



Instans: Socialnämnden  
Tid: 2018-01-30 kl.13:00  
Plats: Nossan (A), Kommunhuset

Förslag på justerare: Andreas Johansson  
Dag för justering: Fredag 2 februari

**Samtliga ärenden har beretts av socialnämndens arbetsutskott. I samtliga beslutsärenden föreslår socialnämndens arbetsutskott att socialnämnden beslutar i enlighet med förvaltningens förslag till beslut.**

Lennart Ottosson  
Ordförande

Marie Johansson Nordqvist  
Sekreterare

*Information:*

- SN= slutgiltigt beslut fattas i socialnämnden
- KS = slutgiltigt beslut fattas i kommunstyrelsen.
- KF = slutgiltigt beslut fattas i kommunfullmäktige.
- Info = Information.
- Ett X markerar att handlingar finns bifogade i kallelsen.
- VS markerar att handlingar presenteras vid sammanträdet.

<i>KL</i>	<i>NR</i>	<i>Besluts-organ</i>	<i>Ärende</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>	<i>Föredragandel/ Kommentar</i>
13.00			Sammanträdet öppnande			Ordförande
			Upprop			Nämndsamordnare
			Val av justerare och tid för justering			Ordförande
13.05	1	Info	Förvaltningen informerar	--	--	Socialchef
13.15	2	KS	Uppföljning av intern kontroll 2017	SN 72/2016	X	Socialchef
13.25	3	SN	Intern granskning på Hagen	SN 110/2017	X	SAS/kvalitets-samordnare
13.35	4	SN	Önskemål om att få disponera lokalerna i Verkstadsgatans HVB från januari	SN 111/2017	X	Socialchef
13.45	5	SN	Revidering av delegeringsordning	SN 2/2018	X	Stabschef
13.55	6	SN	Godkännande av Handlungsplan för psykisk hälsa 2018-2020	SN 4/2018	X	Stabschef
14.05	7	SN	Överenskommelse om Munhälsa – nödvändig och uppsökande tandvård	SN 5/2018	X	Stabschef
14.15	8	SN	Rekommendation om att godkänna Samarbetsavtal för nutrition och förbrukningsartiklar för blås- och tarmdysfunktion 20180501-20210430	SN 6/2018	X	Stabschef
14.25	9	Info	Åtterrapporering av uppdrag plan för tillsättande av demenssköterska	SN 113/2017	X	Ordförande
14.30			<b>PAUS</b>			
14.50	10	SN	Digital fjärrtillsyn	SN 107/2017	X	VC vård och omsorg
15.00	11	SN	Förstudie: Hagen utvecklas till Herrljunga kommuns demenscentrum	SN 18/2017	X	Ordförande
15.10	12	SN	Teknisk utrustning	SN 9/2018	X	Ordförande
15.20	13	SN	Avsättning av utvecklingsmedel 2018	SN 10/2018	X	Ordförande
15.30	14	SN	Meddelanden	--	X, VS	Ordförande
15.35	15	SN	Delegeringsbeslut	--	VS	Ordförande
				--		

<i>NR</i>	<i>Meddelandeförteckning</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Domar inkomna under tidsperioden 2017-12-19- -2017-01-29	--	VS
2	KF § 134/2017-12-12 Införande av heltider som norm	Postlista SN 2017:21	X
3	KF § 136/2017-12-12 Hemställan om att upphäva kommunfullmäktiges beslut avseende antal vård- och omsorgsboenden i Herrljunga kommun	SN 92/2017	X
4	Information om systemet för utjämning av LSS-kostnader	Postlista SN 2018:1	X
5	Protokoll FSG 2018-01-18	--	

<i>NR</i>	<i>Delegeringsbeslut</i>	<i>DNR</i>	<i>Handlingar bifogas</i>
1	Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2017-12-01- -2017-12-31	--	VS



## Intern kontroll 2017

### Sammanfattning

Kommunfullmäktige har antagit reglemente för intern kontroll. Kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret. Nämnderna har ansvar för intern kontroll inom sitt verksamhetsområde. För 2017 har intern kontrollplan tagits fram av socialnämnden.

Kontrollen har genomförts inom olika områden genom bland annat intervjuer, aktgranskning och mätningar.

Resultatet från socialnämndens intern kontroll 2017 visar bland annat att

- genomförandeplaner finns upprättade i de flesta, granskade ärenden. Kvalitén gällande bland annat mål med insatser och den enskildes delaktighet behöver utvecklas
- flertalet av personalen känner till rutinerna för avvikelshantering med klagomål och synpunkter samt lex Sarah och att dessa finns i Handboken. I någon verksamhet brister det i kunskaper och rapportering
- det finns rutiner för handhavande av arbetskläder och hygien vilka också efterlevs
- i flertalet, granskade utredningar inom barn och familj framkommer, att och på vilket sätt barn deltagit i utredningen men dokumentationen behöver förbättras gällande barns delaktighet
- läkemedelsrutinen är känd
- en avvikelse har förekommit av 18 granskade utbetalningar, kontaktpersoner. Samtliga utbetalningar var i tid
- i flertalet verksamheter saknas rutiner eller rutiner följs inte gällande nyckelhantering och byte av koder
- verksamheterna arbetar enligt arbetsplan för minskad sjukfrånvaro. Rehabiliteringsprocessen följs. Mätstickan på varje APT och fokus på att stärka personalen och uppmärksamma de som är på arbetet
- ny hemsida lanserad som är mera lättillgänglig och lättare att hitta i. Informationen är uppdaterad.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2018-01-09  
Socialnämndens Intern kontrollplan 2017



HERRLJUNGA KOMMUN

FÖRVALTNING  
Heléne Backman Carlsson

**Tjänsteskrivelse**  
2018-01-09  
DNR 72/2016  
Sid 2 av 2

Förvaltningens förslag till beslut  
Socialnämndens Intern kontroll 2017 godkänns.  
Intern kontrollen 2017 överlämnas till kommunstyrelsen.

Magnus Stenmark  
Socialchef

Expedieras till: Kommunstyrelsen  
För kännedom till:

Herrljunga kommun  
Uppföljning av Intern kontroll 2017

Socialnämnden				
Verksamhetsansvar				
Risk i process/rutin/system	Kontrollmoment	Risk- och väsentlighetsbedömning	Ansvarig för kontroll och rapportering	Resultat av genomförd intern kontroll
Följsamhet till Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete <i>Socialt stöd Vård och omsorg</i>	Personalen känner till rutiner och dess innebörd <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Avvikelser med synpunkter och klagomål samt</i></li> <li>- <i>Lex Sarah</i></li> <li>- <i>Läkemedelsrutin</i></li> </ul>	6 (2*3)	SAS/Kvalitetssamordnare MAS/Kvalitetssamordnare	SAS har deltagit på 13 APT i olika verksamheter inom förvaltningen, à 1 timma utbildning och dialog gällande avvikelser (ca 70 personal). Även en genomgång på en ledningsgrupp, FLG. Deltagande personal har generellt kunskap om <i>Handboken</i> och att det finns rutiner.  Avvikelser fanns med som ett granskningsområde i egenkontroll på Hagen, finns brister i kunskaperna kring avvikelser och är ett förbättringsområde.  Läkemedelsrutinen är känd.
Hantering gällande arbetskläder <i>Vård och omsorg Socialt stöd – boende LSS</i>	Tillämpliga bestämmelser följs <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Basala hygienrutiner</i></li> <li>- <i>Föreskrift</i></li> </ul>	9 (3*3)	MAS/Kvalitetssamordnare	<b>Basala hygien rutiner och klädregler:</b> Mätning vår och höst: över riksgenomsnitt inom samtliga mätområden <b>Arbetskläder:</b> Omlädningsrum finns för personal. Klädskåp finns för personal. Arbetsordning finns i verksamheten för hur ren tvätt hanteras (omhändertas och plockas upp på avsedd plats för rena arbetskläder). Arbetsordning finns i verksamheten för hur smutsig tvätt hanteras.
Brukarens delaktighet i genomförande av insatser <i>Socialt stöd Vård och omsorg</i>	Dokumentation enligt socialtjänstlagen <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Genomförandeplaner finns</i></li> <li>- <i>Av genomförandeplanerna framgår:</i></li> </ul>	6 (2*3)	SAS/Kvalitets-samordnare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ett fortsatt behov av träffar med dokumentationsombud finns. Tydliggörande av bland annat brukarens delaktighet och att sätta mål. Justera mallar efter behov.</li> </ul>

Herrljunga kommun  
Uppföljning av Intern kontroll 2017

	<i>uppföljningsdatum och att den enskilde har varit delaktig upprättandet och på vilket sätt</i>			<p>Grundläggande utbildning i dokumentation har skett för vård- och omsorgspersonal under våren (135 personer). Inom LSS har ett fortsatt arbete med dokumentation i verkställigheten skett 2017-10-31 är alla genomförandeplaner uppdaterade.</p> <p><i>Uppföljningsdatum i planer</i> Av 21 granskade ärenden/planer: 1 plan saknas 3 planer inte aktuella 7 planer - är datum för uppföljning inte korrekt (ligger tillbaka i tiden)</p> <p><i>Delaktighet</i> Delaktighet i upprättande av genomförandeplanen är i de flesta planer dokumenterade som delvis delaktig. I 3 saknas helt uppgift om enskildes delaktighet. I 10 av 21 planer finns en kommentar på vilket sätt den enskilde har kunnat vara delaktig och oftast så är det på personalens bedömning att den boende uppfattas nöjd när insatser utförs. Övriga är delaktighet Ja eller nej.</p>
Barnperspektivet i myndighetsutövningen <i>IFO</i> <i>LSS</i>	I dokumentationen framgår tydligt - <i>att och på vilket sätt barn deltagit i utredningen</i>	4 (2*2)	SAS/Kvalitets-samordnare	<p>I 8 av 10 (1 ej relevant, baby) granskade utredningar framkommer av dokumentationen att barnet har kommit till tals i utredningen. I 7 av de 10 (1 ej relevant, baby) granskade utredningarna framkommer inte, på vilket sätt eller vilken information, relevant till ålder och mognad som barnet har fått. Handläggare säger sig prata med barnet men det dokumenteras inte alltid. Dokumentationen behöver förbättras gällande barns deltagande.</p>

Herrljunga kommun  
Uppföljning av Intern kontroll 2017

Utbetalning till kontaktpersoner	Att arvode/utbetalning sker till aktuella personer med rätt belopp	4 (2*2)	Controller/ administratör	Nytt system infört där utbetalning initieras från VIVA och förs över till personalsystemet. Detta ger en bättre kontroll över vilka arvoden som går ut varje månad. Av 35 kontaktpersoner har 18 utbetalningar granskats. Av dessa saknades utbetalning av skattekompensation (130 kr) på en. Samtliga utbetalningar var i tid.
Bemötande <i>Socialt stöd Vård och omsorg Bistånd</i>	Verksamheten arbetar aktivt med bemötande i enlighet med Arbetsplanen <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Introduktion av Socialtjänstplanen är genomförd</i></li> <li>- <i>Bemötande en punkt på varje APT</i></li> </ul>	9 (3*3)	Enhetschef SAS/Kvalitetssamordnare MAS/Kvalitetssamordnare	Enligt uppföljning med enhetschefer har introduktion av Socialtjänstplan genomförts på Hemgården, Hagen, hemtjänsten, IFO barn och familj, IFO vuxen, bistånd. För några verksamheter har det ingått på utvecklingsdagar under året. Dialog kring bemötande och värdegrund tas upp kontinuerligt vid t.ex. händelser som skett alternativt finns återkommande på APT.
Nyckelhantering/tagg sker enligt rutin <i>Socialt stöd – boende LSS Vård och omsorg – boende, hemtjänst Bistånd/administration</i>	Följsamhet till rutin för nyckelhantering: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>För boende</i></li> <li>- <i>För personal</i></li> </ul>	9 (3*3)	Enhetschef SAS/Kvalitetssamordnare MAS/Kvalitetssamordnare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutin för kodlås till ytterdörrar (numera tagg), expeditioner och läkemedelsrum finns för Hagen och Hemgården men är inte känd hos alla enhetschefer och sjuksköterskor. Rutinen följs inte.</li> <li>• Det saknas rutiner i flertalet verksamheter kring nyckelhantering och byte av koder.</li> <li>• Saknas husansvarig på Gäsenegården och vem som då ansvarar för att byta koder till ytterdörrar.</li> <li>• Tag/ID-brickor från tekniska upphör att gälla vid årsskiftet.</li> </ul> <p>Den/de rutiner som behövs för att upprätthålla säkerheten och undanröja risk för att obehöriga har tillgång till lokaler behöver upprättas.</p>



				<p>Dokumenterade rutiner för nyckelhantering finns gällande hemtjänstens hantering av brukares nycklar, inhämtande och återlämnande. Rutiner följs. Det har förekommit borttappade nycklar så att låskolvar har behövt bytas ut hos brukare.</p> <p><b>Kartläggning</b> <i>Hagen</i></p> <p>Vård- och omsorgspersonal signerar när de hämtar och lämnar huvudnyckel, hos enhetschef, listor finns i pärm, nycklar förvaras i ett låst nyckelskåp. Tag till alla ytterdörrar hämtas hos enhetschef, även vikarier.</p> <p>Legitimerad personal får vid anställning tag för huvudentrén. Personal får nyckel till sin expedition. Okänt av vem.</p> <p>På Hagen finns en huvudnyckel inlåst i ett förråd med kodlås. Vilka som har koden till kodlåset är okänt. Nyckeln finns där att användas till rum där faxen finns. Denna huvudnyckel går "sannolikt" till de flesta - alla - dörrar på Hagen dock inte till läkemedels förråd. SSK expeditionen går att låsa upp med denna nyckel.</p> <p><i>Hemgården</i></p> <p>Personal kvitterar ut (tekniska förvaltningen), en tag till huvudentré på Hemgården.</p> <p>En eller flera huvudnycklar finns på respektive enhet för personal i tjänst att tillfälligt låna om behov föreligger t.ex. till källaren, låsa boendes dörr.</p> <p>Ingen rutin finns, ingen signeringslista.</p>
--	--	--	--	--

			<p><i>Furuhagen</i> Nattpersonal får tag från tekniska, på chefens beställning. Det är kod på dörrar i huset. Ges ut till den personal som behöver. Vaktmästare byter kod på husansvariges uppdrag. Övrig hantering av nycklar till medicinskåp, huvudnyckel till boende, omklädningsrum i nyckelknippa och signeras på en lista vid uttag, vid varje arbetstillfälle. Boendes värdeskåpsnyckel är inlåsta i ett kodat nyckelskåp på kontoret, endast ordinarie personal har tillgång. Ingen rutin finns.</p> <p><i>Hemtjänsten Herrljunga</i> Personal har ID-brickor till entrédörr (från tekniska, upphör vid årsskiftet). Kod in till grupplokalen. Kod byts emellanåt, dags att göra det, vaktmästare gör det på enhetschefens uppdrag. Extra ID brickor finns i grupplokalen till tim.vikarier som kvitterar vid utlämnande och när det lämnas in. Fungerar i stort, har vid tillfälle fått eftersöka. Inga rutiner finns.</p> <p><i>Hemtjänsten Ljung</i> Ytterdörr öppen dagtid. Övrig tid har personalen kod. Kod byts emellanåt, dags att göra det, vaktmästare gör det på enhetschefens uppdrag. Inga rutiner finns. En ytterdörr till huset (intill entré) har kod, som aldrig bytts. Fråga uppstod – är det tekniskas ansvar?</p> <p><i>LSS Ringvägen</i> Personal har kod till entrédörr, kod byts av husansvarig. Inga nycklar till gruppboendet,</p>
--	--	--	--

Herrljunga kommun  
Uppföljning av Intern kontroll 2017

				<p>då det finns personal dygnet runt behövs det ej.</p> <p><i>LSS Nästegårdsgatan</i> Personal har ingen egen nyckel till gruppens lägenhet, då det finns personal dygnet runt. Om brukare vill lämna nyckel, kvitteras den ut av personalen och förvaras i nyckelskåp i grupplokalen.</p> <p><i>TB-huset</i> Personal kvitterar ut en nyckel och återlämnar vid avslut. Assisten på TB-huset ansvarar för förteckningen som finns på plats.</p> <p><i>Torshus</i> Nycklar kvitteras av personal vid utlämnande och återlämnande av nycklar. Signeringslistor finns. Finns en ansvarig för detta. Enligt rutin sak personal från AME gå ett varv i huset och stänga alla dörrar på eftermiddagen och låsa ytterdörren, den låses inte automatiskt. Inga kodlås förekommer.</p>
<p>Hälsa och arbetsmiljö <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i></p>	<p>Handlingsplan/arbetsätt för hälsa och arbetsmiljö (minskad sjukfrånvaro) pågår på varje enhet enligt Arbetsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Arbete fortgår</i></li> <li>- <i>Personalen medverkar</i></li> </ul>	9 (3*3)	Verksamhetschef	<p><i>Vård och Omsorg:</i> två enheter (Hemgårdens demens enheter och Hemtjänst Herrljunga) deltar i projektet "sänkt sjukfrånvaro". Alla enhetschefer jobbar med uppföljning av korttidsfrånvaro och sätter in förstadagsintyg vid behov. Enhetscheferna följer rehabiliteringsprocessen och arbetar tillsammans med HR o försäkringskassan vid behov. Stor vikt läggs på att stärka personalen och uppmärksamma de som är på jobbet (med tex fika, bullar eller godis på fredagar, m.m.)</p>

Herrljunga kommun  
Uppföljning av Intern kontroll 2017

				<p><i>Socialt stöd</i> Socialt stöd följer resp arbetsplan med de framtagna aktiviteterna för minskad sjukfrånvaro. Enhetscheferna följer rehabiliteringsprocessen samt arbetar tillsammans med HR och försäkringskassan vid behov. Enhetschefer på Socialt Stöd använder mätstickan på samtliga APT för att mäta arbetsbelastning, trivsel samt mående hos personal.</p>
<p>Information <i>Socialt stöd</i> <i>Vård och omsorg</i> <i>Bistånd</i> <i>Övrigt</i></p>	<p>Information på hemsidan är relevant och lättillgänglig</p>	<p>4 (2*2)</p>	<p>Utredningssekreterare</p>	<p>En ny hemsida är lanserad under hösten 2017. I och med detta har informationen gjorts mer lättillgänglig och lätthittad. Alla socialnämndens delar av hemsidan har gått igenom och är uppdaterad.</p>

## Herrljunga kommun Uppföljning av Intern kontroll 2017

### Skala för risk- och väsentlighetsbedömning

#### Risk

Sannolikhetsnivåer för fel:

Osannolik;	Risken är praktiskt taget obefintlig att fel ska uppstå. (1)
Mindre sannolik;	Risken är mycket liten att fel ska uppstå. (2)
Möjlig;	Det finns risk för att fel ska uppstå. (3)
Sannolik;	Det är mycket troligt att fel kan uppstå. (4)
Mycket sannolik;	Det är mycket troligt att fel ska uppstå. (5)

#### Väsentlighet

Påverkan på verksamheten/kostnaden om fel uppstår:

Försumbar;	Är obetydlig för de olika intressenterna och kommunen. (1)
Lindrig;	Uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen. (2)
Kännbar;	Uppfattas som besvärande för intressenter och kommunen. (3)
Allvarlig;	Är så stor så att fel helt enkelt inte bör inträffa. (4)
Mycket allvarlig;	Är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa. (5)



## Resultat från genomförd granskning av Hagen

### Sammanfattning

En granskning har genomförts på Hagens särskilda boende. Granskningen har planerats enligt rutin och har meddelats verksamheten i förväg.

Granskningen genomfördes vecka 45-46, 2017 på Hagen av MAS/Kvalitetssamordnare och SAS/Kvalitetssamordnare.

Underlaget till granskningen har skett genom intervjuer, besök och aktgranskning.

I sin helhet bedöms Hagen vara ett bra fungerande särskilt boende. Personalen uttrycker det positivt och stabilt att de haft samma chef under flera år. Lokalerna ger ett fräscht och fint intryck. Att personal gör något extra vid matsituationen t.ex. dukar fint och med långbord vid storhelger eller extra gott på fredagar och lördagar är positivt då måltiderna kan vara den enda aktiviteten på dagen för vissa av de boende.

De intervjuade anhöriga är övervägande positiva till helheten. De får ett bra bemötande av personalen. De synpunkter som framkommit behöver beaktas, såsom avsaknad av vissa aktiviteter och att normalisera dygnsrytmen i enskilda fall. Tydliggöra hur synpunkter kan lämnas och ge återkoppling på dessa.

Vidare i den granskning som genomförts på Hagen är bedömningen att det finns brister inom vissa områden och dessa behöver åtgärdas, såsom systematiskt kvalitetsarbete, nattfasta, skydds- och begränsningsåtgärder, dokumentation och information.

### Beslutsunderlag

Granskningsrapport Hagen, sammanställd 2018-01-11

### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut är att Socialnämnden lägger informationen till handlingarna.

Heléne Backman Carlsson  
SAS/Kvalitetssamordnare

Expedieras till: Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet  
För kännedom till: Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet

# Granskningsrapport

## *Hagen*

Dnr 110/2017



HERRLJUNGA KOMMUN

*Våga vilja växa!*

## Innehåll

Redovisning av granskning på Hagen .....	3
Bakgrund .....	3
Redovisning av granskning .....	3
Information och kommunikation .....	3
Värdegrund och verksamhetsplan .....	4
Kvalitetsarbete .....	4
Sekretess .....	5
Enskildes delaktighet .....	5
Mat och måltider .....	5
Skydds- och begränsningsåtgärder .....	6
Dokumentation .....	7
Hälso- och sjukvård .....	8
Delegering .....	8
Kvalitetsregister .....	9
BPSD .....	9
HSL dokumentation signeringslistor och läkemedel .....	9
Skydds- och begränsningsåtgärder .....	10
Obesvarade frågor .....	10
Anhörigas synpunkter .....	10
Iakttagelser .....	10
Bedömning med förbättringsförslag .....	11
Tillämpliga bestämmelser .....	13



**Sammanställd av**

Heléne Backman Carlsson, SAS/Kvalitetssamordnare

Tomas Bornhall, MAS/Kvalitetssamordnare

2018-01-11

## Redovisning av granskning på Hagen

### Bakgrund

Enligt förvaltningens rutin för egenkontroll ingår att granskning ska ske inom samtliga verksamheter över en cykel av tre år. Granskningen planeras enligt rutin och meddelas verksamheten i förväg. Granskning kan även ske oanmält på grund av särskilda indikationer på brister i verksamheter. Granskningen på Hagen var en planerad granskning enligt rutin.

Granskningen genomfördes vecka 45-46, 2017 på Hagen av MAS/Kvalitetssamordnare och SAS/Kvalitetssamordnare.

#### *Underlag/metod*

- intervju med patientansvarig sjuksköterska
- intervju med personalgrupp
- besök i verksamhet del av kväll/natt
- telefonintervju med fyra anhöriga
- samtal med enhetschef
- granskning av dokumentation

### Redovisning av granskning

granskningen omfattade följande områden:

- information och kommunikation
- värdegrund och verksamhetsplan
- kvalitetsarbete
- sekretess
- enskildes delaktighet
- mat och måltider
- skydds- och begränsningsåtgärder
- dokumentation
- anhörigas synpunkter

Totalt har 10 vård- och omsorgspersonal intervjuats, personalen representerade samtliga tre enheter på boendet (dag och natt personal). En sjuksköterska har intervjuats samt fyra anhöriga. En kort genomgång och sammanfattning med kompletterande frågor med enhetschefen efter granskningen.

I redovisningen skrivs en del citat med citationstecken – ” Ett **citat** är ett exakt återgivande av vad någon har sagt eller skrivit”<sup>1</sup>

### Information och kommunikation

Det finns tillgång till datorer på enheterna för personalen. Men uppkopplingen anses vara seg och det tar extra tid. Flera önskemål framkom bland annat högtalare och hörlurar att användas när personal ska ta del av instruktionsfilmer för arbetet. Vissa tangentbord är slitna och behöver bytas.

---

<sup>1</sup> Wikipedia

Intranätet används för att ta del av information. De intervjuade känner till att handboken finns på intranätet men är osäkra på om ”genvägen”/gröna boken på skrivbordet fungerar eller ej.

Samtlig personal har tillgång/inloggning till verksamhetssystemet Viva och tycker att det fungerar bra att i Viva kommunicera med sjuksköterska.

Personalen uttrycker att det är positivt och stabilt att de har haft en och samma enhetschef under många år. De har regelbundna arbetsplatsträffar och där ingår både dag och nattpersonal. Nattpersonalen har dessutom egna APT för sina specifika frågor. Nattpersonalen uppger att de också kan träffa chefen på morgonen innan de går av sitt arbetspass.

Rutiner kring hur nattpersonal ska göra, vem de vänder sig till vid akut sjukdom hos personalen var nattpersonalen osäker på, ”vänder mig till sjuksköterska” men enligt nattpersonalen har det aldrig inträffat att kollega fått lämna sitt arbetspass under natten.

## Värdegrund och verksamhetsplan

Den intervjuade personalen känner till Socialtjänstplanen och uppfattningen är, att det är självklart det som gäller i t.ex. värdegrunden. Efter genomläsning av socialtjänstplanen ska personalen signera att de tagit del av och läst igenom.

Inom kort ska verksamheten ha en utvecklingsdag och de intervjuade tror att ett mera grundläggande arbete kommer att ske gällande verksamhetens arbetsplan för nästa år.

De känner till de båda dokumenten, socialtjänstplan och arbetsplan och har med sig utskrift på dessa.

### *Enhetschef*

Enhetschefens bedömning är att det är många olika planer för personalen att ha kännedom om och det är inte så lätt att förstå skillnaden. Enhetschefen bekräftar att verksamhetsplanering kommer att vara inslag på kommande utvecklingsdag.

Socialtjänstplan med värdegrundsfrågor och bemötande tas upp på varje APT.

## Kvalitetsarbete

Personalen känner sig osäkra på föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och det som ingår. Men känner till att det ska finnas rutiner och alla känner till att rutin gällande avvikelser finns.

### **Avvikelse**

Rutinen för avvikelser är känd men de intervjuade är osäkra på vad som är en avvikelse, hur man skriver i Viva gällande rapportering om missförhållande eller risk för missförhållande enligt socialtjänstlagen. Personalen uppger att de skriver avvikelser och blir förvånade när det visar sig i Vivas statistik att det totalt på avvikelser enligt SoL, fall och läkemedel finns ett fåtal rapporter för 2017.

### *Enhetschef*

Enhetschefens bedömning är att det hos personalen råder okunskap om vad som är en avvikelse. Enhetschefen säger att det dokumenteras i den enskildes journal och kanske tror personalen att det är klart med det. Enhetschefen uppger att hon pratar med personalen om vikten att skriva avvikelser, ber och påminner om att det ska göras. Enhetschefen tycker det vore bra om dokumentationsombuden fick en genomgång av avvikelserrapportering och gärna exempel på vad en avvikelse kan vara. Mycket avvikelser har skrivits gällande inomhusluften.

## **Lex Sarah**

Personalen känner till lex Sarah rutinen och att lex Sarah (missförhållanden) är en allvarligare grad av händelse än den rapport som i Viva har valts att kallas avvikelser.

Återkommande, årligen ges information/genomgång av rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah.

## **Synpunkter och klagomål**

Det inkommer inte många synpunkter och klagomål enligt den intervjuade personalen. I de fall som det förekommer så hänvisar personalen till enhetschefen som får ta kontakter med den person det gäller.

## **Riskanalys**

Om riskanalyser vid förändringar i verksamheten berättar personalen att de på arbetsplatsträffar pratar om förändringar som behöver ske och ska ske samt vad som behöver göras och åtgärdas. Om det dokumenteras på något sätt eller att det finns en rutin gällande riskanalys känner de inte till.

## **Sekretess**

Personalen känner till sekretess i sitt arbete. Nyanställda introduceras av bemanningsenheten och personen får också skriva på. På Hagen får nya kollegor muntlig information om sekretess. Elever och vikarier som inte kommer via bemanningen informeras i samband med introduktionen på boendet.

## **Enskildes delaktighet**

### **Kontaktman**

Det finns en kontaktman utsedd till varje boende och en del boende är medvetna om vem som är kontaktman och för övriga så känner anhöriga till det. Om personkemin inte stämmer så finns möjlighet för den boende att byta kontaktman. Som kontaktman så känner dessa till vad som ingår i uppdraget, enligt intervjuad personal.

### **Tider i den dagliga livsföringen**

De boende kan påverka tider i sin dagliga livsföring. De har möjligheten att lägga sig, gå upp, äta vid tider som de själva vill. Det är flera boende som har sena vanor. Kan sitta uppe vid tv:n eller vandra omkring till fram på småtimmarna men kan också sova till fram på eftermiddagen. Det berättas att på en av enheterna samlas ibland flera av de boende och är uppe kortare eller längre tid fram på natten.

### **Hantering av kontanta medel**

Personalen har en del hantering av boendes pengar. Det är små summor som förvaras i låsbara skåp. Rutinen är att när någon hantering sker signeras listan av två personal.

## **Mat och måltider**

Mattiderna kan variera individuellt, när en boende sover över frukost eller lunch så äter denne senare. Den boendes synpunkter gällande mat och måltider beaktas. Någon personal sitter ned tillsammans med de boende vid måltiderna och äter så kallad pedagogisk måltid. Några av de intervjuade beskriver hur de dukar ”finare”, med servetter på helger, vid storhelger dukas långbord. Fredagar och lördagar finns alltid lite extra t.ex. godis och popcorn. Det bakas även på enheter, någon berättar att ”vi har alltid hembakat”.

Intervjuad personal säger i övrigt om mat och måltider:

- säger sig ha kontroll på hur de boende äter och att det inte blir för lång nattfasta. Det finns boende som dock lägger sig tidigare och sover hela natten, där nattfastan därför blir längre
- flera boende är uppe kvälls- och nattetid och får då något att äta
- det finns kostombud på enheterna som har särskild kontakt med köket och framför boendes synpunkter
- intervjuad personal har viss kritik mot matens kvalitet t.ex. gröt som är kokad med förtjockningsmedel, kryddning eller maträtter som är mindre omtyckta av de äldre.

## Skydds- och begränsningsåtgärder

Till huset Hagen finns en huvudentré men det finns även ytterdörrar från varje enhet, dessa används oftast som entré av besökare, anhöriga. Samtliga ytterdörrar låses med automatik kvällstid. Det finns inre dörrar mellan korridorer och enheter som kan låsas men enligt intervjuad personal kan boende öppna och vandra emellan. Personalen säger sig ha kontroll på om det finns boende som skulle gå vidare och vilja ta sig ut vid huvudentrén.

På en enhet uppger personalen att flertalet av de boende där vill ha sin dörr till lägenheten låst, andra vill inte. Det finns dörrlarm till alla lägenheter och dessa kan aktiveras om en sådan bedömning görs. Enligt information från nattpersonalen så måste de ibland aktivera samtliga dörrlarm om de båda måste lämna enheten, när det finns medboende som vandrar och som annars går in och stör andra boende.

## Se- och hörbarhet

På natten arbetar två personal på de tre enheterna med 31 boende. Två av enheterna finns mittemot varandra och dörrarna står öppna. Personalens uppfattning är att det finns möjlighet att se och höra över enheterna. En tredje enhet finns en bit bort i korridoren som också avskärmas med en låst dörr. Personalen har inte se- och hörbarhet dit om de befinner sig i första delen. De uppger att de därför behöver dela på sig. Det är boendes behov som styr det. Är det boende som är uppe och vandrar eller på annat sätt behov av personal direkt på plats så delar personalen upp sig.

### *Enhetschef*

I intervju med enhetschefen framkommer att när boende flyttar in är det praxis att lägenhetsdörren är upplåst på grund av att många av de boende har svårigheter med att klara av att låsa upp och låsa om sig. Några boende vill ha sin dörr låst och att personalen låser dörren om dem och då görs det. Det gäller mest kvällar och nätter. Några boende vill uttryckligen inte ha oväntat besök av medboende nattetid och vill därför ha låst.

Enligt enhetschefen kan det vara riktigt som nattpersonalen säger att om de för en stund behöver lämna enheten där det finns boende som vandrar runt, kan det vara så att samtliga dörrlarm aktiveras den stunden för att undvika sammandrabbningar mellan boende.

Enhetschef säger sig känna till rutinen gällande skydds- och begränsningsåtgärder och att det är sjuksköterska som fattar beslut om det ska användas. Enhetschef ska ta en dialog med sjuksköterska kring en nu aktuell boende.

Att det finns boende som har andra sovvanor än vad som är vanligtvis förekommande menar enhetschefen inte beror på att det på boendet blivit en förändrad dygnsrytm med att vara uppe

natttid och sova över både frukost och lunch. Det är den boendes egna vanor som får styra hur personalen stödjer och finns till hands över dygnet.

## Dokumentation

Rutinen för dokumentation i genomförandet är inte känd av de intervjuade men de har sett att den finns i handboken. Om de dokumenterar efter rutinen är svårt att svara på. De dokumenterar men anser att det ibland är svårt att hitta de rätta sökorden. I dokumentationen till sjuksköterska användes tidigare ofta *Iakttagelser* vilket ska användas så lite som möjligt och detta tycker personalen att de har blivit bättre på, efter den utbildning och genomgång av dokumentation som de genomgick under våren. En personal tycker att det finns tid och utrymme för dokumentation och kan en journalanteckning inte göras direkt eller många händelser sker kring en enskild så brukar det sammanfattas senare i journalanteckning.

Tillfrågad nattpersonal är osäker på om nattinsatserna finns dokumenterade i genomförandeplanerna. Det finns boende som inte vill bli störda och där personalen inte gör någon tillsyn på natten, andra boende har hjälp av nattpersonalen.

### *Enhetschef*

Tid för dokumentation av olika slag varierar över tid på de olika enheterna och för en del personal är det lättare och för annan personal är dokumentationen inte det som prioriteras.

## Dokumentation enligt SoL

Aktgranskning genomförd den 7 november 2017. Vid detta datum finns det 31 boende på Hagen. Granskning har skett i 16 ärenden och har innefattat om det finns journalanteckningar samt upprättad, aktuell genomförandeplan med innehåll enligt föreskrift.

Gällande målen i genomförandeplanerna så har ingen bedömning gjorts. Mål för insatser är ett utvecklingsområde.

## Journalanteckningar

Det förs journalanteckningar återkommande. Dessa innehåller händelser av vikt och även aktiviteter av "social" karaktär.

När genomförandeplaner har reviderats saknas en journalanteckning om den boendes upplevelse hur det fungerar samt vilka förändringar som sker.

Resultat från provtagning enligt ordination finns i sociala journalen. Den informationen ska meddelas sjuksköterska för att föras in i hälso- och sjukvårdsjournalen. I åtta ärenden fanns denna anteckning i den sociala journalen.

## Genomförandeplan

Genomförandeplan fanns i 15 ärenden, saknades helt i ett ärende. Av dessa 15 genomförandeplaner var det 3 som inte var aktuella, dessa var upprättade i januari-mars månad. Uppföljningsdatum låg bakåt i tiden i 7 av de granskade genomförandeplanerna.

Mål för de olika insatserna finns men ingen bedömning har gjorts då detta är ett utvecklingsområde. I vissa fall beskrivs mer *vad* "behöver hjälp" och *hur* "stötta och uppmuntra" under rubriken mål.

*När* finns delvis beskrivet. Det som inte beskrivs är t.ex. vilken veckodag för dusch eller städ. Även om behovet styr så bör det finnas en dokumentation som är utgångsläget, kanske utifrån

den enskildes vana och/eller önskemål. Detta är också ett underlag för personalens arbetsplanering över veckans dagar.

Delaktighet i upprättande av genomförandeplanen är i de flesta planer dokumenterade som delvis delaktig. I 10 planer finns också en kommentar på vilket sätt den enskilde har kunnat vara delaktig och oftast så är det på personalens bedömning att den boende uppfattas nöjd när insatser utförs.

Aktiviteter/social kontakt finns oftast upptagen i genomförandeplanen. I hälften av planerna saknas dock hur stödet från personal ska ges.

I vissa planer framkommer vad den boende själv klarar av. Den boendes egna resurser finns också med i vissa planer. Där det är viktigt och personalen ska ha ett tränande arbetssätt är detta särskilt viktigt.

Fel genomförandeplan upprättad eller reviderad den som är aktuell gäller korttidsboende. En aktuell plan för särskilt boende bör upprättas omgående.

### *Nattinsatser i genomförandeplan*

I ca hälften av de granskade akterna ingår nattinsatser. I flera av dessa i form av nattkläder, tänd lampa etc. och i några ärenden finns också angett aktivera larm eller låst dörr.

## Hälso- och sjukvård

### **Delegering**

#### *Läkemedelshantering*

- Dospåsar levereras till dospatient var annan vecka utav SSK. I samband med det kontrolleras signeringslistor, stående ordinationer, vid behovs ordination samt narkotiska/kontroll läkemedel.
- Stående ordination: när tillfälle ges, vid besök hos boende/brukare/patients kontrolleras signeringslistor att de är signerade av omvårdnadspersonal.
- Behovsmedicin: som boende/brukare/patient har ordinerats följs upp genom kontroll av signeringslista, där det kan utläsas hur ofta/regelbundet läkemedlet ges. Detta utförs vid månatligt byte av signeringslista. Det är ett underlag för ställningstagande till eventuell stående ordination. Omvårdnadspersonal har i Viva, börjat dokumentera behovsmedicinering samt effekt av läkemedlet.
- Narkotiska/kontroll läkemedel: följs upp genom kontroll av signering lista samt, kontrollräkning av läkemedel.
- Insulin: Kontrollerar signeringslista och om delegat har haft bekymmer vid insulingivning. Om ny insulinsort, nytt diabetes material som ska användas instrueras omvårdnadspersonal av SSK.

#### *Övriga delegeringsbara hälso- och sjukvårdsuppgifter uppgifter*

Omläggning av sår delegeras till omvårdnadspersonal. Sjuksköterska har genomgång och instruerar hur omläggningen genomförs materialmässigt samt ett hygieniskt arbetssätt. Följer upp genom muntlig dialog med omvårdnadspersonalen som har delegering samt kontrollerar någon gång i veckan hur sår läkningsprocessen fortskrider för boende/brukare/patient.

## **Kvalitetsregister**

### *Palliativa registret*

Alla dödsfall som sker på Hagen registreras i Palliativregistret. Det instrument som används vid smärtskattning är Abbey Pain Scale (ESAS används inte) då boende/brukare/patient har kognitiv svikt.

### *Senior Alert*

Riskbedömning: Samtliga boende/brukare/patient har nyligen riskbedöms enligt Senior alert. Områdena fall, trycksår, undernäring och munhälsa enligt anvisade bedömningsinstrument har inkluderats i genomförd riskbedömning.

Område inkontinens har införts på Björkhagen och resultat av det har gett positiva effekter för boende/brukare/patient. Erfarenheter från Björkhagen ska framöver införas på ytterligare en enhet - Ekhagen.

Åtgärdsplan för riskutsatta boende/brukare/patient: SSK handleder omvårdnadspersonal i på enheterna att utföra detta moment inom Senior alert. Upplevs av omvårdnadspersonal som positivt. Åtgärder dokumenteras i omvårdnadsplan och genomförandeplan.

Uppföljning åtgärdsplan inom 6-12 månader: Ja all områden utan inkontinens då det inte är infört på alla enheter ännu.

## **BPSD**

Registrering i registret BPSD har inte gjorts på en längre tid. Omstart kommer att ske inom snar framtid.

## **HSL dokumentation signeringslistor och läkemedel**

### *Dokumentation signeringslistor*

Signeringslista finns med olika färg beroende på vilken HSL beställning som föreligger. Utförd beställning signeras inte alltid av omvårdnadspersonal. Signeringslistor med minst följsamhet till är Rosa signeringslista– rehabiliteringsinsats samt Grön signeringslista – HSL insats exempelvis smörjning.

### *Läkemedel*

- Årliga läkemedelsgenomgångar: för boende/brukare/patient görs, men inte en modell LÄR UT. Personal deltar inte i skattning, patient/närstående deltar inte aktivt.
- Akuttläkemedelsförrådets kontroll/narkotikaläkemedel: kontrolleras enligt rutin. Får inte kontrolleras av den som beställer. Kylskåpets temperatur kontrolleras enligt rutin samt att läkemedelsförrådet städas av nattsjuksköterska.
- Leverans till akuttläkemedelsförrådet: SSK tar emot leverans, kontrollerar leverans mot beställningslista samt plockar in läkemedlen i läkemedelsförrådet.
- Dos leverans till Hagen: tas emot av SSK när SSK är på plats. Om inte finns ingen rutin på vem som tar emot Dos leverans och signerar mottagandet samt var leveransen ska placeras, antingen i läkemedelsrum eller på SSK expedition dvs. rum med kodlås.
- Dos leverans till patient kontrolleras av SSK då förändringar är gjorda av boende/brukare/patient ordination. SSK delar därefter ut dosrullar och övriga beställda varor till boende/brukare/patient.



## Skydds- och begränsningsåtgärder

SSK säkerställer arbetet kring skydds- och begränsningsåtgärder genom att alltid fråga boende/brukare/patient om samtycke. Om kognitiv svikt föreligger bedömer sjuksköterskan grund till samtycke eller inte vilket dokumenteras. Om boende/brukare/patient uttrycker samtycke till åtgärd men uppfattas som påverkad av åtgärden ska åtgärden tas bort.

## Obesvarade frågor

Under intervjun framkom följande frågor som lämnades obesvarade:

- Telefon – då SSK Hagen inte tjänstgör vem säkerställer koppling (kopplingsschema) av SSK telefonen till annan tjänstgörande ansvarig SSK dagtid för Hagens boende/brukare/patienter?
- Om tjänstgörande SSK Hagen är frånvarande – vem ansvarar för att ta emot leverans av läkemedel (leverans av dospåsar och leverans till akutläkemedelsförrådet)?

## Anhörigas synpunkter

En sammanfattning från samtal med de anhöriga.

Fyra anhöriga, varje enhet representerad, har kontaktats och besvarat frågor om deras upplevelse av sin närståendes vistelse på Hagen och om kontakterna mellan sig som anhörig och personalen. De intervjuade anhöriga är överlag positiva till det bemötande de får och den delaktighet de har själva och även deras närstående. De anhöriga som har haft behovet av kontakt med olika personal, uppger att det är lätt att få tag personal, sjuksköterska och chef.

Om maten uppger de anhöriga att ”den är säkert bra” och att de närstående äter det som bjuds. De anhöriga är i stort sett positiva till den fysiska miljön på boendet. Att det är fräscht och fint i lägenheterna och de allmänna utrymmena, fin glasveranda och uteplats, någon saknar större bänkyta vid diskho och några krokar.

På några frågor varierar svaren lite mer. Ett par av de anhöriga har inte varit delaktig vid upprättande av genomförandeplan för sin närstående, någon annan delvis delaktig och någon uppger sig varit med vid vårdplaneringen.

Några anhöriga vet hur och till vem de kan framföra synpunkter, om det görs till personal hänvisar personalen till enhetschef, ”annars kan man fylla i ett papper”. Någon annan vet inte med säkerhet tillvägagångssättet.

Ett par av de anhöriga tycker att det saknas en del aktiviteter och efterfrågar fler fysiska aktiviteter såsom promenader men också generellt att närstående får komma ut mera på t.ex. ”fikautflykter”.

### *Övriga synpunkter*

- saknar återkoppling på lämnade synpunkter
- stöd för att sin närstående ska vända dygnsrytmen behövs – till vaken dag och sova på natten.

## Iakttagelser

Flera boende är uppe vid 22.00 tiden och tittar på tv, i kväll är det naturprogram. Det finns ett par boende som vandrar omkring och behöver avledas. Det ringer flera gånger under kvällen och personalen delar på sig och svarar på larm.

## Bedömning med förbättringsförslag

I sin helhet bedöms Hagen vara ett bra fungerande särskilt boende. Personalen uttrycker det positivt och stabilt att de haft samma chef under flera år. Lokalerna ger ett fräscht och fint intryck dock kyligt i ett av de allmänna utrymmena. Att personal gör något extra vid matsituationen t.ex. dukar fint och med långbord vid storhelger eller extra gott på fredagar och lördagar är positivt då måltiderna kan vara den enda aktiviteten på dagen för vissa av de boende.

De intervjuade anhöriga är övervägande positiva till helheten. De synpunkter som framkommit behöver beaktas, såsom avsaknad av vissa aktiviteter och att normalisera dygnsrytmen i enskilda fall. Tydliggöra hur synpunkter kan lämnas och återkoppling på dessa samt anhörigas delaktighet i vården och omsorgen om sina närstående.

Vidare i den granskning som genomförts på Hagen är bedömningen att det finns brister inom vissa områden.

---

### *Systematiskt kvalitetsarbete*

Händelser sker men rapportering sker i många fall inte alls.

- Den del av det systematiska kvalitetsarbetet som handlar om rapportering av avvikelser måste förbättras. Anställda har en skyldighet att dokumentera och rapportera händelser för att möjliggöra analys och förbättringar. Enhetschef leder arbetet.

### *Nattfasta*

Den del av dygnet som handlar om nattfastan förefaller inte vara något problem, personalen säger sig väl känna till enskilda, boendes behov. Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar hos någon av de boende. Bedömning är, att det måste säkerställas på ett bra sätt för de boende som är i riskzonen.

- SeniorAlert är ett bra verktyg som stöd i att tydliggöra behov och åtgärder. Det ska också tydligt framgå i genomförandeplan hur man hos de boende som är i riskzonen ("lägger sig tidigt och sover hela natten"), arbetar mot nattfasta mindre än 11 timmar.

### *Skydds- och begränsningsåtgärder*

I lagar och förordningar framgår tydligt vad som gäller om skydds- och begränsningsåtgärder. Att ibland aktivera dörrlarm utan samtycken på grund av personalbemanning, även om det är tillfälligtvis under del av natt, är inte det korrekt.

Rutin för bedömning och åtgärder gällande skydds- och begränsningsåtgärder finns. I rutinen framgår tydligt att bedömning av behov, beslut och användande av individuellt larm fattas av sjuksköterska. Kommunikation och samarbete är en viktig del och inför beslut om skyddsåtgärder är det viktigt med ett arbetssätt där alla professioner samarbetar. Varje profession bidrar med sin kunskap för att nå optimalt resultat för den boende. Detta är särskilt viktigt när t.ex. särskilda händelser inträffar eller akuta situationer uppstår.

- Gällande bestämmelser, riktlinjer och rutiner måste följas.

I Sveriges kommuner och landstings, SKL rekommendationer för arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre finns ett avsnitt gällande "Natten påverkas av dagens aktiviteter". Det handlar om hur natten påverkas av dagens aktiviteter och vice versa. God mat, ett meningsfullt socialt innehåll och möjlighet till utevistelse med fysisk aktivitet under dagen bidrar till en god nattsömn. Vidare så framkommer att en god nattsömn ger å andra sidan ork till dagens aktiviteter och kan minska behov av sömn dagtid.

Bedömningen är att självbestämmande och integritet för de boende är utgångspunkten i vården och omsorgen men behöver inte vara i strid mot SKL:s rekommendationer gällande kvalitet nattetid. Att enskilda boende har en annan dygnsrytm, att vistas uppe till fram på småtimmarna och sova över både frukost och middag blir inte det optimala i en kollektiv boendeform. Det kan därför vara till den boendes fördel om verksamheten, med respekt för den boendes individuella behov arbetar för att försöka finna de bästa formerna för varje enskild boende. Personalbemanning på dag respektive natt behöver också ställas i relation till de boendes behov, vakenhet och aktiviteter.

Socialnämnden antog riktlinjerna 2017-05-02.

### *Dokumentation*

Gällande den sociala dokumentationen journal och genomförandeplaner så finns det flera positiva delar såsom att journalanteckningar förs allt mer och att det i flertalet planer framgår vad den enskilde själv klarar. Det kvarstår dock flera brister och dokumentation är ett fortsatt utvecklingsområde både på Hagen och generellt inom olika verksamheter.

- Dokumentation inom socialtjänstområdet är viktig, ingår i arbetsuppgifterna och kan förbättras. Tid för dokumentation måste avsättas. Dokumentationsombud och enhetschefer ska kunna stödja och handleda övrig personal i dokumentationsarbetet.

### *Information – obesvarade frågor*

Personal ska känna trygghet i hur och på vilket telefonnummer de hör av sig för att nå tjänstgörande sjuksköterska på dagtid.

- då ordinarie sjuksköterska ersätts vid frånvaro måste det säkerställas att, koppling av sjuksköterskans telefon till annan tjänstgörande, ansvarig sjuksköterska sker

Leverans av läkemedel (dospåsar och leverans till Akuttläkemedelsförrådet) ska vara möjlig och omhändertas på ett säkert sätt då ordinarie sjuksköterska är frånvarande.

- vid tjänstgörande sjuksköterskas frånvaro måste det säkerställas att leverans av läkemedel (dospåsar och leverans till akutläkemedelsförrådet) tas emot samt placeras/förvaras på ett säkert sätt i läkemedelsrummet.

### *Övrigt*

- En mängd riktlinjer och rutiner finns som styr verksamheten och som återkommande behöver stämmas av och informeras om. Några riktlinjer/rutiner i taget fördelade över året t.ex. vid APT (även utifrån händelser som sker) kan vara ett sätt för att det ska vara hanterbart.
- När det framkommer synpunkter eller den kritik som framkommit gällande maten bör framföras till ansvarig chef för kostenheten.

## Tillämpliga bestämmelser

- Socialtjänstlagen, SoL
- Hälsa- och sjukvårdslagen
- Nationella Riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen
- SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, Socialstyrelsen
- SOSFS 2014:10 Förebyggande av och behandling vid undernäring
- Kvalitet i särskilt boende – rekommendation för arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre – Sveriges kommuner och landsting, SKL

2017-10-26

## Enhetschef Hagen

Kopia till enhetschef för HSL  
samt verksamhetschef

### Inför granskning på Hagen

Socialnämnden har en skyldighet att arbeta med systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheter. Egenkontroll av verksamhet, att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem är en del av uppföljning och utvärdering. Kvalitetssamordnarna, MAS och SAS har inom ramen för sina uppdrag att bland annat granska verksamheter inom olika delar. Förvaltningens egenkontroll finns i särskild rutin.

Granskningen kommer att sammanfattas i en rapport.

Heléne Backman Carlsson, SAS och Tomas Bornhall, MAS kommer den 8-9 november att besöka Hagen.

- 8 november 13.30 – 15.00 intervju med personalgrupp, 1-2 personal från respektive enhet (ca 3-6 personal)
- 8 november 15.00 – 16.00 intervju med patientansvarig sjuksköterska
- 9 november 21.00 – ca 24.00 finnas på boendet samtalar med nattpersonal i tjänst
- 13 november 09.00 – 10.00 samtal med enhetschef

**Plats:** Lilla Konferensrummet på Hagen (Siv bokar)

#### Följande områden kommer att tas upp vid granskningen

- Information och kommunikation
- Värdegrund och verksamhetsplan
- Kvalitetsledningssystem med bland annat avvikelshantering, rutiner
- Mat och måltider
- Sekretess och säkerhet
- Dokumentation
- Boendes delaktighet

Aktgranskning kommer att ske i ett antal personakter samt telefonintervjuer med anhöriga. Vilka akter/anhöriga kommer att väljas ut av MAS och SAS.

Om det är några frågor kring granskningen – hör av er!

Hälsningar

Heléne tfn 7159  
Tomas tfn 7195

Postadress	Besöksadress	Telefon	E-post
HERRLJUNGA KOMMUN Box 201 524 23 HERRLJUNGA	Torget 1	0513-170 00 <b>Fax</b> 0513-171 66	social@admin.herrljunga.se <b>Internet</b> www.herrljunga.se



## Svar avseende önskemål att disponera lokalerna på Verkstadsgatan

### Sammanfattning

Ett önskemål om att få disponera lokalerna i Verkstadsgatans HVB har inkommit från föreningen Hem i Herrljunga. De önskar få disponera lokalerna på Verkstadsgatan där kommunen haft HVB-verksamhet för att kunna erbjuda ungdomar som fyller 18 år men ännu inte har fått permanent uppehållstillstånd boende.

Socialnämnden är i behov av utökade utrymmen för kontor då det är trångt i såväl TB-huset och på Thors hus. För att kunna lösa situationen i akutläget (saknas fyra kontorsplatser i TB-huset från början av februari) kommer förvaltningen ta de lokaler vi idag hyr på Verkstadsgatan i bruk som kontor. Därav kan lokalerna inte överlåtas till annan i nuläget.

### Beslutsunderlag

Brev från Föreningen Hem i Herrljunga daterat 2017-12-13

### Förslag till beslut

Tjänsteskrivelsen antas och överlämnas till Föreningen Hem i Herrljunga.

Magnus Stenmark  
Socialchef

Expedieras till: Föreningen Hem i Herrljunga  
För kännedom  
till:

Till Socialnämnden i Herrljunga Kommun

Önskemål om att få disponera lokalerna i Verkstadsgatans HVB från januari då nuvarande verksamhet flyttas till Sveagatan.

Vi är många i kommunen som på olika sätt kommer i kontakt med våra ensamkommande flyktingungdomar, genom arbete, fritidsverksamhet, som familjehem eller helt enkelt genom att vi är vänner. Vi ser dagligen vad oron för utvisning gör för ungdomarna, och när de dessutom måste oroa sig för var de ska hamna när de fyller 18 år och måste flytta från sitt HVB där de trots allt känt den trygghet man rimligtvis kan känna i den situation de befinner sig i.

Dessa ungdomar är artiga och skötsamma, de är mycket motiverade för att gå i skolan, att skaffa sig utbildning och ett yrke. De vill bli industriarbetare, byggarbetare, elektriker, lärare, sjuksköterska och läkare, polis och de hoppas på ett liv och en framtid i Sverige.

För att lätta något på oron och ångesten hos ungdomarna vill vi nu få rätt att disponera lokalerna som idag fungerar som HVB på Kvarnvägen, det som kallas Verkstadsgatans HVB.

Detta är den plan som den blivande Föreningen Hem i Herrljunga nu diskuterat och beslutat om:

Vi är en grupp på cirka tolv personer som kommer att ingå i föreningen från början, men räknar med att det kommer att bli många fler medlemmar med tiden. Vi håller på att upprätta medlemsregister samt utse styrelse och stadgar för föreningen, men är inte riktigt klara ännu.

Vi i föreningen kommer att turas om att ha jour så att ungdomarna på boendet kan nå någon av oss per telefon dygnet runt om något skulle hända. Vi kommer också att ha någon person i föreningen på boendet cirka 2-3 timmar varje kväll för att övervaka att matlagning, städning mm sköts på ett bra sätt.

Vi kommer att upprätta regler i ett avtal som alla ungdomar får skriva under, och den som missköter sig riskerar att bli av med boendet.

Vi har hämtat konceptet från ett par grannkommuner som gjort ungefär samma sak. Där kan vi också få tips och råd inför genomförandet för att undvika upprepande av eventuella misstag.

Därför ber vi nu att Socialnämnden i Herrljunga Kommun tar beslut att snarast upplåta nämnda lokaler till Föreningen Hem i Herrljunga att disponeras för ensamkommande flyktingungdomar som fyllt 18 år, fram tills att lokalerna åter ska tas i bruk av Herrljunga Kommun.

Herrljunga 2017-12-13

Föreningen Hem i Herrljunga



genom Margareta Varenhed

Malin Conlan

Inger Saldner

Angelica Esbjörnson

Carina Råkeberg

Lillemor Fritioff

Kandidater till styrelsen för föreningen



## Revidering av delegeringsordning

### Sammanfattning

Delegeringsordningen är i behov av att revideras utifrån att jämställa alla verksamheter inom myndighetsutövningen samt på grund av förändring i kommunallagen. Avseende förslaget om förändringar i LVU så sker dessa för att 5.8 och 5.9 inte kan delegeras från socialnämnden. I brådskande ärenden får ordförande ta beslut enligt 1.1.

Förvaltningen föreslår därför följande ändringar (överstruket = tas bort, grön markerat = nytillkommet):

1.1	Beslut i ärenden som är så brådskande att nämndens eller utskottets beslut inte kan avvaktas	<del>6 kap 36 §</del> <del>KL</del> 7 kap 39 §	Ordförande	Vid ordförandes frånfalle är i första hand vice ordförande ersättare, och vid dennes frånfalle övergår ansvaret till den av nämnden utsedde tredje beslutsfattare
2.3	Överklagan och yrkande om inhibition när förvaltningsrätt eller kammarrätt ändrat nämndens beslut och detta beslut ursprungligen fattats av delegat samt avgivande av yttrande i SoL-, LVU- LVM- och LSS-ärenden där ursprungsbeslutet fattats av delegat	10 kap 1-2 §§ SoL, <del>3 kap 10 §, 6 kap 33 § 34 §§ 3</del> KL 5 kap § 2, 6 kap 37 §, 38 §, 7 kap 5 §, 9 kap 31 § KL 36 § 27 § LSS	Delegat i ursprungsbeslutet	
4.21	Beslut om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson/-familj	3 kap 6 § SoL		
	- enligt norm och riktlinjer		<del>HL</del> 1e SocS	
5.2	Begäran om förlängd tid för ansökan om vård	8 § LVU	<del>1e SocS</del> SNMU	
5.8	<del>Beslut om att den unges vistelseort inte skall röjas för</del>	<del>14 § 2-st 2</del> LVU	SNMU	



# Ärende 5



HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNINGEN  
Linnea Holm

Tjänsteskrivelse  
2018-01-11  
DNR SN 2/2018 7701  
Sid 2 av 3

	vårdnadshavaren	26 kap 2 § OSL		
	— I avvaktan på utskottets beslut	14 § 2 st 2. LVU	VC	
5.9	Beslut om hur rätt till umgänge med den unge ska utövas	14 § 2 st 2. LVU	SNMU	
	— I avvaktan på utskottets beslut	14 § 1 st 2. LVU	VC	
8.2	Biträde av personlig assistent.	7 § och 9 § 2 LSS	<del>HL</del> 1e SocS	
8.3	Beslut om biträde av personlig assistans eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans, till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistanstimmar enligt 51 kap AVD D, SFB	7 § och 9 § 2 LSS	<del>HL</del> 1e SocS	
8.8	Biträde av kontaktperson/ kontaktfamilj	7 § och 9 § 4 LSS	<del>HL</del> 1e SocS	
8.9	Beslut om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson/ kontaktfamilj	9 § 4 LSS		I enlighet med SKL:s rekommendation
	- enligt norm och riktlinjer		<del>HL</del> 1e SocS	Uppdraget skall regleras genom avtal. I enlighet med SKL:s rekommendation
8.22	Förhandsbesked om rätt till insats enligt LSS för person som inte är bosatt i kommunen	16 § 2 st LSS	<del>HL</del> 1e SocS	
9.4	Beslut om bistånd i form av särskilt boende	4 kap 1 § SoL	<del>HL</del> 1e SocS	
9.5	Beslut med anledning av ansökan om förhandsbesked	2 a kap 8 § SoL	<del>HL</del> 1e SocS	
9.6	Beslut om bistånd i form av korttidsverksamhet/växelvård	4 kap 1 § SoL	<del>HL</del> 1e SocS	
9.13	Beslut om mottagande av ärende från annan kommun	2a kap 10 § SoL	<del>HL</del> 1e SocS	
9.14	Beslut om att ansöka om överflyttning av ärende hos	2 a kap 11 § SoL	<del>HL</del> 1e SocS	



	Inspektionen för vård och omsorg			
9.17	Beslut om kontaktperson	4 kap 1 § SoL	<del>HL</del> 1e SocS	
9.19	Beslut om arvode och omkostnadsersättning till kontaktperson/kontaktfamilj	4 kap 1 § SoL		I enlighet med SKL:s rekommendation
	– enligt norm och riktlinjer		<del>HL</del> 1e SocS	Uppdraget skall regleras genom avtal. I enlighet med SKL:s rekommendation

Beslutsunderlag  
Socialnämndens delegeringsordning

Förslag till beslut  
Revideringen av delegeringsordningen antas.

Linnea Holm  
Stabschef

Expedieras till:  
För kännedom  
till:

## Samverkan

Ärendet är samverkat på FSG 2018-01-18. De fackliga har inget att invända.



## Handlingsplan för psykisk hälsa 2018-2020

### Sammanfattning

Statsbidragen inom området psykisk hälsa är utformade som stimulansmedel för utvecklings- och förstärkningsinsatser inom olika områden. Krav och innehåll specificeras i årliga överenskommelser mellan Socialdepartementet och SKL. En särskild del i överenskommelsen handlar om och ställer krav på utvecklingsarbete och samarbete mellan regionen och länets 49 kommuner.

Kravet att ta fram regionala handlingsplaner syftar till att stärka kommuner och regioner att främja psykisk hälsa och ömsesidigt arbeta för att minska psykisk ohälsa. Var och en av huvudmännen får ekonomiskt stöd för att stärka sina egna insatser inom området och för det gemensamma arbetet att ta fram en regional handlingsplan. Varje enskild huvudman ansvarar för rapportering och redovisning till SKL.

Arbete har under 2016 och 2017 gjorts för att utreda behov och formulera gemensamma mål för länets samtliga 50 huvudmän inom fem fokusområden: förebyggande och främjande arbete, tillgängliga tidiga insatser, enskildas delaktighet och rättigheter, utsatta grupper samt ledning, styrning och organisation.

Hösten 2016 och våren 2017 har innefattat en bred dialog i länet med deltagande tjänstemän från kommun och region från delregional vårdsamverkan i syfte att skapa delaktighet och förankring i det arbete som ska göras och för prioritering av insatser.

Dialoger har förts med samarbetspartners, brukarföreträdare, representanter från HBTQ-communityt och nationella minoriteter.

Boråsregionens direktion rekommenderar medlemskommunerna att anta handlingsplanen.

### Beslutsunderlag

Protokollsutdrag Boråsregionen 2017-12-08

Brev från Boråsregionen daterad 2018-01-04

Handlingsplan för psykisk hälsa 2018-2020

### Förslag till beslut

Handlingsplanen för psykisk hälsa 2018-2020 antas.

Linnea Holm  
Stabschef

Expedieras till: Boråsregionen  
För kännedom  
till:

2018-01-04

Till medlemskommunerna i  
Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund

## **Rekommendation om att godkänna handlingsplan för psykisk hälsa 2018-2020**

Direktionen har den 8 december 2017 beslutat rekommendera medlemskommunerna att godkänna handlingsplan för psykisk hälsa och översänder nu sitt beslut samt rekommenderad handlingsplan..

Medlemskommunernas beslut meddelas Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund snarast möjligt på

[info@borasregionen.se](mailto:info@borasregionen.se)

alternativt

Lena Brännmar  
Boråsregionen - Sjuhärads kommunalförbund  
Skaraborgsvägen 1A  
506 30 Borås

**BORÅSREGIONEN SJUHÄRADS KOMMUNALFÖRBUND**

**Lena Brännmar**  
Administrativ chef

Bilagor

1. Protokollsutdrag
2. Handlingsplan Psykisk hälsa

18

Det goda livet  
i Västra Götaland

**Handlingsplan för  
psykisk hälsa**

2018-2020

20

## Innehåll

Bakgrund	2
Vi sätter ljus på skavet	3
Syfte med handlingsplanen	3
Fokusområden	3
Process för framtagande	3
Organisation	3
Samverkan för psykisk hälsa i Västra Götaland	4
Genomförande	4
Uppföljning	4
Fokusområden och mål för vuxna	5
Fokusområden och mål för barn och unga	8

## Bakgrund

År 2016 slöt regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) överenskommelsen "Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa". Överenskommelsen syftar bland annat till att stärka kommuner och regioner i arbetet med att främja psykisk hälsa och ömsesidigt arbeta för att minska den psykiska ohälsan. Huvudmännen får ekonomiskt stöd för att stärka och utveckla sina insatser inom området och för det gemensamma arbetet att ta fram regionala handlingsplaner.

Denna handlingsplan är gemensam för Västra Götalandsregionen (VGR), de 49 kommunerna via kommunalförbunden och VästKom samt Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götaland (NSPHiG). Den gemensamma arenan är vårdsamverkan regionalt, delregionalt och lokalt.

# Ärende 6

## Vi sätter ljus på skavet

Den mänskliga rättigheten till bästa uppnåeliga fysiska och psykiska hälsa gäller för alla människor som bor, verkar och vistas i Västra Götaland. Samverkan över organisatoriska gränser med människan i centrum, är en förutsättning för att uppnå detta.

Anställda och politiker inom regionens alla delar och i alla kommuner gör sitt bästa – det tas fram planer, det satsas, det följs upp och det utvecklas. Var och en för sig går det ganska bra, ibland riktigt bra, men i mötet oss emellan skaver det ibland. De organisatoriska gränserna blir hinder och det är svårt att se förbi dem för att istället se till den enskildes behov. Vi vet dessutom ofta väl var det skaver och det skiljer sig inte

åt om vi befinner oss i stora Göteborg, i något mindre Skövde eller i lilla Dals-Ed. I arbetet med att ta fram handlingsplanen har vi lagt mycket tid på att identifiera och sätta ljus på områden där det skaver extra mycket, där vi alla vill åt samma håll, där alla måste bidra och göra det samtidigt.

## Syfte med handlingsplanen

Med handlingsplanens mål, aktiviteter och indikatorer för uppföljning vill vi sätta ljus på frågor där vi vill bli bättre i hela Västra Götaland. Eller med andra ord: Vi vill se handlingsplanen som ett försök att sätta plåster på några redan uppkomna skav, se till att det läker ordentligt och att det inte uppstår nya.

## Fokusområden

Regeringen har i sin strategi för området psykisk hälsa pekat ut fem fokusområden som särskilt viktiga. Dessa anges även i den nationella överenskommelsen och sammanfattar olika delar inom områden som är viktiga att fokusera på utifrån befolkningens behov för främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa och erbjuda effektiva insatser till de som drabbats.

De fem fokusområdena har legat till grund för arbetet med framtagandet av handlingsplanens mål och målsättningen har varit att formulera minst ett mål för varje fokusområde.



- Förbyggande och främjande arbete
- Tillgängliga tidiga insatser
- Enskildas delaktighet och rättigheter
- Utsatta grupper
- Ledning, styrning och organisation

## Process för framtagande

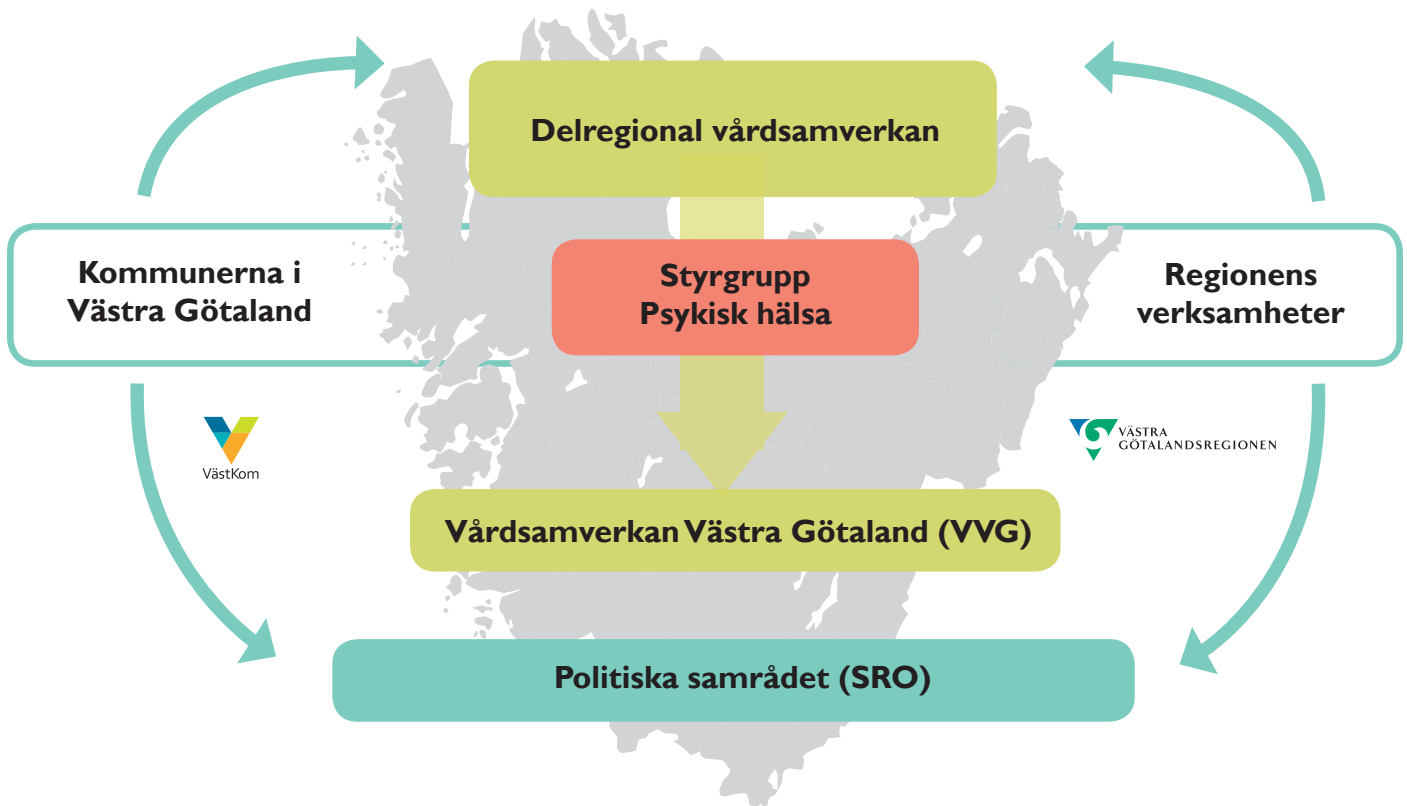
### Organisation

Att i en handlingsplan formulera sig tillsammans så att alla nivåer – regionalt, delregionalt och lokalt – strävar åt samma håll ställer krav på gemensamma strukturer. På strategisk övergripande nivå mellan de 49 kommunerna och Västra Götalandsregionen finns sedan 2012 en struktur för ledning i samverkan. År 2017 förändrades sammansättningen och gruppen benämns nu Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG). Deltagare i VVG är en representant från varje huvudman (kommun och region) utsedda via delregional vårdsamverkan. Uppdraget är att identifiera gemensamma behov, utgöra stöd för kunskapsutveckling, stödja samordning och skapa förutsättningar för länets utveckling inom välfärdsområdet.

Sedan hösten 2016 finns en särskild styrgrupp för handlingsplanen för psykisk hälsa. Styrgruppen ska följa utvecklingen och genomförandet av handlingsplanens delar och ansvara för åiterrapportering såväl till VVG som till de delregionala vårdsamverkansorganisationerna. I styrgruppen finns representanter från de fem vårdsamverkansområdena från specialistpsykiatri, primärvård och kommun. I styrgruppen ingår även NSPHiG och representant från VGR:s avdelning folkhälsa. Styrgruppen leds av representanter från VästKom och VGR:s koncernstab hälso- och sjukvård.

Arbetet med prioritering av mål har skett på bred front med deltagande tjänstemän från kommun och region från samtliga vårdsamverkansområden i syfte att skapa delaktighet och förankring i det arbete som ska göras. Dialoger har förts med samarbetspartners, brukarföreträdare, representanter från HBTQ-communityt och nationella minoriteter.

## Samverkan för psykisk hälsa i Västra Götaland



### Genomförande

Delregional vårdssamverkan har ansvar för genomförande av de mål som är definierade i handlingsplanen. Hur arbetet ska göras ska beskrivas i en genomförandeplan med delregionala och/eller lokala aktiviteter för att nå målen. En delregional genomförandeplan möjliggör anpassningar till de geografiska och befolkningsmässiga skillnader som finns i länet och hur arbete ska ske tillsammans med t ex privata vårdgivare, samarbetspartners och brukarföreträdare på lokal nivå.

Länsgemensamma aktiviteter kommer ske inom ramen för några av målen.

### Uppföljning

Styrgruppen ansvarar för uppföljning av handlingsplanen. För att följa handlingsplanens 15 mål över tid har uppföljningsindikatorer valts ut. Målsättningen är att indikatorerna ska göra det möjligt att jämföra processer och resultat, och därigenom stimulera och initiera förbättringsarbete.

Till stöd för arbetet med uppföljning finns en **användarmanual** och ett **excel-ark för baslinjemätning**. Dessa finns att hämta på VästKoms hemsida ([www.vastkom.se](http://www.vastkom.se)) och på Vårdgivarwebben (<http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben>).



## Fokusområden och mål för vuxna



### 1. Förbyggande och främjande arbete

#### Mål 1.1

#### Nollvision om suicid i Västra Götaland

Varje år tar cirka 230 personer i Västra Götaland sitt eget liv. Bakom varje fullbordat självmord går det tio allvarliga försök och bakom statistiken döljer sig psykisk ohälsa som kan förebyggas genom samverkan över verksamhetsgränser. Det kan handla om att tidigt uppmärksamma varningssignaler, identifiera, ge stöd och behandling till grupper i särskilt utsatta situationer och att utbilda personal. Ingen i Västra Götaland ska behöva se självmord som en utväg.

#### Indikatorer

- Antal självmord i befolkningen.
- Antal självmordsförsök i befolkningen.
- Handlingsplan för suicidprevention.

#### Länsgemensam aktivitet

- Länsgemensam handlingsplan för suicidprevention ska tas fram i enlighet med Folkhälsomyndighetens uppdrag.



### 2. Tillgängliga tidiga insatser

#### Mål 2.1 Äldre personer med psykisk ohälsa ska få rätt vård och stöd

Åldrandet i sig innebär en ökad risk för både fysiska och psykiska sjukdomar. Depression och ångest är vanligt hos äldre personer och cirka en femtedel av den äldre befolkningen lider av psykisk ohälsa, vilket gör att vi kan tala om det som ett folkhälsoproblem. Psykisk ohälsa är dock inte en del av det naturliga åldrandet och äldre är i behov av evidensbaserade insatser precis som alla andra åldersgrupper. Social gemenskap, fysisk aktivitet och bra matvanor kan förebygga ohälsa. Psykisk ohälsa bland äldre behöver uppmärksammas för att fler ska få rätt vård, stöd och behandling.

#### Indikatorer

- Aktuella rutiner för samordning inom äldreomsorgen.
- Förskrivning av antidepressiva läkemedel i befolkningen.



## 3. Enskildas delaktighet och rättigheter

### Mål 3.1 Personer som har behov av samordnade insatser ska ha en SIP

Sedan 2010 är det lagstiftat, både i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, att kommun och landsting ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. En SIP säkerställer att den enskilde får sina behov tillgodosedda när flera aktörer ansvarar för insatser. En SIP gör den enskilde och närstående delaktiga i planeringen av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst och ansvarsfördelningen blir tydlig. SIP är också ett bra verktyg för samordning mellan verksamheter inom en huvudman.

### Mål 3.2 Brukarföreträdare ska erbjudas delaktighet i utvecklingsarbete

Den enskildes egna upplevelser behöver tas tillvara för att kunna utveckla ett kunskapsbaserat arbetssätt. Delaktighet i sin egen hälsa och vård är en mänsklig rättighet och en hälsofrämjande faktor. Inflytandet behövs på lokal, delregional, regional och nationell nivå och varje insats behöver betraktas ur den enskildes perspektiv. De som berörs av insatser ska i så hög utsträckning som möjligt kunna påverka verksamhetsutveckling och definiera vad god kvalitet är.

#### Indikatorer

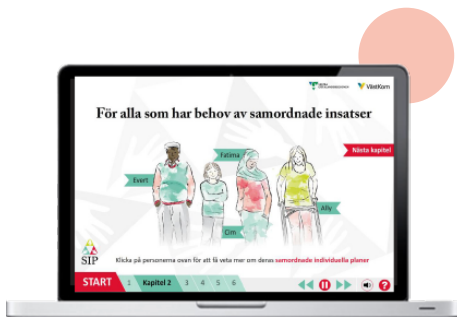
- Upprättande av SIP i befolkningen.
- Uppföljning av SIP i befolkningen.
- Rutin för information om SIP.

#### Länsgemensamma aktiviteter

- Vid behov revidera den länsgemensamma riktlinjen och stödmaterialet för SIP.
- Från länsgemensam styrgrupp för handlingsplan psykisk hälsa framföra vikten av digitalt stöd för SIP till Styrgrupp IT i Väst (SITIV).
- Uppdra åt brukarorganisationer att följa arbetet med SIP – hur blir det för den enskilde?

#### Indikator

- Systematiskt samarbete med brukarorganisationer.



#### Tips!

Informations- och arbetsmaterial för SIP i Västra Götaland finns på VästKoms hemsida ([www.vastkom.se/sip](http://www.vastkom.se/sip)) samt på Vårdgivarwebben ([www.vgregion.se/svpl/sip](http://www.vgregion.se/svpl/sip)).



## 4. Utsatta grupper

### Mål 4.1

Ingen ska diskrimineras eller uppleva negativt bemötande i kontakterna med kommunerna och regionen

Det finns sju diskrimineringsgrunder som omfattas av lagens diskrimineringsförbud: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Personal ska få ökad kunskap om hur gruppers utsatthet, bl a minoritetsstress och skillnader i psykisk hälsa, kan relateras till att personer bryter mot normer utifrån exempelvis sexuell läggning, könsidentitet och nationellt ursprung. Kunskapen om mänskliga rättigheter, normativt bemötande och hur det påverkar individer i enskilda möten ska också öka.

### Mål 4.2

Personer med missbruk, psykisk ohälsa och/eller komplex problematik ska få integrerade insatser

Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som upplevs som en väl fungerande helhet. Det är viktigt att personer med två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt (samsjuklighet) får vård och behandling parallellt och samordnat. Vård- och stödinsatser från olika aktörer i kommun och region kan också behöva integreras för att möta den enskildes behov. Insatserna ska syfta till att förhindra utveckling av allvarliga tillstånd och ytterst bidrar till undvika slutenvård.

### Indikator

- Klagomål med avseende på bemötande inom socialtjänst och sjukvård.

### Länsgemensam aktivitet

- Se över och, vid behov, ta fram länsgemensamt utbildningsmaterial om t ex rättighetslagstiftning och diskrimineringsgrunder.

### Indikatorer

- Antal personer med missbruk och/eller beroende utskrivna enligt LVM.
- Undvikbara slutenvårdstillfällen.
- Case management till personer med psykisk sjukdom.
- Aktuella rutiner för samordning inom socialtjänsten.

### Länsgemensam aktivitet

- Uppföljning av delregionala/lokala tillämpningar av "Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk".



## 5. Ledning, styrning och organisation

### Mål 5.1

Invånare ska få tillgång till evidensbaserade metoder inom vård, stöd och behandling

Evidens innebär bästa sammantagna vetenskapliga stöd och bevis om insatsers effekt. Det är en utmaning för verksamheterna att dra nytta av vetenskap och kunskap som finns och systematiskt tillämpa den. Samtidigt är det av yttersta vikt att främja spridningen av evidensbaserade metoder och bromsa användningen av ineffektiva metoder och rent av skadliga insatser. Det gäller att hushålla med resurserna genom att satsa på de metoder som gör störst nytta. Det finns nationella riktlinjer för målgrupper som är gemensamma för huvudmännen och som ger rekommendationer om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa på.

### Indikatorer

- Standardiserade bedömningsmetoder inom missbruk- och beroendeverksamhet.
- Standardiserade bedömningsmetoder för utredning av alkoholmissbruk.
- Standardiserade bedömningsmetoder för utredning av drogmissbruk.

### Länsgemensam aktivitet

- Inrättande av regionalt resurscentra för psykisk hälsa.

## Fokusområden och mål för barn och unga



### 1. Förbyggande och främjande arbete

#### **Mål 1.1** Föräldrar ska erbjudas stöd under barnets hela uppväxt

Föräldrar är viktiga i varje barns liv. De påverkar förutsättningarna för barnets fysiska och psykiska hälsa och utveckling i stort. Därför är det viktigt att ge föräldrar och vårdnadshavare stöd utifrån sina och barnens behov när det behövs. Det kan gälla föräldrar till barn med funktionsnedsättning eller föräldrar med psykisk ohälsa och/eller missbruk. Verksamheter som arbetar med barn och som möter föräldrar behöver kunna erbjuda föräldrarna anpassat stöd under barnets hela uppväxt, 0-18 år.

#### Indikatorer

- Manualbaserad insats för föräldrastöd.
- Standardiserade bedömningsmetoder för föräldraförmåga.

#### **Mål 1.2** Alla elever ska lämna grund- och gymnasieskolan med godkända betyg

Att klara godkänt resultat i skolan är en stark faktor för god hälsa senare i livet. En fjärdedel av varje årskull går inte ut gymnasiet i Västra Götaland idag. Samtidigt är det en viktig förutsättning att ha gymnasiekompetens för att kunna leva ett självständigt liv. Elever med hög frånvaro måste uppmärksammas tidigt och ges det stöd de behöver för att närvara i skolan. Det är viktigt att utveckla närvarofrämjande åtgärder och arbetssätt i samverkan.

#### Indikatorer

- Andel elever som fullföljt gymnasieutbildningen inom tre år.
- Andel elever utan godkända betyg från åk 9.
- Andel elever med betydande frånvaro från skolan.



## 2. Tillgängliga tidiga insatser

### **Mål** Barn och unga med psykisk ohälsa ska få rätt insatser i rätt tid

Att tidigt identifiera psykisk ohälsa hos barn och unga kan förhindra utveckling av allvarliga problem. Det som ofta benämns som "första linjen" är de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att första emot barn, ungdomar eller familjer som söker hjälp när ett barn har problem eller mår dåligt. Barn och föräldrar ska veta vart de ska vända sig. Därför behöver första linjen för barn och ungas psykiska hälsa vara definierad och känd. En bra första linje är tillgänglig, utgår från barnets bästa och sätter barn och familj i centrum. Den hjälper barn och unga genom att kunna identifiera problem, behandla lindriga problem, remittera vidare när det behövs och säkerställa att alla barn och unga får tidig och högkvalitativ hjälp.

### **Mål** Förebygga och uppmärksamma bruk av alkohol och narkotika bland unga

Bruk av alkohol och narkotika kan påverka fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. För att ge goda förutsättningar för ett gott vuxenblivande behöver missbruk tidigt uppmärksammas. Missbruk hos unga samspelar ofta med psykiska och sociala faktorer som påverkar missbruket och samsjukligheten är ofta hög. Det finns samband med individers livsvillkor och sociala sammanhang. Särskilt sårbara och viktiga att uppmärksamma är t ex hbtq-personer, ensamkommande/ nyanlända och barn till föräldrar med eget missbruk eller psykisk ohälsa. Det är viktigt att samordna insatser för unga som har kontakt med flera myndigheter och behandlingsverksamheter. I samverkan behöver kommun och hälso- och sjukvård utveckla former för att tidigt identifiera dessa unga.

#### Indikatorer

- Barn och unga med psykiatrisk diagnos som vårdats i slutenvård.
- Standardiserade bedömningsmetoder för utredning av missbruk.

#### Indikatorer

- Andel elever med riskkonsumtion av alkohol i åk 9.
- Andel elever med riskkonsumtion av alkohol i gymnasiet år 2.
- Andel elever som någon gång använt narkotika i åk 9.
- Andel elever som någon gång använt narkotika i gymnasiet år 2.

#### Länsgemensam aktivitet

- Sammanställa kunskap och ta fram ett regionalt inriktningsdokument för integrerade verksamheter/ mottagningar för unga.



## 3. Enskildas delaktighet och rättigheter

### Mål 3.1 Barn och unga som har behov av samordnade insatser ska ha en SIP/Västbusplan

Sedan 2010 är det lagstiftat, både i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, att kommun och landsting ska upprätta en samordnad individuell plan, SIP, när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. I Västra Götaland finns Västbus riktlinjer och en motsvarande Västbusplan framtagen för barn och unga. En SIP/Västbusplan gör den enskilde och närstående delaktiga i planeringen av insatser från hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola och ansvarsfördelningen blir tydlig. SIP är också ett bra verktyg för samordning mellan verksamheter inom en huvudman.

### Mål 3.2 Brukarföreträdare ska erbjudas delaktighet i utvecklingsarbete

Barns och ungas egna upplevelser behöver tas tillvara för att kunna utveckla ett kunskapsbaserat arbetssätt. Barn har rätt till delaktighet i alla frågor som berör dem enligt FN:s konvention om barnets rättigheter. Inflytandet behövs på lokal, delregional, regional och nationell nivå och varje insats behöver betraktas från barnets perspektiv. Barn, unga och deras vårdnadshavare ska i så hög utsträckning som möjligt kunna påverka verksamhetsutveckling och definiera vad god kvalitet är.

### Indikatorer

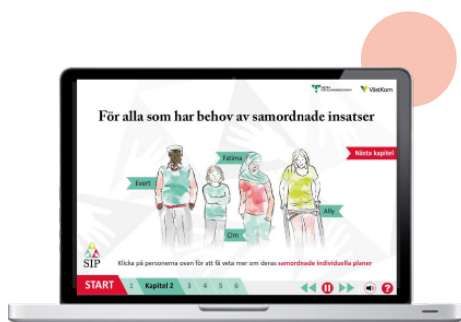
- Upprättande av SIP i befolkningen 0-20 år.
- Uppföljning av SIP i befolkningen 0-20 år.
- Rutin för information om SIP.

### Länsgemensam aktivitet

- Revidering av Västbus riktlinjer och stödmaterial.

### Indikator

- Systematiskt samarbete med brukarorganisationer.



### Tips!

Informations- och arbetsmaterial för SIP i Västra Götaland finns på VästKoms hemsida ([www.vastkom.se/sip](http://www.vastkom.se/sip)) samt på Vårdgivarwebben ([www.vgregion.se/svpl/sip](http://www.vgregion.se/svpl/sip)).

Informations- och arbetsmaterial för Västbus finns på en egen webbplats: [www.vgregion.se/vastbus](http://www.vgregion.se/vastbus)



## 4. Utsatta grupper

### Mål 4.1

Ingen ska diskrimineras eller uppleva negativt bemötande i kontakterna med kommunerna och regionen

Det finns sju diskrimineringsgrunder som omfattas av lagens diskrimineringsförbud: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Personal ska få ökad kunskap om hur grupper utsätts, bl a minoritetsstress och skillnader i psykisk hälsa, kan relateras till att personer bryter mot normer utifrån exempelvis sexuell läggning, könsidentitet och nationellt ursprung. Kunskapen om mänskliga rättigheter, normativt bemötande och hur det påverkar unga i enskilda möten ska också öka.

### Indikator

- Klagomål med avseende på bemötande inom socialtjänst och sjukvård.

### Länsgemensam aktivitet

- Se över och, vid behov, ta fram länsgemensamt utbildningsmaterial om t ex rättighetslagstiftning och diskrimineringsgrunder.



## 5. Ledning, styrning och organisation

### Mål 5.1

Nollvision om suicid i Västra Götaland

I flera undersökningar uppger upp till 8 procent av flickorna och 4 procent av pojkarna att de någon gång försökt ta sitt liv. I Västra Götaland sker i genomsnitt 8–9 självmord per år i åldersgruppen 15-19 år. Bakom varje fullbordat självmord går det tio allvarliga försök och bakom statistiken döljer sig psykisk ohälsa som är viktig att uppmärksamma. Unga personer med förhöjd suicidrisk ska identifieras och erbjudas rätt hjälp i tid så att de inte försöker ta sitt liv. Detta sker genom utvecklad samverkan och samsyn mellan olika aktörer. Ingen i Västra Götaland ska behöva se självmord som en utväg.

### Indikatorer

- Antal självmord i befolkningen 0-19 år.
- Antal självmordsförsök i befolkningen 0-19 år.
- Handlingsplan för suicidprevention.

### Länsgemensamma aktiviteter

- Länsgemensam handlingsplan för suicidprevention ska tas fram i enlighet med Folkhälsomyndighetens uppdrag.
- Tillgängliggöra nationellt webbaserat verktyg (SPISS).

# Ärende 6



VÄSTSVENSKA KOMMUNALFÖRBUNDENS SAMORGANISATION



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN



Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg





§ 97 **Handlingsplan psykisk hälsa**

Statsbidragen inom området psykisk hälsa är utformade som stimulansmedel för utvecklings- och förstärkningsinsatser inom olika områden. Krav och innehåll specificeras i årliga överenskommelser mellan Socialdepartementet och SKL. En särskild del i överenskommelsen handlar om och ställer krav på utvecklingsarbete och samarbete mellan regionen och länets 49 kommuner.

Kravet att ta fram regionala handlingsplaner syftar till att stärka kommuner och regioner att främja psykisk hälsa och ömsesidigt arbeta för att minska psykisk ohälsa. Var och en av huvudmännen får ekonomiskt stöd för att stärka sina egna insatser inom området och för det gemensamma arbetet att ta fram en regional handlingsplan. Varje enskild huvudman ansvarar för rapportering och redovisning till SKL.

Arbete har under 2016 och 2017 gjorts för att utreda behov och formulera gemensamma mål för länets samtliga 50 huvudmän inom fem fokusområden: förebyggande och främjande arbete, tillgängliga tidiga insatser, enskildas delaktighet och rättigheter, utsatta grupper samt ledning, styrning och organisation.

Hösten 2016 och våren 2017 har innefattat en bred dialog i länet med deltagande tjänstemän från kommun och region från delregional vårdsamverkan i syfte att skapa delaktighet och förankring i det arbete som ska göras och för prioritering av insatser. Dialoger har förts med samarbetspartners, brukarföreträdare, representanter från HBTQ-communityt och nationella minoriteter.

***Direktionen beslutar***

att rekommendera medlemskommunerna att godkänna Handlingsplan för psykisk hälsa 2018 – 2020

Vid protokollet  
Lena Brännmar  
Administrativ chef

Justerat av  
Crister Persson  
Ordförande

Tony Willnér

Justeringen tillkännagiven den 3 januari 2018 enligt anslag  
Rätt utdraget betygar: Lena Brännmar



## Överenskommelse om Munhälsa – nödvändig och uppsökande tandvård

### Sammanfattning

Västra Götalandsregionen, VGR, har enligt Tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. De som är berättigade till nödvändig tandvård och munhälsobedömning är oftast individer som har svårt att föra sin egen talan. De har stort behov av hjälp och stöd till följd av fysiskt eller psykiskt funktionshinder. De som har rätt till nödvändig tandvård ska erbjudas munhälsobedömning och ges möjlighet till god munhälsa. De flesta är till följd av sitt funktionshinder kända inom den kommunala hälso- och sjukvården och inom Socialtjänsten. Detta förutsätter en god samverkan mellan huvudmännen där ansvarsfördelning och samverkan är tydlig och känd hos berörda verksamheter.

Enligt hälso- och sjukvårdsavtalet mellan kommuner i Västra Götaland och VGR, ska parterna i en överenskommelse reglera samverkan, uppföljning samt utvärdering av målgruppens tillgång till uppsökande och nödvändig tandvård.

Ett förslag till överenskommelse som beskriver huvudmännens gemensamma ansvar för samverkan om uppsökande och nödvändig tandvård har tagits fram.

Direktionen för Boråsregionen rekommenderar medlemskommunerna att anta överenskommelsen.

### Beslutsunderlag

Protokollsutdrag Boråsregionen 2017-12-08

Brev från Boråsregionen daterad 2018-01-04

Överenskommelse om samverkan mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

### Förslag till beslut

Överenskommelse om Munhälsa – nödvändig och uppsökande tandvård godkänns.

Linnea Holm  
Stabschef

Expedieras till: Boråsregionen  
För kännedom  
till:

2018-01-04

Till medlemskommunerna i  
Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund

## **Rekommendation om att anta Överenskommelse munhälsa och uppsökande tandvård**

Direktionen har den 8 december 2017 beslutat rekommendera medlemskommunerna att anta överenskommelse munhälsa och uppsökande tandvård och översänder nu sitt beslut samt rekommenderad överenskommelse.

Medlemskommunernas beslut meddelas Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund snarast möjligt på

[info@borasregionen.se](mailto:info@borasregionen.se)

alternativt

Lena Brännmar  
Boråsregionen - Sjuhärads kommunalförbund  
Skaraborgsvägen 1A  
506 30 Borås

### **BORÅSREGIONEN SJUHÄRADS KOMMUNALFÖRBUND**

**Lena Brännmar**  
Administrativ chef

Bilagor

1. Protokollsutdrag
2. Överenskommelse om samverkan mellan västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om munhälsa- uppsökande och nödvändig tandvård



VästKom



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

2017-08-14

## **Överenskommelse om samverkan mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård**

## Innehållsförteckning

1 Bakgrund.....	3
2 Mål och syfte .....	3
3 Parter och avtalstid.....	3
4 Målgrupp .....	3
5 Parternas gemensamma åtagande.....	4
6 Västra Götalandsregionens ansvar .....	4
6.1 Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning.....	4
6.2 Munhälsobedömning.....	5
6.3 Avvikelse.....	5
7 Kommunens ansvar .....	5
7.1 Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning.....	5
7.2 Munhälsobedömning.....	6
7.3 Utbildning.....	6
7.4 Avvikelse.....	7
8. Uppföljning och utvärdering.....	7
9. Utveckling och gemensamma utmaningar .....	7

## 1. Bakgrund

Västra Götalandsregionen (VGR) har enligt tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för individer som har rätt till denna insats. Enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) ska VGR och kommunen samverka beträffande målgruppen och det är myndigheternas ansvar att utarbeta en samverkansmodell. I förbyggande och hälsofrämjande arbetet ingår en god munhälsa, att ett gott allmäntillstånd behålls samt att ett ökat tandvårdsbehov undviks. Enligt hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland, avsnitt 3.13 Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård, ska en överenskommelse upprättas mellan parterna som reglerar samverkan, uppföljning samt utvärdering av målgruppens tillgång till uppsökande och nödvändig tandvård. Överenskommelsen omfattar en gemensam planeringsprocess.

## 2. Mål och syfte

Målet är att upprätta och bibehålla en god munhälsa hos målgruppen. Alla individer som har rätt till nödvändig tandvård (intyg om N-tandvård) ska identifieras och erbjudas munhälsobedömning. Syftet med verksamheten är att skapa bästa möjliga förutsättningar för brukare att klara den dagliga munvården.

Detta förutsätter en god samverkan mellan huvudmännen där ansvarsfördelning och samverkan är tydlig och känd hos berörda verksamheter. Överenskommelsen ska förtydliga samverkan och ansvarsfördelning mellan kommuner i VG och Västra Götalandsregionen.

## 3. Parter och avtalstid

Parter i denna överenskommelse är var och en av de 49 kommunerna och Västra Götalandsregionen (VGR), vilka fortsättningsvis benämns som parterna.

Överenskommelsen följer Hälso- och sjukvårdsavtalet och gäller under perioden 2018-03-01 – 2020-12-31. Senast tolv månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med två år i taget med tolv månaders uppsägningstid.

## 4. Målgrupp

Bakgrunden till att i tandvårdslagen definiera grupperna har varit bedömningen att dessa grupper omfattar individer, som på grund av sitt stora omvårdnadsbehov, ofta har svårigheter att sköta sin munhygien på ett tillfredsställande vis samt ofta saknar förmåga och insikt om vikten av regelbunden tandvård.

Målgrupp är den personkrets som finns angiven i tandvårdslagen (1985:125) 8 a §:

*Vid tillämpningen av 8 § ska landstinget särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som*

- 1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller*
- 2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som*

a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

b) får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller

c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Region/Landsting ska även se till att N-tandvård erbjuds de personer som beskrivs i grupperna ovan (1, 2a, 2b samt 2c).

## 5. Parternas gemensamma åtagande

Parternas gemensamma åtagande innebär att

- implementera och säkerställa att innehållet i överenskommelsen är känt i samtliga berörda verksamheter
- ställa krav på att överenskommelsen som VGR och kommunen har träffat även gäller i avtal med tandvårdsleverantör enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV
- gemensam uppföljning av överenskommelsen

## 6. Västra Götalandsregionens ansvar för Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

VGR tillhandahåller tandvårdsleverantör som ska ansvara för den uppsökande verksamheten i samverkan med kommunen. I den uppsökande verksamheten ingår att ge årlig munhälsobedömning till individer med intyg om N-tandvård samt erbjuda utbildning i allmän munhälsovård till berörd personal.

### 6.1 Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- VGR ska, vid behov, vägleda kommunens intygsutfärdare med bedömning av underlaget för intyg om N-tandvård.
- VGR ska årligen tillhandahålla regelbunden utbildning och aktuellt informationsmaterial för kommunens intygsutfärdare.
- VGR ska ge kommunen information om eventuell förändring inom N-tandvård och uppsökande verksamhet.
- VGR ska tillhandahålla informationsmaterial om N-tandvård och munhälsobedömning. Informationsmaterialet riktar sig till individer som är berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning, anhöriga och närstående, patientföreningar, vårdpersonal med flera.
- VGR tillhandahåller ett IT-stöd för kommunen, Intygsbeställningen, för all administration som krävs gällande intyg om N-tandvård, munhälsobedömning, boendeenheter med mera.

- VGR ansvarar för att uppgifter från Intygsbeställningen förs över till tandvårdsleverantörens IT-system.

## 6.2 Munhälsobedömning

- VGR ansvarar för att tandvårdsleverantören tillhandahåller utbildning för personal inom vård och omsorg.
- Tandvårdsleverantören ansvarar för att behovet av hjälp med daglig munvård beskrivs av tandhygienisten i ett individuellt dokument. I dokumentet beskrivs förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv.
- Tandvårdsleverantören ansvarar för återrapportering till personal/närstående om eventuellt vårdbehov vid munhälsobedömning.

## 6.3 Avvikelser

- Om samarbetet med kommunen i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska tandvården lämna avvikelse. Länk till avvikelsesrapport:  
<http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/kommunsamverkan/tandvardsintyg--n-tandvard/samverkansavvikelse--uppsokande-verksamhet/>

## 7. Kommunens ansvar för Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Kommunen tillhandahåller den personal, så kallad intygsutfärdare, som ska identifiera individer berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning.

### 7.1 Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- Kommunen ska utse minst en kontaktperson per kommun/stadsdel för kommunikation och informationsutbyte med VGR gällande det som rör intyg om N-tandvård och munhälsobedömning.
- Kommunen ansvarar för att det finns tillräckligt många intygsutfärdare inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst som säkerställer att berättigade individer får erbjudande om årlig munhälsobedömning och intyg om N-tandvård. En intygsutfärdare kan till exempel vara biståndshandläggare, LSS-handläggare, sjuksköterska inom hemsjukvård, socialsekreterare, enhetschef med flera. Läs mer på Vårdgivarwebben: <http://www.vgregion.se/tandvardsintyg>



- Kommunen ansvarar för att en intygsutfärdare regelbundet genomgår utbildning som VGR tillhandahåller och som säkerställer att intygsutfärdaren har aktuell kompetens för att kunna identifiera vilka individer som är berättigade till N-tandvård.
- Kommunen ansvarar för att aktuella uppgifter är registrerade i det IT-stöd, Intygsbeställningen, som VGR tillhandahåller för all administration gällande intyg om N-tandvård och munhälsobedömning. Det är viktigt att det finns rätt boendeadress till individ med intyg om N-tandvård, rätt kontaktuppgift till ansvarig på boende/hemtjänst med mera för att tandvårdsleverantören ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

## 7.2 Munhälsobedömning

En munhälsobedömning är en enkel kontroll av munhåla och tänder. Vid en munhälsobedömning dokumenteras förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv. Tips och råd om hur personal kan hjälpa till med daglig munvård ingår i munhälsobedömningen.

- Kommunen ska samverka med tandvårdsleverantören gällande utbildning i allmän munhälsovård och munhälsobedömning.
- Uppgift om individens behandlare eller vårdgivare av N-tandvård (folktandvård eller privat) ska finnas dokumenterad och tillgänglig för omvårdnadspersonal för att säkerställa regelbunden kontakt med tandvård.
- Individer med intyg om N-tandvård som är registrerade att de inte önskar en munhälsobedömning ska årligen erbjudas sådan. Förändrat svar registreras i IT-stödet, Intygsbeställningen.
- Kommunen ansvarar för att omvårdnadspersonal deltar vid munhälsobedömning.
- Omvårdnadspersonal har ansvar för att individen ges daglig munvård enligt tandvårdens instruktioner. Tid för daglig munvård ska ingå i personlig hygien.

## 7.3 Utbildning

I den uppsökande verksamheten ingår utbildning till personal inom vård och omsorg i allmän munhälsovård. Den tandvårdsleverantör som VGR tillhandahåller ansvarar för utbildningen. Utbildningen kan varieras i tid och rikta sig till det behov personalen har. Till exempel allmän munhälsovård, tandvård för dementa, praktisk träning i hur munvård utförs på annan person med mera.

- Genom rätt utbildning ges förutsättning för ett gott omhändertagande av daglig munvård. Kommunen ansvarar för att berörd omvårdnadspersonal genomgår de utbildningar i allmän munhälsovård som VGR/tandvårdsleverantör erbjuder.

## 7.4 Avvikelser

- Om samarbetet med tandvården i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska kommunen lämna avvikelse. Länk till avvikelserapport:  
<http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/kommunsamverkan/tandvardsintyg--n-tandvard/samverkansavvikelse--uppsokande-verksamhet/>

## 8. Uppföljning och utvärdering

Enligt hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland avsnitt 3.13 Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård (<http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/kommunsamverkan/hosavtal/>), ska en överenskommelse upprättas mellan parterna där en del av överenskommelsen reglerar uppföljning och utvärdering inom N-tandvård och uppsökande verksamhet.

VGR ansvarar för att genomförd verksamhet följs upp och rapporteras inom VGR, kommuner och centrala myndigheter. Kommunen är i vissa delar av uppföljningen ansvariga för att rätt uppgifter lämnas till VGR.

VGR sammanställer statistik kring munhälsa från IT-stöden. Återkoppling ges kvartalsvis.

Mått som redovisas är bland annat:

- Antal individer med intyg om N-tandvård per kommun
- Antal individer med intyg om N-tandvård som önskar munhälsobedömning
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får munhälsobedömning
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får nödvändig tandvård
- Antal deltagare och utbildningstimmar för vårdpersonal i kommunen
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som är registrerade på fel boendeenhet
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som *inte* vill ha munhälsobedömning när tandvården kommer trots att det är registrerat att de vill
- Skäl till varför enheter i kommunen tackar nej till utbildningen i allmän munhälsovård

## 9. Utveckling och gemensamma utmaningar

### Öka andel intyg om N-tandvård

Målsättningen är att alla individer som har rätt till intyg om N-tandvård ska få det. Det är parternas gemensamma intresse att öka täckningsgraden för att uppfylla målet. En beräkning (sammanställd av VGR februari 2017) av andel intyg om N-tandvård per befolkning från 20 år och uppåt visar en variation mellan kommunerna från 1,17 - 3,47 procent.

Den differens som finns mellan olika kommuner kan visa på att det finns individer som har rätt till intyg om N-tandvård men som inte får detta. I dialog mellan kommunernas kontaktpersoner och VGR föreslås, som ett första delmål och rimlighet för den enskilda kommunen, att minst 3 procent av befolkningen i varje kommun över 20 år får intyg om N-tandvård.

## **Utveckla uppföljning till att omfatta kvalitetsmått**

Parterna har ett gemensamt ansvar för att fortsatt utveckla former för kvalitativ uppföljning till exempel utifrån brukare, närstående och omvårdnadspersonal.

Mått som kommer att följas upp är:

- Antal avvikelser som visar på samverkansbrist och skäl till dessa
- Att samtliga enheter i kommunen under en treårsperiod har genomgått utbildning i allmän munhälsövård
- Antal intygsutfärdare som deltar i utbildningar som VGR årligen erbjuder



§ 96

**Överenskommelse munhälsa och uppsökande tandvård**

Västra Götalandsregionen, VGR, har enligt Tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. De som är berättigade till nödvändig tandvård och munhälsobedömning är oftast individer som har svårt att föra sin egen talan. De har stort behov av hjälp och stöd till följd av fysiskt eller psykiskt funktionshinder.

De som har rätt till nödvändig tandvård ska erbjudas munhälsobedömning och ges möjlighet till god munhälsa. De flesta är till följd av sitt funktionshinder kända inom den kommunala hälso- och sjukvården och inom Socialtjänsten.

Detta förutsätter en god samverkan mellan huvudmännen där ansvarsfördelning och samverkan är tydlig och känd hos berörda verksamheter. Enligt hälso- och sjukvårdsavtalet mellan kommuner i Västra Götaland och VGR, ska parterna i en överenskommelse reglera samverkan, uppföljning samt utvärdering av målgruppens tillgång till uppsökande och nödvändig tandvård. Ett förslag till överenskommelse som beskriver huvudmännens gemensamma ansvar för samverkan om uppsökande och nödvändig tandvård har tagits fram.

***Direktionen beslutar***

att rekommendera medlemskommunerna att anta Överenskommelse om samverkan mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.

Vid protokollet  
Lena Brännmar  
Administrativ chef

Justerat av  
Crister Persson  
Ordförande

Tony Willnér

Justeringen tillkännagiven den 3 januari 2018 enligt anslag

Rätt utdraget betygar: Lena Brännmar



## Samarbetsavtal för nutrition och förbrukningsartiklar för blås- och tarmdysfunktion 20180501-20210430

### Sammanfattning

Kommunerna i Västra Götaland har sedan år 2000 ett samarbetsavtal med Västra Götalandsregionen, VGR, kring inkontinenshjälpmedel och distributionen av dessa hjälpmedel (Dnr SN 352-1999).

En partsgemensam grupp har under det senaste året tagit fram ett nytt förslag på samarbetsavtal. Samarbetsavtalet ska säkerställa samverkan och gemensam utveckling gällande försörjningen av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion. Ny modell för finansieringen av försörjningen av produkter. Nu baseras omkostnader vid försörjningen på varuvärdesomsättningen istället för på befolkningensmängd i respektive kommun.

Förslaget till nytt samarbetsavtal reglerar Västra Götalands 49 kommuners och Västra Götalandsregionens gemensamma ansvar att bedriva försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion. Parterna tecknar ett avtal för perioden 2018-05-01 – 2021-04-30. Senast tolv månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med tre år i taget.

Förslaget innehåller ett huvudavtal samt fyra specifikationer.

Innehållet i huvudavtalet ska endast kunna förändras i samband med en eventuell förlängning. Innehållet i specifikationerna kan däremot ändras under avtalstid. Även nutritionsprodukter är inkluderade i avtalet.

Boråsregionens direktion rekommenderar medlemskommunerna att godkänna avtalet.

### Beslutsunderlag

Protokollsutdrag Boråsregionen 2017-11-10

Brev från Boråsregionen daterat 2017-11-28

Samarbetsavtal för nutrition och förbrukningsartiklar för blås- och tarmdysfunktion

### Förslag till beslut

Samarbetsavtal för nutrition och förbrukningsartiklar för blås- och tarmdysfunktion godkänns.

Linnea Holm  
Stabschef

Expedieras till: Boråsregionen  
För kännedom till:

20171128

Till medlemskommunerna i  
Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund

**Rekommendation om att Samarbetsavtal för nutrition och  
förbrukningsartiklar för blås- och tarmdysfunktion  
20180501 -20210430.**

VästKoms styrelse har den 17 oktober beslutat rekommendera kommunalförbunden i Västra Götaland att i sin tur rekommendera sina respektive medlemskommuner att godkänna Samarbetsavtal för nutrition och förbrukningsartiklar för blås- och tarmdysfunktion 20180501-20210430.

Direktionen för Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund har behandlat ärendet och översänder nu sitt beslut samt rekommenderat Samarbetsavtal.

Medlemskommunernas beslut meddelas Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund på

[info@borasregionen.se](mailto:info@borasregionen.se)

alternativt

Lena Brännmar  
Boråsregionen - Sjuhärads kommunalförbund  
Skaraborgsvägen 1A  
506 30 Borås

**BORÅSREGIONEN SJUHÄRADS KOMMUNALFÖRBUND**

**Lena Brännmar**  
Administrativ chef

Bilagor

1. Protokollsutdrag
2. Förslag Samarbetsavtal för nutrition och förbrukningsartiklar för blås- och tarmdysfunktion 20180501-20210430.

Samarbetsavtal för försörjning av nutritionsprodukter och  
förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion mellan  
Kommun xxxx och  
Västra Götalandsregionen

*Gäller från och med 1 maj 2018*

## 1. Samarbetsparter

I detta avtal samarbetar var och en av de 49 kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

Vårdgivare är de 49 kommunerna och Västra Götalandsregionen.

Utförare är Servicenämnden genom Område hjälpmedel och läkemedelsnära produkter inom Västra Götalandsregionen.

## 2. Bakgrund

I Västra Götaland styrs ansvarsförhållandena av Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland (Hälso- och sjukvårdsavtalet) och relaterade handböcker vid förskrivning av;

- Förbrukningsartiklar vid inkontinens, blås- och tarmdysfunktion
- Nutritionsprodukter
- Stomihjälpmiddel
- Diabeteshjälpmiddel

Upphandlad försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion för Västra Götalandsregionen och länets kommuner upphör 2018-04-30. Genom detta samarbetsavtal inrättas ett samarbete mellan ingående parter avseende försörjning av ovanstående produkter att träda ikraft 2018-05-01.

Den gemensamma ambitionen är att bibehålla och vidareutveckla en långsiktig och förtroendefull samverkan i en anda av öppenhet och dialog. Det ömsesidiga åtagandet ska bidra till en gynnsam utveckling till nytta för patienter.

Detta samarbetsavtal reglerar försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion för Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna samt vårdgivarnas och Regionservice samarbete kring denna verksamhet.

## 3. Syfte och mål

Samarbetsavtalet ska säkerställa samverkan och gemensam utveckling av försörjning för nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion.

## 4. Samarbetsavtalets omfattning och avtalsperiod

Detta samarbetsavtal med specifikationer reglerar Västra Götalands 49 kommuners och Västra Götalandsregionens gemensamma ansvar för försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion.

Parterna tecknar ett avtal för perioden 2018-05-01 – 2021-05-01. Senast tolv månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med tre år i taget.

## 5. Avtalsinnehåll

Förskrivning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion. är en hälso- och sjukvårdsinsats som kontinuerligt påverkas av



förändrade förutsättningar. Förändrade förutsättningar kan ändra behovet av tjänster, produkter och volymer under avtalsperioden.

Samarbetsavtalet har fyra specifikationer som komplement till huvudavtalet för försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion.

Förändring av innehållet i specifikationerna kan göras under avtalstiden. Beslut om förändring fattas av Ledningsrådet läkemedelsnära produkter (LMN). Respektive avtalspart ansvarar för att implementera beslutade förändringar.

Specifikation A Finansiering av försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland

Specifikation B Distribution av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland

Specifikation C Uppdrag för Läkemedelsnära produkter (LMN) och tjänster vid nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland

Specifikation D Samarbete och styrning Försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland

## 6. Vårdgivarens ansvar

Vård och behandling med nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion ska följa gällande lagar och regelverk.

## 7. Gemensamt finansiellt ansvar

- Kunskapsorganisationen för Läkemedelsnära Produkter i Västra Götaland
- Kundtjänst för och distribution av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland

## 8. Avtalsvård

Avtalsvård med kontinuerliga uppföljningar både avseende ekonomi och kvalitet ska genomföras. Ekonomin ska följas upp två gånger om året.

Nedanstående grupp ansvarar för uppföljning av ekonomin

- Verksamhetschef Skövdedepå/LMN
- Regionutvecklare - Kunskapsstöd för läkemedel och hjälpmedel
- Verksamhetsdeltagare Västra Götaland
- Verksamhetsdeltagare Kommun
- Controller Regionsservice/Skövdedepå/LMN
- Controller Koncernstab hälso- och sjukvård
- Controller/ekonom kommun 1-2 st.

Ledningsrådet läkemedelsnära produkter (LMN) ansvarar för uppföljning och utvärdering av samarbetsavtalet.

Samarbetsavtalet ska följas upp avseende patientsäkerhet och leveranssäkerhet samt ekonomi enligt vad som framgår nedan. Rapportering görs till respektive vårdgivare.

- Finansiering av samarbetsavtal för försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland
- Distribution av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland
- Läkemedelsnära produkters (LMN) roll för försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland

## 9. IT-stöd

Vårdgivarna och Regionservice har ett IT-system som ger stöd vid beställning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion.

## 10. Uppsägning och övergång

Om överenskommelse rörande fortsatt samarbete inte kan nås har parterna möjlighet att säga upp avtalet senast tolv månader innan avtalstiden löper ut. Ledningsrådet läkemedelsnära produkter ansvarar för att bevaka gällande avtalstider och i god tid initiera arbete så att beredskap finns inför nytt avtal, oavsett avtalsform.

Om avtalet inte skriftligen sagts upp senast tolv månader innan avtalstiden löper ut förlängs det med tre år i taget.

I det fall samarbetet kring försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion upphör ska vårdgivarna och Regionservice samverka kring hantering av administration, teknisk dokumentation, lokaler och personal. Regionservice är skyldig att till vårdgivarna överlämna uppgifter som är av betydelse inför och i samband med samarbetsavtalets upphörande.

## 11. Tvist

I de fall tvist om tolkning och tillämpning av detta avtal inte kan lösas inom ramen för samarbete och styrning (Specifikation D) i detta avtal, ska tvist avgöras av svensk allmän domstol med Göteborgs tingsrätt som första instans.

Detta samarbetsavtal har upprättats i två (2) likalydande exemplar av vilka vårdgivaren och utföraren tagit var sitt.

Ort och datum

Ort och datum

För xxx kommun

För Västra Götalandsregionen

Behörig befattningshavare

Behörig befattningshavare

Namnförtydligande

Namnförtydligande

FÖRSLAG

FÖRSLAG

Specifikation A1

*Finansiering av Kunskapsorganisationen för Läkemedelsnära Produkter i Västra  
Götaland*

## Specifikation A1

### Finansiering av Kunskapsorganisationen för Läkemedelsnära Produkter

Kunskapsorganisationen Läkemedelsnära Produkter finansieras via påslag på produktpriset per produktområde nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion. Finansiering av LMNs kostnader för respektive produktområde styrs av betalningsansvaret och baseras på varuvärdesomsättning per kund.

Kostnaden per produktområde kan komma att ändras utifrån ändrade krav på uppdraget enligt specifikation C.

- Över och underskott fördelas till samtliga kunder baserat på varuvärdesomsättning.
- För mer information se Specifikation C.

FÖRSLAG

FÖRSLAG

## Specifikation A2

*Finansiering av kundtjänst för och distribution av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland*

## Specifikation A2

### Finansiering av kundtjänst för och distribution av produkter ifrån Skövdedepån

Kundtjänst för och distribution av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland ska regleras enligt kravspecifikation.

Skövdedepåns kundtjänst och distribution finansieras via påslag på produktpriset per produktområde nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion.

Finansiering av Skövdedepåns kostnader för respektive produktområde styrs av betalningsansvaret och baseras på varuvärdesomsättning per kund.

- Över- och underskott fördelas till samtliga kunder baserat på varuvärdesomsättning.
- Kostnadsspecifikation för de olika extra kostnader ex. akutleverans, anskaffning mm.

FÖRSLAG

FÖRSLAG

## Specifikation B

*Distribution av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland*



## Specifikation B

### Innehåll

1. Beskrivning av produktområden .....	11
2. Krav på hantering av produktsortiment .....	11
3 Leveransregler.....	13
4 Kundtjänst.....	14
5 Fakturering.....	15
6 Kvalité och uppföljning.....	15
7 Roller och ansvar .....	16
8 Utveckling .....	16

FÖRSLAG

## 1. Beskrivning av produktområden

### Blås- och tarmdysfunktion

Inkontinens är ett folkhälsoproblem som finns i alla åldrar. I Västra Götaland finns idag ca 65 000 individer som får produkter avsedda för behandling vid blås- och tarmdysfunktion. Det innefattar barn, unga samt vuxna individer i alla åldrar med blås- och tarmdysfunktion. Produktområdet innefattar urinkatetrar, urinpåsar, absorberande skydd samt tillbehör.

### Nutrition

Produkter inom:

- Livsmedel för speciella medicinska ändamål som kosttillskott/näringsdrycker, komjölksproteinfri modersmjölksersättning, sondnäring, berikningsprodukter, produkter för metabola sjukdomstillstånd och specialprodukter med mera.
- Glutenfria och proteinreducerade torrvaror
- Sondmatningstillbehör nasogastrisk sond, gastrostomiknappar och kopplingslangar, gaststomikatetrar, enterala sprutor, sondmatningsaggregat med mera.

Patientantalet uppgår till ca 22 000 individer

## 2. Krav på hantering av produktsortiment

### 2:1 Inköp av upphandlade produktsortiment

VGR som distributör ska köpa produkter via Koncerninköps upphandlade leverantörer. Koncerninköp ansvarar för att förse distributören med aktuella handlingar.

### 2:2 Delegation kring frågor om produktleverantörens avtal

Distributören äger rätt att ha till förfogande avtalshandlingar inklusive allmänna bestämmelser kopplade till produktleverantörerna under den tid som avtalet gäller.

Distributören ska använda delegationen i syfte att kontinuerligt utveckla relationen med produktleverantörerna med målet att effektivisera och utvärdera logistikförutsättningar.

### 2:3 Anskaffning (dispensprodukter) av produkter utanför avtal "ej upphandlade produkter"

Vid speciella behov som inte kan tillgodoses av det upphandlade sortimentet kan förskrivare beställa produkter utanför avtal. Enbart av Ledningsrådet läkemedelsnära produkter (LMN) godkända dispensprodukter kan förskrivas. Övriga produkter är ej möjligt att förskriva.

Distributören ska debitera kunden enligt produktleverantörens prislista. Leveranstiden ska inte överstiga 10 arbetsdagar. Om leveranstiden överstiger 10 dagar ska återkoppling via mail till förskrivaren ske. Patienten kontaktas via telefon/mail.

Distributören ska förse VGR/LMN med information om anskaffningar enligt överenskommen rutin.

## 2:4 Registervård av produktavtal i Sesam Läkemedelsnära

Distributören ansvarar för att artikelregistret i Sesam LMN innehåller korrekta uppgifter. Uppdatering och registervård utförs i nuläget manuellt för beställningssystemet Sesam (LMN). Samtliga artikelförändringar skall godkännas av LMN/Koncerninköp enligt överenskommen process. Processen innebär bl.a. en säkrad kommunikation via fastställd struktur i Excel.

## 2:5 Lagerhållning och transport av produkter

Produkterna ska lagerhållas och hanteras på ett sådant sätt att dess kvalitét inte riskeras.

Distributören ska förpacka samtliga produkter så att de klarar transport. Kartonger ska vara av god kvalitét och i neutralt emballage.

## 2:6 Sterila produkter och produkter med begränsad hållbarhet

För sterila produkter och med begränsad hållbarhet gäller att minst 2/3 av hållbarhetstiden ska återstå vid leverans till distributör. Hållbarhetstiden för leverans ut till patient ska inte understiga den tid förskrivning har för avsikt att räcka.

## 2:7 Ompackning av produkter

I förekommande fall ska distributören packa om produkter från produktleverantör, för leverans ut till patient. Sterila produkter som ompackas ska följa gällande regelverk. Antalet produkter som ompackas kan komma att variera över tid.

## 2:8 Produktförändringar

Samtliga produktförändringar under pågående avtalstid ska kanaliseras från produktleverantör till LMN/Koncerninköp, där beslut om produktförändring sker. Distributören ska i samråd med produktleverantör hantera produktförändringen. Beslut om tillägg av ny produkt i produktavtal beslutas av LMN/Koncerninköp som vidarebefordrar korrekt information till distributören.

## 2:9 Sortimentsbyte i samband med ny produktupphandling.

Process för sortimentsbyte utarbetas som i en överenskommelse mellan LMN och distributör. Ambitionen är att minska kassationen.

Distributör ska förses med korrekt information i form av fastställd struktur i Excelformat minst tre månader innan nytt avtal börjar gälla. Eventuella konverteringslistor/crosstabeller och annan information i samband med sortimentsbytet utförs av LMN produktkonsulent.

## 2:10 Returer av produkter

### *Retur orsakad av felplock eller transportskada*

En leverans som innehåller fel artiklar mot beställningsunderlaget eller om en transportskada har skett, ska distributören ta emot en returorder samt komma överens med patient om ny leverans.

***Den som har kostnadsansvaret krediteras varuvärdet och distributören står för distributionskostnaden.***

## *Retur orsakade av förskrivare eller patient*

Transportrelaterade retur ex. produkter som inte hämtats från utlämningsställe, felaktig portkod och adress debiteras den som har kostnadsansvaret en returkostnad.

Förskrivaren/patient ska återkoppla gällande felaktig produkt inom två veckor från leveransdatum

***Den som har kostnadsansvaret debiteras en returkostnad enligt avtalad prislista.***

### **Retur ska inte ske:**

- Om produkten är av ett så ringa värde att frakt och logistikkostnaderna överstiger varuvärdet.
- För produkter förskrivna utanför avtal.
- Produkter från dödsbon.

## 2:11 Reklamation av produkt

Om levererad produkt visar sig vara behäftad med fel kontaktar patienten distributör för retur och ny leverans i enlighet med upprättad överenskommen process LMN/Distributör.

***Returer och reklamationer där ny leverans till patient är nödvändig skall hanteras med kortast möjliga leveranstid. Det kan innebära akuta leveranser för att inte äventyra patientsäkerheten.***

## 3 Leveransregler.

### 3:1 Leverans till ordinärt boende

Ska ske kl. 08:00 – 19:00 vardagar

Samtliga beställningar ska levereras inom 4 arbetsdagar, beställningsdagen är dag 0. Beställningen ska levereras i sin helhet vid samma tillfälle. Delleveranser ska enbart ske vid restsituationer från produktleverantör. Leveransalternativ se 3:7.

### 3:2 Leverans till kommunala särskilda boenden

Ska ske kl. 08:00-16:00 vardagar till en anvisad fast leveranspunkt.

Transportören ska även kunna erbjuda inbärningstjänst till enskild avdelning/enhet om så önskas.

### 3:3 Akutleverans/Expressleverans

***Akut leverans*** kan enbart effektueras av lagerlagt upphandlat sortiment. Leveransen innebär att patienter får sina produkter dagen efter att beställning skett och ska även innefatta patienter boende på orter med lantbrevbärrlinje. Beställningen ska vara distributören tillhanda före kl. 14:00 vardagar.

En akut leverans kan begäras av förskrivare eller patient.

***Expressleverans*** kan bara nyttjas för nutritionsområdet. Kan enbart effektueras av lagerlagt upphandlat sortiment. Leveransen innebär att patienter får sina produkter samma dag som beställningstillfället. Beställningen ska vara distributören tillhanda innan kl. 14:00 vardagar.

Kan enbart begäras av förskrivare.

## 3:4 Utomlänsleveranser/ Patienter som vistas utomlands

Patienter som är folkbokförda i Västra Götaland kan få leverans till annan ort utanför länet inom Sverige. Leverans till utlämningsställe utanför länet medför ingen extra transportkostnad. Önskas leverans till hemadress utanför länet tillkommer ytterligare avgift.

Patienter som under en tid vistas utomlands kan endast få sina beställda produkter levererade inom Sveriges gränser. Det innebär att patienten själv ansvarar för att produkter transporteras till utlandet.

## 3:5 Kollimärkning och följesedlar

Samtliga leveranser inklusive särskilt boende ska individmärkas. Leverans ska vara försedd med en följesedel per individ. Följesedeln ska innehålla information om levererade och eventuella restnoterade produkter, uttagsnummer samt hur många antal uttag som finns kvar på förskrivningen.

## 3:6 Leveransförseningar

Om leveranstiden överskrider 5 dagar ska patienten kontaktas.

## 3:7 Leveransalternativ

Följande leveransalternativ skall vara möjliga.

**Får ställas utanför (FSU)**, innebär att leveransen ska ske till ordinärt boende utan mottagarkontroll (kvittens). Produkterna ska ställas skyddat för väderleksförhållanden, och om möjligt på ett sådant sätt att eventuell risk för stöld elimineras. I flerfamiljshus ska produkterna ställas utanför patientens dörr.

**Leverans till utlämningsställe** innebär leverans till något av transportörens avtalade utlämningsställe/servicepoint för paket, inom Sverige. Avisering sker via sms om mobilnummer angivits annars aviseras leveransen med brev.

## 4 Kundtjänst

Distributören ska driva en kundtjänst och utföra service för patienter och vårdgivare i Västra Götaland. Kundtjänst ska utföra varierande arbetsuppgifter enligt beslutad uppdragsbeskrivning. Distributören ansvarar för att kundservice har nödvändig kompetens. LMN ansvarar för information och utbildning enligt överenskommelse med distributören. LMN och distributör ansvarar för att utveckling av arbetet sker i takt med förändrade behov/förutsättningar.

### 4:1 Uppdragsbeskrivning Kundtjänst

- Ta emot beställningar via telefon/1177 på registrerade förskrivningar.
- Leveransavisering till patienter
- Leveransfrågor via e-post och telefon
- Registrering av manuella förskrivningar enligt gällande rutiner.
- Hänvisa av produktfrågor till respektive produktkonsulent inom LMN
- Informera förskrivare och patienter i samband med leveransförseningar
- Ta emot produktreklamationer enligt rutin.

## 4:2 Tillgänglighet

Kundservice ska vara tillgänglig via telefon och mail vardagar 08.00 – 16.30.

85 procent av samtalen skall besvaras inom 3 minuter.

E-post skall besvaras inom 2 timmar.

## 5 Fakturering

I Sesam LMN finns ett register över samtliga kunder/kostnadsansvariga. Samtliga kunder/kostnadsansvarig ska faktureras en gång/månad enligt fastställd struktur av Ledningsrådet LMN.

### 5:1 Betalningsvillkor

30 dagar netto.

## 6 Kvalité och uppföljning

### 6:1 Kvalitetsuppföljning

Ska ske månadsvis enligt fastställd struktur av Ledningsrådet LMN.

Uppföljningen ska innehålla ett antal parametrar inklusive returleveranser. Statistiken redovisas totalt och separerat per produktområde.

### Patientsäkerhet

Nyckeltal	Syfte	Rapportering var/hur
Medicintekniska avvikelser	Förhindra upprepning av negativa händelser	Ledningsrådet LMN kvartalsvis
Leveranskvalitet (Rätt produkt till rätt patient i rätt tid)	Undersöka följsamhet till överenskommelse/instruktion/rutin	Ledningsrådet LMN kvartalsvis

## Leveranssäkerhet

Nyckeltal	Syfte	Rapportering var/hur
Andel läkemedelsnära produkter som levererats inom fastställd leveransram	Säkerställa att patientens behov av läkemedelsnära produkter tillgodoses	Ledningsrådet LMN kvartalsvis

## Tillgänglighet

Nyckeltal	Syfte	Rapportering var/hur
Andel telefonsamtal till kundtjänst som besvaras inom 3 minuter ska vara 85 %	Säkerställa god tillgänglighet	Ledningsrådet LMN kvartalsvis

## 7 Roller och ansvar

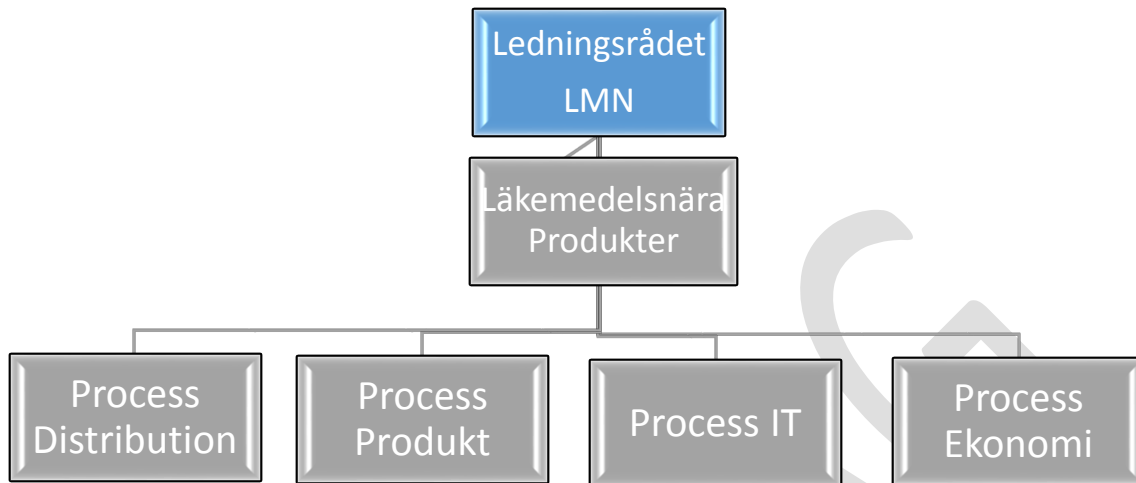
**Distributören ansvarar för att lagar, regler och riktlinjer inom ramen för uppdraget följs.**

### 8:1 Utveckling

Distributören ska samverka med Ledningsrådet LMN och kan under avtalstiden komma överens med vårdgivarna om förändringar och utveckling i syfte att öka kvalitet för patienterna samt öka kostnadseffektiviteten för vårdgivarna. Ändringar som görs förtecknas i en ändringslogg.

## 8:2 Samverkan

Ska ske kontinuerligt och vid särskilda behov enligt överenskommelse för samverkan.





FÖRSLAG

## Specifikation C

*Uppdrag för Läkemedelsnära produkter (LMN) och tjänster vid försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland*

## Specifikation C

### Läkemedelsnära Produkters (LMN) roll och uppdrag

LMNs uppdrag ska utföras enligt evidensbaserad praktik (EBP).

LMN arbetar med kvalitet och kompetens kring läkemedelsnära produkter, som stöd för Västra Götalandsregionen och kommuner i Västra Götaland. Uppdraget omfattar produkter, distribution och IT-stöd.

LMN ska arbeta med:

Uppdrag	Syfte	Hur ska det utföras	Uppföljning	Rapportering var
Produktansvar vid upphandling av läkemedelsnära produkter	God livskvalité och kostnadseffektivt	Enligt upphandlingsplan	Kvartalsvis	Ledningsrådet LMN
Kravställare för distribution av läkemedelsnära produkter	Rätt produkt till rätt patient i rätt tid	Enligt kravspecifikation intern distribution	Kvartalsvis	Ledningsrådet LMN
Information och rådgivning av upphandlat sortiment och övriga produkter	Förskrivning med hög kvalitet	Omvärldsbevaka, följa behovs och produktutvecklingen	Kontinuerligt	LMNs hemsida
Kompetenshöjande insatser kring vård, behandling och förskrivningsprocess för hela vårdkedjan.	Öka kompetensen inom området vilket leder till god vård	Utifrån behov	Årligen	Ledningsrådet LMN
Vara ett stöd i förskrivningsprocessen	Säkra att patienters behov av läkemedelsnära produkter sker säkert och på samma sätt oavsett var man bor eller var man vårdas.	Utifrån behov	Årligen	LMNs hemsida
Administrativ service och support av beställarsystem	Säkerställa kvalitén	Utifrån behov	Årligen	LMNs hemsida
Samverka med nationella organ, utbildningsinstitutioner och liknande	Säkerställa kompetensen för god vård inom LMN området	Utifrån behov	Årligen	LMNs hemsida
Kvalitetsrapport	Belysa effekten kvalitet, kostnad och kunskap	Kartlägga förskrivarnas kompetens avseende Uroterapeut/distriktsjuk sköterska med förskrivnings kurs/7,5 kurs inkontinens vård.	Årligen	Ledningsrådet LMN och LMNs hemsida
Arbeta med ökad delaktighet för patienter/användare i samband med upphandlingsprocessen.	Öka möjligheterna för patienter/användare att få tillgång till välfungerande förbrukningsartiklar och hjälpmedel	Informera om produktutveckling och bilda referensgrupper vid upphandling	Årligen	Ledningsrådet LMN

FÖRSLAG

Specifikation D Samarbete och styrning

*Försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion i Västra Götaland*

## Allmänt

Specifikation D anger hur samarbete och styrning hanteras.

Vårdgivarnas inflytande och medverkan inom ramen för detta samarbetsavtal säkerställs i Ledningsrådet LMN.

## Ledningsrådet för läkemedelsnära produkter (LMN)

Ledningsrådet LMN är ett forum för utveckling av förskrivnings- och försörjningsprocesserna och frågor av övergripande karaktär avseende läkemedelsnära produkter. Arbetet ska syfta till en likvärdig grundsyn på hanteringen av läkemedelsnära produkter i Västra Götaland. Med läkemedelsnära produkter avses produkter vid blås- och tarmdysfunktion, diabetesprodukter, stomiprodukter och nutritionsprodukter.

Ledningsrådet LMN består av representanter från Västra Götalandsregionen och Västra Götalands kommuner.

## Uppdrag

Ledningsrådet LMN utgör forum för principiella frågor och frågor av övergripande karaktär avseende läkemedelsnära produkter. Arbetet ska syfta till en likvärdig grundsyn på hanteringen av läkemedelsnära produkter i Västra Götaland.

Ytterligare produktområden kan tillkomma efter beslut av hälso- och sjukvårdsdirektören.

## Arbetsuppgifter

Ledningsrådet LMN ska

- Ansvarar för regelverk för förskrivning och hantering av läkemedelsnära produkter
- Verka för evidensbaserad förskrivning och jämlik vård i Västra Götaland genom handböcker
- Vara uppdragsgivare för Läkemedelsnära produkter (LMN)
- Identifiera behov och initiera utbildningsplanering gällande läkemedelsnära produkter
- Initiera och följa upp upphandlingar inom området
- Initiera utveckling av IT-stöd inom området
- Initiera, prioritera och svara för utvecklingsinsatser inom området
- Bereda frågor för politiska beslut
- Omvärldsbevaka, följa och bidra till utveckling inom området
- Utgöra forum för informationsutbyte mellan verksamheterna i kommunerna och Västra Götalandsregionen
- Samverka med berörda parter inom sitt ansvarsområde.

## Arbetsorganisation

Ledningsrådet LMN består av tjänstemän från VGR och VGK.

Representanter	Antal	Utses av
Ordförande	1	Koncernstaben för Hälsa- och sjukvård
VGK	5	Kommunalförbunden och Göteborgs stad
VGR	9	VGRs förvaltning

## Arbetsformer

- Ledningsrådet för Läkemedelsnära produkter sammanträder tio gånger per år.
- Ordförande kan kalla till ytterligare möten vid behov.
- Alla beslut ska ske i enighet. Om enighet inte kan uppnås i en fråga ska ärendet återremitteras för förnyad beredning eller avföras. Beslut kan fattas när minst hälften av de utsedda representanterna från VGR respektive VGK närvarar eller på annat sätt inför mötet deltagit i avgörandet.
- Mötesanteckningar ska föras och rekommendationer samt beslut ska dokumenteras.

## Beredningsgrupper

LMN ansvarar för att hantera och bereda frågor kopplade till samarbetsavtalet.

Förkortningar	Länkar
LMN	<a href="#">Läkemedelsnära produkter</a>
VästKom (Västsvenska kommunalförbundens samorganisation)	Samorganisation som arbetar på uppdrag av de fyra kommunalförbunden i Västra Götaland: Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund, Fyrbodals kommunalförbund, Göteborgsregionens kommunalförbund samt Skaraborgs kommunalförbund. <a href="#">VästKom</a>
Ledningsråd LMN	<a href="#">Ledningsrådet LMN</a>

§ 82 **Samarbetsavtal för försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmfunktion**

Kommunerna i Västra Götaland har sedan år 2000 ett samarbetsavtal med Västra Götalandsregionen, VGR, kring inkontinenshjälpmedel och distributionen av dessa hjälpmedel (Dnr SN 352-1999).

En partsgemensam grupp har under det senaste året tagit fram ett nytt förslag på samarbetsavtal. Samarbetsavtalet ska säkerställa samverkan och gemensam utveckling gällande försörjningen av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion. Ny modell för finansieringen av försörjningen av produkter. Nu baseras omkostnader vid försörjningen på varuvärdesomsättningen istället för på befolkningens mängd i respektive kommun.

Förslaget till nytt samarbetsavtal reglerar Västra Götalands 49 kommuners och Västra Götalandsregionens gemensamma ansvar att bedriva försörjning av nutritionsprodukter och förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion. Parterna tecknar ett avtal för perioden 2018-05-01 – 2021-04-30. Senast tolv månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med tre år i taget.

Förslaget innehåller ett huvudavtal samt fyra specifikationer. Innehållet i huvudavtalet ska endast kunna förändras i samband med en eventuell förlängning. Innehållet i specifikationerna kan däremot ändras under avtalstid. Även nutritionsprodukter är inkluderade i avtalet.

***Direktionen beslutar***

att rekommendera medlemskommunerna att godkänna Samarbetsavtal för nutrition och förbrukningsartiklar för blås- och tarmdysfunktion 2018-05-01-2021-04-30

Vid protokollet

Lena Brännmar  
Administrativ chef

Justerat av

Ulf Olsson                      Crister Persson  
Ordförande

Justeringen tillkännagiven den 29 november 2017 enligt anslag

Rätt utdraget betygar: Lena Brännmar



SN § 128

DNR SN 113/2017

### Demenssköterska

#### Sammanfattning

Skrivelse om önskemål om att anställa en demenssköterska har inkommit till socialnämnden.

#### Förslag till beslut

Inger Gustavsson (L) föreslår att arbetsutskottet får i uppdrag att till nästa sammanträde lägga en plan för hur man under det första kvartalet skulle kunna anställa en demenssköterska.

#### Beslutsgång

Ordföranden frågar om Inger Gustavssons (L) förslag antas och finner att så sker.

#### Socialnämndens beslut

1. Arbetsutskottet får i uppdrag att till nästa sammanträde lägga en plan för hur man under det första kvartalet skulle kunna anställa en demenssköterska.



## Digital fjärrtillsyn

### Sammanfattning

Digital fjärrtillsyn (trygghetskamera) menas stöd på distans via någon form av teknislösning.

Digital fjärrtillsyn innebär att brukare som har behov av tillsynsbesök under dygnet får det helt eller delvis via kamera istället för via fysiska besök. Det är en lösning som ska utgå från brukarens behov. Ökad livskvalitet, ökad integritet och ökad flexibilitet är ledord.

Syftet är att utöka former för stöd och möjliggöra kvarboende hemma för äldre personer och/eller personer med funktionsnedsättning i behov av stödinsatser.

Viktigt att den enskilde förstår syftet med insatsen samt kan förstå vad den innebär. Hemtjänsten kan, genom fjärrtillsyn via kamera, göra tillsyn enligt överenskommelse i genomförandeplanen, utan att riskera att störa användaren som vid ett besök av tex. nattpatrull.

För den med beviljad tillsyn som sover oroligt, är lättväckt eller inte vill ha besök i sitt hem är tillsyn via trygghetskamera ett nytt alternativ eller komplement till traditionell tillsyn och helt frivilligt.

En reviderad komplettering skrivs in i socialnämndens riktlinjer Handläggning enligt socialtjänstlagen, äldreomsorg och funktionshinder under avsnittet Trygghet om nya alternativet- tillsyn via digital fjärrtillsyn.

Ett informationsmaterial behöver tas fram för den enskildes information och en förankring ska ske av nya arbets sätt och rutiner till berörda verksamheter.

### Beslutsunderlag

DNR SN 119/2015

Riktlinjer Trygghetskamera i Herrljunga kommun (Dnr: 119/2015)

Reportage om digital natt-tillsyn: <http://www.gotland.se/kunskapsportalen>

Kompodium: Juridiska aspekter välfärdsteknik

### Förslag till beslut

Beslut om utformning av tillsyn under dygnet tas på verkställighetsnivå och verkställaren beskriver i brukarens genomförandeplan hur tillsynen skall ske.

- Den digitala fjärrtillsynen sker med hjälp av en lösning där teknik hyrs in och tillsynerna utförs av en extern part.





HERRLJUNGA KOMMUN

SOCIALFÖRVALTNINGEN  
Aniko Andersson

**Tjänsteskrivelse**  
2017-08-07  
DNR SN 107/2017  
Sid 2 av 7

- Införandet av digital fjärrtillsyn gäller under hela dygnet dock det utgår alltid från brukarens egna önskemål och behov. Tillsynen kan ske i fysisk, digital eller i både och form utifrån den enskildes behov som framgår i genomförandeplanen.
- Införandet av digital fjärrtillsyn begränsas till att gälla personer i ordinärt boende.

Aniko Andersson  
Verksamhetschef Äldreomsorg

**Expedieras till:** Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet  
**För kännedom** Namn namn, titel, organisatoriskt tillhörighet  
**till:**



## Bakgrund

**Problemformulering:** Sjukvården kräver mer resurser samt att folk blir äldre så krävs det fler stöd för personalen för att kunna ge en anpassad och bra vård för äldre. En viktig resurs för äldre är att de känner sig trygga om dagen och natten, vilket resulterar i att många äldre vill ha dag- och nattillsyn. Hemtjänstens resurser är begränsade, kommunens geografiska upptagningsområde av brukarna är stort och det är begränsat med antal medarbetare.

Vid tillsyn besöks brukare som är utspridda i kommunen, personalen blir då tvungna att köra långa sträckor och för vissa brukare kan det krävas flera besök per dygn. Det kan vara att de har flera tillsynsbesök men även att vissa larmar flera gånger per dygn. Beroende på vad för respons personalen får när de kontaktar brukaren kan det krävas att de åker dit. Det är något som vård- och omsorgsverksamheten vill minimera med hjälp av digitala fjärrtillsyn, att besök som inte kräver ett fysiskt besök ska kunna ske digitalt.

**Syfte:** med de digitala välfärdstjänsterna är att det ska bli lättare att bo hemma längre, men även att skapa förutsättningar för att kunna komma tillbaka till den egna bostaden efter en sjukhusvistelse.

Att ha tillsyn via trygghetskamera ökar den enskildes möjlighet till självständighet, en trygg närvaro utan att bli störd av främmande personer.

## Juridiska aspekter

Digital fjärrtillsyn betraktas i juridisk mening som övervakning. Lag om allmän kameraövervakning omfattar övervakning av plats dit allmänheten har tillträde. Enskilda personers hem är inte sådan plats. Bilder av personer som kan identifieras är personuppgifter som regleras av PUL. Enligt PUL krävs inte tillstånd för kameraövervakning, men det material som samlas in måste behandlas i enlighet med lagens krav. I samband med digital fjärrtillsyn samlas inget material in som sparas. I april/maj 2018 beräknas EU:s nya dataskyddsreform träda i kraft och därmed ersätta den svenska personuppgiftslagen. Direktivet skärper kravet på företag att leverera säkra lösningar.

Uppgift om att enskild person får hjälp genom digital fjärrtillsyn omfattas av sekretess enligt Socialtjänstlagen (SoL). Kameraövervakning är tillåtet utan samtycke om syftet med övervakningen väger tyngre än ingreppet i individens integritet. Dock bör digital fjärrtillsyn införas med samtycke från individen.

Det krävs ingen överenskommelse med fackförbund för att införa kameraövervakning, men övervakningen ska förhandlas enligt MBL 11§ på arbetsgivarens initiativ innan beslut fattas.

## Vem beslutar om digital nattillsyn?

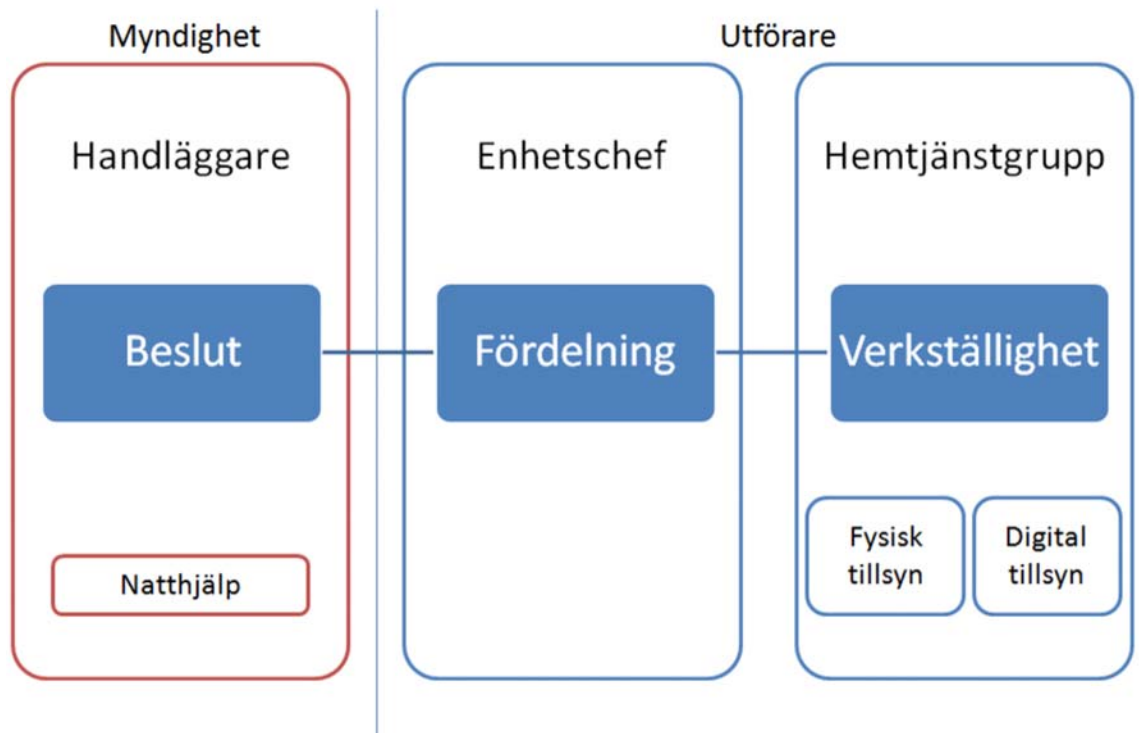
Socialförvaltningen anser att frågan om fysisk eller digital fjärrtillsyn är en fråga om hur hjälpen ska utföras och därmed hanteras av utföraren och specificeras i



genomförandeplan. Om behov finns kan frågan senare lyftas om att istället låta beslutet ligga på myndighetsnivå.

Socialförvaltningen föreslår därför att beslut om utformning av digital fjärrtillsyn tas på utförarnivå och att utföraren i brukarens genomförandeplan beskriver hur tillsynen skall ske.

Förslag till process för tilldelning av digitala fjärrtillsyn :



***Att införa digitala fjärrtillsyn vilar på följande perspektiv:***

Brukarperspektiv:

- En rofylld tillvaro med en ostörd nattsömn som ger förutsättningar för en utvilad morgondag och en bättre vardag för den enskilde.
- Med digital fjärrtillsyn skapar vi bättre personalkontinuitet ute hos brukarna samt ger möjlighet att genomföra tätare tillsyn vid behov.
- Stärker självständighet och ger trygghet för den enskilda som har behov av bistånd i form av tillsyn.
- Inom området e-hälsa används olika tekniska lösningar som gör det lättare för äldre personer att bo kvar hemma längre och ändå känna trygghet och omsorg.



- Digitala fjärrtillsyn är en tillsyn utan att störa den enskilde. Det är brukardriven tjänst, där den enskilde har möjlighet att själv bestämma hur och när hen vill ha sin tillsyn utförd

#### Verksamhetsperspektiv

- Herrljunga kommun står inför en demografisk utmaning med ett ökat antal äldre. För att kunna behålla samma goda servicenivå behöver arbetssätten utvecklas. Personalen och händerna ska finnas tillgänglig där det vård- och omsorgsbehov finns
- Bättre resursplanering och minskad stress på arbetet
- Attraktiv arbetsgivare
- Antalet korta besök med långa restider minskar (tidsbesparing)
- Användning av digitala fjärrtillsyn förenklar för personalen att få information om brukaren och kan snabba göra bedömning om det behövs åkas ut eller kalla på hjälp eller finns inget behov som uppstår.

#### Ekonomiska perspektivet:

- Utifrån den befintliga forskningen observeras en tendens av att automatisera arbetsprocesserna med syftet att spara resurser genom att minska ner arbetskraften. Att ersätta den mänskliga faktorn har blivit mycket vanligare bland produktutvecklande och finansiella verksamheter (Zuboff, 1985). Vidare har vård och omsorg en verksamhet som bygger på relationer och tjänster, där den mänskliga faktorn inte går att ersätta helt med teknik. Trots att det inte finns intresse av att automatisera arbetsprocesser för att minska ner på personal, har resultatet visat ett stort behov av att effektivisera äldreårdens insatser för att kunna möta den kommande ekonomiska utmaning som verksamheten kommer att ha på grund av en demografisk ökning av den åldrande populationen.
- Automatisering inom äldreård betyder hushållning av resurser i form av tid och en effektivare resursfördelning för att kunna möta den kommande ekonomiska utmaningen och brist på arbetskraft i verksamheten. Resultatet har visat att vissa arbetssysslor är nödvändiga att ersätta med teknik för att inte riskera brukares vårdgarantier, eftersom resurserna inte kommer att räcka med det skatteunderlag som finns idag

#### Miljöperspektiv

- Om en del av tillsynsbesöken kan utföras med hjälp av välfärdsteknik kommer CO<sup>2</sup>-utsläpp minskas väsentligt.

**Nationell eHälsa** handlar om hur framtidens vård och omsorg som helhet ska fungera och förbättras med hjälp av e-tjänster.



Vård- och omsorgssektorn är en av de mest informationsintensiva sektorerna i samhället, och behovet av en välfungerande informationsförsörjning mellan individer på olika nivåer och aktörer är helt avgörande. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-stöd kan informationen presenteras och överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser inom hela vård- och omsorgssektorn.

**SKL—Sveriges kommuner och landsting** E-hälsa utvecklar välfärden. Genom att ta tillvara på digitaliseringens möjligheter kan vi öka kvaliteten, få en mer jämlik vård och använda resurserna mer effektivt.

Länk till Informationsfilm SKL: <http://skl.se/halsasjukvard/ehalsa.1067.html>

## Ekonomisk bedömning

Att införa digital fjärrtillsyn som en typ av tilläggstjänst genererar inte direkt kännbar lägre kostnader till Socialförvaltningen.

Det är även andra aspekter (som tex. Brukarperspektiv, IBIC) med som väger mer än den ekonomiska för att införa E-tillsyn i Herrljunga kommun.

Det finns olika alternativ om vem som utför fjärrtillsynen via kamera:

Alt 1.: Hemtjänstpersonal gör det - Eventuella tilläggskostnader är: inköp av androidplattor för personalen för att kunna utföra tillsynen, utbildning till personalen (vikariekostnad).

Alt 2: Extern företag utför fjärrtillsyn besöken hos våra kunder.

Valet av alternativen påverkar också kostnaden för kameran.

Kostnadsuträkningen baseras på informationssamtal från Kungsbacka kommun samt från ett företag som tillhandahåller bla. Digitala fjärrtillsyn tjänst. Kostnaden behöver justeras beroende på utgången av en upphandling.

Digitala fjärrtillsynen utförs av externt företag. Kostnad per kamera ligger på 980.-/månad (exkl. moms och ingår tre tillsynsbesök per dygn). Extra tillsynsbesök (en extra per dygn) kostar 150.-/månad

Antal kunder	Extern företag Årskostnad utifrån 980.- /månad
17 st (natt)	199 920.- (exkl moms)



Initialt resursbehov:

- Utveckling av rutiner för verkställighetens dokumentation i genomförandeplan
- Utveckling av rutiner för information, beslut, informationsöverföring, installation, support, felavhjälpning, avinstallation, uppföljning, utlarmning, loggranskning, m.m.
- Framtagande av informationsmaterial, blanketter
- Eventuell upphandling

Löpande resursbehov:

- Månadsavgift för teknik och tillsyn genomförd av extern part
- Samordning och funktionsansvar
- Installation, support och felavhjälpning



SN § 126

DNR SN 107/2017

## Digital trygghetskamera

### Sammanfattning

Digital fjärrtillsyn menas stöd på distans via någon form av tekniklösning. Digital fjärrtillsyn innebär tillsyn nattetid via webbkamera samt tillsyn under dagtid via kamera och videosamtal. Dessa tjänster kan beviljas efter biståndsbeslut. Syftet är att utöka former för stöd och möjliggöra kvarboende hemma för äldre personer och/eller personer med funktionsnedsättning i behov av stödinsatser. Det är viktigt att den enskilde förstår syftet med insatsen samt kan förstå vad den innebär. Hemtjänsten kan, genom fjärrtillsyn via kamera, göra tillsyn enligt överenskommelse i genomförandeplanen, utan att riskera att störa användaren som vid ett besök av nattpatrull.

För den med beviljad tillsyn som sover oroligt, är lättväckt eller inte vill ha besök i sitt hem är tillsyn via E-tillsyn ett nytt alternativ eller komplement till traditionell tillsyn och helt frivilligt.

En reviderad komplettering skrivs in i socialnämndens riktlinjer Handläggning enligt socialtjänstlagen, äldreomsorg och funktionshinder under avsnittet Trygghet om det nya alternativet - tillsyn via E-tillsyn .

Ett informationsmaterial behöver tas fram för den enskildes information och en förankring behöver ske av nya arbetssätt och rutiner till berörda verksamheter.

Det finns olika alternativ om vem som utför tillsynen via kamera:

Alt 1.: Hemtjänstpersonal gör det - Eventuella tilläggskostnader är: inköp av androidplattor för personalen för att kunna utföra tillsynen, utbildning till personalen (vikariekostnad).

Alt 2: Extern företag (som tex. sköter trygghetslarmen med) utför tillsynen  
 Valet av alternativen påverkar också kostnaden för kameran.

### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2017-08-07

Riktlinjer Trygghetskamera i Herrljunga kommun

Reportage om digital natt-tillsyn: <http://www.gotland.se/kunskapsportalen>

Kompendium: Juridiska aspekter välfärdsteknik

### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Ändra namnet på trygghetskamera till E-tillsyn.
- E-tillsyn upphandling och medföljande kostnader godkänns av socialnämnden.
- Socialnämnden godkänner alternativ 2 gällande vem som utför E-tillsynen.
- Socialnämnden godkänner revidering av "Riktlinjer Trygghetskamera" för att det inte ska kunna vara valbart samt med tillägg att E-tillsyn ska finnas även dagtid via kamera och/eller med videosamtal.



### Fortsättning § 126

Lennart Ottosson (KV) föreslår att ärendet återremitteras för komplettering kring förslag på skrivningar i riktlinjen samt ekonomiskt underlag.

### Beslutsgång

Ordföranden frågar om ärendet ska avgöras idag eller om ärendet ska återremitteras och finner att ärendet återremitteras.

### Socialnämndens beslut

1. Ärendet återremitteras för komplettering kring förslag på skrivningar i riktlinjen samt ekonomiskt underlag.





## Förstudie Hagen utvecklas till Herrljunga kommuns demenscentra.

### Sammanfattning

I takt med att vi blir allt äldre ökar också antalet personer med demenssjukdom. För att kunna möta detta ökande vård- och omsorgsbehov behöver kommunens demensvård utvecklas. Genom att samla kompetensen till en organisation skapas förutsättningarna för att tillgodose detta behov. Syftet är att öka kvalitén och effektiviteten i vården och omsorgen av personer med demenssjukdom.

Socialnämnden har beslutat att Hagen ska utvecklas till Herrljunga kommuns demenscentra med målsättningen att centrat ska vara fullt utvecklat under 2021.

En förstudie behöver utföras innan socialnämnden tar beslut om att gå vidare med ärendet till kommunfullmäktige.

### Beslutsunderlag

Befolkningsprognos för Herrljunga kommun.

SN 2017-02-28 § 17.

SN 2017-12-19 § 125.

### Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att:

1. uppdra åt socialförvaltningen att med stöd av inhyrd konsult genomföra förstudien.
2. hemställa om att tekniska nämnden/tekniska förvaltningen bistår i förstudien.
3. finansiera förstudien med 200 kkr ur nämndens investeringsbudget för 2018.
4. till styrgrupp för förstudien utse socialnämndens arbetsutskott, socialchefen och verksamhetschef vård-och omsorg.
5. anta direktiv för förstudien enligt bilaga.
6. förstudien ska avrapporteras till SN senast 2018-06-05.

Lennart Ottosson  
Socialnämndens ordförande

Andreas Johansson  
Socialnämndens vice ordförande

Anette Rundström  
Ledamot SNAU

Expedieras till:  
För kännedom  
till:



## Direktiv förstudie, Hagen utvecklas till Herrljunga kommuns demenscentra.

### Bakgrund

I takt med att vi blir allt äldre ökar också antalet personer med demenssjukdom. För att kunna möta detta ökande vård- och omsorgsbehov behöver kommunens demensvård utvecklas. Genom att samla kompetensen till en organisation skapas förutsättningarna för att tillgodose detta behov.

Socialnämnden har beslutat att Hagen ska utvecklas till kommunens demenscentra. För att kunna verkställa beslutet fullt ut behöver antalet platser på Hagen utökas från dagens 40 lägenheter till 80 lägenheter (77 bostadslägenheter och 3 avlastning/växelvårdsplatser) 2027. Utöver utökningen av antalet lägenheter på Hagen behöver dagverksamheten för personer med minnesproblematik flyttas från Stationsvägen, Ljung till Hagen.

*I sin bok Salutogen design är framtidens äldreboende skriver Peter Westlund bl a "Ett demenscenter kan innehålla bostadsgrupper för permanentboende, korttidsboende och dagverksamhet samt upplevelserum, spa- och relaxavdelning, bassäng, massagerum, frisör, fotvård, husdjur och trädgård. Utöver detta kan centrat vara utgångspunkt för kommunens demenssteam. Det vill säga för personal som arbetar med hemtjänst och hemsjukvård riktad till personer med demenssjukdom, liksom för kommunens demenssjuksköterska och eller demenssamordnare. Centrat kan ut över detta vara en bas för att stödja anhöriga genom att inrymma en träffpunkt och personal, som arbetar med uppsökande hembesök.*

*Ett demenscenter är en kraftsamling kring människor med demenssjukdomar. Genom centrat skapas goda möjligheter att höja kunskaper och kompetensen hos den personal som arbetar med denna målgrupp.*

*En annan fördel med ett demenscenter – framför allt ur de äldres och anhörigas synvinkel – är att det genom centrats existens endast finns en enda ansvarig."*

### Direktiv

- Förstudien ska omfatta tillbyggnad och viss ombyggnad av Hagen..
- Resultatet ska ge underlag för utformning och kostnader för tillbyggnad och viss ombyggnad.
- Tillbyggnad ska kunna ske i flera etapper. Kostnader för respektive etapp ska framgå.
- De tankar och idéer för ett flexibelt och salutogent äldreboende som beskrivs i boken "Salutogen design är framtidens äldreboende" av Peter Westlund (ISBN 978 91 7091 240 5) ska vara vägledande i arbetet.
- Efter tillbyggnad och viss ombyggnad ska Hagen vara kommunens demenscenter med totalt 80 lägenheter varav 4 avlastning/växelvårdsplatser samt lokaler för demensdagverksamhet.



- Tillbyggnaden bör omfatta fyra enheter med vardera 10 lägenheter.
- Samtliga lägenheter bör medge parboende.
- Samtliga lägenheter ska uppfylla boverkets krav på standard för fullvärdig bostad med höjd nivå enligt svensk standard.
- Samtliga lägenheter ska uppfylla arbetsmiljöverkets krav på arbetsmiljö och tillgänglighet.
- Lägenheterna bör omfatta ca 35 -45 m<sup>2</sup> med avskiljbar sovplats, pentry och hygienutrymme med mycket hög tillgänglighet enligt arbetsmiljöverkets krav. Tvättmaskin och torktumlare bör finnas i lägenheten.
- Lägenhet för avlastning/växelvård bör omfatta ca 20 m<sup>2</sup> och bestå av ett rum inklusive hygienutrymme med mycket hög tillgänglighet enligt arbetsmiljöverkets krav.
- Gemensam yta för social samvaro, måltider och aktiviteter ska finnas på varje enhet. Denna yta bör minimeras till förmån till större lägenheter.
- Lokaler för personal och administration för verksamheten ska finnas.
- Lokal för rehabiliteringsträning/gym ska finnas.
- Gemensam lokal för social samvaro, restaurang och aktiviteter för boende och besökare ska finnas på ett ställe i fastigheten tillsammans med lokaler för personal och administration.
- Lokal för demensdagverksamhet ska finnas och bör förläggas i befintlig byggnad.
- Nödvändiga koridorer bör inbjuda till promenad och ha fönster med sittplats.
- Tillbyggnaden bör utformas så att en innergård skapas med en inbjudande trädgård.
- Boken "Femti funderingar om äldres boende" (ISBN 978-91-7164-770-2) utgiven av Sveriges Kommuner och Landsting innehåller värdefull information om utformning av äldreboenden.
- "Den goda vårdavdelningen". Slutrapport 2011-12-31. Utgiven av *Centrum för vårdens arkitektur* Chalmers Tekniska Högskola ger också värdefull information.

Expedieras till:  
För kännedom  
till:

# Ärende 12

## Vd: Förslag till nästa nämndmöte

---

**Från:** Lennart Ottosson  
**Till:** Marie Nordqvist  
**Kopia:** Magnus Stenmark  
**Datum:** söndag den 21 januari 2018 18:08  
**Ärende:** Vd: Förslag till nästa nämndmöte

---

Hej!

Lägg till detta förslag till ärendelistan SN 30 jan.

M v h

Lennart Ottosson

>>> Magnus Lennartsson <magnus.lennartsson@admin.herrljunga.se> 18-01-20 22:06 >>>  
Teknisk utrustning

Herrljunga kommun tillhör de kommuner som "släpar efter" när det gäller digitalisering och tekniska arbetsverktyg. Det måste vara slut på projekt och piloter inom områden där såväl teknik och mjukvara är väl etablerad och verifierad och direkte gå på implementering.

Vi har svårt att rekrytera och behålla personal, vi kan bli mer effektiva och samtidigt uppnå bättre arbetsmiljö med hjälp av bra och moderna arbetsverktyg.

Det finns flertalet branscher och yrken som åker runt och utför olika former av arbete/tillsyn där kan man stoppa in tillfällig personal som med hjälp av tekniken kör rätt väg och i planering har verklighetsbaserade tidsuppskattning på sina uppdrag

Väldigt många inom kommunal hemtjänst verksamhet vittnar om planering som innebär att man skall "teleportera" sig från a till b, orimliga tidsavsättningar till insatser vilket leder till stress och att kunderna blir mindre nöjda.

Vi behöver moderna beslutsstöd till planerare och teknisk utrustning till utförande personal och detta skulle redan finnas men så är inte fallet i Herrljunga kommun.

För att säkerställa säkerhet skulle jag föreslå siths inloggning för att minimera antal tekniska apparater till det dagliga behovet där man hämtar ut sin enhet för dagen och loggar för att ta del av den aktuella dagens uppdrag inklusive körschema och övriga nödvändiga instruktioner. Om/hur varje enhet skall ha kommunikations möjlighet alternativt hanterad via mobiler är upp till verksamhetens behov.

Mitt förslag är att:

- \* viva som app införskaffas omgående med tillhörande teknisk utrustning
- \* stegvis införande med start i hemtjänstområde Ljung senast början kvartal två
- \* finansiering sker i första hand av utvecklingsmedel 2018, i andra hand tidigare års accumulering av överskott och i sista hand inom befintliga ramar
- \* beslutet delges kommunstyrelsen

Mvh  
Magnus

# Ärende 13

## Vd: Förslag till nästa nämnd

---

**Från:** Lennart Ottosson  
**Till:** Marie Nordqvist  
**Kopia:** Magnus Stenmark; Jenny.K Andersson  
**Datum:** söndag den 21 januari 2018 18:10  
**Ärende:** Vd: Förslag till nästa nämnd

---

Hej!

Lägg till detta förslag till ärendelistan 30 jan.

M v h

Lennart Ottosson

>>> Magnus Lennartsson <magnus.lennartsson@admin.herrljunga.se> 18-01-20 21:43 >>>

Socialnämnden har haft många tuffa och några goda år vilket gett ett litet positivt ackumulerat resultat, detta trots ekonomiska styrprinciper inte får styrelsens medgivande att använda till viktiga utvecklingsprojekt är högst anmärkningsvärt.

Vi har många utmaningar om inte minst inom E-hälsa i den ansträngda budgetram vi verkar under är utrymmet extremt dåligt till innovation och utveckling utan att det skulle medföra besparingar inom löpande verksamhet.

Vi måste säkerställa att det finns medel till utveckling för att skapa en effektivare organisation med hög leveransförmåga till våra brukare/kunder och en god arbetsmiljö.

I alla bokslut görs avsättningar inom olika området nu är det dags att vi är proaktivt och utgår utifrån invånarnas bästa och god ekonomisk hushållning

Mitt förslag är att:

\* i bokslut 2017 belasta nämnden med 3MKr och avsätta dessa till "utvecklingsmedel 2018"

\* beslutet delges kommunstyrelsen

Mvh  
Magnus

KF § 134  
KS § 202

DNR KS 233/2017 102

### Införande av heltider som norm

#### Sammanfattning

Herrljunga kommun har tagit ett aktivt beslut, genom det personalpolitiska programmet, att andelen heltid för tillsvidareanställda ska öka. Kommunal och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har genom ett centralt kollektivavtal, HÖK 16, kommit överens om att heltid ska vara norm och att fler ska arbeta heltid. Av det centrala kollektivavtalet framgår också att alla arbetsgivare ska planera för hur andelen medarbetare som arbetar heltid ska öka. När heltid införs bör dessutom en sammanhållen arbetstid utan delade turer eftersträvas. Grunden är att alla som idag har tillsvidareanställning ska arbeta heltid. Målsättningen är att få så bra organisation som möjligt där alla ges förutsättningar att vara med i arbetet för hållbara tjänster och arbetstider. Inom ramen för denna målsättning finns dock strävan efter att inte bara öka antalet medarbetare som har en heltidsanställning, utan att fler också arbetar heltid.

Tjänstledigheter på hel- eller deltid hanteras utifrån gällande lagstiftning och när så är möjligt utifrån begreppet "när verksamheten så tillåter". Det innebär att arbetsgivaren kan bevilja tjänstledighet på del- eller heltid, när verksamheten inte lider skada av att en tjänsteperson beviljas tjänstledighet.

#### Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2017-11-08

#### Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

Kommunstyrelsen beslutar föreslå kommunfullmäktige;

- Herrljunga kommun ska införa "Heltid som norm", senast den 1 januari 2020.
- Senast den 1 januari 2020 ska alla återbesättningar ske på heltid.
- Delad tur får inte vara ett krav.
- Arbetet med heltid som norm genomförs i projektform under 2018-2019.

Elin Alavik (L), Anette Rundström (S), Björn Wilhelmssons (S), Elin Hegg (MP) och Alexander Rahm (S) bifaller förvaltningens förslag.

Gunnar Andersson (M) föreslår följande:

- Herrljunga kommun skall införa heltid som norm för de som så önskar.
- Arbeta med heltid som norm påbörjas under 2018-2019 för att påbörja implementering 2020.
- De som så önskar ska ha möjlighet till deltid om verksamheten så tillåter.

Andreas Molin (C), Ronnie Rexwall (KV), Christina Abrahamsson (M) och Christina Glad (KV) bifaller Gunnar Anderssons (M) förslag.



Fortsättning KF § 134  
Fortsättning KS § 202

### Beslutsgång

Ordföranden ställer förslagen mot varandra och finner att kommunstyrelsen beslutar i enlighet med Gunnar Anderssons (M) förslag.

Omröstning.

Ordföranden ställer följande omröstningsordning:  
Ja – i enlighet med Gunnar Anderssons (M) förslag  
Nej – i enlighet med förvaltningens förslag

Med 6 ja-röster och 5 nej-röster beslutar kommunstyrelsen i enlighet med Gunnar Anderssons (M) förslag (omröstningsbilaga 1, KS § 202/2017-11-20).

### Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige

1. Herrljunga kommun skall införa heltid som norm för de som så önskar.
2. Arbete med heltid som norm påbörjas under 2018-2019 för att påbörja implementering 2020.
3. De som så önskar ska ha möjlighet till deltid om verksamheten så tillåter.

### Reservation

Socialdemokraterna, Liberalerna och Miljöpartiet reserverar sig till förmån för förvaltningens förslag.

I kommunfullmäktige föreslår Gunnar Andersson (M) följande:

- Herrljunga kommun skall införa heltid som norm med deltid som möjlighet.
- Arbete med heltid som norm förbereds under 2018-2019 för att möjliggöra implementering 2020.
- Den som önskar ska ha möjlighet till deltid om verksamheten så tillåter.

Inger Gustavsson (L), Anette Rundström (S) och Björn Wilhelmsson (S) bifaller förvaltningens förslag till beslut.

Staffan Setterberg (KD), Johnny Carlsson (C), Pia Bondesson (C) och Ingemar Kihlström (KD) bifaller Gunnar Anderssons (M) förslag till beslut.

Ordföranden ställer kommunstyrelsens förslag mot Gunnars Anderssons (M) förslag och finner att kommunfullmäktige beslutar i enlighet med Gunnar Anderssons (M) förslag.

Ordföranden ställer Gunnars Anderssons (M) förslag mot förvaltningens förslag och finner att kommunfullmäktige beslutar i enlighet med Gunnar Anderssons (M) förslag.



Fortsättning KF § 134

Omröstning.

Ordföranden ställer följande omröstningsordning:

Ja – i enlighet med Gunnar Anderssons (M) förslag

Nej – i enlighet med förvaltningens förslag

Med 14 ja-röster och 14 nej-röster där ordföranden har utslagsröst beslutar kommunfullmäktige i enlighet med Gunnar Anderssons (M) förslag (omröstningsbilaga 1, KF § 134/2017-12-12).

### KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Herrljunga kommun skall införa heltid som norm med deltid som möjlighet.
2. Arbete med heltid som norm förbereds under 2018-2019 för att möjliggöra implementering 2020.
3. Den som önskar ska ha möjlighet till deltid om verksamheten så tillåter.

### Reservation

Socialdemokraterna och Liberalerna reserverar sig till förmån för förvaltningens förslag.

\_\_\_\_\_





KF § 136  
KS § 203

DNR KS 231/2017 7745

### Hemställan om att upphäva kommunfullmäktiges beslut avseende antal vård- och omsorgsboenden i Herrljunga kommun

#### Sammanfattning

Vid sitt sammanträde 2009-05-26 tog kommunfullmäktige följande beslut:

*"Kommunfullmäktige beslutar som en inriktning att det ska finnas ett särskilt boende i kommunen och att detta ska vara placerat på Hagen i Herrljunga tätort."*

Beslutet har ännu inte blivit genomfört och med tanke på behovet av platser på särskilt boende är det mycket tveksamt om det går att genomföra.

Idag har kommunen 31 platser på Hagen som kommer att bli 40 platser när etapp 4 är klar under 2018. På Hemgården finns det 51 platser och på Gäsenegården finns det 10 korttidsplatser. Totalt har vi idag 82 + 10 korttidsplatser.

2020 är det prognostiserade behovet 84-90 +10 korttidsplatser.

2025 är det prognostiserade behovet 97-104 +10 korttidsplatser.

2030 är det prognostiserade behovet 111-120 +10 korttidsplatser.

Kommunfullmäktiges beslut § 61/2009-05-26 ger inte socialnämnden den handlingsfrihet som behövs för att ta fram förslag till kostnadseffektiva lösningar på de närmaste årens behov av särskilda boenden.

#### Beslutsunderlag

Socialnämnden § 105/2015-10-31

SNAU-skrivelse i ärendet daterad 2017-10-18

Kommunfullmäktige § 61 2009-05-26

Befolkningsprognos för Herrljunga kommun

#### Förslag till beslut

Socialnämndens förslag till beslut:

- Att kommunfullmäktige upphäver sitt inriktningsbeslut om att det ska finnas ett särskilt boende i kommunen och att detta ska vara placerat på Hagen i Herrljunga tätort.

#### Beslutsgång

Ordföranden frågar om socialnämndens förslag till beslut antas och finner att så sker.

#### Kommunstyrelsens förslag till kommunfullmäktige

1. Kommunfullmäktige upphäver sitt inriktningsbeslut om att det ska finnas ett särskilt boende i kommunen och att detta ska vara placerat på Hagen i Herrljunga tätort.



Fortsättning KF § 136

I kommunfullmäktige frågar ordföranden om kommunstyrelsens förslag till beslut antas och finner att så sker.

### KOMMUNFULLMÄKTIGES BESLUT

1. Kommunfullmäktige upphäver sitt inriktningsbeslut om att det ska finnas ett särskilt boende i kommunen och att detta ska vara placerat på Hagen i Herrljunga tätort.

# Meddelande 4

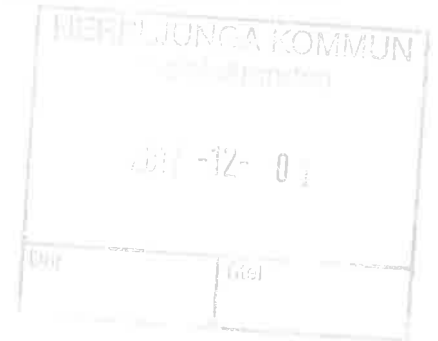
Herrljunga 20171201

Till Socialnämndens Ordförande Lennart Ottosson.

Hej !

Det förekommer missvisande information och skilda uppfattningar angående vad som gäller kring Utjämning av LLS -kostnader mellan kommuner. Vi är väldigt tacksamma om du skulle kunna bistå med vägledning och information till representerade politiker i Socialnämnden. Se medskickad bilaga.

Med vänliga hälsningar.  
FUB i Aligsås Vårgårda Herrljunga  
genom Kjell Nyvaller



# Utjämnning av LSS-kostnader mellan kommuner



Statistiska centralbyrån Statistics Sweden



## Innehåll

<b>1. Beskrivning av utjämningsystemet för LSS .....</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrund och syfte .....	4
1.2 Beräkning av utfallet i LSS-utjämnigen .....	5
1.3 Historik .....	5

### **Förfrågningar Statistiska centralbyrån**

Mats Rönnbacka tfn 010-479 61 84

Nina Grönborg tfn 010-479 68 41

### **SCB, Offentlig ekonomi och mikrosimuleringar (NR/OEM)**

Telefon 010-479 40 00 (vx)

E-post [offentlig.ekonomi@scb.se](mailto:offentlig.ekonomi@scb.se)

Webbplats [www.scb.se/OE0115](http://www.scb.se/OE0115)

## 1. Beskrivning av utjämningsystemet för LSS

### 1.1 Bakgrund och syfte

Verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en obligatorisk verksamhet för kommunerna. Syftet med utjämningsystemet är att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att bedriva verksamheten enligt LSS. Utjämningsystemet regleras genom lag om utjämnning av kostnader för stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 2008:342). Mer detaljerade föreskrifter finns i förordningen SFS 2008:776.

#### Vad är och vilka omfattas av LSS?

Syftet med LSS är att ge personer med omfattande funktionshinder en starkare ställning i samhället med hjälp av insatser anpassade till den funktionshindrades individuella behov. Lagen anger att insatser enligt LSS kan beviljas till personer

- med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd (*personkrets 1*),
- med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder (*personkrets 2*) eller
- med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande (*personkrets 3*).

De nio olika typer av insatser som anges i lagen och som primärt är kommunernas ansvar är:

- personlig assistans enligt LSS,
- ledsagarservice,
- biträde av kontaktperson,
- avlösarservice i hemmet,
- korttidsvistelse utanför det egna hemmet,
- korttidstillsyn för skolorngdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,
- boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet,
- bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna samt
- daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.

Förutom dessa nio typer av insatser finns också ”rådgivning och annat personligt stöd”, något som landstingen i första hand ansvarar för. Den senare omfattas därför inte av LSS-utjämnningen.

#### Assistansersättning

Assistansersättning är ett bidrag inom socialförsäkringen för bekostande av personlig assistans. Kommunerna har kostnadsansvaret för de första 20 timmarna

per vecka, staten genom Försäkringskassan för timmar därutöver. Kommunernas kostnader för de första 20 timmarna ingår i de kostnader som utjämnas.

## 1.2 Beräkning av utfallet i LSS-utjämnningen

Beräkningarna regleras av förordning (2008:776) om utjämnning av kostnader för stöd och service till vissa funktionshindrade. Beräkningen av kommunens utfall i systemet görs i flera olika steg och beskrivs nedan:

### **Beräkning av grundläggande standardkostnad**

För varje kommun beräknas en grundläggande standardkostnad. Den kostnaden baseras på antalet LSS- insatser enligt Socialstyrelsens statistik, antalet assistansersättningsbeslut enligt Försäkringskassans statistik, riksgenomsnittliga kostnader enligt räkenskapssammandraget (RS) samt kommunens ersättning till Försäkringskassan.

Beräkningen görs genom att antalet insatser för respektive kommun multipliceras med en beräknad riksgenomsnittlig kostnad för respektive typ av insats. Produkterna summeras och till den erhållna summan adderas kommunens ersättning till Försäkringskassan för de 20 första timmarna.

Antalsuppgifterna från Socialstyrelsen respektive Försäkringskassan har mättidpunkt i oktober utjämnings år t-2. Uppgiften om kommunens ersättning till Försäkringskassan hämtats från RS för utjämningsår år t-2.

### **Beräkning av kostnadsskillnader**

Kostnadsskillnader på grund av skillnader i behov av stöd beräknas med hjälp av ett personalkostnadsindex. Indexet mäter behovet av stöd hos de personer som får insatser enligt LSS. Beräkningen av indextalet baseras på uppgifter från RS. Det beräknade indexet motsvarar 70 procent av skillnaden mellan kommunens beräknade personalkostnader och de personalkostnader som ingår i den grundläggande standardkostnaden. Skälet till att kompensation endast sker för 70 procent av skillnaden, är att minska risken för att kompensation utgår för skillnader i effektivitet och politiska ambitioner.

### **Slutlig beräkning för att fastställa utjämningsbidrag/avgift**

I det avslutande steget räknas standardkostnaden om till utjämningsårets beräknade prisnivå med hjälp av den av regeringen prognostiserade förändringen av nettoprisindex (NPI). En slutlig standardkostnad i kronor per invånare beräknas dels för varje kommun, dels för hela riket. Om standardkostnaden för en kommun är högre än rikets utgår bidrag. En standardkostnad som är lägre än rikets resulterar i en avgift.

## 1.3 Historik

Lagen om LSS tillkom 1993 i samband med den handikappreform som då genomfördes. Vid handikappreformen tillkom också en lag om statlig

assistansersättning (LASS). LASS är från och med år 2011 inordnad i Socialförsäkringsbalken (SFB, 51 kap.).

Riksdagen beslutade i november 2003 att det fr.o.m. 2004 skulle införas ett nationellt kostnadsutjämningsystem avseende kommunernas LSS-kostnader. Riksdagsbeslutet baserades på den proposition som regeringen tidigare överlämnat till riksdagen, *Utjämning av vissa kostnader för stöd och service till funktionshindrade* (Prop. 2002/03:151). Regeringsförslaget i propositionen byggde i sin tur på de förslag som redovisats i ett betänkande från en statlig utredning, *Utjämning av LSS-kostnader* (SOU 2002:103). Som motiv för ett utjämningsystem angavs:

- att det är en obligatorisk verksamhet för kommunerna,
- att kostnaderna har ökat kraftigt,
- att det finns stora kostnadsskillnader mellan kommunerna samt
- att det behövs en utjämning för att ge alla kommuner likvärdiga förutsättningar att bedriva verksamhet enligt LSS.

### **Förändringar inför 2009 års LSS-utjämning**

Inför 2009 års utjämning beslutade riksdagen om vissa förändringar av systemet för LSS-utjämning. Riksdagsbeslutet baserades på regeringens proposition *Förändringar i kostnadsutjämnningen för LSS-verksamhet* (Prop. 2007/08:88). Till grund för regeringens förslag låg LSS-utjämningskommitténs betänkande *Utjämning av kommunernas LSS-kostnader – översyn och förslag* (SOU 2007:62).

För vuxna som har både insatsen boende och insatsen personlig assistans ingår från 2009 endast insatsen boende i beräkningen av standardkostnaden. Vidare utgick insatsen särskilt anpassad bostad för vuxna ur beräkningen, medan antalet personer med beslut om personlig assistans enligt LASS tillkom. Det koncentrationsindex som fanns med under de första åren med LSS-utjämning togs bort.