp, ekonomiska övergrepp (t.ex. stölder), brister i bemötande, rättsäkerhet vid handläggning eller brister i utförandet av insatser.

Alla som arbetar i verksamheten, både inom myndighet och utförarverksamhet, har en skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden.

Alla händelser som rapporteras enligt lex Sarah ska utredas. Utredningen ska dokumenteras och syftar till att klarlägga vad som har hänt, varför det har hänt och vad som kan göras för att förhindra att något liknande händer igen. Fokus ska ligga på att identifiera och åtgärda bakomliggande orsaker till missförhållandet, inte att peka ut vem som har gjort fel i den aktuella situationen. Chefen för verksamheten ansvarar för att lämpliga åtgärder vidtas och följer upp att åtgärderna har lett till önskad effekt.

Enligt föreskriften om lex Sarah ska den som bedriver verksamheten informera sin personal om skyldigheten att rapportera missförhållanden i samband med att anställningen påbörjas samt därefter återkommande minst 1 gång/år. Inom VFF och MÄF har man under 2016 genomfört utbildning/information till alla anställda. I enskild verksamhet har flertalet (21 av totalt 25 verksamheter) genomfört utbildning/information om lex Sarah under 2016 .

Rapporter som gäller händelser inom de kommunala verksamheterna utreds av kvalitetsutvecklare i Sk/staben som efter utredning bedömer om det är ett missförhållande enligt lex Sarah eller om det handlar om en annan typ av avvikelse. Missförhållanden som har medfört allvarlig skada eller risk för allvarlig skada för brukaren ska anmälas till IVO.

Under 2016 har 29 rapporter om missförhållanden utretts som gäller Omsorgsnämnden, varav 28 rapporter kom från VFF och 1 från MÄF. Av dessa bedömdes 9 som missförhållanden enligt lex Sarah. Ingen händelse har bedömts som allvarligt missförhållande. Övriga 20 rapporterade händelser bedömdes efter utredning som avvikelser i verksamheten.

Missförhållanden enligt lex Sarah i kommunal verksamhet, se nedan:

<b>Brister i utförandet</b>	<b>Fysiskt övergrepp</b>	<b>Brister i bemötande</b>	<b>Rättssäkerhet</b>
4 händelser (t.ex. saknas bemanning, bristande tillsyn som lett till skada för brukare)	3 händelser (t.ex. våld mellan brukare, inlåsning i boendet)	1 händelse (boende)	1 sekretessbrott (handlingar skickade till fel utförare)

Generella åtgärder inom VFF vid konstaterade missförhållanden är att riskbedömningar görs, rutiner ses över och handlingsplaner upprättas. Förbättringsåtgärderna har dels riktats mot arbetsmetoder och rutiner. 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 avslut av personal vidtagits.



I yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet är det verksamheten själv som utreder missförhållanden samt ansvarar för åtgärder och att anmäla allvarliga missförhållanden till IVO. Under 2016 har 4 enskilda boendeverksamheter samt 4 enskilda dagliga verksamheter redovisat att de har utrett rapporter om missförhållanden. Rapporterna har gällt brister i fysisk miljö, våld och säkerhet, bemötande, samt bristande tillsyn. En av dessa händelser har föranlett anmälan till IVO. När en enskild verksamhet har gjort en lex Sarah-anmälan till IVO ska även berörd nämnd (den som har beslutat om insatser för den enskilde) informeras om vad missförhållandet bestod i, samt vilka åtgärder som vidtagits.

## 7. Tillsyn

Inspektionen för Vård- och Omsorg (IVO) bedriver tillsyn ur ett brukar- och patientperspektiv och inriktar sig på sådant som är angeläget för enskilda och för grupper av människor. Tillsynen ska vara riskbaserad och granska det som är väsentligt för att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet.

Ett beslut från IVO har inkommit 2016 som avser uppföljning av tidigare tillsyn av myndigheten MÄF från 2014. IVO ansåg då att myndighetsutövningen inte var rättssäker och lämnade kritik på en rad punkter. Myndigheten har utifrån kritiken arbetat med olika förbättringsåtgärder som LSS utbildning för handläggare, juridisk handledning samt upprättande och uppdatering av rutiner och checklistor för enhetlig handläggning. Myndigheten har också skapat s.k. styrtavlor gällande utredningsprocess och verkställda insatser i syfte att säkerhetsställa att utredning och uppföljning sker inom viss tidsram och att beslut verkställs i tid. IVO avslutar tillsynsärendet med bedömningen att myndigheten har vidtagit åtgärder som sammantaget ger förutsättningar för att myndighetsutövningen blir rättsäker för den enskilde.

Under 2016 har beslut inkommit från JO gällande tre individärenden. Två av dessa lämnar JO utan åtgärd. I ett ärende riktar JO kritik mot nämnden för bristfällig handläggning gällande ansökan om insatser enligt LSS då nämnden saknade rättslig grund för sitt beslut att lägga ner utredningen. I stället för att fatta ett avslagsbeslut hade nämnden beslutat att lägga ner utredningen då det saknades underlag som styrkte att den sökande tillhörde personkretsen enligt LSS. Myndigheten hade också brustit i sin service- och utredningsskyldighet och kommunikeringen i ärendet hade inte skötts ordentligt. De åtgärder som har genomförts utifrån kritiken från JO är att handläggarna fått utbildning i juridik och handledning av jurist.

De enskilda verksamheterna har inte rapporterat att de haft någon tillsyn från IVO. Flera verksamheter rapporterar tillsyn från Arbetsmiljöverket och Miljökontoret i Södertälje kommun. Flera verksamheter har redovisat att de haft uppföljning av LSS-insatser från Södertälje kommun.

## 8. Kompetensutveckling

Regeringens kunskapsatsning för baspersonal inom omsorgen för äldre och funktionshindrade innebar att Södertälje kommun erhöll statsbidrag med drygt 1,2 mkr för kompetensutveckling under 2016. Kontorets ledningsgrupp beslutade att medlen skulle riktas till baspersonal inom funktionshinderområdet. Kommunens personal samt personal från de enskilda verksamheterna har blivit inbjudna till föreläsningar och gymnasiekurser. Under hösten har storföreläsningar i olika ämnen hållits, exempelvis lågaffektivt bemötande vid problemskapande beteende och föreläsning om diagnos autismspektrum. 70 personer (varav c:a 20 från enskilda verksamheter) har gått gymnasiekurser inom Vård och omsorgsprogrammet samt Barn-och fritidsprogrammet. Totalt har c:a 500 personer (varav c:a 130 anställda i enskilda verksamheter) tagit del av kompetenssatsningen för baspersonal.

Förutom kurser som bekostats av kompetenssatsningen har personal från VFF deltagit i utbildning från Carpes kursprogram, bland annat i metoder för delaktighet och inflytande och dokumentation, samt deltagit i handledning av olika slag.

VFF har sedan 2015 börjat anställa en ny yrkeskategori, stödpedagog. I dagsläget finns det fyra stödpedagoger anställda. Stödpedagogen har avsatt tid för att arbeta med kvalitet och utveckling av metoder och arbetssätt. De fungerar som stöd i metodarbetet och för ut kunskaper till personalgrupper och arbetar för ett pedagogiskt arbetssätt. De ska också ge stöd i arbetet med social dokumentation.

Inom myndigheten MÄF är målet att alla handläggare ska ha genomgått den nationella utbildningen för LSS handläggare 7,5 hp som är framtagen av Socialstyrelsen. De handläggare som har beteendevetare utbildning i grunden ska ha utbildning socialträtt 7,5 hp för handläggare. Myndigheten har även genomfört annan kompetensutveckling som t.ex. juridisk utbildning i personlig assistans av kommunens jurist. Handläggarna har också återkommande arbetat med bemötandespel, samt har ärendehandledning av en extern handledare.

Samtliga enskilda verksamheter har redovisat genomförd kompetensutveckling utifrån sina specifika behov. Varje verksamhet har redovisat till kontoret vilken kompetensutveckling som har genomförts under året.

## 9. Kommande utvecklingsarbete

Inom VFF kommer det under 2017 att påbörjas ett arbete med ett titulaturbyte i verksamheten. Den personal som arbetar närmast brukaren kommer då att kallas stödassistent eller stödpedagog, och man kommer att ta fram en övergripande kompetensutvecklingsplan. Då nästan all dokumentation idag sker med papper och penna kommer verksamheten att planera införandet av digital dokumentation samt tids- och insatsregistrering. VFF vill lyfta betydelsen av samordnad individuell plan (SIP) och utbildningsinsatser för att utveckla kunskapen kommer att ske under 2017.

Arbetet med att införa metoder för delaktighet, inflytande och självständighet kommer att fortsätta och där ingår också att öka kunskaperna om en evidensbaserad praktik (EBP). I arbetet med att göra brukare mer självständiga ingår välfärdsteknik som en naturlig del.

VFF har fått ett utökat ansvar för utförandet av insatser till personer med diagnos inom autismspektrat. Utförandet kommer främst att kopplas till insatsen boendestöd som då behöver kompetensutveckling och en utveckling av uppdraget. Ibland saknas kunskaper hos personal kring vilka konsekvenser utvecklingsstörning kan medföra i vardagslivet därav planeras en internutbildning kring ”att leva med utvecklingsstörning”.

Myndigheten kommer att fortsätta att använda kollegiegranskning av akter för att granska dokumentationen kring t.ex. utredningar, beslut och uppföljningar. Bemötandenkäten kommer att användas två tillfällen per år för att följa upp hur brukare upplever kontakten med sin handläggare.

Under hösten 2017 och våren 2018 kommer boenden och daglig verksamhet i enskild regi att följas upp enligt nämndens plan. Ett av fokusområdena kommer att vara verksamheternas arbete med avvikelser.



Rapport | 2017-02-06

# Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivare omsorgsnämnden År 2016

Carina Bark  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
SK  
Telefon (direkt): 08-523 07135  
E-post: [carina.karlsson@sodertalje.se](mailto:carina.karlsson@sodertalje.se)

# Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
1. Inledning .....	4
2. Hälso-och sjukvård .....	5
3. Uppföljning .....	6
3.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet .....	6
3.1.1 Vårdavvikelser.....	6
3.1.2 Klagomål och synpunkter.....	6
3.2 Organisation och samverkan .....	7
3.2.1 Hur samverkan fungerar för att förebygga vårdskador .....	7
3.2.2 Hur samverkan har fungerat mellan patient och närstående .....	7
3.2.3 Hur samverkan och informationsöverföring har fungerat mellan olika yrkesgrupper .....	8
3.3 Basal hygien .....	8
3.4 Bashabilitering/rehabilitering .....	8
3.5 Delegering .....	8
3.6 Dokumentation av hälso- och sjukvårdsjournal .....	8
3.7 Egenvård.....	9
3.8 Hjälpmedel/medicintekniska produkter.....	9
3.9 Läkemedelshantering.....	9
3.10 Kompetens och utbildning.....	10
3.11 Mun-och tandhälsa .....	10
3.12 Nutrition .....	10
3.13 Risk och Vårdavvikelsehantering.....	10
3.14 Skydd och begränsningsåtgärder .....	11
3.15 Urinblåsa- och tarmfunktion .....	11
3.16 Utmanande beteende .....	12
3.17 Vård i livet slut .....	12
4. Redovisning av indikatorer .....	13
5. Patientsäkerhetsplan för 2017 .....	14
Bilaga 1 Organisatorisk roll och ansvar för patientsäkerhetsarbetet .....	15
Stödfunktioner.....	16
Samverkan för att förebygga vårdskador .....	16

## Sammanfattning

Resultatet av uppföljningen/utvärdering och analys av olika data visar att det bedrivs en god patientsäkerhet i verksamheten och att det har blivit bättre sen kommunen tog över ansvaret för hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskenivå.

Helhetsperspektivet, kontinuiteten och tillgänglighet har blivit bättre i verksamheterna då sjuksköterska finns att nå dygnet runt, något som verksamheterna saknade tidigare när primärvården hade hälso- och sjukvårdsansvaret.

Erfarenheter från uppföljningen/utvärdering visar att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 är känd i alla verksamheter och verksamheterna har skriftliga rutiner och arbetssätt för olika patientprocesser. Verksamheten behöver fortlöpande följa upp sina rutiner och arbetssätt systematiskt för att upptäcka förbättringar.

Verksamheterna måste öka kompetensen för att upptäcka och rapportera vårdavvikelse och se detta som en del i utveckling- och förbättringsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet.

# 1. Inledning

Omsorgsnämnden ansvar för verksamheten för personer med funktionsnedsättning enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (2001:453),(SoL). Nämnden utövar också ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunen tog över hälso- och sjukvårdsansvaret inom LSS den 1 oktober 2016.

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse.

Patientsäkerhetsarbetet innebär att systematiskt arbeta för att minimera risken för att negativa händelser uppstår. Negativa händelser som kan medföra lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada och sjukdom. Om en negativ händelse ändå inträffar ska händelsen analyseras, leda till förbättringar och ökad säkerhet. Varje enhets förbättringsarbete ska leda till att minska brister samt att regelbundet följa upp resultaten.

Av patientsäkerhetsberättelsen ska framgå:

- hur patientsäkerheten har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka resultat som uppnåtts
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten

Kvalitén i verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar, förordningar samt riktlinjer och rutiner som är framtagna. Vården och omsorgen ska bedrivas med patienten/brukaren i fokus, i rätt tid, vara effektiv, jämlik och baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Denna rapport beskriver ansvar och roller, hur verksamheten har arbeta med kvalité och patientsäkerhet, samt vilka områden som behöver följas upp under 2017 för att en god patientsäkerhet ska uppnås.

## 2. Hälsa-och sjukvård

Kommunen tog den 1 oktober 2015 över ansvaret från landstinget hälso- och sjukvård för personer i särskilt boende LSS 9§9, LSS 9§8 och daglig verksamhet LSS 9§10. Kommunens Medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) utformade då riktlinjer för hälso-och sjukvård. Syftet var att tydliggöra de kvalitetskrav som gäller för hälso-och sjukvårdsinsatser för denna målgrupp, kvalitetskraven gäller även för de verksamheter som bedrivs privat och har avtal med kommunen.

Kommunens ansvarar för hälso-och sjukvård, dygnet runt, upp till sjuksköterskenivå. I ansvaret ingår även rehabilitering och habilitering som sker i bostaden respektive daglig verksamhet. Det övergripande målet är att varje patient ska känna sig trygg och säker med kontakten med verksamheten, likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker hälso-och sjukvård kan ges.

De kommunala utförarna och merparten av de privata utförarna har egna organisationer med legitimerad personal<sup>1</sup> som ansvarar för hälso-och sjukvårdsinsatser.

Roll och ansvarsfördelning av hälso-och sjukvården hos de privata utförarna regleras i ett tilläggsavtal med kommunen.

*Bild 1. Aktuell fördelning av brukare kommunala utförare och privata utförare 2016-12-31.*

	<b>Brukare boende med särskild service</b>	<b>Brukare i daglig verksamhet</b>
Kommunala utförare med egen organisation med legitimerad personal	150	311
Privata utförare totalt	237	220
Privata utförare där kommunens organisation med legitimerad personal ansvarar för hälso-och sjukvårdsinsatserna.	59 (av de 237)	0

Privata utförare med egen legitimerad personal är egna vårdgivare för sina verksamheter och ska upprätta egna patientsäkerhetsberättelser som enligt avtal ska redovisas till myndigheten/beställaren. Kommunens MAS kvalitetsgranskar patientsäkerhetsberättelserna från de privata utförarna.

<sup>1</sup> Sjuksköterskor, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut



### 3. Uppföljning

Verksamhetens arbete har följts upp utifrån ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för att öka patientsäkerheten inom särskilda boendeformer LSS.

Sammantaget har ett antal uppföljningar genomförts under 2016.

- MAS har följt upp hur hälso-och sjukvården fungerat efter att kommunen övertog ansvaret från landstinget den 1 oktober 2015.
- Verksamhetschefen har fått svara på strukturerade frågor om hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamheten.
- En extern granskning av läkemedelshantering av genomförts av farmaceut
- Redovisning av vårdavvikelser
- Revisionsrapport om kommunens hantering av anmälningar utifrån lex Sarah och Lex Maria

I denna rapport sammanfattas resultatet av uppföljningarna utifrån ett antal kvalitetsområden; avvikelshantering, organisation, samverkan, läkemedel, delegering, egenvård, dokumentation, hjälpmedel/medicintekniska produkter, kompetens, mun och tandhälsa, nutrition, risk- och vårdavvikelsehantering, skydd och begränsningsåtgärder, blåsdysfunktion och utåtagerande beteenden.

#### 3.1 Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

##### 3.1.1 Vårdavvikelser

Syftet med avvikelshanteringen är att på ett systematiskt sätt registrera, åtgärda och följa upp vårdavvikelser för att öka patientsäkerheten. Med vårdavvikelse avses en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för patienten. Områden där vårdavvikelser förekommer kan vara omvårdnad, fall, trycksår, undernäring, munhälsa, läkemedelshantering, dokumentation och informationsöverföring.

Rapportering av avvikande händelser är ett sätt att förbättra kvalitén och säkerheten i vården. Avvikelsen ska i första hand fokusera på vad som inträffat och inte vem som varit inblandad. Alla som upptäcker en avvikelse har skyldighet att rapportera den.

Ledningssystemet ska säkerställa att det finns rutiner för att anmäla till myndighet i enlighet med gällande författning, Lex Maria (SOSFS 2005:28),(2013:3). I Södertälje kommun har nämnderna delegerat denna uppgift till MAS. Skriftlig rutin för hur hantering av Lex Maria ska ske kommer att fastställas. Arbetssätt som används i dag är modellen händelseanalys när allvarlig vårdskada inträffat.

##### 3.1.2 Klagomål och synpunkter

Den enskilde kan framföra synpunkter och klagomål via kommunens digitala system men också via brev, mail och telefon. Klagomålshanteringen är viktig för att kunna fånga upp felaktigheter och kunna åtgärda dessa. Klagomål ska hanteras skyndsamt med återkoppling till den enskilde.

Patienter och anhöriga ska också informeras om att de kan vända sig till Patientnämnden och IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

Synpunkter och klagomål har inkommit från närstående, dessa har tagits emot av resultatenhetschefen för LSS-teamet och utretts tillsammans med legitimerad personal. Vid behov har återkoppling skett till närstående. I klagomålen har informationsöverföringen identifieras som ett problem och verksamheten behöver därför utveckla bra arbetsätt för att förbättra informationen till patient och närstående.

### **3.2 Organisation och samverkan**

Ansvar för hälso- och sjukvårdinsatser organiseras genom ett LSS-team med legitimerad personal som har samordningsansvaret för att hälso- och sjukvården planeras och utförs för patienterna inom särskilda boendeformerna LSS. Verksamheten har haft en stor omsättning av sjuksköterskor, under hösten 2016 har enheten enbart bemannas av hysjsjuksköterskor. Verksamheten kommer att arbeta med att se över introduktionen och hur de kan minska omsättningen av sjuksköterskor. LSS-teamet är organisatoriskt placerad under äldreomsorgen med en resultatenhetschef som också är chef för patrullverksamheten för hälso- och sjukvården. En god samverkan krävs mellan omsorgspersonal och legitimerad personal. De olika resultatenhetscheferna har ansvar för att samverkan sker på ett systematiskt sätt i verksamheterna.

Om patienten själv önskar att få hälso- och sjukvårdsinsatsen i öppenvården (inom husläkarverksamheten och primärvårdsrehabiliteringen) kan de välja det, eller få hjälp att välja i likhet med den övriga befolkningen. De insatser som utförs i öppenvården har kommunen inte något ansvar för, men kommunen har ändå samordningsansvaret kring patienten.

#### **3.2.1 Hur samverkan fungerar för att förebygga vårdskador**

Verksamheten har regelbundna möten med habiliteringen för att samverka kring patienter. Verksamheten upplever att samverkan fungerar bra. Samverkan med myndigheten och LSS-teamet har utvecklats under året och rutiner har tagits fram för detta. Ett utvecklingsområde är den lokala samverkan mellan de olika husläkarverksamheterna då avvikelser har visat att det brustit i informationen mellan läkaren, brukaren, personal och personal inom LSS teamet.

#### **3.2.2 Hur samverkan har fungerat mellan patient och närstående**

Hälso- och sjukvårdens huvuduppgift är att sätta patienten i centrum och utifrån det planera och utföra vården i samverkan med individen. Patientlagen trädde i kraft 2015 1 januari, syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patienters integritet, självbestämmande och delaktighet. I nya lagen finns förtydligande att all information ska förmedlas utifrån varje patients egna förutsättningar och förmåga att ta till sig informationen. Kan hälso- och sjukvårdspersonalen inte lämna information till patienten så kan information lämnas till legal ställföreträdare. Samverkan med närstående eller legal ställföreträdare sker vid behov genom deltagande på möten eller via telefonkontakt. Verksamheten har rutiner för informera patienten eller legal företrädare vem hen kan vända sig till med frågor om sin vård och behandling. Sammanfattningsvis är upplevelsen att samverkan fungerat bra.

### 3.2.3 Hur samverkan och informationsöverföring har fungerat mellan olika yrkesgrupper

Att skapa rutiner för god kommunikation mellan olika yrkesgrupper gör att patientsäkerheten ökar. Det finns rutiner för informationsöverföring men bedömningen är att dessa behöver revideras och tydliggöras.

## 3.3 Basal hygien

Föreskrifterna om basal hygien<sup>2</sup> i vård och omsorg syftar till att förebygga och förhindra smittspridning och infektioner i vård och omsorg. Föreskrifterna gäller i situationer då personalen har fysisk kontakt med patienter eller personer som får insatser i särskilda boendeformer. Vårdrelaterade infektioner är en risk för patientsäkerheten, det är därför viktigt att verksamheten har bra rutiner och att personalen har kompetens inom området. Verksamheten har kännedom om föreskriften och har lokala rutiner för hur den ska tillämpas i verksamheten. Cirka hälften av personal har genomfört vårdhygiens webbutbildning i basala hygienrutiner. Webbutbildningen bör all personal genomföra och ska ingå som en del i introduktionen för nyanställda.

## 3.4 Bashabilitering/rehabilitering

Verksamheten har god tillgång till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut när behovet uppstår hos brukare. Goda samverkansrutiner är framtagna mellan specialist rehabiliteringen/habiliteringen. Personalen upplever att det är lätt att få kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut och har även fått handledning/utbildning.

## 3.5 Delegering

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter förekommer i verksamheten. Riktlinjen för delegering finns och i början av 2017 kommer ny uppdaterad version som ska förankras i verksamheterna. Verksamheten har påbörjat ett arbete med att förtydliga processen för delegering som under 2017 kommer att färdigställas. Personal har innan delegeringen utfört webbutbildningen "Arbeta säkert med läkemedel" för att få en grund i läkemedelshantering.

## 3.6 Dokumentation av hälso- och sjukvårdsjournal

Patientjournal ska enligt patientdatalagen<sup>3</sup> innehålla de uppgifter som behövs för att ge patienten en god och säker vård. Patientjournalen ska alltid innehålla väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgifter om ställda diagnoser och anledning till mera betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt uppgifter om den information som patienten har fått.

---

<sup>2</sup> Basal hygien i vård och omsorg SOSFS 2015:10

<sup>3</sup> Patientdatalagen 2008:355 3 kap. 6 §

Riktlinje för informationshantering och journalföring finns och är kända av legitimerad personal. Verksamheten har tillgång till Nationell patientöversikt (NPÖ)<sup>4</sup> som gör det möjligt för legitimerad personal att med patientens samtycke ta del av journalinformation från andra vårdgivare i hela landet. Nyanställd legitimerad personal får utbildning i dokumentationssystemet av systemförvaltaren. För att underlätta för nya medarbetare är det bra om verksamheten gör egna manualer med exempel var man dokumenterar vad. Verksamheten har genomfört åtkomstkontroller av hälso- och sjukvårdsjournal enligt riktlinjer för journalföring, informationshantering och åtkomstkontroll av hälso- och sjukvård och vid enstaka tillfälle så har inhämtat samtycke saknas för NPÖ.

### 3.7 Egenvård

Kunskapen om begreppet egenvård, egenvård med praktisk hjälp och när är det hälso- och sjukvård behöver förtydligas i verksamheten. Ansvaret för att bedöma när hälso- och sjukvårdsåtgärd kan vara egenvård har legitimerad personal enligt SOSFS 2009:6<sup>5</sup>. Bedömningen ska göras i samråd med patienten och utifrån dennes fysiska och psykiska hälsa samt med hänsyn till livssituationen i övrigt. Bedömningen ska dokumenteras och följas upp. Brister i egenvården räknas inte som vårdavvikelse men ska rapporteras till behandlande legitimerad personal enligt blanketten ”rapport om brister/risker gällande egenvård”. Om det skulle inträffa något allvarligt när det gäller egenvård eller egenvård med praktisk hjälp ska detta rapporteras enligt bestämmelserna om Lex Sarah.<sup>6</sup> Verksamheterna saknar i dag skriftliga rutiner för hur man ska hantera brister i egenvården detta behöver förbättras och utvecklas.

### 3.8 Hjälpmedel/medicintekniska produkter

Det förekommer medicintekniska produkter i varierande omfattning verksamheterna. Riktlinjer och rutiner för medicintekniska produkter finns och är kända i verksamheten. Bedömningen är att dokumentationen om medicintekniska produkter behöver förbättras och utvecklas.

### 3.9 Läkemedelshantering

Läkemedelshantering är den största hälso- och sjukvårdsinsatsen som personal gör inom verksamheten. Det är viktigt att den finns tydliga lokala rutiner och att läkemedelshantering sker på så säkert sätt som möjligt i verksamheten för att undvika att patienterna drabbas av en vårdskada.

Verksamheten ska följa MAS riktlinjer för läkemedelshantering och delegering, verksamheten ska också genomföra extern granskning av läkemedelshantering. Extern granskning är genomförd på två enheter under hösten 2016. Det finns brister i läkemedelshantering som verksamheten måste åtgärda för att uppnå en säker hantering, enheterna har fått tydliga

---

<sup>4</sup> NPÖ är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring.

<sup>5</sup> SOSFS 2009:6 Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

<sup>6</sup> SOSFS 2011:5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah

åtgärdsplaner med vad som behöver förbättras. Uppföljning av att detta kommer att ske under första kvartalet 2017 av MAS samt verksamhetschef.

### **3.10 Kompetens och utbildning**

Fortlöpande utbildningsinsatser och rätt kompeten i verksamheten bidrar till att en god och säker vård kan uppfyllas. Som stöd i detta finns regional vårdprogram och nationella riktlinjer för hur olika typer av sjukdomar ska behandlas samt olika rekommendationer.

Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeuter har fått utbildning i hjälpmedel på Sodexo och Hjälpmedel syd under 2016.

LSS-teamet har erbjudits utbildning i vad funktionsnedsättning är via Carpe forum och kommer fortlöpande att erbjudas detta.

Kompetenssatsning har gjorts med stimulansmedel för baspersonal inom funktionshinderområdet, den största utbildningsinsatsen är kring grundläggande vård och omsorg, pedagogiskt ledarskap, specialpedagogik på gymnasienivå som är genomförd under hösten 2017.

### **3.11 Mun-och tandhälsa**

En god munhälsa har stor betydelse för livskvaliteten, självkänslan och det sociala livet hos brukaren. Vid större omsorgsbehov hos brukaren ökar behovet av hjälp och stöd av munvård och en tillfredsställande munhälsa. Vid den uppsökande munhälsobedömning ges förutom en bedömning av munhälsan även en individuell muntlig och skriftlig instruktion i munvård till den person som besöks eller till närstående/personal som sköter personens munhygien. Sjuksköterska alternativt LSS handläggare utfärdar underlag till tandvårdskort i systemet Symfoni. Verksamheten har rutiner för att kartlägga vilka brukare som ska erbjudas årlig munhälsobedömning och rutiner för hur kontakt tas med avtalad tandhygienist.

### **3.12 Nutrition**

När det gäller personer med olika funktionsnedsättning finns det en ökad risk för både undernäring och övervikt. Verksamheten behöver därför arbeta med att stödja och förebygga god mat och måltidsvanor för brukaren samt identifiera riksgrupper.

Verksamheten har tagit fram rutin för undernäring som behöver uppdateras utifrån när personal ska kontakta sjuksköterska och vad personalen ska observera. Verksamheten behöver utveckla arbetsätt för att erbjuda riskbedömning enligt socialstyrelsens rekommendationer enligt tre frågor; Finns ofrivillig viktnedgång? finns undervikt? (uträkning av BMI) och finns någon typ av ätsvårigheter?

### **3.13 Risk och Vårdavvikelsehantering**

Rapportering av risk eller vårdavvikelse sker till legitimerad som vidtar akuta åtgärder, sammanställning av vårdavvikelse görs ute på enheten av utsedd personal. Vårdavvikelse som inträffar mellan annan vårdgivare skickas till den berörda verksamheten. Allvarliga

vårdavviklers rapporter till medicinskt ansvarig sjuksköterska som utreder detta och eventuellt gör en anmälan om en Lex Maria<sup>7</sup>.

Avvikelse analyseras och förbättringsåtgärder tas upp på APT, plan för att följa upp förbättringsarbete finns som ska implementeras under 2017. LSS-teamet har även tavelmöten en gång i veckan där olika förbättringsarbeten stäms av.

Rutiner för vem och hur sammanställningen och analys av de vårdavvikelse som inträffar i verksamheten behöver förbättras och ses över för att öka patientsäkerheten i verksamheten.

Det finns en risk för underrapportering av risk och vårdavvikelse i verksamheten då alla inte rapporterar fullt ut.

Verksamheterna behöver fortsätta att bli bättre på att upptäcka och rapportera vårdavvikelse och se detta som viktig del i förbättringsarbetet och utvecklingsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet. Orsaken till avvikelse/misstag finns nästan alltid i organisationen eller systemet om vi inte åtgärdar eller upptäcker vårdavvikelse finns det en ständigt risken att andra personer gör om samma avvikelse eller misstag. Att gå från individsyn till systemsyn och att fokusera på att kunna identifiera bakomliggande orsaker till att avvikelse inträffar gör att patientsäkerhetskulturen ökar i verksamheten.

En del i riskanalysarbetet har varit att verksamheten har arbetat fram en grund för hur de ska arbeta vid ny verksamhet. Det innebär att skapa rutiner som utgår från uppdraget och vad det innebär. Verksamheten behöver fortsätta utveckla arbetssätt och rutiner så att riskanalysarbetet är en del i det systematiska förbättringsarbetet.

### **3.14 Skydd och begränsningsåtgärder**

Användningen av skydds- och begränsningsåtgärder såsom sänggrind, bälte, brickbord, larm mm regleras i riktlinjer för hanteringen av medicintekniska produkter. Frihetsinskränkningar och tvång riktat mot brukaren får inte förekomma. En och samma åtgärd kan dels förekomma med den enskildes samtycke, dels vara en tvångsåtgärd om den genomförs mot den enskildes vilja. Ett bälte kan vara ett hjälpmedel som bidrar till att den enskilde sitter bra och känner sig trygg och säker. Bältet kan också vara en otillåten tvångsåtgärd om den enskilde visar att hen inte vill vara fastspänd, utan upplever det obehagligt. Hälso- och sjukvård och socialtjänst är frivilligt och det innebär att man inte kan vidta åtgärder mot någons vilja. Den enskildes säkerhet måste tillgodoses utifrån de bestämmelser som gäller för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Verksamheten har kännedom om riktlinjen för hanteringen av medicintekniska produkter och när den ska tillämpas.

### **3.15 Urinblåsa- och tarmfunktion**

Det är viktigt att brukare med blåsdysfunktion blir erbjuden en basal utredning där det ingår att identifiera bakomliggande orsaker och utesluta medicinska skäl. Vid blåsdysfunktion ska

---

<sup>7</sup> Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om lex Maria (SOSFS 2005:28)

brukaren få förebyggande åtgärder och behandlingar insatta och utvärderade. Vid behov av inkontinenshjälpmedel ska dessa vara individuellt utprovade. Verksamheten ska ha sjuksköterskor med specifik kompetens inom blåsdysfunktionsområdet. För att säkerställa detta bör verksamheten ta fram rutiner för inkontinensbedömning.

### **3.16 Utmanande beteende<sup>8</sup>**

Utmanande beteende förekommer hos vissa brukare i verksamheten, beteendet är inte ett tillstånd eller en diagnos. Alla människor kan agera på ett sätt som andra finner utmanande i vissa situationer. Att reagera med ett utmanande beteende kan vara det enda kommunikationssätt eller den lösning som finns för stunden för brukaren. I Socialstyrelsens rekommendationer framgår följande för att förebygga och minska utmanande beteende:

- bör personalen alltid överväga om beteende kan vara ett uttryck för hälsoproblem
- personal och arbetsledning bör ha kunskap om individens funktionstillstånd och hälsa samt kunskap om konsekvenserna av individens funktionsnedsättningar
- Individer med kommunikationssvårigheter bör få tillgång till individuellt anpassad Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)
- Personal bör stödja och uppmuntra brukaren att delta i fysiska aktiviteter utifrån personens fysiska och kognitiva förutsättningar

Verksamheten har rutiner och arbetsätt för att förebygga och minska utmanande beteende.

### **3.17 Vård i livet slut**

Rutiner för oväntade och väntade dödsfall finns och tillämpas i verksamheten. Samverkan sker med palliativa enheter och AISH när behov finns.

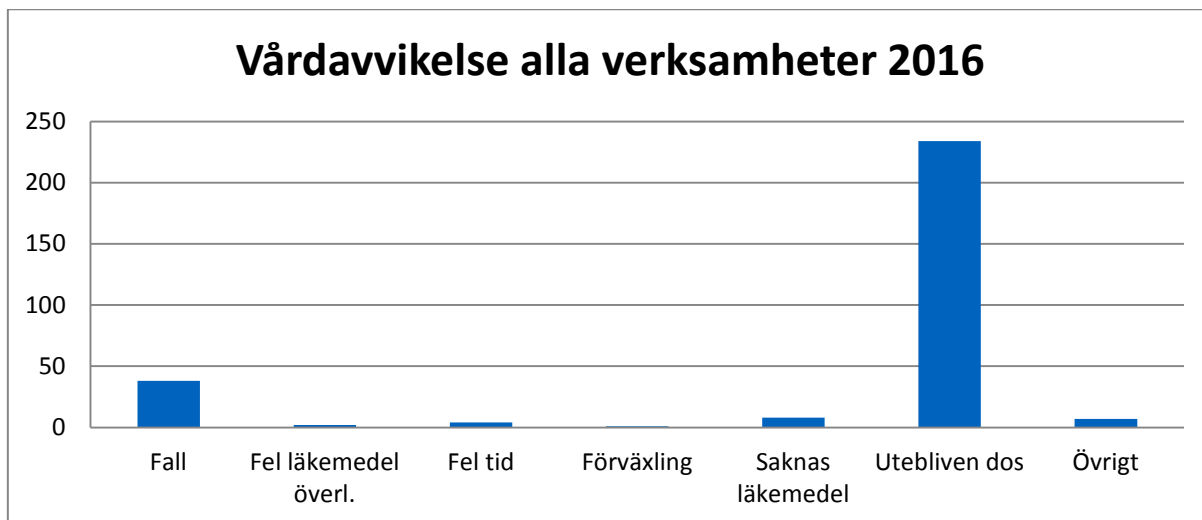
---

<sup>8</sup> Vanligaste formen av utmanande beteende är utåtagerande beteende, självskadaande beteende och socialt problematiskt beteende.

## 4. Redovisning av indikatorer

### Vårdavvikelser

Bild 2. Rapporterade vårdavvikelser från verksamheten



Ingen av dessa har bedömts som allvarlig vårdskada, det har i övervägande handlat om tillbud som inträffat.

Utebliven dos är den avvikelsen som inträffar mest i verksamheterna som innebär att brukaren inte fått sitt läkemedel vid en given tidpunkt, ingen rapporterad skada har skett av det inträffade.

### Anmälan enligt Lex Maria

Inga allvarliga har rapporterats till IVO under 2016.

### Anmälningar till Patientnämnden

Två anmälningar har inkommit från patientnämnden, och det har handlat om brister i omvårdnad och kommunikation.



## 5. Patientsäkerhetsplan för 2017

Övergripande plan för patientsäkerhetsarbete under kommande år:

- Arbeta för att höja kompetensen för att uppmärksamma vårdavvikelse och risker för vårdavvikelse som inträffar i verksamheten och se detta som viktig del i förbättringsarbetet för att uppnå en god patientsäkerhet.
- Fortsätta att identifiera de viktigaste patientprocesser och följa upp dessa.
- Arbeta med utvecklings- och förbättringsområden som framkommer i patientsäkerhetsberättelsen för 2016.
- Verksamheten kommer att följa och sätta upp mål för; uppföljning av delegering, egenvårdsbedömning samt signeringsavvikelse och att personal ska ha utfört webb utbildning i basal vårdhygien under 2017.

## Bilaga 1 Organisatorisk roll och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

**Nämnden** är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen och har det yttersta ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på en god och säker vård uppfylls. Individerna ska erbjudas en trygg och säker vård och den ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd och med respekt för individen.

**Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** har ansvar enligt 24 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), patientsäkerhetsförordning (2010:1 369). MAS ansvarar för att se till att verksamheten upprätthåller säker hälso- och sjukvård inom ram för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Att det finns riktlinjer för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, hantering av avvikelser, säkra rutiner för läkemedelshantering, brister i vårdkedjan och övriga avvikelser som till exempel vårdsynpunkter och klagomål från patienten eller närstående, att dokumentationen sker utifrån patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS arbetar fortlöpande med att utveckla, planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet.

**Verksamhetschefen (Resultatombudschef)** enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för att vården inom omsorgsnämnden bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och rutiner. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt bedrivs för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten

I ansvaret ingår att se till att bemanningen och resursanvändningen är anpassad för att bedriva en trygg och säker vård samt att hög patientsäkerhet uppnås.

**Resultatombudschefen för boeenheten** ansvarar för att vården på enheten bedrivs utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Säkerställa att personal får den introduktion som krävs för att utföra sina hälso- och sjukvårdsuppgifter. I ansvaret ingår att se till att bemanning och resursanvändningen är optimal för att bedriva en trygg och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

**Resultatombudschef för legitimerad personal** ansvarar för att legitimerad personal arbetar utifrån gällande lagar, föreskrifter och för verksamheten fastställda rutiner och riktlinjer som verksamhetschefen och medicinskt ansvarig sjuksköterska upprättat. Ansvarar för att legitimerad personal får god introduktion i arbetet och fördela personalresurser på ett optimalt sätt så att en god patientsäkerhet uppnås.

**Legitimerade personal** har ett särskilt yrkesansvar som följer av att arbetsuppgifterna tillhör verksamhetsområdet hälso- och sjukvård att arbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

**Alla medarbetare** har en skyldighet att följa de lagar, riktlinjer, föreskrifter och rutiner som styr hälso-och sjukvården samt att rapportera om det finns en risk eller att en vårdskada har inträffat i verksamheten.

## Stödfunktioner

**Inspektionen för vård och omsorg (IVO)** främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso-och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

**Patientnämnden** ska vara fristående och bidra till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet men kan inte vidta några sanktioner. Varje landsting och kommun ska vara ansluten till en patientnämnd, vi är anslutna till Stockholms läns patientnämnd. De ska stödja individer och guida vidare till rätt instans för synpunkter och klagomål.

**Socialstyrelsen** är en myndighet som ta fram och utvecklar statistik, regler, kunskap och stöd till vården och omsorgen inom områden som till exempel psykisk ohälsa, äldre, funktionshinder och barn och unga. Tar även fram föreskrifter (bindande regler) och allmänna råd (rekommendationer) om hur man lever upp till föreskrifternas krav.

**Smittskydd Stockholm** är en myndighet som arbetar för att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och mellan människor, ansvarar för olika handlingsprogram vid smittsam sjukdom.

**Vårdhygien** är expertfunktion som arbetar för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning hos patienter och vårdpersonal

## Samverkan för att förebygga vårdskador

Viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur verksamheten samverkar mellan andra vårdgivare och andra aktörer.

Former för samverkan regleras i olika samverkansdokument både övergripande för Stockholms län och lokalt.

- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående samverkan vid in och utskrivning i slutenvården.
- Länsöverenskommelse om munhälsovård
- Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

- Lokal överenskommelse om samarbetsrutin mellan Södertälje kommun och utförare av husläkare uppdraget i Södertälje



**TJÄNSTESKRIVELSE**

Omsorgsnämnden

2017-02-13

Social- och omsorgskontoret

## Ärende 11 Revidering av delegationsordning

Dnr: OMS 14/09

### Sammanfattning av ärendet

Omsorgsnämnden delegationsordning har setts över och reviderats utifrån de behov som nämnden och verksamheten har uppmärksammat. Delegat för hemtjänst och boendestöd har ändrats från handläggare till gruppchef. Avsnittet som handlar om allmänpsykiatriska rehabiliteringsenhetens handläggning av ärenden som omfattar personer med autismspektrumsyndrom tas bort ur delegationsordningen. En organisationsförändring har gjorts vilken medför att målgruppen kommer handläggas på myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning och behöver därför inte särskiljas i delegationsordningen.

Kontoret föreslår att omsorgsnämnden reviderar delegationsordningen i enlighet med kontorets förslag.

### Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-13
- Förslag till ändring av omsorgsnämndens delegationsordning
- Bilaga punkt 5.4 och 5.5 (förslaget är att dessa punkter stryks ur delegationsordningen)

### Ärendet

Omsorgsnämnden har i vissa ärenden valt att delegera beslutanderätten till tjänstemän inom social- och omsorgskontoret. Vilka ärenden som delegerats och till vem framgår av nämndens delegationsordning. Även om nämnden har delegerat beslutanderätten är det fortfarande nämnden som är ansvarig för besluten.

Omsorgsnämndens delegationsordning har setts över utifrån de organisatoriska förändringar som har skett inom social- och omsorgskontoret. Delegationsordningen har också fått en ny mall.

I delegationsordningen har förslag till ny text lagts till med *fet stil* och förslag till text som ska tas bort är markerad med ~~genomstruken stil~~. Nedan följer en lista på de förändringar som föreslås.

## Förändringar i delegationsordningen

### *Punkt 6.5*

Delegat för hemtjänst har ändrats från handläggare till gruppchef. Hemtjänst upp till 33 timmar per vecka beslutas av handläggare och hemtjänst mer än 33 timmar beslutas av gruppchef. Syftet med ändringen är att likrikta besluten.

### *Punkt 6.10*

Delegat för boendestöd har ändrats från handläggare till gruppchef. Boendestöd upp till 12 timmar per månad beslutas av handläggare och boendestöd mer än 12 timmar per månad beslutas av gruppchef. Syftet med ändringen är att likrikta besluten.

### *Punkt 6.25 och 6.27*

6.25 Övervägande om att vård i annat hem än det egna fortfarande behövs.

6.27 Beslut i fråga om medgivande att barn tas emot för stadigvarande vård och fostran i enskilt hem som inte tillhör någon av föräldrarna eller annan vårdnadshavare.

Besluten i punkt 6.25 och 6.27 fattas av socialnämndens utskott och ska därför inte sorteras under omsorgsnämndens delegationsordning. Punkterna stryks därför i omsorgsnämndens delegationsordning.

### *Punkt 5.4 och 5.5 (se bilaga)*

Punkt 5.4 och 5.5 berör allmänpsykiatriska rehabiliteringsenhetens handläggning av ärenden som omfattar personer med autismspektrumsvindrom enligt LSS och SoL. En organisationsförändring har gjorts vilken medför att målgruppen handläggs på myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning och behöver därför inte särskiljas i delegationsordningen. Avsnittet stryks därför i omsorgsnämndens delegationsordning.

## **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Ärendet medför inga ekonomiska konsekvenser.

## **Kontorets förslag till nämnden:**

Omsorgsnämnden reviderar delegationsordningen i enlighet med kontorets förslag.



Lenita Granlund

Socialdirektör

Maria Knutsson

Jurist

Handläggare: Charlotte Fagerstedt  
Utredare  
Campusgatan 26  
Telefon (direkt): 08 523 066 76  
E-post: [charlotte.fagerstedt@sodertalje.se](mailto:charlotte.fagerstedt@sodertalje.se)

## **Beslutet skickas till**

Akten

Resultatområdeschef/ Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning

Resultatområdeschef/ Vuxenenheten.

## Bilaga 5.4 och 5.5

Förslaget är att dessa avsnitt tas bort ur delegationsförteckningen

**5.4 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (Allmänpsykiatriska rehabiliteringsenhetens handläggning av ärenden som omfattar personer med autismspektrumsyndrom).**

	<i>Ärende</i>	<i>Lagrums</i>	<i>Delegat</i>
5.4.1	Beslut i fråga om personkretstillhörighet.	1 § och 7 § LSS	Handläggare
5.4.2	Beslut i fråga om biträde av eller ekonomiskt stöd till personlig assistans	7 § och 9 § 2 p LSS	
	- upp till 10 tim/vecka		Handläggare
	- över 10 tim/vecka.		Rech, bitr. rech
5.4.3	Beslut i fråga om ekonomiskt stöd till kostnader för personlig assistans utöver assistentersättning enligt SFB (i form av tillfällig utökning eller sjuklön).	7 § och 9 § 2 p LSS	Rech, bitr. rech
5.4.4	Beslut i fråga om ledsagarservice	7 § och 9 § 3 p LSS	
	- upp till 10 tim/månad		Handläggare
	- över 10 tim/månad.		Rech, bitr. rech
5.4.5	Beslut i fråga om kontaktperson.	7 § och 9 § 4 p LSS	Rech, bitr. rech
5.4.6	Beslut i fråga om arvode och ersättning för omkostnad till kontaktperson/ -familj		
	- i enlighet med SKL:s rekommendation		Soc sekr, kontakt sekr
	- utöver SKL:s rekommendation.		Rech, bitr. rech
5.4.7	Beslut i fråga om avlösarservice i hemmet	7 § och 9 § 5 p LSS	
	- upp till 10 tim/månad		Handläggare
	- över 10 tim/månad.		Rech, bitr. rech
5.4.8	Beslut i fråga om korttidsvistelse utanför det egna hemmet.	7 § och 9 § 6 p LSS	Rech, bitr. rech



5.4.9	Beslut i fråga om bostad med särskild service i form av gruppboende, serviceboende eller särskilt anpassad bostad för vuxna - inom kommunens egna boenden.	7 § och 9 § 9 p LSS	Rech, bitr. rech
5.4.10	Beslut i fråga om köp av boende för vuxna annan kommun eller av enskild vårdgivare	7 § och 9 § 9 p LSS	
	- då ramavtal finns och kostnaden understiger 5000 kr/dygn		Rech
	- då ramavtal finns och kostnaden överstiger 5000 kr/dygn		Utskott
	- då ramavtal inte finns och kostnaden understiger 4000 kr/dygn		Rech
	- då ramavtal inte finns och kostnaden överstiger 4000 kr/dygn.		Utskott
5.4.11	Beslut i fråga om att betala ut assistansersättning till annan person än den som är berättigad till insatsen.	11 § LSS	Rech, bitr. rech
5.4.12	Beslut i fråga om återbetalning.	12 § LSS	Rech
5.4.13	Beslut i fråga om förhandsbesked.	16 § 2 st LSS	Rech, bitr. rech
5.4.14	Beslut i fråga om att anmäla behov av ersättning för personlig assistans till Försäkringskassan.	110 kap 6 § 3 p SFB	Handläggare
5.4.15	Beslut i fråga om daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder, under 65 år, som saknar förvärvsarbete och som inte utbildar sig; inom kommunens egen verksamhet – gäller endast APR.	7 § och 9 § 10 p LSS	Handläggare
5.4.16	Beslut i fråga om köp av daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder, under 65 år, som saknar förvärvsarbete och som inte utbildar sig – gäller endast APR:	7 § och 9 § 10 p LSS	
	- då ramavtal finns och kostnaden understiger 2 000 kr/dygn		Handläggare
	- då ramavtal finns och kostnaden överstiger 2 000 kr/dygn		Rech, bitr. rech
	- då ramavtal inte finns och kostnaden understiger 2 000 kr/dygn		Rech, bitr. rech

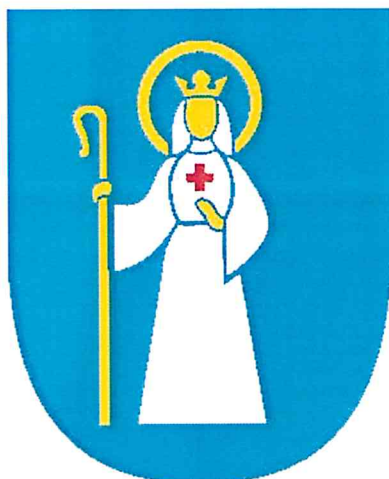
- då ramavtal inte finns och kostnaden överstiger  
2 000 kr/dygn.

Utskott

### 5.5. Socialtjänstlagen (Allmänpsykiatriska rehabiliteringsenhetens handläggning av ärenden som omfattar personer med autismspektrumsvindrom).

<i>Ärende</i>	<i>Lagrum</i>	<i>Delegat</i>
5.5.1 Beslut om att inleda utredning.	11 kap 1 § SoL	Handläggare
5.5.2 Beslut om att utredning inte ska inledas.	11 kap 1 § SoL	Rech, bitr. rech
Avskrivning av ärende på grund av att sökanden återtar ansökan.		Handläggande tjänsteman
5.5.3 Beslut i fråga om framställning om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun, samt beslut att mottaga eller inte mottaga ärende.	2 a kap 10 § SoL	Rech, bitr. rech
Beslut i fråga om att hos IVO ansöka om överflyttning till annan kommun.	2 a kap 11 § SoL	Rech, bitr. rech
5.5.4 Beslut med anledning av ansökan enligt 2 a kap. 8 § om insatser enligt 4 kap. 1 § SoL.	2 a kap 8 § SoL, 4 kap 1 § SoL	Rech, bitr. rech
5.5.5 Beslut i fråga om bistånd i form av	4 kap 1 § SoL	
Boendestöd/rehabilitering i öppenvård		Handläggare
Hemtjänst		Handläggare
Egna medel		Handläggare
Stöd i studier (Individual placement support)		Handläggare
Stöd i arbete (Individual placement support)		Handläggare
Sysselsättning/arbetsrehabilitering -inom kommunens egen verksamhet		Handläggare
-från annan kommun eller av enskild vårdgivare		Rech, bitr. rech
Ledsagning		Rech, bitr. rech
Turbundna resor		Rech, bitr. rech
Turbundna resor i kombination med ledsagning		Rech, bitr. rech
Avlösning		Handläggare

	Kontaktperson		Rech, bitr. rech
	Beslut i fråga om bistånd i form av annat boende avseende vuxna - i familjehem - i HVB - i tillfälligt boende (t. ex vandrarhem) - i internt korttidsboende för vuxna - i externt korttidsboende för vuxna	4 kap 1 § SoL	Rech, bitr. rech
	Beslut i fråga om bistånd, övrigt - upp till 50 % av prisbasbelopp  - över 50 % av prisbasbelopp	4 kap 1 § SoL	Rech, bitr. rech  Utskott
5.5.6	Beslut i fråga om att föra talan hos förvaltningsrätten för kostnader som kommunen haft enligt 8 kap 1 § SoL.	9 kap 3 § SoL	Rech, bitr. rech



# Omsorgsnämndens DELEGATIONSORDNING

---

Förteckning över ärenden inom social- och omsorgskontorets verksamhetsområde i vilka nämnden uppdrar åt utskott, nämndledamot eller anställd vid kontoret att besluta på nämndens vägnar.

**Antagen av omsorgsnämnden 2017-03-XX**

**Uppdaterad av omsorgsnämnden 2017-03-XX**

# Innehållsförteckning

Förkortningar och särskilda begreppsförklaringar .....	3
FÖRORD .....	5
Inledning .....	5
Innehåll .....	5
Innebörd .....	5
Syfte .....	5
Hänskjutande av ärende till nämnd.....	6
Jäv .....	6
Ersättare för delegat .....	6
Brådskande ärenden .....	6
Vidaredelegering.....	6
Anmälan av beslut till nämnd .....	6
MBL-förhandling .....	7
1. Ekonomiärenden .....	8
2. Förtroendevaldas resor och utbildning.....	9
3. Allmänna ärenden .....	10
4. Överklaganden, yttranden, underrättelser m.m. till domstol, annan myndighet.....	11
4.1 Överklaganden .....	11
4.2 Yttranden, underrättelser, begäran, framställningar, anmälningar.....	12
5. Verksamhetsövergripande ärenden .....	13
6. Socialtjänstlagen .....	15
7. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade .....	20
8. Livsmedelsföretag .....	23
Bilaga 1.....	24
Ekonomiärenden .....	24

# Förkortningar och särskilda begreppsförklaringar

<b>Socialdirektör/ Kontorschef</b>	Chef för social- och omsorgskontoret
<b>Resultatområdeschef</b>	Gemensam beteckning för chef inom respektive berört verksamhetsområde, som organisatoriskt är inordnad direkt under kontorschef (biträdande resultatområdeschef likställs med resultatområdeschef vid delegation).
<b>Resultatenhetschef</b>	Beteckning för den chef inom respektive berört verksamhetsområde, som organisatoriskt är inordnad under resultatområdeschef.
<b>Gruppchef</b>	Beteckning för chef som organisatoriskt är inordnad under resultatenhetschef.
<b>Myndigheten</b>	Beteckning för äldreomsorgsnämndens och omsorgsnämndens gemensamma myndighet för myndighetsutövning inom respektive nämnds område.
<b>Ass</b>	Assistent
<b>BrB</b>	Brottsbalk (1962:700)
<b>FB</b>	Föräldrabalk (1949:381)
<b>FHM</b>	Folkhälsomyndigheten
<b>FPL</b>	Förvaltningsprocesslag (1971:291)
<b>FörvL</b>	Förvaltningslag (1986:223)
<b>HSL</b>	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
<b>IVO</b>	Inspektionen för vård och omsorg
<b>KL</b>	Kommunallag (1991:900)
<b>Kv utveckl</b>	Kvalitetsutvecklare, organisatoriskt placerad i stab, arbetar inom kontorets samtliga verksamhetsområden
<b>Kontaktsekr</b>	Kontaktsekreterare
<b>LAS</b>	Lag (1982:80) om anställningsskydd
<b>LSS</b>	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
<b>LSSF</b>	Förordning (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
<b>MAS</b>	Medicinskt ansvarig sjuksköterska, organisatoriskt placerad i staben
<b>Ordförande</b>	Bland nämndens ledamöter av kommunfullmäktige vald ordförande

<b>Prisbasbelopp</b>	I enlighet med socialförsäkringsbalken – fastställs årsvis
<b>Presidie</b>	Består av ordinarie ordförande och den eller de som är vice ordförande
<b>RB</b>	Rättegångsbalk (1942:740)
<b>Rech</b>	Resultatenhetschef
<b>Roch</b>	Resultatområdeschef
<b>OSL</b>	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
<b>SFB</b>	Socialförsäkringsbalk (2010:110)
<b>SKL</b>	Sveriges Kommuner och Landsting
<b>Soc ass</b>	Socialassistent
<b>Soc sekr</b>	Socialsekreterare
<b>SoL</b>	Socialtjänstlag (2001:453)
<b>SoF</b>	Socialtjänstförordning (2001:937)
<b>TF</b>	Tryckfrihetsförordning (1949:105)
<b>Utskott</b>	Organ som består av förtroendevalda, valda bland ledamöterna och ersättarna i omsorgsnämnden
<b>(vid)</b>	Vidaredelegering; rätt för kontorschefen i egenskap av delegat att i sin tur uppdra åt en annan anställd inom kommunen att besluta i nämndens ställe.

# FÖRORD

## Inledning

Omsorgsnämndens verksamhetsområde är verksamhet för funktionshindrade.

Nämnden utövar ledningen av kommunens verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Nämnden fullgör också kommunens uppgifter enligt socialförsäkringsbalken (SFB) samt de uppgifter som ankommer på kommunen för funktionshindrade enligt socialtjänstlagen (SoL).

Med undantag för:

- de uppgifter enligt SoL som avser insatser till personer med demensdiagnos då den uppgiften åligger äldreomsorgsnämnden och kommundelsnämnderna enligt deras reglementen.

Nämnden leder inom sin verksamhet hälso- och sjukvården, dock inte medicinskt ansvarig sjuksköterska m.m. enligt 24 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Nämnden kan lämna särskilda föreningsbidrag för verksamheter i anslutning till nämndens basuppgifter efter att samråd har skett med kultur- och fritidsnämnden.

## Innehåll

I denna skrivelse ges en förteckning över samtliga ärendegrupper, i vilka nämnden överfört självständig beslutanderätt åt utskott, nämndledamot eller anställd i kommunen. Av förteckningen framkommer således vilken person eller vilket organ som har rätt att besluta på nämndens vägnar i visst ärende eller viss grupp av ärenden.

## Innebörd

Innebörden av att delegering har skett är att delegaten beslutar åt nämnden. Ett beslut med stöd av nämndelegering är följaktligen juridiskt sett att likställa med ett beslut som nämnden själv har fattat. Detta betyder bl.a. att en delegats beslut överklagas på samma sätt som ett nämndbeslut. Vidare noteras att nämnden inte kan återkalla eller ändra ett beslut av delegat. En möjlighet finns dock för nämnden att ompröva beslutet, om detta har överklagats av enskild. Härutöver kan nämnden naturligtvis alltid återkalla eller ändra ett givet delegeringsuppdrag för framtiden.

## Syfte

Syftet med delegering är att ge de förtroendevalda möjlighet att ägna mer tid och uppmärksamhet åt planering, riktlinjer och andra frågor av större betydelse. Vidare är syftet att åstadkomma en effektivare verksamhet genom kortare beslutsvägar och snabbare handläggning och därigenom uppnå bättre service och ökad effektivitet. Delegationsordningen är också arbetsinstrument som reglerar de anställdas befogenheter.



## Hänskjutande av ärende till nämnd

Oaktat vad som stadgas i denna förteckning kan ett ärende som angetts i förteckningen i ett enskilt fall vara av sådan beskaffenhet att nämnden likväl bör besluta i ärendet. I nedan angivna fall skall följaktligen delegat inte nyttja sin beslutanderätt, utan hänskjuta ärendet till nämnden för beslut:

- om ärendet avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
- om ärendet avser ett yttrande med anledning av beslut av nämnden i dess helhet som överklagats, eller
- om ärendet rör myndighetsutövning mot enskilda och om det därvid är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.

## Jäv

Av 6 kap 24 § kommunallagen (KL) följer att delegat inte får besluta i ärende där han eller hon är jävig.

## Ersättare för delegat

När annan tjänsteman vikarierar för delegat anses han som delegat. Motsvarande gäller när vice ordförande tjänstgör som ordförande. Sådant beslut skall tas in i den ursprungliga delegatens protokoll.

Vid ordinarie delegats frånvaro och när beslutet inte kan avvaktas, eller om delegat av annan anledning är förhindrad att ta beslut i ett ärende t.ex. vid en jävssituation, inträder överordnad såsom delegat.

## Brådskande ärenden

Utöver vad som framgår av de olika avsnitten delegerar nämnden åt ordföranden att besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande, att nämndens avgörande inte kan avvaktas. Denna beslutanderätt förutsätts användas restriktivt. Sådana beslut skall anmälas vid nämndens nästa sammanträde och innehålla en uppgift om att ärendet var brådskande.

## Vidaredelegering

Ärenden som delegeras till socialdirektör får vidaredelegeras av denne. I beslut om vidaredelegation skall anges vem som beslutar vid ordinarie delegats frånvaro. Enligt 6 kap 37 § KL skall beslut som fattats med stöd av vidaredelegation anmälas till huvuddelegaten, som i sin tur skall anmäla dem till nämnden.

## Anmälan av beslut till nämnd

Beslut som har fattats med stöd av delegation skall inom två månader anmälas till nämnden genom att delegatens beslut omnämns på föredragningslistan och finns tillgängligt hos nämndens sekreterare.

Protokoll över beslut som fattats av förtroendevalda delegater skall därutöver sändas ut med nämndens handlingar eller delas ut vid sammanträdet.

## **MBL-förhandling**

Delegat svarar i förekommande fall för att förhandlingsskyldighet enligt lagen om medbestämmande i arbetslivet (1976:580) fullgörs innan beslut fattas.

**Notera att delegaterna alltid avser befattning vid berört verksamhetsområde.**

# 1. Ekonomiärenden

Vidaredelegation se bilaga 1.

1.1	Avgörande av anbudsupphandling av varor eller tjänster för social- och omsorgskontorets behov, dock inte för verksamhetsentreprenad eller anlitande av extern konsult.	Socialdirektör
1.2	Avgörande av anbudsupphandling av externa konsulttjänster för social- och omsorgskontorets verksamhet till ett belopp av mellan 4 och 20 prisbasbelopp per överenskommelse. <i>Anmärkning: Att anlita extern konsult till mindre beräknat värde än fyra basbelopp anses som en verkställighetsåtgärd, eftersom anbudsupphandling då inte behövs.</i>	Socialdirektör
1.3	Beslut i fråga om att ersätta annan för stulen eller skadad egendom, i de fall där det kan antas att ersättning skulle ha lämnats av kommunens ansvarsförsäkring om det inte hade varit för att ersättningsbeloppet ryms inom kommunens självrisk.	Socialdirektör
1.4	Beslut i fråga om att ersätta annan stulen eller skadad egendom i andra fall än i punkt 1.3, om det på andra grunder än skadeståndsskyldighet är kommunens uttalade linje att lämna ersättning.	Socialdirektör
1.5	Beslut i fråga om fördelning av investeringsbudget på enskilda investeringsprojekt.	Socialdirektör
1.6	Beslut i fråga om försäljning av lös egendom som inte behövs i verksamheten.	Socialdirektör
1.7	Beslut i fråga om att i enlighet med kommunens attestreglemente utse beslutsattestanter.	Socialdirektör
1.8	Behörig att teckna kommunens firma inom nämndens ansvarsområde, var för sig.	Ordförande/ Socialdirektör

## 2. Förtroendevaldas resor och utbildning

2.1	Förtroendevaldas deltagande i konferenser och tjänsteresor inom Sverige, Norden och Baltikum.	Ordförande
2.2	Förtroendevaldas deltagande i konferenser eller tjänsteresor utanför Norden och Baltikum.	Presidiet
2.3	Ordförandens deltagande i konferenser eller tjänsteresor inom och utanför Norden och Baltikum.	Presidiet

### 3. Allmänna ärenden

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat
3.1	Beslut i fråga om utlämnande av allmän handling om frågan hänskjutits till beslut <ul style="list-style-type: none"><li>- övergripande ärenden,</li><li>- respektive verksamhet.</li></ul>	6 kap 3 § OSL	Socialdirektör Rech
3.2	Utfärdande av fullmakt att företräda nämnden och föra dess talan i mål och ärenden vid domstolar och andra myndigheter.	10 kap 2 § SoL	Socialdirektör
3.3	Beslut i fråga om avvisande av ombud.	9 § FL	Roch
3.4	Beslut om omprövning	27 § FL	Delegaten i ursprungsbeslutet
3.5	Prövning av att överklagande kommit in i rätt tid, avvisning av överklagande som kommit in för sent samt bedömning av om omprövning kan ske. Prövning gäller även beslut som fattas av nämnd och utskott som sedan överklagats.	24 § FL, 27 § FL	Handläggande tjänsteman
3.6	Beslut om att utredning inte ska inledas.  Avskrivning av ärende på grund av att sökanden återtar ansökan.  Avskrivning eller avvisning av ärende på andra grunder än att sökanden återtar ansökan.	20 § FL	Handläggande tjänsteman Handläggande tjänsteman Gruppchef
3.7	Beslut i fråga om att utse verksamhetschef <i>resultatområdeschef</i> .	29 § HSL	Socialdirektör

## 4. Överklaganden, yttranden, underrättelser m.m. till domstol, annan myndighet

### 4.1 Överklaganden

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat
4.1.1	Yttrande till förvaltningsdomstol i överklagat beslut som fattats av delegat <ul style="list-style-type: none"><li>- yttrande till förvaltningsrätten,</li><li>- yttrande till kammarrätten,</li><li>- yttrande till Högsta förvaltningsdomstolen.</li></ul>		Delegat i ursprungsbeslutet Utskott Utskott
4.1.2	Överklagande och yrkande om inhibition när förvaltningsrätt eller kammarrätt ändrat nämndens beslut och detta beslut ursprungligen fattats av delegat.	Se t.ex. 16 kap 3 § SoL, 27 § LSS och 33 § FPL	Utskott
4.1.3	Överklagande av Migrationsverkets beslut avseende statlig ersättning till kommuner för mottagande av och insatser för skyddsbehövande, vissa utlänningar och ensamkommande barn samt yrkande om inhibition.	22§ FL, 16 § ErsF, 3 § NyErsF	Rech
	Överklagande av förvaltningsdomstols dom/beslut avseende statlig ersättning till kommuner för mottagande av insatser för skyddsbehövande, vissa utlänningar och ensamkommande barn samt yrkande om inhibition.	33 § FPL, 16 § ErsF, 3 § NyErsF	Utskott

## 4.2 Yttranden, underrättelser, begäran, framställningar, anmälningar

4.2.1	Yttrande till IVO/förvaltningsdomstol i ärende rörande särskild avgift för ej inom skälig tid verkställda beslut.	16 kap 6a-g §§ SoL, 28 § a-d LSS	Utskott
4.2.2	Anmälan till Folkhälsomyndigheten om kännedom om nya medel för missbruksändamål eller ändringar av missbruksmönster.	12 kap 9 § SoL	Roch
4.2.3	Yttrande till behörig myndighet i samband med överlämnande av ansökan om offentligt biträde.	3 § 3 st lagen (1996:1620) om offentligt biträde	Soc sekr
4.2.4	Yttrande till passmyndighet vid utfärdande av pass utan vårdnadshavarens medgivande för barn under 18 år.	3 § pass- förordningen (1979:664)	Rech, Myndigheten
4.2.5	Yttrande till IVO i ärende där IVO utövar sin tillsyn över kommunens socialtjänst.	13 kap 2 § SoL, 26 § LSS	Utskott
4.2.6	Yttrande i ärende där allmänheten framfört klagomål på kommunal myndighet till Justitieombudsmännen, JO (JO-anmälan).		Utskott
4.2.7	Yttrande i förvaltningsrätten över Migrationsverkets beslut avseende statlig ersättning till kommuner för mottagande av och insatser för skyddsbehövande, vissa utlänningar och ensamkommande barn.	16 § ErsF, 3 § NyErsF	Rech
	Yttrande i kammarrätt och Högsta förvaltningsdomstol över Migrationsverkets beslut avseende statlig ersättning till kommuner för mottagande av och insatser för skyddsbehövande, vissa utlänningar och ensamkommande barn.	16 § ErsF, 3 § NyErsF	Utskott
4.2.8	Rätt att föra nämndens talan vid muntlig förhandling i förvaltningsrätt och kammarrätt i ärenden rörande LSS och SoL.		Jurist eller delegat i ursprungs- beslutet

## 5. Verksamhetsövergripande ärenden

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat
5.1	Beslut i fråga om anmälan till IVO om allvarlig skada resp. risk för allvarlig skada inom hälso- och sjukvården (lex Maria).	3 kap 5 och 6 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), SOSFS 2005:28	MAS
5.2	Beslut i fråga om att starta/avsluta utredning om allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden i omsorgen rörande enskild (lex Sarah).	14 kap 6 § SoL, 24 e § LSS	Kv utveckl
5.3	Beslut i fråga om anmälan till IVO om allvarliga missförhållanden eller risk för allvarliga missförhållanden i omsorgen rörande enskild (lex Sarah).	14 kap 7 § SoL, 24 f § LSS	Kv utveckl
5.4	Beslut i fråga om polisanmälan angående brott som hindrar nämndens verksamhet.	12 kap 10 § SoL, 10 kap 2 § OSL	Socialdirektör
5.5	Beslut i fråga om polisanmälan angående vissa brott mot underårig m.m.	12 kap 10 § SoL, 10 kap 21-23 §§ OSL	Rech
5.6	Utlämnande av uppgift till smittskyddsläkare.	6 kap 9 § smittskyddslagen (2004:168)	Rech
5.7	Anmälningsskyldighet enligt smittskyddslagen.	6 kap 12 § smittskyddslagen (2004:168)	Rech
5.8	Utlämnande av personuppgifter till Socialstyrelsen för statistiska ändamål.	12 kap 5 § SoL	Rech
5.9	Utlämnande av personuppgifter till statliga myndigheter för forskningsändamål.	12 kap 6 § SoL	Rech
5.10	Gallring av anteckningar och andra uppgifter i personakt.	12 kap 1-2 §§ SoL, 21c-21d §§ LSS	Rech



5.11	Beslut i fråga om att lämna ut sekretessbelagd uppgift till Försäkringskassan.	110 kap 31 § SFB	Handläggare
	Beslut i fråga om att lämna ut sekretessbelagd uppgift till annan myndighet.	8 kap 1 § OSL, 10 kap 28 § 1 st OSL, 26 kap OSL	Rech
5.12	Polisanmälan avseende våld eller hot mot tjänsteman.	17 kap 1 § BrB	Roch
5.13	Förebyggande insatser (ej knuten till viss person).	3 kap 1 § SoL	Roch

## 6. Socialtjänstlagen

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat
6.1	Beslut om att inleda utredning.	11 kap 1 § SoL	Handläggare
6.2	Beslut om att utredning inte ska inledas.	11 kap 1 § SoL	Gruppchef
6.3	Beslut i fråga om framställning om överflyttning av ärende till nämnd i annan kommun, samt beslut att mottaga eller inte mottaga ärende.	2 a kap 10 § SoL	Rech
	Beslut i fråga om att hos IVO ansöka om överflyttning till annan kommun.	2 a kap 11 § SoL	Rech
6.4	Beslut med anledning av ansökan enligt 2 a kap 8 § om insatser enligt 4 kap 1 § SoL.	2 a kap 8 § SoL, 4 kap 1 § SoL	Rech
6.5	Beslut i fråga om bistånd i form av <b>Hemtjänst</b>	4 kap 1 § SoL	
	- <i>maximal 33 timmar per vecka,</i>		<i>Handläggare</i>
	- <i>mer än 33 timmar per vecka.</i>		<i>Gruppchef</i>
	<b>Ledsagning</b>	4 kap 1 § SoL	
	- maximalt 10 timmar per månad,		Handläggare
	- mer än 10 timmar per månad.		Gruppchef
	<b>Turbundna resor</b>	4 kap 1 § SoL	Gruppchef
	Turbundna resor i kombination med ledsagning		Gruppchef
	<b>Avlösning</b>	4 kap 1 § SoL	Handläggare
	<b>Dagverksamhet/daglig sysselsättning</b>	4 kap 1 § SoL	
	- inom kommunens egen verksamhet,		Handläggare
	- från annan kommun eller av enskild vårdgivare.		Rech
	<b>Snöskottning/halkbekämpning</b>	4 kap 1 § SoL	Handläggare
	<b>Avlastningsplats/växelvård</b>	4 kap 1 § SoL	Gruppchef

	<b>Korttidsplats/korttidsboende</b>	4 kap 1 § SoL	
	- intern placering,		Handläggare
	- extern placering.		Gruppchef
6.6	Beslut i fråga om bistånd i form av eftermiddagsverksamhet för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov.	4 kap 1 § SoL	Handläggare
6.7	Beslut i fråga om bistånd i form av kontaktperson/kontaktfamilj.	4 kap 1 § SoL	Gruppchef
6.8	Beslut i fråga om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson och kontaktfamilj		
	- i enlighet med SKL:s rekommendation,		Kontaktsekr
	- utöver SKL:s rekommendation.		Gruppchef
6.9	Beslut i fråga om bistånd i form av personligt utformat stöd (PUS).	4 kap 1 § SoL	Utskott
6.10	Beslut i fråga om bistånd i form av boendestöd	4 kap 1 § SoL	
	- <i>maximalt 12 timmar per månad,</i>		<i>Handläggare</i>
	- <i>mer än 12 timmar per månad.</i>		<i>Gruppchef</i>
6.11	Beslut i fråga om bistånd, övrigt	4 kap 1 § SoL	
	- upp till 50 % av prisbasbelopp,		Rech
	- över 50 % av prisbasbelopp.		Utskott
6.12	Beslut i fråga om bistånd i form av annat boende avseende barn och ungdom	4 kap 1 § SoL	Utskott
	- i familjehem,		
	- i HVB.		

6.13	<p>Beslut i fråga om köp av boendeplats under maximalt 1 år för barn från annan kommun eller av enskild vårdgivare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- då ramavtal finns och kostnaden <b>understiger</b> 6 000 kr/dygn,</li> <li>- då ramavtal finns och kostnaden <b>överstiger</b> 6 000 kr/dygn,</li> <li>- då ramavtal <b>inte finns</b> och kostnaden <b>understiger</b> 6 000 kr/dygn,</li> <li>- då ramavtal <b>inte finns</b> och kostnaden <b>överstiger</b> 6 000 kr/dygn eller köp av plats för längre tid än ett år.</li> </ul>	4 kap 1 § SoL	<p>Rech</p> <p>Utskott</p> <p>Rech</p> <p>Utskott</p>
6.14	<p>Beslut i fråga om bistånd i form av annat boende avseende vuxna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i familjehem,</li> <li>- i HVB.</li> </ul>	4 kap 1 § SoL	Rech
6.15	<p>Beslut i fråga om ersättning till familjehem (arvode och omkostnad)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i enlighet med SKL:s rekommendation,</li> <li>- utöver SKL:s rekommendation.</li> </ul>		<p>Kontaktsekr/ Handläggare</p> <p>Rech</p>
6.16	<p>Beslut i fråga om bistånd i form av särskild boendeform för barn.</p>	4 kap 1 § SoL	Rech
6.17	<p>Beslut i fråga om boende för vuxna inom kommunens egna boenden.</p>	4 kap 1 § SoL	Rech
6.18	<p>Beslut i fråga om köp av boendeplats under maximalt 1 år för vuxna från annan kommun eller av enskild vårdgivare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- då ramavtal finns och kostnaden <b>understiger</b> 6 000 kr/dygn,</li> <li>- då ramavtal finns och kostnaden <b>överstiger</b> 6 000 kr/dygn,</li> <li>- då <b>ramavtal inte finns</b> och kostnaden <b>understiger</b> 6 000 kr/dygn,</li> <li>- då <b>ramavtal inte finns</b> och kostnaden <b>överstiger</b> 6 000 kr/dygn eller köp av plats för längre tid än ett år.</li> </ul>	4 kap 1 § SoL	<p>Rech</p> <p>Utskott</p> <p>Rech</p> <p>Utskott</p>

6.19	Beslut i fråga om bistånd utöver vad som följer av 4 kap 1 § SoL		
	- upp till 50 % av prisbasbelopp,	4 kap 2 § SoL	Roch
	- över 50 % av prisbasbelopp.	4 kap 2 § SoL	Utskott
6.20	Beslut i fråga om anmälan till överförmyndaren att behov av god man/förvaltare/förmyndare föreligger eller att behov ej längre föreligger.	5 kap 3 § SoF	Handläggare
6.21	Beslut i fråga om avgift.	8 kap 2 § SoL	Avgifts- handläggare
6.22	Beslut i fråga om avgift från föräldrar vars barn är under 18 år och får omvårdnad i annat hem.	8 kap 1 § 2 st SoL	Rech
6.23	Beslut i fråga om att föra talan hos förvaltningsrätten för kostnader som kommunen haft enligt 8 kap 1 § SoL.	9 kap 3 § SoL	Rech
6.24	Beslut i fråga om eftergift av ersättningsskyldighet som avses i 8 kap 1 § SoL.	9 kap 4 § SoL	Rech
6.25	<del>Beslut i fråga om medgivande att barn tas emot för stadigvarande vård och fostran i enskilt hem som inte tillhör någon av föräldrarna eller annan vårdnadshavare.</del>	<del>6 kap 6 § SoL</del>	Utskott
6.26	Beslut i fråga om att åtgärd får vidtas utan en av två vårdnadshavares samtycke när åtgärden gäller beslut avseende biträde av kontaktperson, avlösarservice i hemmet samt korttidsvistelse utanför det egna hemmet.	6 kap 13 a § FB	Utskott
6.27	<del>Övervägande om att vård i annat hem än det egna fortfarande behövs.</del>	<del>6 kap 8 § SoL</del>	Utskott
6.28	Beslut i fråga om framställan till försäkringskassa om ändring av betalningsmottagare av allmänt barnbidrag.	106 kap 6 § SFB	Gruppchef

6.29	Beslut i fråga om begäran om utdrag ur misstanke- och belastningsregister i ärende angående adoption, vårdnad, umgänge, barns boende, samt medgivande att ta emot barn m.m. enligt 5 kap 2 §, 6 kap 6-10 §§ och 12-16 §§ SoL.	11 § 8 p förordningen om belastningsregister (1999:1134) samt 4 § 9 p förordningen om misstanke- register (1999:1135)	Kontaktsekr
6.30	Lämna utdrag ur socialregister till annan kommun som utreder familjehem, kontaktfamilj och kontaktperson.	6 kap 6 § SoL, 10 kap 1 § OSL, 12 kap 2 § OSL	Gruppchef
	Begäran om utdrag ur socialregister vid egna familjehemsplaceringar, bistånd i form av kontaktfamilj eller kontaktperson.		Kontaktsekr

## 7. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat
7.1	Beslut i fråga om personkretstillhörighet	1 och 7 §§ LSS	Gruppchef
7.2	Beslut i fråga om biträde av eller ekonomiskt stöd till personlig assistans	7 och 9 §§ 2p LSS	
	- upp till 20 timmar/vecka,		Handläggare
	- över 20 timmar/vecka.		Gruppchef
7.3	Beslut i fråga om biträde av eller ekonomiskt stöd till kostnader för personlig assistans utöver assistentersättning enligt SFB (i form av tillfällig utökning eller sjuklön).	9 § 2p LSS	Rech
	Beslut i fråga om att betala ut assistansersättning med högre timbelopp än den grundnivå som fastställs i nämndens verksamhetsplan varje år.	9 § 2p LSS	Rech
7.4	Beslut i fråga om ledsagarservice	7 och 9 §§ 3p LSS	
	- maximalt 10 timmar per månad,		Handläggare
	- mer än 10 timmar per månad.		Gruppchef
7.5	Beslut i fråga om kontaktperson.	7 och 9 §§ 4p LSS	Gruppchef
7.6	Beslut i fråga om arvode och ersättning för omkostnad till kontaktperson/ kontaktfamilj		
	- i enlighet med SKL:s rekommendation,		Kontaktsekr
	- utöver SKL:s rekommendation.		Gruppchef
7.7	Beslut i fråga om avlösarservice i hemmet	7 och 9 §§ 5p LSS	
	- maximalt 10 timmar per månad,		Handläggare
	- mer än 10 timmar per månad.		Gruppchef
7.8	Beslut i fråga om korttidsvistelse utanför det egna hemmet	7 och 9 §§ 6p LSS	
	- upp till 36 dygn per år		Handläggare
	- över 36 dygn per år.		Gruppchef

7.9	Beslut i fråga om korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov.	7 och 9 §§ 7p LSS	Handläggare
7.10	Beslut i fråga om boende i familjehem för barn och ungdomar med tillämpning av 6 kap 6 § SoL.	7 och 9 §§ 8p LSS	Utskott
7.11	Beslut i fråga om boende i bostad med särskild service för barn och ungdomar.	7 och 9 §§ 8p LSS	Utskott
7.12	Beslut i fråga om bostad med särskild service i form av gruppboende, serviceboende eller särskilt anpassad bostad för vuxna inom kommunens egna boenden.	7 och 9 §§ 9p LSS	Rech
7.13	Beslut i fråga om köp av boende för vuxna och barn från annan kommun eller av enskild vårdgivare	7 och 9 §§ 8-9p LSS	
	- då ramavtal finns och kostnaden <b>understiger</b> 5000 kronor/dygn,		Rech
	- då ramavtal finns och kostnaden <b>överstiger</b> 5000 kronor/dygn,		Utskott
	- då <b>ramavtal inte finns</b> och kostnaden <b>understiger</b> 4 000 kr/dygn,		Rech
	- då <b>ramavtal inte finns</b> och kostnaden <b>överstiger</b> 4 000 kr/dygn.		Utskott
7.14	Beslut i fråga om daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder, under 65 år, som saknar förvärvsarbete och som inte utbildar sig; inom kommunens egen verksamhet.	7 och 9 §§ 10p LSS	Gruppchef
7.15	Beslut i fråga om köp av daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder, under 65 år, som saknar förvärvsarbete och som inte utbildar sig	7 och 9 §§ 10p LSS	
	- då ramavtal finns och kostnaden <b>understiger</b> 2 000 kr/dygn,		Gruppchef
	- då ramavtal finns och kostnaden <b>överstiger</b> 2 000 kr/dygn,		Rech
	- då <b>ramavtal inte finns</b> och kostnaden <b>understiger</b> 2 000 kr/dygn,		Rech
	- då <b>ramavtal inte finns</b> och kostnaden <b>överstiger</b> 2 000 kr/dygn.		Utskott



7.16	Beslut i fråga om att betala ut assistansersättning till annan person än den som är berättigad till insatsen.	11 § LSS	Roch
7.17	Beslut i fråga om återbetalning.	12 § LSS	Rech
7.18	Beslut i fråga om förhandsbesked.	16 § 2 st LSS	Rech
7.19	Beslut i fråga om avgift från föräldrar vars barn är under 18 år och får omvårdnad i annat hem.	20 § LSS, 5 § LSSF	Gruppchef
7.20	Beslut i fråga om att anmäla behov av ersättning för personlig assistans till Försäkringskassan.	110 kap 6 § 3p SFB	Handläggare

## 8. Livsmedelsföretag

Nr	Ärende	Lagrum	Delegat
8.1	Ansöka om godkännande av livsmedelsanläggning.	Artikel 4 i förordning (EG) nr 853/2004, Artikel 3 i förordning (EG) nr 854/2004, 8 § LIVSFS 2005:20	Rech
8.2	Anmäla registrering av livsmedelsanläggning.	Artikel 6.2 i förordning (EG) nr 852/2004), 11 § LIVSFS 2005:20	Rech
8.3	Informera kontrollmyndigheten om förändringar i verksamheten som omfattas av livsmedelslagstiftningen.	Artikel 6.2 i förordning (EG) nr (852/2004).	Rech
8.4	Låta upprätta och vid behov uppdatera ett verksamhetsanpassat system för egenkontroll så att livsmedelslagstiftningens krav efterlevs och ansvara för att egenkontrollprogrammet efterlevs inom den egna verksamheten.	Artikel 4 och 5 i förordning (EG) nr 852/2004	Rech Vidaredelegering
8.5	Ta emot delgivning avseende livsmedelsföretag för omsorgsnämnden.		Rech Vidaredelegering
8.6	Beslut om att överklaga beslut enligt livsmedelslagen som berör frågor om registrering av livsmedelsanläggningar.	Artikel 6.2 i förordning (EG) nr 852/2004), 11 § LIVSFS 2005:20	Rech
8.7	Beslut om att överklaga beslut enligt livsmedelslagen som berör frågor om godkännande av livsmedelsanläggningar.	Artikel 4 i förordning (EG) nr 853/2004, artikel 3 i förordning (EG) nr 854/2004, 8 § LIVSFS 2005:20	Rech
8.8	Beslut om att överklaga beslut enligt livsmedelslagen som berör kontrollavgifter enligt förordningen (2006:1166) om avgifter för offentlig kontroll av livsmedel.	Förordning (2006:1166) om avgifter för offentlig kontroll av livsmedel	Rech
8.9	Beslut om att överklaga beslut enligt livsmedelslagen som berör sanktioner enligt artikel 54 EG-förordningen 882/2004 och/eller 22-23 §§ livsmedelslagen.	Artikel 54 EG-förordningen 882/2004 och/eller 22-23 §§ livsmedelslagen	Rech

# Bilaga 1

## Ekonomiärenden

Nr	Ärende	Delegat	Vidaredelegation
1.	Avgörande av anbudsupphandling av varor och tjänster för social- och omsorgskontorets behov, dock inte för verksamhetsentreprenad eller antagande av extern konsult.	Socialdirektör	<p>Resultatområdeschef, var och en inom sitt verksamhetsområde.</p> <p><del>Planeringschef</del> <b>Ekonomichef</b> och verksamhetscontroller inom staben.</p> <p><del>Planeringschef</del> <b>Ekonomichef</b> och verksamhetscontroller ersätter <del>verksamhetschef</del> <b>resultatområdeschef</b> vid deras frånvaro.</p> <p>Samråd sker med jurist/avtalsamordnare.</p>
2.	Avgörande av anbudsupphandlingar av externa konsulter för social- och omsorgskontorets verksamheter till ett belopp av mellan 4 och 20 prisbasbelopp.	Socialdirektör	<p>Resultatområdeschef, var och en inom sitt verksamhetsområde.</p> <p><del>Planeringschef, utredare</del> <b>Ekonomichef, kvalitet och uppdragschef</b> och verksamhetscontroller inom staben.</p> <p><del>Planeringschef och verksamhetscontroller</del> <b>Ekonomichef, kvalitet och uppdragschef</b> ersätter <del>verksamhetschef</del> <b>resultatområdeschef</b> vid deras frånvaro.</p> <p>Samråd sker med jurist/avtalsamordnare.</p>



**TJÄNSTESKRIVELSE**

2017-02-09

Social- och omsorgskontoret

Äldreomsorgsnämnden

Omsorgsnämnden

## Ärende 12. Revidering av riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning

Dnr: OMS 16/098

ÄON 16/090

### Sammanfattning av ärendet

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

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

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

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse, daterad 2017-02-09

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

### Ärendet

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

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

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

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

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

Utöver detta har ytterligare ett stycke har strukits.

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

Den enskilde kan då ansöka om jämkning av omsorgsavgiften i maximalt tre månader. Det gäller endast om den enskilde inte har kontanter eller lätt realiserbara tillgångar (aktier, fonder, obligationer mm) som överstiger två prisbasbelopp.” (sid 9)

Detta stycke har ersatts med texten:

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

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

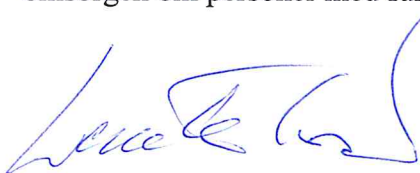
Social- och omsorgskontoret förslår att nämnden antar kontorets förslag till reviderade riktlinjer för avgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

### **Ekonomiska konsekvenser och finansiering**

Förslaget medför inga ekonomiska konsekvenser.

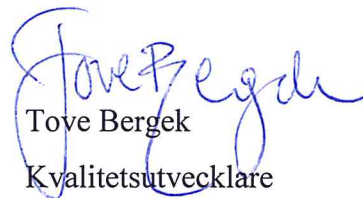
### **Kontorets förslag till nämnden:**

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



Lenita Granlund

Socialdirektör



Tove Bergek

Kvalitetsutvecklare

Handläggare: Tove Bergek

Kvalitetsutvecklare

Telefon (direkt): 08-523 03 592

E-post: [tove.bergek@sodertalje.se](mailto: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.....	8
Uträkning av avgiftsutrymme .....	8
Inget eller negativt avgiftsutrymme .....	8
Avgifter.....	8
Maxavgift.....	8
Avgiftsbelagda insatser .....	8
Regler vid start, avslut och uppehåll av insatser.....	9
Regler för ändring av avgifter.....	9
Debitering .....	9

## Allmänt

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

Av lagen framgår att:

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

## Avgiftsbeslut

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

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

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

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

### Beslutsunderlag

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

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

### Uppgiftsvägran

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



# Avgiftsunderlag

## Beräkning av inkomst

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

## Inkomster

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

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

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

## Utländska pensioner och ersättningar till krigsinvalidier mm.

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

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

## Inkomst av kapital

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

## Beräkning av makars inkomster

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

## Beräkning av inkomst vid utmätning och skuldsanering

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

## Förbehållsbelopp

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

### Minimibelopp

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

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

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

### Lagstadgade minimibelopp i socialtjänstlagen

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

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

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

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

### Individuellt tillägg

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

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

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

- Kostnaden får ej understiga 200 kr/ månad

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

Individuellt tillägg görs som regel när:

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

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

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

### **Individuellt tillägg för mat**

Individuellt tillägg görs som regel om den enskilde är beviljad:

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

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

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

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

### **Beräkning av boendekostnaden**

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

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

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

Olika beräkningar av boendekostnaden görs för:

- Hyresrätt
- Bostadsrätt
- Villa

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

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

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

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

~~Det gäller endast om den enskilde inte har kontanter eller lätt realiserbara tillgångar (aktier, fonder, obligationer mm) som överstiger två prisbasbelopp.~~

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

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

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

### **Jämkning med anledning av dubbla boendekostnader**

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

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

## Avgiftsutrymme

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

### Uträkning av avgiftsutrymme

+nettoinkomst (efter skatt) per månad	
+nettoinkomst(efter skatt) av kapital per månad	+minimibelopp
+ev. bostadstillägg	+ev. individuellt tillägg
+ev. andra skattefria inkomster	+bostadskostnad
<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 äldreförsörjningsstöd (ÄFS) hos Pensionsmyndigheten.

## Avgifter

### Maxavgift

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

### Avgiftsbelagda insatser

Avgift debiteras för följande biståndsbedömda insatser:

- Trygghetslarm
- Hemtjänst
- Leverans av matlådor
- Dagverksamhet
- Korttidsboende
- Hjälp i hemmet i form av personligt utformat stöd
- Avlösarservice för personer 65 år och äldre

- Boendeavgift om eget hyreskontrakt inte finns
- Snöskottning/ halkbekämpning

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

- Färdiglagade matportioner
- Mat på särskilt boende
- 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.

**TJÄNSTESKRIVELSE**

2017-01-30

Social- och omsorgskontoret

Omsorgsnämnden

**Ärende 13**  
**Rapportering av ej verkställda beslut och avbrott enligt  
SoL och LSS, kvartal fyra 2016**

Dnr: OMS 16/053

**Sammanfattning av ärendet**

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

Omsorgsnämndens verksamheter har totalt nio ej verkställda gynnande beslut samt insatser som avbrutits och inte verkställt på nytt inom tre månader, enligt 9 § LSS, att rapportera för kvartal fyra 2016.

**Beslutsunderlag**

Tjänsteskrivelse daterad 2017-01-30

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

**Ärendet**

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

Som yttersta konsekvens kan IVO, om de bedömer att insats inte verkställts inom skälig tid, hos förvaltningsrätten ansöka om utdömande av en särskild avgift.



Omsorgsnämnden ska anmäla nya ärenden i en individu rapport. Även ärenden som efter ytterligare tre månader inte är verkställda ska anmälas i *individu rapporten* samt tidigare inrapporterade ärenden som har verkställts i en *kvartalsrapportering*.

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

Rapporten redovisas efter verksamhetsområde och siffrorna sammanställs i en tabell.

Rapportering har gjorts till IVO. Statistikrapporten den 30 januari 2017 visar att antalet icke verkställda beslut enligt 9 § LSS nio st, varav flerparten avser korttidsvistelse.

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

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



Lenita Granlund  
Socialdirektör

Mari Lindskog  
Verksamhetsstrateg

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

### **Beslutet skickas till**

Kommunfullmäktige  
Kommunrevisionen  
Akten

Rapport | 2017-01-30

# Ej verkställda beslut

**Kvartal fyra 2016**

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

## Statistikrapport avseende ej verkställda gynnande beslut kvartal fyra 2016

Denna rapport redovisar ej verkställda gynnande beslut enligt 9 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och 4 kap 1 § socialtjänstlagen (SoL) samt rapportering enligt 16 kap 6 f § SoL, 28 f-h §§ LSS och 9 kap 10 § kommunallagen (KL) till omsorgsnämnden, kommunfullmäktige samt kommunens revisorer över antal gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut samt antal gynnande beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställighet avbröts.

Rapporten avser kvartal fyra 2016 med fördelning över de verksamhetsområden som omsorgsnämndens ansvarar över. Omsorgsnämndens verksamheter har totalt nio ej verkställda gynnande beslut samt gynnande beslut som avbrutits och ej verkställts på nytt inom tre månader att rapportera för kvartal fyra 2016.

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

### Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning

Redovisningen för Myndigheten för äldre och personer med funktionsnedsättning har visat att verksamheten vid kvartal fyra 2016 hade totalt nio ej verkställda gynnande beslut och gynnande beslut som avbrutits och ej verkställts på nytt inom tre månader enligt att rapportera för kvartal fyra 2016, samtliga enligt 9 § LSS.

De beslut som rapporterats avser åtta män/pojkar och en kvinna/flicka och avser insatserna korttidsvistelse, ledsagarservice samt personlig assistans.

Den vanligaste orsaken till att besluten inte verkställt är att brukaren tackat nej. Samtliga orsaker till att besluten inte har verkställts framgår av tabellen nedan.

Född	Kön	Insats	Lagrum	Orsak	Datum för beslut/avbrott	Rapport datum
2001	Man/pojke	Korttidsvistelse	LSS 9.6	Den enskilde har tackat nej	Avbrott 2016-08-01	2017-01-12
2008	Man/pojke	Korttidsvistelse	LSS 9.6	Avbokningar, kontinuerligt uppehåll i vistelser	Avbrott 2016-08-01	2017-01-12
2006	Man/pojke	Korttidsvistelse	LSS 9.6	Den enskilde har tackat nej, har sökt men inte lyckats få kontakt	Avbrott 2016-03-01	2017-01-12

2007	Man/pojke	Korttidsvistelse	LSS 9.6	Den enskilde har tackat nej	Avbrott 2016-04-01	2017-01-12
2004	Man/pojke	Korttidsvistelse	LSS 9.6	Diskussion med verks. om att den enskilde endast ska vistas på helger.	2016-08-25	2017-01-12
2006	Man/pojke	Korttidsvistelse	LSS 9.6	Diskussion med verks. om att den enskilde endast ska vistas på helger.	2016-08-25	2017-01-12
1955	Man/pojke	Personlig assistans	LSS 9.2	Har tackat nej till kommunal utförare 160512, vald privat utförare vill inte verkställa beslutet, har hemtjänst och ledsagarservice	2016-04-04	2017-01-12
1988	Man/pojke	Ledsagarservice	LSS 9.3	Rekrytering av personal/uppdragstagare	Avbrott 2016-04-01	2017-01-12
2005	Kvinna/ Flicka	Korttidsvistelse	LSS 9.6	Den enskilde har tackat nej. Svårt att få vårdnadshavare till möte. Följs upp regelbundet.	2016-07-04	2017-01-12

## OMSORGSNÄMNDEN

<b>2 Mars</b>				
<b>Beslut</b>	16/094	Revisionsrapport nr 8/2016 - Granskning av utredningstider och överklagandehantering inom SoL och LSS	<b>Svar senast 28 februari 2017</b>	Charlotte Fagerstedt
<b>Beslut</b>	16/067	Handlingsplan digitalisering		Lisa Mattsson
<b>Beslut</b>	16/020	Årsbokslut 2016		Thomas Cansu
	17/006	Kvalitetsrapport med patientsäkerhetsberättelse 2016	Kolla med Lena.	Lena Pinner/ Carina Bark
<b>Beslut</b>	17/011	Ändring av riktlinjer för omsorgsnämnden		Maria Knutsson
<b>Beslut</b>	16/053	Ej verkställda beslut kvartal fyra 2016		Mari Lindskog
<b>Information</b>		Brukarenkät		Fredrik Yllman
<b>6 april</b>				
<b>Beslut</b>	SN 17/015	Inbjudan till programsamråd Bårsta		Jennie Enström
<b>1 juni</b>				
<b>Beslut</b>	17/005	Delårsbokslut 2017		Tomas Cansu
<b>15 juni</b>				
<b>Ej tidsbestämt</b>				

<b>Beslut</b>		Remiss från KS - Kemikalieplan		